


**la salute è un diritto:
non tagliare, spendere meglio**


[PRIMO PIANO](#)
[Sanità](#)
[Lavoro – Professioni](#)
[Farmaci – Tech](#)
[Dipendenze](#)
[Ospedali](#)
[Territorio](#)
[Genere – Donne](#)
[Sociale](#)

[Prevenzione](#)
[Non Autosufficienza – Disabilità](#)
[Migranti](#)
[Carcere](#)
[Salute Mentale – OPG](#)
[Anti Corruzione](#)
[Documenti e Statistiche](#)

RPS – Rivista delle Politiche Sociali



GIMBE SU SCREENING ONCOLOGICI: nel 2024 oltre 7,6 milioni di persone fuori dai programmi gratuiti



**Screening oncologici: nel 2024
oltre 7,6 milioni di persone fuori**

dai programmi gratuiti. Più di 50.300 tumori e lesioni precancerose non intercettati dagli screening organizzati. Aderisce solo 1 persona su 2 per mammella e cervice, 1 su 3 per colon-retto. Divari regionali profondi, Mezzogiorno in coda

14 luglio 2026

Nel 2024 il 54% della popolazione target, oltre 7,6 milioni di persone, è rimasto fuori dai programmi gratuiti di screening oncologico, soprattutto nel Mezzogiorno: in parte perché non ha ricevuto l'invito, molto più spesso perché non ha aderito. «Adesioni ancora troppo basse e profonde diseguaglianze territoriali – dichiara Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – compromettono l'efficacia dello strumento più idoneo per individuare precocemente tumori e lesioni precancerose. Il bilancio è pesantissimo: oltre 50.300 casi non intercettati dai programmi organizzati di screening».

Gli screening oncologici inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che tutte le Regioni devono garantire gratuitamente, comprendono la mammografia per le donne tra 50 e 69 anni, lo screening del tumore della cervice uterina per le donne tra 25 e 64 anni e quello del tumore del colon-retto per donne e uomini tra 50 e 69 anni. «Al netto degli esclusi dal target – afferma Cartabellotta – nel 2024 sono state invitate a eseguire un test di screening oltre 14,1 milioni di persone (14.101.942), ma hanno aderito meno di 6,5 milioni (6.481.002). Il dato nasconde profonde differenze non solo tra i tre programmi di screening, ma soprattutto tra Regioni e aree geografiche del Paese».

ARCHIVIO STORICO

ultimi INTERVENTI

Oltre diecimila anziani morti in Europa durante l'ondata di calore di fine giugno. Auser continuerà a prend... fragili. di Domenico Pantaleo

Una sanità territoriale per evitare nuove disuguaglianze. di Gilberto Turati

Riformare la sanità: non è forse il caso di ripartire dalla Facoltà di Medicina? di Cesare Cislighi

Ambiente. Dopo il disastro. di Eva Benelli

Gender gap di salute. di Tiziana Lavallo

Pubblico, privato, comune. Riflessioni da "L'industria della salute ..." (Agnolotto). di Elena Granaglia

"Lo Stato deve riprendersi i servizi pubblici". di Angelo Salento

Un'occasione per ripensare le nostre carceri. di Franco Corleone

Carcere e dignità La Corte costituzionale ammette l'amicus curiae della Società della Ragione. di Giulia Melani

Disarmare l'intelligenza artificiale? Leone XIV tra responsabilità e potere tecnologico (II parte). di Giuseppe Sant'Elia

AUTORI

[Aceti](#)
[Ambrosini](#)
[Anastasia](#)
[Baldini](#)
[Barbaresi](#)
[Bassi](#)

Sulla base dei dati del [Report 2024 dell'Osservatorio Nazionale Screening \(ONS\)](#), il network che monitora gli screening oncologici offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la Fondazione GIMBE ha analizzato punti di forza e criticità dei tre programmi «con un duplice obiettivo: sensibilizzare i cittadini sull'importanza di aderire agli screening organizzati e sollecitare Regioni e Aziende Sanitarie Locali a rafforzare l'organizzazione e la comunicazione pubblica su questo pilastro della prevenzione oncologica», spiega il Presidente.

