

Screening del tumore del collo dell'utero - Anno 2021

Introduzione

In Italia, il tumore del collo dell'utero rappresenta il quinto tumore per frequenza nelle donne sotto i 50 anni di età e complessivamente l'1,3% di tutti quelli diagnosticati¹. La probabilità di guarire dopo una diagnosi di tumore del collo dell'utero in Italia è pari a circa il 64%¹. Lo screening del tumore del collo dell'utero ha lo scopo di favorire la diagnosi precoce dei tumori e delle lesioni che potrebbero evolvere in tumore (lesioni pretumorali). La Regione del Veneto dal 2021, in linea con le indicazioni contenute nel PNP 2020-2025, che pone particolare attenzione all'integrazione tra la prevenzione primaria e secondaria, ha rimodulato l'offerta di screening con la seguente modalità:

- offerta di un Pap-test con cadenza triennale alle donne in età compresa tra i 25 e i 29 anni non vaccinate contro il Papilloma Virus;
- posticipo dell'ingresso nello screening al compimento del trentesimo anno di età per le donne che hanno eseguito la vaccinazione HPV entro il quindicesimo anno di età in quanto le evidenze scientifiche hanno dimostrato per queste donne un rischio molto ridotto di sviluppare tumori o lesioni pretumorali;
- offerta del test HPV-DNA a tutte le donne tra i 30 e i 64 anni con cadenza quinquennale.

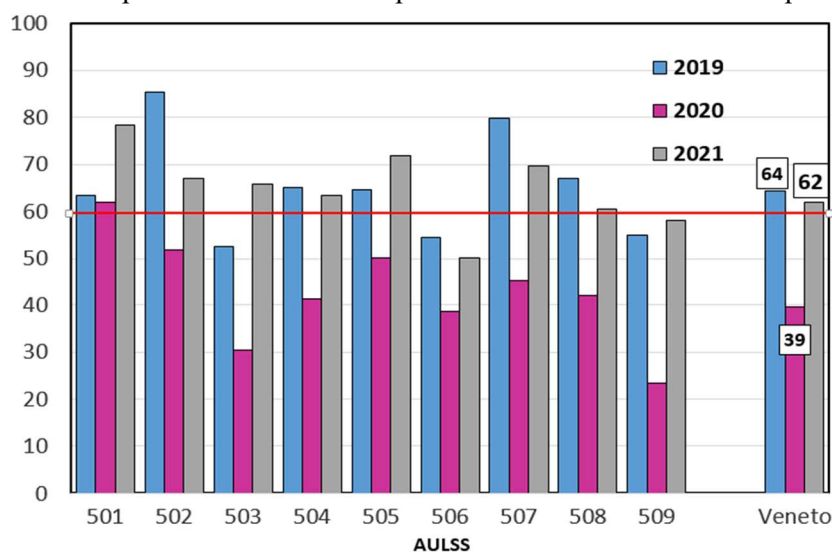
Il 2021 ha visto un forte impegno da parte di tutte le Aziende ULSS per riportare l'attività ai livelli di estensione e adesione ottimali, recuperando i ritardi accumulati in seguito alla pandemia da COVID 19.

Gli indicatori riportati in questo bollettino presentano l'attività svolta nell'anno 2021.

Il bollettino si sviluppa in 3 parti: la prima parte riguarda l'attività complessiva indipendentemente dal tipo di test proposto, la seconda parte è incentrata sulle donne che hanno effettuato lo screening con test HPV-DNA e la terza parte sulle donne che hanno effettuato lo screening con Pap-test, come test primario.

Copertura ed Adesione allo Screening della cervice uterina

Nel 2021, a livello regionale, il valore complessivo dell'estensione corretta (formula ONS²) è pari a 123%. Correggendo ulteriormente l'indicatore per le donne vaccinate HPV con 2 dosi entro i 15 anni di età, e per il protocollo previsto per le non aderenti all'HPV (richiamo a 3 anni, anziché 5) si attesta intorno al 97%. Entrambi i valori evidenziano l'importante attività di recupero svolta dalle Aziende che ha permesso di tornare ai livelli pre-pandemici.



L'indicatore di copertura rappresenta un importante parametro di monitoraggio dell'attività svolta, ed è utilizzato anche nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio delle attività dei programmi di screening.

Il tasso di copertura è il rapporto tra gli utenti che hanno aderito all'invito e la popolazione target (figura 1). Lo standard NSG del tasso di copertura è fissato al 60%; nella Regione del Veneto ed è stato complessivamente raggiunto seppur con una certa variabilità tra le singole Aziende.

Figura 1: Indicatore di copertura dello screening cervicale – popolazione femminile 25-64 anni. Anno 2021

¹ fonte: <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>

² Osservatorio Nazionale Screening

Il tasso di adesione corretta, a livello regionale, si attesta intorno al 56%, con una certa variabilità tra i programmi delle singole aziende, in un range compreso tra il 44% e il 71,4% (figura 2); rispetto al 2020 si evidenzia un miglioramento del dato (56% nel 2021 rispetto al 51% del 2020).

L'indicatore di adesione corretta che concorre al raggiungimento di quello di copertura (figura 1), mette in evidenza come, oltre allo sforzo organizzativo dei programmi rivolto a invitare tutti i soggetti eleggibili, sia necessario attuare strategie mirate ad aumentare l'adesione dei soggetti all'invito.

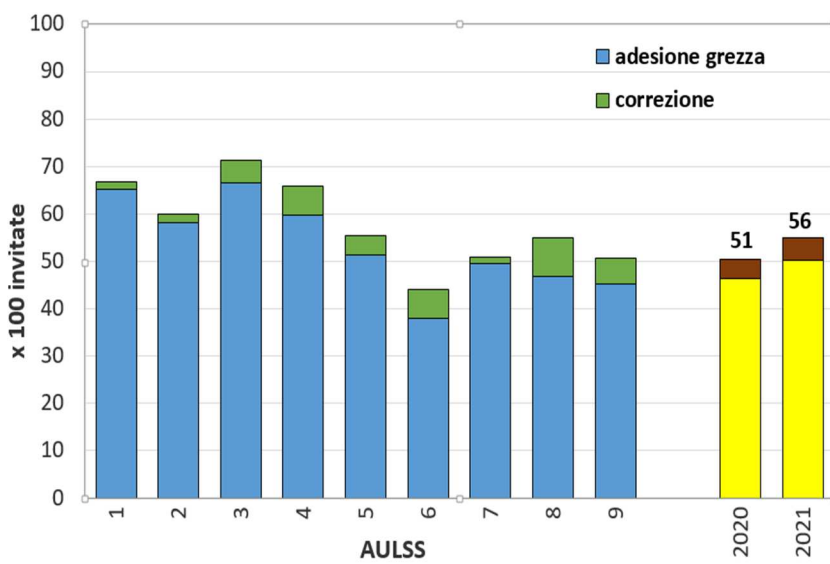
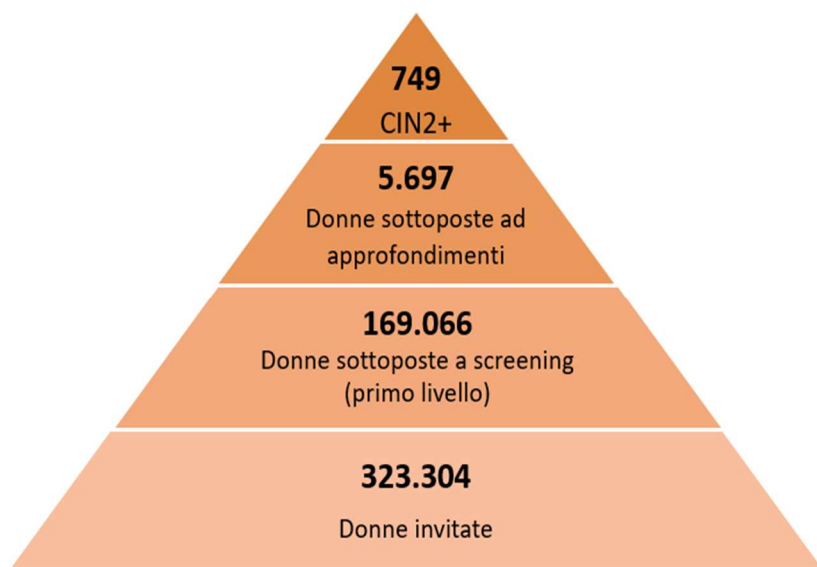


Figura 2: Tasso di adesione corretta allo screening cervicale anno 2021- popolazione femminile 25-64 anni. Anno 2021

Dati di attività 2021



Nel 2021 sono state invitate a screening un totale di 323.304 donne, di cui si sono sottoposte a un esame di primo livello 169.066 donne; il 13% ha eseguito un Pap-test ed il restante 87% un test HPV-DNA.

Le donne sottoposte ad approfondimento immediato per Pap-test positivo (sia derivante da Pap-test primario di screening che da triage dopo test HPV-DNA positivo) o richiamate ad 1 anno per persistenza dell'infezione da HPV sono state complessivamente 5.697.

Sulle donne sottoposte ad approfondimento sono state diagnosticate 749 lesioni di grado CIN2 o superiore (CIN2+) (Figura 3).

Figura 3: Dati di attività per lo screening della cervice uterina (test HPV-DNA o Pap-test) nella Regione del Veneto - anno 2021.

Dal 2020 è progressivamente iniziato il secondo round di screening (R2) per le donne che hanno già in precedenza aderito all'invito con test HPV-DNA introdotto come esame di screening dal 2015. Fanno eccezione alcune Aziende (ULSS 3, ULSS 5 e ULSS 6) che avevano implementato il progetto pilota con test HPV-DNA dal 2010 e che hanno già raggiunto il terzo e quarto round (R3-R4). Nel 2021 la percentuale di donne ad un round successivo al primo (R3-R4) si è attestata al 56% (figura 4).

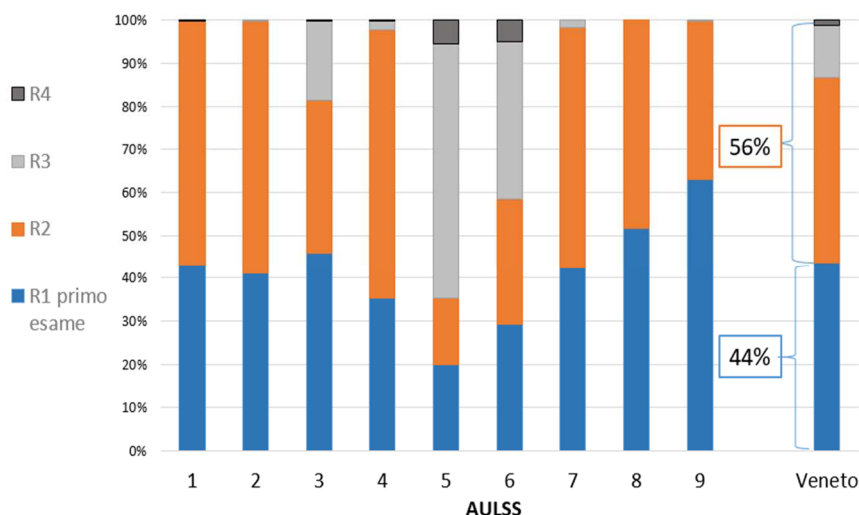


Figura 4: Distribuzione delle donne screenate per round individuale di screening con test HPV-DNA - anno 2021.

Tasso di positività e invio ad approfondimento

Il tasso di positività nelle donne al primo esame con test HPV-DNA si attesta all'8,6% (soglia di attenzione GISCi: 5-9%) mentre le donne screenate che avevano già partecipato a precedenti round con test HPV-DNA presentano un tasso di positività per HPV pari a 3,9% (soglia di attenzione GISCi per la fascia 30-64 aa: 2-4%)(figura 5). Il tasso di positività sul totale delle donne sottoposte a test HPV-DNA è del 6%, in calo rispetto al dato del 2020 (7,2%) e del 2019 (7,4%), questo trend in diminuzione è correlato al calo di positività delle donne già screenate.

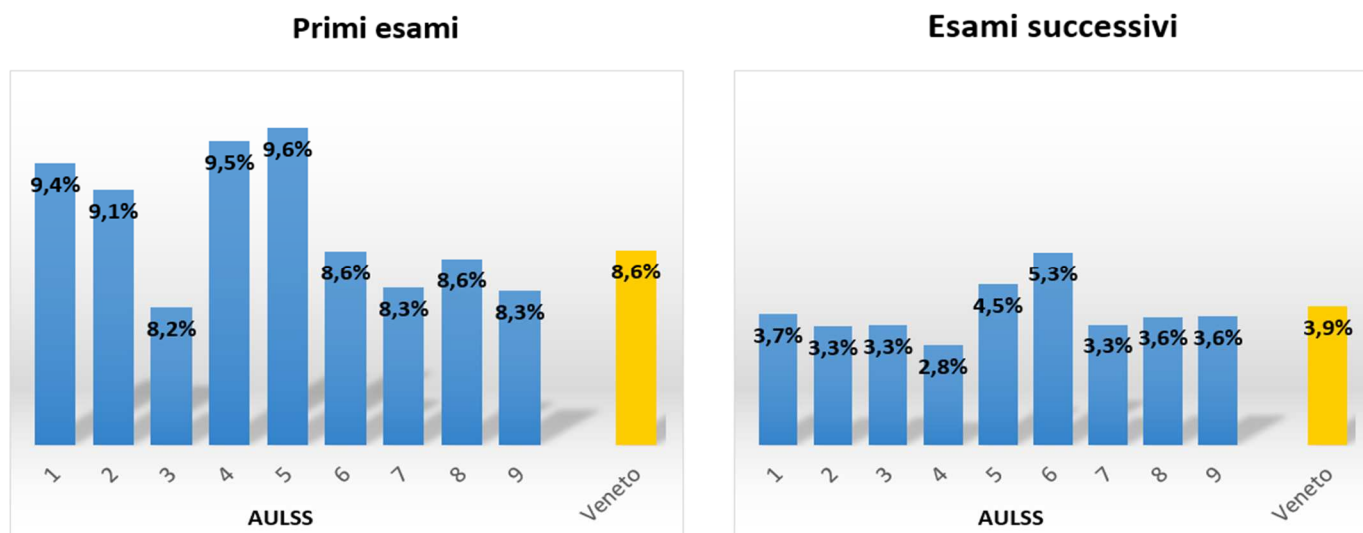


Figura 5: Tasso di positività al test HPV-DNA per ULSS, primi esami e esami successivi - anno 2021.

