

PROGRAMMI DI SCREENING ONCOLOGICI NELLA REGIONE LAZIO

Rapporto 2024



SALUTE LAZIO
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE



**REGIONE
LAZIO**



**DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE - REGIONE LAZIO**

Rapporto a cura di:

- Prefazione: *Alessandra Barca, Andrea Siddu*
- Analisi dati e testo: *Ilaria Mussetto, Diego Baiocchi, Alessandro Maltempi, Andrea Siddu.*
- Impaginazione e Grafica: *Alessia Buffone.*
- Sorveglianza Passi: *Silvia Iacovacci, Valentina Pettinicchio, Daniela Marotta, Lilia Biscaglia, Chiara Badaloni.*

Si ringraziano i coordinamenti aziendali dei programmi di screening per la collaborazione in fase di analisi e valutazione dei dati

INDICE

INDICE.....	1
PREFAZIONE.....	3
INTRODUZIONE.....	4
A. Storia, quadro normativo e documenti di indirizzo.....	4
B. Caratteristiche generali degli screening.....	6
C. Sistema informativo degli screening oncologici.....	8
3. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA.....	10
A. Cenni di epidemiologia e trattamento sul tumore alla mammella.....	10
B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti.....	11
C. Indicatori, analisi e commento dei dati.....	13
4. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE.....	36
A. Aspetti epidemiologici del tumore del colon-retto.....	36
B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti.....	37
C. Indicatori, analisi e commento dei dati.....	38
5. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA.....	61
A. Cenni sul tumore della cervice uterina.....	61
B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti.....	62
C. Indicatori, analisi e commento dei dati.....	66
6. SCREENING SPONTANEI E ORGANIZZATI: I DATI PASSI SUGLI SCREENING ONCOLOGICI ATTIVI NEL LAZIO (BIENNIO 2023-2024).....	88

PREFAZIONE

Nel Lazio sono attivi da tempo i programmi di screening oncologici per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, che garantiscono l'invito attivo a tutta la popolazione avente diritto e l'eventuale presa in carico delle persone che hanno bisogno di approfondimenti diagnostici fino ad un eventuale trattamento.

L'adesione ai programmi organizzati è un potente strumento di equità sociale. L'invito raggiunge tutti coloro che per motivi economici, culturali, sociali o per scarsa informazione non avrebbero fatto esami di prevenzione. A differenza della prevenzione individuale o spontanea, che tende ad essere maggiormente praticata dalle classi socio-economiche più avvantaggiate, i percorsi di prevenzione organizzata possono ridurre le differenze sociali nell'accesso ai controlli e alle cure.

Occorre focalizzare gli sforzi per aumentare la partecipazione ai programmi favorendone l'accessibilità e informando la popolazione correttamente ed in modo esaustivo circa l'importanza degli screening oncologici,

Questo rapporto, attraverso indicatori di esito e di processo costantemente monitorati a livello territoriale e nazionale, illustra i risultati ottenuti nel periodo 2024 grazie all'impegno incessante degli operatori del settore, professionisti del territorio e delle istituzioni, che garantiscono, attraverso il costante miglioramento della loro qualità, l'efficacia di questi fondamentali interventi di sanità pubblica.

Alessandra Barca

Gli screening oncologici sono da sempre un pilastro della sanità pubblica. Nel corso degli anni, la Regione ha messo in piedi una rete ben organizzata, in linea con le migliori pratiche nazionali e internazionali, che ha permesso di migliorare con continuità la qualità dei programmi, l'integrazione con i servizi sanitari territoriali e la capacità complessiva di governo delle attività di prevenzione.

I programmi di screening oncologici organizzati sono finalizzati a garantire al cittadino una presa in carico appropriata lungo l'intero percorso e non la sola esecuzione di un test, fondandosi su percorsi definiti, continuità assistenziale, appropriatezza degli interventi e attenzione costante alla qualità e alla sicurezza delle prestazioni, nel rispetto delle evidenze scientifiche e delle linee guida di riferimento.

Il rafforzamento della partecipazione, anche mediante il potenziamento di azioni già in atto orientate all'*empowerment* del cittadino e alla prevenzione proattiva, rappresenta una priorità per il futuro dei programmi di screening regionale, con particolare attenzione alle fasce di popolazione ancora meno coinvolte.

Il presente rapporto si inserisce in questo quadro e fornisce una sintesi dei programmi di screening oncologici della Regione Lazio per il 2024 attraverso l'analisi degli indicatori di processo e di esito, a supporto delle attività di valutazione e programmazione, sottolineando il fondamentale contributo di tutti gli operatori coinvolti nelle attività di screening, il cui impegno quotidiano ha reso possibile il raggiungimento dei risultati illustrati.

Andrea Siddu

INTRODUZIONE

A. Storia, quadro normativo e documenti di indirizzo

Negli ultimi trent'anni, la prevenzione oncologica ha assunto un ruolo centrale nelle politiche sanitarie, sia a livello nazionale che internazionale, con un'attenzione crescente verso strategie fondate sulla diagnosi precoce. In questo contesto, i programmi di screening organizzati per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto si sono affermati come strumenti fondamentali per la tutela della salute pubblica e la riduzione dell'incidenza e della mortalità associata a queste patologie.

A livello nazionale, le prime Linee Guida sugli screening oncologici sono state introdotte nel 1996 dalla Commissione Oncologica Nazionale, segnando l'avvio di un approccio strutturato alla prevenzione secondaria. I successivi Piani Sanitari Nazionali hanno fornito indicazioni operative alle Regioni e alle Aziende Sanitarie per l'implementazione dei programmi organizzati. Dal 2001, gli screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto sono stati inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), sancendone la gratuità e l'uniformità di accesso su tutto il territorio nazionale. La Legge n. 138 del 2004 ha ulteriormente consolidato l'impegno istituzionale, favorendo l'estensione e la diffusione di tali programmi.

A livello regionale, la Regione Lazio ha attivato i programmi di screening per i tumori della mammella e della cervice uterina con la Delibera n. 4236 del 1997 e successive integrazioni. Lo screening per il tumore del colon-retto è stato avviato nel 2002 con la Delibera n. 1740, inizialmente attraverso una fase di studio di fattibilità. Con le DGR n. 1736/02 e n. 244/04 furono emanati i manuali di buona pratica per gli screening femminili, che definivano i criteri tecnico-professionali e organizzativi a cui gli operatori delle ASL dovevano attenersi. Nel 2011 fu inoltre introdotto il modello organizzativo regionale per lo screening del colon-retto, adottato dalle aziende sanitarie.

Con il DCA n. 191/2015 "Documento Tecnico Programmi di Screening Oncologici nella Regione Lazio", la Regione riorganizzò complessivamente l'assetto dei programmi di screening oncologici, attraverso una revisione dei modelli organizzativi, delle modalità operative, delle strutture coinvolte e degli strumenti per il monitoraggio e la valutazione dei processi. Il provvedimento introdusse anche l'utilizzo del test HPV-DNA e del test per la ricerca del sangue occulto fecale con metodo immunologico (FIT), definendo bacini d'utenza, dotazione organica e requisiti minimi dei centri.

Nel 2017, ulteriori interventi normativi hanno consolidato e ampliato l'offerta dei programmi. Con il DCA n. 240/2017 furono definiti il modello organizzativo e il protocollo diagnostico-terapeutico per lo screening del cervicocarcinoma, estendendo su tutto il territorio regionale l'adozione del test HPV come test primario, rivolto alle donne al compimento del 30° anno di età. Con il DCA n. 189/2017, la Regione Lazio ampliò il programma di screening mammografico, prevedendo l'estensione dell'offerta della mammografia alle donne tra i 70-74 anni su accesso spontaneo, l'inclusione della fascia 45-49 anni una volta consolidati i dati di copertura e l'adozione di protocolli dedicati alla gestione delle donne ad alto rischio, con sorveglianza attiva da parte dei centri di senologia. Sempre nel 2017, con il DCA n. 30, furono definiti il percorso e la rete assistenziale per il tumore del colon-retto, con l'obiettivo di integrare le attività di screening con quelle cliniche, assicurando una presa in carico tempestiva e l'accesso ai trattamenti terapeutico-riabilitativi più appropriati.

Infine, la determinazione n. G17784 del 23/12/2025 ha introdotto un aggiornamento rilevante per lo screening del carcinoma cervicale: a partire da maggio 2025, le donne vaccinate contro l'HPV con almeno due

dosi entro il 15° anno di età verranno invitate direttamente a 30 anni per l'esecuzione dell'HPV test, evitando l'invito a 25 anni. Il cambiamento sarà comunicato alle interessate tramite una lettera dedicata.

Documenti di riferimento nazionali

- G.U. n. 83 del 1° giugno 1996
- Legge 388/2000
- DPCM n. 26 del 29 novembre 2001 (GU 08.02.2002) "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"
- Linee Guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia, contenute nell'accordo tra Ministero della Salute e le Regioni e Province Autonome "Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.100 del 2 maggio 2001.
- Legge n. 138/2004 art. 2 bis
- Ministero della Salute – Screening oncologici: screening del carcinoma, della mammella, della cervice uterina e del colon-retto – Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, della cervice uterina e colon-retto. 2006
- Atto di Intesa della Conferenza Stato - Regioni del 18 Dicembre 2014 sul documento "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della Rete dei Centri di Senologia"
- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005)
- Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 Aprile 2010)
- Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (Intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020)
- DPCM 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

Documenti di riferimento regionali

- DGR 4236/ 1997 e successive integrazioni: linee guida regionali per i programmi di screening del cancro della mammella e della cervice uterina.
- DGR 1736/02 Manuale dei Criteri di Buona Pratica Screening Mammografico
- DGR 244/04 Manuale dei Criteri di Buona Pratica Screening Cervice Uterina
- Circolare ASP 154924/2008: Recepimento Protocollo Bethesda 2001
- DGR 577/2010; DGR 613/2010 Piano Regionale della Prevenzione 2010-13
- Protocollo regionale sullo screening dei tumori del colon retto, anno 2011
- Determina G02879/2014: Istituzione del Sistema Informativo degli Screening Oncologici della Regione Lazio (SIPSOweb)
- DCA 437/2013: Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa
- DCA 152/2015: Rete dei consultori
- DCA 38/2015: Rete dei Centri di Senologia
- DCA 191/2015: Approvazione del Documento Tecnico "Programmi di Screening Oncologici nella Regione Lazio"
- DCA 309/2015 Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018
- DCA 565/2017 Accordo della Medicina di Base con focus sugli screening oncologici
- DCA 189/2017: Documento di indirizzo per la prevenzione secondaria del tumore al seno
- DCA 52/2017: Programma Operativo 2016-2018
- Delibera 378/2017 per gli investimenti di 13,5 milioni sui programmi di screening e consultori
- DCA 30/2017 Percorso e rete assistenziale per la prevenzione e la gestione del tumore del colon e del retto nel Lazio
- DCA 240/2017 Documento di indirizzo per il programma di screening del cervicocarcinoma della Regione Lazio. Modello organizzativo e protocollo diagnostico-terapeutico.
- Determinazione N. G16239 del 24/12/2020: Rete oncologica regionale per la gestione del tumore della mammella

- DGR 970/2021 Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025
- Determinazione N. G01829 del 13.02.2023: Linee di indirizzo organizzative per la Rete oncologica regionale ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni n. 59/CRS del 17 aprile 2019.
- Determinazione 18 gennaio 2023, n. G00466 Recepimento delle raccomandazioni riguardanti l'estensione della chiamata attiva, tramite invito con cadenza biennale, alle donne in età compresa tra i 70 e i 74 anni in recepimento alle "Linee guida per lo screening e la diagnosi del tumore della mammella (Adolopment linee guida europee)" - quesito n 8, quesito n 9, quesito n 10, quesito n 11.
- Determinazione del 27/02/2023 n. G02609: Istituzione del Gruppo di lavoro regionale per la revisione delle Linee guida organizzative per lo screening del colon retto nella Regione Lazio e nomina dei componenti.

Documenti di indirizzo

Linee Guida Europee:

- EUSOMA - Breast Unit Guidelines: The requirements of a specialist breast unit
- European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – II edition (2015)
- European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis – I edition (2011)
- ESGE – European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline (Endoscopy 2020)

Documenti/Manuali/Rapporti:

- GISMa (Gruppo Italiano Screening per i tumori della Mammella) - Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella – Epidemiologia e Prevenzione, 2006
- GISCi (Gruppo Italiano Screening per i tumori della Cervice Uterina) - Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero – Epidemiologia e prevenzione, 1999
- GISCoR (Gruppo Italiano Screening per i tumori del Colon Retto) - Indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening dei tumori coloretali – Epidemiologia e prevenzione, 2007
- Raccomandazioni per la determinazione del sangue occulto fecale (SOF) nei programmi di screening per il carcinoma colo rettale.- Metodo immunologico - Manuale operativo. Epidemiologia e Prevenzione 2009; 33(4-5) suppl. 3: 1-16
- Rapporto HTA: Ronco et al. Health Technology Assessment. Ricerca del DNA di Papillomavirus Umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo dell'utero. HPV DNA based primary screening for cervical cancer precursors. EpidemiolPrev 2012
- Documento intersocietario per la definizione degli indicatori degli screening oncologici. Osservatorio Nazionale Screening. (2020, agosto 18)

B. Caratteristiche generali degli screening

Il programma di screening organizzato si fonda su un modello centrato sull'utente, che non si esaurisce nella semplice offerta di un test diagnostico, ma si configura come un percorso strutturato e integrato, articolato nelle seguenti fasi:

- l'invio attivo alle persone eleggibili;
- l'erogazione del test di screening;
- l'accesso a un iter diagnostico-strumentale adeguato in caso di esito positivo;
- la presa in carico terapeutica dei casi identificati;
- il reinvio secondo cadenze prestabilite basate sulle più aggiornate evidenze scientifiche

Figura 1 - Rappresentazione del modello organizzato del programma di screening

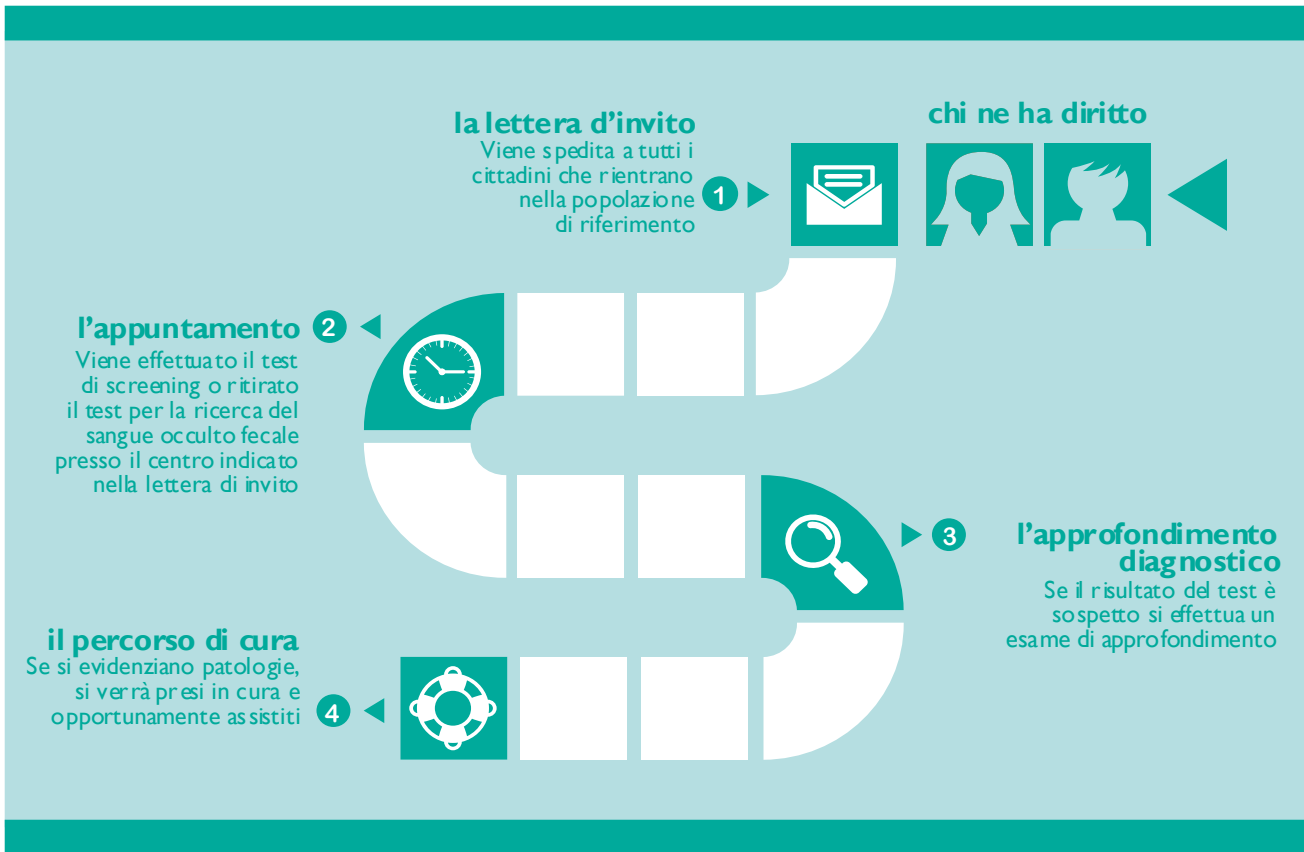


Tabella 2.1 Popolazione target complessiva (Istat 2025) per ASL e screening

ASL	SCREENING MAMMOGRAFICO		SCREENING CERVICE UTERINA			SCREENING COLON RETTO	
	50-74anni	50-69 anni	25-64 anni	25-29 anni	30-64 anni	50-74anni	50-69 anni
RM1	196.352	167.024	279.489	22.596	256.893	362.283	310.604
RM2	233.866	198.740	348.206	29.460	318.746	440.607	377.051
RM3	113.596	97.610	165.307	13.574	151.733	214.672	185.867
RM4	61.594	52.849	90.001	7.542	82.459	119.806	103.176
RM5	89.636	76.500	135.431	11.774	123.657	175.459	150.247
RM6	106.874	90.925	158.756	13.620	145.136	207.778	177.795
VT	58.316	48.684	81.622	6.895	74.727	114.407	95.790
RI	28.517	23.641	38.945	3.462	35.483	56.046	46.508
LT	102.317	86.075	151.990	13.590	138.400	199.390	168.643
FR	86.544	71.617	122.365	10.758	111.607	168.011	139.417
TOTALE	1.077.612	913.665	1.572.112	133.271	1.438.841	2.058.459	1.755.098

Tutti i dati generati nel corso del programma vengono raccolti e analizzati in modo sistematico per verificare il raggiungimento dei migliori standard qualitativi, in linea con i parametri nazionali ed europei. In caso di test positivo, il cittadino è accompagnato gratuitamente lungo tutte le fasi successive, all’interno di un percorso integrato e continuativo. I professionisti dei diversi servizi sanitari coinvolti si riuniscono

regolarmente per definire i percorsi assistenziali più appropriati, con attenzione al contesto individuale. Il programma è altamente specializzato, attento all'innovazione tecnologica, all'aggiornamento degli strumenti diagnostici e alla formazione continua degli operatori sanitari.

I programmi di screening organizzati sono infatti sottoposti a un costante monitoraggio e valutazione, effettuati attraverso sistemi informativi regionali e validati annualmente da survey tecniche a cura dell'Osservatorio Nazionale Screening, organo tecnico del Ministero della Salute. Gli indicatori di processo (estensione degli inviti, adesione, copertura) sono fondamentali per la verifica dell'efficacia e dell'efficienza del programma. Le evidenze scientifiche che ne derivano vengono periodicamente aggiornate per garantire l'adequatezza delle strategie adottate.

Tra gli aspetti critici da considerare rientrano i possibili effetti indesiderati, quali falsi positivi e falsi negativi, che possono rispettivamente portare a procedure inutili o a ritardi diagnostici. Di particolare rilievo sono anche i fenomeni di sovradiagnosi e sovratrattamento, ovvero l'identificazione e il trattamento di lesioni che non si sarebbero mai manifestate clinicamente. Per limitare tali effetti è essenziale applicare intervalli temporali ottimali tra i test: una frequenza eccessiva aumenta il rischio di medicalizzazione, mentre intervalli troppo lunghi riducono la probabilità di diagnosi precoce. Gli intervalli attualmente in uso derivano da consolidate evidenze scientifiche e assicurano il miglior compromesso tra efficacia e sicurezza.

La formazione del personale sanitario – clinico, tecnico e amministrativo – è un pilastro strategico. Essa deve essere continua, multidisciplinare e comprensiva di competenze tecniche, organizzative e relazionali. Le metodologie formative devono privilegiare l'approccio esperienziale e prevedere l'aggiornamento periodico tramite attività pratiche, tutoraggi e monitoraggio dei risultati formativi.

Infine, il rispetto della riservatezza dei dati personali è un requisito imprescindibile. Le aziende sanitarie, nell'ambito dei programmi organizzati, possono utilizzare i dati anagrafici per l'invio degli inviti solo nel rispetto delle normative vigenti. La comunicazione degli esiti deve avvenire in modalità sicura, e il coinvolgimento del medico curante è subordinato al consenso esplicito del cittadino.

C. Sistema informativo degli screening oncologici

Il Sistema Informativo dei Programmi di Screening Oncologici (SIPSOweb), istituito con Determina G02879/2014, è costituito dall'insieme delle informazioni prodotte e utilizzate dai Programmi di Screening per la gestione, il monitoraggio e la valutazione delle attività relative ai percorsi organizzati. SIPSOweb è la piattaforma regionale utilizzata dai coordinamenti aziendali e da tutte le strutture che operano nello screening dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto. Per rispondere all'esigenza di pianificare e gestire in modo integrato tutte le attività, vista la quantità e la complessità delle informazioni, tale Sistema Informativo si avvale di un software gestionale dedicato, appositamente sviluppato, con un'architettura web-based. Esso si basa su record individuali contenenti tutte le informazioni necessarie a ricostruire l'iter di screening del singolo soggetto target all'interno dello specifico passaggio, quali a titolo non esaustivo: le date di invito, i parametri di effettuazione del test di primo livello, la refertazione, gli eventuali accertamenti diagnostici e l'eventuale intervento terapeutico.

Oltre a permettere il monitoraggio e la valutazione delle attività, sia a livello locale che regionale, il software degli screening ha la funzione di amministrare i dati relativi a tutte le fasi previste dal programma, in particolare:

- la programmazione delle agende dei centri si screening;
- l’invio delle lettere di invito, sollecito ed esito ai soggetti target; l’accettazione dei soggetti target (anamnesi familiare e personale);
- l’erogazione dei test di screening e la registrazione degli esiti;
- l’attività dei centri di II livello (prenotazione, erogazione e registrazione degli esiti degli esami); la gestione del trattamento delle lesioni riscontrate;
- la gestione della comunicazione verso il soggetto target.

3. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

A. Cenni di epidemiologia e trattamento sul tumore alla mammella

Nel 2022, il tumore della mammella è stato la seconda neoplasia più frequente a livello globale, con 2,3 milioni di nuovi casi, e la quarta causa di morte per cancro, con 666.000 decessi¹. Tra le donne, è il tumore più diagnosticato e la prima causa di morte oncologica, risultando il più frequente per incidenza in 157 paesi¹.

Il carcinoma mammario, non considerando i carcinomi cutanei, è la neoplasia più frequente nelle donne in Italia. Secondo i dati riportati dal 14° rapporto nazionale *"I numeri del cancro in Italia 2024"*² nel 2024, si stimano circa 53.600 nuove diagnosi di tumore della mammella in Italia, con una netta prevalenza nel sesso femminile (53.000 donne contro 600 uomini)

Considerando le frequenze nelle varie fasce d'età, i tumori della mammella rappresentano il tumore più frequentemente diagnosticato in tutte le fasce d'età (0-49 anni: 41%, 50-69 anni: 35%, +70 anni: 22%)³.

Il trend di incidenza del tumore della mammella in Italia appare in leggero aumento (+0,3% per anno) fino al biennio 2019-2021³.

Nel 2022, i decessi attribuiti a questa patologia sono stati circa 15.500, un numero importante che sottolinea la necessità di mantenere alta l'attenzione sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce².

Con 16.973 decessi nell'intero periodo 2006-2021, il tumore della mammella è risultato responsabile del 31,0% delle morti neoplastiche nelle giovani donne (20-49 anni)².

È stata osservata una diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (meno 6% dal 2015 al 2020), attribuibile alla maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e ai progressi terapeutici³.

I dati sulla sopravvivenza sono incoraggianti²:

- Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi si attesta all'88%,
- Mentre la probabilità di vivere ulteriori 4 anni, per chi ha già superato il primo anno dalla diagnosi, sale al 91%.

In termini di prevalenza, si stima che siano circa 925.000 le donne viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore della mammella².

I principali fattori di rischio associati al tumore della mammella comprendono l'età, con un aumento della probabilità di sviluppare la malattia con l'avanzare degli anni, e alcune condizioni legate alla sfera riproduttiva che determinano una maggiore esposizione agli estrogeni nel corso della vita. Tra i fattori

¹ Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.

² Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI, PASSI d'Argento, Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPeC-IAP). I numeri del cancro in Italia 2024. 14ª edizione, 2024.

³ Linee guida sul "carcinoma mammario in stadio precoce" dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), edizione 2023 aggiornata al 20 novembre 2023

ormonali rientrano anche trattamenti come la terapia ormonale sostitutiva. Dal punto di vista dello stile di vita e della nutrizione, possono incidere negativamente un'alimentazione ricca di alcol e di grassi di origine animale, associata a un basso apporto di fibre, così come condizioni metaboliche quali l'obesità e la sindrome metabolica. Anche l'aver ricevuto in passato una radioterapia nella regione toracica, in particolare prima dei 30 anni, rappresenta un elemento di rischio, così come la presenza di alterazioni mammarie preesistenti, quali displasie o neoplasie. Infine, un ruolo rilevante è svolto dalla familiarità e dalla predisposizione genetica: mutazioni ereditarie nei geni BRCA1 e BRCA2, o in altri geni come ATM, PALB2, TP53 (sindrome di Li-Fraumeni), PTEN (sindrome di Cowden) e STK11/LKB1 (sindrome di Peutz-Jeghers), aumentano in modo significativo il rischio di sviluppare questa neoplasia.

B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti

Popolazione bersaglio

La popolazione target dello screening mammografico è costituita da donne asintomatiche residenti nella Regione Lazio, di età compresa tra 50 e 69 anni. La regione Lazio estende la chiamata attiva anche alla fascia di età 70-74 anni che possano proseguire i controlli mammografici con frequenza biennale, seguendo gli stessi protocolli diagnostici adottati nel programma di screening.

Modalità di invito

Il modello organizzativo è definito dal DCA 191/2015 e dalla determina G16239/2020. In fase di stesura l'aggiornamento del PDTA della mammella.

I soggetti eleggibili appartenenti alla popolazione bersaglio vengono invitati tramite chiamata attiva con lettera personale; è inoltre prevista la possibilità di accesso spontaneo da parte di soggetti che rientrano nella fascia target.

Da 2022 è possibile inoltre accedere spontaneamente al percorso di Screening e prenotare direttamente l'esame di I livello attraverso il sito della Regione Lazio – www.salutelazio.it – prenota smart screening.

Periodismo e ordine di invito

L'intervallo previsto tra due test di screening successivi (round di screening) è di due anni (periodicità biennale). In caso di positività al test di primo livello, la donna viene avviata a un appropriato percorso diagnostico di approfondimento, con eventuali richiami specifici programmati secondo necessità.

Esclusioni e sospensioni temporanee dall'invito

Il programma di screening deve prevedere l'esclusione o la sospensione dagli inviti delle donne, secondo i seguenti criteri:

- motivi anagrafici: deceduta o trasferita.
- motivi sanitari: mastectomia totale bilaterale, malattia grave (malattie invalidanti, oncologiche, ecc.)
- rifiuto documentato
- temporaneamente assente (residente altrove per periodo prolungato)
- in malattia prolungata (fratture, interventi chirurgici, ecc.).

Il rifiuto da parte della donna, e il desiderio di non voler ricevere ulteriori inviti allo screening per qualsivoglia motivo, può costituire motivo di esclusione permanente, purché sia documentato e registrato sul sistema informatico (SIPSOweb).

Primo Livello

Il test di primo livello nello screening mammografico consiste nella mammografia digitale in due proiezioni (CC e MLO), eseguita dal TSRM (Tecnico sanitario di radiologia medica). Per garantire un'adeguata accuratezza diagnostica, la mammografia deve essere di alta qualità radiografica. Gli esami devono essere eseguiti da tecnici con formazione specifica e con apparecchiature conformi a standard tecnici definiti, sottoposte a controlli periodici di qualità.

La refertazione degli esami mammografici di screening avviene in doppio cieco (con doppia lettura indipendente) da parte di due medici radiologi esperti e specificamente formati nella diagnostica senologica.

Se entrambi i lettori classificano l'esame come negativo (R1-R2) e non sono presenti sintomi, la donna viene reinvitata dopo 2 anni. In casi eccezionali può essere previsto un follow-up anticipato a 12 mesi (early re-screening). Se l'esame è positivo/dubbio per uno o entrambi i lettori (R3, R4, R5), la donna viene richiamata per approfondimenti diagnostici al II livello.

Nel programma di screening può essere previsto l'intervento di un terzo lettore, o una procedura di arbitrato, nei casi in cui vi sia discordanza tra le valutazioni dei due radiologi nella doppia lettura. Questo passaggio ha l'obiettivo di garantire una maggiore accuratezza diagnostica e una gestione appropriata dei casi dubbi.

Comunicazione dell'esito del test

Una volta completato il caricamento nel Sistema Informativo dei dati relativi alle letture degli esami mammografici da parte dei medici radiologi coinvolti nel programma, i Coordinamenti aziendali dei Programmi di Screening sono responsabili della comunicazione degli esiti

- **Test negativo:** il risultato viene comunicato all'utente tramite lettera inviata al domicilio, con l'indicazione di ripetere l'esame dopo due anni. La lettera viene spedita entro 21 giorni dalla data dell'esecuzione del test.
- **Test positivo:** Le donne con esito positivo/dubbio vengono selezionate tramite il programma informatico e contattate telefonicamente da un operatore del Coordinamento Screening per proseguire il percorso diagnostico.

Secondo Livello

Gli esami di secondo livello vengono eseguiti presso i Centri di Senologia, dove sono garantite tutte le procedure diagnostiche necessarie, sia non invasive che invasive, finalizzate a giungere a una diagnosi completa e accurata.

Nel caso in cui l'iter diagnostico non possa essere completato durante la stessa seduta, a causa della necessità di eseguire ulteriori approfondimenti che richiedono una specifica programmazione, viene fissato un appuntamento per gli esami successivi e fornite indicazioni puntuali sui tempi e le modalità di svolgimento, a cura del medico radiologo che ha effettuato l'esame di secondo livello.

Tra le procedure non invasive si includono le proiezioni mammografiche aggiuntive (come ML, LM, CC ruotate, proiezioni tangenziali o per evidenziare il cavo ascellare) e quelle mirate (come spot mammografico e ingrandimento diretto). Rientrano in questo ambito anche l'ecografia mammaria, la tomosintesi digitale, la risonanza magnetica (RM) con mezzo di contrasto e la mammografia con mezzo di contrasto (CEM).

Le procedure invasive comprendono il prelievo citologico (FNAC – Fine Needle Aspiration Cytology) e le diverse tecniche biottiche, tra cui la CNB (Core Needle Biopsy) e la VAB (Vacuum Assisted Biopsy). Questi esami possono essere eseguiti sotto guida ecografica, stereotassica con tomosintesi o con risonanza magnetica, a seconda dell'indicazione clinica e delle caratteristiche della lesione.

Terzo livello

Il Centro di trattamento è deputato alla presa in carico di soggetti con diagnosi di neoplasia alla mammella. La multidisciplinarietà è un elemento fondamentale per la gestione di tale patologia. La pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico deve essere effettuata nell'ambito di un team multidisciplinare, composto da più specialisti, tra cui oncologo, radiologo, patologo, chirurgo e radioterapista, per la formulazione di una precisa stadiazione della malattia e della strategia terapeutica, con indicazioni specifiche per la chirurgia, la terapia medica, l'eventuale radioterapia e il follow-up.

C. Indicatori, analisi e commento dei dati

Gli indicatori sono riferiti agli invitati regolari al primo livello ed al percorso che scaturisce dall'esame di screening; non sono compresi i follow up, se non diversamente indicato

1- Principali indicatori di qualità nello screening del cancro alla mammella - anno 2024

La Tabella 3.1 presenta i principali indicatori di qualità relativi al programma di screening mammografico della Regione Lazio per l'anno 2024, distinti per singola ASL e articolati nelle aree di volumi, organizzazione, percorso clinico e impatto. Gli indicatori sono rappresentati con una scala colorimetrica che facilita l'interpretazione: verde per valori conformi allo standard minimo richiesto, giallo per valori prossimi alla soglia e rosso per aree critiche

Nel complesso, il programma regionale mostra un discreto livello di struttura organizzativa e di copertura del target, con un'estensione degli inviti superiore al 90% in quasi tutte le ASL e una copertura complessiva pari al 42%, raggiungendo il valore minimo di riferimento nella quasi totalità delle ASL. L'adesione corretta si attesta su un valore regionale del 43%, ancora al di sotto dello standard previsto ($\geq 50\%$), ma con risultati positivi in alcune aree, come RM4, Rieti, Viterbo e Frosinone, che superano la soglia accettabile.

Sul piano organizzativo, i tempi di refertazione e di gestione complessiva del percorso di screening rappresentano un'area di criticità diffusa. A livello regionale, tutti gli indicatori temporali risultano inferiori agli standard di riferimento, evidenziando difficoltà nel rispetto delle soglie previste sia per la refertazione e la comunicazione dell'esito, sia per i tempi di approfondimento diagnostico e, soprattutto, per l'intervallo complessivo tra screening e intervento. Solo in alcune realtà, come Rieti soprattutto e Roma 2 marginalmente, si osservano valori relativamente migliori, pur senza il pieno raggiungimento dei valori attesi in tutti gli indicatori.

Nel percorso clinico, il tasso complessivo di richiamo regionale è pari al 9,9%, con variabilità territoriale. I valori regionali superano gli standard di riferimento, risultando quindi non conformi sia nei primi esami (19,5%) sia negli esami successivi (7%). Anche il tasso di richiami anticipati risulta sopra soglia sia dal primo

livello (2,4%) che dal secondo livello (2,8%). Il Detection Rate per cancro (DR) risulta in linea con i valori di riferimento nazionali sia per i primi esami (6,4‰) che per gli esami successivi (4,2‰). Il VPP complessivo a livello regionale è del 4,8%, con valori prossimi a quelli di riferimento sia per i primi esami che per quelli successivi.

Sul fronte della diagnosi precoce, la proporzione di cancri di dimensioni inferiori a 10 mm risulta a livello regionale pari al 29,9% nei primi esami e al 31,5% nei successivi, valori che rientrano negli standard di riferimento. La proporzione di lesioni TIS (Tumore in situ) mostra risultati mediamente buoni, con valori coerenti con gli standard di riferimento sia per i primi esami (22,7%) che per gli esami successivi (21,3%).

Gli indicatori di impatto confermano la qualità del percorso diagnostico-terapeutico: la proporzione di casi in stadio avanzato (II+) si mantiene inferiore al 25% nella maggior parte delle ASL, e l'intervento conservativo per i pT1 raggiunge l'82,4% a livello regionale, in linea con lo standard di riferimento $\geq 80\%$.

Relativamente ai volumi, le ASL capitoline e della provincia di Roma contribuiscono in misura preponderante ai volumi complessivi.

Complessivamente, il programma di screening mammografico del Lazio nel 2024 presenta un buon equilibrio tra estensione, qualità clinica e capacità diagnostica, con alcune criticità nell'adesione, nei tempi di gestione e nei tassi di richiamo.

Indicatori	Mammografico - Anno 2024												
	ASL	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard
Volumi (50-69aa)	Popolazione bersaglio annua (istat 2024)	82.888	98.307	47.910	25.848	37.760	44.620	24.203	11.727	42.567	35.669	451.497	-
	Invitate	80.388	104.452	50.023	25.940	34.437	47.405	20.693	12.934	37.503	24.492	438.267	
	Rispondenti all'invito	22.272	36.806	19.643	13.638	15.916	22.233	10.585	6.252	16.744	14.807	178.896	
	Positivi al test di screening	1.682	3.762	1.529	952	1.729	3.255	517	657	1.045	2.724	17.852	
	Lesioni maligne individuate	107	237	47	51	55	97	33	43	109	57	836	
Organizzativi (%)	Estensione Inviti	104,17	116,24	114,37	104,95	95,16	112,66	90,44	123,47	89,93	72,47	103,58	>=90%
	Copertura Esami (indicatore NSG)	28,86	40,96	44,91	55,18	43,98	52,84	45,24	59,68	40,15	43,81	42,28	Minimo:>=35% Ottimale: >59%
	Adesione Corretta	29,70	37,18	44,40	55,79	47,28	47,83	52,39	50,11	45,34	65,19	43,09	>=50%
	Tempo di attesa refertazione esame di screening <=15gg	73,98	83,35	29,04	23,49	27,29	56,32	63,82	96,84	14,29	30,03	52,41	>=90%
	Tempo di attesa esame di screening e spedizione esito negativo <=21gg	49,48	91,96	39,26	86,41	22,29	13,01	51,42	90,41	7,08	38,67	48,27	>=90%
	Tempo di attesa esame di screening ed esame di approfondimento <=28gg	88,82	52,13	77,22	89,54	12,59	74,19	89,05	91,42	29,44	20,01	55,94	>=90%
	Tempo di attesa esame di screening ed intervento <=60gg	7,58	3,99	2,78	35,48	12,94	50,00	41,18	61,11	0,00	4,94	14,30	>=75%
Percorso clinico (%)	tasso di richiamo	7,56	10,31	7,63	6,70	10,40	14,11	4,87	12,09	5,89	18,68	9,90	-
	<i>I esami</i>	17,34	17,92	14,82	8,47	19,27	28,70	11,39	24,74	15,47	37,24	19,50	<=7%
	<i>esami succ</i>	3,50	8,13	5,65	6,10	8,04	10,06	2,97	8,61	3,55	12,34	7,01	<=5%
	VPP	6,64	6,46	3,12	5,57	3,25	3,00	6,47	6,54	10,76	2,10	4,77	-
	<i>I esami</i>	4,34	4,30	2,56	4,45	1,98	1,97	1,87	5,59	6,12	2,23	3,29	4-10%
	<i>esami succ</i>	11,32	7,84	3,51	6,10	4,07	3,87	11,57	7,37	15,71	1,97	6,04	8-20%
	Tasso richiami anticipati	7,15	2,94	4,95	3,68	2,13	2,35	3,89	25,45	1,44	13,74	5,19	-
	<i>Da I livello</i>	2,92	1,50	2,64	0,01	0,17	0,00	0,79	14,48	0,50	10,38	2,44	0-0,5%
Impatto (%)	<i>Da II livello</i>	4,23	1,44	2,31	3,67	1,96	2,35	3,10	10,97	0,94	3,36	2,75	<1%
	DR per cancro	4,80	6,44	2,39	3,74	3,46	4,36	3,12	6,88	6,51	3,85	4,67	-
	<i>I esami</i>	7,19	7,44	3,78	3,73	3,90	6,01	2,10	12,59	9,74	8,22	6,38	4-9‰
	<i>esami succ</i>	3,81	6,15	2,01	3,74	3,34	3,91	3,41	5,30	5,72	2,36	4,16	3-6‰
	DR per cancro <10mm	0,94	1,87	0,51	0,59	0,00	0,81	0,28	1,76	0,96	0,34	0,90	-
	<i>I esami</i>	1,68	2,81	0,24	1,15	0,60	2,28	0,42	4,44	1,52	3,98	1,91	1-4‰
	<i>esami succ</i>	1,14	2,17	0,78	1,87	0,40	1,09	1,46	1,43	1,11	1,00	1,31	1-3‰
	Proporzione <10mm (%)	19,63	29,11	21,28	15,69	0,00	18,56	9,09	25,58	14,68	8,77	19,26	-
	<i>I esami</i>	23,40	37,70	6,25	30,77	15,38	37,93	20,00	35,29	15,63	48,39	29,92	>20%
	<i>esami succ</i>	30,00	35,23	38,71	50,00	11,90	27,94	42,86	26,92	19,48	42,31	31,47	>25%
	Proporzione TIS(%)	10,28	9,70	2,13	7,84	3,64	11,34	3,03	13,95	4,59	26,32	9,45	-
	<i>I esami</i>	25,53	27,87	37,50	38,46	15,38	27,59	0,00	17,65	15,63	6,45	22,73	10-30%
	<i>esami succ</i>	26,67	29,55	19,35	7,89	19,05	19,12	7,14	30,77	12,99	15,38	21,33	10-30%
	Proporzione Stadio II + (esami successivi) (%)	23,33	14,69	13,95	21,62	21,43	23,08	17,86	25,00	25,00	15,91	19,41	<25%
	Indicatore U.3 (LEA)	13,00	16,00	15,00	16,00	15,00	16,00	16,00	17,00	15,00	15,00	15,00	Max 17 punti
	Int. Conserv. in pT1 (%)	85,11	93,75	85,71	100,00	77,27	36,91	86,21	83,33	95,92	82,05	82,38	>=80%
Volumi (70-74aa)	Popolazione bersaglio annua (istat 2024)	14.566	17.354	8.033	4.314	6.429	7.813	4.774	2.440	8.113	7.461	81.295	
	Invitate	11.006	6.284	4.033	3.687	4.707	6.521	4.115	1.278	2.592	2.702	46.925	
	Rispondenti all'invito	2.738	3.606	1.846	1.958	2.051	2.959	1.701	744	1.204	1.486	20.293	
	Positivi al test di screening	142	298	115	136	199	308	70	63	61	214	1.606	
	Lesioni maligne individuate	32	45	12	19	20	24	16	7	17	19	211	

2 - Indicatori di volume – dati 2019-2024

La Tabella 3.2 riporta l'andamento degli indicatori di volume relativi al programma di screening mammografico nella popolazione target, dal 2019 al 2024, articolati per ASL (RM1, RM2, RM3, RM4, RM5, RM6, Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone) e complessivamente a livello regionale.

Nel periodo considerato si osserva una progressiva ripresa dell'attività dopo la contrazione dovuta alla pandemia. Il numero di donne invitate passa da 364.022 nel 2020 al valore massimo di 438.267 nel 2024, superando i livelli pre-pandemici (412.632 nel 2019).

Il numero di rispondenti mostra un andamento analogo: dopo il minimo del 2020 (111.067), i valori aumentano costantemente fino a raggiungere 178.896 nel 2024, segnando una crescita del 60% rispetto al periodo critico e un recupero pieno rispetto ai volumi del 2019 (172.234).

I positivi al test di primo livello seguono la stessa tendenza, passando da 11.123 nel 2020 a 17.852 nel 2024, valori comparabili con il periodo pre-pandemico (16.108 nel 2019). Per quanto riguarda i casi di neoplasia diagnosticati, si osserva una sostanziale stabilità negli ultimi anni (765 casi nel 2023 e 836 nel 2024), dopo il picco del 2021 (859) e la contrazione del 2020 (294).

A livello territoriale, le ASL di Roma, in particolare RM1 e RM2, confermano il ruolo principale in termini di volumi assoluti, sia per numero di inviti che di diagnosi. Anche Latina e Frosinone mantengono un contributo significativo, mentre Rieti, RM4 Viterbo si attestano su valori più contenuti ma stabili.

Complessivamente, il programma di screening mammografico nel Lazio mostra nel periodo 2019–2024 una solida ripresa dell'attività, con volumi che non solo recuperano ma superano i livelli pre-pandemici.