Il Report ONS mette a disposizione numerosi indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening, la cui erogazione presenta un'elevata variabilità regionale nelle modalità di invito, nelle strategie di recupero e, soprattutto, nella copertura della popolazione target. Per comprenderne le dinamiche, tre indicatori sono fondamentali:

- **Popolazione target da invitare.** Per ciascuno dei tre programmi, la popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2024 nelle fasce di età previste viene rapportata alla periodicità del test: ogni 2 anni per gli screening mammografico e colon-rettale, ogni 3 anni per quello cervicale.
- **Estensione dello screening.** Indica il numero di inviti effettivamente spediti, al netto di quelli non recapitati, rispetto alla popolazione target. Non vengono conteggiate le persone escluse prima dell'invio per ragioni cliniche, perché già sottoposte al test di screening o a un esame di secondo livello oppure con una diagnosi oncologica. L'estensione può superare il 100% quando le Regioni effettuano inviti aggiuntivi per recuperare gli inviti non effettuati negli anni precedenti a causa della pandemia, del mancato recapito o della mancata adesione.
- **Adesione allo screening.** Indica la percentuale di persone che si sottopongono al test rispetto alla popolazione target, al netto delle esclusioni effettuate prima dell'invio per ragioni cliniche. L'indicatore rientra nel Nuovo Sistema di Garanzia, con cui il Ministero della Salute monitora l'adempimento regionale ai LEA.

ESTENSIONE DELLE FASCE D'ETÀ. La Legge di Bilancio 2026 ha previsto un finanziamento dedicato per ampliare progressivamente le fasce di età dei programmi di screening oncologico. Diverse Regioni avevano già anticipato questa scelta con risorse proprie extra-LEA, offrendo la mammografia anche alle donne di 45-49 e 70-74 anni e lo screening del colon-retto anche alle persone di 70-74 anni. «L'ampliamento delle fasce di età rappresenta un'evoluzione importante delle strategie di prevenzione oncologica – commenta Cartabellotta – ma deve essere attuato solo dopo aver garantito un'elevata copertura della popolazione già destinataria degli screening inclusi nei LEA. Altrimenti si rischia di ampliare ulteriormente i divari tra le Regioni in grado di estendere l'offerta e quelle che non riescono ancora a garantire efficacemente quella ordinaria».

SCREENING MAMMOGRAFICO. È offerto a tutte le donne tra 50 e 69 anni. In caso di esito positivo, il percorso prevede ulteriori approfondimenti diagnostici mediante test di imaging (ecografia, TAC, risonanza magnetica), esame citologico o biopsia.

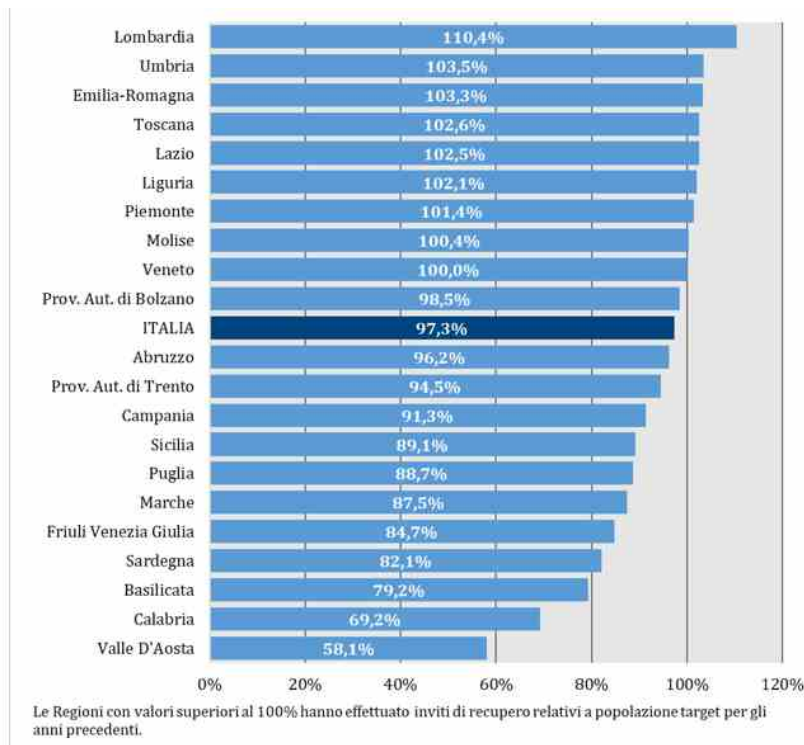
Estensione dello screening. Nel 2024 in Italia è stato invitato il 97,3% (n. 4.185.888) della popolazione target, con marcate differenze regionali: dal 110,4% della Lombardia al 58,1% della Valle d'Aosta (Figura 1). «Con l'eccezione del Molise – commenta Cartabellotta – nessuna Regione del Sud raggiunge la soglia del 100%, segnale di criticità organizzative ancora rilevanti nella gestione degli inviti».