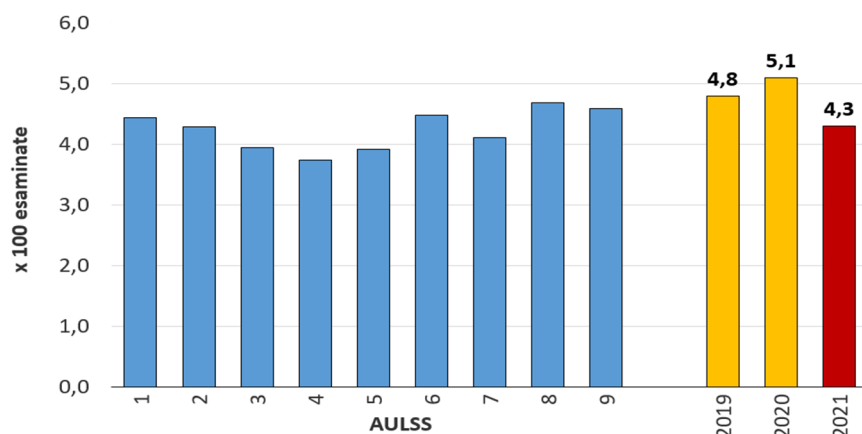


Figura 6: Tasso di invio a ripetizione ad un anno per AULSS– anno 2021

Il protocollo regionale prevede che le donne a fronte di un test HPV-DNA positivo e un Pap-test di triage negativo siano inviate a ripetere il test HPV-DNA a distanza di 12 mesi.

Il tasso di invio a ripetizione, che aveva visto un lieve aumento nel 2020, dovuto all'applicazione dei nuovi criteri GISCi per la definizione cito-morfologica di LSIL nei PAP test di triage, è sceso al 4,3% nel 2021, influenzato dal calo del tasso di positività all'HPV (figura 6).

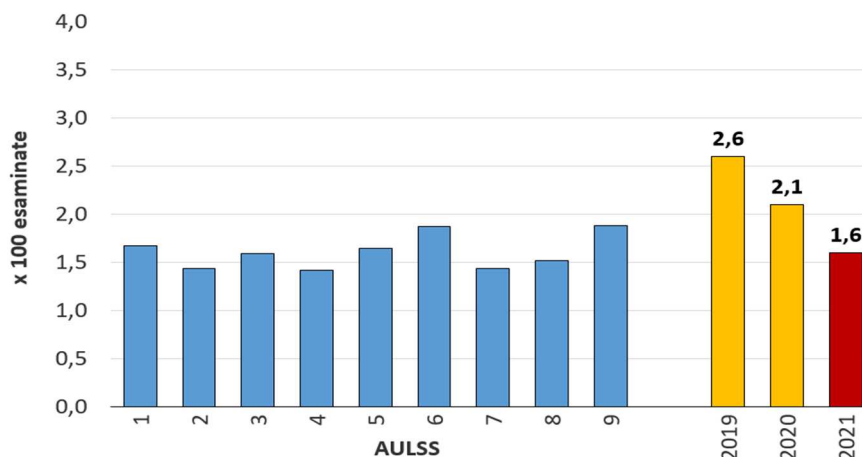
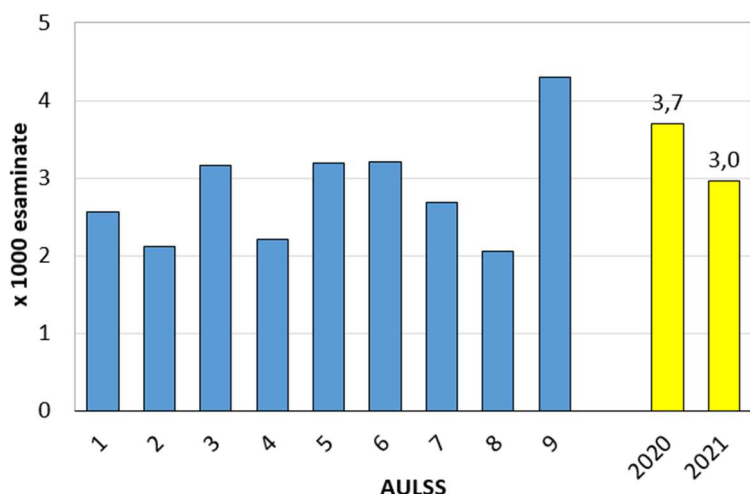


Figura 7: Tasso di invio immediato a colposcopia, per test HPV-DNA + e Pap-test +, per AULSS – anno 2021

Anche la percentuale di invio immediato a colposcopia, per lo stesso motivo di cui sopra, risulta inferiore rispetto agli anni precedenti (nel 2021 1,6%) (figura 7).

Lesioni diagnostiche nella popolazione screenata

L'approfondimento immediato eseguito per test HPV-DNA e Pap-test di triage positivi, a cui ha aderito il 94% delle donne, con valori tra le ULSS che variano dall'84% al 98%, ha permesso di diagnosticare 426 lesioni CIN2+.



La media regionale del tasso di identificazione di lesioni CIN2+ è pari al 3,0%, con una variabilità tra le ULSS compresa tra il 2,1% e il 4,3% (Figura 8).

I tassi di identificazione sono più elevati nelle donne più giovani e si riducono progressivamente con l'aumentare dell'età.

Figura 8: Tasso di identificazione per CIN2+ all'approfondimento immediato per test HPV-DNA positivo e Pap-test di triage positivo, anno 2021 per AULSS.

Indicatori cumulativi — Coorte screenate 2020

Il protocollo di screening prevede l'approfondimento immediato delle donne con test HPV-DNA positivo e Pap-test positivo, e l'invio ad 1 anno per le donne HPV-DNA positivo e Pap-test negativo. Di seguito si riportano i risultati cumulativi ottenuti al baseline e alla ripetizione ad 1 anno, della coorte di donne screenate nel 2020.

Complessivamente il percorso per le donne con HPV positivo, nella Regione del Veneto, è stato completato nell'85,9% dei casi, con una variabilità intra-regionale compresa tra il 59% e il 94%. Le lesioni diagnostiche a seguito della ripetizione ad un anno concorrono a raggiungere il valore del tasso di identificazione complessivo per CIN2+ pari al 5,4% (figura 9).

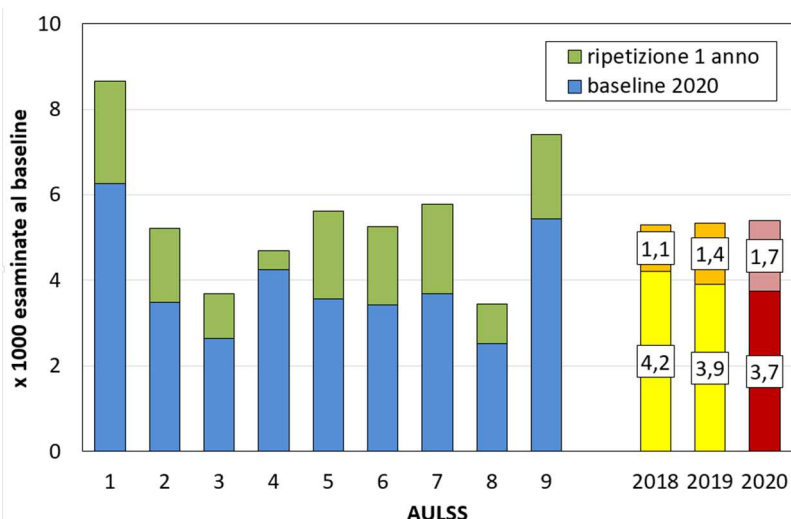
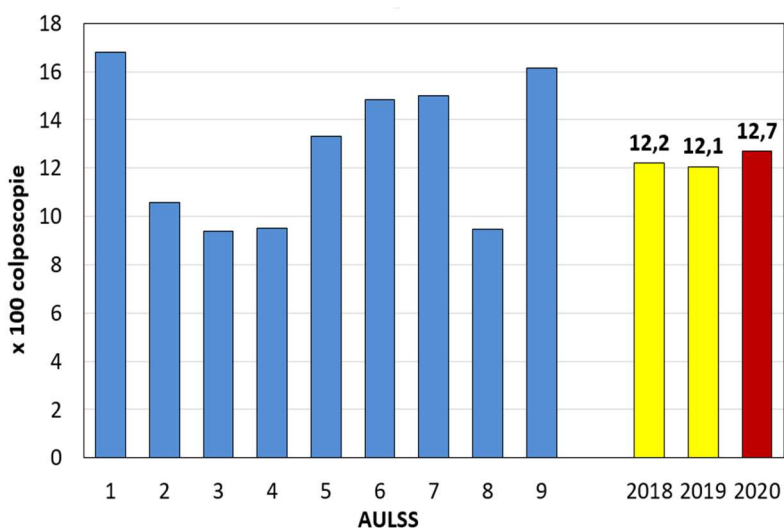


Figura 9: Tasso di identificazione per CIN2+ al baseline e alla ripetizione a 1 anno, coorte 2020, per AULSS.



Il valore predittivo positivo, definito dalla quota di lesioni identificate sul totale delle colposcopie eseguite, è un indicatore dell'efficienza dell'intero protocollo di screening.

I risultati relativi alla coorte 2020, comprensivi anche degli esiti delle donne richiamate ad 1 anno, mostrano un VPP pari a 12,7%, leggermente maggiore al VPP delle coorti precedenti (Figura 10).

Figura 10: Valore predittivo positivo per CIN2+ al baseline e alla ripetizione a 1 anno, coorte 2020, per ULSS.

I tempi della procedura di screening

La refertazione del test HPV-DNA nella Regione del Veneto è centralizzata in tre laboratori (IOV, AULSS 2 e AULSS 9).

Nel 2021 il 97% delle risposte negative sono state inviate agli utenti entro un mese dall'esecuzione del test, e l'87% entro 3 settimane (Figura 10). Rispetto all'anno precedente l'indicatore mostra un sensibile miglioramento.

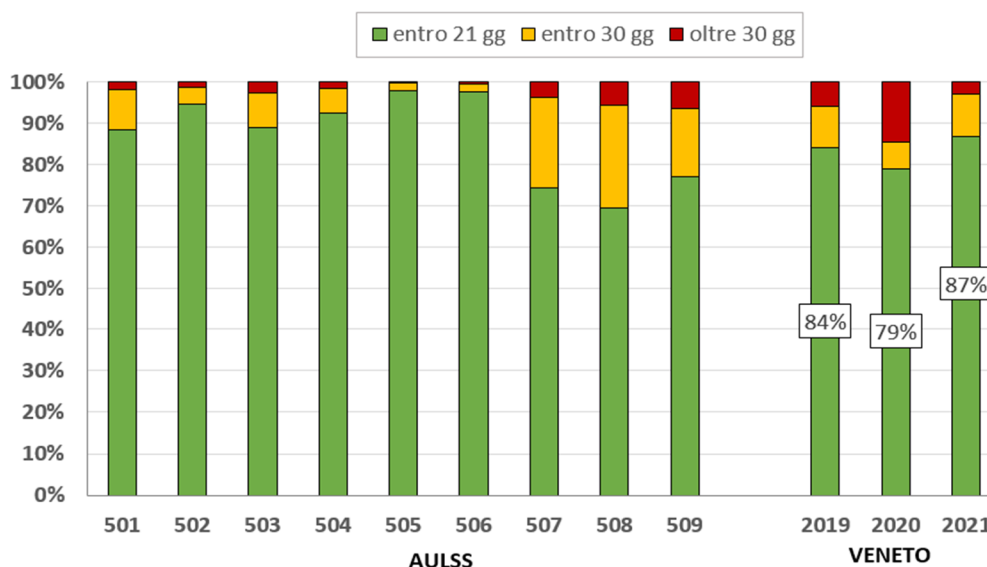


Figura 11: Tempi di invio delle risposte negative, test HPV-DNA-anno 2021.

I tempi di attesa per l'esecuzione dell'approfondimento per le donne con test HPV-DNA e Pap-test positivi, presentano un'alta variabilità tra le ULSS.

A livello regionale, viene proposto l'approfondimento entro un mese dalla data di refertazione del test di primo livello nel 56% dei casi, il 37% riceve l'appuntamento entro 2 mesi, ed un rimanente 7% riceve una proposta di appuntamento oltre i 2 mesi (figura 12). Solo un programma non ha raggiunto lo standard accettabile del GISCi (>80% delle colposcopie effettuate entro 60 giorni).

Pur non avendo un forte impatto clinico sulla prognosi della malattia, in considerazione della storia naturale delle lesioni pre-invasive, è però un parametro da monitorare per le importanti ripercussioni che una diagnosi di positività causa sul livello di ansia indotta e sulla fiducia degli utenti nel percorso di screening.