Tabella 3.2 - Indicatori di volume divisi per ASL- dati 2019-2024 – Regione Lazio

Mammografico		RM1	RM2	RM 3	RM4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
Invitati	2024	80.388	104.452	50.023	25.940	34.437	47.405	20.693	12.934	37.503	24.492	438.267
	2023	80.369	101.764	44.791	23.116	43.427	34.757	18.545	9.340	39.879	34.659	430.647
	2022	80.404	101.779	51.862	21.448	37.237	41.535	22.753	10.285	38.829	26.238	432.370
	2021	80.178	105.174	42.605	25.432	36.482	38.956	21.173	12.377	36.585	21.213	420.175
	2020	75.298	97.933	42.069	16.981	34.690	32.511	19.173	10.909	25.014	9.444	364.022
	2019	79.344	94.509	44.629	21.544	34.010	36.365	28.655	10.724	36.659	26.193	412.632
Rispondenti	2024	22.272	36.806	19.643	13.638	15.916	22.233	10.585	6.252	16.744	14.807	178.896
	2023	22.251	33.399	19.297	13.220	15.552	13.384	9.899	5.368	14.796	17.080	164.246
	2022	19.466	33.349	18.161	10.308	18.117	20.168	11.743	5.036	14.379	13.019	163.746
	2021	22.349	26.631	18.767	11.559	12.468	11.657	10.747	6.146	14.064	14.989	149.377
	2020	14.777	20.533	13.652	8.361	9.443	12.023	8.912	4.767	11.614	6.985	111.067
	2019	27.900	34.742	18.686	11.402	13.694	14.064	15.630	6.334	16.209	13.573	172.234
Positivi al test	2024	1.682	3.762	1.529	952	1.729	3.255	517	657	1.045	2.724	17.852
	2023	3.026	3.577	1.573	752	1.374	2.444	518	593	1.132	3.288	18.277
	2022	3.857	3.600	1.423	756	1.415	4.083	628	825	1.263	3.080	20.930
	2021	2.910	2.999	1.598	644	738	1.374	544	1.161	895	2.755	15.618
	2020	1.769	2.448	1.279	497	484	837	847	750	876	1.336	11.123
	2019	3.262	3.906	2.423	683	688	1.107	1.271	848	1.187	733	16.108
Casi (neoplasie)	2024	107	237	47	51	55	97	33	43	109	57	836
	2023	115	201	49	47	62	64	33	36	72	86	765
	2022	129	170	63	29	71	83	39	36	62	61	743
	2021	65	166	119	70	31	45	42	57	122	142	859
	2020	32	86	14	10	24	14	21	27	56	10	294
	2019	148	76	54	45	42	30	57	43	104	53	652

3 - Indicatori organizzativi: estensione, adesione e copertura – Serie storicheEstensione corretta degli inviti – serie storica

La Tabella 3.3 e la Figura 3.1 riportano l'andamento dell'estensione, definita come la percentuale di donne invitate rispetto alla popolazione target (corretta per inviti inesitati), ai programmi di screening mammografico nella Regione Lazio, considerando il periodo 2013–2024, con un focus sugli ultimi sei anni (2019–2024) rappresentato graficamente. Lo standard di riferimento pari o superiore al 90%.

Nel periodo complessivo 2013–2024 si osserva un progressivo incremento dei livelli di estensione, con valori regionali che passano da 66,9% nel 2013 a 102,4% nel 2024. Dopo una fase iniziale di forte variabilità tra le ASL, il programma ha raggiunto un assetto più stabile negli anni successivi, con il superamento della soglia di standard a livello regionale a partire dal 2016 e un mantenimento costante sopra il 90% negli anni più recenti.

Il 2020 segna una flessione generalizzata, riconducibile alla riduzione temporanea delle attività durante l'emergenza pandemica, seguita da un netto recupero nel biennio 2021–2022 e da una stabilizzazione su valori elevati nel 2023–2024.

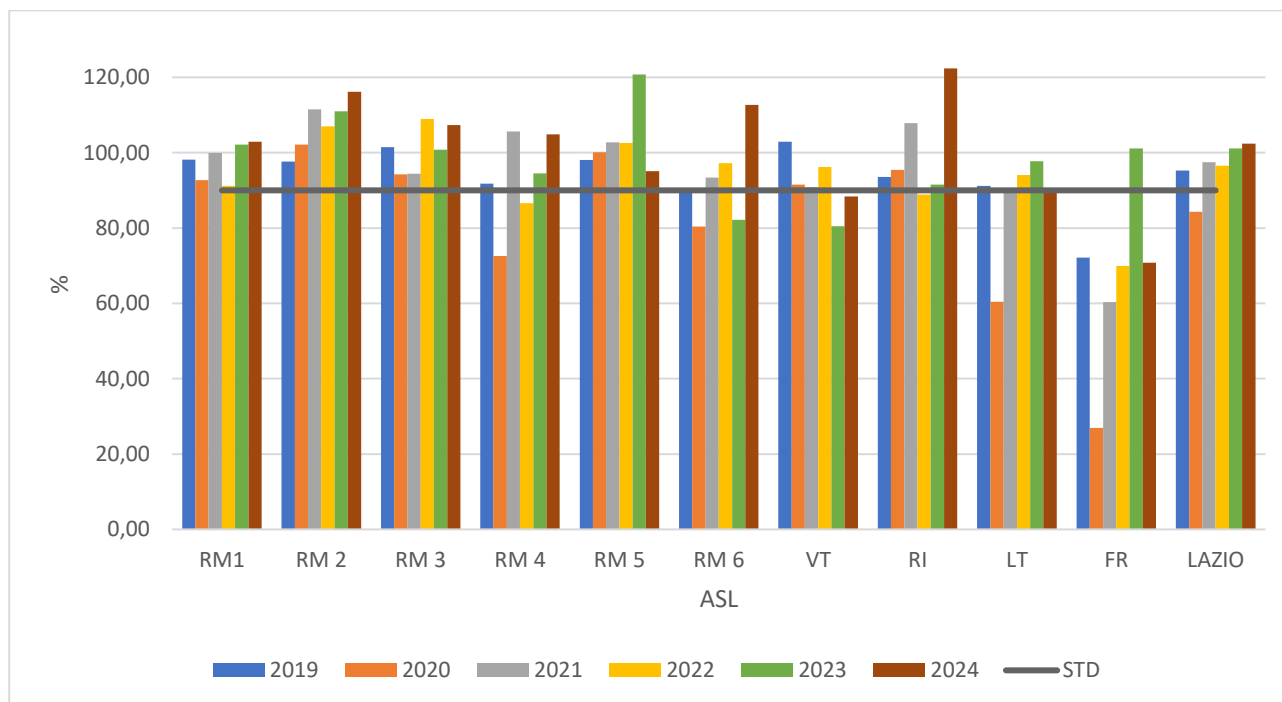
Nel 2024 la maggior parte delle ASL presenta valori superiori allo standard: RM1 (102,9%), RM2 (116,2%), RM3 (107,3%), RM4 (104,9%), RM5 (95,1%), RM6 (112,7%) e RI (122,4%) mostrano risultati ampiamente positivi. Lievemente inferiori alla soglia risultano Viterbo (88,4%), Latina (89,9%) e Frosinone (70,7%).

L'analisi di lungo periodo evidenzia miglioramenti significativi in particolare nelle ASL RM2, RM3 e RM6, che hanno consolidato valori stabili e superiori al valore regionale, mentre persistono alcune oscillazioni a Viterbo e Frosinone.

Tabella 3.3 - Estensione corretta degli inviti per ASL e Regione Lazio (anni 2013–2024) – valori percentuali

Mammografico	Estensione										LAZIO
	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	
2013	42,85	44,19	101,67	101,89	106,60	19,97	111,19	20,56	122,80	53,25	66,91
2014	66,40	42,82	134,03	98,03	95,74	43,21	82,45	3,36	24,62	32,84	62,19
2015	68,86	85,12	104,74	102,51	77,05	43,36	105,97	41,52	72,59	48,00	76,05
2016	86,42	103,14	115,30	96,84	39,60	80,36	92,53	92,41	106,28	80,87	91,22
2017	77,60	100,56	103,08	96,13	81,64	80,69	107,84	102,19	63,21	108,61	90,50
2018	99,29	103,32	112,66	98,48	90,11	94,82	94,38	80,32	51,71	92,47	93,83
2019	98,17	97,65	101,43	91,81	98,03	90,37	102,87	93,57	91,14	72,16	95,27
2020	92,72	102,12	94,27	72,57	100,09	80,42	91,51	95,39	60,41	26,92	84,26
2021	99,90	111,47	94,38	105,65	102,76	93,35	90,88	107,83	90,26	60,34	97,44
2022	91,22	107,00	108,95	86,63	102,59	97,21	96,19	88,91	94,06	69,93	96,53
2023	102,11	110,95	100,82	94,46	120,77	82,21	80,49	91,53	97,74	101,11	101,11
2024	102,91	116,15	107,34	104,87	95,11	112,65	88,39	122,38	89,89	70,74	102,42

Figura 3.1 - Estensione corretta degli inviti per ASL e Regione Lazio (anni 2019–2024), con confronto rispetto allo standard (STD) di riferimento ($\geq 90\%$),



Adesione corretta – serie storica

La Tabella 3.4 e la Figura 3.2 illustrano l'andamento dell'adesione corretta allo screening mammografico nella Regione Lazio per il periodo 2013–2024, con un focus sugli ultimi sei anni (2019–2024). L'indicatore è definito come la percentuale di donne rispondenti all'invito rispetto alle invitate (corrette per le escluse prima dell'invito), con uno standard di riferimento pari o superiore al 50%.

Nel periodo considerato, l'adesione regionale si mantiene stabilmente al di sotto dello standard, con valori compresi tra il 30% e il 45% circa. Nel periodo 2013–2019 i livelli mostrano alcune oscillazioni ma restano sostanzialmente stabili, attestandosi intorno al 45% nel 2019. Nel 2020 si registra un calo significativo legato all'impatto della pandemia da COVID-19 sulle attività di prevenzione, con il valore regionale che scende al 32,7%. Negli anni successivi si osserva un recupero graduale ma non completo: il valore regionale risale a 36,4% nel 2021, a 41,0% nel 2022 e si mantiene intorno al 40–43% nel biennio 2023–2024 (43,1% nel 2024).

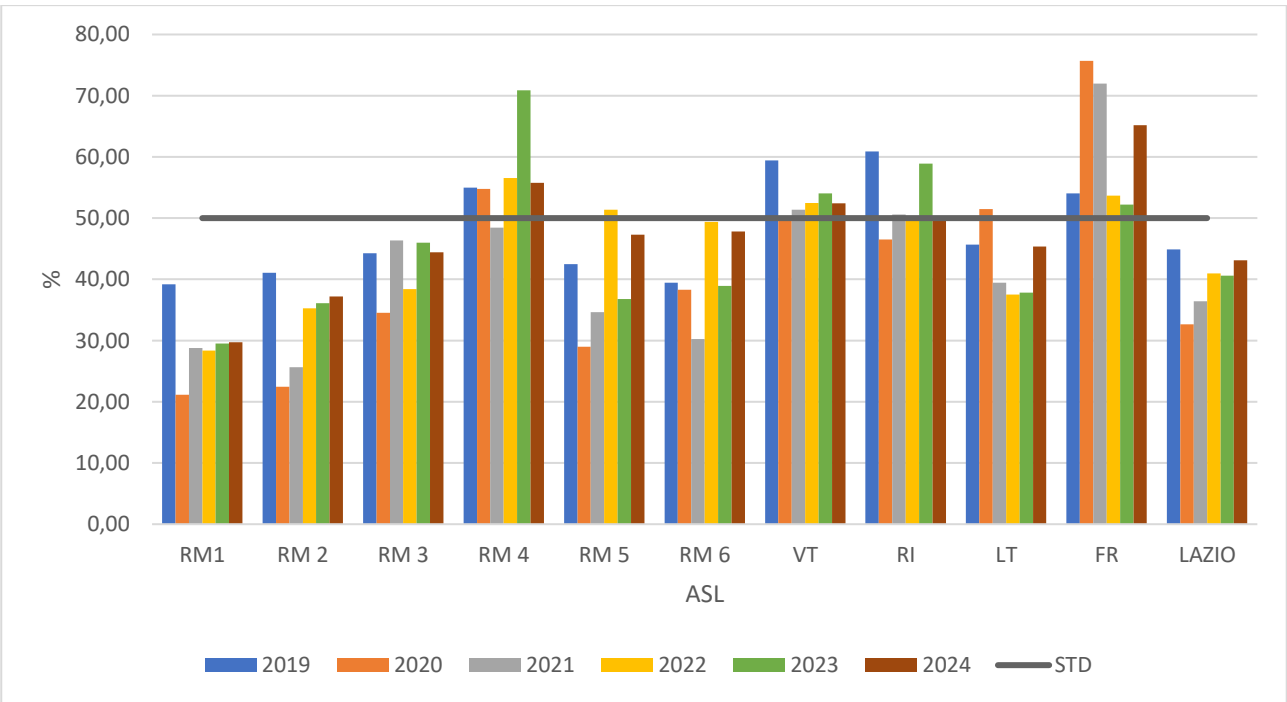
L'analisi territoriale del 2024 mostra un quadro eterogeneo. Le adesioni più elevate, che consolidano i buoni risultati già osservati negli anni precedenti, si registrano nelle ASL RM4 (55,8%) e Frosinone (65,2%), a fronte, per quest'ultima, di un'estensione non sempre ottimale (70% nel 2024). Viterbo (52,4%) e Rieti (50,1%) si collocano su livelli in linea con lo standard, confermando una performance stabile nel tempo. Latina (45,3%), insieme a RM5 (47,3%) e RM6 (47,8%), mostra valori prossimi allo standard, mentre RM1, RM2 e RM3 si collocano su livelli più bassi (tra 29,7% e 44,4%).

Nonostante il mancato raggiungimento dello standard di riferimento, l'adesione regionale nel 2024 mostra un miglioramento rispetto al biennio precedente, confermando un trend di ripresa dopo la contrazione dovuta alla pandemia.

Tabella 3.4 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio – Anni 2013–2024 – Valori percentuali

Adesione											
Mammografico	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2013	36,77	54,98	36,66	66,23	37,22	47,63	57,00	65,11	52,11	54,78	48,16
2014	26,88	47,60	46,45	55,43	39,00	50,44	63,70	62,08	52,00	59,18	44,68
2015	38,66	44,20	46,41	59,45	33,94	66,68	57,17	62,75	50,81	54,09	47,40
2016	25,20	37,17	44,40	47,34	42,05	45,37	65,88	49,05	47,27	52,20	41,56
2017	29,55	38,91	49,14	53,59	45,45	43,77	57,32	51,71	50,16	47,72	43,62
2018	31,82	38,32	40,89	43,45	42,88	37,92	67,11	56,04	56,73	54,82	42,24
2019	39,21	41,07	44,28	54,96	42,49	39,47	59,40	60,90	45,69	54,06	44,87
2020	21,15	22,46	34,51	54,79	29,01	38,29	49,55	46,49	51,49	75,67	32,66
2021	28,76	25,63	46,33	48,43	34,65	30,23	51,39	50,58	39,45	71,99	36,43
2022	28,35	35,27	38,40	56,55	51,35	49,38	52,46	50,15	37,53	53,66	40,95
2023	29,49	36,12	45,99	70,87	36,76	38,94	54,05	58,88	37,83	52,19	40,60
2024	29,70	37,18	44,40	55,79	47,28	47,83	52,39	50,11	45,34	65,19	43,09

Figura 3.2 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio (standard di riferimento 50%) – Anni 2019–2024



Copertura – serie storica

La Tabella 3.5 e la Figura 3.3 rappresentano l'andamento della copertura dello screening mammografico nella Regione Lazio nel periodo 2013–2024, con un focus sugli ultimi sei anni (2019–2024).

L'indicatore, definito come la percentuale di donne rispondenti al test rispetto alla popolazione target (corretta per le escluse prima dell'invito). Gli standard di riferimento sono fissati a un valore minimo accettabile del 35% e a un valore desiderabile superiore al 59%. La copertura è un indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per la valutazione dei LEA.

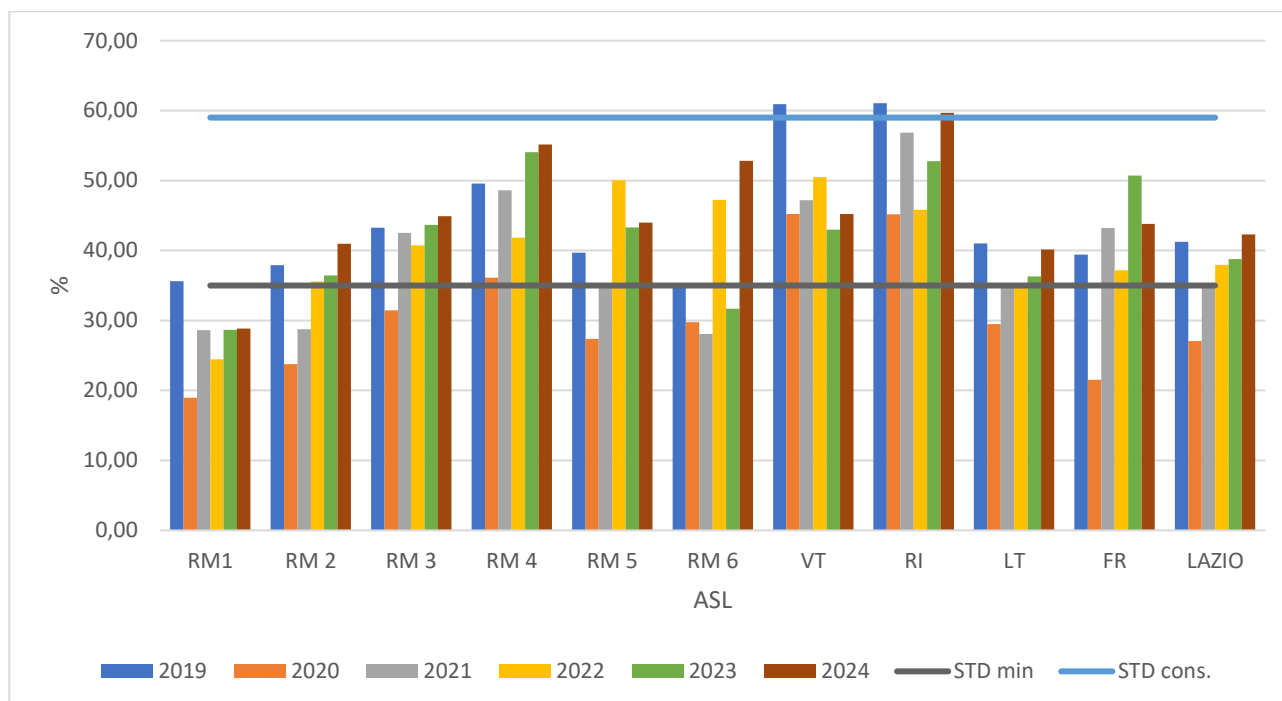
Nel periodo considerato, la copertura regionale mostra un andamento generalmente positivo, con una crescita progressiva nel lungo periodo e una tendenza al recupero dopo la flessione del 2020, legata alla pandemia da COVID-19. Dopo il calo al 27,0% nel 2020, il valore regionale è risalito al 35,3% nel 2021 e si è mantenuto stabile intorno a livelli prossimi o lievemente superiori alla soglia minima negli anni successivi, fino a raggiungere 42,3% nel 2024, segnalando un consolidamento del recupero post-pandemico. Tuttavia, i livelli di copertura rimangono ancora distanti dallo standard desiderabile (>59%).

A livello territoriale, nel 2024, le ASL RM6 (52,8%), RM4 (55,2%) e Rieti (59,7%) si collocano su valori più elevati, con quest'ultima che raggiunge lo standard ottimale. Valori superiori alla soglia minima si rilevano nelle ASL di Viterbo (45,2%), Frosinone (43,8%), RM2 (41,0%), RM3 (44,9%), RM5 (44,0%) e Latina (40,2%), che mostrano un andamento tendenzialmente stabile sopra soglia o in lieve miglioramento nel tempo. L'ASL RM1 (28,9%) resta invece al di sotto della soglia minima, pur evidenziando segnali di crescita rispetto al periodo 2020–2022.

Nel complesso, la copertura dello screening mammografico nel Lazio evidenzia un recupero significativo rispetto alla contrazione registrata nel 2020, con la quasi totalità delle ASL al di sopra dello standard minimo e alcune realtà che si avvicinano o raggiungono la soglia ottimale. Si rilevano ancora alcune aree di miglioramento, in particolare nell'ASL Roma 1, dove i livelli di copertura, pur ancora inferiori alla soglia minima, mostrano segnali di miglioramento.

Tabella 3.5 - Copertura per ASL e regione Lazio, Anni 2019–2024 – Valori Percentuali

Copertura LEA											
	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2013	15,17	22,91	33,85	58,65	38,59	8,96	62,18	12,18	61,92	28,13	30,52
2014	17,30	18,78	56,74	47,64	36,53	19,90	51,23	2,06	12,46	18,52	26,10
2015	25,81	35,94	46,70	56,53	25,99	27,00	60,91	24,34	37,19	27,43	35,03
2016	20,67	34,52	47,74	43,03	15,80	33,51	60,31	42,95	48,59	41,05	35,53
2017	22,06	36,19	46,62	49,57	35,13	34,06	61,51	51,83	30,86	50,62	37,57
2018	30,02	37,63	44,12	41,54	35,69	35,71	63,44	46,04	28,98	50,58	38,22
2019	35,63	37,91	43,24	49,55	39,70	35,26	60,92	61,06	41,00	39,43	41,23
2020	18,95	23,79	31,45	36,13	27,37	29,76	45,25	45,20	29,49	21,52	27,04
2021	28,63	28,74	42,52	48,61	35,35	28,05	47,19	56,86	35,23	43,23	35,28
2022	24,46	35,57	40,76	41,86	50,05	47,24	50,50	45,84	35,08	37,18	37,94
2023	28,65	36,46	43,68	54,07	43,31	31,68	42,99	52,78	36,32	50,70	38,77
2024	28,86	40,96	44,91	55,18	43,98	52,84	45,24	59,68	40,15	43,81	42,28

Figure 3.3 - Copertura per ASL e regione Lazio (standard minimo $\geq 35\%$ e consigliabile $>59\%$) – Anni 2019–2024

Confronto con i dati nazionali – anno 2024

Nel 2024 il dato regionale relativo all'estensione risulta (102,4%) in linea sia con il valore nazionale (97,3%) sia con quello dell'Italia centrale (100,7%). Per quanto riguarda l'adesione, il dato regionale (43,1%) si colloca al di sotto del valore nazionale (53,8%) e di quello dell'Italia centrale (53,3%). Infine, anche la copertura regionale (42,3%) risulta inferiore rispetto al dato nazionale (50,0%) e a quello dell'Italia centrale (51,0%).

4 - Indicatori organizzativi: Tempi di attesa – Serie storiche

La valutazione dei tempi di attesa è un indicatore utile per monitorare l'efficienza complessiva del programma di screening e la capacità del servizio di garantire la presa in carico delle donne nel percorso diagnostico-terapeutico.

La tempestività nella comunicazione degli esiti e nell'esecuzione degli approfondimenti diagnostici contribuisce anche alla qualità percepita del programma da parte delle utenti.

Tempo di refertazione dell'esame di I livello – Serie storica

La Tabella 3.6 mostra l'andamento del tempo di refertazione della mammografia di I livello, ovvero la percentuale di esami con referto convalidato entro 15 giorni dalla data dell'esecuzione della mammografia di screening. Questo indicatore misura la tempestività nella restituzione dei risultati. Lo standard di riferimento è fissato a $\geq 90\%$.

Tabella 3.6. - Percentuale di esami refertati entro 15 gg dall'esecuzione di I livello – Serie storica 2019–2024

Tempo refertazione entro 15gg dalla mammografia di I livello (data Indice: data referto)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	73,98	95,10	96,27	97,27	74,80	85,75
RM 2	83,35	79,83	78,85	70,09	68,15	79,04
RM 3	29,04	18,16	52,88	3,11	12,44	57,03
RM 4	23,49	99,74	67,32	40,82	54,16	67,92
RM 5	27,29	78,26	16,92	5,45	27,60	35,34
RM 6	56,32	99,03	96,64	93,32	31,09	91,62
VT	63,82	99,90	99,92	98,29	99,76	99,89
RI	96,84	65,45	22,87	67,53	68,44	61,72
LT	14,29	6,47	2,04	11,39	57,36	25,51
FR	30,03	24,28	10,30	6,56	4,05	24,84
LAZIO	52,41	65,04	58,30	44,36	51,36	66,53

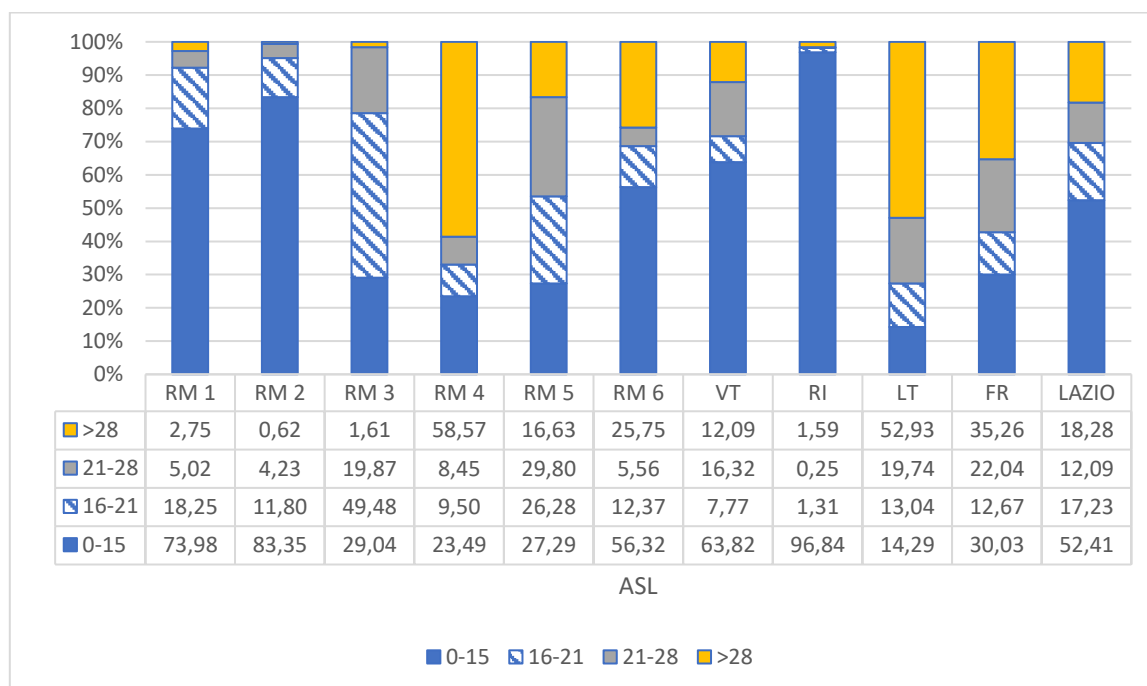
A livello territoriale, nel periodo 2019–2024 si osserva un quadro complessivamente eterogeneo, con andamenti molto diversi tra le ASL, Roma 1 e Roma 2 mostrano i risultati più costanti e complessivamente buoni, mantenendo in quasi tutti gli anni valori superiori al 70% di esami refertati entro 15 giorni con punte oltre il 95% nei periodi migliori. Viterbo presenta livelli di eccellenza fino al 2023, prossimi al 100%, seguiti da una flessione nel 2024; Roma 6 evidenzia un andamento analogo, con ottime performance nel triennio 2021–2023 e un successivo calo nel 2024 (64%); Rieti mostra un netto miglioramento nel 2024, dopo valori medi negli anni precedenti. Le altre ASL – Roma 3, Roma 4, Roma 5, Latina e Frosinone – presentano invece livelli di refertazione tempestiva generalmente bassi e variabili, con percentuali inferiori al 30% in diversi anni e solo parziali segnali di recupero nel 2024,

Focus 2024 – Distribuzione dei tempi di refertazione

Il focus 2024 consente un'analisi più approfondita della distribuzione dei tempi di refertazione della mammografia di I livello, fornendo un quadro dettagliato delle differenze territoriali. A livello regionale, il 52,4% dei referti risulta convalidato entro 15 giorni, il 17,2% tra 16 e 21 giorni e il 12,1% tra 21 e 28 giorni; complessivamente, quindi, oltre l'80% delle mammografie è refertato entro 28 giorni, mentre circa il 18,3% supera tale soglia (figura 3.4).

Rieti mostra la migliore performance, con tempi di refertazione complessivamente molto contenuti (oltre il 96% entro 15 giorni), seguita da Roma 2 (83%) e Roma 1 (74%), che mantengono una buona efficienza organizzativa. Viterbo (64% entro 15 gg) si colloca su livelli intermedi, con una quota consistente di referti entro tre settimane (88% circa), Roma 3, pur presentando una bassa percentuale entro 15 giorni (29%), concentra la maggior parte delle refertazioni tra 16 e 28 giorni e solo una minima quota oltre i 28 giorni. Roma 6 mostra un andamento intermedio, con oltre metà dei referti entro 15 giorni ma ancora una quota non trascurabile oltre le quattro settimane (26%). Roma 4, Latina e Frosinone presentano invece un accumulo consistente di referti oltre i 28 giorni: in particolare, in Roma 4 e Latina più della metà delle refertazioni (59% e 53% rispettivamente) supera tale soglia, evidenziando criticità organizzative.

Figura 3.4 - Distribuzione dei tempi di refertazione della mammografia di I livello – Focus 2024



Tempo di attesa spedizione esito negativo mammografia I livello– Serie storica

La Tabella 3.7 riporta l'andamento del tempo di invio dell'esito negativo della mammografia di I livello, espresso come percentuale di referti stampati entro 21 giorni dalla data di esecuzione dell'esame. Lo standard di riferimento è fissato a $\geq 90\%$.

Nel periodo 2019–2024, il valore regionale mostra un andamento altalenante, con una tendenza generale al calo rispetto ai livelli più elevati pre-pandemici. Dopo il 56,4% registrato nel 2019, la quota di referti inviati entro 21 giorni si riduce progressivamente fino al minimo del 34,0% nel 2021. Negli anni successivi si osserva un recupero parziale: 46,7% nel 2022 e 57,2% nel 2023, seguito da una nuova flessione nel 2024 (48,3%), mantenendo la Regione al di sotto dello standard di riferimento.

L'analisi territoriale evidenzia ampie differenze tra le ASL, Roma 2 e Rieti si distinguono per le buone performance nel 2024 (rispettivamente 92,0% e 90,4%), entrambe in linea con lo standard. Anche Roma 4 mostra valori elevati (86,4%), confermando un recupero costante dopo le difficoltà osservate nel 2020–2021. Nel 2024 Viterbo e Roma 1 si collocano su livelli intermedi (51,4% e 49,5%) sebbene in calo rispetto ai valori più elevati degli anni precedenti (nel 2023 91,0% e 79,4%). Le altre ASL presentano valori sensibilmente inferiori: Roma 3 (39,3%), Roma 5 (22,3%), Roma 6 (13,0%), Latina (7,1%) e Frosinone (38,7%) delineando un quadro complessivamente eterogeneo, con margini di miglioramento ancora significativi.

Tabella 3.7 - Percentuale di referti negativi I livello inviati entro 21 gg dall'esecuzione della mammografia – Serie storica 2019–2024

Tempo di attesa tra esecuzione e stampa referto negativo I livello mammografico entro 21gg (data indice: data esecuzione mammografia)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	49,5	79,4	90,6	80,9	63,6	89,7
RM 2	92,0	85,6	78,9	53,3	49,8	87,9
RM 3	39,3	14,0	42,3	3,5	19,1	42,1
RM 4	86,4	86,3	65,7	48,9	31,8	4,2
RM 5	22,3	83,0	16,3	3,0	18,3	29,1
RM 6	13,0	26,2	5,4	2,0	0,0	43,6
VT	51,4	91,0	89,4	21,4	82,5	77,7
RI	90,4	59,1	26,0	51,6	63,7	63,2
LT	7,1	5,4	1,9	6,0	30,7	19,3
FR	38,7	28,5	17,2	19,4	3,4	26,7
LAZIO	48,3	57,2	46,7	34,0	38,3	56,4

Tempo di attesa esame di approfondimento – Serie storica 2019–2024

La Tabella 3.8 riporta la serie storica dei tempi di attesa tra la mammografia ed il primo esame di approfondimento di II livello eseguiti entro 28 giorni dalla data dell'esame di primo livello. Lo standard di riferimento è fissato a $\geq 90\%$.

Tabella 3.8 - Percentuale approfondimenti II livello erogati entro 28 gg della mammografia – Serie storica 2019–2024

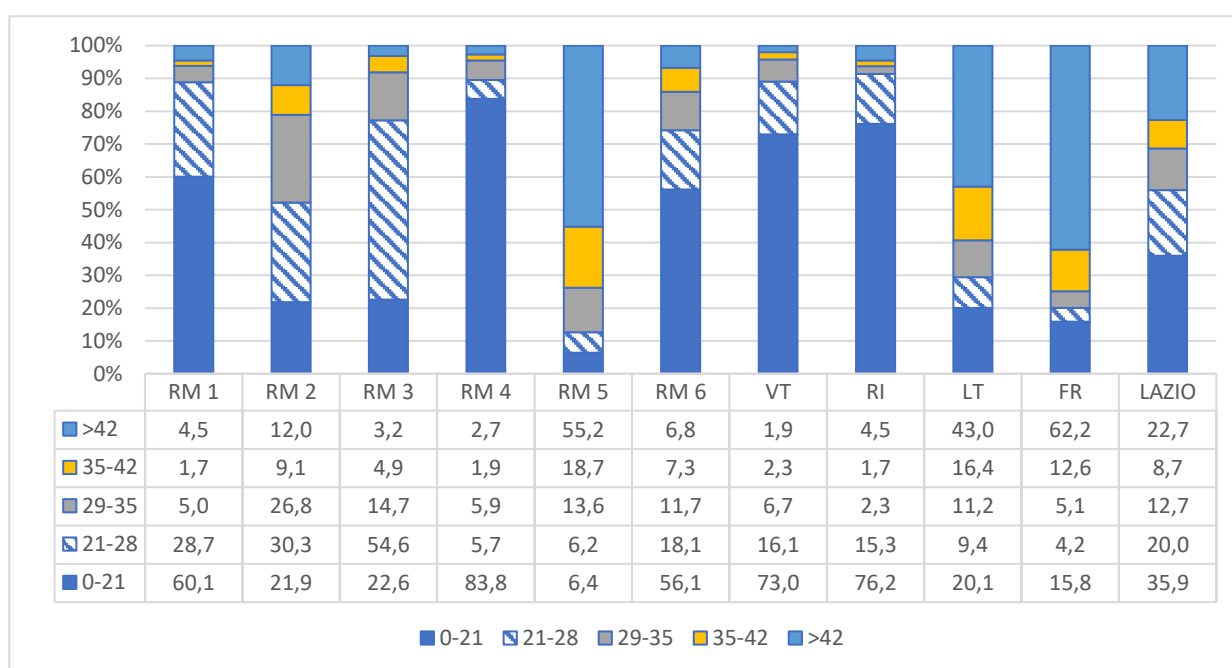
Tempo di attesa tra erogazione MX positiva di I livello e l'erogazione dell'esame di approfondimento entro 28gg (data indice: data approfondimento)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	88,82	90,43	90,59	90,34	79,88	87,37
RM 2	52,13	58,49	62,31	64,73	70,94	69,78
RM 3	77,22	50,42	37,11	10,67	17,81	47,25
RM 4	89,54	66,10	61,45	71,40	20,94	23,78
RM 5	12,59	65,61	6,85	15,31	35,82	33,83
RM 6	74,19	92,34	33,32	26,79	33,08	27,55
VT	89,05	96,32	96,09	89,56	53,91	88,36
RI	91,42	50,66	19,80	17,11	26,88	27,86
LT	29,44	16,80	11,75	13,58	33,21	22,30
FR	20,01	14,47	11,99	9,04	15,87	28,10
LAZIO	55,94	58,73	45,41	44,10	45,71	56,88

Nel periodo 2019–2024, il valore regionale si mantiene su livelli medi, con oscillazioni tra il 44% e il 59%, inferiori allo standard di riferimento ma in graduale miglioramento negli ultimi anni. Dopo la flessione registrata nel 2021 (44,1%), il Lazio mostra una progressiva ripresa fino al 55,9% nel 2024.

A livello territoriale, nel 2024 emergono differenze marcate. Le migliori performance si osservano a Rieti (91,4%), Roma 4 (89,5%), Viterbo (89,1%) e Roma 1 (88,8%), che garantiscono un'elevata tempestività di risposta, con la maggior parte degli esami di approfondimento eseguiti entro 28 giorni, Roma 3 (77,2%) e Roma 6 (74,2%) si collocano su livelli intermedi, mentre le altre ASL mostrano valori più bassi: Roma 2 (52,1%), Latina (29,4%), Frosinone (20,0%) e soprattutto Roma 5 (12,6%).

Il focus 2024 (figura 3.5) evidenzia che, a livello regionale, circa 36% degli approfondimenti vengono eseguiti entro 21 giorni, con un ulteriore 33% entro 35 giorni. Tuttavia, una quota non trascurabile — pari a quasi il 23% — richiede tempi superiori ai 42 giorni, con forti differenze territoriali. Le ASL di Rieti, Roma 4 e Viterbo concentrano oltre i tre quarti degli esami entro 21 giorni (76–84%), a fronte di situazioni più critiche a Frosinone (>42 gg: 62%), Latina (43%) e Roma 5 (55%), dove una parte consistente degli approfondimenti supera le sei settimane.

Figura 3.5 - Distribuzione dei tempi di attesa dell'esame approfondimento di II livello – Focus 2024



Tempo di attesa tra mammografia positiva di I livello e intervento chirurgico – Serie storica 2019–2024

La Tabella 3.9 riporta la serie storica della percentuale di interventi chirurgici eseguiti entro 60 giorni dalla mammografia positiva di I livello. Questo indicatore consente di valutare la rapidità con cui si completa il percorso diagnostico-terapeutico, dalla fase di identificazione del sospetto fino all'intervento nonché la capacità del servizio di garantire una tempestiva presa in carico delle utenti. Lo standard di riferimento è fissato a ≥90%, a garanzia di un accesso tempestivo e coordinato alle cure.

Nel periodo 2019–2024 i valori regionali mostrano un andamento sostanzialmente stabile, ma ampiamente al di sotto dello standard. Il dato regionale passa dall'11,1% del 2020 al 14,3% nel 2024, evidenziando una crescita modesta e discontinua. Nel complesso, l'indicatore suggerisce la persistenza di criticità organizzative nella fase di completamento del percorso, con tempi spesso superiori alla soglia ottimale.

A livello territoriale, si osservano differenze significative: Rieti (61,1%) e Roma 6 (50,0%) rappresentano le realtà con le migliori performance nel 2024, seguite da Viterbo (41,2%) e Roma 4 (35,5%), che si mantengono su livelli intermedi ma in miglioramento rispetto agli anni precedenti. Roma 1, Roma 2, Roma 3

e Roma 5 mostrano percentuali comprese tra il 3% e il 13%, mentre Latina non registra interventi entro 60 giorni nel 2024.

Tabella 3.9 - Percentuale degli interventi eseguiti entro i 60 gg dalla mammografia di I livello,

Tempo di attesa tra erogazione MX positiva di I livello e l'erogazione intervento entro 60gg (data indice: data intervento)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	7,58	15,38	16,59	12,28	14,58	13,92
RM 2	3,99	8,49	17,25	18,33	8,40	3,86
RM 3	2,78	3,19	5,48	0,00	2,17	16,95
RM 4	35,48	24,66	21,21	35,19	0,00	11,32
RM 5	12,94	19,42	4,21	8,51	0,00	20,00
RM 6	50,00	N.D.	N.D.	100,00	0,00	11,86
VT	41,18	42,00	57,45	34,38	24,14	30,43
RI	61,11	48,15	35,48	20,00	21,21	43,10
LT	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,57
FR	4,94	11,41	15,89	13,83	9,09	13,95
LAZIO	14,30	15,77	18,10	16,31	11,08	14,42

5- Indicatori di processo ed impatto

Tasso di richiamo - Referral Rate RR

Il tasso di richiamo, Referral Rate (RR), rappresenta la proporzione di donne che, a seguito della mammografia di screening, vengono richiamate per ulteriori approfondimenti diagnostici. Si tratta di un indicatore importante per la valutazione della qualità del programma: valori eccessivamente elevati possono indicare un ricorso non ottimale agli approfondimenti, mentre valori troppo bassi potrebbero riflettere un rischio di mancata identificazione di lesioni sospette. Gli standard di riferimento prevedono un valore accettabile inferiore al 7% per i primi esami e inferiore al 5% per gli esami successivi.

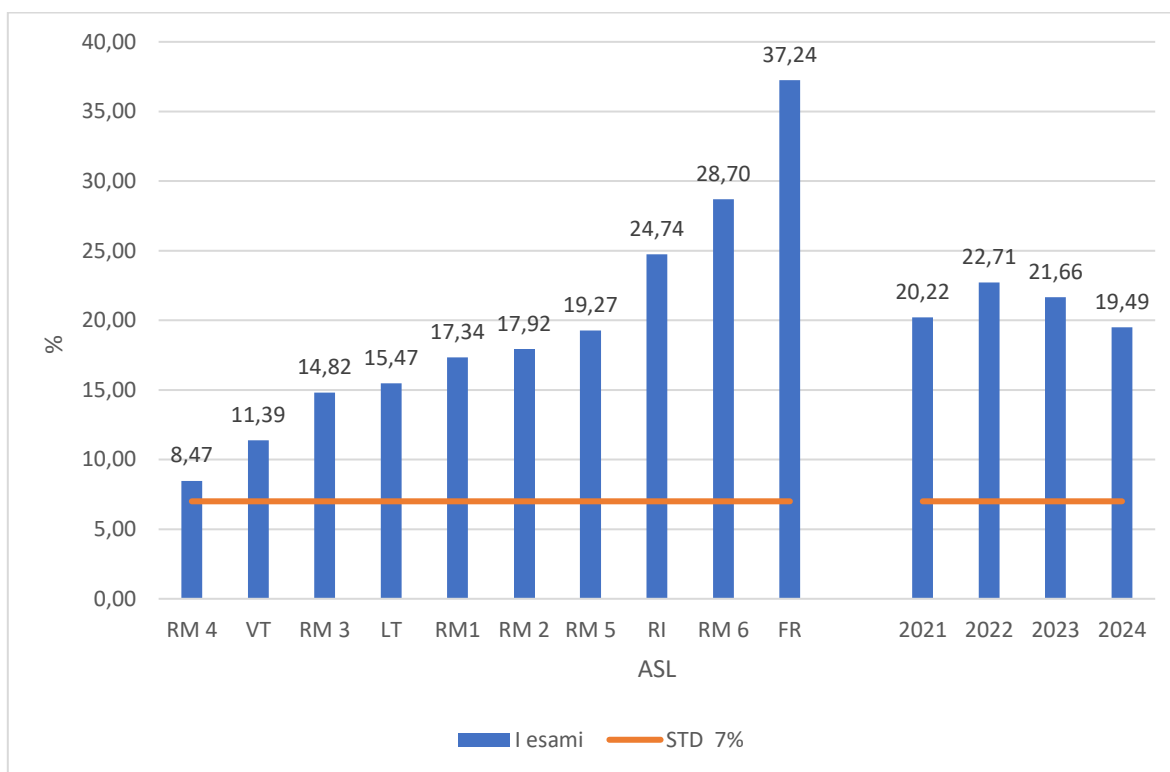
Andamento regionale 2021–2024

A livello regionale, il tasso di richiamo mostra una progressiva riduzione nel periodo considerato: dal 20,2% nel 2021 al 19,5% nel 2024 per i primi esami (figura 3.6), e dall'8,0% nel 2021 al 7% nel 2024 per gli esami successivi (figura 3.7). Il trend evidenzia quindi un miglioramento complessivo e una progressiva tendenza verso gli standard, pur con differenze significative tra le ASL.

Primi esami – 2024

Nel 2024, il valore regionale dei primi esami si attesta al 19,5%, superiore allo standard previsto (<7%) (figura 3.6). Le differenze territoriali sono marcate: i valori più bassi si osservano a RM4 (8,5%) e Viterbo (11,4%), che si avvicinano alla soglia di riferimento accettabile. Le percentuali aumentano progressivamente nelle altre ASL, con livelli più elevati a RM3 (14,8%), Latina (15,5%), RM1 (17,3%) e RM2 (17,9%). Le quote più alte si registrano a RM5 (19,3%), Rieti (24,7%), RM6 (28,7%) e Frosinone (37,2%), dove il tasso di richiamo supera ampiamente lo standard, suggerendo una maggiore propensione all'approfondimento diagnostico.