Figura 1. Screening mammografico: estensione
(dati ONS, anno 2024)

Benevelli	Bindi	Bon	Bonati
Bordignon	Carra	Cartabellotta	
Cattaneo	Cecconi	Cimmino	
Cippitelli	Cislaghi	Comito	
Corleone	Costa	Cozza	D'Elia
Daveri	Del Giudice	Dell'Acqua	
Dentico	Dettori	Dirindin	Falcone
Fattorini	Filippi	Fiorentini	
Galletti	Gallitu	Garattini	
Geddes	Geddes da Filicaia		
Giannichedda	Giorgi	Gonnella	
Gori	Granaglia	Greco	Lancioni
Lisi	Lotti	Maciocco	Maffei
Maiolini	Malafarina	Manconi	
Marino	Mattarella	Melani	
Mengarelli	Mezzina	Milani	
Milazzo	Murru	Nocera	Pagliani
Palma	Parrella	Pavolini	
Pellegrini	Pepe	Perduca	
Pesaresi	Poneti	Proia	Raitano
Rizzo	Romano	Ronconi	Rosina
Rossi	Rotelli	Sabbadini	Sabelli
Salmaso	Saraceno	Sartor	
Scafato	Scalia	Scillitani	Segio
Spinsanti	Starace	Stefanini	
Tagliaferri	Turati	Ubiali	Urgesi
Valsecchi	Vecchiato	Vecchio	
Viesti	Zocchetti	Zuffa	

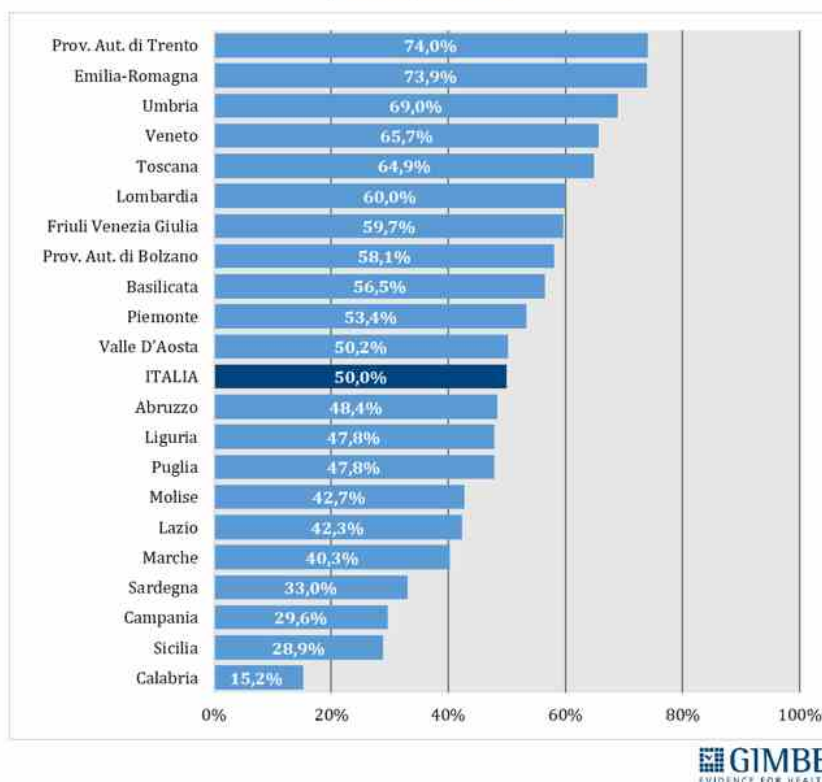
Ricerca nel sito

Cerca ...



Adesione allo screening. A livello nazionale ha aderito allo screening mammografico il 50% delle donne invitate, con marcate differenze regionali: dal 74% della Provincia autonoma di Trento al 15,2% della Calabria (Figura 2). Tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, registrano livelli di adesione inferiori alla media nazionale.

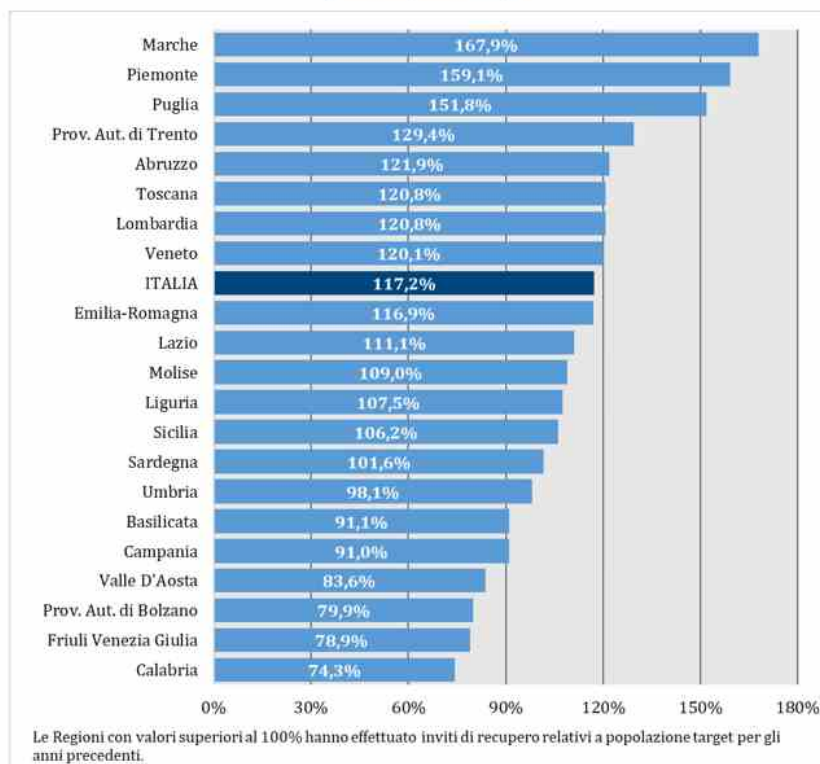
Figura 2. Screening mammografico: adesione
 (dati ONS, anno 2024)