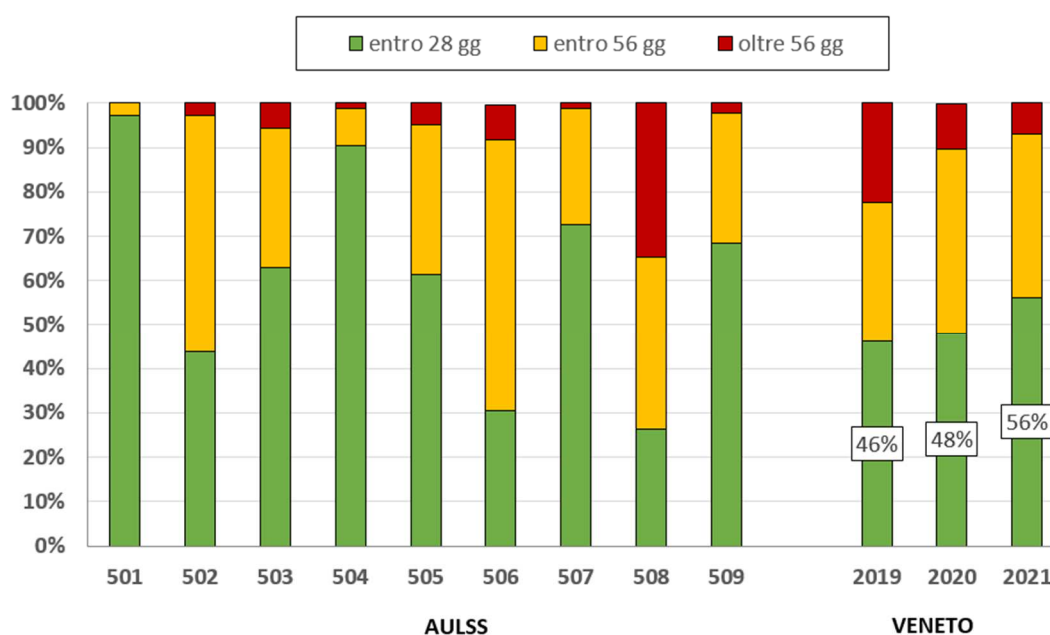


Figura 12: Tempo di attesa per l'esecuzione dell'approfondimento, test HPV-DNA e Pap-test positivi - anno 2021.

Principali indicatori di qualità nello screening cervicale

Le Tabelle 1 e 2 riportano alcuni indicatori di qualità dello screening cervicale della Regione del Veneto per l'anno 2021.

Gli indicatori di estensione ed adesione riportati si riferiscono a tutta la popolazione 25-64 anni screenata, indipendentemente dal test proposto. A seguire sono riportati:

- gli indicatori relativi alle donne screenate con test HPV-DNA nel 2021
- gli indicatori cumulativi relativi alla coorte screenata con test HPV-DNA nel 2020 completata con i risultati dei test eseguiti alle donne invitate a ripetere il test HPV-DNA dopo un anno (test HPV-DNA positivo e Pap-test negativo).

Tabella 1: Principali risultati dello screening della cervice uterina in donne con test HPV-DNA, nella Regione del Veneto nel periodo 2020 e 2021.

Indicatori	2021	2020	Standard GISci	
			Accett.	Desider.
Indicatori di estensione e adesione				
Estensione (%) *	123,1	88,6	≥ 90	≥ 100
Adesione grezza (%)	50,3	46,6		
Adesione corretta (%)	55,1	50,6		
Donne esaminate	169.066	108.050		
Indicatori HPV-DNA TEST - baseline				
Positività al test HPV (%)	6,0	7,2		
Positività al Pap test di triage (%)	26,2	28,0	Soglia di attenzione ≥ 30	
Tasso di invio ad un anno (%)	4,3	5,1		
Invio a colposcopia al baseline (%)	1,6	2,1		
Adesione alla colposcopia (%)	93,6	94,4	≥ 80	≥ 90
Tasso di identificazione per CIN 2+ al baseline (%)	3,0	3,7		
Tempo invio risposta negativa entro 21 gg (%)	86,8	79,1	>80 entro 21 giorni	
Tempo tra appuntamento 1° livello e colposcopia entro 56 gg (%)	93,1	89,7	> 80 entro 45/60 giorni	
Indicatori HPV-DNA TEST cumulativi				
Invio a colposcopia cumulativo (% su screenate)	4,5	4,7		
Adesione al richiamo a un anno (%)	87,4	84,4	≥ 80	≥ 90
Tasso di identificazione per CIN 2+ Cumulativo (%)	5,4	5,3		

**il tasso di estensione è calcolato utilizzando la formula proposta dall'Osservatorio Nazionale Screening che considera dei fattori correttivi per le regioni che sono transitate a HPV-DNA test come test primario.*

Seppur siano soddisfatti gli standard di accettabilità e desiderabilità a livello regionale, la tabella 2 evidenzia che alcuni indicatori mostrano delle criticità nelle singole aziende.

Tabella 2: Principali indicatori di qualità dello screening cervicale in donne con test HPV-DNA per Azienda AULSS (anno 2021).

ANNO 2021	Aziende ULSS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estensione annuale (%)*	120,2	115,4	101,0	107,2	139,0	130,9	139,2	128,3	128,8
Adesione corretta (%)	66,9	60,1	71,4	66,0	55,6	44,0	50,9	55,2	50,8
Tempo invio risposta negativa entro 21 gg (%)	89	95	89	93	98	98	74	70	77
Tempo fra esecuzione test e colposcopia entro 56gg (%)	97	44	63	91	61	31	73	26	68
Tasso di test HPV-DNA inadeguati (%)	0,00	0,04	0,09	0,00	0,02	0,07	0,02	0,01	0,20
Invio in colposcopia (%)	1,7	1,4	1,6	1,4	1,6	1,9	1,4	1,5	1,9
Adesione alla colposcopia (%)	97,4	96,4	95,1	97,8	93,1	89,9	96,4	83,8	94,9
VPP HPV+/PAP+ per CIN2+ alla colposcopia (colpo immediate) (%)	16,2	16,0	22,3	16,5	21,5	19,8	19,8	17,0	24,1
Adesione al percorso delle donne HPV+ (%)	93,1	93,5	91,6	89,9	89,1	85,1	91,3	59,4	79,7

*il tasso di estensione è calcolato tramite la formula proposta dall'Osservatorio Nazionale Screening che considera dei fattori correttivi per le regioni che sono transitate a HPV-DNA test come test primario.

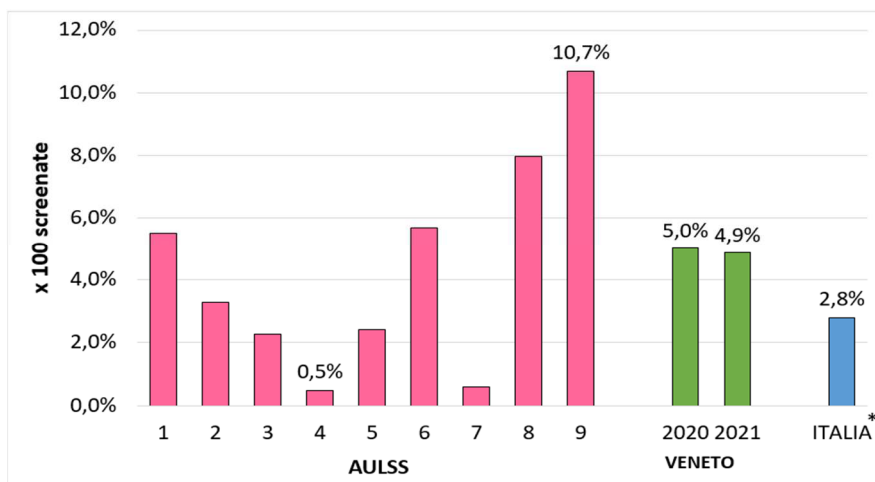
SCREENING CON PAP TEST (Test primario) - ANNO 2021

Lo screening con Pap-test come test primario è riservato alle donne in fascia d'età 25-29 anni. Nel 2021 a recepimento della DGR n. 576/2021 e della DGR n. 804/2021, per 13514 donne nate nel 1996 e vaccinate con due dosi contro l'HPV entro il compimento dei 15 anni di età il primo invito a screening è stato posticipato al 2026.

L'attuazione del nuovo protocollo ha richiesto una attiva campagna di comunicazione che ha previsto l'invio di lettere nominali alle donne interessate dal cambiamento e l'informazione a tutta la popolazione tramite i canali social regionali e delle Aziende ULSS (Facebook ed Instagram).

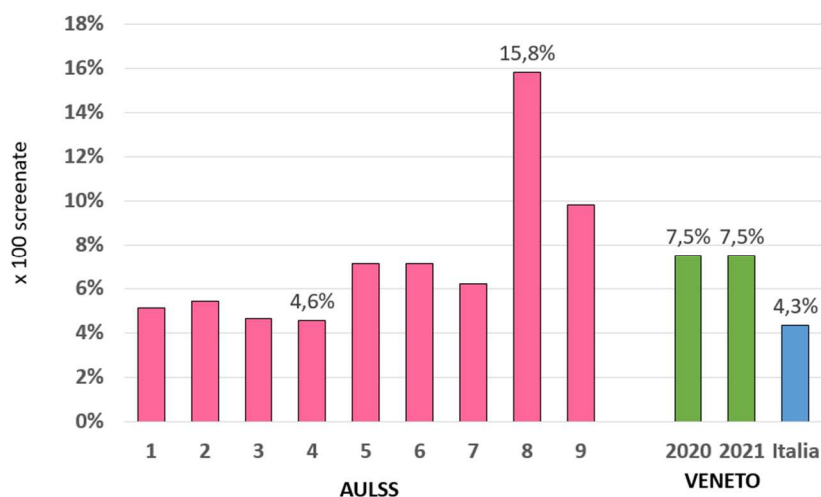
Delle donne in fascia di età 25-29 anni invitate ad eseguire il Pap-test di screening, 22.475 hanno aderito.

Figura 8: post utilizzato per i social regionali e delle aziende ULSS per la campagna di comunicazione della ridefinizione dello screening nelle donne vaccinate.



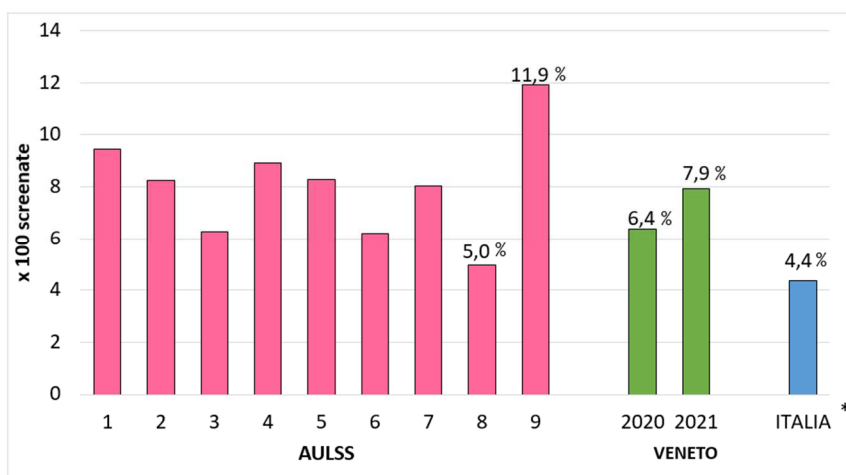
Il tasso di invio alla ripetizione per Pap-test inadeguato tecnico, flogistico o per altri motivi, a livello regionale è pari al 4,9%. Nella figura 13 si osserva una variabilità tra le Aziende, con un range compreso tra 0.5% a 10.7% . I dati preliminari del 2022 vedono il valore ripetersi su valori più omogenei e allineati alla media nazionale*.

Figura 13: Tasso di invio a ripetizione (per tutti i motivi), coorte Pap Test, anno 2021, per AULSS.



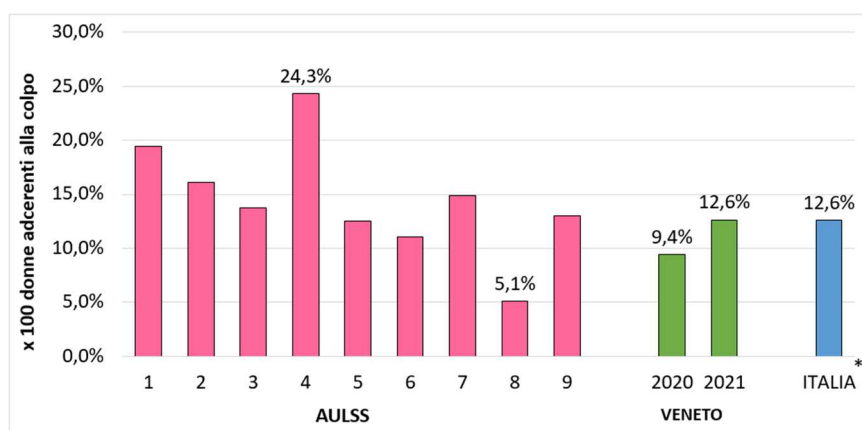
Sul totale di donne screenate con Pap-test, 1.663 hanno ricevuto un esito di positività, e sono state invitate ad eseguire una colposcopia di approfondimento. Il tasso di invio a colposcopia a livello regionale è sovrapponibile a quello registrato nel 2020 (7,5%) con un range di variabilità compreso tra il 4,6% dell’AULSS 4 e il 15,8% dell’AULSS 8. Se confrontato con il dato italiano*, la Regione del Veneto presenta un valore più alto di circa tre punti percentuali.

Figura 14: Tasso di invio a colposcopia, coorte Pap Test, anno 2021, per AULSS.



Nella coorte di donne screenate con Pap test nel 2021 sono state diagnosticate 178 lesioni CIN2+, per un tasso di identificazione grezzo regionale pari al 7,9 % (figura 15), superiore a quello riscontrato nel 2020 (6,4%). Il range di variabilità tra le Aziende ULSS va dal 5% dell’AULSS 8 all’11,9% registrato nell’AULSS 9.

Figura 15: Tasso di identificazione per CIN2+, coorte Pap Test, anno 2021, per AULSS.



Il Valore Predittivo Positivo (VPP), ovvero il rapporto tra il numero di lesioni CIN2+ diagnosticate sul totale di colposcopie eseguite, si attesta su livelli superiori rispetto a quanto registrato nell’anno precedente (figura 16). Anche in questo caso si nota un’elevata variabilità tra i programmi (range: 5,1%-24,3%).

Figura 16: Valore predittivo positivo per CIN2+, coorte Pap Test, anno 2021, per AULSS.