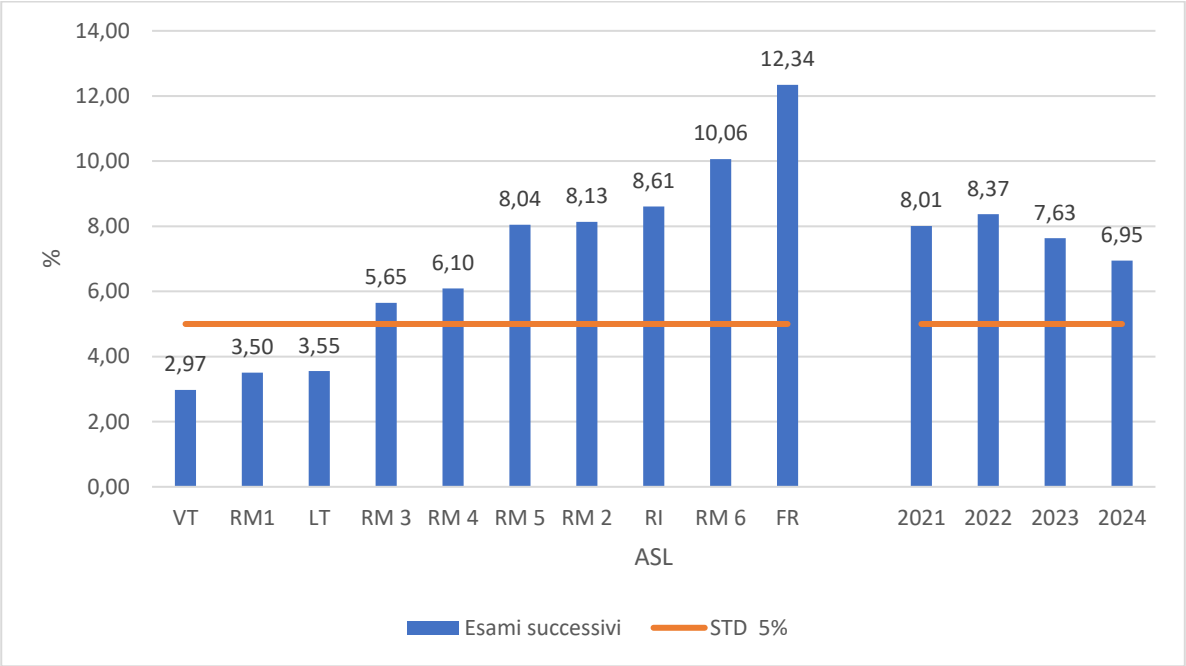
Figura 3.6 Tasso di richiamo ai primi esami per ASL (anno 2014) – Regione Lazio, (anni 2021- 2024)



Esami successivi – 2024

Negli esami successivi, la situazione appare più favorevole: il valore regionale si attesta a 7%, vicino alla soglia desiderabile del 5% (figura 3.7). In diverse ASL i valori risultano pienamente in linea con lo standard, come a Viterbo (3,0%), RM1 (3,5%) e Latina (3,6%). Altre realtà si collocano poco sopra la soglia, tra cui RM3 (5,7%) e RM4 (6,1%), mentre livelli più elevati persistono in RM5 (8,0%), RM2 (8,1%), Rieti (8,6%), RM6 (10,1%) e Frosinone (12,3%).

Figura 3.7 - Tasso di richiamo negli esami successivi per ASL (anno 2024) – Regione Lazio (anni 2021- 2024)



Valore Predittivo Positivo (VPP) e Detection Rate (DR)

Il Valore Predittivo Positivo (VPP) rappresenta la proporzione di tumori diagnostici sul totale delle donne che hanno eseguito approfondimento al II livello, mentre il Detection Rate (DR) misura il numero di tumori diagnostici per 1.000 donne screenate. Il valore di riferimento nazionale per il DR è compreso tra 4–9‰ ai primi esami e 3–6‰ agli esami successivi.

Primi esami

Nel 2024, il VPP regionale si attesta al 3,3%. A livello territoriale 5 Asl sono in linea con i riferimenti nazionali (Roma 1, Roma 2, Roma 4, Rieti e Latina) e le restanti hanno valori al di sotto dei riferimenti.

Il Detection Rate regionale (DR) è pari a 6,4‰, le ASL mostrano valori in linea con i valori di riferimento ad eccezione di Roma 3, Roma 4, Roma 5 e Viterbo che presentano valori inferiori al range di riferimento.

Tabella 3.10 - Referral Rate (RR%), Valore Predittivo Positivo (VPP%) e Detection Rate (DR‰) nei primi esami per ASL– Anno 2024

Primi esami	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
RR%	17,3	17,9	14,8	8,5	19,3	28,7	11,4	24,7	15,5	37,2	19,5
VPP%	4,3	4,3	2,6	4,5	2,0	2,0	1,9	5,6	6,1	2,2	3,3
DR‰	7,2	7,4	3,8	3,7	3,9	6,0	2,1	12,6	9,7	8,2	6,4

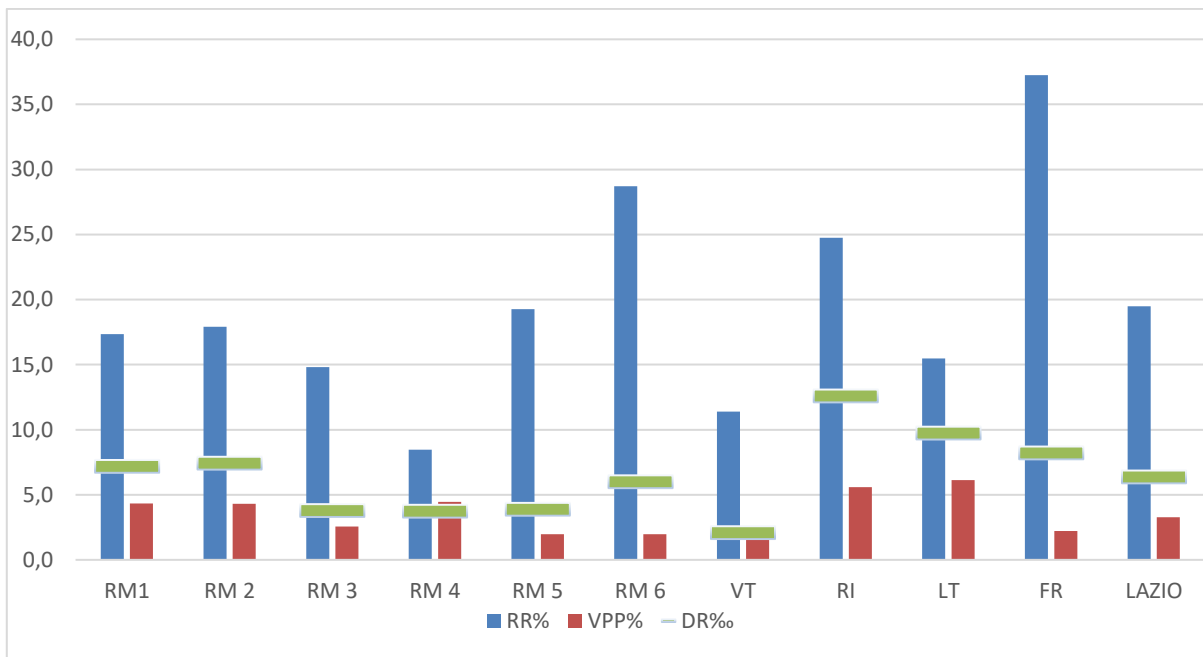
Il grafico complessivo (Figura 3.8) consente di cogliere la relazione tra i tre indicatori: le barre blu rappresentano il RR, quelle arancioni il VPP e le linee verdi il DR.

A livello regionale un elevato tasso di richiamo (19,5%) non corrisponde ad un aumento significativo dei casi individuati e della relativa Detection Rate (6,4‰), influenzando negativamente il VPP.

In alcune realtà, come Latina e Rieti, a livelli più elevati di richiamo si associano valori consistenti di DR e VPP, indicando una buona capacità di intercettare lesioni clinicamente rilevanti. In altre, come Roma 5, Viterbo e RM3, invece, a un RR non trascurabile corrispondono livelli più contenuti di VPP e DR. Frosinone presenta un tasso di richiamo sensibilmente più elevato rispetto alle altre ASL, a fronte di una resa diagnostica solo parzialmente proporzionata.

Per alcune ASL il dato può essere influenzato dalla quota elevata di casi privi di conferma istopatologica post-intervento, vedi paragrafo *distribuzione dell'esito istologico/patologico delle lesioni sottoposte a trattamento chirurgico*.

Figura 3.8 - Referral Rate (RR%), Valore Predittivo Positivo (VPP%) e Detection Rate (DR‰) nei primi esami per ASL– Anno 2024



Esami successivi

Negli esami successivi si conferma quanto osservato ai primi esami: entrambi gli indicatori rientrano nei valori di riferimento, con un Valore Predittivo Positivo (VPP) pari al 9,4% e un Detection Rate (DR) di 4,16‰, a conferma della stabilità e dell'adeguatezza delle performance del programma nelle diverse fasi dello screening (tabella 3.11).

Tabella 3.1 - Referral Rate (RR%), Valore Predittivo Positivo (VPP%) e Detection Rate (DR‰) negli esami successivi per ASL– Anno 2024

Esami successivi	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
RR%	3,50	8,13	5,65	6,10	8,04	10,06	2,97	8,61	3,55	12,34	7,01
VPP%	11,32	7,84	3,51	6,10	4,07	3,87	11,57	7,37	15,71	1,97	6,04
DR‰	3,81	6,15	2,01	3,74	3,34	3,91	3,41	5,30	5,72	2,36	4,16

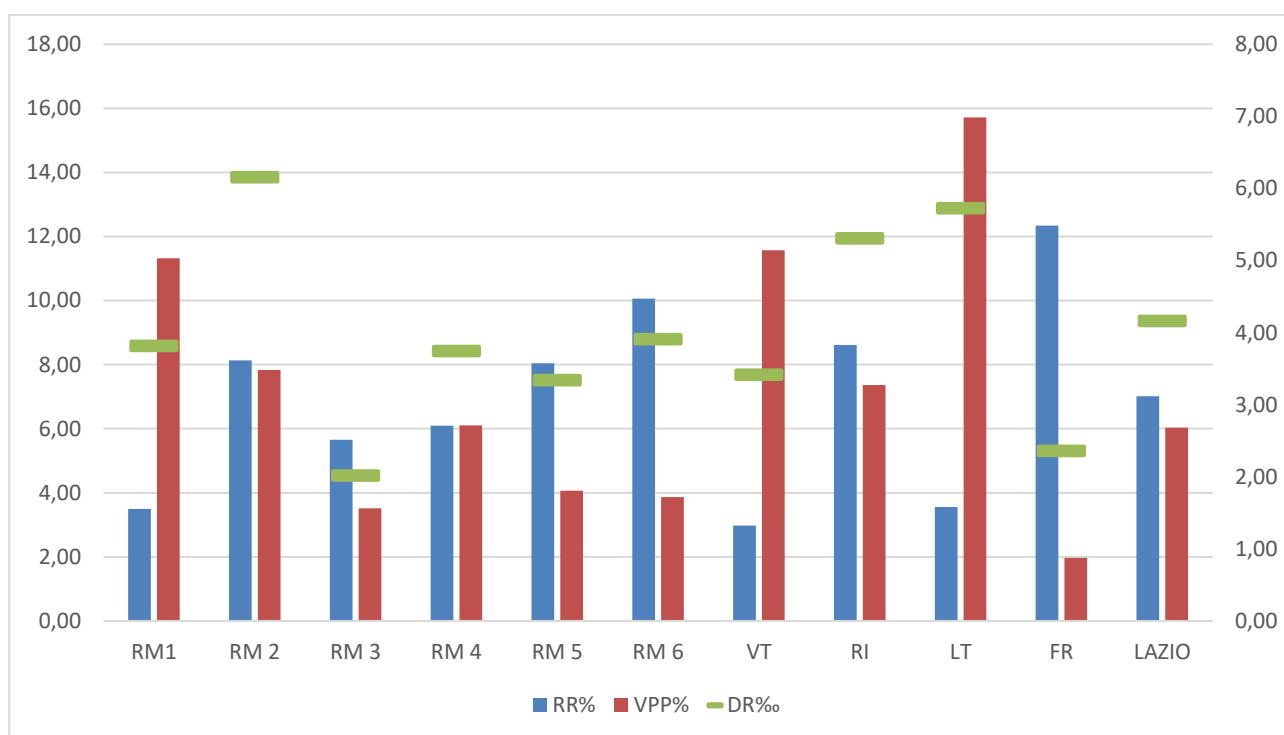
I valori del Valore Predittivo Positivo (VPP) mostrano una grande eterogeneità tra le ASL con un range di valori che va dal 2% di Frosinone al 15,7% di Latina; questo va probabilmente ricondotto ai diversi modelli organizzativi adottati.

Per quanto riguarda il Detection Rate (DR), i valori più alti si registrano a Roma 2 (6,1‰), Rieti (5,3‰) e Latina (5,7‰); bassi i valori di Roma 3 (2‰) e Frosinone (2,4‰) possono essere influenzati dalla quota elevata di casi privi di conferma istopatologica post-intervento.

Il grafico (Figura 3.9) consente di cogliere la relazione tra i tre indicatori.

Buone le performance di Roma 1, Viterbo e Latina con adeguati tassi di richiamo, buoni valori predittivi positivi ed eccellenti dati di Detection Rate. Da approfondire le associazioni di alcune ASL con elevati tassi di richiamo e bassi tassi di identificazione e VPP.

Figura 3.9, Referral Rate (RR%), Valore Predittivo Positivo (VPP%) e Detection Rate (DR‰) negli esami successivi per ASL– Anno 2024,



DRpT1 e DR <10 mm

Primi esami

L'analisi delle dimensioni dei tumori rilevati consente di valutare la capacità dello screening di identificare lesioni in fase precoce. Secondo i valori nazionali, il Detection Rate dei tumori con diametro inferiore a 10 mm (DR<10 mm) è compreso tra 1‰ e 4‰; la proporzione di tumori <10 mm sui maligni totali ha come standard un valore superiore o uguale al 20%.

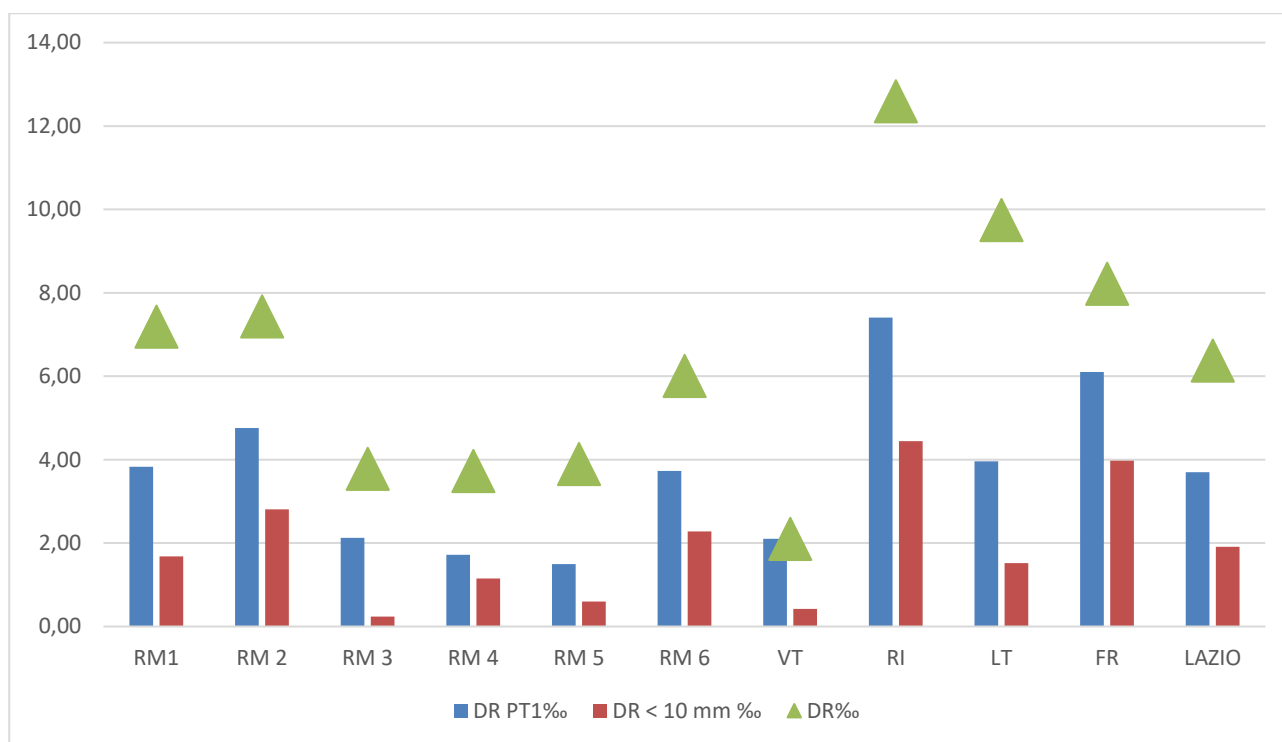
Nel corso del 2024, a livello regionale, tra i carcinomi diagnosticati ai primi esami, il Detection Rate (DR) è risultato pari a 6,38‰. Il Detection Rate per tumori pT1 (DRpT1) è stato del 3,70‰, mentre il tasso di rilevazione dei tumori di piccole dimensioni (<10 mm) (DR < 10 mm) si è attestato all'1,91‰, valore in linea con il dato nazionale.

Per quanto riguarda il DR dei tumori con diametro inferiore a 10 mm, i valori maggiori si registrano a Rieti (4,4‰; pari al 35,3% dei maligni totali) e Frosinone (3,98‰; 48,4%), seguiti da Roma 2 (2,8‰; 37,7%) e

Roma 6 (2,3‰; 37,9%), tutte all'interno o lievemente al di sopra del range di riferimento. In alcune ASL, Roma 3, Viterbo e Roma 5, la quota di tumori di dimensioni inferiori a 10 mm appare invece più contenuta, inferiore al dato di riferimento nazionale.

Il grafico (figura 3.10) mostra i valori di Detection Rate (DR‰), Detection Rate pT1 (DRpT1‰) e Detection Rate <10 mm (DR<10mm‰) ai primi esami, distinti per ASL, anno 2024. Il grafico evidenzia il rapporto tra i tre indicatori, mostrando come le variazioni del Detection Rate complessivo si accompagnino, in misura variabile, ai tassi di rilevazione di tumori di dimensioni ≤2 cm (pT1) e di piccole dimensioni (<10 mm).

Fig 3.10: Detection Rate (DR‰), Detection Rate pT1 (DRpT1‰), Detection Rate < 10 mm (DR<10mm‰) ai primi esami per ASL– Anno 2024



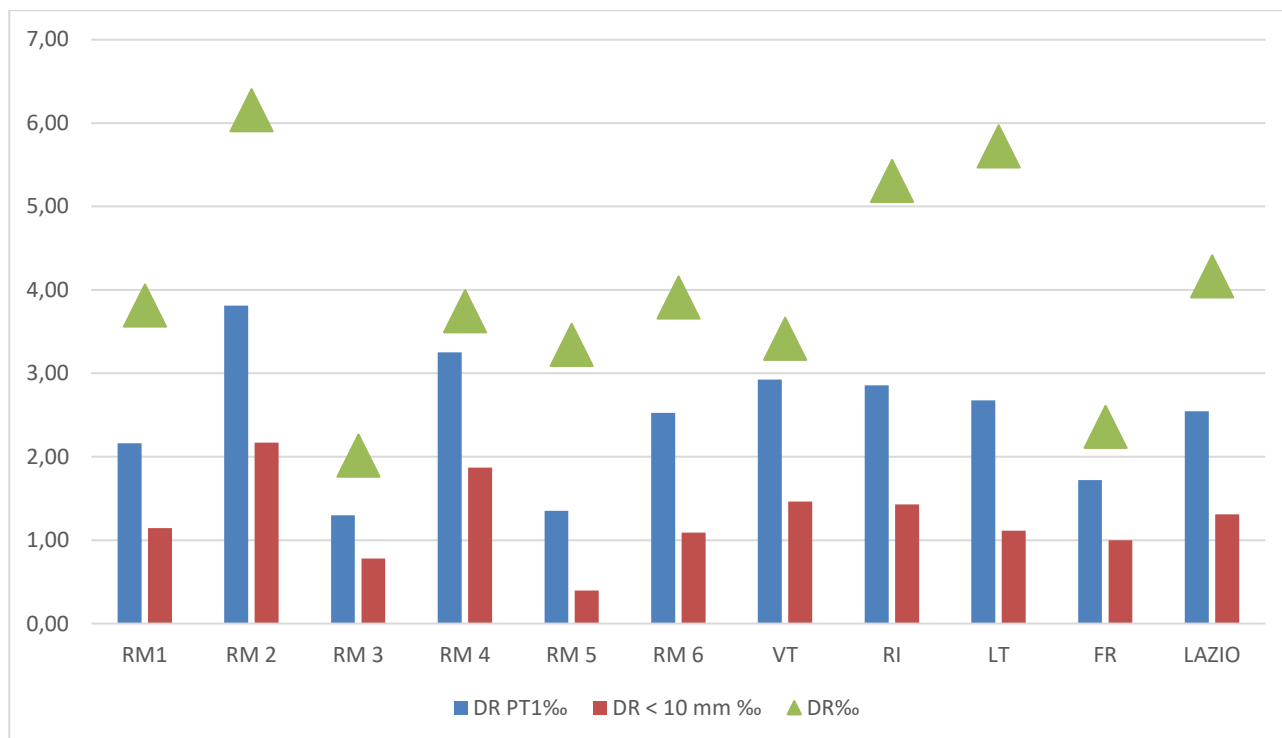
Esami successivi

Secondo i valori nazionali, il Detection Rate (DR) dei tumori con diametro inferiore a 10 mm è compreso tra 1‰ e 3‰; la proporzione di tumori <10 mm sui maligni totali ha come standard un valore superiore o uguale al 25%.

La DR maggiore per carcinomi pT1 si osserva a Roma 2 (3,8‰), Roma 4 (3,3‰), Viterbo (2,9‰) e Rieti (2,9‰), valori che denotano una buona capacità di diagnosi precoce. Per quanto riguarda i tumori con diametro inferiore a 10 mm, la maggior parte delle ASL presenta valori in linea con quelli nazionali, con i valori più elevati si registrano nelle ASL Roma 2 (2,2‰; pari al 35,2% dei maligni totali) e Roma 4 (1,9‰; 50,0%). Ad eccezione delle ASL Roma 5 (0,4‰; 11,9%) e Roma 3 (0,78‰; 38,7%), dove il Detection Rate per tumori inferiori a 10 mm risulta più contenuto ed inferiore al range di riferimento. Il dato può essere influenzato dalla presenza di una quota elevata di casi B5 senza conferma istopatologica postoperatoria.

Il grafico (figura 3.11) mostra il rapporto tra i tre indicatori: i valori di Detection Rate (DR‰), Detection Rate pT1 (DRpT1‰) e Detection Rate <10 mm (DR<10mm‰) agli esami successivi, distinti per ASL, anno 2024.

Figura 3.11 - Detection Rate (DR‰), Detection Rate pT1 (DRpT1‰), Detection Rate < 10 mm (DR<10mm‰) ai primi esami per ASL– Anno 2024



Tasso di richiami anticipati

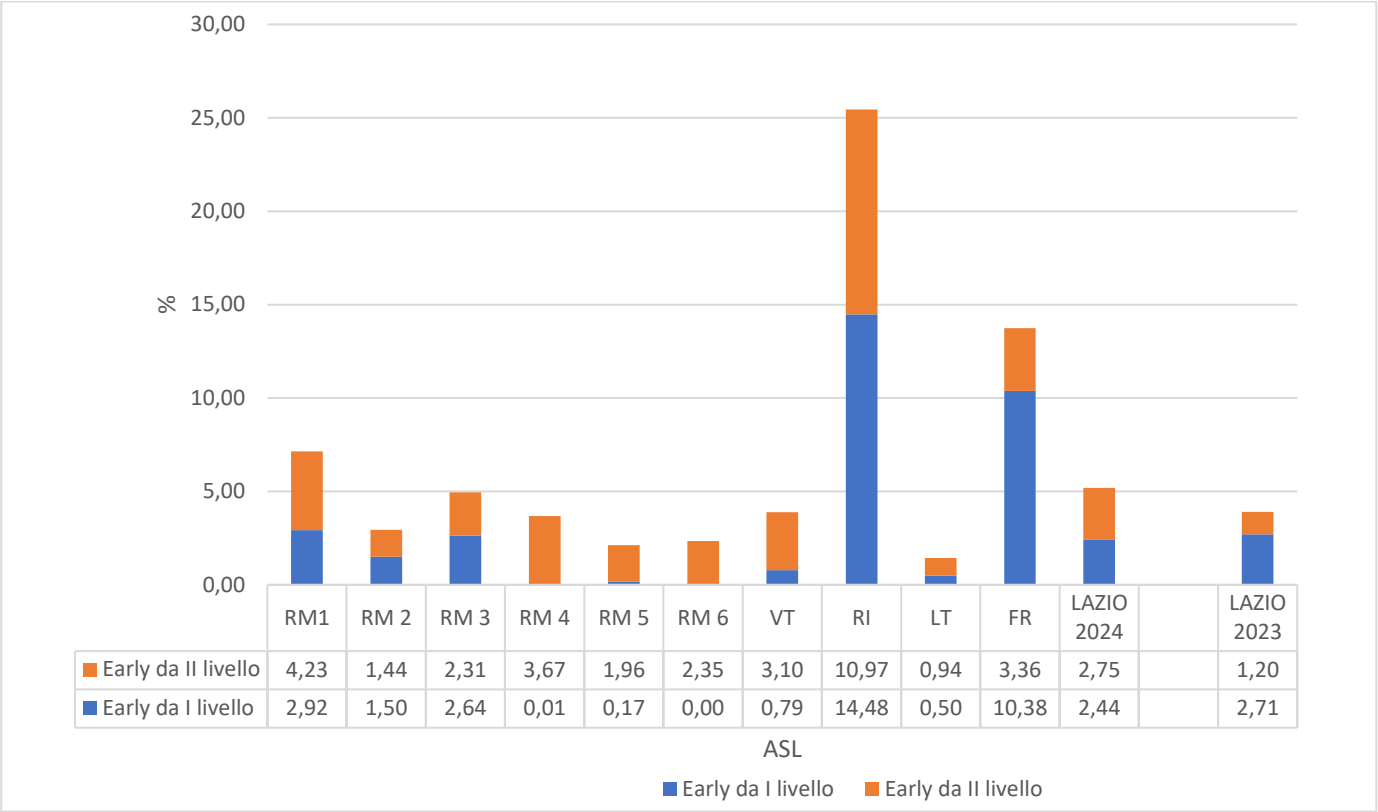
Il tasso di richiamo anticipato misura la quota di donne invitate a ripetere l'esame prima dell'intervallo previsto. Si distinguono due componenti: i richiami anticipati dal primo livello (dopo la mammografia di screening) e quelli dal secondo livello (dopo gli approfondimenti diagnostici). Gli standard di riferimento indicano valori compresi tra 0 e 0,5% per i richiami dal primo livello e inferiori all'1% per quelli dal secondo livello, a garanzia di una corretta gestione dei casi dubbi e per evitare un eccesso di controlli non necessari.

Nel 2024, il valore regionale si attesta al 2,4% per i richiami da primo livello e al 2,8% per quelli da secondo livello, in entrambi i casi superiori agli standard come già osservato nel 2023 (2,7% e 1,2%) (figura 3.12). Si conferma quindi una tendenza a livelli di richiamo anticipato stabilmente superiori ai limiti considerati desiderabili.

A livello territoriale si osservano differenze significative, Rieti (14,5%) e Frosinone (10,4%) presentano i valori più alti per i richiami da primo livello, seguite da Roma 1 (2,9%), Roma 3 (2,6%) e Roma 2 (1,5%) mentre le restanti ASL si collocano su livelli contenuti all'interno degli standard di riferimento.

Ad eccezione di Latina, che anche per il secondo livello si mantiene entro i limiti previsti, tutte le altre asl hanno un valore superiore alla soglia di riferimento dell'1%; i valori più elevati si osservano a Rieti (11,0%), Roma 1 (4,2%), Roma 4 (3,7%) e Viterbo (3,1%).

Figura 3.12 - Tasso di richiami anticipati da I e II livello per ASL– Anno 2024



Distribuzione dell'esito istologico/patologico delle lesioni sottoposte a trattamento chirurgico

L'analisi riguarda l'esito isto-patologico delle lesioni per le quali è stato indicato un trattamento chirurgico, è un elemento importante per la valutazione della qualità clinico-diagnostica del programma di screening in quanto consente di verificare la proporzione di lesioni intercettate in stadio precoce.

Primi esami

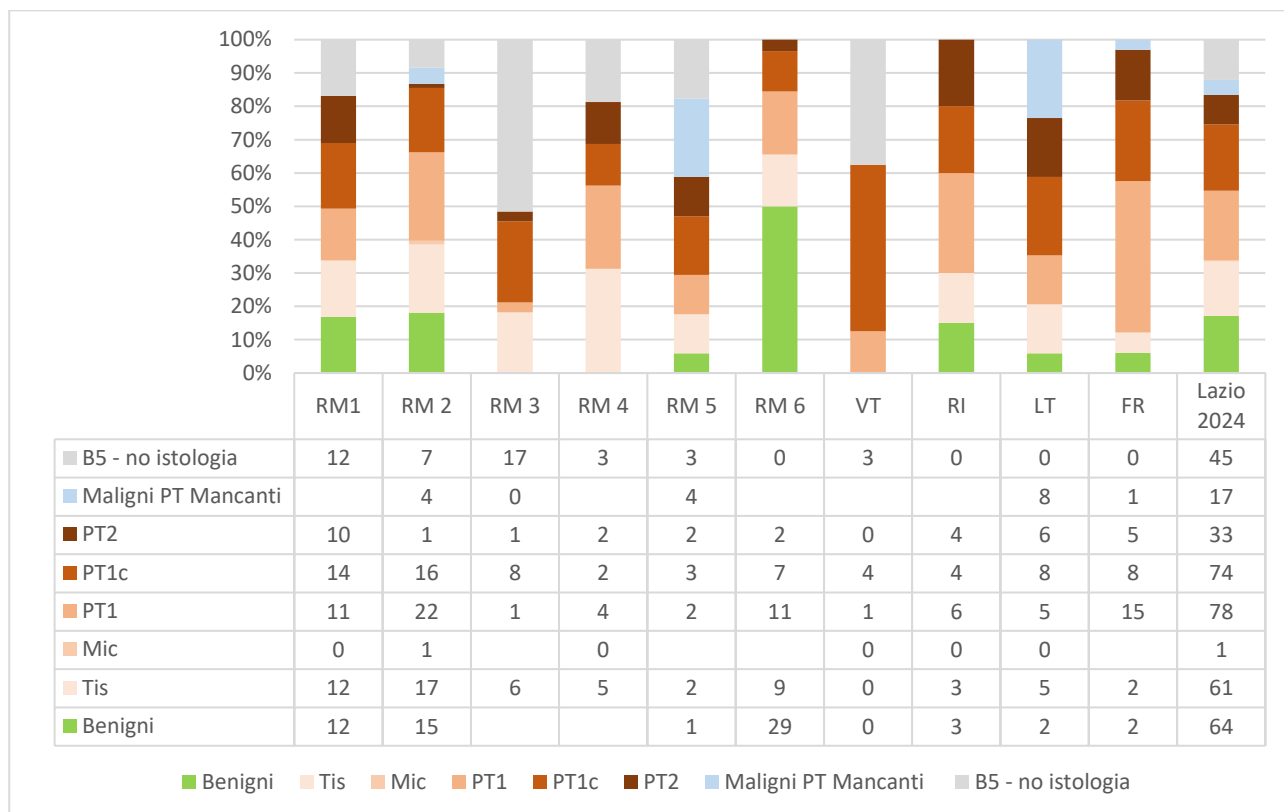
Nel 2024, a livello regionale, 446 persone hanno ricevuto indicazione al trattamento chirurgico, per 373 di queste è disponibile il dato dell'intervento.

Delle 373 lesioni, 64 (17,2%) sono risultate benigne e 264 (70,8%) maligne. Per 45 lesioni (12,1%) con diagnosi B5 alla biopsia, non è invece disponibile la conferma istopatologica postoperatoria (Figura 3.13).

Tra i 264 casi maligni, la distribuzione evidenzia una netta prevalenza di carcinomi invasivi di piccole dimensioni (≤ 2 cm). Le categorie pT1 (a–b) e pT1c rappresentano complessivamente circa il 57% delle diagnosi (78 e 74 casi rispettivamente), i carcinomi in situ (pTis) costituiscono circa il 23% del totale, mentre le forme di dimensioni maggiori (pT2 e superiori) si attestano intorno al 12,5%. Questi dati confermano la buona performance del programma di screening, con una significativa capacità di individuare lesioni in fase precoce.

A livello territoriale, rispetto ai valori regionali si evidenzia eterogeneità nella distribuzione delle diagnosi. Roma 3 e Viterbo hanno una percentuale elevata di casi B5 privi di conferma istologica postoperatoria, mentre la Roma 6 mostra una quota più alta di lesioni benigne sottoposte a intervento chirurgico

Figura 2.13 - Distribuzione per esito istologico/patologico delle lesioni operate identificate ai primi esami per ASL –Regione Lazio - Anno 2024.



Esami successivi

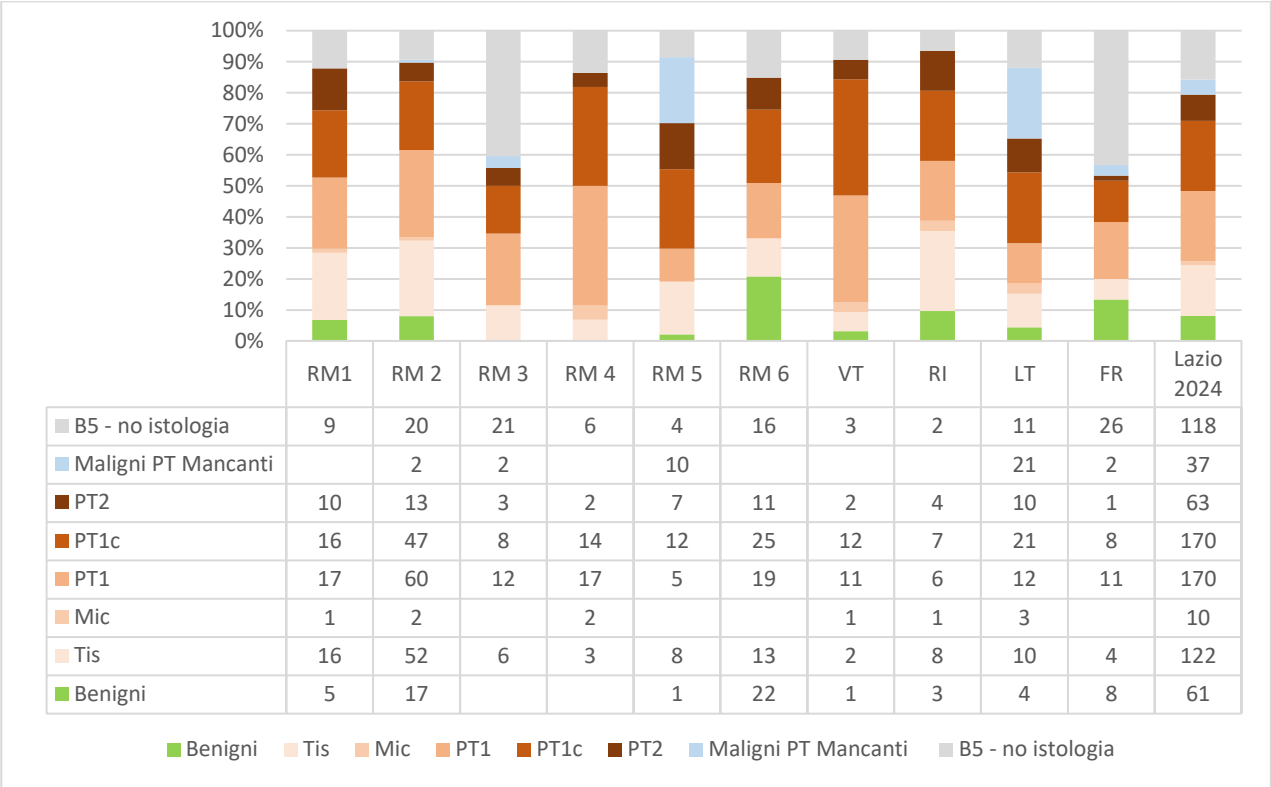
Nel 2024, a livello regionale, 820 persone hanno ricevuto indicazione al trattamento chirurgico, per 751 di queste (91,6%) è disponibile il dato dell'intervento.

Delle 751 lesioni, 61 (8,1%) sono risultate benigne, 572 (76,2%) maligne, mentre per 118 lesioni (15,7%), classificate come B5 alla biopsia (indicative di malignità), non è disponibile l'esito istopatologico postoperatorio. (figura 3.14)

Tra i casi maligni (572 casi), la distribuzione mostra una prevalenza di carcinomi invasivi di piccole dimensioni (≤ 2 cm), con le categorie pT1(a+b) e pT1c che rappresentano complessivamente circa il 60% delle diagnosi di malignità (rispettivamente 170 e 170 casi). I tumori in situ (pTis) costituiscono circa il 21%, mentre le forme più avanzate (pT2 e superiori) si attestano intorno all'11%, confermando la buona capacità del programma di screening nell'intercettare tumori maligni in fase precoce.

A livello territoriale, la distribuzione risulta nel complesso più omogenea; tuttavia, persistono criticità relative ai casi B5 privi di conferma istologica postoperatoria, soprattutto nelle ASL Roma 3 e Frosinone.

Figura 3.14 - Distribuzione per istologia/patologia delle lesioni operate identificate agli esami successivi per ASL –Regione Lazio - Anno 2024.



4. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA COLORETTALE

A. Aspetti epidemiologici del tumore del colon-retto

A livello globale, nel 2022⁴ si sono stimati oltre 1,9 milioni di nuovi casi e circa 904.000 decessi per tumore del colon-retto, rendendolo il terzo per incidenza e il secondo per mortalità tra tutti i tumori. I tassi di incidenza sono molto più alti nei paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo, ma la mortalità è più simile a causa della maggiore letalità nei paesi con minore accesso alle cure.

Le incidenze più elevate si registrano in Europa, Australia/Nuova Zelanda e Nord America, mentre sono più basse in Africa e Asia meridionale. Nei paesi in transizione socioeconomica, i casi sono in aumento, legati a cambiamenti nello stile di vita come dieta ricca di carni e vita sedentaria.

In Italia, il tumore del colon-retto rappresenta una delle neoplasie più diffuse, risultando il secondo tumore più frequente dopo quello della mammella nelle donne ed il terzo negli uomini dopo la prostata ed il polmone

Secondo i dati riportati dal 14° rapporto nazionale *“I numeri del cancro in Italia 2024”*⁵, nel 2024 sono attese circa 48.000 nuove diagnosi di tumore del colon-retto in Italia, di cui circa 27.000 negli uomini e 21.000 nelle donne. Nonostante i progressi nella diagnosi precoce e nei trattamenti, il tumore del colon-retto continua a rappresentare una delle principali cause di morte per cancro: nel 2022 si stimano circa 24.000 decessi, con 13.000 uomini e 11.000 donne colpiti.

La sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi si attesta al 65% negli uomini e al 66% nelle donne, anche grazie all'efficacia degli screening e all'evoluzione delle terapie. Inoltre, la probabilità di vivere ulteriori 4 anni dopo aver superato il primo anno dalla diagnosi è del 77% negli uomini e del 79% nelle donne.

Attualmente, si stima che in Italia vivano oltre 442.000 persone dopo una diagnosi di tumore del colon-retto, di cui 227.000 uomini e 215.000 donne. Questo dato evidenzia non solo l'elevata incidenza, ma anche la crescente cronicizzazione della malattia, che richiede una sempre maggiore attenzione alla qualità della vita dei pazienti e alla sostenibilità del sistema sanitario.

I tumori del colon-retto sono spesso associati a fattori legati allo stile di vita e alla predisposizione familiare. Tra i principali fattori di rischio vi sono un'elevata assunzione di carni rosse e insaccati, il consumo frequente di zuccheri e farine raffinate, il sovrappeso, la sedentarietà, il fumo e l'abuso di alcol. Tutti questi elementi contribuiscono ad aumentare l'infiammazione e il rischio di trasformazione cellulare a livello intestinale.

Al contrario, alcuni fattori protettivi possono ridurre il rischio: un'alimentazione ricca di frutta, verdura, cereali integrali, l'assunzione adeguata di vitamina D e calcio e, in casi selezionati, l'uso prolungato di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sotto controllo medico.

⁴ Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.

⁵ Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI, PASSI d'Argento, Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPeC-IAP). I numeri del cancro in Italia 2024. 14ª edizione, 2024.

Anche alcune malattie croniche infiammatorie intestinali, come la malattia di Crohn e la rettocolite ulcerosa, aumentano il rischio di sviluppare un tumore del colon-retto. Circa il 2-5% dei casi è legato a sindromi ereditarie, come la poliposi adenomatosa familiare (FAP) e la sindrome di Lynch, condizioni in cui sono presenti mutazioni genetiche specifiche trasmissibili in famiglia.

L'introduzione del programma nazionale di screening per la diagnosi precoce e l'individuazione delle lesioni precursori del tumore del colon-retto, basato sulla ricerca del sangue occulto nelle feci, insieme ai progressi nelle terapie disponibili, ha portato a un netto miglioramento delle percentuali di guarigione e dei tassi di sopravvivenza associati a questa forma di neoplasia.

B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti

Popolazione bersaglio

La popolazione target a cui è rivolto l'invito ad effettuare il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è composta da uomini e donne asintomatici, residenti nel Lazio, di età compresa tra i 50 e i 69 secondo le linee guida dell'ONS. La regione Lazio estende la chiamata attiva anche alla fascia di età 70-74 anni.

Modalità di invito

Il modello organizzativo è definito dal DCA 191/2015 e dal DCA 30/2017. In fase di stesura l'aggiornamento del PDTA del colon-retto.

I soggetti eleggibili appartenenti alla popolazione bersaglio vengono invitati tramite chiamata attiva con lettera personale; è inoltre prevista la possibilità di accesso spontaneo da parte di soggetti che rientrano nella fascia target.

È possibile ritirare e riconsegnare il kit per il sangue occulto fecale presso i presidi sanitari delle ASL e le farmacie aderenti al programma di screening, che costituiscono una rete capillare di supporto alla distribuzione territoriale, favorendo un più agevole accesso al percorso di prevenzione.

Da 2022 è possibile inoltre accedere spontaneamente al percorso di Screening e prenotare direttamente l'esame di I livello attraverso il sito della Regione Lazio – www.salutelazio.it – prenota smart screening.

Periodismo e ordine di invito

L'intervallo previsto tra due test di screening successivi (round di screening) è di due anni (periodicità biennale). In caso di positività al test di primo livello (FIT), il soggetto viene avviato a un appropriato percorso diagnostico di approfondimento, con eventuali richiami specifici programmati secondo necessità.

Primo Livello

Il test di primo livello previsto nei programmi di screening per il carcinoma coloretale è rappresentato dalla ricerca di sangue occulto nelle feci tramite test immunologico di tipo quantitativo (Fecal Immunochemical Test-FIT), specificamente orientato al rilevamento dell'emoglobina umana. Il test viene eseguito a domicilio dal cittadino, utilizzando un unico campione fecale. Il valore soglia (cut-off) per la positività del test è fissato a 20 µg di emoglobina per grammo di feci (Hb/gr).

Comunicazione dell'esito del test

Una volta completato il caricamento nel Sistema Informativo dei dati relativi alle letture dei test eseguite presso i Centri di Lettura, i Coordinamenti aziendali dei Programmi di Screening sono responsabili della comunicazione degli esiti.

- **Test negativo:** viene inviata una lettera con l'esito, che include anche l'indicazione del futuro invito al successivo round di screening.
- **Test inadeguato o non valutabile,** è previsto l'invio di una lettera che informa sull'esito e contiene l'invito a ripetere l'esame
- **Test positivo:** è prevista, una comunicazione telefonica da parte del Coordinamento dei Programmi di Screening, tramite personale formato, con fissazione dell'appuntamento per una visita pre-endoscopica propedeutica all'esecuzione della colonscopia.

Il Programma di screening include tutte le fasi successive alla positività del test di I livello, dagli approfondimenti diagnostici al trattamento, come dettagliato nel documento di riferimento.

Secondo Livello

Il secondo livello dello screening colon-rettale è rivolto ai soggetti con esito positivo al test FIT, con l'obiettivo di effettuare un approfondimento diagnostico mediante colonscopia, esame che consente la visualizzazione completa del colon.

I soggetti positivi vengono convocati per una visita pre-endoscopica, durante la quale si raccolgono dati anamnestici personali e familiari, si valuta l'idoneità all'esame, si forniscono le istruzioni per la preparazione intestinale e si programma la colonscopia.

Nel caso in cui vengano riscontrate lesioni non asportabili per via endoscopica, il paziente, una volta ottenuto il referto istologico, viene inviato al terzo livello per un'ulteriore gestione specialistica e l'eventuale trattamento chirurgico.

Terzo livello

Il Centro di trattamento è deputato alla presa in carico di soggetti con diagnosi di carcinoma coloretale. La multidisciplinarietà è un elemento fondamentale per la gestione di tale patologia. La pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico deve essere effettuata nell'ambito di un team multidisciplinare, composto da più specialisti, tra cui oncologo, radiologo, patologo, endoscopista digestivo, chirurgo e radioterapista, per la formulazione di una precisa stadiazione della malattia e della strategia terapeutica, con indicazioni specifiche per la chirurgia, la terapia medica, l'eventuale radioterapia e il follow-up.

C. Indicatori, analisi e commento dei dati

Gli indicatori sono riferiti agli invitati regolari al primo livello ed al percorso che scaturisce dall'esame di screening; non sono compresi i follow up, se non diversamente indicato

1 - Principali indicatori di qualità nello screening coloretale - anno 2024

La Tabella 4.1 presenta i principali indicatori di qualità relativi ai programmi di screening del carcinoma del colon-retto nella Regione Lazio per l'anno 2024, articolati per singola ASL e suddivisi in aree di volume, organizzazione e impatto. Gli indicatori sono rappresentati attraverso una scala colorimetrica che consente di cogliere immediatamente le performance: il verde segnala il raggiungimento dello standard, il giallo indica valori prossimi alla soglia di riferimento (mancato raggiungimento con uno scostamento inferiore o

uguale a un terzo dello standard richiesto), mentre il rosso evidenzia le aree di criticità (mancato raggiungimento con uno scostamento superiore a un terzo dello standard richiesto).

Nel complesso, i programmi di screening regionali mostrano una performance soddisfacente, con diversi indicatori che superano gli standard accettabili secondo le linee guida, come evidenziato dalle celle in verde nella tabella. In alcune aree si osservano risultati meno ottimali, che suggeriscono margini di miglioramento, senza tuttavia compromettere la solidità complessiva del programma regionale.

Si conferma, in primo luogo, la buona estensione degli inviti, che evidenzia un'adeguata capacità del programma di raggiungere la popolazione target. La copertura, a livello regionale, raggiunge lo standard minimo accettabile, risultato condiviso anche dalla maggior parte delle ASL. Anche la proporzione di colonscopie complete e l'adesione alla colonscopia di secondo livello si attestano, a livello regionale, su valori conformi agli standard di riferimento. Il valore predittivo positivo (VPP) si mantiene su livelli soddisfacenti, con il raggiungimento del valore di riferimento nella quasi totalità delle ASL, a dimostrazione dell'efficacia del percorso diagnostico nel selezionare i soggetti realmente a rischio. Analogamente, per quanto riguarda gli indicatori di impatto, il quadro è favorevole: il detection rate (*DR*) a livello regionale, sia per adenomi avanzati sia per carcinomi, si mantiene su valori coerenti con i valori di riferimento e, nella maggior parte delle ASL, supera le soglie, confermando la capacità del programma di individuare lesioni clinicamente rilevanti.

Accanto a questi risultati emergono tuttavia diverse criticità, in particolare nell'ambito organizzativo. L'adesione corretta allo screening si mantiene su valori generalmente bassi in tutte le ASL, che non raggiungono la soglia di desiderabilità. Inoltre, i tempi di attesa per l'approfondimento endoscopico e per il completamento del percorso diagnostico-terapeutico risultano superiori agli standard raccomandati sia a livello regionale che in diverse ASL.

Tabella 4.1 - Principali indicatori di processo e di esito nello screening colorettales- Anno 2024

Indicatori	Colon Retto - Anno 2024												
	ASL	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard
Volumi (50-74aa)	Popolazione bersaglio annua	179.609	217.683	105.562	58.744	86.482	101.971	56.745	27.888	98.621	83.765	1.017.067	-
	Invitate	182.715	224.516	90.673	59.768	88.050	108.215	52.656	25.047	90.752	90.027	1.012.419	
	Rispondenti	34.756	47.342	26.001	20.560	18.763	27.240	17.745	6.897	26.071	23.564	248.939	
	Positivi	1.635	2.654	1.283	1.001	919	1.394	888	361	1.460	1.354	12.949	
	Carcinomi	59	69	37	19	33	23	24	9	31	49	353	
	Adenomi Avanzati	309	506	220	153	116	331	232	111	451	437	2.866	
	Adenomi Iniziali	190	380	148	177	103	202	138	47	123	252	1.760	
Volumi (50-69aa)	Popolazione bersaglio annua	153.860	186.187	91.177	50.598	74.108	87.275	47.526	23.109	83.248	69.423	866.511	
	Invitate	162.992	188.811	79.071	52.659	76.426	95.103	43.804	20.820	78.374	75.897	873.957	
	Rispondenti	30.537	38.916	22.400	17.973	15.860	22.865	15.064	5.697	22.516	20.040	211.868	
	Positivi	1.350	2.004	1.057	826	723	1.104	706	272	1.165	1.084	10.291	
	Carcinomi	48	45	26	19	22	17	16	6	21	27	247	
	Adenomi avanzati	257	389	178	124	85	263	180	75	346	351	2.248	
Organizzativi (%)	Estensione Inviti	100,76	103,10	80,88	101,38	101,79	106,10	92,78	89,39	91,99	105,51	98,64	>=90%
	Copertura Esami (indicatore NSG)	19,81	22,38	25,21	35,76	22,36	27,58	32,50	25,54	26,87	29,11	25,15	Minimo:>=25% Ottimale:>=49%
	Adesione Corretta	19,21	21,11	30,55	34,63	21,32	25,18	33,72	27,68	28,75	26,70	24,84	>=45%
	Tempo di attesa referto di screening e spedizione esito negativo <=15gg	76,88	99,72	95,59	94,01	89,45	14,96	85,70	96,85	46,04	99,97	79,71	>=90%
	Tempo di attesa esame di screening e colonscopia di approfondimento <=30gg	40,38	66,54	91,65	5,62	55,56	84,42	93,60	78,83	72,20	81,61	66,87	>=90%
	Tempo di attesa esame di screening e visita di approfondimento <=21gg	88,57	81,80	98,30	69,83	48,66	99,11	98,64	95,99	95,22	97,12	87,66	-
	Tempo di attesa conclusioni approfondimento ed intervento <=30gg	63,33	16,22	85,71	14,29	53,13	#DIV/0!	45,45	71,43	57,14	73,68	51,12	>=90%
Percorso Clinico (%)	Tasso positività	4,70	5,61	4,93	4,87	4,90	5,12	5,00	5,23	5,60	5,75	5,20	-
	lesami	4,99	6,59	5,65	5,32	6,02	5,67	6,32	6,19	5,87	6,79	5,91	<=6%
	esami succ	4,54	5,26	4,62	4,63	4,46	4,92	4,46	4,84	5,50	5,11	4,90	<=4,5%
	Adesione Colposcopia	85,38	90,47	74,28	80,12	81,07	91,61	92,57	96,40	81,03	95,42	86,64	>=85%
	Proporzione colon complete	91,12	92,80	95,10	92,43	94,23	84,81	96,58	89,10	95,83	93,96	92,80	>=85%
	VPP complessivo	30,29	26,05	29,68	23,27	20,30	29,50	33,12	36,04	42,28	39,16	30,81	-
	lesami	35,50	33,33	37,10	24,02	25,30	31,23	36,43	38,60	45,91	47,50	36,23	>=25%
Impatto (%)	esami succ	27,09	22,91	26,07	22,89	17,73	28,84	31,12	34,70	40,88	32,71	28,07	>=15%
	DR cancri	1,70	1,46	1,42	0,92	1,76	0,84	1,35	1,30	1,19	2,08	1,42	-
	lesami	1,98	2,45	2,02	0,86	2,26	1,41	2,11	0,99	1,98	3,36	2,07	>=2‰
	esami succ	1,54	1,11	1,16	0,96	1,56	0,64	1,04	1,44	0,90	1,30	1,14	>=1‰
	DR Adenomi avanzati	8,89	10,69	8,46	7,44	6,18	12,15	13,07	16,09	17,30	18,55	11,51	-
	lesami	11,01	15,69	11,25	7,85	9,59	13,29	18,24	20,79	18,63	25,43	14,80	>=7,5‰
Impatto (%)	esami succ	7,68	8,94	7,24	7,23	4,84	11,75	10,93	14,15	16,80	14,35	10,09	>=5‰

2 - Indicatori di volume – dati 2019-2024

La Tabella 4.2 riporta l'andamento degli indicatori di volume relativi al programma di screening coloretale nella popolazione target 50–74 anni, dal 2019 al 2024, articolati per ASL (RM1, RM2, RM3, RM4, RM5, RM6, Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone) e a livello regionale.

Nel periodo considerato si osserva un progressivo aumento degli invitati, con un totale regionale che dal 2019 (896.479) raggiunge il valore massimo nel 2023 (1.052.461), per poi stabilizzarsi nel 2024 oltre il milione di unità (1.012.419). Dopo il 2019, caratterizzato da valori elevati di rispondenti (242.825), l'anno 2020 ha registrato una contrazione significativa (150.687), legata all'impatto della pandemia, con conseguente riduzione dei test positivi (7.544) e dei carcinomi individuati (120). Dal 2021 in poi si osserva una ripresa: prima parziale, poi più marcata nel 2023 e soprattutto nel 2024, quando i rispondenti (248.939) superano lievemente i valori pre-pandemici e i positivi al test tornano oltre quota 12.000, consolidando i volumi di attività del programma.

Per quanto riguarda gli esiti diagnostici, i carcinomi mostrano un calo evidente nel 2020–2021, seguito da un recupero con valori in linea al pre-pandemico (353 casi nel 2024 rispetto ai 352 del 2019). Gli adenomi avanzati evidenziano un trend crescente, passando da 1.099 nel 2020 a 2.866 nel 2024, superando anche i valori del 2019. Anche gli adenomi iniziali registrano un incremento negli ultimi due anni, con valori (1.760 nel 2024) sovrapponibili a quelli del 2019 (1.784).

A livello territoriale, le ASL presentano andamenti differenziati. Le aziende sanitarie di Roma, in particolare RM1, RM2 e RM6, contribuiscono in misura rilevante ai volumi, per effetto delle dimensioni della popolazione target e del numero di rispondenti. RM3, RM4 e RM5 registrano valori più ridotti, proporzionati alla popolazione assistita. Latina e Frosinone evidenziano valori in crescita, mentre Viterbo e Rieti mantengono numeri più contenuti ma con una partecipazione stabile.

Tabella 4.2 - Indicatori di volume divisi per ASL- dati 2019-2024 – Regione Lazio

Colon Retto (50-74aa)		RM1	RM2	RM 3	RM4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
Invitati	2024	182.715	224.516	90.673	59.768	88.050	108.215	52.656	25.047	90.752	90.027	1.012.419
	2023	174.352	256.774	117.504	52.763	89.815	100.803	45.316	29.838	117.543	67.753	1.052.461
	2022	178.922	228.195	98.066	60.733	91.129	95.849	75.386	27.304	90.569	97.203	1.043.356
	2021	163.474	213.118	95.617	65.967	80.873	115.201	46.931	26.965	98.947	26.441	933.534
	2020	161.126	218.610	92.980	33.928	72.709	88.996	48.308	28.251	105.744	7.708	858.360
	2019	172.088	195.284	92.345	49.233	86.887	74.557	54.507	25.358	89.769	56.451	896.479
Rispondenti	2024	34.756	47.342	26.001	20.560	18.763	27.240	17.745	6.897	26.071	23.564	248.939
	2023	30.669	41.580	26.278	20.728	13.378	16.719	15.039	6.948	19.435	13.264	204.038
	2022	22.977	27.777	17.960	14.656	15.664	21.942	14.903	5.766	12.152	21.708	175.505
	2021	36.399	33.995	19.934	18.826	12.871	22.648	14.878	7.238	25.995	10.562	203.346
	2020	19.380	31.429	16.218	6.919	12.983	19.587	9.071	5.593	26.634	2.873	150.687
	2019	43.182	52.765	24.305	12.077	20.402	27.310	14.729	8.458	25.594	14.003	242.825
Positivi al test	2024	1.635	2.654	1.283	1.001	919	1.394	888	361	1.460	1.354	12.949
	2023	1.405	1.888	1.334	1.062	638	961	811	413	1.061	823	10.396
	2022	1.171	2.232	956	990	1.169	1.476	928	392	711	1.602	11.627
	2021	1.578	2.428	906	1.272	785	1.430	852	386	1.463	639	11.739
	2020	845	1.595	750	382	751	966	419	304	1.349	183	7.544
	2019	1.982	3.240	1.462	832	1.063	1.449	888	473	1.227	776	13.392
Cancri	2024	59	69	37	19	33	23	24	9	31	49	353
	2023	32	55	29	18	31	30	12	9	27	27	270
	2022	29	46	31	24	35	42	28	8	11	58	312
	2021	31	35	24	12	27	19	18	7	3	11	187
	2020	14	31	15	5	11	19	5	6	9	5	120
	2019	57	67	37	16	48	39	26	14	24	24	352
Adenomi Avanzati	2024	309	506	220	153	116	331	232	111	451	437	2.866
	2023	278	374	243	112	87	245	191	114	316	265	2.225
	2022	228	337	194	94	159	383	231	110	140	573	2.449
	2021	272	359	177	44	132	316	230	93	73	188	1.884
	2020	112	245	141	28	43	183	74	76	145	52	1.099
	2019	322	468	218	78	164	271	254	83	204	150	2.212
Adenomi Iniziali	2024	190	380	148	177	103	202	138	47	123	252	1.760
	2023	184	246	167	206	91	192	152	49	112	165	1.564
	2022	190	230	128	181	126	284	182	38	49	355	1.763
	2021	185	194	149	174	84	173	201	40	44	143	1.387
	2020	83	156	176	29	19	93	67	22	53	35	733
	2019	267	434	283	101	144	192	158	57	77	71	1.784

3 - Indicatori organizzativi: estensione, adesione e copertura – Serie storiche

Di seguito vengono presentati gli indicatori organizzativi dello screening coloretale nella Regione Lazio, con particolare riferimento alle serie storiche del periodo 2019–2024. In particolare, vengono analizzati l'andamento dell'estensione degli inviti, dell'adesione corretta e della copertura, attraverso le tabelle e i grafici che illustrano l'evoluzione nel tempo e consentono il confronto con gli standard di riferimento.

Estensione corretta degli inviti – serie storica

L'estensione, definita come la percentuale di soggetti coinvolti rispetto alla popolazione target, corretta per gli inviti inesitati, è riportata nella Tabella 4.3, che presenta la serie storica completa dal 2014 al 2024, e nella Figura 4.1, che mostra l'andamento più recente, dal 2019 al 2024.

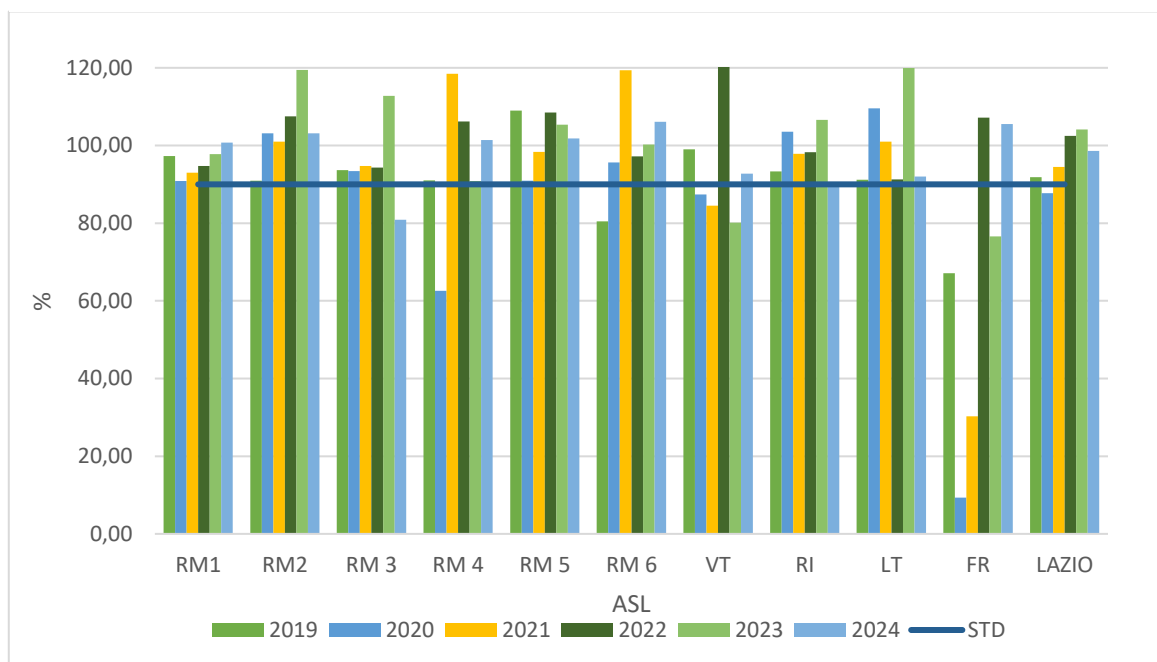
L'analisi degli ultimi cinque anni mostra valori regionali che si mantengono in maniera costante al di sopra della soglia di accettabilità del 90% prevista dagli indicatori ad eccezione del 2020, quando si è registrata una flessione legata all'impatto della pandemia da COVID-19 che ha temporaneamente condizionato l'attività dei programmi.

Pur in un quadro complessivamente positivo, alcune differenze territoriali meritano attenzione. Alcune aziende, come RM3 e RM4, hanno presentato negli anni valori più variabili, talvolta inferiori rispetto alla media regionale, riflettendo una maggiore difficoltà a garantire la continuità degli inviti. Anche Frosinone ha mostrato in più occasioni livelli inferiori alla soglia di riferimento, in particolare nel 2020 e 2021. Viceversa, realtà come RM2, RM5 e Viterbo hanno mantenuto livelli di estensione elevati e costanti, contribuendo in maniera significativa al buon risultato complessivo della Regione Lazio.

Tabella 4.3 - Estensione corretta inviti per ASL e Regione Lazio– Anni 2014-2024 – valori percentuali

	RM1	RM2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2014	104,32	83,84	14,04	13,22	16,38	44,16	82,17	0,00	56,76	0,00	46,86
2015	99,23	77,75	100,96	96,46	1,31	26,78	78,58	16,22	105,64	47,79	72,34
2016	104,24	99,31	88,90	86,76	32,75	77,41	107,90	59,79	81,43	48,70	84,26
2017	98,37	103,71	103,41	88,42	95,32	70,70	97,83	56,86	93,48	61,45	91,79
2018	91,58	99,08	99,22	107,81	96,33	96,90	89,22	70,31	97,84	54,72	92,49
2019	97,27	90,93	93,67	90,98	108,95	80,51	99,02	93,37	91,17	67,15	91,83
2020	90,87	103,12	93,40	62,59	90,91	95,64	87,42	103,57	109,56	9,36	87,72
2021	93,01	101,00	94,74	118,44	98,37	119,36	84,51	97,85	100,98	30,24	94,49
2022	94,72	107,47	94,31	106,17	108,51	97,19	134,29	98,27	91,31	107,15	102,52
2023	97,82	119,42	112,81	90,86	105,37	100,25	80,10	106,60	119,97	76,57	104,09
2024	100,76	103,10	80,88	101,38	101,79	106,10	92,78	89,39	91,99	105,51	98,64

Figura 4.1 - Estensione corretta degli inviti per ASL e Regione Lazio (anni 2019–2024), con confronto rispetto allo standard di riferimento (STD $\geq 90\%$).



Adesione corretta – serie storica

L'adesione corretta all'invito, definita come la percentuale di soggetti rispondenti al test di screening rispetto ai soggetti coinvolti (corretta per esclusi), è riportata nella Tabella 4.4, che presenta la serie storica completa dal 2014 al 2024, e nella Figura 4.2, che mostra l'andamento più recente, dal 2019 al 2024. L'analisi evidenzia come i valori regionali si mantengano stabilmente al di sotto dello standard di riferimento fissato al 45%, con differenze rilevanti tra le diverse ASL.

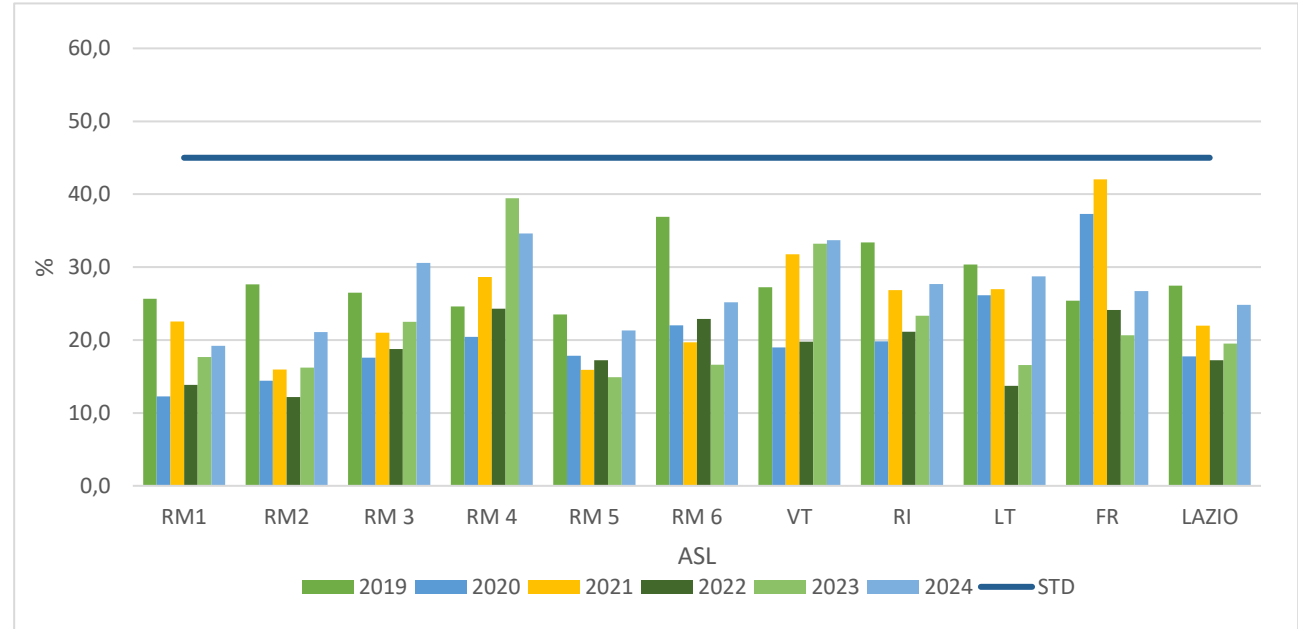
Nel 2020 si osserva un marcato calo del tasso di adesione, effetto diretto dell'impatto della pandemia da COVID-19 sulle attività di screening, con il valore complessivo regionale sceso al 17,7%. Negli anni successivi l'indicatore mostra un recupero solo parziale, con valori che nel 2024 risultano in aumento (24,8% a livello regionale) rispetto al biennio 2020–2021, ma che restano ancora lontani dagli standard di riferimento.

Dal punto di vista territoriale, RM4 raggiunge nel 2023 un valore pari al 39,4% e mantiene nel 2024 un livello relativamente elevato (34,6%), così come Viterbo, che nel 2024 si attesta al 33,7%. Al contrario, RM1, RM2 e RM5 si collocano su valori inferiori (19,2%, 21,1% e 21,3% nel 2024). RM6, Rieti e Latina mostrano andamenti discontinui (25,2 %, 27,7% e 28,7% nel 2024); Frosinone si distingue per una forte variabilità, con un picco del 42,0% a fronte di un'estensione degli inviti del 30,2% nel 2021 e una successiva riduzione al 26,7% nel 2024 ad estensione totale.

Tabella 4.4 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio – Anni 2014–2024 – valori percentuali

	RM1	RM2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2014	14,06	26,35	23,91	29,89	45,52	43,14	37,04		23,76		24,47
2015	15,31	24,82	21,91	21,99	92,60	46,17	32,53	28,99	26,10	24,63	23,35
2016	17,36	22,88	25,56	24,17	24,20	39,14	35,27	21,22	25,58	26,61	24,77
2017	17,47	24,41	29,30	24,78	27,64	43,74	38,20	27,04	31,81	30,79	27,30
2018	23,23	25,64	25,72	23,16	25,93	38,37	33,99	9,13	37,56	30,27	27,90
2019	25,66	27,64	26,48	24,58	23,49	36,90	27,24	33,37	30,35	25,40	27,46
2020	12,25	14,44	17,56	20,42	17,86	22,01	19,00	19,80	26,13	37,31	17,74
2021	22,53	15,97	21,02	28,63	15,92	19,67	31,75	26,86	26,98	42,04	21,95
2022	13,84	12,19	18,74	24,29	17,21	22,90	19,78	21,13	13,73	24,13	17,24
2023	17,69	16,22	22,49	39,44	14,91	16,59	33,20	23,35	16,56	20,64	19,50
2024	19,21	21,11	30,55	34,63	21,32	25,18	33,72	27,68	28,75	26,70	24,84

Figura 4.2 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio (standard di riferimento 45%)
Anni 2019–2024



Copertura – serie storica

La copertura, definita come la percentuale di soggetti rispondenti al test di screening rispetto alla popolazione target (corretta per esclusi prima dell'invito), rappresenta un indicatore previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Lo standard di riferimento è fissato a un valore minimo accettabile pari o superiore al 25% e a un valore desiderabile pari o superiore al 49%.

I dati sono riportati nella Tabella 4.5, che illustra la serie storica completa dal 2013 al 2024, e nella Figura 4.3, che evidenzia l'andamento più recente dal 2019 al 2024. L'analisi mostra che il valore complessivo regionale nel 2024 si attesta al 25,1%, raggiungendo lo standard minimo ma ancora distante dal valore desiderabile. L'impatto della pandemia da COVID-19 ha determinato una significativa riduzione della copertura nell'anno 2020 (con valori regionali pari al 15,6%), cui ha fatto seguito un progressivo recupero nel triennio successivo. Nel 2024 si osservano performance particolarmente elevate in alcune ASL, come RM4 (35,8%) e Viterbo (32,5%), mentre altre, come RM1 (19,8%) e RM2 (22,4%), restano al di sotto della

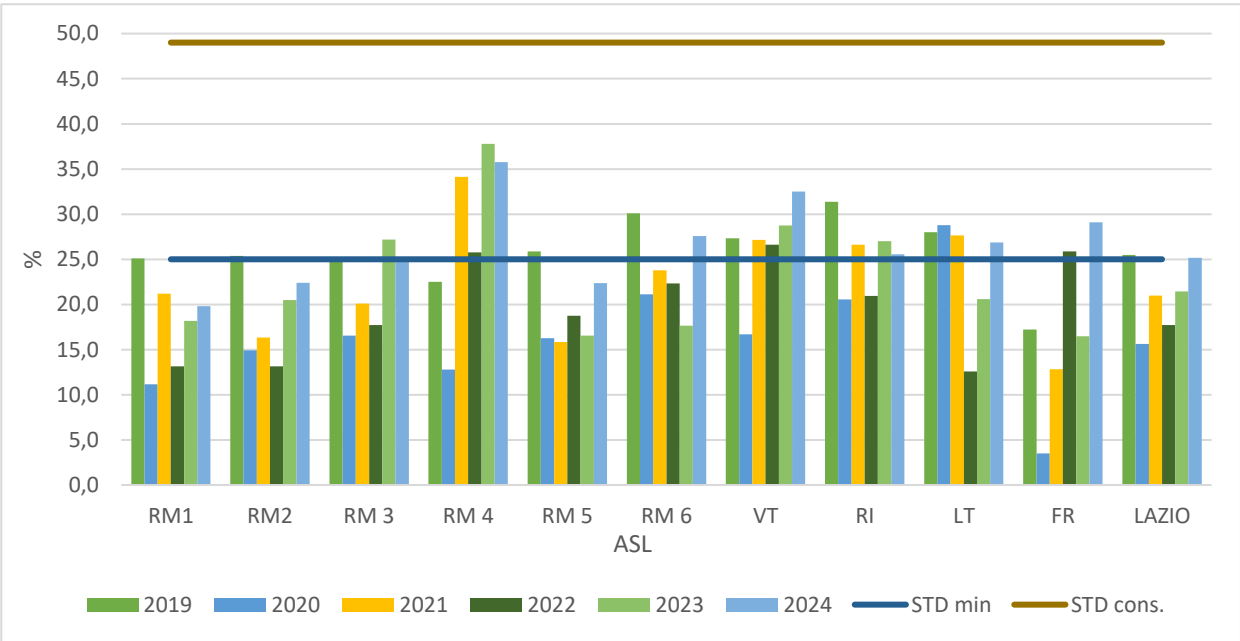
soglia dello standard minimo. Anche Frosinone mostra un miglioramento, raggiungendo il 29,1% nel 2024 dopo valori più bassi negli anni precedenti.

Figure 4.5 - Copertura per ASL e regione Lazio – Anni 2013–2024 – Valori Percentuali

	RM1	RM2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2014	13,48	13,76	3,34	3,95	7,45	19,02	30,40	-	13,48	-	11,45
2015	15,31	19,37	22,20	21,34	1,23	12,26	25,74	4,72	27,90	11,79	16,98
2016	18,17	22,77	22,65	20,99	7,92	30,47	38,63	12,68	20,96	12,90	20,93
2017	17,30	25,50	30,55	22,10	26,35	31,08	37,90	15,37	30,14	18,97	25,23
2018	19,93	25,44	25,73	25,06	25,04	37,62	30,76	6,34	37,01	16,75	25,70
2019	25,10	25,37	25,20	22,49	25,88	30,09	27,34	31,38	27,99	17,22	25,47
2020	11,16	14,92	16,54	12,80	16,26	21,13	16,70	20,55	28,79	3,50	15,61
2021	21,21	16,32	20,10	34,15	15,83	23,78	27,16	26,63	27,65	12,82	20,98
2022	13,13	13,14	17,71	25,77	18,73	22,32	26,60	20,94	12,59	25,87	17,72
2023	18,19	20,47	27,17	37,78	16,56	17,64	28,75	26,99	20,58	16,47	21,44
2024	19,81	22,38	25,21	35,76	22,36	27,58	32,50	25,54	26,87	29,11	25,15

LEA: livelli essenziali di assistenza.

Figure 4.3 - Copertura per ASL e regione Lazio (standard accettabile $\geq 25\%$ e desiderabile $\geq 49\%$)
Anni 2019–2024



STD min: standard minimo; STD cons: standard consigliabile

Confronto con i dati nazionali – anno 2024

Relativamente alla fascia di età 50-69 anni, nel 2024 il dato regionale dell'estensione (100%) è in linea con il dato nazionale (94%) e con l'Italia centrale (99,4%). In merito all'adesione il dato regionale del 24,8% si pone al disotto del dato nazionale (35,8%) e dell'Italia centrale (32,7%); infine il dato della copertura regionale (25,1%) è inferiore al dato nazionale (33,3%) e dell'Italia centrale (32,1%).

Nella classe di età 70-74 anni la regione Lazio raggiunge l'estensione del 95% contro il dato nazionale del 34,9% e dell'aggregazione territoriale Italia centro del 55,1%; anche in questa fascia l'adesione regionale (27,0%) risulta essere più bassa rispetto al dato nazionale (45,4%) e dell'Italia centrale (31,3%).

4 - Indicatori organizzativi: Tempi di attesa – Serie storiche

La valutazione dei tempi di attesa costituisce un elemento importante per monitorare non solo l'efficienza organizzativa, ma anche la capacità del programma di screening di garantire la presa in carico dell'utente. Inoltre, la rapidità nella comunicazione degli esiti incide anche sulla qualità percepita del servizio da parte dei cittadini.

Tempo invio esito negativo entro 15 giorni - serie storica

La Tabella 4.6 mostra la serie storica della percentuale dei referti negativi inviati entro 15 giorni dall'esecuzione del FIT. Nel 2024 il valore regionale si attesta al 79,7%, in diminuzione rispetto agli anni precedenti (85,9% nel 2023) e al di sotto dello standard di riferimento ($\geq 90\%$). Alcune aziende mantengono valori prossimi alla totalità, come Roma 2 (99,7%) e Frosinone (99,9%), mentre si osservano criticità persistenti in RM6 (15,0%) e Latina (46,0%).

Tabella 4.6 - Percentuale di referti negativi inviati entro 15 giorni – Serie storica 2019–2024

Tempo invio esito negativo entro 15 gg (data Indice: data stampa)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	76,88	76,40	92,31	93,92	85,69	99,10
RM 2	99,72	99,39	98,19	80,92	78,07	99,68
RM 3	95,59	99,77	96,43	96,06	90,92	93,48
RM 4	94,01	97,90	96,99	65,02	89,83	85,50
RM 5	89,45	99,16	83,84	61,24	84,42	92,93
RM 6	14,96	32,82	3,87	10,27	0,05	87,65
VT	85,70	94,90	86,79	69,82	99,91	99,98
RI	96,85	86,35	89,50	60,36	92,44	99,70
LT	46,04	56,91	65,31	64,83	56,09	94,11
FR	99,97	95,06	94,43	98,21	83,01	93,62
LAZIO	79,71	85,89	80,75	72,94	72,83	95,27

Tempo di attesa tra referto positivo al I livello e colonscopia di approfondimento entro 30 gg - serie storica

La Tabella 4.7 riporta la serie storica della percentuale delle colonscopie di approfondimento dopo FIT positivo eseguite entro 30 giorni. Nel 2024 il valore regionale è pari al 66,9%, in miglioramento rispetto agli anni precedenti e indicativo di uno sforzo organizzativo crescente volto a rendere più tempestivo l'accesso agli approfondimenti diagnostici, seppur ancora al di sotto dello standard di riferimento ($\geq 90\%$). Si

segnalano performance elevate in RM3 (91,7%), RM6 (84,4%) e Viterbo (93,6%), che evidenziano la capacità di garantire un percorso rapido e coerente con gli standard di riferimento. Permangono tuttavia criticità in alcune realtà, in particolare in RM4 (5,6%), dove la quota di colonscopie effettuate entro i 30 giorni rimane inferiore.

Risulta fondamentale, per il raggiungimento degli standard, disporre di personale dedicato in misura sufficiente e di un'adeguata disponibilità di sedute endoscopiche riservate, al fine di assicurare una gestione regolare ed efficiente dei flussi.

Tabella 4.7 - Percentuale di colonscopie di approfondimento eseguite entro 30 giorni dal FIT positivo
Serie storica 2019–2024

Tempo di attesa tra la lettura del FIT (positivo) e l'erogazione della colonscopia di approfondimento entro 30gg (data indice: data colon)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	40,38	72,38	42,94	28,28	52,49	50,00
RM 2	66,54	74,76	74,14	64,17	50,50	29,40
RM 3	91,65	46,00	17,34	78,00	45,20	53,31
RM 4	5,62	3,50	2,45	4,71	15,76	1,79
RM 5	55,56	74,19	39,83	47,67	23,26	34,47
RM 6	84,42	78,55	68,62	11,70	6,87	46,79
VT	93,60	82,29	24,47	16,43	16,32	6,93
RI	78,83	64,69	75,48	54,57	43,03	41,08
LT	72,20	59,04	0,18	0,56	2,12	8,51
FR	81,61	74,38	37,01	37,47	20,53	47,17
LAZIO	66,87	64,23	39,41	36,99	31,60	33,13

Distribuzione dei tempi di attesa per colonscopia dopo FIT positivo – Focus sul 2024

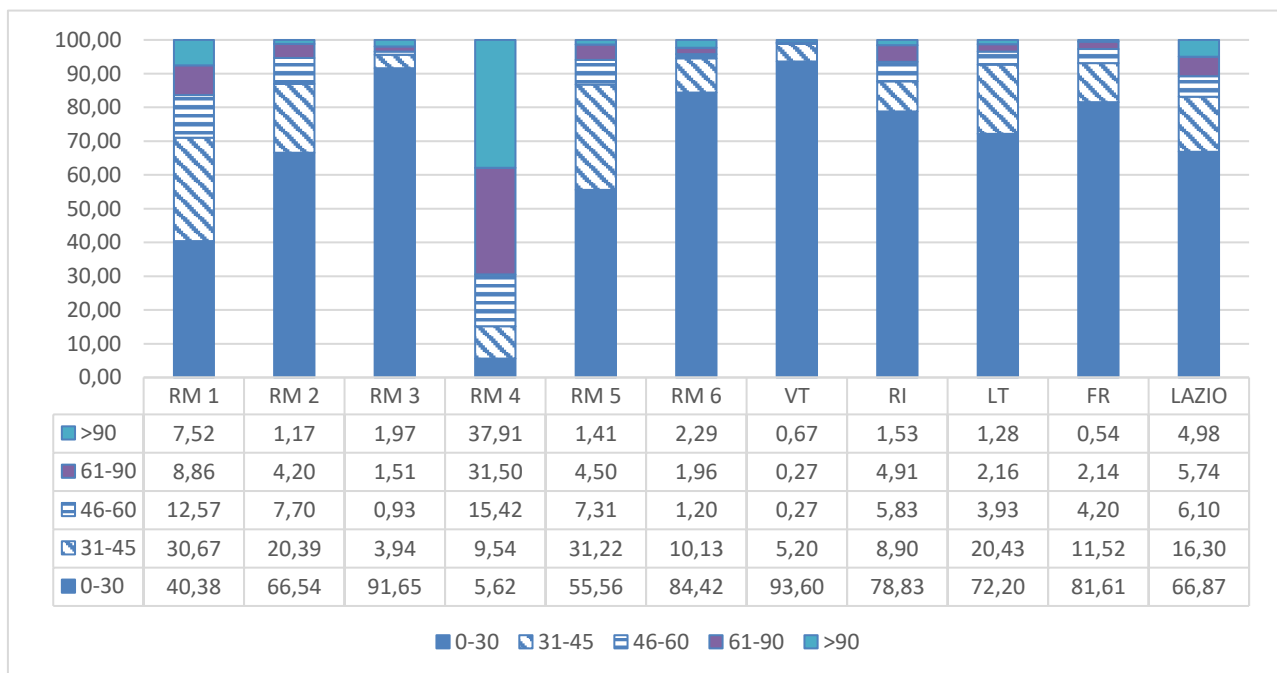
Facendo un focus sui tempi di attesa nel 2024, emerge che la maggior parte delle colonscopie di approfondimento dopo FIT positivo viene eseguita entro i 60 giorni, mentre solo una quota più limitata si colloca oltre questa soglia. La tabella 4.8 evidenzia come, a livello regionale, l'89,3% delle procedure si concluda entro i due mesi, contro il 10,7% oltre i 60 giorni. In questo quadro, Viterbo e RM3 raggiungono valori superiori al 95% entro i 60 giorni, mentre RM4 rappresenta l'eccezione, con circa il 70% degli esami oltre tale soglia.

Tabella 4.8 - Distribuzione percentuale dei tempi di attesa tra la lettura del FIT positivo e l'esecuzione della colonscopia di approfondimento, suddivisi per due classi temporali (0–60, oltre 60 giorni), distinti per ASL – Anno

Tempo di attesa tra il FIT (positivo) e la colonscopia di approfondimento			
ASL	0-60gg	>60gg	N
RM 1	83,62	16,38	1.050
RM 2	94,64	5,36	1.883
RM 3	96,52	3,48	862
RM 4	30,59	69,41	765
RM 5	94,09	5,91	711
RM 6	95,75	4,25	918
VT	99,07	0,93	750
RI	93,56	6,44	326
LT	96,56	3,44	1.018
FR	97,32	2,68	1.120
LAZIO	89,28	10,72	9.403

Il grafico (figura 4.4) consente un'analisi più dettagliata, mostrando che la quota prevalente di procedure si concentra entro i 30 giorni, cui si aggiunge una percentuale significativa nella classe 31–45 giorni. Le attese oltre i 60 giorni rimangono minoritarie nella maggior parte delle ASL, con valori residuali oltre i 90 giorni (5,0% a livello regionale). Fa eccezione RM4, dove si osserva un accumulo di casi sia tra i 61 e i 90 giorni sia oltre i 90, a indicare un ritardo strutturale che differenzia questa realtà dal resto della regione.

Figura 4.4 - Distribuzione percentuale dei tempi di attesa tra la lettura del FIT positivo e l'esecuzione della colonscopia di approfondimento, suddivisi per classi temporali (0–30, 31–45, 46–60, 61–90 e oltre 90 giorni), distinti per ASL – Anno



In considerazione del prossimo adeguamento dello standard di riferimento per la tempestività dell'approfondimento in colonscopia a 60 giorni, i dati del 2024 evidenziano un quadro regionale nel complesso in linea con il nuovo parametro, con la maggior parte delle procedure concluse entro tale intervallo (89,3%), pur mostrando margini di miglioramento a livello delle singole ASL.

Tempo di attesa per chiusura del percorso diagnostico-terapeutico -serie storica

La Tabella 4.9 evidenzia i tempi di chiusura del percorso diagnostico-terapeutico, con le percentuali degli interventi eseguiti entro 30 giorni dalla chiusura dell'approfondimento. Nel 2024 il Lazio si attesta al 51,1%, stabile rispetto al 2023 (50,8%). Alcune realtà raggiungono valori più elevati, come RM3 (85,7%), Rieti (71,4%) e Frosinone (73,7%), mentre permangono difficoltà significative in RM2 (16,2%) e RM4 (14,3%).

Tabella 4.9 - Percentuale di chiusure del percorso diagnostico-terapeutico con intervento entro 30 giorni dalla colonscopia di approfondimento, per ASL e complessivo regionale – Serie storica 2019–2024.

Tempo di attesa chiusura approfondimento ed intervento entro 30gg (data indice: data intervento)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	63,33	41,67	50,00	0,00	33,33	52,38
RM 2	16,22	43,10	32,26	55,56	56,25	57,32
RM 3	85,71	N.D.	N.D.	76,47	57,14	71,43
RM 4	14,29	25,00	54,55	80,00	76,47	47,06
RM 5	53,13	56,52	60,00	63,16	46,67	35,90
RM 6	N.D.	N.D.	37,50	76,92	100,00	0,00
VT	45,45	38,46	50,00	18,18	91,67	61,54
RI	71,43	85,71	85,71	66,67	55,56	25,00
LT	57,14	69,23	50,00	66,67	73,08	64,52
FR	73,68	52,50	27,27	62,50	33,33	53,57
LAZIO	51,12	50,77	43,04	60,00	57,84	53,85

5 - Indicatori clinici 2024: tasso di positività, adesione al II livello, VPP, DR e follow-up post-polipectomia.

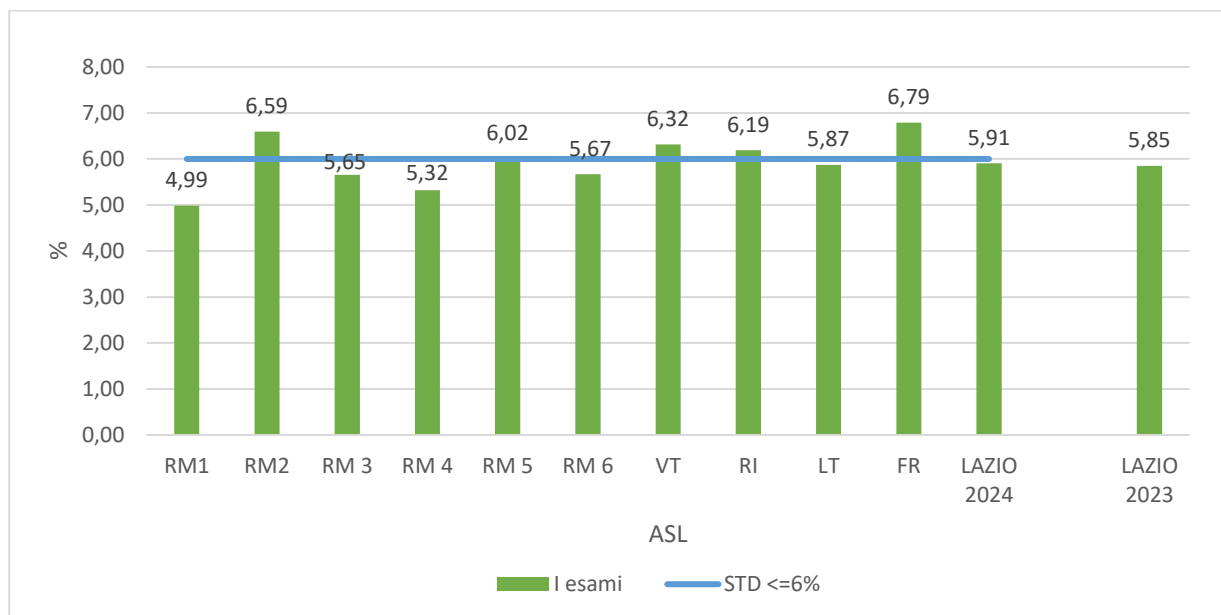
Positività al test di primo livello

Il tasso di positività al test di primo livello (FIT) rappresenta la percentuale di soggetti risultati positivi sul totale dei soggetti screenati. Secondo gli standard, i valori desiderabili sono $\leq 5\%$ nei primi esami e $\leq 3,5\%$ negli esami successivi, mentre i valori accettabili sono fissati a $\leq 6\%$ nei primi esami e $\leq 4,5\%$ nei successivi.