*i dati disponibili a livello nazionale sono riferiti all’anno di attività 2021

Conclusioni

Lo screening per il tumore del collo dell'utero rappresenta un'attività consolidata per tutte le nove Aziende della Regione del Veneto e raggiunge ottimi standard qualitativi.

- Il 2021 ha visto un'importante azione di riorganizzazione dell'attività dei programmi di screening per recuperare i ritardi legati al periodo pandemico così da riportare l'estensione e l'adesione ai livelli pre COVID.
- Il tempo di invio dei referti negativi, sceso sotto lo standard GISCi nel 2020, è tornato a livelli eccellenti dimostrando una solida struttura organizzativa alla base delle attività di screening.
- L'implementazione del nuovo protocollo per le giovani donne (25-29 anni), ha richiesto adeguamenti sia sul piano organizzativo che su quello comunicativo rivolto alla popolazione generale, alle donne interessate dal cambiamento e a tutti gli operatori sanitari coinvolti.
- La diminuzione del tasso di positività, verosimilmente legato alla maggior presenza di donne già screenate con test HPV, ha un riflesso positivo sul calo a breve termine del carico di attività dei centri di secondo livello per i primi approfondimenti; tale riduzione potrebbe riflettersi in futuro anche sul volume dei follow up.
- Relativamente agli approfondimenti di secondo livello rimane su livelli ottimali il tasso di adesione alla colposcopia dimostrando la fiducia accordata dagli utenti ai programmi di screening, anche se permangono delle criticità in alcune aziende legate soprattutto ai tempi di offerta degli approfondimenti.



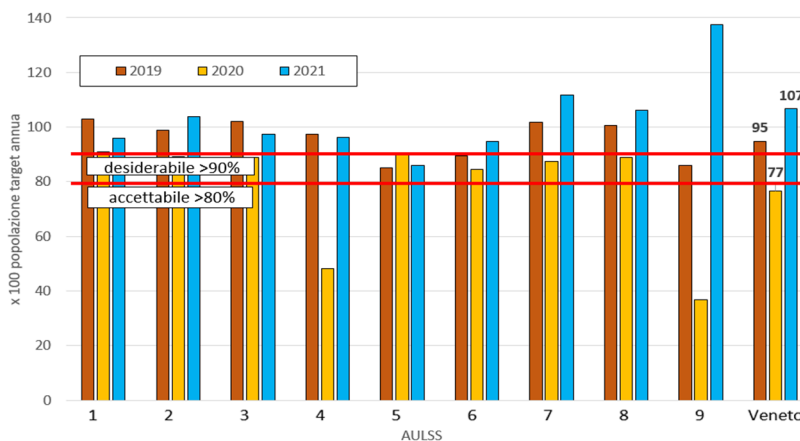
Screening del cancro del colon retto - Anno 2021

Introduzione

In Italia il tumore del colon retto rappresenta la terza neoplasia negli uomini e la seconda nelle donne per incidenza¹ e lo screening ha dimostrato grande efficacia nella riduzione della mortalità. Lo screening del cancro del colon retto attivo nelle Aziende ULSS del Veneto è rivolto alla popolazione residente maschile e femminile tra i 50 e i 69 anni. Il suo obiettivo è la diagnosi precoce e quindi l'invio ad intervento chirurgico dei pazienti con lesioni ancora di piccole dimensioni, ma soprattutto la riduzione dell'incidenza del tumore grazie all'identificazione tempestiva delle lesioni precancerose che possono così essere rimosse.

A livello regionale, a seguito del recepimento, con la D.G.R. n. 1658 del 12/11/2019, dell'Accordo Stato-Regioni recante le "Linee di indirizzo per la sperimentazione di nuovi servizi nelle Farmacie" e della successiva approvazione del progetto di supporto allo screening del sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore al colon retto, di cui al D.D.R. n. 48 del 13/10/2020 (Allegato B), nel corso del 2021 è stata rilevata la partecipazione di oltre 1.300 farmacie, distribuite su tutto il territorio regionale, che hanno collaborato a mettere in atto la prima fase progettuale, mediante la consegna dei Kit ai cittadini.

Estensione ed Adesione allo Screening Colorettaile



Malgrado il 2021 sia stato ancora influenzato dagli esiti della pandemia il grande sforzo organizzativo delle Aziende per attuare azioni di recupero del ritardo accumulato ha permesso di raggiungere il 106,8% di estensione corretta², superando in quasi tutte le ULSS lo standard desiderabile previsto dal GISCoR come si evidenzia nella Figura 1.

Figura 1: Estensione corretta degli inviti (soglie di riferimento GISCoR) - Anno 2021

Nel 2021, il tasso di adesione si è riportato sui livelli prepandemici e per 6 Aziende ULSS si è attestato su valori prossimi allo standard desiderabile indicato dal GISCoR (>65%). Il risultato medio regionale del 64,1% è comunque tra i più alti in Italia, superando il valore medio nazionale (38,7% nel 2021).

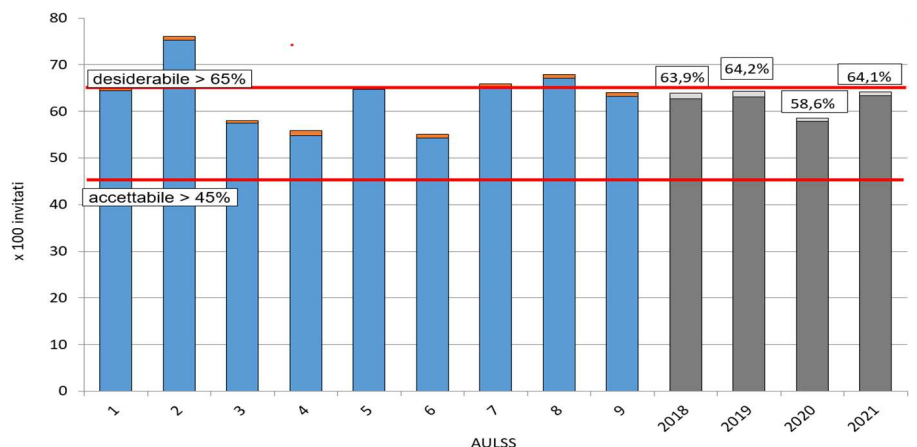


Figura 2: Tasso di adesione grezza e corretta³ all'invito (soglie di riferimento GISCoR) - Anno 2021

1 <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>

2 Estensione Corretta: rapporto tra il numero di persone invitate ed il target su base annuale, costituito dal numero di residenti al netto dei soggetti esclusi prima dell'invito.

3 Adesione Corretta: rapporto tra i soggetti esaminati e quelli invitati al netto dei soggetti che, dopo l'invito, hanno dichiarato di aver effettuato un test recente.

Copertura dello Screening Coloretale

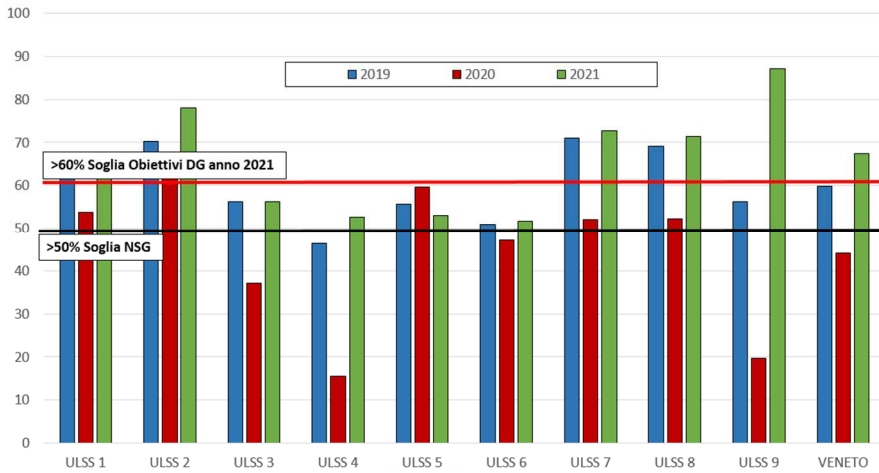


Figura 3: Copertura trend 2019-2021

Altro importante parametro monitorato, che rappresenta il rapporto tra gli utenti che hanno aderito all'invito e la popolazione target, è l'indicatore di copertura (figura 3) calcolato sulla popolazione in fascia 50-69 anni e previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia. Lo standard fissato al 50% è stato raggiunto nel 2021 da tutte le Aziende ULSS.

Popolazione bersaglio e dati di attività



Figura 4: Dati di attività per lo screening coloretale nella Regione del Veneto - anno 2021

Rispetto alla popolazione target sono stati esclusi dall'invito coloro che hanno eseguito un test di ricerca del sangue occulto fecale (SOF) nei 2 anni precedenti o una colonscopia nei 5 anni precedenti.

A fronte di 703.893 utenti invitati, 437.354 hanno eseguito il SOF, di cui 53% donne e 47% uomini. 19.654 soggetti sono risultati positivi al SOF e sono stati invitati ad eseguire una colonscopia di approfondimento che ha permesso di identificare e trattare 3281 adenomi avanzati e 392 cancro. La popolazione esaminata è costituita per il 15.8 % da soggetti al primo esame di screening e per l'84.2 % da soggetti sottoposti ad esami successivi al primo invito.

Positività al test di primo livello

La figura 5 mostra la quota di test positivi⁴ ai primi esami che è pari al 5,0%, valore che si equipara agli anni pre-pandemici limitando l'incremento che si era riscontrato nel 2020 (5,7%). Anche per la quota di test positivi agli esami successivi si osserva un ritorno a valori che rientrano nella soglia di accettabilità prevista dallo standard GISCOR come si può vedere in figura 6.

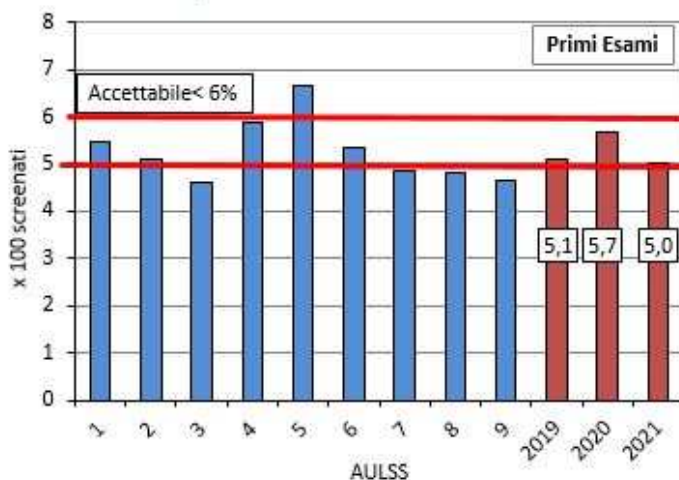


Figura 5: Tasso di positività al primo esame - Anno 2021

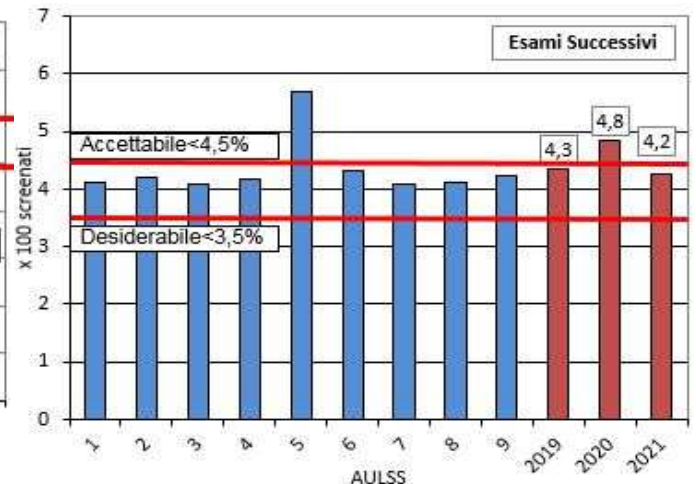


Figura 6: Tasso di positività agli esami successivi- Anno 2021

⁴ Test SOF positivo per valori ≥ 100 ng/ml

Nei soggetti al primo esame di screening, tendenzialmente più giovani, si riscontrano un maggior numero di lesioni rispetto ai soggetti agli esami successivi, nei quali eventuali lesioni precancerose sono state già rimosse nei round di screening precedenti. L'incidenza del carcinoma del colon è più elevata nei maschi ed aumenta progressivamente con l'età (figura 7).

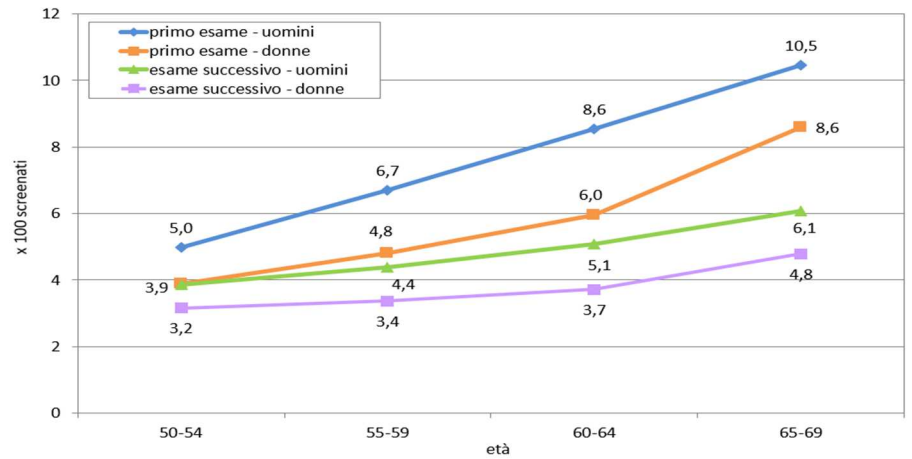


Figura 7: positività esame di primo livello per sesso, età e storia di screening.

Adesione alla colonscopia

Nella Regione del Veneto nel 2021 ogni 100 soggetti risultati positivi al SOF ed invitati ad eseguire un approfondimento colonscopico, 87 hanno aderito.

Il dato è in linea con gli anni precedenti, e, a livello regionale, raggiunge la soglia di accettabilità GISCoR (>85%). Lo stesso indicatore, valutato nelle Aziende ULSS mostra una certa variabilità tra i programmi di screening. In particolare per 2 Aziende ULSS l'indicatore risulta sotto la soglia di accettabilità GISCoR. Si sottolinea l'importanza di assicurare un'elevata adesione alla colonscopia che rappresenta non solo un esame diagnostico ma molto spesso si concretizza in una procedura interventistica per rimuovere eventuali lesioni pre tumorali o tumorali.

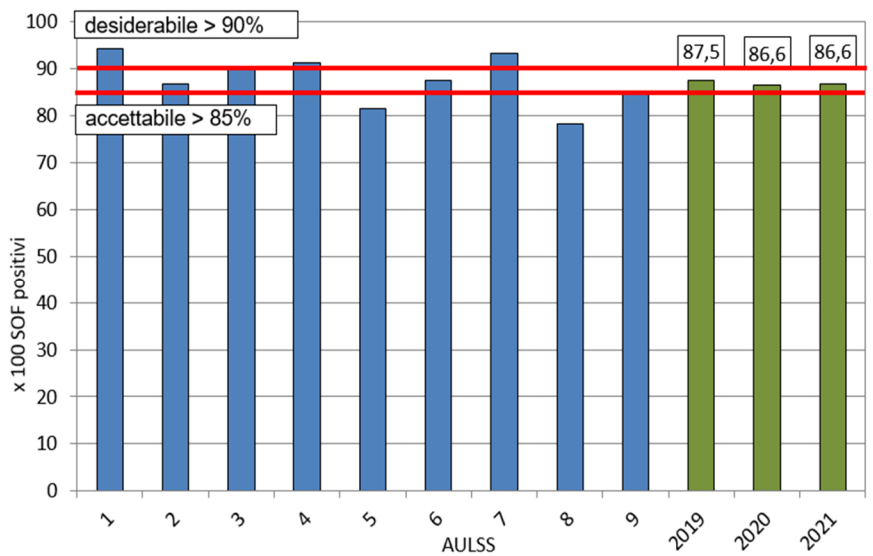


Figura 8: Proporzione di adesione alla colonscopia.

Tassi di identificazione delle lesioni

La capacità diagnostica dei programmi viene valutata analizzando i tassi di identificazione (o *detection rates*, DR) per 1.000 soggetti esaminati.

Le lesioni di interesse per i programmi di screening colorettole sono i carcinomi e gli adenomi avanzati⁵.

A livello regionale, nei primi esami, la DR per carcinoma è sovrapponibile al valore dell'anno precedente, e non raggiunge lo standard di accettabilità GISCoR (>2,0‰).

Per gli adenomi avanzati la DR si riduce di quasi 2 punti percentuali rispetto al 2020 (Figura 9). Avvicinandosi comunque allo standard GISCoR desiderabile.

Il tasso di identificazione degli adenomi avanzati valutato nelle singole Aziende ULSS presenta però una notevole variabilità fra i programmi con un range che varia tra il 4,3‰ ed il 14,9‰.

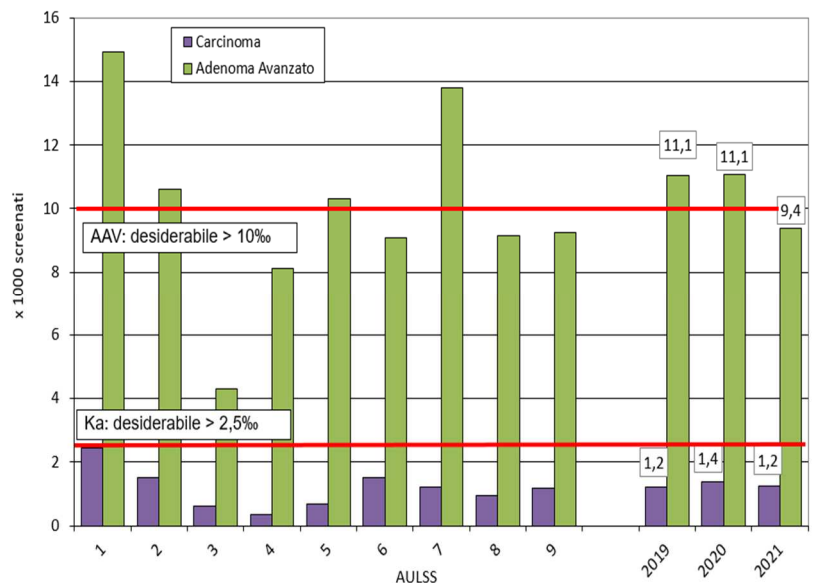
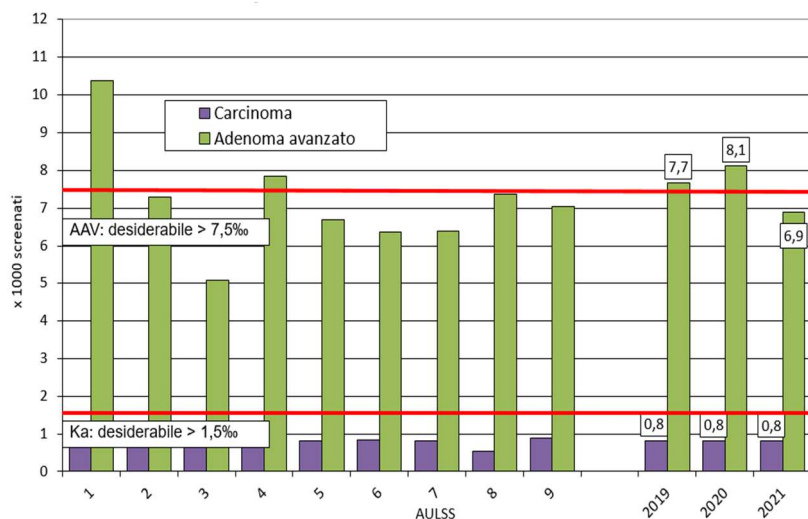


Figura 9: Tasso standardizzato di carcinomi ed adenomi avanzati per AULSS ai primi esami (x 1.000 screenati).

⁵ adenoma avanzato: diametro massimo ≥ 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, o displasia di alto grado



Agli esami successivi, la DR per carcinomi è in linea con gli anni precedenti (figura 10), mentre quella per adenomi avanzati cala rispetto all'anno precedente passando da 8,1% del 2020 a 6,9% dell'anno in analisi, portando l'indicatore sotto la soglia di desiderabilità GISCoR (>7,5%). Si evidenzia la notevole variabilità della DR tra le Aziende ULSS con un range compreso tra il 5,1% e il 10,4%.

Figura 10: Tasso standardizzato di carcinomi ed adenomi avanzati per AULSS agli esami successivi (x 1.000 screenati)

Valore predittivo positivo

Il valore predittivo positivo (VPP) del SOF alla colonscopia corrisponde al numero di persone con diagnosi di carcinoma o adenoma avanzato sul totale dei soggetti sottoposti all'esame di approfondimento. E' un indicatore di performance della qualità della colonscopia.

A livello regionale, ai primi esami, il tasso di diagnosi di carcinoma e adenoma avanzato è del 25,5%, in particolare ogni 100 colonscopie eseguite sono stati diagnosticati 2,9 carcinomi e 22,6 adenomi avanzati (figura 11).

Agli esami successivi (figura 12), il VPP complessivo è pari al 21,2%, rispettivamente 2,2% per carcinoma e 19,0% per adenoma avanzato raggiungendo complessivamente lo standard desiderabile del GISCoR (>20%).

Entrambi i VPP presentano una notevole variabilità tra le singole Aziende.

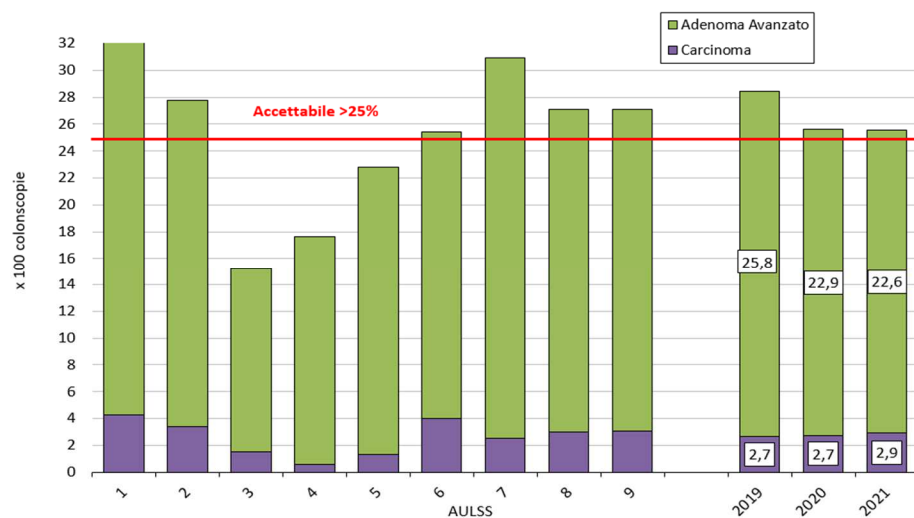


Figura 11: Valore Predittivo Positivo di carcinomi ed adenomi avanzati per AULSS per primi esami (x 100 colonscopie)

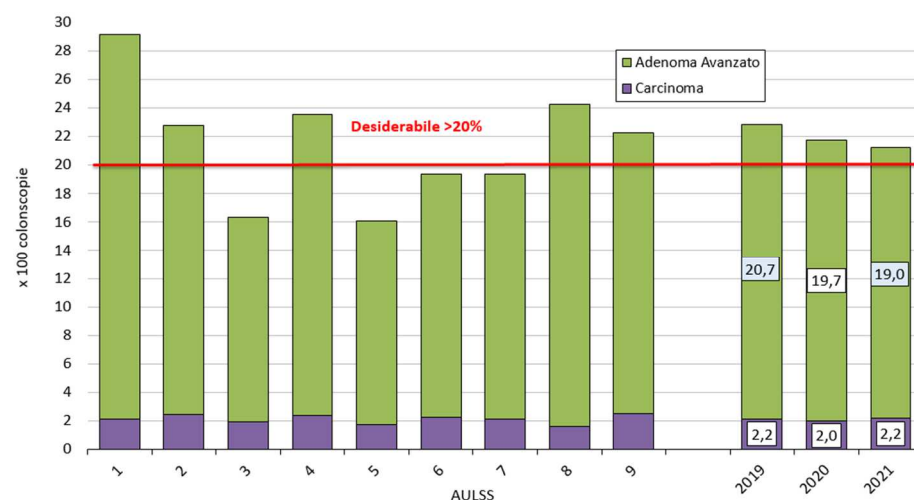


Figura 12: Valore Predittivo Positivo di carcinomi ed adenomi avanzati per AULSS agli esami successivi (x 100 colonscopie)

Tempi delle procedure di screening

La valutazione dei tempi di attesa, pur non costituendo un indicatore di qualità della diagnosi, è molto importante perché contribuisce a monitorare l'efficienza organizzativa del programma e a condizionare la percezione e la fiducia dell'utente nei confronti dello screening.

Complessivamente, il 94,8% dei referti negativi è stato inviato agli utenti entro due settimane dall'esecuzione dell'esame in laboratorio, ed un ulteriore 4,3% entro la terza settimana, un risultato che si mantiene al di sopra dello standard desiderabile del GISCoR (>90%) e in miglioramento rispetto all'anno precedente per quasi tutte le Aziende ULSS.

Permangono problematici i tempi di attesa per l'esecuzione degli approfondimenti, come prevedibile conseguenza della necessità di recuperare le prestazioni non erogate nel 2020 a causa della pandemia e delle modalità organizzative che si sono dovute adeguare ai nuovi protocolli (distanziamento, tempo per sanificare gli ambienti ecc.)

Complessivamente, nella Regione del Veneto, la colonscopia è stata eseguita entro un mese dal referto del test di primo livello solo nel 34,5% dei casi, in peggioramento rispetto all'anno precedente (37,2%), rimanendo al di sotto dello standard accettabile del GISCoR (>90%). Il dato cresce fino al 75,3% se si considera la quota di colonscopie effettuate entro i due mesi. Il dettaglio per Aziende ULSS è riportato nella figura 13.

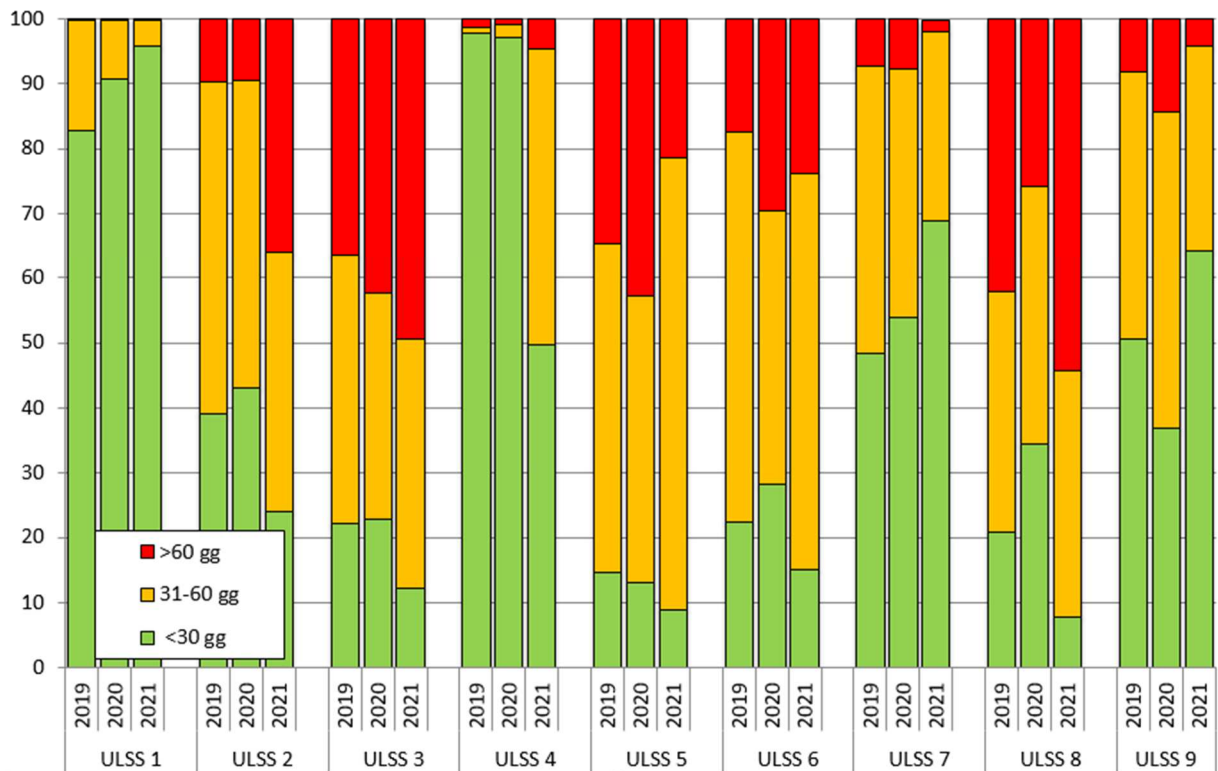


Figura 13: Percentuale di approfondimenti entro 30, 60 e oltre 60 giorni dalla data del test positivo.