Per una lettura più accurata, il dato viene presentato separatamente nei primi esami e negli esami successivi, poiché nei primi si osserva fisiologicamente una quota più elevata di positivi, legata all'intercettazione delle lesioni prevalenti nella popolazione non ancora sottoposta a screening.

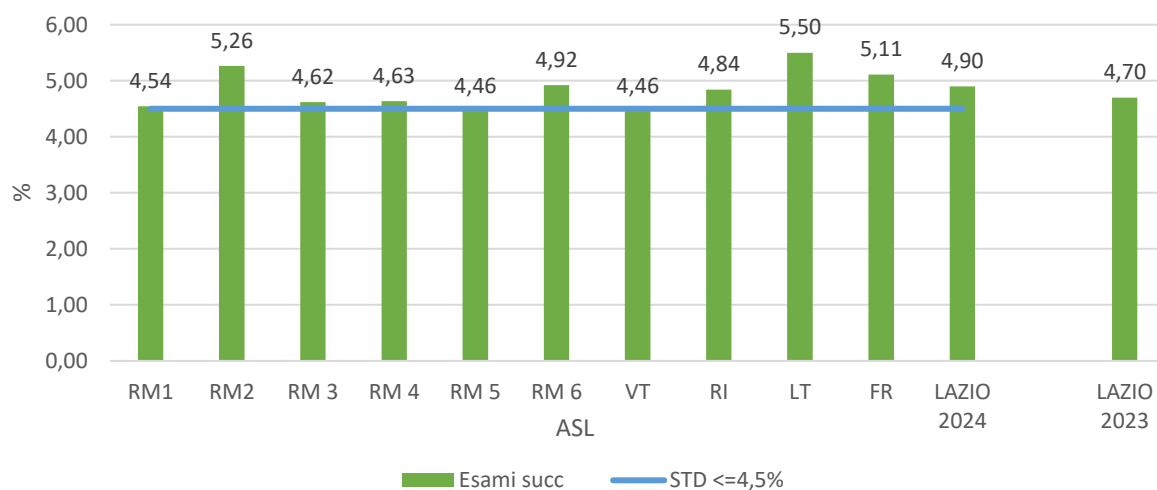
La Figura 4.5 illustra il tasso di positività ai primi esami nel 2024: il valore regionale si attesta al 5,9%, in linea con lo standard accettabile ($\leq 6\%$). Le differenze tra le ASL risultano minime, con valori che si distribuiscono in un intervallo ristretto intorno al valore regionale. La maggior parte delle aziende si mantiene entro lo standard di riferimento, mentre solo alcune, come RM2 (6,6%) e Frosinone (6,8%), presentano valori lievemente superiori, delineando tuttavia un quadro complessivamente uniforme a livello regionale.

Figura 4.5 - Tasso di positività al FIT nei primi esami per ASL – Regione Lazio, anno 2024



La Figura 4.6 mostra i risultati relativi agli esami successivi, con un tasso di positività regionale pari al 4,9%, valore sostanzialmente in linea con lo standard accettabile ($\leq 4,5\%$). Anche in questo caso le differenze tra le ASL risultano minime: la quasi totalità delle ASL, come Latina (5,5%) e RM2 (5,2%) registrano valori leggermente più superiori allo standard, mentre RM5 (4,5%) e Viterbo (4,5%) si mantengono entro il livello di riferimento. Nel complesso, il quadro regionale risulta coerente, senza scostamenti significativi tra i diversi territori.

Figura 4.6 - Tasso di positività al FIT negli esami successivi – Regione Lazio, anno 2024



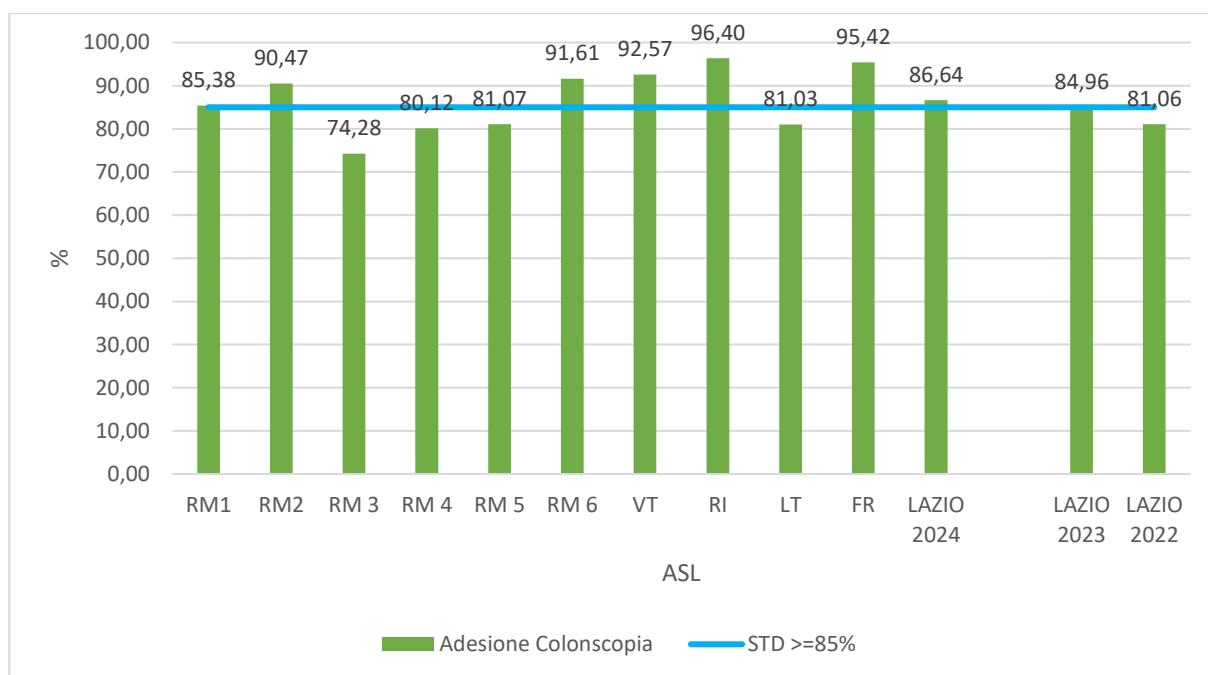
Adesione alla colonscopia

L'adesione alla colonscopia di approfondimento valuta la percentuale di soggetti che, dopo un test di I livello positivo, si sottopongono all'approfondimento endoscopico. Si tratta di un indicatore che consente di misurare la capacità organizzativa del programma di screening nel garantire il completamento del percorso diagnostico, ma anche la sua attrattività nei confronti della popolazione invitata. Considerata l'elevata specificità e la buona accuratezza del test FIT, si tratta di un indicatore da monitorare con attenzione per assicurare l'efficacia complessiva del programma e prevenire il rischio che lesioni clinicamente significative non vengano diagnosticate.

Nella Regione Lazio, nel 2024, il tasso di adesione alla colonscopia di approfondimento dopo un FIT positivo è pari all'86,6%, un valore che si colloca al di sopra del standard di riferimento ($\geq 85\%$). Il confronto con gli anni precedenti conferma una sostanziale stabilità: l'adesione regionale era pari all'84,9% nel 2023 e all'81,1% nel 2022.

L'indicatore per l'anno 2024, valutato a livello aziendale, evidenzia alcune differenze territoriali: diverse ASL presentano valori superiori alla soglia di riferimento, come Rieti (96,4%), Frosinone (95,4%) e Viterbo (92,6%). Anche RM2 e RM6 registrano adesioni superiori al 90% (Figura 4.7). In altri contesti, come RM3 (74,3%) e in alcune aziende quali RM4, Latina e RM5, i valori risultano inferiori allo standard.

Figura 4.7 - Adesione alla colonscopia di approfondimento dopo esame di I livello positivo per ASL e regione Lazio - Anno 2024



Tassi di identificazione delle lesioni (Detection Rate, DR)

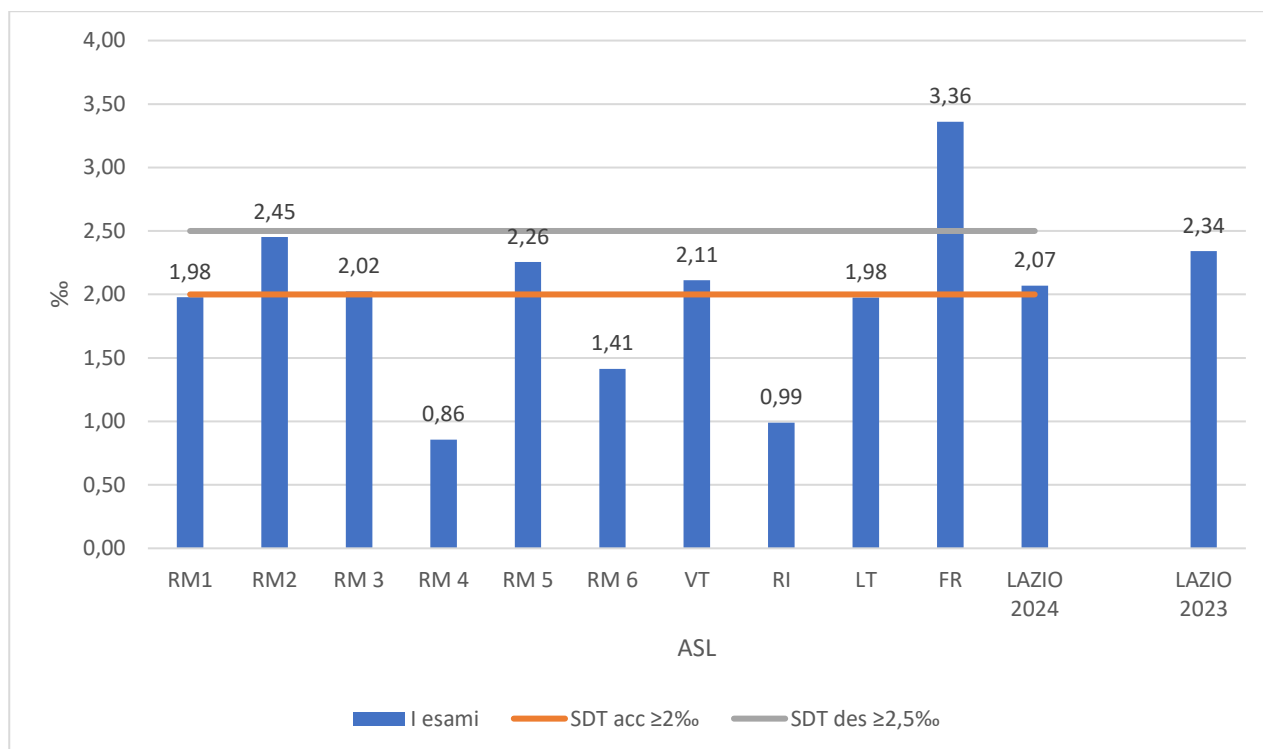
Il Detection Rate (DR), tasso di identificazione, rappresenta il numero di lesioni individuate ogni 1.000 soggetti screenati ed è un indicatore di impatto che misura la capacità diagnostica del programma di screening. Ai fini del monitoraggio dei programmi di screening coloretale, le lesioni di interesse comprendono i carcinomi e gli adenomi avanzati, definiti come formazioni con diametro massimo ≥ 1 cm, o con istologia villosa o tubulo-villosa, oppure presenza di displasia di alto grado.

Tassi di identificazione (DR) per carcinomi

Per il Detection Rate (DR) dei carcinomi, lo standard di riferimento prevede, per i primi esami, un valore accettabile $\geq 2\%$ e desiderabile $\geq 2,5\%$, mentre per gli esami successivi i valori di riferimento sono $\geq 1\%$ (accettabile) e $\geq 1,5\%$ (desiderabile).

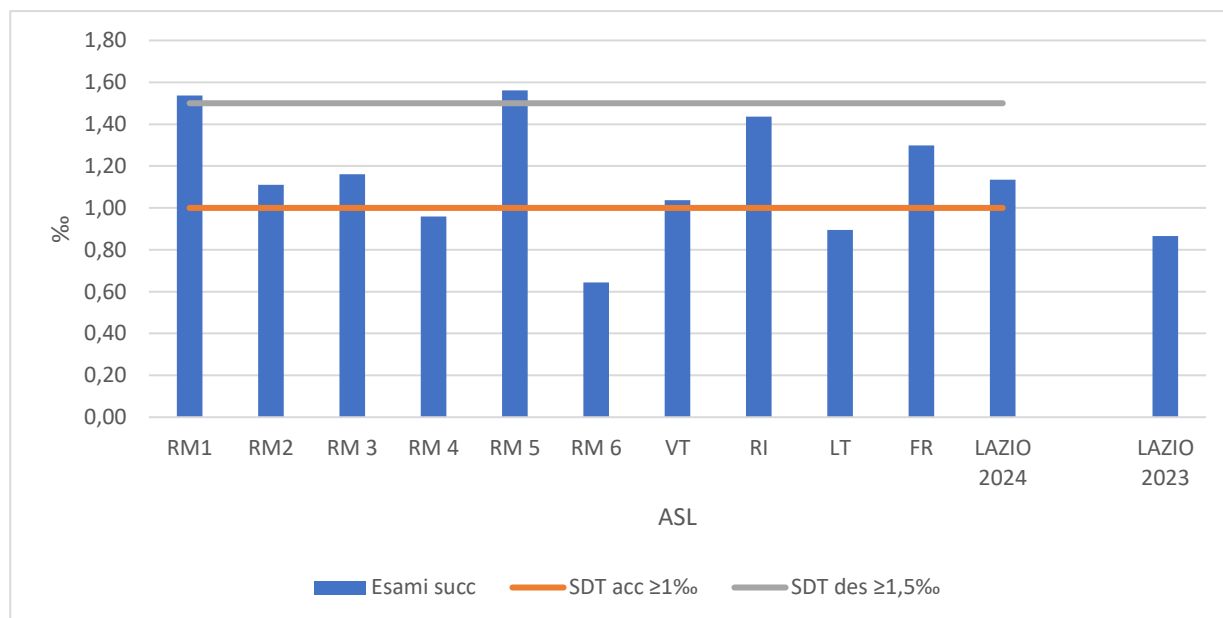
La Figura 4.8 mostra i tassi di identificazione ai primi esami nel 2024: il valore regionale si attesta al 2,07‰, conforme al valore accettabile e sostanzialmente stabile rispetto al 2023 (2,34‰). La maggior parte delle ASL presenta valori compresi negli standard di riferimento, con Frosinone che raggiunge il livello desiderabile, mentre RM4 (0,86‰) e Rieti (0,99‰) si collocano al di sotto della soglia accettabile.

Figura 4.8 - Tasso di identificazione (Detection Rate, DR) dei canceri nei primi esami per ASL e regione Lazio - Anno 2024



La Figura 4.9 riporta i risultati relativi agli esami successivi, con un valore regionale pari a 1,14%, conforme al valore di riferimento accettabile e in leggero aumento rispetto al 2023 (0,87%). Come atteso, si osservano tassi inferiori rispetto ai primi esami, in quanto nei soggetti già screenati le lesioni clinicamente rilevanti risultano meno frequenti. La maggior parte delle ASL presenta valori compresi negli standard, con RM1 e RM5 che raggiungono il livello desiderabile, mentre RM6 (0,64%) e Latina (0,90%) mostrano valori inferiori ai valori di riferimento.

Figura 4.9 - Tasso di identificazione (Detection Rate, DR) dei carcinomi negli esami successivi – Anno 2024

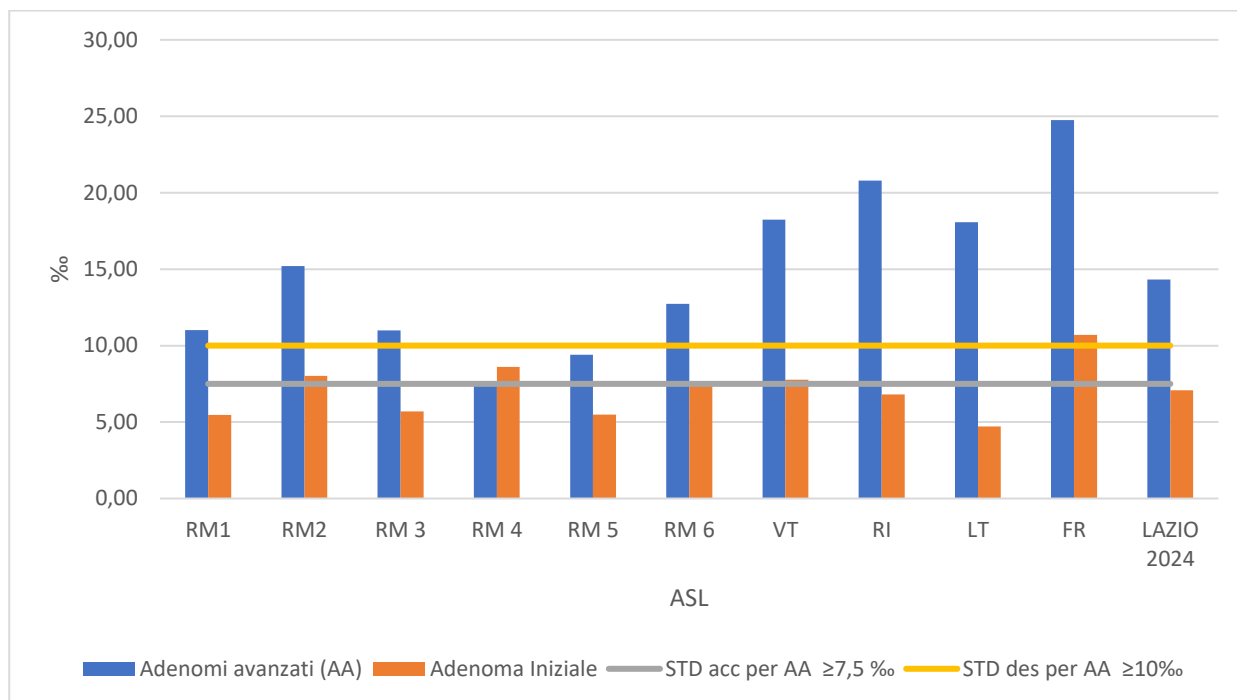


Tassi di identificazione (DR) per adenomi

Per il Detection Rate (DR) degli adenomi avanzati, lo standard di riferimento prevede, per i primi esami, un valore accettabile $\geq 7,5\%$ e desiderabile $\geq 10,0\%$, mentre per gli esami successivi i valori di riferimento sono $\geq 5,0\%$ (accettabile) e $\geq 7,5\%$ (desiderabile).

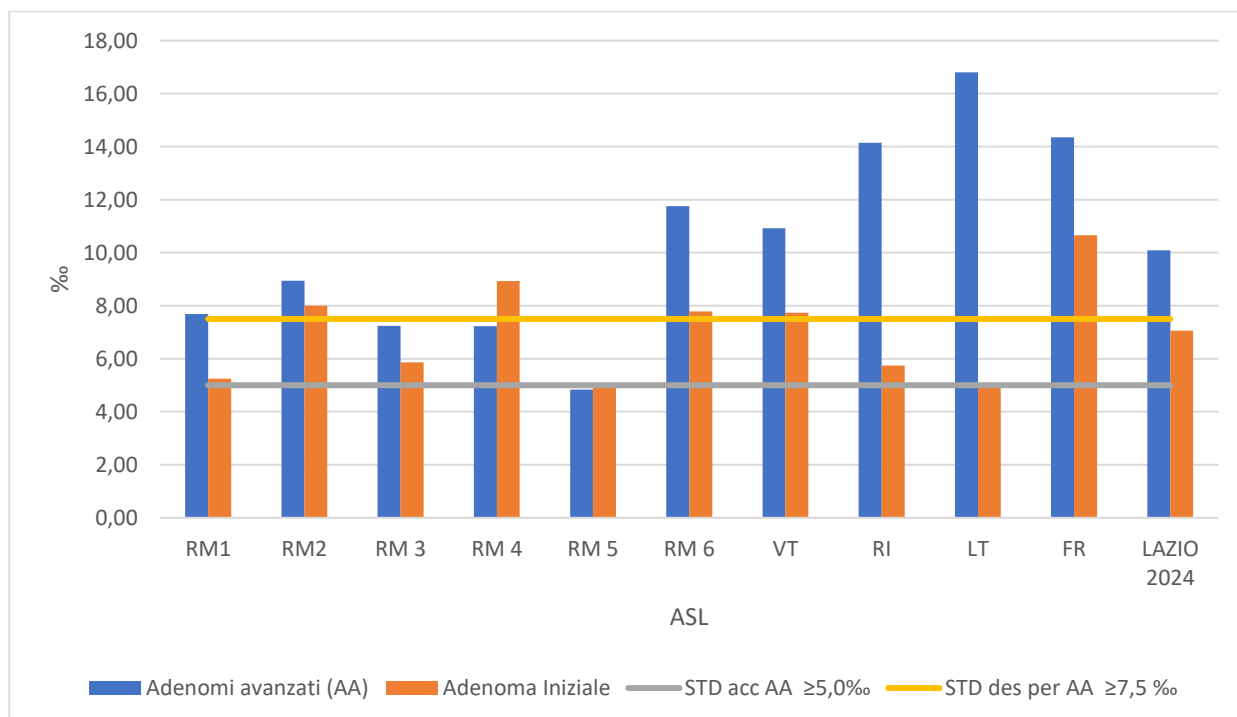
Nei primi esami (Figura 4.10), il DR regionale per adenomi avanzati si attesta al 14,5%, superiore al valore desiderabile ($\geq 10\%$). A livello locale, tutte le ASL riportano valori superiori allo standard accettabile e la maggior parte si colloca anche oltre la soglia desiderabile. Si osservano valori particolarmente elevati a Frosinone (24,8%) e Rieti (20,8%), mentre RM4 (7,5%) e RM5 (9,4%) presentano livelli conformi allo standard accettabile.

Figura 4.10 - Tasso di identificazione (Detection Rate, DR) degli adenomi nei primi esami – anno 2024



Negli esami successivi (Figura 4.11), il DR regionale per adenomi avanzati risulta pari al 10,0%, al di sopra dello standard desiderabile ($\geq 7,5\%$). A livello territoriale, la maggior parte delle ASL si collocano sopra lo standard desiderabile; RM3 e RM4 presentano un valore lievemente inferiore a tale soglia, mentre RM5 (4,9%) è prossima al valore accettabile.

Figura 4.11 - Tasso di identificazione (Detection Rate, DR) degli adenomi agli esami successivi per ASL regione Lazio – anno 2024



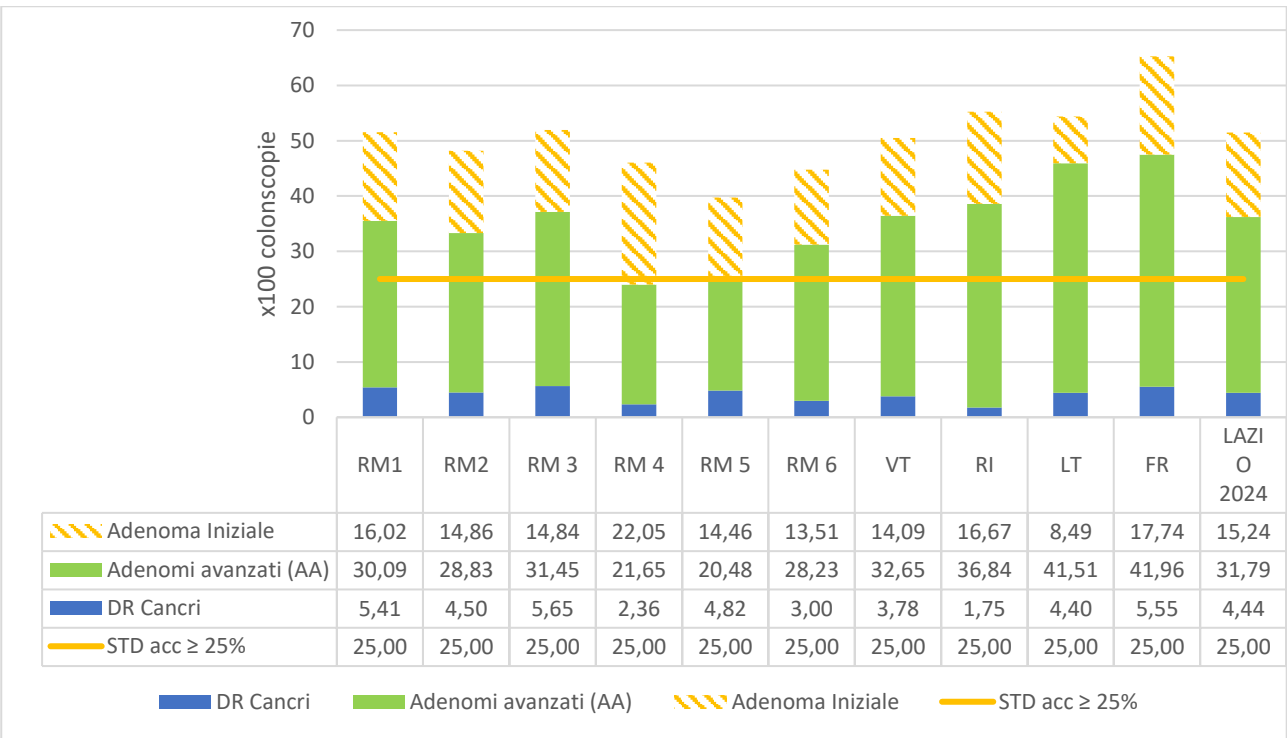
Valore Predittivo Positivo (VPP)

Il Valore Predittivo Positivo (VPP) misura la proporzione di colonscopie positive sul totale delle colonscopie eseguite a seguito di un test FIT positivo. Si tratta di un indicatore di accuratezza e qualità del percorso di screening, poiché riflette la capacità del test di primo livello di selezionare correttamente i soggetti portatori di lesioni. Per quanto riguarda il valore predittivo positivo (VPP) complessivo per carcinoma e adenomi avanzati, i valori di riferimento prevedono, per i primi esami, un valore accettabile $\geq 25\%$ e desiderabile $\geq 30\%$, mentre per gli esami successivi i valori di riferimento sono $\geq 15\%$ (accettabile) e $\geq 20\%$ (desiderabile).

Nel 2024, ai primi esami, il Lazio mostra una buona performance complessiva, con un VPP regionale pari al 36,2%. In particolare, ogni 100 colonscopie sono stati diagnosticati 4,4 carcinomi e 31,8 adenomi avanzati, confermando il ruolo centrale di questi ultimi come quota prevalente delle lesioni significative riscontrate.

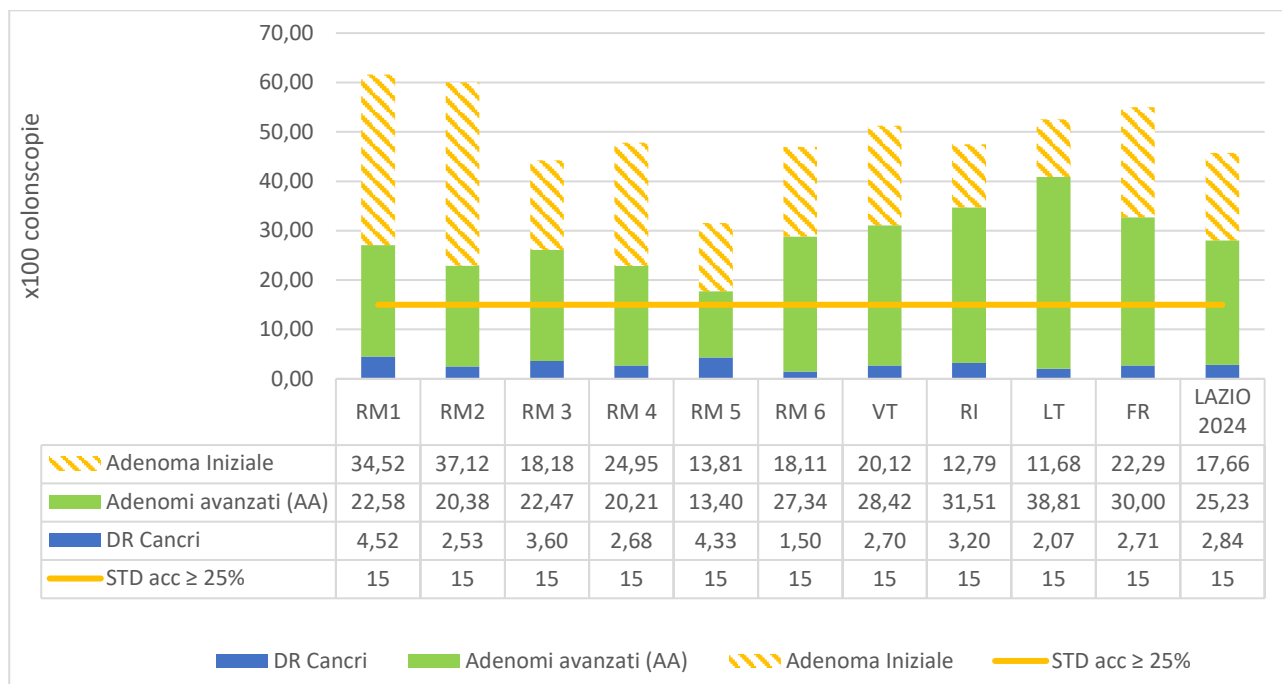
La distribuzione del VPP complessivo (carcinomi + adenomi avanzati) varia tra le ASL: la quasi totalità rientra nello standard accettabile, con Latina e Frosinone che presentano i valori più elevati per una maggiore quota di adenomi avanzati, mentre RM4 presenta un valore prossimo a quello accettabile (figura 4.11).

Figura 4.11 - Valore Predittivo Positivo (VPP) di carcinomi, adenomi avanzati e adenomi iniziali ai primi esami per ASL e regione Lazio – anno 2024



Agli esami successivi, il VPP regionale per carcinoma e adenoma avanzato si attesta al 28,1%, quindi più basso rispetto ai primi esami, come atteso, poiché molte delle lesioni clinicamente rilevanti vengono già identificate nei round precedenti. In particolare, ogni 100 colonscopie eseguite sono stati diagnosticati 2,8 carcinomi e 25,3 adenomi avanzati, confermando ancora una volta il ruolo centrale di questi ultimi nella maggior parte delle diagnosi. A livello territoriale, tutte le ASL rientrano nei valori accettabili (Figura 4.12).

Figura 4.12 - Valore Predittivo Positivo (VPP) di carcinomi, adenomi avanzati e adenomi iniziali agli esami successivi per ASL e regione Lazio– Regione Lazio, anno 2024



Follow-up post polipectomia.

A seguito dell'istituzione del *Gruppo di Lavoro per la Revisione delle Linee Guida organizzative per lo screening del colon retto nella Regione Lazio* (Determinazione n. G02609 del 27/02/2023), sono state recepite le nuove linee guida ESGE, con l'obiettivo di migliorare il carico di lavoro sui follow-up endoscopici e di ottimizzare l'appropriatezza del percorso di sorveglianza post-polipectomia.

La figura 4.13 illustra la distribuzione dei percorsi di follow-up o trattamento in base all'esito istologico ed alla relativa attribuzione del rischio.

Tra i soggetti con esito negativo, la maggior parte (61,6%) è stata indirizzata al ritorno a screening con FIT di controllo a 5 anni, il 29,1% a una colonscopia di sorveglianza a 5 anni e una quota minore (7,7%) a una colonscopia a 3 anni. Sebbene la maggior parte dei soggetti con esito negativo sia stata indirizzata al FIT a 5 anni, è necessario incrementare ulteriormente tale quota in questo gruppo in linea con le linee guida.

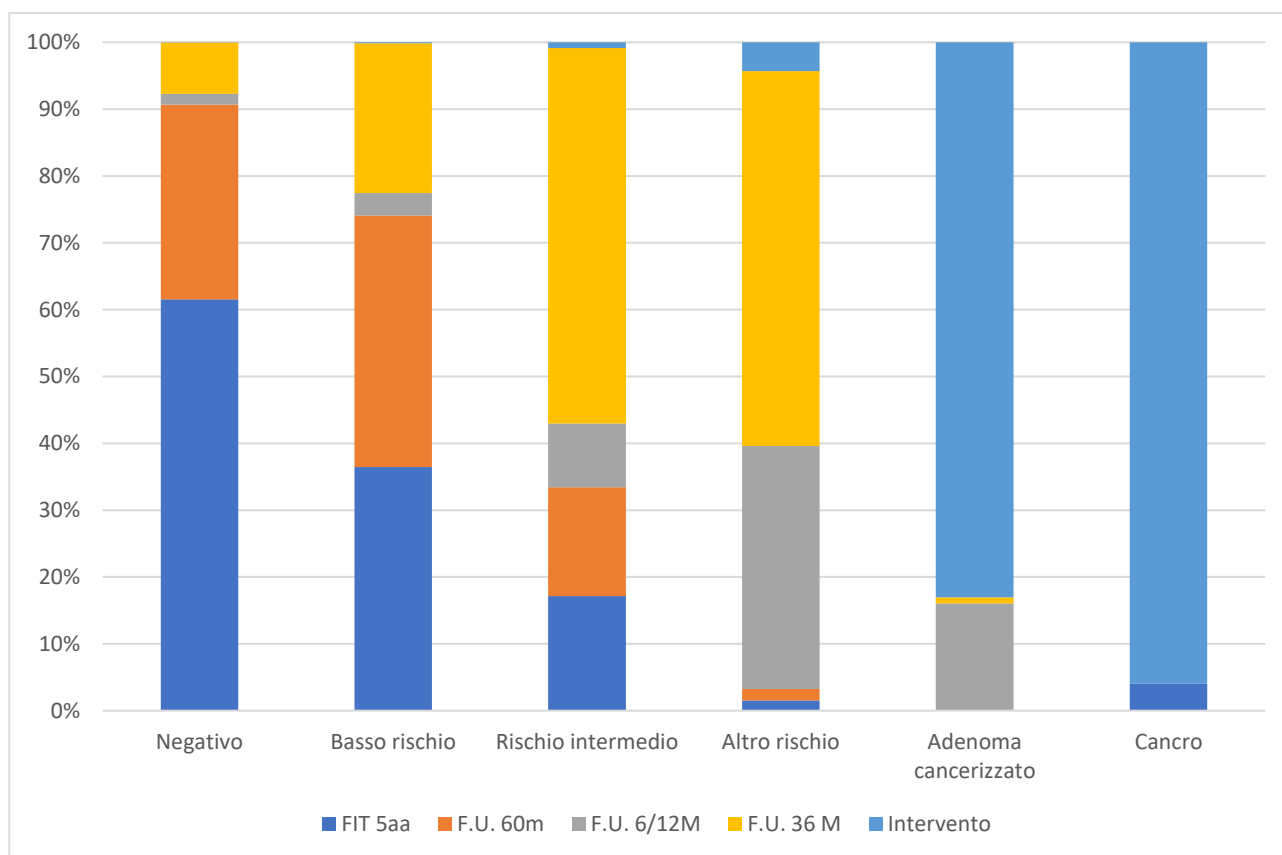
Nei soggetti a basso rischio, i richiami si distribuiscono principalmente tra colonscopia a 5 anni (37,6%) e ritorno a FIT a 5 anni (36,5%), mentre circa un quinto (22,4%) è stato indirizzato a colonscopia di controllo a 3 anni. Una quota residuale (3,4%) ha avuto indicazione a colonscopia anticipata entro 6/12 mesi, e solo casi isolati a intervento. Con l'applicazione delle nuove linee guida, la quota di controlli endoscopici a 36 mesi dovrà progressivamente ridursi, in favore di un allineamento ai tempi di sorveglianza raccomandati.

Per i soggetti a rischio intermedio, oltre la metà (56,2%) è stata programmata per colonscopia di sorveglianza a 3 anni, il 17,2% per ritorno al FIT a 5 anni, mentre una quota minore ha ricevuto indicazione a colonscopia a 5 anni (16,3%) o a colonscopia a 6/12 mesi (9,5%). Occorrerà rivalutare l'analisi nel 2025, alla luce delle nuove linee guida che introducono un'indicazione di sorveglianza dicotomica (adenomi che non necessitano di sorveglianza / adenomi che necessitano di sorveglianza).

Tra le categorie a rischio più elevato, prevalgono i richiami mediante colonscopia a 3 anni (56,1%) e a 6 mesi/1 anno (36,4%), mentre una piccola parte (4,3%) è stata indirizzata a intervento. Si osservano i primi effetti dell'applicazione delle linee guida introdotte nel 2023, con una rilevante quota di soggetti indirizzati al controllo a 3 anni.

Come atteso, la quasi totalità dei soggetti con diagnosi di adenoma cancerizzato o carcinoma è stata avviata a trattamento, rispettivamente nell'83,1% e 96,0% dei casi.

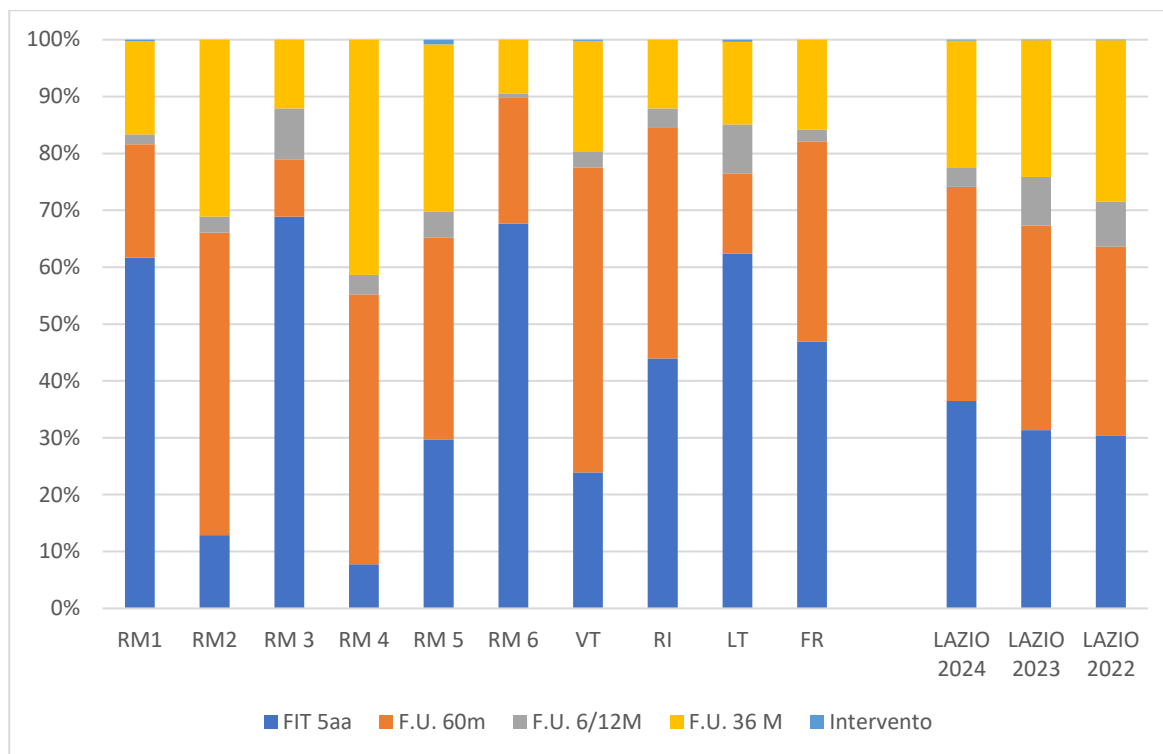
Figura 4.13 - Distribuzione dei percorsi di follow-up o trattamento post polipectomia per esito istologico a livello regionale- anno 2024)



La Figura 4.14 mostra la distribuzione dei percorsi di follow-up per il basso rischio nel 2024, evidenziando un'eterogeneità tra le diverse ASL, sia nella quota di soggetti indirizzati al FIT a 5 anni sia nella frequenza delle colonscopie di sorveglianza.

Nel 2024, a livello regionale, rispetto ai due anni precedenti, si osserva una riduzione dei follow-up a 3 anni, indicativa di una maggiore appropriatezza nella gestione dei percorsi di sorveglianza, in linea con le nuove linee guida. Permane tuttavia una criticità nella prevalenza delle indicazioni alla colonscopia a 5 anni rispetto al rientro nello screening con FIT a pari intervallo.

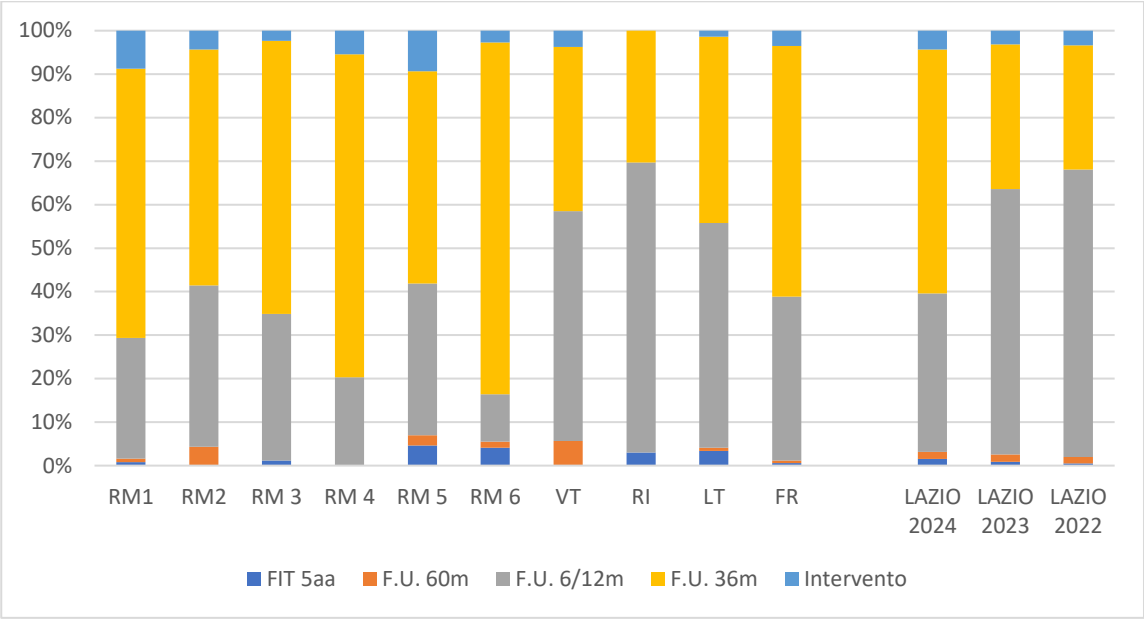
Figura 4.14 - Distribuzione dei percorsi di follow-up/trattamento per i soggetti a basso rischio per ASL e confronto regionale (2022–2024)



La Figura 4.15 illustra la distribuzione dei percorsi di follow-up o trattamento per l'alto rischio, evidenziando anche in questo caso eterogeneità tra le diverse ASL nei dati del 2024. Nel complesso, prevalgono i richiami con colonscopia a 3 anni, in linea con le indicazioni di sorveglianza per questa categoria.

A livello regionale nel 2024, rispetto agli anni precedenti, si osserva una riduzione della quota di controlli endoscopici anticipati a 6–12 mesi, a favore di una maggiore standardizzazione dei richiami a 3 anni, segnale di un progressivo allineamento delle pratiche di follow-up ai protocolli. Nel corso del 2025 sarà necessario verificare il consolidamento di tale trend migliorativo, con un'ulteriore riduzione dei follow-up a 6–12 mesi.

Figura 4.15 - Distribuzione dei percorsi di follow-up/trattamento per i soggetti ad alto rischio per ASL e confronto regionale (2022–2024)



5. PROGRAMMA DI SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

A. Cenni sul tumore della cervice uterina

A livello globale, il tumore della cervice uterina rappresenta una delle principali neoplasie femminili, posizionandosi al 4° posto per incidenza e al 4° per mortalità tra le donne. Nel 2022⁶, si sono stimati circa 660.000 nuovi casi e 350.000 decessi in tutto il mondo. Questo tipo di tumore è il più comune in 25 paesi ed è la prima causa di morte per cancro in 37 paesi, con un impatto particolarmente elevato nelle regioni dell'Africa subsahariana, dell'America del Sud e del Sud-est asiatico, dove l'accesso alla prevenzione e ai trattamenti è spesso limitato.

In Italia, il tumore della cervice uterina presenta numeri decisamente più contenuti grazie ai programmi di prevenzione e screening. Secondo i dati riportati dal 14° rapporto nazionale *"I numeri del cancro in Italia 2024"*⁷, nel 2024 in Italia si stimano circa 2.300 nuove diagnosi di tumore della cervice uterina, pari all'1,3% di tutti i tumori che colpiscono le donne. Si tratta di una neoplasia che tende a manifestarsi con maggiore frequenza nelle fasce di età più giovani, rappresentando il quinto tumore più comune tra le donne giovani con circa il 4% dei casi. Per quanto riguarda la mortalità, nel 2022 si stimano circa 2.500 decessi complessivi per tutti i tumori dell'utero, una cifra che comprende anche i decessi attribuibili al carcinoma della cervice. La sopravvivenza netta a cinque anni dalla diagnosi è pari al 68%, mentre la probabilità di vivere ulteriori quattro anni, dopo aver superato il primo anno dalla diagnosi, si attesta al 75%. Questi dati mostrano buone prospettive di cura, soprattutto nei casi in cui la malattia viene individuata precocemente. Attualmente, in Italia vivono circa 49.800 donne con una diagnosi pregressa di tumore della cervice uterina, un dato che riflette sia i progressi della medicina sia l'importanza degli strumenti di prevenzione e controllo.

L'agente causale principale del tumore alla cervice uterina è l'infezione persistente da Papilloma virus umano (HPV), virus a trasmissione sessuale, la cui diffusione è favorita da numerosi fattori comportamentali e sociali. Tra questi si segnalano condizioni socioeconomiche svantaggiate che limitano l'accesso ai programmi di prevenzione, un elevato numero di partner sessuali, l'inizio precoce dell'attività sessuale e un alto numero di gravidanze.

Dal punto di vista istopatologico, la maggioranza dei casi è costituita da carcinomi a cellule squamose, che rappresentano oltre i due terzi delle diagnosi. Le forme adenocarcinomatose, pur meno frequenti, costituiscono comunque una quota rilevante, pari a circa il 10–15%.

La diagnosi precoce si conferma lo strumento più efficace per la riduzione dell'incidenza e della mortalità legate a questa neoplasia. L'introduzione su larga scala del Pap-test, a partire dagli anni Settanta, e l'impiego più recente dell'HPV test hanno contribuito in maniera determinante al miglioramento degli indicatori epidemiologici. La lunga fase preclinica della malattia e la possibilità di intervenire tempestivamente su lesioni

⁶ Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2022). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(3), 409-429. <https://doi.org/10.3322/caacl.num21708>;

⁷ Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening (ONS), PASSI, PASSI d'Argento, Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPeC-IAP). I numeri del cancro in Italia 2024. 14ª edizione, 2024.

preneoplastiche di alto grado (H-SIL) mediante colposcopia rappresentano i punti cardine della prevenzione secondaria.

Accanto a ciò, è disponibile una forma di prevenzione primaria costituita dalla vaccinazione anti-HPV. Il vaccino è attualmente offerto gratuitamente a ragazzi e ragazze nella fascia d'età compresa tra i 12 e i 26 anni, nonché alle donne trattate per lesioni precancerose

Nella maggioranza dei casi, l'infezione da HPV è transitoria e viene eliminata spontaneamente dal sistema immunitario. Tuttavia, in una quota di soggetti il virus può persistere nel tempo e indurre modificazioni cellulari progressive fino all'insorgenza di neoplasie invasive. Il DNA virale è stato riscontrato nel 99,7% dei carcinomi cervicali, con un'associazione predominante con i genotipi ad alto rischio, in particolare i tipi HPV 16 e 18, responsabili della maggior parte dei casi di carcinoma invasivo della cervice.

Il trattamento varia a seconda dello stadio clinico alla diagnosi. Nelle forme precoci di malattia, caratterizzate da tumori di dimensioni ridotte confinati alla cervice uterina, il trattamento di prima linea è chirurgico, mentre nelle forme localmente avanzate richiede un approccio integrato di radio-chemioterapia. In pazienti selezionate con tumori microinvasivi o inferiori ai 2 cm, con desiderio di preservare la fertilità e disponibilità a seguire uno stretto programma di follow-up, è possibile adottare un trattamento conservativo, come la conizzazione o la trachelectomia, da eseguire in centri specializzati².

B. Descrizione del programma: esami previsti e percorsi offerti

Popolazione bersaglio

La popolazione bersaglio invitata ad eseguire il test di screening è costituita dalle donne residenti nel Lazio di età compresa tra 25 e i 64 anni.

Modalità di invio:

Il modello organizzativo è definito dal DCA 191/2015 e dal DCA U00240/2017.

I soggetti eleggibili appartenenti alla popolazione bersaglio vengono invitati tramite chiamata attiva con lettera personale; è inoltre prevista la possibilità di accesso spontaneo da parte di soggetti che rientrano nella fascia target.

Da 2022 è possibile inoltre accedere spontaneamente al percorso di Screening e prenotare direttamente l'esame di I livello attraverso il sito della Regione Lazio – www.salutelazio.it – prenota smart screening.

A partire dal 2025 (determinazione n. G17784 del 23/12/2025), le donne che compiono 25 anni e che risultano vaccinate contro il virus HPV con almeno due dosi somministrate entro il 15° anno di età non saranno più invitate ad effettuare il primo test di screening a 25 anni. Per questa fascia di popolazione, infatti, il protocollo prevede che la prima chiamata allo screening avvenga direttamente al compimento dei 30 anni, quando verrà eseguito un test HPV.

Esclusioni e sospensioni temporanee dall'invito

Il programma di screening deve prevedere l'esclusione o la sospensione dagli inviti delle donne, secondo i seguenti criteri:

- motivi anagrafici: deceduta o trasferita.
- motivi sanitari: isterectomia totale, malattia grave (malattie invalidanti, oncologiche, ecc.)

- rifiuto documentato
- temporaneamente assente (residente altrove per periodo prolungato)
- in malattia prolungata (fratture, interventi chirurgici, ecc.).

Il rifiuto da parte della donna e il desiderio di non voler ricevere ulteriori inviti allo screening per qualsivoglia motivo possono costituire motivo di esclusione permanente, purché sia documentato e registrato sul sistema informatico (SIPSOweb).

Le donne che non hanno mai avuto rapporti sessuali hanno una probabilità molto remota di sviluppare un cervicocarcinoma. Se la donna, opportunamente informata, desidera comunque sottoporsi al test, questo può essere effettuato utilizzando gli strumenti più adeguati.

Primo Livello

I test primari di screening per la prevenzione dei tumori della cervice uterina, previsti nel protocollo della Regione Lazio, sono il Pap test e l'HPV DNA test. Nel contesto dello screening, sia il test HPV che il test citologico concorrono a determinare il successivo protocollo di follow-up e come tali devono essere integrati in un unico referto. Il prelievo viene effettuato in fase liquida per tutte le donne. Le modalità operative per l'esecuzione del prelievo sono quelle indicate nel documento GISCI.

Refertazione

La refertazione citologica deve essere effettuata secondo il Sistema Bethesda 2001, aggiornato nel 2014, che rappresenta l'unico sistema di refertazione adottato dalla Regione Lazio.

L'esito del test HPV di screening può risultare negativo, quando non viene evidenziata la presenza del virus, oppure positivo, qualora la presenza di HPV sia confermata. In alcuni casi, il campione può essere considerato non valutabile, se l'analisi non ha fornito un risultato valido, o non eseguibile, qualora il campione stesso non risulti idoneo all'esecuzione del test.

Comunicazione dell'esito del test

Considerato che lo scopo del test di screening non è quello di fare una diagnosi, ma di individuare un gruppo di persone ad alto rischio di lesioni significative in senso neoplastico, la risposta deve dare un esito "nella norma" o positivo. Successivamente al caricamento nel Sistema Informativo dei dati relativi agli esiti dei test effettuati presso i Centri di Lettura, i Coordinamenti aziendali dei Programmi di Screening provvedono alla comunicazione dell'esito del test.

Le donne con:

- *Test primario negativo*: ricevono per lettera la comunicazione dell'esito del test con il preannuncio dell'invito al round successivo. Può essere ipotizzabile la consegna manuale, ma solo nel caso in cui la donna lo desideri e non per motivi interni al Centro.
- *Pap test ASC-US e HPV di triage negativo*: ricevono per lettera la comunicazione dell'esito di entrambi i test con il preannuncio dell'invito al round successivo. Può essere ipotizzabile la consegna manuale, ma solo nel caso in cui la donna lo desideri e non per motivi interni al Centro.
- *HPV primario positivo e Pap test di triage negativo*: ricevono per lettera la comunicazione dell'esito di entrambi i test con il preannuncio dell'invito ad un anno dalla data di refertazione. Può essere ipotizzabile la consegna manuale, ma solo nel caso in cui la donna lo desideri e non per motivi interni al Centro.
- *Test primario inadeguato per motivi tecnici*: ricevono una comunicazione verbale o scritta con l'indicazione a ripetere il prelievo.

- *Pap test primario non valutabile per flogosi*: ricevono una comunicazione verbale o scritta, a cui sarà allegata copia del referto, con il motivo dell'inadeguatezza e l'indicazione dell'eventuale agente patogeno riscontrato. In risposta a una consulenza medica presso il consultorio familiare o il proprio ginecologo, la prescrizione della terapia corrispondente e l'invito per la ripetizione del test.

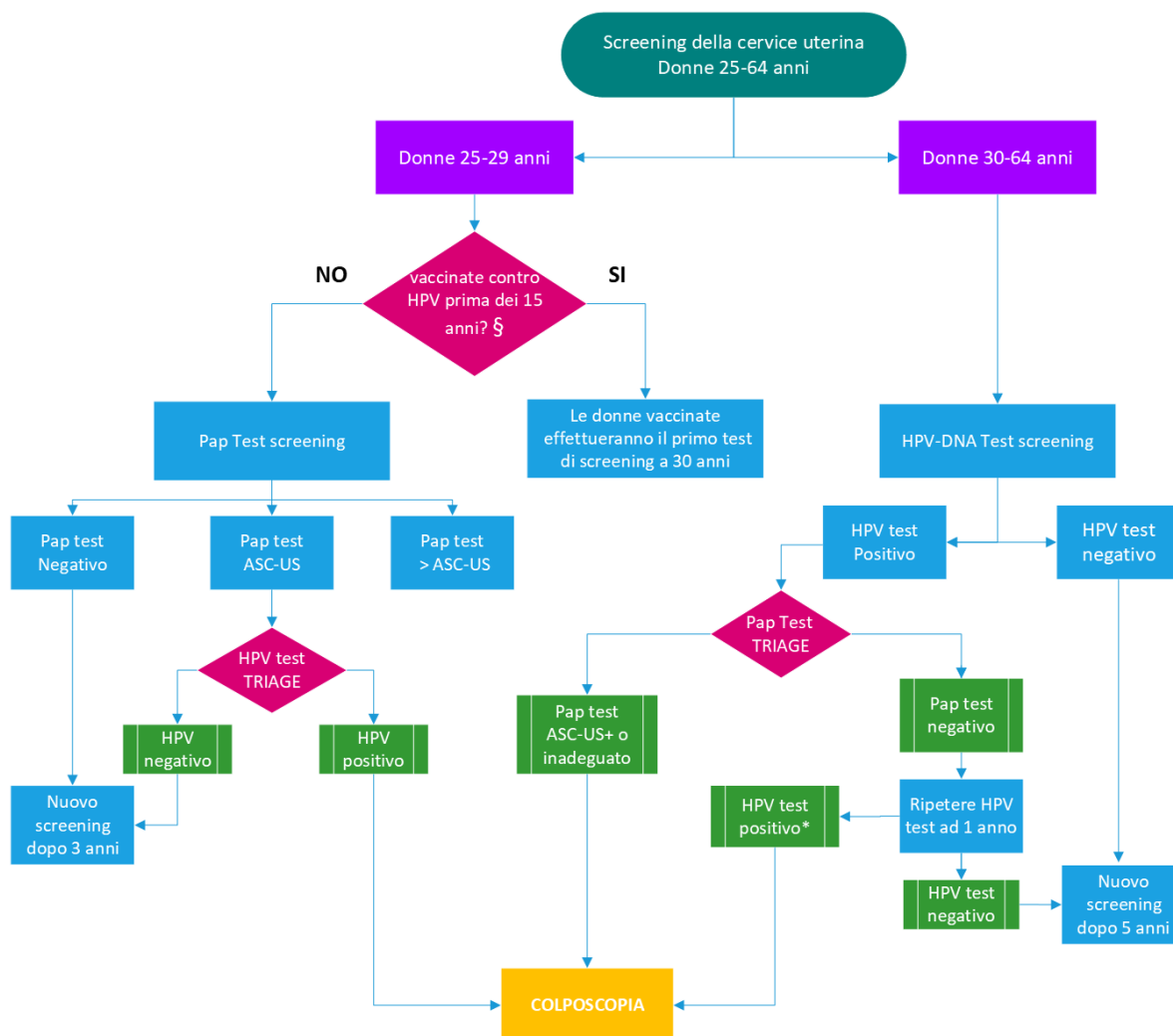
Le donne che hanno indicazione ad accedere al secondo livello:

- Pap test primario positivo
- Pap test ASC-US - HPV di triage positivo
- HPV primario positivo – Pap test di triage inadeguato/non valutabile
- HPV primario positivo – Pap test di triage positivo

Ricevono una comunicazione telefonica in cui viene proposto un appuntamento per il counselling e l'approfondimento diagnostico.

La gestione delle donne positive che necessitano di approfondimento diagnostico è affidata al Coordinamento dei Programmi di Screening che, tramite operatori formati, contatta i soggetti e fissa loro l'appuntamento per la visita e la colposcopia, nei giorni e negli orari messi a disposizione dei Centri di Secondo Livello. Laddove possibile può essere proposto un counselling con uno specialista per spiegare l'iter diagnostico previsto.

Diagramma di flusso del programma di screening organizzato per la prevenzione del tumore della cervice uterina.



§Sono definite donne vaccinate coloro che hanno ricevuto due dosi di vaccino anti-HPV entro il quindicesimo anno di età

*Se il test HPV ripetuto dopo un anno è ancora positivo (HPV persistente) è raccomandabile allestire e leggere anche la citologia prima dell'invio della donna in colposcopia per meglio definire il follow-up post colposcopico

Secondo Livello

Il Secondo Livello del percorso prevede come approfondimento diagnostico la colposcopia.

Le visite e gli esami necessari vengono effettuati presso l'ambulatorio di colposcopia, secondo un'agenda dedicate. L'esame colposcopico ha l'obiettivo di individuare le alterazioni della mucosa cervicale, di descriverne la topografia e di consentire una biopsia mirata delle lesioni.

La biopsia

Se l'esame colposcopico è positivo si procede sempre a biopsia mirata sotto guida colposcopica.

L'esame biptico deve essere praticato con adeguate pinze da biopsia che consentano un prelievo sufficiente per il patologo per definire una diagnosi. In casi particolari la biopsia può essere eseguita con ansa diatermica (LEEP diagnostica terapeutica).

Terzo livello

Il Centro di trattamento è deputato alla presa in carico di soggetti con diagnosi di lesione avanzata alla cervice uterina. La multidisciplinarietà è un elemento fondamentale per la gestione di tale patologia. La pianificazione del percorso diagnostico-terapeutico deve essere effettuata nell'ambito di un team multidisciplinare, composto da più specialisti, tra cui oncologo, radiologo, patologo, chirurgo e radioterapista, per la formulazione di una precisa stadiazione della malattia e della strategia terapeutica, con indicazioni specifiche per la chirurgia, la terapia medica, l'eventuale radioterapia e il follow-up.

C. Indicatori, analisi e commento dei dati

Gli indicatori sono riferiti agli invitati regolari al primo livello ed al percorso che scaturisce dall'esame di screening; non sono compresi i follow up, se non diversamente indicato

1 - Principali indicatori di qualità nello screening della cervice uterina - anno 2024

La Tabella 5.1 presenta i principali indicatori di qualità relativi ai programmi di screening della cervice uterina nella Regione Lazio per l'anno 2024, distinti per singola ASL e articolati nelle aree di volumi, organizzazione, percorso clinico e tipologia di test primario (Pap test e HPV test). Gli indicatori sono rappresentati con una scala colorimetrica che evidenzia immediatamente le performance: verde per il raggiungimento dello standard indicativo di riferimento, giallo per valori prossimi alla soglia (scostamento $\leq 1/3$), rosso per aree critiche (scostamento $> 1/3$).

Nel complesso, il programma di screening cervicale regionale mostra risultati discreti, con una buona solidità soprattutto negli indicatori organizzativi e nel percorso clinico, che a livello regionale rispettano gli standard nella quasi totalità degli indicatori. L'estensione degli inviti è superiore al 90% nella totalità delle ASL, con un valore regionale ampiamente conforme alla soglia. La copertura raggiunge in tutte le ASL lo standard minimo e in alcune realtà si colloca già sull'obiettivo ottimale, evidenziando un andamento complessivamente positivo. L'adesione, pur mostrando valori in linea con lo standard in alcune ASL, rimane nel complesso a livello regionale inferiore alla soglia di riferimento. Il valore predittivo positivo (VPP) complessivo e il detection rate per cancro si collocano a livelli buoni, confermando l'efficacia del percorso diagnostico.

Diversa la situazione per quanto riguarda il Pap test primario, che a livello regionale evidenzia performance meno ottimali: l'adesione resta bassa (valore regionale intorno al 20%), con valori al di sotto dello standard minimo, e anche il referral rate e il VPP mostrano eterogeneità tra le ASL, con diversi territori in area critica. Il detection rate per CIN II+ si mantiene nel range atteso a livello regionale, ma presenta ampia eterogeneità tra le ASL.

Al contrario, gli indicatori relativi all'HPV test primario risultano nel complesso migliori. I tempi di attesa sono generalmente rispettati, con valori regionali superiori o prossimi alla soglia, pur con alcune criticità in singole ASL. L'adesione all'HPV test a livello regionale è prossima alla soglia (circa 36%) ed in alcune ASL la supera; inoltre, il referral rate (RR) e il VPP si collocano entro i range, con un buon equilibrio nella selezione dei casi positivi. Anche la compliance alla ripetizione a un anno è prossima alla soglia a livello regionale (76.3%), pur con forti differenze locali, mentre il detection rate per CIN II+ rientra nei valori attesi.

In sintesi, i dati mostrano un quadro eterogeneo tra le ASL: alcune presentano performance molto elevate, altre evidenziano maggiori criticità, specie in termini di adesione e tempi di gestione. Tuttavia, il bilancio complessivo regionale è positivo, con un'organizzazione solida e un percorso clinico efficace.

Tabella 5.1 - Principali indicatori di volume, processo e di esito nello screening cervice uterina- Anno 2024

Indicatori	Citologico - Anno 2024												
	ASL	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO	Standard
Volumi	Popolazione bersaglio annua	59.402	73.986	35.002	19.151	28.883	33.681	17.441	8.308	32.450	26.316	334.621	-
	Test Primario: PAP test	7.594	9.835	4.485	2.556	3.962	4.541	2.310	1.163	4.600	3.699	44.743	
	Test Primario: HPV test	51.808	64.151	30.518	16.595	24.920	29.140	15.132	7.145	27.851	22.617	289.877	
	Invitati Complessivi	68.164	94.289	42.050	23.932	33.907	33.795	17.482	9.430	29.870	22.802	375.721	-
	Test Primario: PAP test	8.118	16.617	6.667	3.524	5.052	5.862	3.563	1.130	4.687	4.596	59.816	
	Test Primario: HPV test	60.046	77.672	35.383	20.408	28.855	27.933	13.919	8.300	25.183	18.206	315.905	
	Rispondenti complessivi	18.612	29.225	10.202	9.730	10.681	10.760	8.402	4.257	12.606	7.932	122.407	-
	Test Primario: PAP test	1.499	3.190	1.639	871	689	611	899	397	972	1.096	11.863	
	Test Primario: HPV test	17.113	26.035	8.563	8.859	9.992	10.149	7.503	3.860	11.634	6.836	110.544	
	Positivi complessivi (invio ad approfondimento)	721	729	506	403	361	177	445	186	258	185	3.971	-
	Test Primario: PAP test	140	185	118	62	59	37	63	38	48	56	806	
	Test Primario: HPV test	581	544	388	341	302	140	382	148	210	129	3.165	
	CINII+ complessivi	175	80	61	26	43	23	53	28	19	37	545	
	Test Primario: PAP test	25	9	12	3	2	2	3	3	1	4	64	
	Test Primario: HPV test	150	71	49	23	41	21	50	25	18	33	481	-
Organizzativi	Estensione Inviti	115,17	125,11	118,59	124,24	116,81	98,70	97,21	114,47	91,46	90,41	111,07	>=90%
	Copertura esami (indicatore NSG)	32,43	40,87	29,43	52,39	38,60	33,43	52,23	52,87	40,25	31,25	37,93	Minimo:>=25% Ottimale: >=49%
	Adesione Corretta	27,80	31,44	25,66	41,03	31,52	31,86	48,72	45,97	42,87	35,94	33,17	>=40%
Percorso clinico & impatto (%)	tasso di richiamo Totale	3,76	2,43	4,68	3,34	3,28	1,51	4,30	3,99	1,93	2,07	2,99	1,5-4,5%
	DR per cancro Totale (‰)	9,40	2,94	5,49	2,67	4,12	2,14	6,67	7,05	1,98	4,79	4,57	2-8‰
	VPP complessivo	26,00	12,89	12,39	8,28	12,75	14,47	15,73	18,29	10,96	26,39	15,96	>10%
Pap test Primario (%)	Pap test Primario												
	Tempo di attesa refertazione test di screening <=30gg	99,93	62,26	100,00	100,00	100,00	48,75	99,88	100,00	51,31	48,63	78,34	>=90%
	Tempo di attesa approfondimento di II livello <=56gg	84,48	95,76	76,84	77,36	95,08	92,11	73,33	31,25	61,11	91,43	81,30	>=90%
	Adesione Pap test	19,01	19,52	26,38	24,86	13,65	10,43	25,50	35,45	21,01	24,84	20,27	>=40%
	Referral Rate	9,34	5,80	7,20	7,12	8,56	6,06	7,01	9,57	4,94	5,11	6,79	2,5-5%
	VPP	17,29	4,89	6,36	3,51	1,72	5,71	5,88	9,68	2,13	7,84	7,27	>15%
	CIN II + (‰)	15,34	2,82	4,27	2,30	1,45	3,27	3,34	7,56	1,03	3,65	4,64	4-8‰
HPV test Primario (%)	HPV test Primario												-
	Tempo di attesa refertazione test di screening <=30gg	100,00	92,72	99,80	99,57	99,91	83,61	99,96	99,55	91,29	92,53	95,32	>=90%
	Tempo di attesa approfondimento di II livello <=56gg	91,75	83,12	96,16	79,93	77,12	97,87	91,10	74,90	42,45	60,53	82,36	>=90%
	Adesione HPV	28,98	33,99	25,52	43,83	34,65	36,36	54,68	47,42	46,95	38,72	35,61	>=40%
	HPV positivi	11,20	10,38	13,45	11,28	8,52	9,11	10,14	10,18	9,98	10,01	10,44	6-10%
	Pap Triage positivi	29,89	17,65	29,51	26,53	34,55	14,70	37,84	34,61	16,88	17,40	24,46	25-35%
	Referral Rate	3,31	2,02	4,26	3,07	2,92	1,26	4,12	3,60	1,68	1,65	2,63	1,5-3%
	VPP	26,70	14,83	14,81	9,06	15,09	16,41	18,05	18,18	9,47	30,91	17,58	15-30%
	CIN II + (‰)	8,71	2,69	5,61	2,60	4,30	2,07	6,40	6,22	1,55	4,97	4,32	4-7‰
	Compliance ripetizione un anno	82,45	76,98	79,64	77,98	87,74	81,75	79,75	82,46	62,87	50,09	76,29	>=80%
	HPV positivi	57,62	61,12	57,40	55,23	54,60	55,36	54,97	50,57	62,06	60,59	58,05	50-60%
	VPP	8,41	2,47	2,26	3,88	1,81	1,57	10,29	7,58	1,52	7,94	4,34	3-8%
	CIN II + (‰)	2,82	0,71	0,67	1,07	0,49	0,42	2,93	1,51	0,32	1,61	1,19	0,7-3‰

2 - Indicatori di volume – dati 2019-2024

La Tabella 5.2 riporta l'andamento degli indicatori di volume relativi al programma di screening cervicale nella popolazione target, dal 2019 al 2024, articolati per ASL (RM1, RM2, RM3, RM4, RM5, RM6, Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone) e complessivamente a livello regionale.

Nel periodo considerato si osserva una certa variabilità nel numero di donne invitate, con valori regionali che oscillano tra le 419.741 unità del 2020 e il picco di 525.238 del 2021, per poi stabilizzarsi su valori compresi tra 375.721 e 460.000 negli ultimi due anni. L'andamento dei rispondenti mostra un calo netto nel 2020 (76.057), legato alla pandemia COVID-19, seguito da una ripresa progressiva con valori superiori alle 120.000 utenti nel 2022 e nel 2024, in linea con i livelli del 2019 pre-pandemici.

Il numero di positivi al I livello riflette questa dinamica: dopo il minimo del 2020 (1.982), i casi sono progressivamente aumentati, superando quota 3.900 nel 2024, con valori comparabili a quelli pre-pandemici (3.969 nel 2019). Per quanto riguarda i casi CIN2+, si osserva una progressiva crescita: da 247 nel 2020 a 545 nel 2024, frutto anche di una maggiore adesione ai programmi di screening.

A livello territoriale, le aziende sanitarie della provincia di Roma (in particolare RM1 e RM2) forniscono il contributo principale ai volumi complessivi, sia per dimensione della popolazione target sia per numero di diagnosi. Anche Viterbo e Frosinone presentano valori significativi, mentre realtà come Rieti e RM4 si collocano su livelli più contenuti.

Complessivamente, il programma di screening cervicale nel Lazio mostra, nel periodo 2019–2024, una ripresa dei volumi dopo la contrazione legata alla pandemia, con un ritorno ai livelli di attività pre-pandemici e un incremento dei casi di lesioni significative.

Tabella 5.2 - Indicatori di volume divisi per ASL- dati 2019-2024 – Regione Lazio

CERVICE UTERINA		RM1	RM2	RM 3	RM4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
Invitati	2024	68.164	94.289	42.050	23.932	33.907	33.795	17.482	9.430	29.870	22.802	375.721
	2023	65.317	101.332	51.178	22.965	38.166	38.791	24.360	8.187	63.989	29.313	443.598
	2022	63.667	119.335	52.767	26.037	33.668	52.362	32.944	9.847	29.067	41.045	460.739
	2021	59.101	173.416	59.098	35.926	31.951	52.393	26.508	11.718	33.715	41.412	525.238
	2020	65.051	129.078	54.575	11.876	32.988	34.584	26.788	8.871	31.843	24.087	419.741
	2019	72.094	119.768	58.925	19.401	35.997	51.230	26.262	10.536	38.713	26.394	459.320
Rispondenti	2024	18.612	29.225	10.202	9.730	10.681	10.760	8.402	4.257	12.606	7.932	122.407
	2023	17.964	28.482	11.581	8.296	10.774	7.607	7.920	3.597	13.739	7.125	117.085
	2022	14.239	26.441	12.408	8.443	12.063	12.794	10.764	4.076	10.237	11.198	122.663
	2021	9.408	19.851	14.963	8.468	6.011	4.632	9.328	5.084	10.563	13.105	101.413
	2020	7.956	14.237	11.777	3.026	6.318	5.824	5.968	2.315	11.271	7.365	76.057
	2019	20.673	26.362	14.544	5.189	9.962	11.349	11.325	2.659	14.097	9.019	125.179
Positivi	2024	721	729	506	403	361	177	445	186	258	185	3.971
	2023	542	605	436	383	300	146	411	105	280	173	3.381
	2022	333	601	244	209	256	247	315	85	222	231	2.743
	2021	318	800	380	223	161	182	410	105	316	512	3.407
	2020	266	427	309	80	144	95	192	53	168	248	1.982
	2019	472	1.013	496	129	216	210	601	51	299	482	3.969
Casi (CII2+)	2024	175	80	61	26	43	23	53	28	19	37	545
	2023	128	84	58	28	27	18	64	21	15	46	489
	2022	118	108	27	13	44	37	46	15	26	59	493
	2021	90	109	30	28	12	23	38	15	32	44	421
	2020	66	71	18	10	16	16	22	10	7	11	247
	2019	117	101	35	12	8	14	23	3	20	58	391

3 - Indicatori organizzativi: estensione, adesione e copertura – Serie storiche

Di seguito vengono presentati gli indicatori organizzativi dello screening cervicale nella Regione Lazio, con particolare riferimento alle serie storiche del periodo 2019–2024. In particolare, vengono analizzati l'andamento dell'estensione degli inviti, dell'adesione corretta e della copertura, attraverso tabelle e grafici che illustrano l'evoluzione nel tempo e consentono il confronto con gli standard di riferimento.

Estensione corretta degli inviti – serie storica

L'estensione, definita come la percentuale di donne coinvolte rispetto alla popolazione target (corretta per inviti inesitati), è riportata nella Tabella 5.3 (serie 2013–2024) e nella Figura 5.1 (focus 2019–2024). Lo standard di riferimento è $\geq 90\%$.

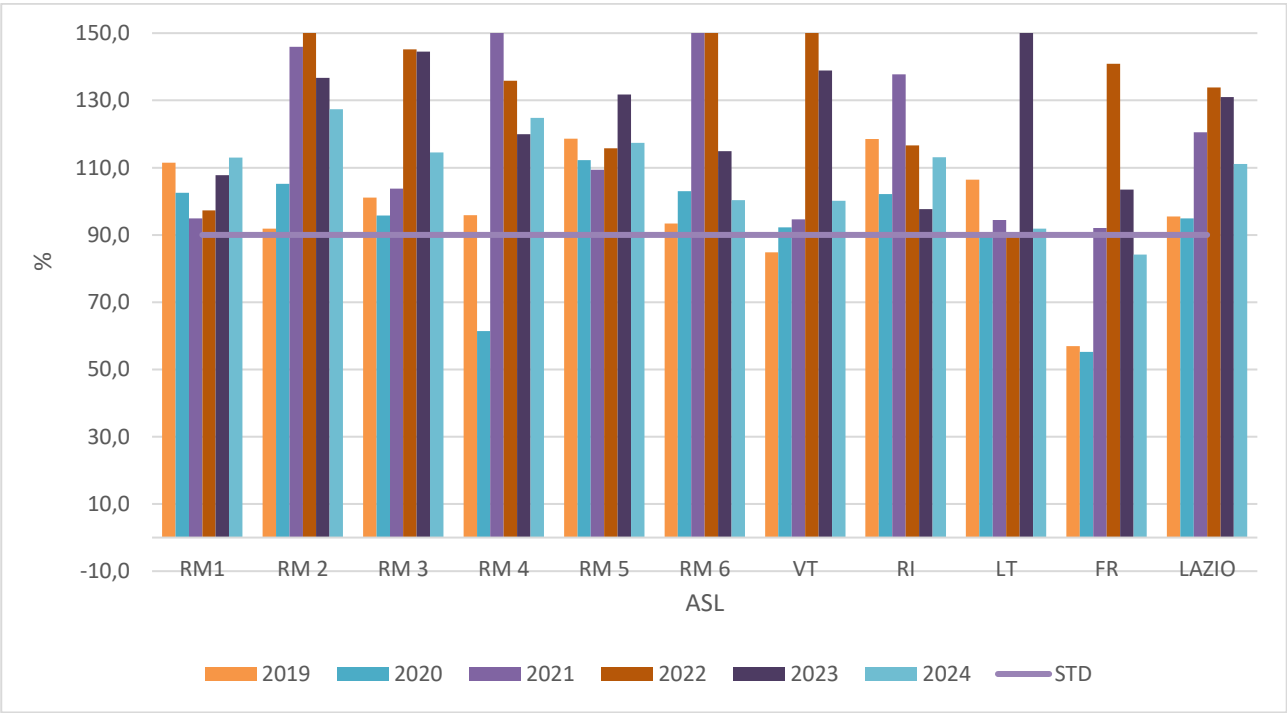
Negli ultimi cinque anni i valori regionali si mantengono stabilmente sopra la soglia: lieve flessione nel 2020, seguita da un deciso recupero nel 2021–2023 e da una stabilizzazione nel 2024 (Lazio 111,1%).

A livello territoriale il 2024 mostra un quadro complessivamente favorevole: la maggior parte delle ASL è $\geq 90\%$ (RM1 113,0; RM2 127,4; RM3 114,5; RM4 124,8; RM5 117,3; RM6 100,3; VT 100,1; RI 113,1; LT 91,9), mentre FR si colloca leggermente sotto la soglia (84,1%).

Tabella 5.3 - Estensione corretta degli inviti per ASL e Regione Lazio (anni 2013–2024) – valori percentuali

Estensione corretta											
	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2013	66,6	101,7	62,4	0,0	80,5	50,6	94,8	39,8	113,6	0,1	69,3
2014	95,9	52,4	75,6	0,1	79,3	60,9	96,8	0,0	95,8	12,8	73,2
2015	118,7	93,1	138,6	1,5	32,3	68,1	93,1	15,4	103,4	39,0	84,2
2016	116,9	93,2	100,0	106,2	26,5	99,4	94,2	197,8	91,0	45,0	92,4
2017	87,0	107,8	97,9	109,5	90,6	87,7	115,7	122,6	85,2	122,0	99,9
2018	93,4	101,7	105,6	89,7	97,2	102,3	92,8	119,4	122,0	108,1	101,5
2019	111,5	91,8	101,1	95,8	118,6	93,4	84,8	118,5	106,5	57,0	95,5
2020	102,5	105,2	95,8	61,4	112,2	103,0	92,3	102,2	90,1	55,2	94,9
2021	94,9	145,9	103,8	187,6	109,4	155,1	94,6	137,8	94,4	92,0	120,5
2022	97,3	161,1	145,2	135,8	115,8	155,5	186,8	116,6	90,1	140,9	133,9
2023	107,8	136,7	144,5	119,9	131,8	114,9	138,9	97,6	195,4	103,5	131,0
2024	113,0	127,4	114,5	124,8	117,3	100,3	100,1	113,1	91,9	84,1	111,1

Figura 5.1 - Estensione corretta degli inviti per ASL e Regione Lazio (anni 2019–2024), con confronto rispetto allo standard di riferimento ($\geq 90\%$).



Adesione corretta – serie storica

L'adesione corretta all'invito per lo screening cervicale, definita come la percentuale di donne rispondenti al test rispetto alle invitate (corretta per esclusi), è riportata nella Tabella 5.4 con la serie storica completa 2013–2024 e nella Figura 5.2 per l'andamento più recente 2019–2024. Nel complesso, i valori regionali si mantengono stabilmente al di sotto dello standard di riferimento ($\geq 40\%$), con marcate differenze tra le ASL.

Nel 2020 si registra un calo evidente, in linea con l'impatto della pandemia COVID-19 sulle attività di prevenzione, con il valore regionale che scende al 18,4% (da 28,4% nel 2019). Negli anni successivi si osserva un recupero progressivo ma non completo: dopo la risalita a 27,5% nel 2022 e un lieve

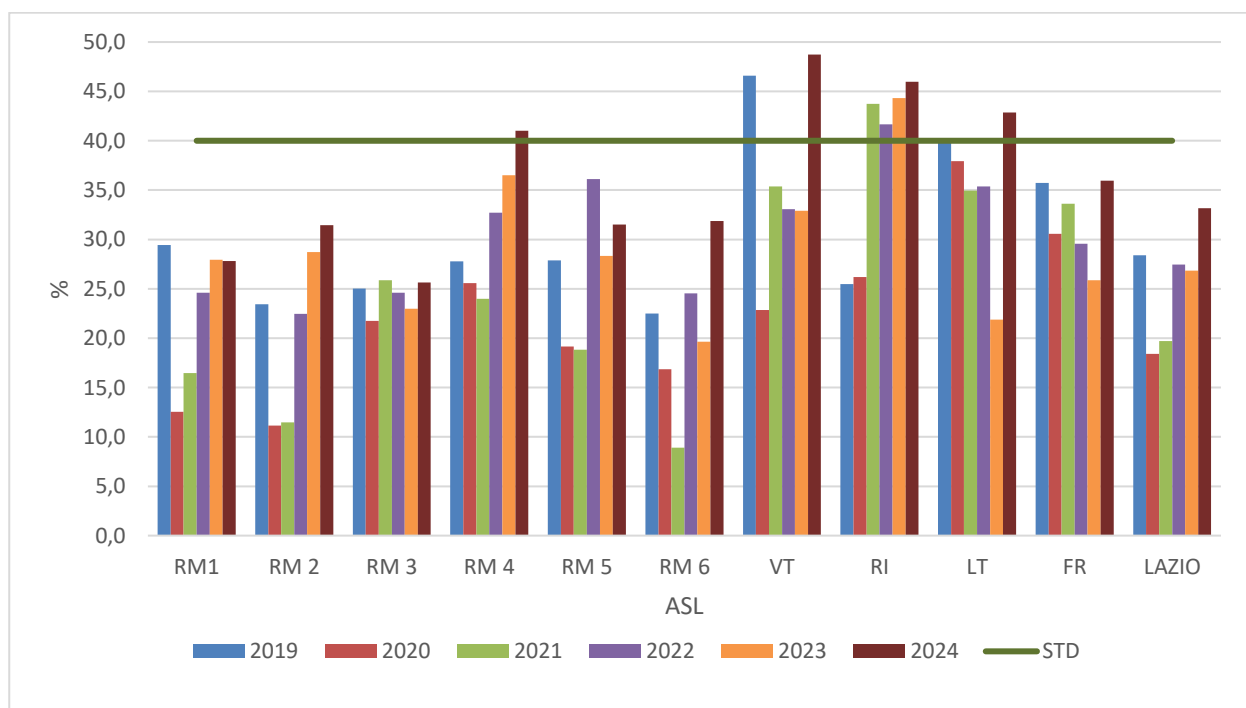
arretramento nel 2023 (26,9%), il 2024 mostra un miglioramento più netto, con 33,2% a livello regionale, pur rimanendo sotto lo standard.

Dal punto di vista territoriale, nel 2024 si evidenziano performance superiori allo standard in RM4 (41,0%), Viterbo (48,7%), Rieti (46,0%) e Latina (42,9%). Frosinone si colloca su valori intermedi (35,9%), mentre RM1, RM2, RM3, RM5 e RM6 presentano livelli più contenuti (tra 25,7% e 31,9%). L'andamento nel periodo 2019-2024 è eterogeneo: RM4 mostra una crescita costante dal 2021, Rieti un incremento sostenuto dal 2019 al 2024, mentre Latina evidenzia una flessione marcata nel 2023 seguita da un forte recupero nel 2024. RM6 e Frosinone presentano profili più variabili, con oscillazioni tra un anno e l'altro.

Tabella 5.4 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio - Anni 2013–2024 – valori percentuali

ADESIONE											
	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2013	16,0	28,6	31,7		34,3	32,6	47,5	38,1	39,4	86,5	30,6
2014	15,5	26,3	28,7	100,0	25,0	38,1	40,0		33,2	42,3	27,1
2015	17,0	22,6	24,2	16,7	21,0	30,9	45,5	54,1	30,9	31,8	25,4
2016	19,6	24,9	33,3	33,1	23,9	29,8	45,3	39,5	38,5	33,0	29,0
2017	21,9	24,9	28,9	36,6	25,9	26,0	38,1	37,0	43,8	30,6	28,3
2018	26,8	24,9	26,3	29,8	28,0	26,1	42,2	24,4	34,7	30,3	28,1
2019	29,4	23,4	25,0	27,8	27,9	22,5	46,6	25,5	39,9	35,7	28,4
2020	12,6	11,2	21,8	25,6	19,2	16,8	22,8	26,2	37,9	30,6	18,4
2021	16,5	11,5	25,9	24,0	18,8	8,9	35,4	43,7	35,0	33,6	19,7
2022	24,6	22,5	24,6	32,7	36,1	24,5	33,1	41,7	35,4	29,6	27,5
2023	28,0	28,7	23,0	36,5	28,3	19,6	32,9	44,3	21,9	25,9	26,9
2024	27,8	31,4	25,7	41,0	31,5	31,9	48,7	46,0	42,9	35,9	33,2

Figura 5.2 - Adesione corretta agli inviti per ASL e regione Lazio (standard di riferimento, STD ≥ 40%) – Anni 2019–2024



Copertura – serie storica

La copertura dello screening cervicale, definita come la percentuale di donne rispondenti al test rispetto alla popolazione target (corretta per escluse prima dell'invito), costituisce un indicatore di monitoraggio incluso nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per la valutazione dei LEA. Gli standard di riferimento sono fissati a un valore minimo accettabile $\geq 25\%$ e a un valore desiderabile $>49\%$.

I dati sono riportati nella Tabella 5.5, che illustra la serie storica 2013–2024, e nella Figura 5.3, che rappresenta l'andamento più recente dal 2019 al 2024. Nel 2020 si osserva una riduzione marcata, con la copertura regionale scesa al 22,0%, al di sotto della soglia minima, in conseguenza della pandemia da COVID-19. Negli anni successivi l'indicatore mostra un recupero graduale: dal 29,6% nel 2021 al 35,9% nel 2023, fino a raggiungere nel 2024 il 37,9%, valore che si colloca sopra lo standard minimo ma ancora distante da quello ottimale.

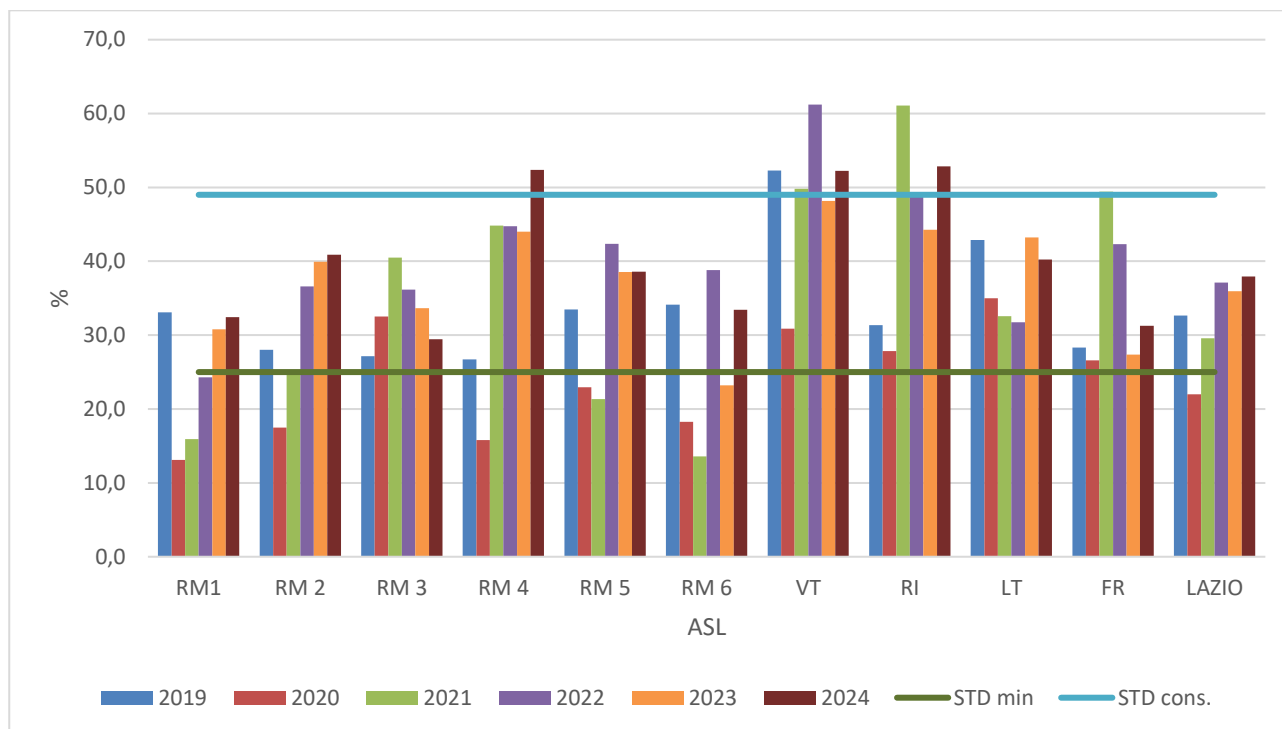
Nel 2024 si registrano livelli particolarmente elevati in RM4 (52,4%), Viterbo (52,2%) e Rieti (52,9%), che raggiungono la soglia desiderabile. Anche Latina (40,2%) e RM2 (40,9%) si posizionano sopra il valore minimo e prossimi al livello ottimale. RM1 (32,4%), RM5 (38,6%) e RM6 (33,4%) mostrano risultati intermedi, mentre valori più bassi si osservano in RM3 (29,4%) e Frosinone (31,2%), pur sempre al di sopra della soglia minima.