Survey dei follow-up e carico di lavoro endoscopico

La grande variabilità tra le Aziende ULSS nelle raccomandazioni per il follow-up dopo colonscopia, già segnalata nelle precedenti rilevazioni, permane elevata anche nel 2021 e si registra sia per le colonscopie negative che per tutte le categorie di lesioni diagnosticate (adenomi a basso rischio, rischio intermedio e alto).

Le raccomandazioni regionali sono state applicate complessivamente con un range tra il 60 e 90% dei casi.

L'esito negativo della colonscopia ha previsto l'invio a SOF a 5 anni per l'88% dei pazienti (figura 14).

La diagnosi di adenoma ad alto rischio ha determinato nel 59,2% una raccomandazione di ripetere una colonscopia dopo 12 mesi e nel 22,2% dopo 3 anni (figura 15).

Per gli adenomi a basso rischio nel 59,3% dei casi viene data indicazione a ripetere un SOF a 5 anni mentre nel 29,5% dei casi la raccomandazione è di eseguire una colonscopia a 5 anni. Per i soggetti che ricevono una diagnosi di adenoma a rischio intermedio viene data indicazione di eseguire una colonscopia a 3 anni nel 76,7% dei casi mentre un 8,7% riceve indicazione di ripetere una colon a distanza di 1 anno.

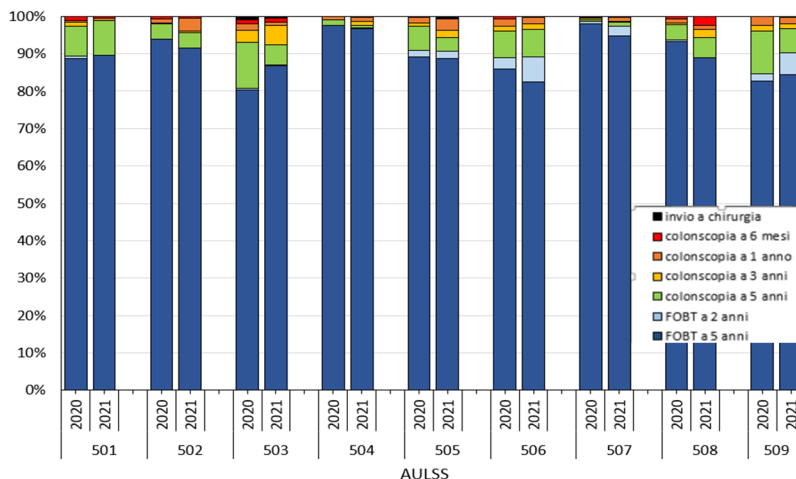


Figura 14: Raccomandazione follow-up dopo colon negativa– Anno 2021

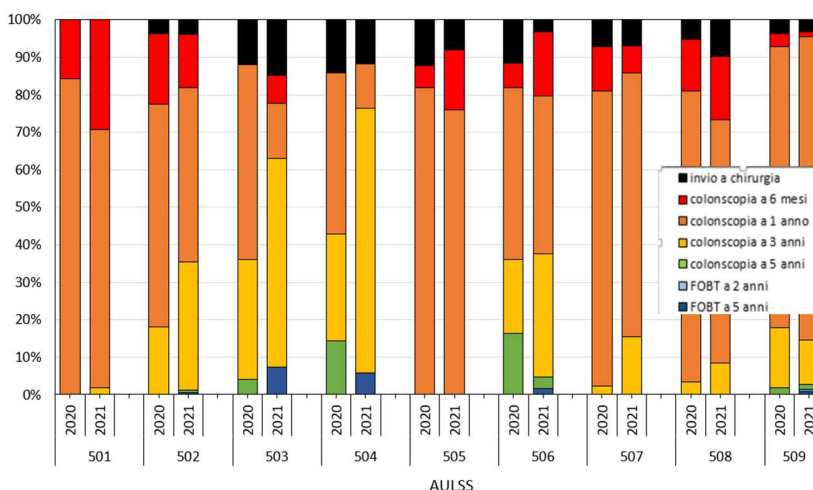


Figura 15: Raccomandazione follow-up adenoma ad alto rischio. Anno 2021.

Come si evidenzia nella figura 16 il volume di attività costituito dai follow-up endoscopici rappresenta il 24,1% di tutte le colonscopie eseguite nell'ambito dei programmi di screening con una variabilità tra le Aziende ULSS che va dal 13,1 al 37,8%. Migliorare l'appropriatezza delle raccomandazioni risulta quindi fondamentale per ottimizzare l'uso delle risorse. Anche a tale scopo è iniziato nel 2021 un percorso di revisione delle linee guida con il recepimento delle nuove linee ESGE sulla sorveglianza post polipectomia.

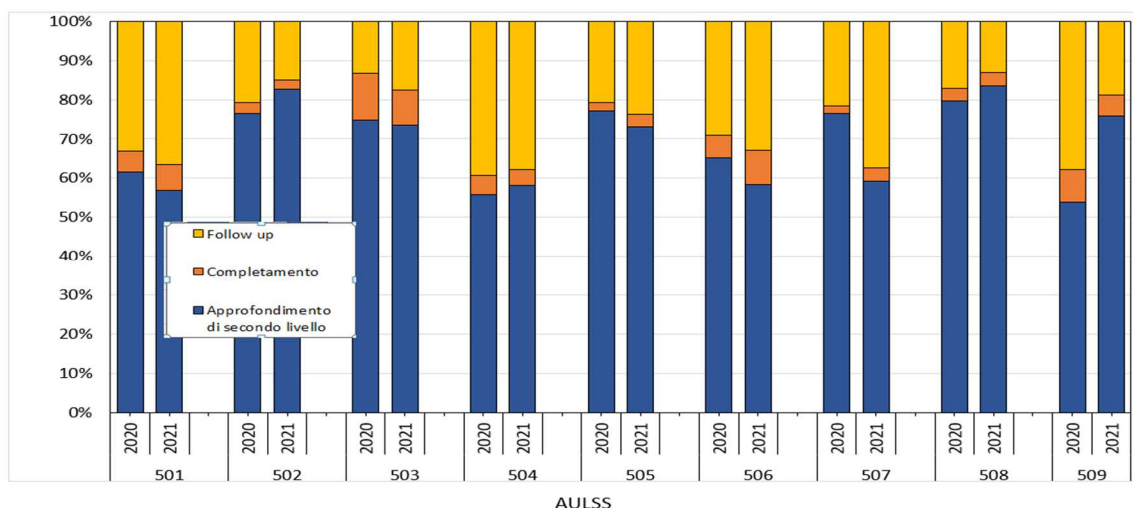


Figura 16: Carichi di lavoro endoscopico, anno 2021.

Principali indicatori di qualità nello screening coloretale

Nelle Tabelle 1 e 2 sono riportati gli indicatori di qualità per i programmi di screening coloretale. Complessivamente i programmi della Regione del Veneto superano gran parte degli standard accettabili o desiderabili stabiliti dal GISCoR. Rimangono critici i tempi di attesa per la colonscopia di approfondimento.

Tabella 1: Principali indicatori di qualità dello screening colon rettale in Veneto nel periodo 2019 - 2021 e standard GISCoR di riferimento.

Indicatori	2021	2020	2019	Standard GISCoR	
				Accett.	Desider.
Estensione corretta	106,8	76,6	94,9	> 80	> 90
Adesione corretta	64,1	58,6	64,2	> 45*	> 65*
Positività ai primi esami	5,0	5,7	5,1	< 6	< 5
Positività agli esami successivi	4,2	4,8	4,3	< 4,5	< 3,5
Adesione alla colonscopia	86,6	86,6	87,5	> 85	> 90
Colonscopie complete	96,6	92,8	92,9	> 85	> 90
Tassi di identificazione (‰) standardizzati					
Primi esami					
Carcinomi	1,2	1,4	1,2	> 2,0‰	> 2,5‰
Adenomi avanzati	9,4	11,1	11,1	> 7,5‰	> 10,0‰
Esami successivi					
Carcinomi	0,8	0,8	0,8	> 1,0‰	> 1,5‰
Adenomi avanzati	6,9	8,1	7,7	> 5,0‰	> 7,5‰
Valore Predittivo Positivo (%)					
Primi esami					
Carcinomi	2,9	2,7	2,7	> 25%	> 30%
Adenomi avanzati	22,6	22,9	25,8		
Esami successivi					
Carcinomi	2,2	2,0	2,2	> 15%	> 20%
Adenomi avanzati	19,0	19,7	20,7		
Invio dell'esito del SOF negativo entro 15 gg (%)	94,8	96,1	91,7	90% entro 15gg	
Esecuzione della colonscopia entro 30 gg (%)	34,5	37,9	37,2	95% entro 30gg	

* Gli standard GISCoR si riferiscono all'indicatore di adesione grezza.

Tabella 2: Principali indicatori di qualità dello screening colon retto per AULSS (anno 2021)

ANNO 2021	AULSS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estensione corretta	96,0	103,9	98,1	96,2	86,6	95,4	111,6	106,3	137,6
Adesione corretta	65,4	76,0	58,0	55,8	65,2	55,1	65,8	67,9	64,1
Positività ai primi esami	5,5	5,1	4,6	5,9	6,7	5,4	4,8	4,8	4,6
Adesione alla colonscopia	94,2	86,7	90,4	91,2	81,4	87,5	93,3	78,1	85,1
CS completate	93,6	98,7	98,4	98,2	98,2	95,9	87,5	99,9	95,9
DR AAR primi esami	14,9	10,6	4,3	8,1	10,3	9,1	13,8	9,1	9,2
VPP K + AAR primi esami	32,6	27,8	15,2	17,6	22,8	25,4	31,0	27,1	27,1
Tempo di attesa Colonscopia	95,9%	24,1%	12,2%	49,6%	9,0%	15,0%	68,8%	7,8%	64,3%

Conclusioni

Nel Veneto lo screening del carcinoma coloretale è un'attività consolidata presente in tutte le 9 Aziende ULSS della Regione.

- L'estensione degli inviti a livello regionale è in linea rispetto agli anni precedenti, superando lo standard desiderabile del 90% raccomandato dal GISCoR. Tre programmi non raggiungono ancora il valore desiderabile, pur superando la soglia di accettabilità posta all'80%. Nelle rimanenti AULSS i programmi hanno livelli di estensione ottimali.
- Sono soddisfacenti i livelli di adesione allo screening, che in 5 AULSS superano lo standard desiderabile proposto dal GISCoR (>65%).
- L'adesione alla colonscopia di secondo livello, pur presentando valori accettabili a livello regionale, risulta al di sotto della soglia in due Aziende ULSS (<85%).
- Permane una criticità sui tempi di attesa per l'esecuzione della colonscopia di approfondimento.
- Il tasso di identificazione per adenomi avanzati agli esami successivi e i tassi di identificazione dei carcinomi risultano lievemente inferiori agli standard raccomandati dal GISCoR.
- Complessivamente i programmi di screening coloretale della Regione Veneto confermano la loro capacità di garantire elevati livelli qualitativi delle prestazioni offerte.

Screening del tumore della mammella - Anno 2021

Introduzione

Il tumore della mammella rappresenta il primo tumore per incidenza in Italia nella popolazione femminile¹, lo screening ha come obiettivo primario la riduzione della mortalità specifica e obiettivo secondario l'identificazione precoce delle forme tumorali per permettere terapie chirurgiche e mediche il più possibile conservative e con minor impatto per la donna.

Nella Regione del Veneto lo screening è attualmente rivolto alle donne tra i 50 e i 74 anni con la prospettiva, in base al nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, della futura estensione dell'invito anche alla fascia 45-49 anni.

Nel corso del 2021 i programmi di screening mammografico hanno dimostrato grande capacità di resilienza recuperando gran parte dei ritardi accumulati nel periodo pandemico per quanto riguarda l'estensione ma mantenendo valori ancora non ottimali rispetto all'adesione, seppur con livelli decisamente superiori alla media nazionale.

Gli indicatori riportati in questo report presentano l'attività svolta nell'anno 2021.

Estensione ed Adesione allo Screening Mammografico

Nel 2021, nell'ottica di incrementare gli inviti per raggiungere tutta la popolazione target, a seguito anche dell'attivazione dei Piani di recupero delle liste di attesa, le Aziende ULSS hanno attuato importanti misure volte a recuperare il ritardo accumulato nelle prime fasi della pandemia COVID-19 e a minimizzare il possibile slittamento degli inviti all'anno successivo.