L'analisi dei trend evidenzia andamenti differenziati: RM4 e Rieti mostrano una crescita costante e significativa negli ultimi anni, con il raggiungimento del livello ottimale nel 2024; Viterbo conferma valori stabilmente elevati; Latina e RM2 consolidano nel 2024 un progressivo miglioramento. Più discontinui risultano invece i percorsi di RM6 e Frosinone, caratterizzati da oscillazioni tra un anno e l'altro.

Figure 5.5 - Copertura per ASL e regione Lazio - Anni 2013–2024 – Valori Percentuali

Copertura LEA											
	RM1	RM 2	RM 3	RM 4	RM 5	RM 6	VT	RI	LT	FR	LAZIO
2013	10,5	27,8	19,1	0,0	29,2	15,5	44,3	15,0	43,6	0,1	20,9
2014	16,9	22,4	21,4	0,1	20,1	21,9	38,1	0,0	31,4	5,3	19,4
2015	21,4	21,9	33,6	0,3	6,7	19,0	42,4	8,3	31,2	12,3	21,0
2016	19,3	22,6	33,3	36,6	7,0	29,7	42,2	81,3	37,1	14,8	27,6
2017	26,5	25,1	26,7	37,7	25,0	33,5	39,6	46,0	34,4	34,7	29,8
2018	37,9	25,1	28,5	26,7	37,8	40,8	38,8	29,5	42,8	37,9	34,0
2019	33,1	28,0	27,1	26,7	33,5	34,1	52,3	31,4	42,9	28,3	32,7
2020	13,1	17,5	32,5	15,8	22,9	18,3	30,9	27,9	35,0	26,6	22,0
2021	15,9	25,3	40,5	44,8	21,3	13,6	49,8	61,1	32,6	49,4	29,6
2022	24,3	36,6	36,2	44,7	42,3	38,8	61,2	49,3	31,7	42,3	37,1
2023	30,8	39,9	33,6	44,0	38,6	23,2	48,2	44,3	43,2	27,4	35,9
2024	32,4	40,9	29,4	52,4	38,6	33,4	52,2	52,9	40,2	31,2	37,9

Figure 5.3 - Copertura per ASL e regione Lazio (standard accettabile $\geq 25\%$ e desiderabile $\geq 49\%$)
Anni 2019–2024



Confronto con i dati nazionali – anno 2024

Nel 2024 il dato regionale relativo all'estensione risulta in linea sia con il valore nazionale sia con quello dell'Italia centrale (entrambi superiori al 100%). Per quanto riguarda l'adesione, il dato regionale (33,2%) si colloca al di sotto del valore nazionale (42,0%) e di quello dell'Italia centrale (43,5%). Infine, anche la copertura regionale (37,9%) risulta inferiore rispetto al dato nazionale (51,0%) e a quello dell'Italia centrale (51,3%).

4 - Indicatori organizzativi: Tempi di attesa – Serie storiche

Il monitoraggio dei tempi di attesa rappresenta un indicatore rilevante per valutare l'efficienza del programma di screening e la tempestività nella presa in carico del paziente. La rapidità nella consegna dei referti e nell'attivazione degli approfondimenti di II livello incide inoltre sulla qualità percepita del servizio da parte dell'utenza.

Nella Regione Lazio dal 2021 la lettura è centralizzata presso due centri dove afferiscono le ASL regionali; nello specifico:

- Le AASSLL di Roma 1, Roma3, Roma4, Roma5, Viterbo e Rieti afferiscono al centro di lettura dell'Ospedale Santo Spirito - ASL Roma 1
- Le AASSLL di Roma 2, Roma6, Latina e Frosinone afferiscono al centro di lettura dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma

Tempo di attesa refertazione entro 30 giorni – serie storica

Le Tabelle 5.6 e 5.7 riportano la serie storica della percentuale di esami di I livello (Pap test e HPV test) refertati entro 30 giorni.

Per il Pap test, il valore regionale nel 2024 è pari al 78,3%, in riduzione rispetto al 2023 (89,5%) e al di sotto dello standard di riferimento ($\geq 90\%$). Permangono forti differenze tra le ASL: livelli prossimi alla totalità in RM1, RM3, RM4 e RM5 ($\geq 99\%$), mentre risultano critici gli indicatori in RM6 (48,8%), Latina (51,3%) e Frosinone (48,6%).

Tabella 5.6 - Percentuale di Pap test refertati entro 30 giorni – Serie storica 2019–2024

PAP - Tempo di attesa tra test I livello ed esito entro 30gg (data indice: data referto)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	99.9	100.0	99.4	91.7	91.5	99.2
RM 2	62.3	81.7	85.9	85.6	98.4	95.0
RM 3	100.0	100.0	99.2	92.3	82.7	81.6
RM 4	100.0	99.6	98.3	84.0	92.6	99.8
RM 5	100.0	99.8	99.4	80.9	92.7	98.4
RM 6	48.8	78.2	75.0	79.6	45.3	57.6
VT	99.9	99.6	98.1	44.0	39.0	27.5
RI	100.0	99.3	97.1	85.6	98.2	98.3
LT	51.3	71.5	84.9	63.8	77.3	96.7
FR	48.6	74.1	88.6	70.5	2.7	36.2
LAZIO	78.3	89.5	91.8	77.7	71.7	76.4

Per l'HPV test, il quadro appare complessivamente migliore: nel 2024 il valore regionale è pari al 95,3%, in linea con lo standard. Tutte le ASL si collocano su valori molto elevati, con la sola eccezione di RM6 che, pur rimanendo leggermente sotto la soglia (83,6%), mostra un consolidamento del netto miglioramento dell'indicatore già registrato nel 2023.

Tabella 5.7 - Percentuale di HPV test refertati entro 30 giorni – Serie storica 2019–2024

HPV - Tempo di attesa tra test I livello ed esito entro 30gg (data indice: data referto)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	100.0	100.0	99.9	94.9	98.0	97.6
RM 2	92.7	93.2	95.7	92.1	97.2	99.8
RM 3	99.8	99.8	99.8	87.3	81.6	97.2
RM 4	99.6	99.6	99.8	93.7	95.3	98.0
RM 5	99.9	99.8	99.9	79.7	91.1	89.7
RM 6	83.6	89.6	64.7	54.4	15.1	50.6
VT	100.0	99.9	99.7	82.4	64.5	73.9
RI	99.5	99.6	99.6	90.6	99.2	94.5
LT	91.3	90.2	95.3	85.2	48.1	85.1
FR	92.5	91.4	95.2	89.1	85.0	97.4
LAZIO	95.3	96.0	94.3	87.3	75.8	87.4

Tempo per approfondimento di II livello – serie storica

Le tabelle 5.8 e 5.9 mostrano la percentuale di approfondimenti di II livello eseguiti entro 56 giorni dal test positivo.

Per il Pap test, nel 2024 il valore regionale è pari all'81,3%, in linea con il 2023 ma ancora al di sotto dello standard ($\geq 90\%$). Buoni risultati si osservano in RM1 (84,5%), RM2 (95,8%), RM5 (95,1%), RM6 (92,1%) e Frosinone (91,4%), mentre valori più bassi caratterizzano Rieti (31,3%), Latina (61,1%) e Viterbo (73,3%).

Tabella 5.8 - Percentuale di approfondimenti citologici eseguiti entro 56 giorni dopo Pap test positivo - Serie storica 2019-2024

PAP - Tempo di attesa tra refertazione test I livello e l'erogazione dell'approfondimento di II livello entro 56gg (data indice: data approfondimento)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	84.5	95.4	92.5	98.5	96.8	97.8
RM 2	95.8	90.7	98.9	96.0	74.5	92.5
RM 3	76.8	41.7	97.1	97.2	95.9	89.8
RM 4	77.4	93.9	91.1	86.5	36.7	77.4
RM 5	95.1	98.0	80.5	91.7	86.4	85.1
RM 6	92.1	84.6	49.4	37.5	31.8	31.6
VT	73.3	61.0	51.1	71.6	38.5	63.7
RI	31.3	81.8	43.5	71.4	77.8	50.0
LT	61.1	71.9	73.3	52.3	78.6	78.0
FR	91.4	80.5	35.7	21.8	17.5	26.4
LAZIO	81.3	80.8	73.5	78.6	65.9	76.7

Per l'HPV test, il valore regionale nel 2024 è pari all'82,4%, sostanzialmente stabile rispetto al 2023 e anch'esso inferiore alla soglia di riferimento. Risultati positivi si rilevano in RM2 (91,8%), RM3 (96,2%), RM5 (97,9%), mentre permangono qualche criticità a Rieti (42,5%) e Latina (60,5%)

Tabella 5.9 - Percentuale di approfondimenti citologici eseguiti entro 56 giorni dopo HPV test positivo – Serie storica 2019–2024

HPV - Tempo di attesa tra refertazione test I livello e l'erogazione dell'approfondimento di II livello di approfondimento citologico entro 56gg (data indice: data approfondimento)						
ASL	2024	2023	2022	2021	2020	2019
RM 1	83,1	93.2	95.6	98.0	98.9	99.5
RM 2	96,2	92.9	99.3	99.4	79.9	97.0
RM 3	79,9	67.3	96.7	97.3	96.6	-
RM 4	77,1	92.6	90.1	77.1	38.2	66.7
RM 5	97,9	97.9	91.8	92.2	91.1	95.4
RM 6	91,1	72.4	49.8	38.0	21.0	56.1
VT	74,8	66.7	64.5	76.2	40.8	40.9
RI	42,5	70.7	50.8	76.0	87.2	80.5
LT	60,5	76.3	76.3	61.5	87.5	81.0
FR	91,8	91.4	59.3	64.1	47.0	46.3
LAZIO	82,4	84.4	79.9	81.8	62.4	73.3

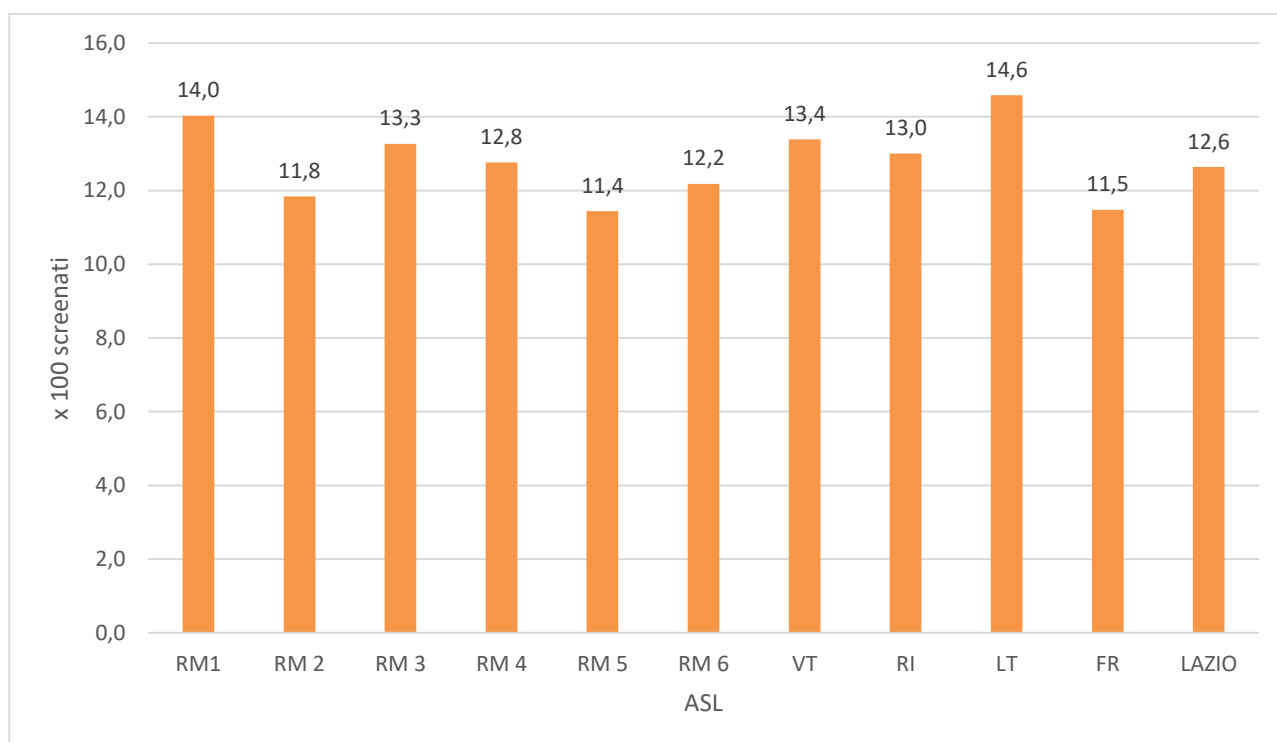
5 - HPV-DNA Test primario- baseline

Positività al test di primo livello

Il tasso di positività all'HPV test primario rappresenta la percentuale di donne risultate positive sul totale delle donne screenate. Secondo gli standard definiti i valori desiderabili sono <8% nei primi esami e <5% negli esami successivi; sono considerati accettabili valori con un range di 2-9% primi esami e 2-4% secondi esami.

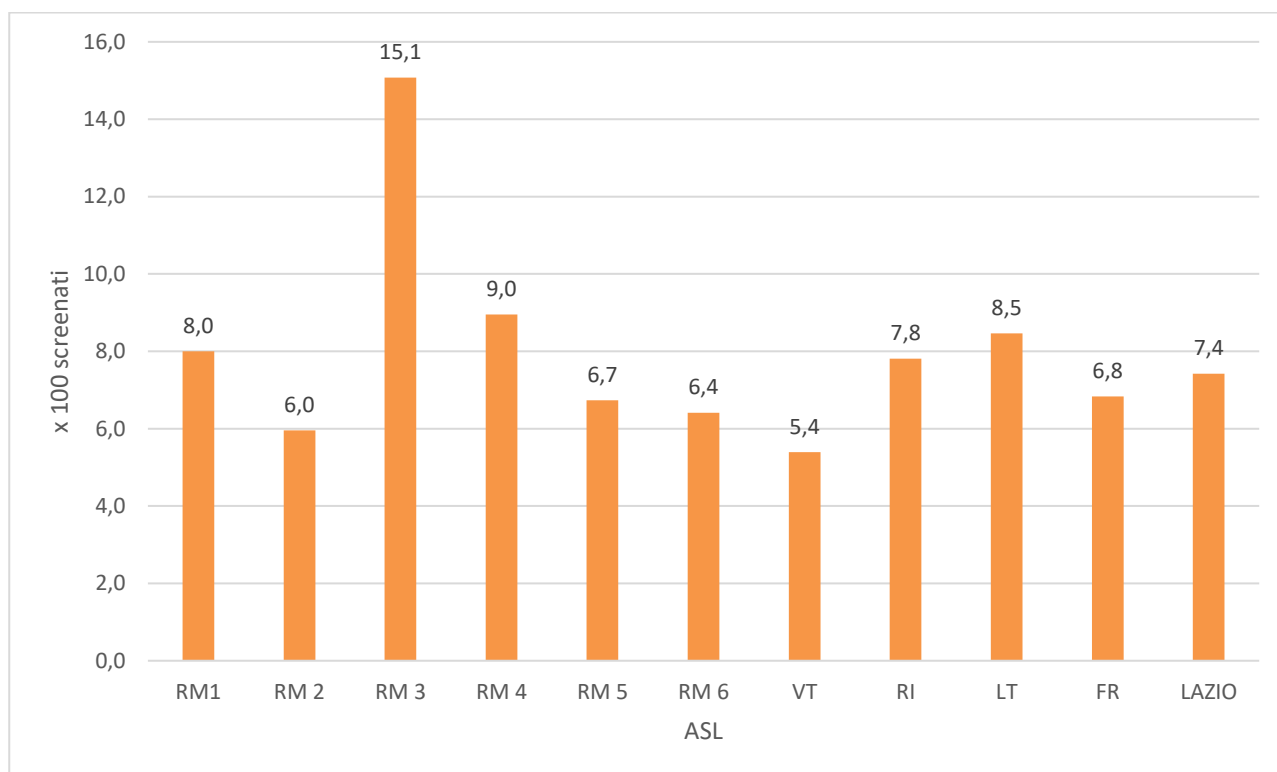
La Figura 5.10 illustra il tasso di positività ai primi esami nel 2024: il valore regionale si attesta al 12,6%, leggermente oltre il range di riferimento. Le ASL riportano valori compresi tra l'11,4% di RM5 e il 14,6% di Latina, con punte più alte in RM1 (14,0%) e Rieti (13,0%).

Figura 5.10 - Tasso di positività al HPV test nei primi esami per ASL - Regione Lazio, anno 2024



La Figura 5.11 mostra invece il tasso di positività negli esami successivi, che a livello regionale si colloca al 7,4%, anch'esso oltre gli standard di riferimento. Si osserva un andamento eterogeneo: valori contenuti in RM2 (6,0%), RM5 (6,7%) e RM6 (6,4%), mentre spicca il dato di RM3 (15,1%), nettamente più alto rispetto alle altre aziende. Anche Latina (8,5%) e Rieti (7,8%) si collocano sopra il valore regionale.

Figura 5.11 - Tasso di positività al HPV test agli esami successivi per ASL - Regione Lazio, anno 2024



Esiti del Pap test di triage nei casi HPV positivi

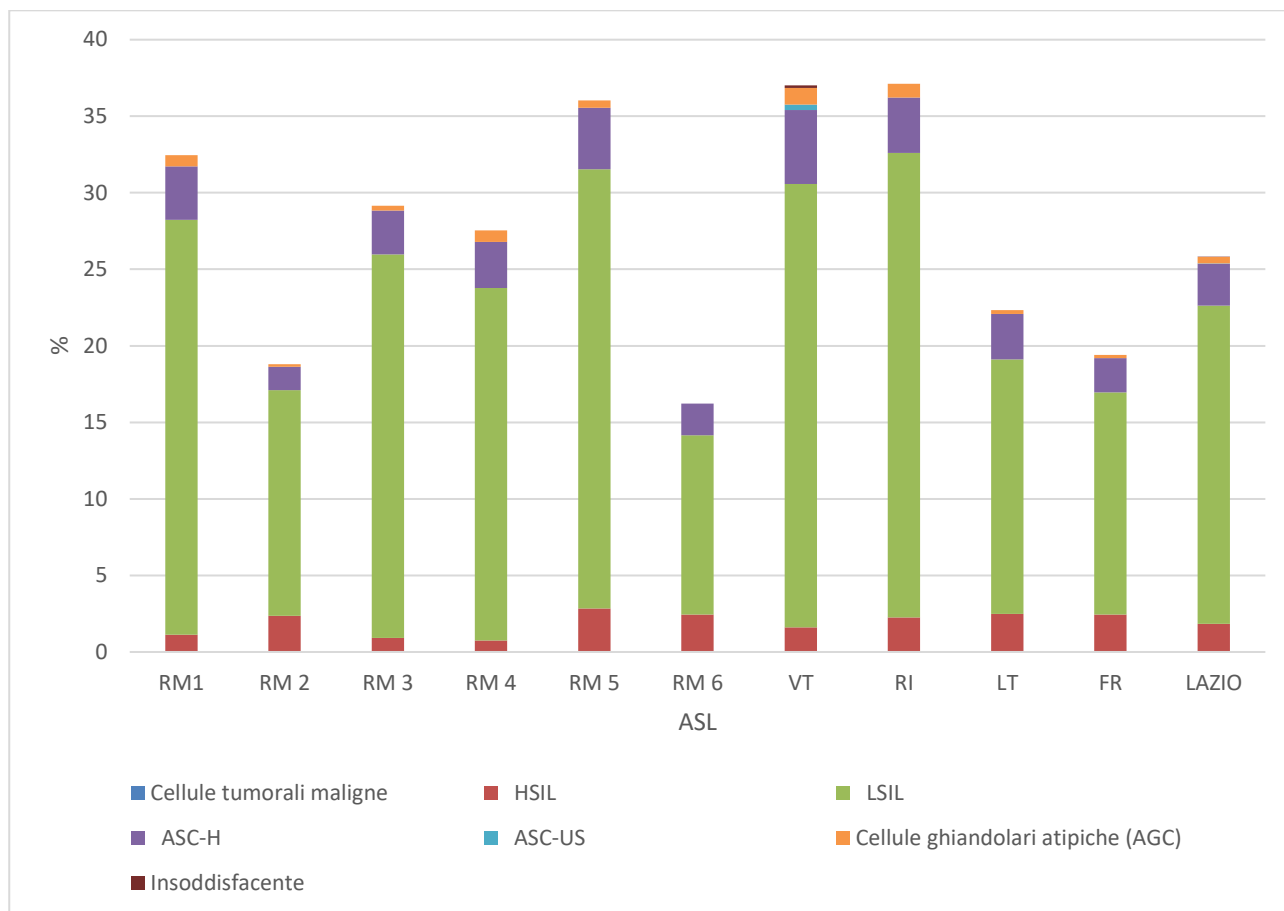
L'analisi degli esiti della citologia di triage nei casi positivi all'HPV test primario è stata condotta separatamente per i primi esami e per i successivi esami, riportati in due grafici distinti.

Nei primi esami (Figura 5.4), a livello regionale il 25,8% delle donne sottoposte a Pap test di triage dopo HPV test primario positivo presenta una citologia positiva (inclusi gli insoddisfacenti).

Tra queste, la quota più consistente è rappresentata dalle LSIL (Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion), che interessano il 20,8% delle donne sottoposte a triage, pari a circa l'81% delle citologie positive. Le frequenze più elevate di LSIL si osservano a Viterbo (29,0%) e Rieti (30,3%), mentre valori più contenuti caratterizzano RM2 (14,7%) e FR (14,5%).

Le diagnosi di HSIL (High-grade Squamous Intraepithelial Lesion) si collocano intorno all'1,8% delle donne sottoposte a triage, corrispondenti a circa il 7% delle citologie positive. Le ASC-H (Atypical Squamous Cells – cannot exclude HSIL) rappresentano il 2,7% (≈10% delle citologie positive). Le ASC-US (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) sono state rilevate esclusivamente a Viterbo, in quota marginale (0,36%). Le AGC (cellule ghiandolari atipiche) corrispondono al 0,4% (≈1,6% delle citologie positive).

Figura 5.4 - Distribuzione degli esiti del Pap test di triage per donne con HPV primario positivo - Primi esami, anno 2024



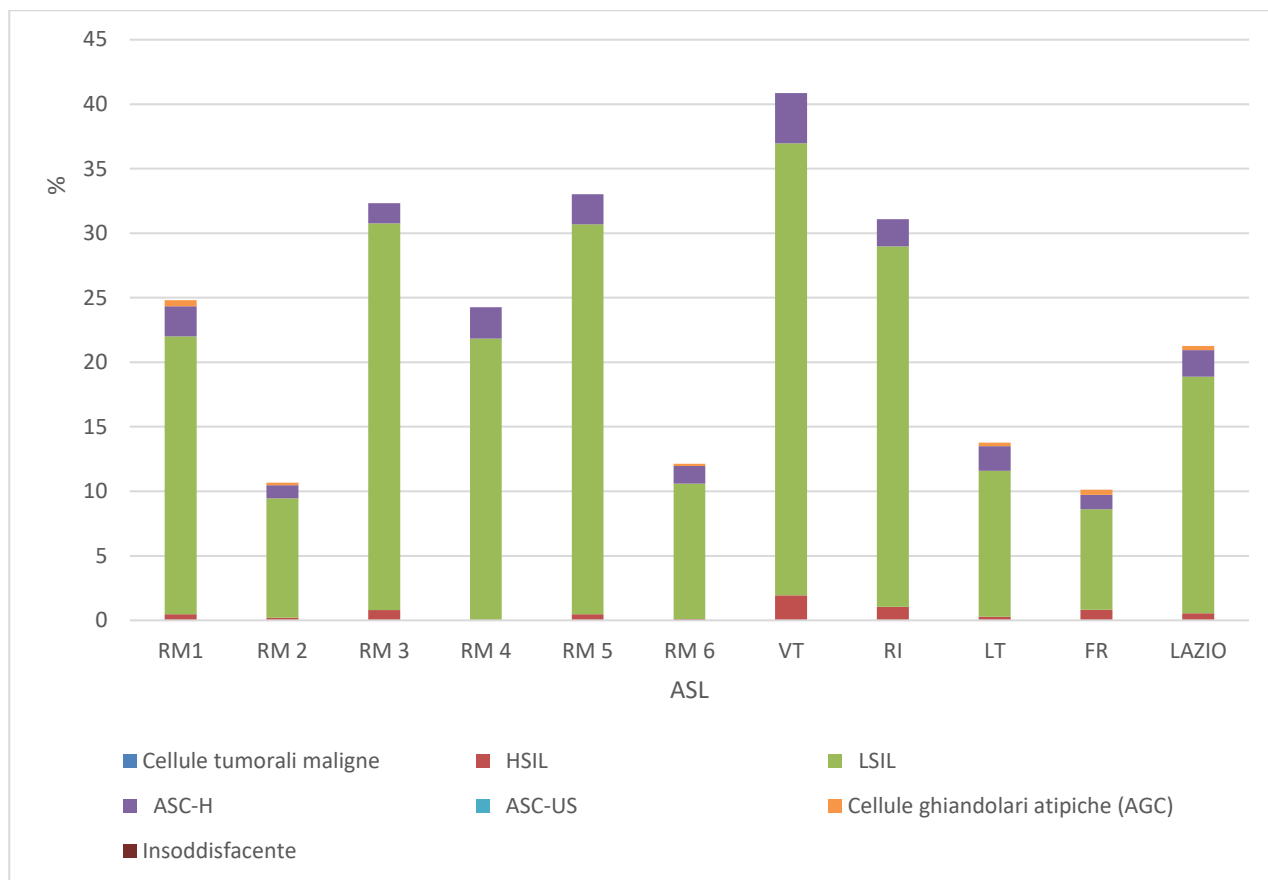
Nei successivi esami (Figura 5.5), a livello regionale il 21,3% delle donne sottoposte a Pap test di triage dopo HPV test primario positivo presenta una citologia positiva (inclusi gli insoddisfacenti).

La quota principale è rappresentata dalle LSIL, che interessano il 18,3% delle donne sottoposte a triage, pari a circa l'86% delle citologie positive. Le frequenze più elevate si osservano a Viterbo (35,0%) e RM3 (30,0%), mentre valori più contenuti caratterizzano FR (7,8%) e RM2 (9,2%).

Le diagnosi di HSIL si attestano intorno allo 0,5% delle donne sottoposte a triage ($\approx 2,6\%$ delle citologie positive), le ASC-H al 2,0% ($\approx 9,6\%$ delle citologie positive), mentre le AGC corrispondono allo 0,3% ($\approx 1,5\%$ delle citologie positive).

Non sono state rilevate citologie ASC-US o insoddisfacenti. Si conferma quindi la distribuzione già osservata nei primi esami, con una quota complessiva di positivi leggermente inferiore, come atteso trattandosi di esami successivi.

Figura 5.5 - Distribuzione degli esiti del Pap test di triage per donne con HPV positivo – Esami successivi, anno 2024



Tasso di richiamo complessivo – anno 2024

Il tasso di richiamo (RR) complessivo rappresenta la quota di donne inviate a colposcopia dopo un test HPV primario sul totale di donne screenate, includendo sia gli invii immediati (HPV+ con citologia di triage anormale) sia quelli che vi accedono dopo il richiamo a un anno in caso di ripetuta positività all'HPV test (doppio HPV+). Per gli invii immediati il range di riferimento è compreso tra 1,5% e 3%.

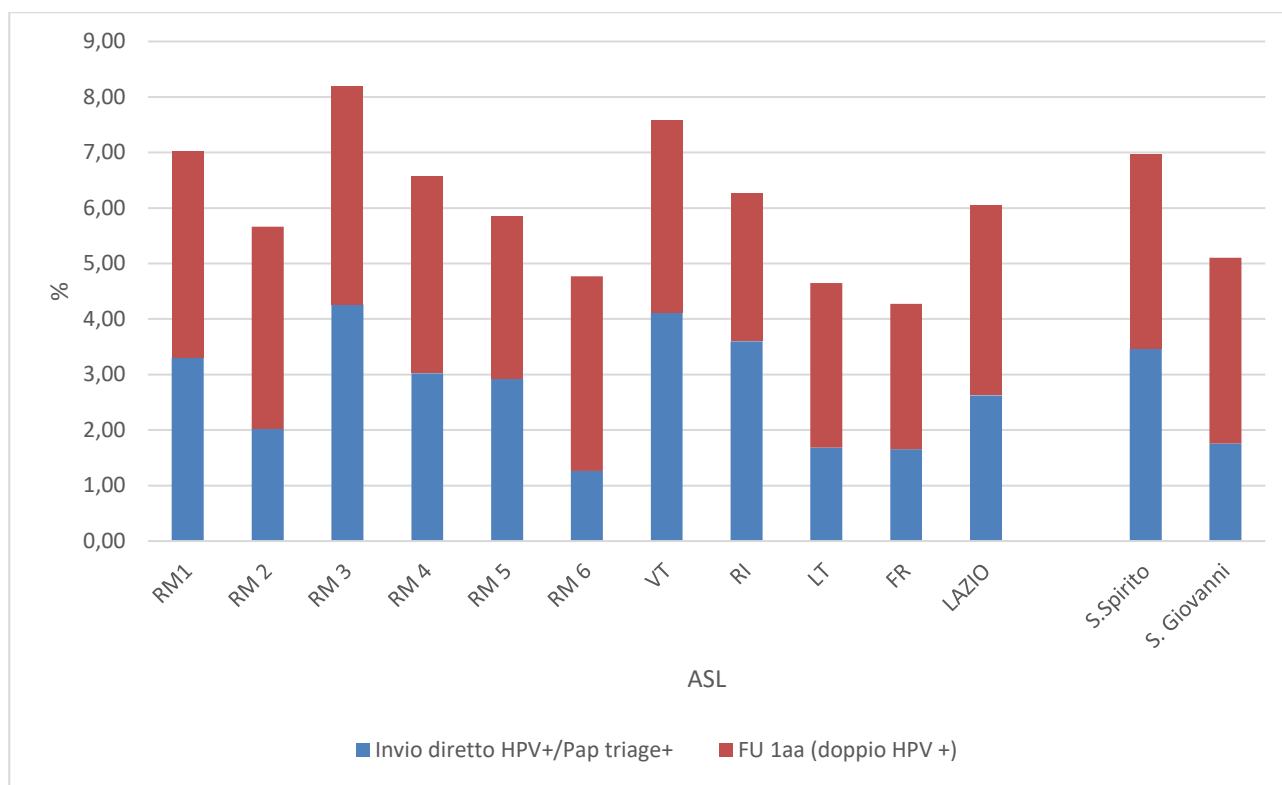
Nel 2024 (figura 5.6), a livello regionale, l'invio immediato in colposcopia si è attestato al 2,6%, in linea con lo standard atteso, mentre le colposcopie eseguite dopo richiamo a un anno hanno rappresentato il 3,4%. Considerando entrambe le componenti, il tasso complessivo di richiamo è risultato pari al 6,1%, riflettendo il carico complessivo di approfondimenti generato dal programma. A livello aziendale emergono differenze significative: valori più contenuti a Frosinone (4,3%) e Latina (4,7%), mentre più elevati a RM3 (8,2%), Viterbo (7,6%) e RM1 (7,0%).

La figura 5.6 illustra la distribuzione delle due componenti: in blu gli invii diretti in colposcopia (HPV+ con citologia anormale), in rosso i richiami a un anno (doppio HPV+). In molte aziende quest'ultima componente ha un peso rilevante, contribuendo ad accrescere il tasso complessivo oltre il contributo degli invii immediati.

Un'analisi separata dei due centri di lettura, rispettivamente dell'Ospedale S. Spirito-ASL Roma1 e dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata, evidenzia valori differenti. Il S. Spirit registra un tasso

complessivo pari al 7%, con invii immediati del 3,5%; il S. Giovanni si colloca invece al 5,1%, caratterizzato da un invio immediato più contenuto (1,8%) e da una quota di richiami annuali del 3,3%.

Figura 5.6 - Tasso di richiamo (RR) complessivo per HPV primario per ASL e Regionale-Anno 2024



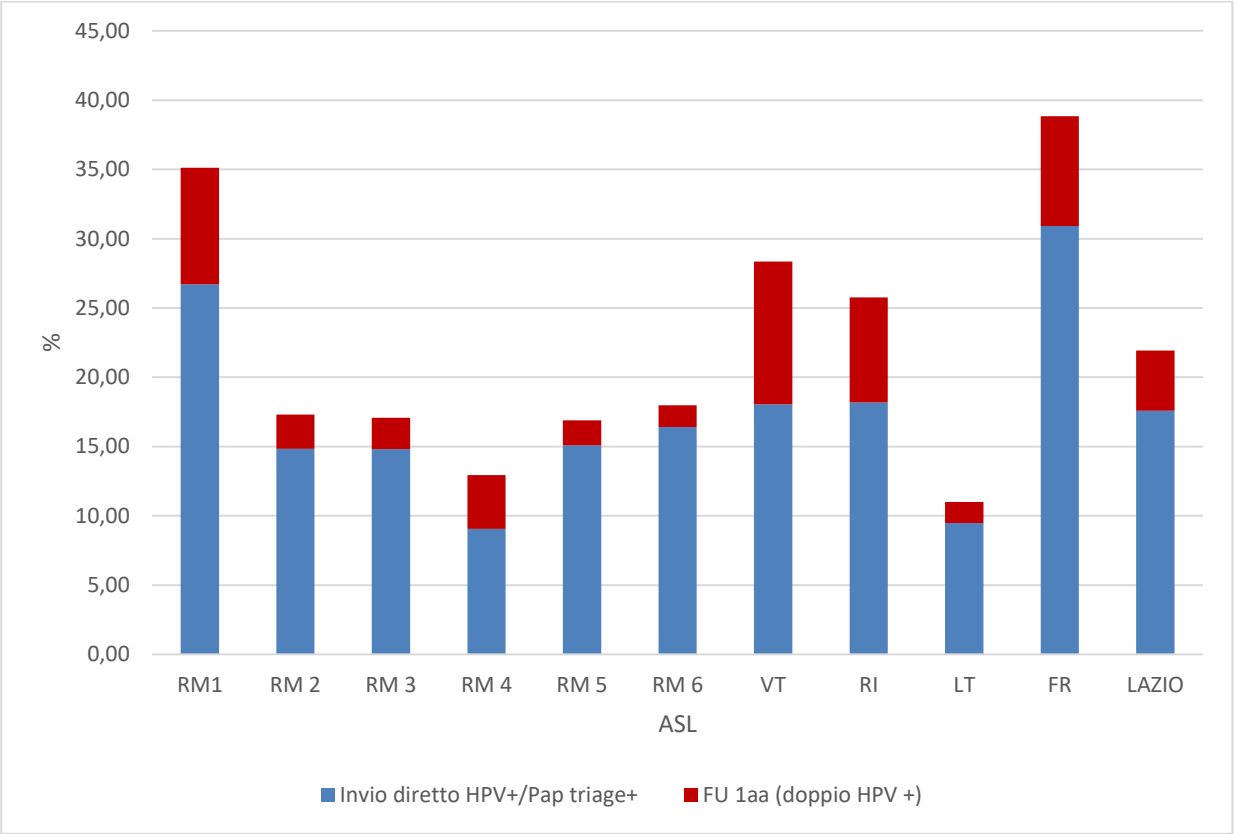
Valore Predittivo Positivo (VPP) – anno 2024

Il Valore Predittivo Positivo (VPP) misura la proporzione di donne con diagnosi istologica di CIN2+ sul totale delle colposcopie eseguite. L'indicatore viene presentato separatamente per le colposcopie effettuate al baseline, ovvero a seguito di test HPV primario positivo con citologia di triage anomala, e per quelle eseguite dopo il richiamo a un anno nei casi di doppia positività al test HPV. Lo standard atteso è compreso tra il 15% e il 30% per il baseline e tra il 3% e l'8% per i richiami ad un anno. La figura 5.7 mostra la distribuzione del VPP distinto per le due componenti, con le colposcopie da invio diretto (HPV+/Pap +) rappresentate in blu, mentre quelle da richiamo annuale (doppio HPV+) in rosso.

Nel 2024, a livello regionale, il VPP risulta pari al 17,6% per gli invii diretti, in linea con il range di riferimento. Per i richiami annuali, il valore regionale si attesta al 4,3%, anch'esso compreso nel range previsto.

A livello aziendale emerge una variabilità significativa. Tra i valori più elevati al baseline si segnalano Frosinone (30,9%) e RM1 (26,7%), entrambi superiori al valore regionale ed in linea con gli standard, mentre valori più contenuti al di sotto dello standard si registrano a RM4 (9,1%) e Latina (9,5%). Per i richiami a un anno, i valori oscillano da un minimo di 1,5% (Latina) ad un massimo di 10,3% (Viterbo).

Figura 5.7 - Valore predittivo positivo (VPP) complessivo per ASL e Regionale-Anno 2024



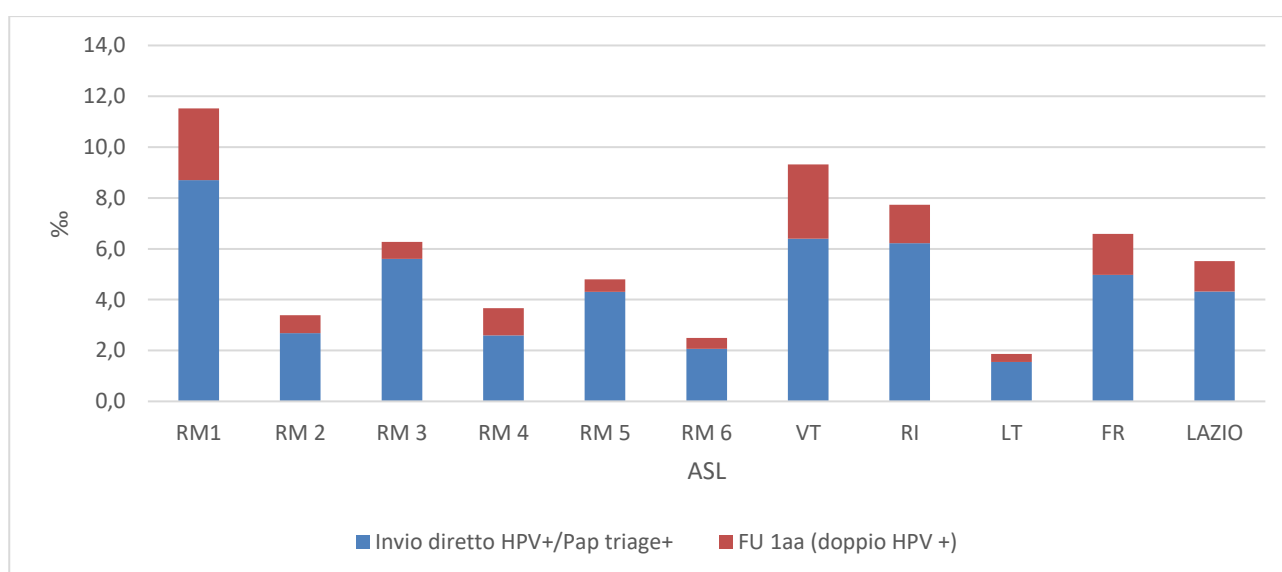
Detection Rate (DR) – anno 2024

Il Detection Rate (DR) misura il numero di donne con diagnosi istologica di lesioni CIN2+ alla colposcopia su 1.000 donne screenate. L'indicatore viene presentato separatamente per il baseline, cioè per i casi inviati direttamente dopo HPV positivo con citologia anormale, e per il richiamo a un anno in presenza di doppio HPV positivo. I range di riferimento sono 4–7‰ al baseline e 0,7–3‰ al richiamo annuale.

Nel 2024, a livello regionale, i valori risultano coerenti con i range di riferimento, con un contributo prevalente delle diagnosi rilevate al baseline (4,3 ‰) e una quota aggiuntiva non trascurabile proveniente dal richiamo a un anno (1,2 ‰). Al contrario, realtà come RM2, RM4, RM6 e Latina si collocano al di sotto del limite minimo atteso.

Il grafico illustra la distribuzione dei valori nelle diverse ASL, distinguendo in blu le lesioni individuate al baseline e in rosso quelle rilevate al richiamo annuale.

Figura 5.8 - Detection Rate (DR) complessivo per ASL e Regionale-Anno 2024



6 - Percorso PAP TEST primario

Tasso di richiamo - Referral Rete (RR)

Il Referral Rate (RR), che misura la quota di donne inviate a colposcopia dopo Pap test primario sul totale di donne screenate, nel 2024 si attesta a livello regionale al 6,8%, a fronte di un range di riferimento compreso tra il 2,5% e il 5%. Il valore osservato risulta leggermente superiore allo standard, con differenze rilevanti tra le ASL: i livelli variano da valori più contenuti, come a Latina (4,9%) e Frosinone (5,1%), a valori più elevati in Roma 1 (9,3%) e Rieti (9,6%).

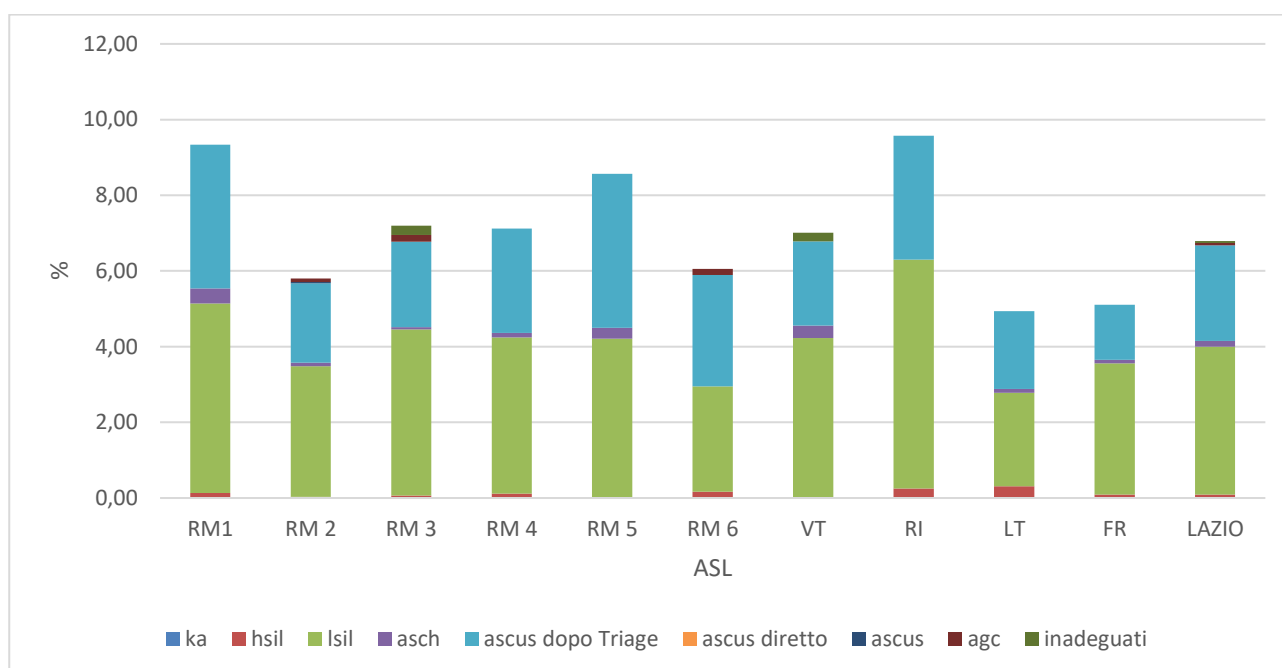
Analizzando la distribuzione delle anomalie citologiche che determinano l'invio a colposcopia (Figura 5.9), emerge che la quota più consistente è rappresentata dalle lesioni intraepiteliali squamose di basso grado (LSIL), che costituiscono la componente prevalente in tutte le ASL, con valori che variano da 2,5% a Frosinone a 6,0% a Rieti (valore regionale 3,9%). Un contributo rilevante è dato anche dagli esiti ASC-US dopo triage positivo con HPV test, particolarmente rappresentati a Roma 1 (3,8%), Roma 5 (4,1%) e Rieti

(3,3%), mentre risultano più contenute a Frosinone (1,5%) e Latina (2,1%) (valore regionale 2,5%). Gli ASC-US diretti risultano nulli in tutte le aziende, come previsto dal protocollo.