Nella Regione del Veneto, sono state invitate allo screening della mammella, 434.231 donne, nella fascia d'età 50-74 anni, vale a dire il 107,4% della popolazione obiettivo annuale.

La correzione del dato di estensione è stata effettuata escludendo dall'invito le donne con esame mammografico eseguito negli ultimi due anni o con diagnosi nota di tumore al seno.

La figura 1 presenta l'indicatore per singola Azienda ULSS, confrontato con il biennio precedente.

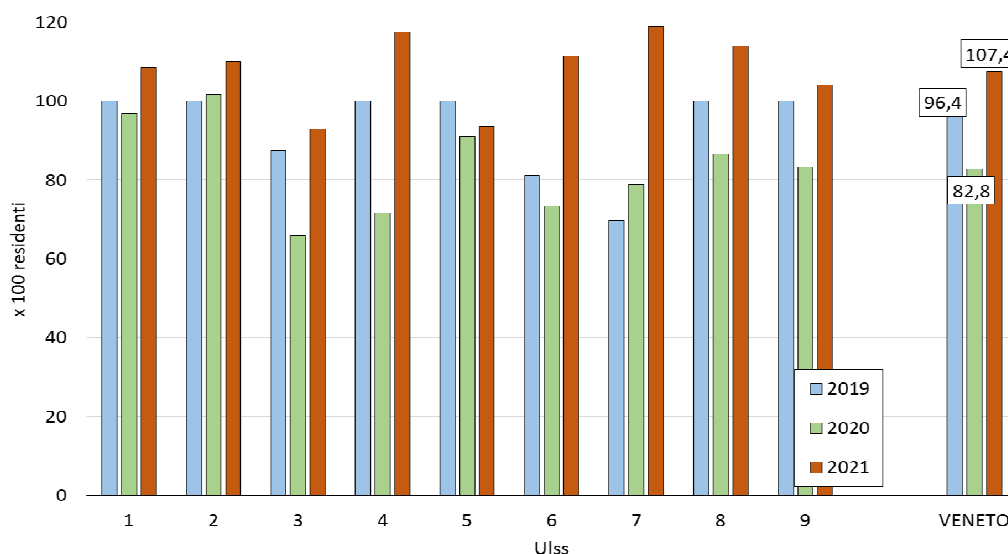


Figura 1: Tasso di estensione corretta² allo screening mammografico (50-74 anni).

¹ <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>

² Estensione corretta: rapporto tra il numero di persone invitate ed il target su base annuale, costituito dal numero di residenti al netto dei soggetti esclusi prima dell'invito.

Si osserva un generale incremento del valore di estensione in quasi tutte le ULSS a riprova dell'impegno assunto dalle Aziende verso la popolazione da invitare a screening.

Nel 2021 le donne che hanno risposto all'invito di screening sono state 262.832 con un aumento, in numero assoluto, di oltre 70.000 donne rispetto al 2020.

Il tasso di adesione (figura 2) ha visto un lieve incremento rispetto all'anno precedente portandosi dal 66,8% al 68%, ma i dati preliminari del 2022 dimostrando un miglioramento dell'indicatore che riflette la riduzione degli iniziali timori delle donne a frequentare spazi sanitari in corso di Pandemia, rinnovando la loro fiducia nei percorsi offerti dal Sistema Sanitario

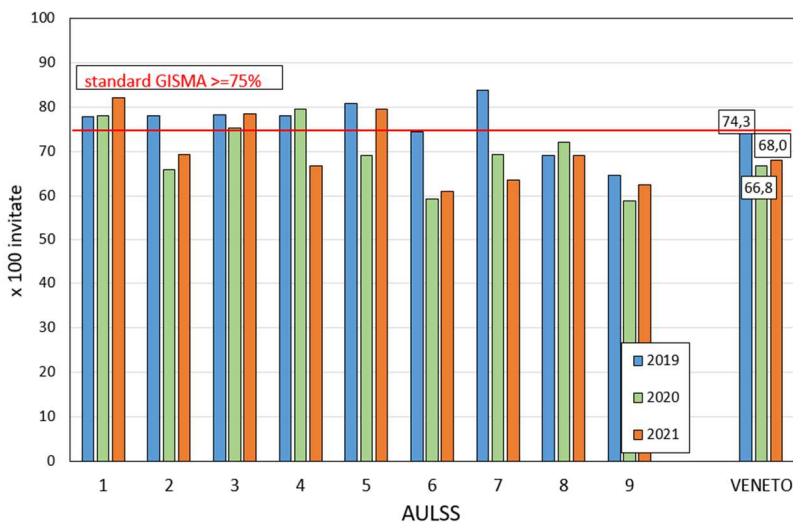


Figura 2: Tasso di adesione corretta³ allo screening mammografico (50-74 anni) anno 2021

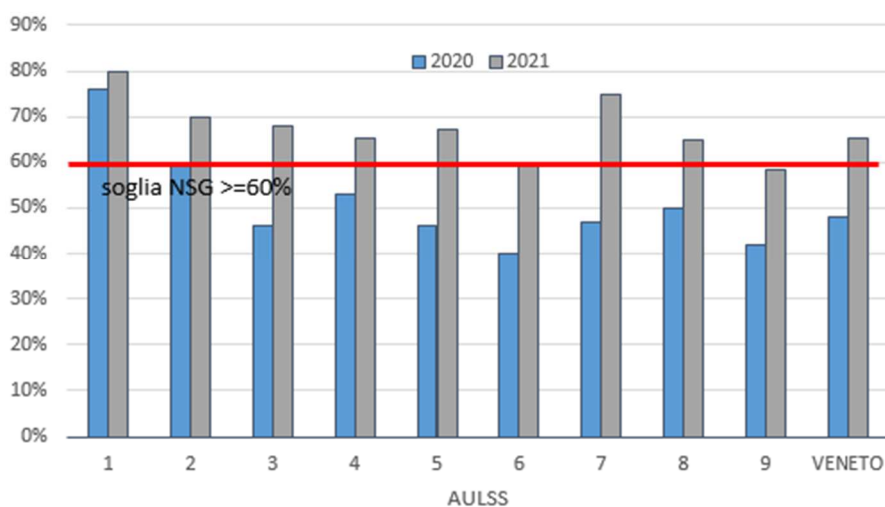


Figura 3: Tasso di copertura allo screening mammografico (50-69 anni) - anni 2020 e 2021

Nella figura 3 viene rappresentato il dato di copertura dettagliato per ogni singola Azienda ULSS.

L'indicatore di copertura rappresenta il rapporto tra le donne che hanno aderito all'invito e la popolazione target in fascia 50-69 anni, il suo monitoraggio è previsto nel Nuovo Sistema di Garanzia.

Lo standard fissato al 60% è stato raggiunto nel 2021 da tutte le Aziende ULSS

Popolazione bersaglio e dati di attività

La Figura 4 riporta i volumi di attività in termini assoluti dell'anno 2021.

Le donne della popolazione target annua erano 435.061 al primo gennaio 2021, secondo fonte ISTAT e al netto di tutte le donne escluse dall'invito per diagnosi già conclamata di tumore al seno o perchè avevano già eseguito una mammografia nell'intervallo di screening. Le donne sottoposte a screening di primo livello sono state 271.833 e 14.407 di queste sono state inviate ad approfondimento.

Le lesioni cancerose diagnostiche dallo screening nel 2021 sono state 1.699.

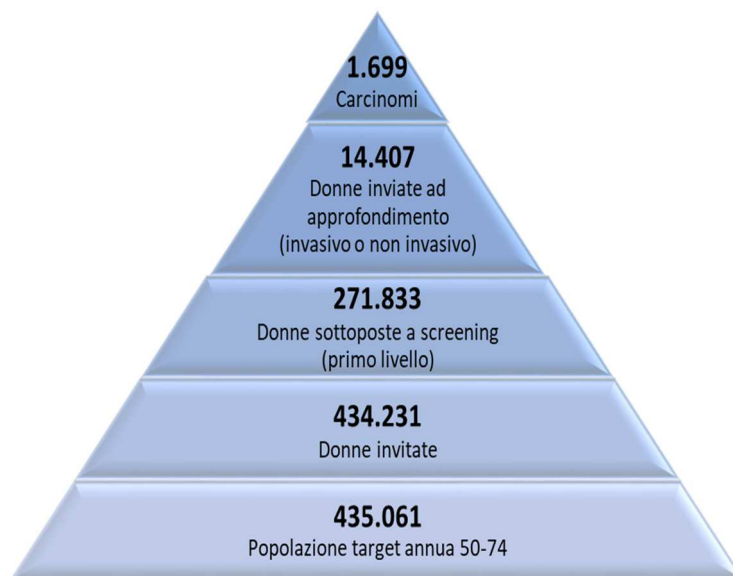
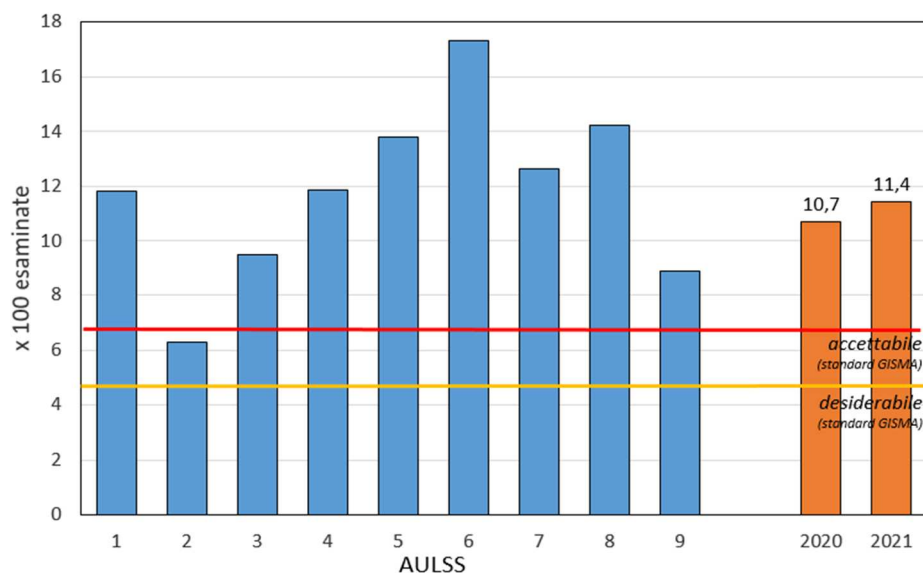


Figura 4: Dati di attività screening della mammella, donne 50-74 anni della Regione Veneto - anno 2021

³Adesione corretta: rapporto tra i soggetti esaminati e quelli invitati al netto dei soggetti che, dopo l'invito, hanno dichiarato di aver effettuato un test recente.

Invio ad approfondimenti diagnostici

L'invio ad approfondimenti diagnostici dopo la mammografia di primo livello viene valutato separatamente per le donne che aderiscono per la prima volta rispetto alle donne che avevano già aderito in precedenza a un invito di screening. Le donne ai primi esami, infatti, che sono circa il 13% della popolazione totale esaminata nell'anno, appartengono per il 78% alla fascia d'età 50-54 anni caratterizzata generalmente da un seno con maggiore densità mammaria. Inoltre, agli esami successivi, il confronto con le mammografie precedenti contribuisce a contenere il tasso di invio ad approfondimento.



Nel 2021 il tasso regionale di invio ad approfondimento per le donne che hanno aderito per la prima volta alla mammografia di screening (figura 5) è stato dell'11,4% con notevole variabilità tra le singole Aziende ULSS (dal 6,3% al 17,3%).

Il dato risulta lievemente aumentato rispetto all'anno precedente (10,7%), rimanendo superiore allo standard proposto dal Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa <7%).

Figura 5: Tasso di invio ad approfondimenti per le donne che aderiscono per la prima volta (primi esami) - anno 2021

Il tasso di invio ad approfondimento per le donne aderenti ad esami successivi (figura 6) è stato del 4,3 % in linea con gli anni precedenti (4,2% nel 2020) ed entro lo standard accettabile proposto dal GISMa (<5%).

La variabilità tra le Aziende ULSS è più contenuta rispetto allo stesso indicatore presentato per i soggetti ai primi esami. Si evidenziano le due Aziende Ulss 2 e 6 che si collocano ai due estremi del range di variabilità (Figura 6).

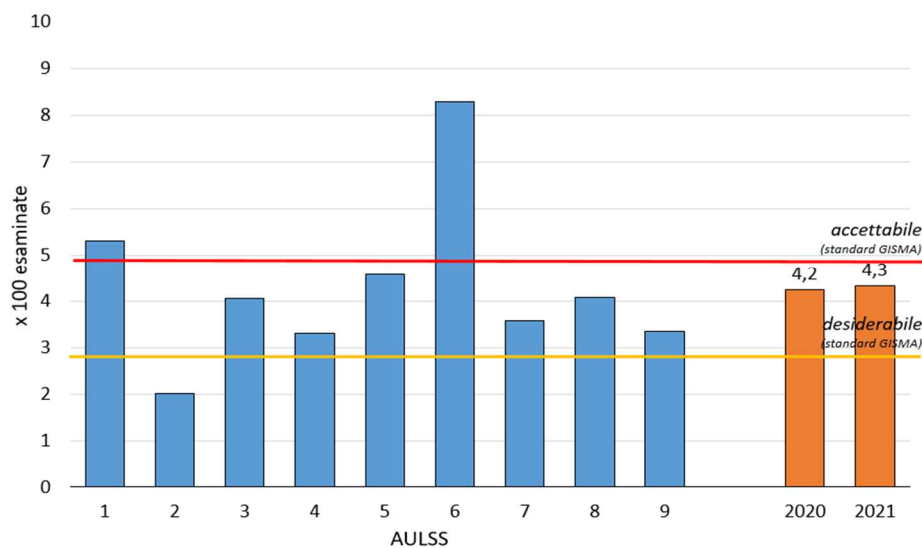


Figura 6: Tasso di invio ad approfondimenti per le donne già aderenti ai programmi di screening (esami successivi)

E' importante ricordare che il tasso di richiamo per approfondimenti costituisce un importante indicatore del primo livello diagnostico, l'esecuzione di esami non necessari può avere un effetto negativo in termini di disagio psicologico per la donna, di utilizzo di risorse e di costi aggiuntivi per il programma.

La variabilità riscontrata negli invii ad approfondimenti può trovare la sua origine in diversi fattori tra i quali rientrano sia elementi tecnici, quali la disponibilità di esami precedenti per confronto, i tempi e orari dedicati alla lettura, la disponibilità di supporti tecnologici, che diversi modelli organizzativi. E' importante che le singole aziende monitorino tali indicatori per comprendere se sia indicato attuare eventuali azioni correttive.

Lesioni diagnosticate nella popolazione esaminata

Nel 2021, sono state diagnosticate complessivamente in tutta la Regione 1.699 neoplasie di cui 248 in donne al primo accesso al programma di screening (DR⁴ primi esami 6,6‰) e 1.451 in donne che avevano già eseguito un esame all'interno del programma di screening (DR esami successivi 6,2‰). Nella Tabella 1 sono riportati i tassi di identificazione per carcinoma mammario standardizzati per età e suddivisi per primi esami ed esami successivi, con dettaglio per Azienda. Il tasso di identificazione regionale agli esami successivi risulta leggermente inferiore a quello del 2020 ma rimane al di sopra dello standard GISMa del 4,3‰ (Tabella 3).

DR standardizzato (x1000)	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	Veneto 2021
Primi esami	6,9	5,3	7,1	5,4	5,6	8,4	6,5	5,7	6,7	6,6
Esami Successivi	5,8	6,2	6,6	6,5	5,0	6,7	6,5	4,7	6,4	6,2

Tabella 1: Tasso di identificazione per carcinoma mammario, standardizzato per età, ai primi esami e agli esami successivi per AULSS (x 1000 donne screenate) - anno 2021

Le figure 7 e 8 rappresentano il valore predittivo positivo della mammografia di primo livello ai primi esami e agli esami successivi.

Questo indicatore rappresenta la probabilità che ad una donna richiamata ad approfondimento sia diagnosticato un tumore alla mammella e si ottiene dal rapporto tra le diagnosi di cancro sul totale delle donne inviate al secondo livello diagnostico. Si evidenzia eterogeneità tra le Aziende che va probabilmente ricondotta a un diverso modello organizzativo e indirizza ad una rivalutazione interna dei percorsi.

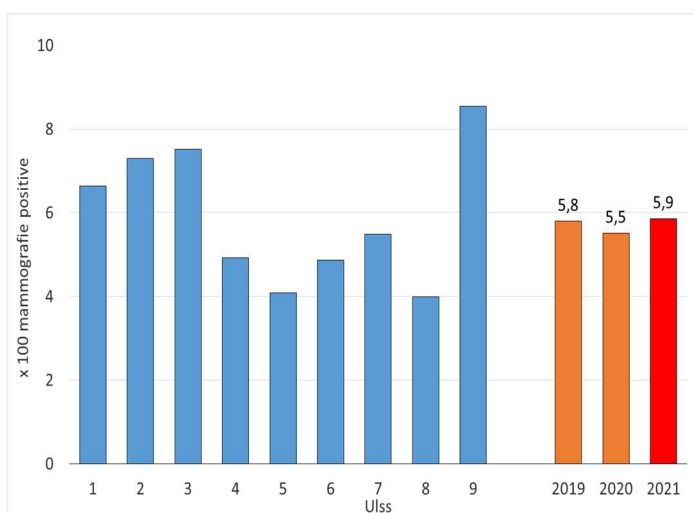


Figura 7: Valore predittivo positivo nelle donne che partecipano allo screening per la prima volta (primi esami) - anno 2021

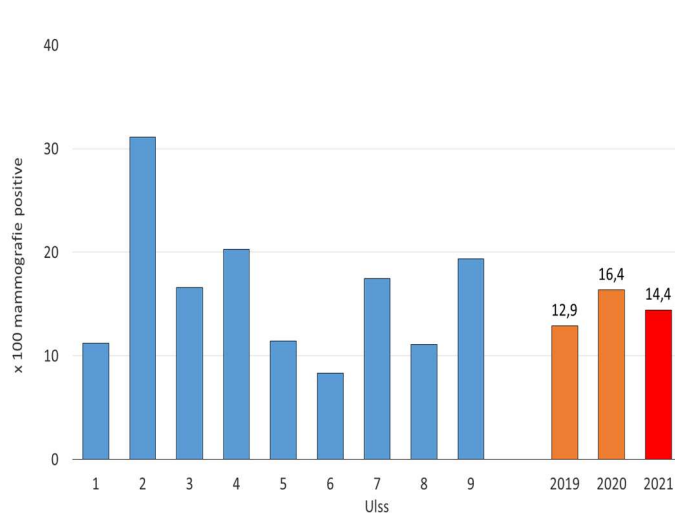


Figura 8: Valore predittivo positivo nelle donne che hanno già aderito in passato allo screening (esami successivi) - anno 2021

⁴ DR: Tasso di identificazione, rapporto tra lesioni identificate e la popolazione screenata standardizzata per età

Rispetto al 2020 è stato diagnosticato un maggior numero di lesioni in stadi precoci (gli stadi 0-1 sono il 61% nel 2021 mentre erano il 57% nel 2020).

Dei 345 tumori con stadio non definibile 242 comprendono cancri inoperabili o non operati per specifici motivi (stadi avanzati, donne in terapia neoadiuvante, ecc) o cancri per cui la Centrale Operativa di screening non dispone di ulteriori informazioni.

Per 93 donne operate non è stato possibile ottenere il dato relativo alla stadiazione; nonostante il lieve miglioramento rispetto al 2020 (110 casi) il recupero di tale informazione rappresenta ancora un punto critico.

Stadio 2021	Primi esami		Esami successivi		Totale	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
0	32	13%	172	12%	204	12%
I	108	44%	729	50%	837	49%
II +	43	17%	270	19%	313	18%
X	65	26%	280	19%	345	20%
Totale cancri (50-74 aa)	248	100%	1451	100%	1699	100%

Tabella 2: Cancro diagnosticati allo screening 50-74 anni - anno 2021

Tempi della procedura di screening

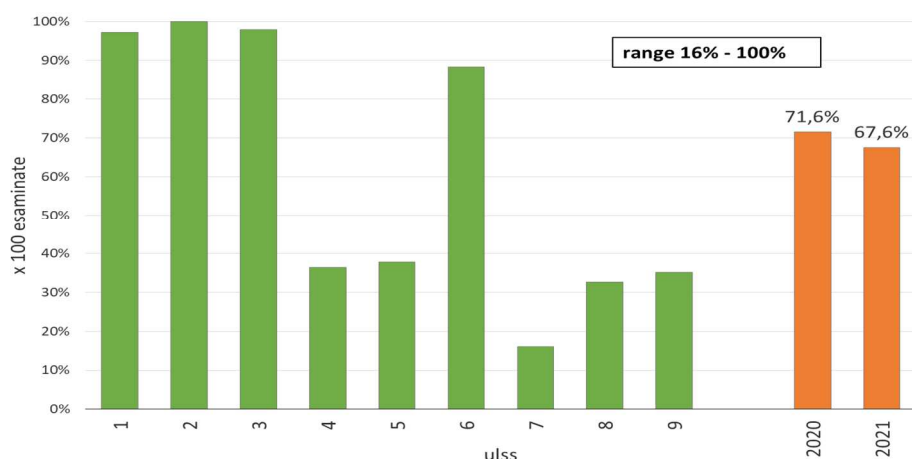


Figura 9: Tempi di invio delle risposte negative, percentuale di risposte inviate entro 21 giorni dall'esame - anno 2021

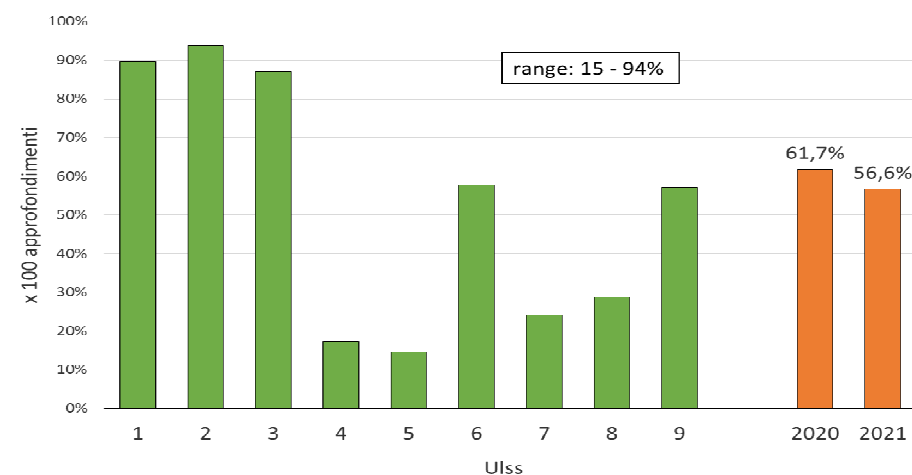


Figura 10: Tempi di invio ad approfondimenti, percentuale di esami effettuati entro 28 giorni dalla mammografia di primo livello - anno 2021

Si registra una lieve diminuzione nella percentuale di utenti che ricevono il referto negativo entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia (figura 9) con una rilevante disomogeneità tra le singole Aziende.

Tale dato va però contestualizzato in un maggior numero di esami eseguiti nel 2021, con possibile riflesso nei tempi di refertazione, e risente di problematiche organizzative conseguenti alle generali difficoltà riscontrate a seguito della pandemia.

Anche i tempi di invio ad approfondimento dopo un esame di primo livello positivo (figura 10), evidenziano un lieve peggioramento, con eterogeneità tra le singole ULSS.

I tempi di attesa sono indicatori del grado di efficienza del programma, ma hanno anche un forte impatto sulla percezione della qualità del servizio da parte degli utenti.

Il loro contenimento entro limiti accettabili è importante per limitare l'ansia dell'attesa dell'esito della prestazione eseguita.

Principali indicatori di qualità nello screening mammografico

Indicatori	2021	2020	2019	Standard GISMa	
				Accett.	Desider.
% Estensione degli inviti	107,4	82,79	96,40	100	
% Adesione corretta	68,0	66,76	74,30	≥60	≥75
% Invio approfondimenti- primi esami	11,43	10,72	10,70	<7	<5
% Invio approfondimenti- esami successivi	4,32	4,24	4,40	<5	<3
Richiami intermedi dopo mx di 1 livello	0,29	0,46	0,80	<1	<0
Tassi di identificazione ai primi esami (x 1000)	6,61	5,80	6,30	> 7,48	
Tassi di identificazione agli esami successivi (x 1000)	6,19	6,82	6,40	> 4,34	
Tassi di identificazione tumori ≤10 mm ai primi esami (x 1000)	1,8	1,4	1,1	nessuno standard di riferimento	
Tempestività della risposta alla mammografia negativa: % entro 15 gg	55,7	56,8	36,4	90% a 15gg	90% a 10gg
Tempo dalla Mx di screening alla sessione di approfondimento: % entro 20 gg	40,5	45,2	34,6	90% a 20gg	90% a 11gg

Tabella 3 : Principali indicatori di qualità dello screening mammografico della Regione Veneto (fascia d'età 50-74 anni) e standard GISMa per il periodo 2019-2021.

ANNO 2021	AULSS								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Estensione corretta	108,4	110,1	93,0	117,5	93,6	111,3	119,0	114,0	104,0
Adesione corretta	82,0	69,2	78,6	66,8	79,6	61,0	63,5	69,1	62,5
% invio ad approfondimenti -primi esami	11,8	6,3	9,5	11,9	13,8	17,3	12,6	14,2	8,9
% invio ad approfondimenti - esami successivi	5,3	2,0	4,1	3,3	4,6	8,3	3,6	4,1	3,3
Tasso richiami intermedi	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	1,2	0,1
Detection Rate grezza primi esami (x1000)	7,7	4,5	7,1	5,7	5,3	8,4	6,8	5,7	7,3
Detection Rate grezza esami successivi (x1000)	5,9	6,2	6,7	6,7	5,0	6,8	6,2	4,7	6,4
Tempo invio risposta negativa (% entro 15 gg)	0,9	1,0	0,9	0,0	0,3	0,7	0,1	0,1	0,2
Tempo invio approfondimento (% entro 20gg)	0,8	0,8	0,7	0,1	0,0	0,4	0,1	0,1	0,4

Tabella 4 : Principali indicatori di qualità dello screening mammografico per AULSS (anno 2021, fascia d'età 50-74 anni)

Conclusioni

Nella Regione del Veneto lo screening della mammella è un'attività consolidata presente in tutte le 9 Aziende ULSS della Regione.

- Complessivamente i programmi della Regione del Veneto nell'anno 2021 hanno visto un importante incremento dell'offerta delle prestazioni di primo e secondo livello attestandosi nuovamente su valori pre-pandemici.
- Il tasso di adesione permane inferiore rispetto al valore pre-pandemico del 2019.
- Particolare attenzione deve essere posta nell'analizzare a livello locale i dati relativi al tasso di invio ad approfondimento, in particolare per le donne al primo esame di screening, che ad oggi sono le utenti in fascia 50-54 anni. Questo in previsione del futuro ampliamento dell'invito alla fascia d'età 45-49 anni che sarà verosimilmente correlato ad un aumento del tasso di richiamo, per una maggior percentuale di donne con densità mammaria più elevata.
- L'incremento di attività nel 2021 e le variabilità riscontrate tra le singole Aziende ULSS, ad esempio sull'invio ad approfondimento, si ripercuotono sui tempi di attesa all'accesso ai secondi livelli.
- Si segnala che purtroppo permane una difficoltà nel recuperare gli esiti delle stadiazioni dei tumori di alcune donne, con conseguente incremento dei casi con stadiazione ignota.

Complessivamente i programmi di screening della mammella della Regione Veneto confermano la loro capacità di garantire elevati livelli qualitativi delle prestazioni offerte.