Le lesioni di alto grado (HSIL) costituiscono percentuali più contenute, oscillando dallo 0,03% di Roma 2 allo 0,31% di Latina (valore regionale 0,09%). Le cellule ghiandolari atipiche (AGC) si riscontrano in frequenze molto basse, fino ad un massimo dello 0,18% a Roma 3 (valore regionale 0,06%).

Le citologie classificate come ASC-H presentano valori variabili, con il valore maggiore dello 0,40% a Roma 1 (valore regionale 0,15%). Le citologie inadeguate rappresentano una quota marginale, con valori più elevati in Roma 3 (0,24%) e Viterbo (0,22%) (valore regionale 0,05%). Non sono stati riscontrati casi di carcinoma (ka).

Figura 5.9 - Distribuzione percentuale delle donne inviate a colposcopia nel 2024 a seguito di Pap test primario, suddivisa per tipo di anomalia citologica rilevata secondo la classificazione Bethesda (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, AGC, carcinomi, inadeguati).



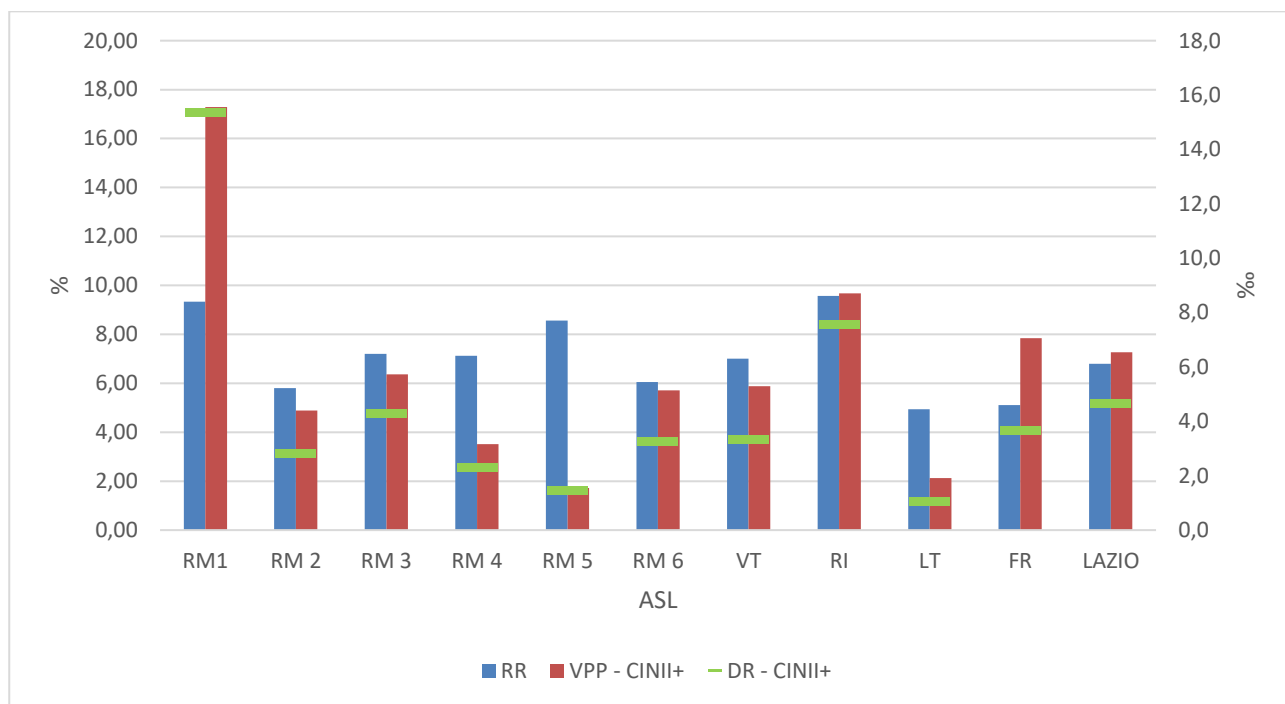
Valore Predittivo Positivo e Detection Rete

Il Valore Predittivo Positivo (VPP), che indica la proporzione di colposcopie con diagnosi istologica di CIN2+ sul totale delle colposcopie eseguite, è pari al 7,3% a livello regionale. Il valore di riferimento è >15%. Si evidenzia dunque una criticità generale, con valori inferiori in quasi tutte le ASL, ad eccezione di Roma 1 (17,3%), in linea con lo standard atteso.

Il Detection Rate (DR), che misura le lesioni CIN2+ diagnosticate per 1.000 donne screenate, è pari a 4,6% a livello regionale, in linea con il range di riferimento nazionale (4–8%). A livello territoriale, due ASL presentano valori compresi in tale intervallo (Roma 3 e Rieti), mentre i valori più alti si registrano a Roma 1 (15,3%) e i più bassi a Latina (1,0%).

Il grafico complessivo (figura 5.10) consente di cogliere la relazione tra i tre indicatori: le barre blu rappresentano il RR, le rosse il VPP e le linee verdi il DR. In alcune realtà, come Roma 1 e Rieti, alti livelli di invio a colposcopia si associano a valori consistenti di DR e VPP, indicando una buona capacità di intercettare lesioni clinicamente rilevanti. In altre realtà, come Roma 5 o Latina, invece, a un RR non trascurabile corrispondono livelli più contenuti di VPP e DR.

Figura 5.10 - Indicatori clinici del Pap test primario nel 2024: Referral Rate (RR), Valore Predittivo Positivo (VPP) e Detection Rate (DR), distinti per ASL e a livello regionale.



7 - Secondo livello-colposcopia

Il grafico a barre (Figura 5.11) mostra la distribuzione percentuale delle colposcopie eseguite nel 2024 suddivise per ASL e per tipologia di percorso di provenienza. A livello regionale (grafico a torta figura 5.12) emerge che la quota prevalente di accessi al secondo livello deriva dal follow-up da tutti i percorsi, sia diretto da II livello che da I livello (circa l'81%, pari a 19.835 colposcopie), rappresentando la componente strutturalmente più consistente del carico colposcopico. Accanto a questi, si collocano gli invii diretti da HPV primario (circa l'11%, pari a 2.620 colposcopie) e i richiami a un anno (5%, pari a 1.310 colposcopie), che complessivamente contribuiscono per quasi un quinto della domanda del secondo livello. Il contributo del Pap test primario è più contenuto (3%, pari a 688 colposcopie), ma non trascurabile.

Osservando la variabilità tra le ASL, le quote più elevate di colposcopie eseguite dopo invio diretto da HPV primario (HPV+/pap+) si riscontrano a Rieti (19,0%), Roma 1 (16,0%) e Roma 4 (14,4%). Anche per i richiami a un anno (doppio HPV+), la distribuzione è disomogenea: spiccano Rieti (9,5%) e Roma 1 (8,0%), mentre in ASL come Roma 6 (3,4%) il loro peso è ridotto. In parallelo, a Latina (90,3% dei casi) e Frosinone (93,9%) la quasi totalità delle colposcopie deriva dai follow-up, a conferma di un carico concentrato principalmente su questo percorso.

In termini assoluti, nel 2024 sono state effettuate complessivamente circa 25.000 colposcopie nella regione. I volumi più alti si registrano a Roma 1 (3.492) e Frosinone (3.444), seguiti da Latina (3.360) e Roma 2 (3.337). Valori intermedi si osservano in Roma 3 (2.724) e Roma 5 (2.421), mentre Viterbo (2.043), Roma 6 (1.863) e Roma 4 (1.076) si collocano su livelli inferiori. Rieti, con 694 colposcopie, rappresenta il contesto con il carico più contenuto.

Figura 5.11 - Distribuzione delle colposcopie eseguite nel 2024 per tipologia di percorso di provenienza (follow-up diretti, HPV primario, HPV a 1 anno, Pap primario), suddivise per ASL e a livello regionale-anno 2024

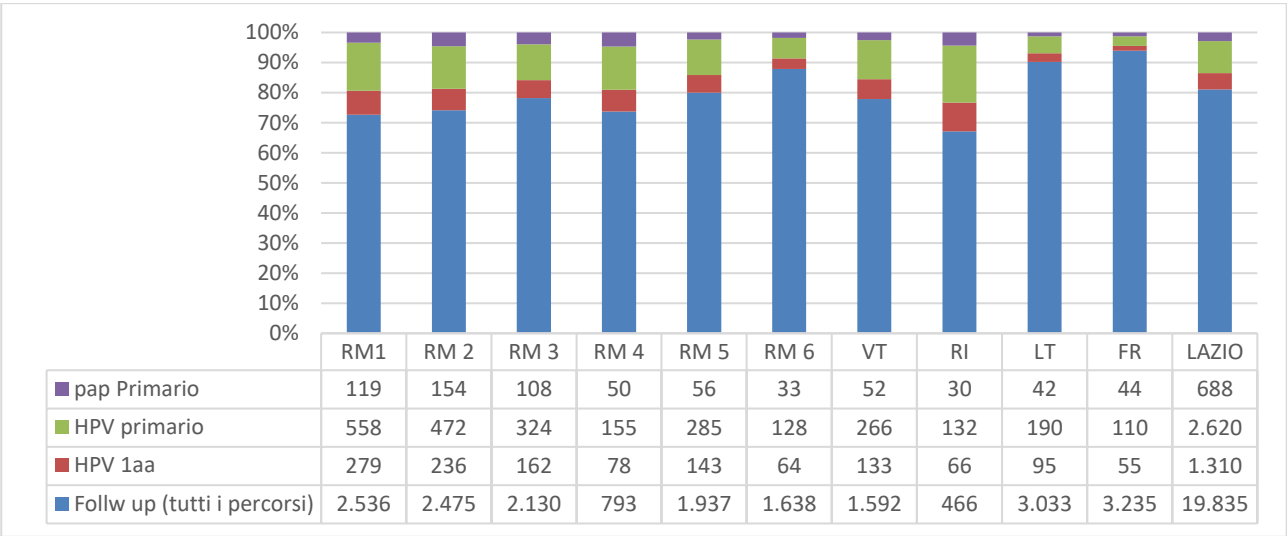
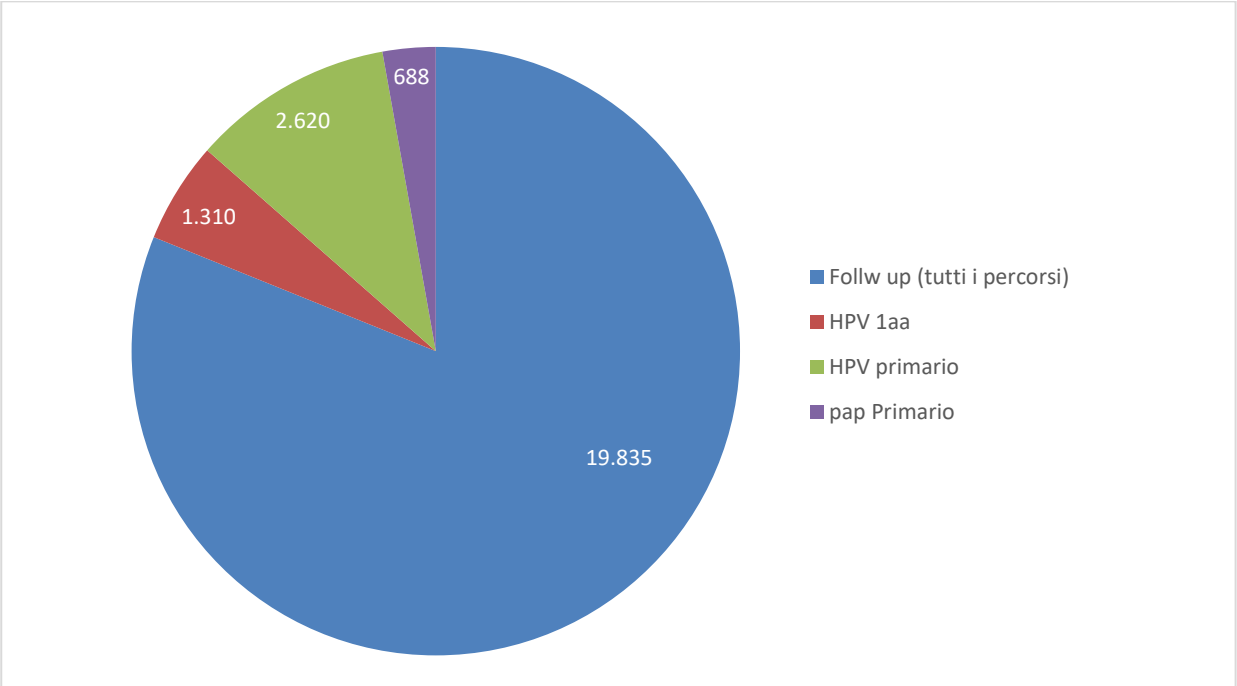


Figura 5.12 - Ripartizione complessiva regionale delle colposcopie eseguite nel Lazio nel 2024 per tipologia di percorso di provenienza.



8 - Interventi eseguiti per istologico

Il grafico (figura 5.13) illustra la distribuzione dei trattamenti effettuati in relazione agli esiti istologici.

Per le lesioni benigne e per i CIN1 prevale nettamente l'opzione del non trattamento (844 casi, 98%, per le lesioni benigne e 3.666 casi, 94%, per i CIN1). In queste categorie, le procedure escissionali rappresentano una quota residuale: per i CIN1 la conizzazione con ansa diatermica riguarda il 2,5% dei casi (97), mentre l'escissione con ansa diatermica il 2,1% (84 casi). È stato inoltre rilevato un utilizzo residuale della DTC (diatermocoagulazione, 3 casi pari allo 0,08%), limitato esclusivamente a questa categoria e applicato ad un numero del tutto trascurabile di casi.

Per i CIN2 e CIN3 si osserva un quadro diverso: la maggior parte delle donne è stata trattata con conizzazione con ansa diatermica (819 casi di CIN2, pari al 61%, e 228 casi di CIN3, pari al 67,7%). Seguono le escissioni con ansa diatermica (144 casi, 11,0%, per CIN2 e 17 casi, 5%, per CIN3). Il *non trattamento* è stato registrato in 94 casi (7%) di CIN2 e in 11 casi (3,3%) di CIN3. Un numero limitato, 4 casi, di CIN3 sono stati trattati con isterectomia totale.

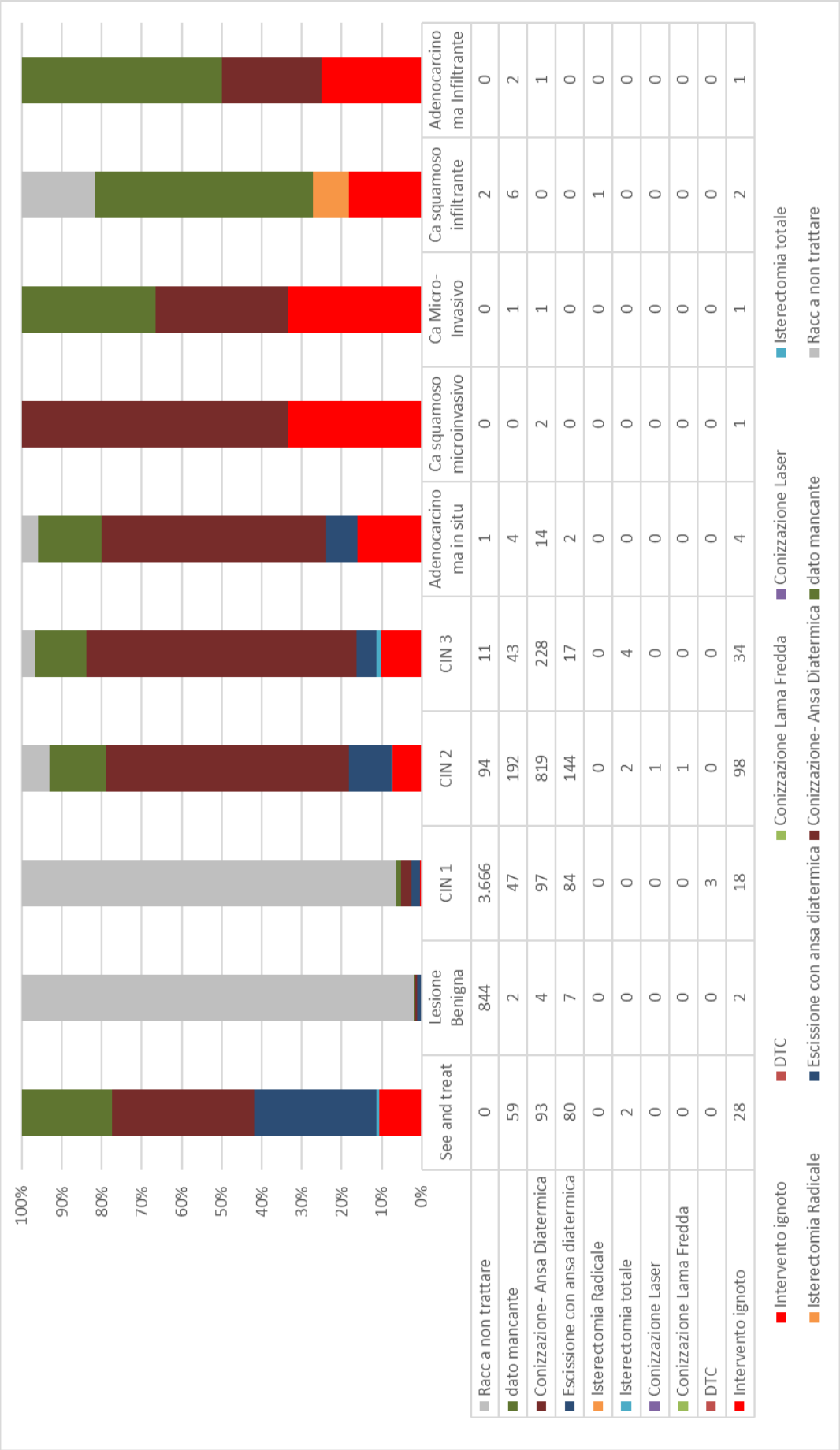
Un gruppo specifico è rappresentato dai casi gestiti con approccio *see and treat*, che ammontano complessivamente a 262 procedure. Di queste, la maggior parte è stata trattata con conizzazione con ansa diatermica (93 casi, 35,5%) ed escissione con ansa diatermica (80 casi, 30,5%), mentre 28 interventi (10,7%) risultano classificati come ignoti e 59 (22,5%) come dato mancante.

Per quanto riguarda i casi di adenocarcinoma in situ (25 complessivi) risultano trattati prevalentemente con conizzazione con ansa diatermica (14 casi, 56%), e in 2 casi (8%) con escissione con ansa. Nei casi di carcinomi microinvasivi (6 in totale) risultano disponibili informazioni solo su 3 casi trattati con conizzazione con ansa diatermica.

Nelle forme infiltranti (15 complessive tra squamoso e adenocarcinoma) la lettura risulta più complessa: 8 casi sono classificati come intervento ignoto e 3 casi come dato mancante, riducendo la possibilità di un'analisi completa. Tra i restanti, si osserva 1 caso trattato con conizzazione con ansa diatermica e 1 con isterectomia radicale.

Complessivamente, il non trattamento rappresenta la quota prevalente (68,2%), seguito dalla conizzazione con ansa diatermica con 1.259 casi (18,6%) e dall'escissione con ansa diatermica con 334 casi (4,9%). Le altre procedure (isterectomia totale e radicale, conizzazione laser o lama fredda, DTC) insieme costituiscono meno dello 0,2% dei trattamenti.

Figura 5.13 - Distribuzione dei trattamenti nel 2024 per esito istologico



6. SCREENING SPONTANEI E ORGANIZZATI: I DATI PASSI SUGLI SCREENING ONCOLOGICI ATTIVI NEL LAZIO (BIENNIO 2023-2024)

Come PASSI rileva i dati sugli screening oncologici

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta, operativo a livello nazionale, che stima la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali, nonché la diffusione delle misure di prevenzione.

Un campione casuale di residenti tra i 18 e i 69 anni viene estratto dagli elenchi anagrafici sanitari. Il personale delle ASL, appositamente formato, conduce interviste telefoniche (circa 25 al mese per ASL) utilizzando un questionario standardizzato.

PASSI raccoglie informazioni sulla copertura degli screening oncologici chiedendo direttamente agli intervistati, appartenenti alla popolazione target:

- se e quando hanno eseguito il test a scopo esclusivamente preventivo, cioè in assenza di segni e sintomi;
- se hanno sostenuto un costo parziale o totale per l'esecuzione del test, per distinguere la partecipazione agli screening organizzati e gratuiti offerti dalle ASL da quella agli screening spontanei, ovvero eseguiti fuori dai programmi organizzati, con costi a carico del paziente.

La domanda sulla tempistica dell'ultimo test consente di distinguere tra chi, appartenendo alla popolazione target, si è sottoposto al test nei tempi raccomandati dalle linee guida italiane e contribuisce così alla stima della copertura totale (dentro o fuori i programmi organizzati). È inoltre possibile identificare chi si è sottoposto al test a scopo preventivo ma oltre i tempi raccomandati, e chi invece non si è mai sottoposto a screening pur essendo nella popolazione target.

PASSI rileva anche informazioni sui fattori predittivi della pratica dello screening e sull'efficacia delle attività di promozione messe in campo, permettendo di delineare il profilo socioeconomico e di esposizione ai rischi delle persone escluse dallo screening, nonché le motivazioni della mancata partecipazione e i canali di promozione utilizzati.

I dati PASSI presentati in questo capitolo fanno riferimento alla raccolta del biennio 2023-2024 (n. 6451).

Copertura dello screening mammografico, cervicale e coloretale, dentro e fuori i programmi organizzati dalle ASL e le Linee Guida Nazionali: i dati PASSI 2023-2024

Le figure seguenti mostrano le coperture totali, dentro e fuori i programmi organizzati dalle ASL, per gli screening mammografico e cervicale, e i dati relativi all'esecuzione del test coloretale⁸, secondo le linee guida nazionali, riferiti al biennio 2023-2024:

- Il 78% delle donne tra 50 e 69 anni residenti in Lazio si sottopone a **screening mammografico** nei tempi e modi raccomandati⁹, di cui il 50% aderisce ai programmi organizzati dalle ASL e il 28% su iniziativa spontanea, al di fuori dei programmi organizzati. (Fig.1)

⁸ La quota di esecuzione del test di screening per la prevenzione del tumore del colon retto fuori dai programmi organizzati è minima.

⁹ Dato PASSI per l'Italia: 75%

- La copertura complessiva dello **screening cervicale** fra le donne 25-64enni è pari all'83%¹⁰, di cui il 36% partecipa ai programmi organizzati delle ASL e il 47% si sottopone al test su iniziativa spontanea.(Fig.2)

Figura 6.1 - Copertura totale (organizzato e spontaneo) dello screening mammografico (PASSI 2023-2024)

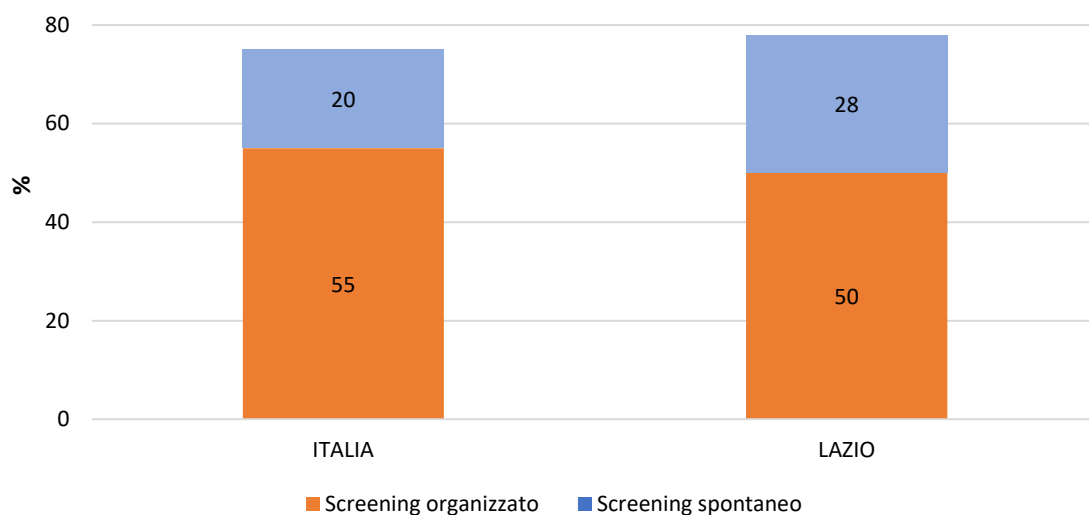
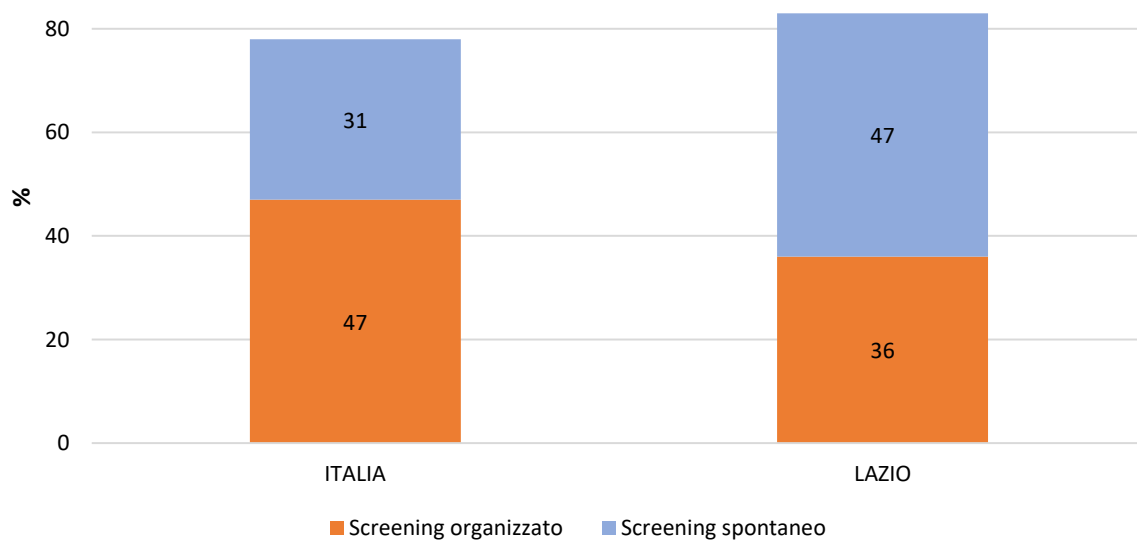


Figura 6.2 - Copertura totale (organizzato e spontaneo) dello screening cervicale (PASSI 2023-2024)



¹⁰ Dato PASSI per l'Italia: 78%

- Solo il 42% della popolazione 50-69enne, uomini e donne, si sottopone a un test per la **diagnosi precoce dei tumori del colon-retto** secondo le linee guida (ricerca del sangue occulto ogni due anni).

I dati relativi al biennio in esame delle singole ASL indicano, in accordo al dato regionale, la maggiore prevalenza dello screening organizzato rispetto a quello spontaneo su tutto il territorio regionale, confermando che il programma pubblico organizzato rappresenta il principale canale di prevenzione, ad eccezione dello screening cervicale per il quale si osserva una maggiore prevalenza dello screening spontaneo rispetto all'organizzato.

Nonostante l'ampia diffusione del programma di screening organizzato, la persistenza di una significativa quota di adesione spontanea ha implicazioni rilevanti per l'appropriatezza, la tempestività e l'equità della prevenzione del carcinoma cervicale sul territorio regionale.

Le disuguaglianze nella pratica della prevenzione secondaria, motivi di mancata adesione e l'efficacia delle attività di promozione

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche conferma che questi fattori influenzano in modo significativo l'accesso ai programmi di diagnosi precoce dei tumori, con differenze rilevanti nelle coperture tra i vari sottogruppi della popolazione, sia nello screening organizzato sia in quello spontaneo.

In particolare, i dati Passi indicano che le persone con bassi livelli socio-culturali partecipano meno frequentemente ai test di prevenzione rispetto agli altri gruppi. Sebbene la presenza di programmi di screening organizzati contribuisca a ridurre queste disuguaglianze, non riesce a eliminarle del tutto.

- Per lo screening mammografico, partecipa il 73% delle donne 50-69enni con titolo di studio medio/basso (media inferiore) rispetto all'85% delle laureate e circa il 70% di chi segnala molte o qualche difficoltà economiche (vs 81% di chi non ne ha) - Fig.3.
- I dati relativi allo screening cervicale indicano un gradiente sociale simile, con un'adesione del 72% tra le donne 24-64enni con titolo di studio medio/basso (media inferiore) rispetto all'89% delle laureate, del 74% tra chi ha molte difficoltà economiche (vs 85%) - Fig.4.
- Il gradiente sociale è chiaro anche per lo screening coloretale, che coinvolge il 38% delle persone 50-69enni con bassa istruzione (media inferiore) rispetto al 47% dei laureati - Fig.5.

Infine, è importante sottolineare come i determinanti sociali della salute siano spesso associati anche a comportamenti meno salutari: le persone svantaggiate, oltre ad aderire meno agli screening, tendono a presentare una maggiore esposizione a fattori di rischio per le patologie croniche non trasmissibili come fumo, sedentarietà, eccesso ponderale. Di conseguenza, queste condizioni contribuiscono ulteriormente a rafforzare le disuguaglianze tanto nell'accesso alla diagnosi precoce quanto nell'esposizione ai principali fattori alla base dello sviluppo dei tumori.

Figura 6.3 - Copertura totale (organizzato e spontaneo) dello screening mammografico in sottogruppi della popolazione per caratteristiche sociodemografiche. PASSI Lazio 2023-2024

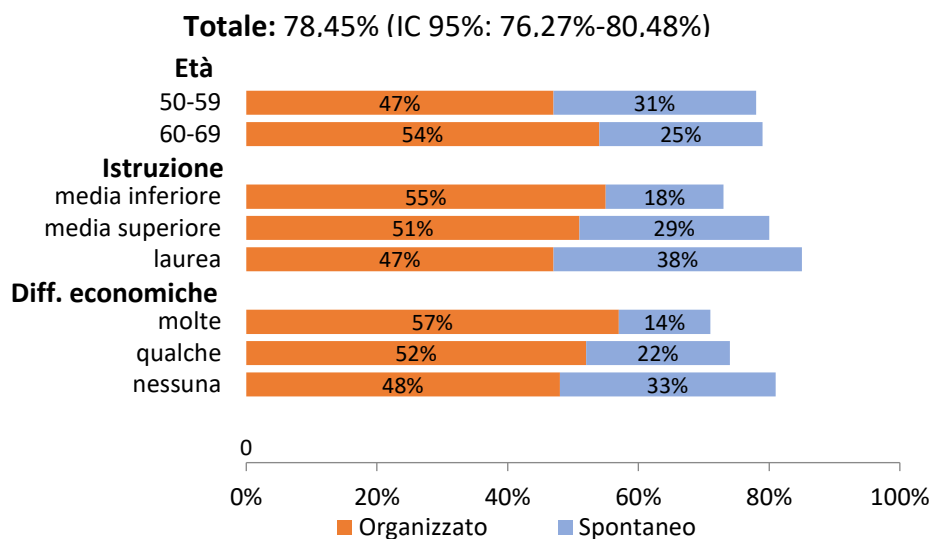


Figura 6.4 - Copertura totale (organizzato e spontaneo) dello screening cervicale in sottogruppi della popolazione per caratteristiche sociodemografiche. PASSI Lazio 2023-2024

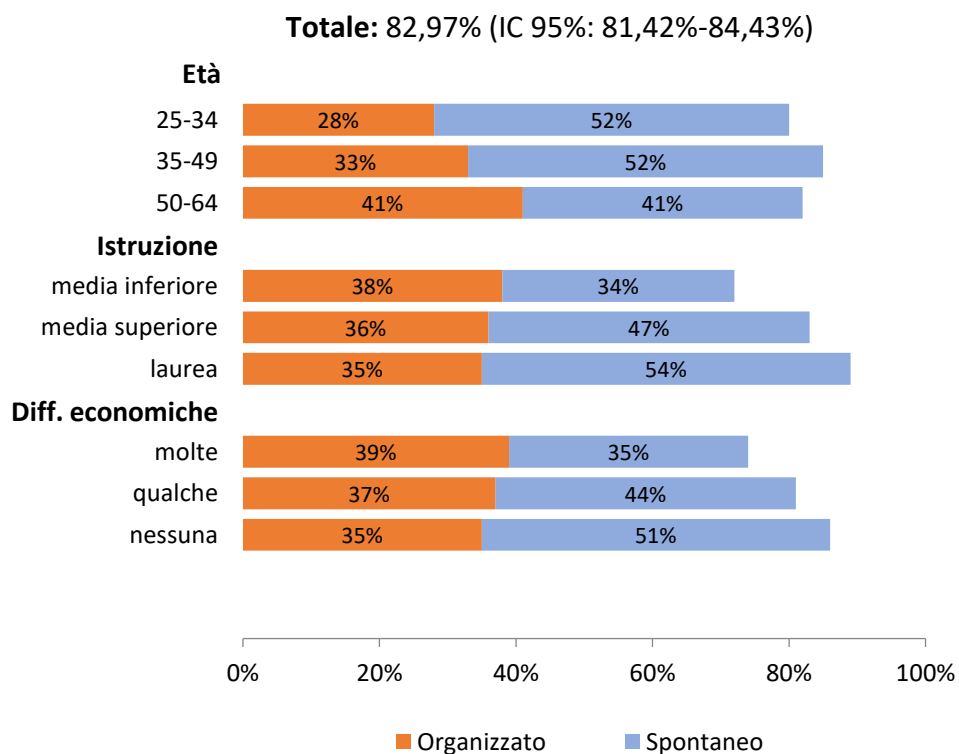
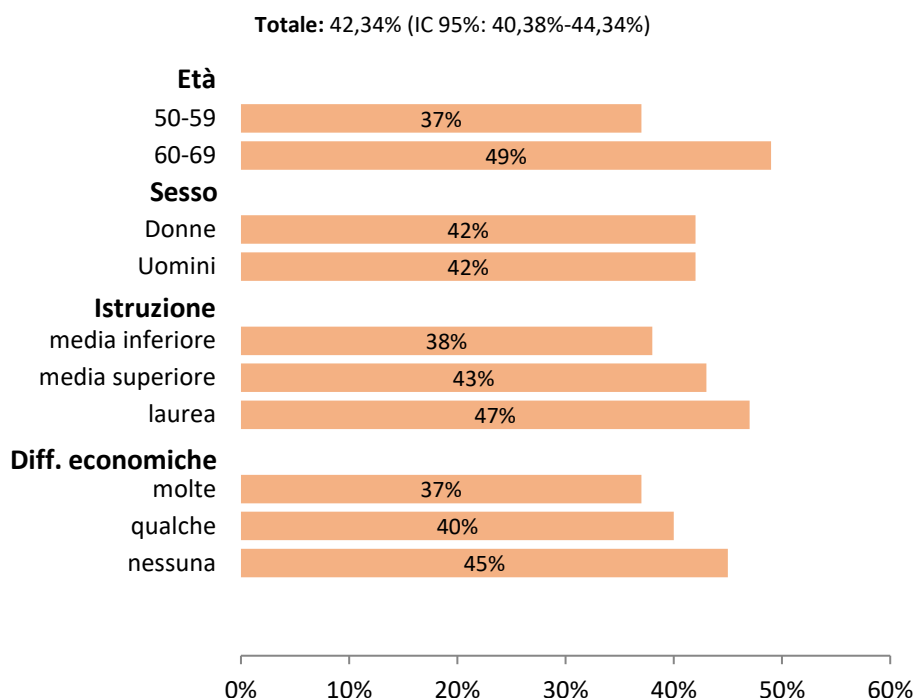


Figura 6.5 - Copertura totale (organizzato e spontaneo) dello screening coloretale in sottogruppi della popolazione per caratteristiche sociodemografiche. PASSI Lazio 2023-2024



La Sorveglianza PASSI consente di delineare il profilo delle persone che non partecipano ai programmi di prevenzione organizzata raccogliendo informazioni sulle motivazioni della mancata adesione riferite dagli intervistati che non si sono mai sottoposti ai test o lo hanno fatto in modo irregolare (figure 6, 7, 8). Tra le ragioni più frequenti emergono “non ho ricevuto alcuna convocazione”, “non ho avuto tempo”, “penso di non averne bisogno”, “pigrizia”, “nessuno me l’ha consigliato” che suggeriscono sia la necessità di rafforzare la consapevolezza sull’importanza della diagnosi precoce dei tumori, sia la necessità di rendere l’invito attivo più efficace e mirato alla popolazione target.

Nel contesto dello screening coloretale è particolarmente rilevante la motivazione “nessuno me lo ha consigliato”. Questo dato mette in evidenza l’importanza strategica dell’offerta del counselling da parte degli operatori sanitari nei confronti della popolazione nei vari setting in cui opera, soprattutto per i programmi di screening con coperture ancora migliorabili.

I dati PASSI consentono anche di valutare l’efficacia degli interventi per la partecipazione: il consiglio del medico e la lettera di invito della ASL rappresentano strumenti efficaci di promozione dello screening, in grado di aumentare l’adesione ai programmi e di favorire l’esecuzione dei test secondo gli intervalli raccomandati. Ha infatti effettuato la mammografia l’85% delle donne che ha ricevuto sia la lettera di invito sia il consiglio medico, rispetto al 42% di chi non è stata raggiunta da interventi di promozione; risultati analoghi si osservano per lo screening cervicale (rispettivamente 90% vs 53%) e per quello coloretale (rispettivamente 68% contro 5%).

Potenziare il counselling e diversificare le strategie comunicative può quindi contribuire a incrementare la partecipazione e a ridurre le barriere ancora presenti nell’accesso ai test di screening.

Figure 6.3 - Le motivazioni della mancata partecipazione allo screening mammografico (PASSI Lazio 2023-2024)

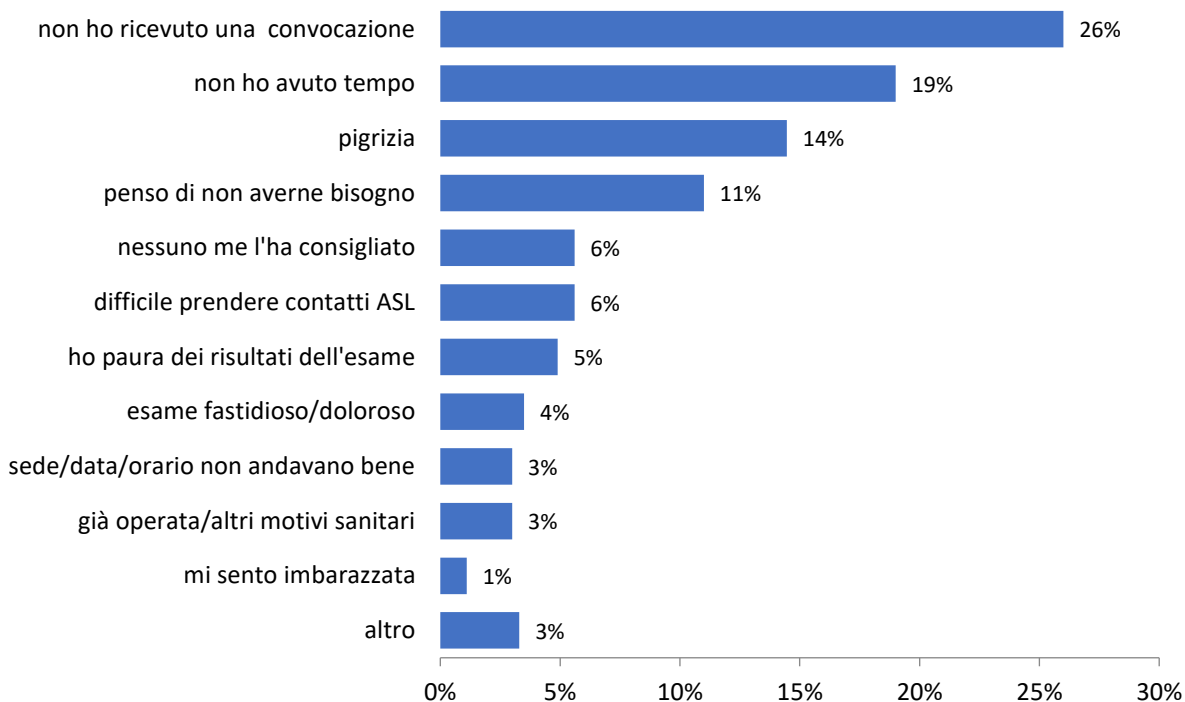


Figure 6.4 - Le motivazioni della mancata partecipazione allo screening cervicale (PASSI Lazio 2023-2024)

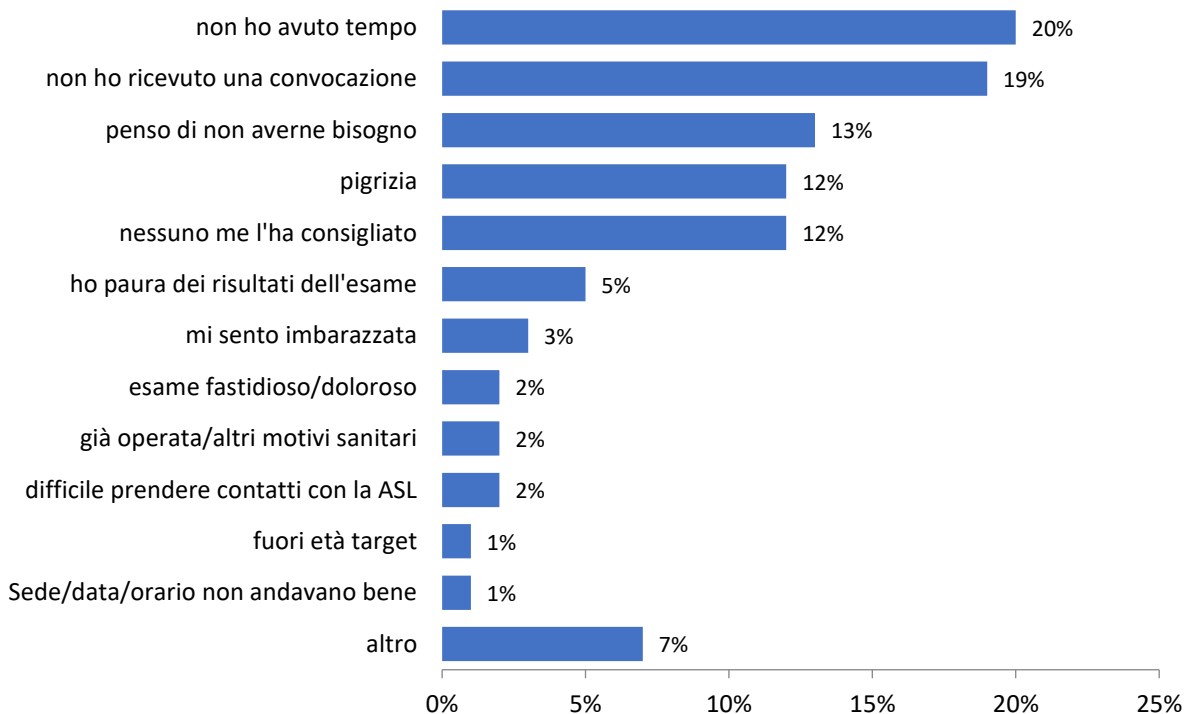


Figure 6.5 - Le motivazioni della mancata partecipazione allo screening coloretale (PASSI Lazio 2023-2024)