SCREENING CERVICALE. È offerto a tutte le donne tra 25 e 64 anni: nelle fasce più giovani, tra 25 e 30/35 anni, viene proposto il Pap-test ogni 3 anni; nelle fasce d'età successive, il test per il virus del papilloma umano (HPV test) ogni 5 anni. Alcune Regioni hanno adottato protocolli personalizzati in base allo stato vaccinale per l'HPV. In caso di esito positivo, viene proposta la colposcopia come test di secondo livello, eseguita nel 2024 da quasi il 93% delle donne positive allo screening.

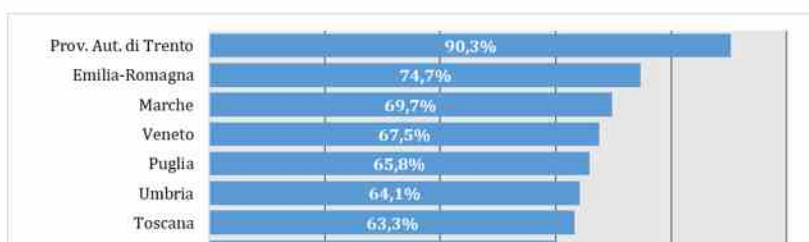
Estensione dello screening. Nel 2024 sono state invitate 4.048.525 donne: il 78,7% (n. 3.190.938) con HPV test e il 21,3% (n. 857.587) con Pap-test. Complessivamente, è stato invitato il 117,2% della popolazione target, con forti differenze regionali: dal 167,9% delle Marche al 74,3% della Calabria (Figura 3). «In 14 Regioni – spiega Cartabellotta – l'estensione supera il 100%: un dato che conferma come nel 2024 fosse ancora necessario recuperare numerosi inviti non effettuati negli anni della pandemia».

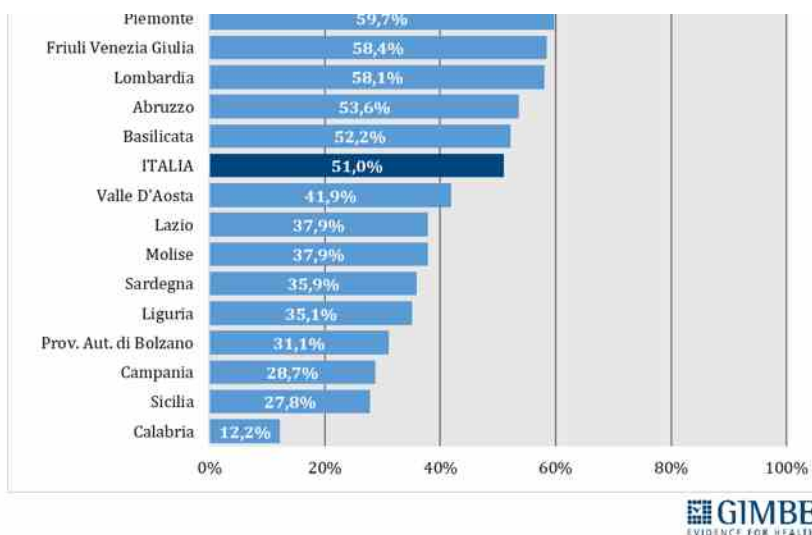
Figura 3. Screening cervicale: estensione
 (dati ONS, anno 2024)



Adesione allo screening. A livello nazionale ha aderito allo screening cervicale il 51% delle donne invitate, con forti differenze regionali: dal 90,3% della Provincia autonoma di Trento al 12,2% della Calabria (Figura 4).

Figura 4. Screening cervicale: adesione
 (dati ONS, anno 2024)

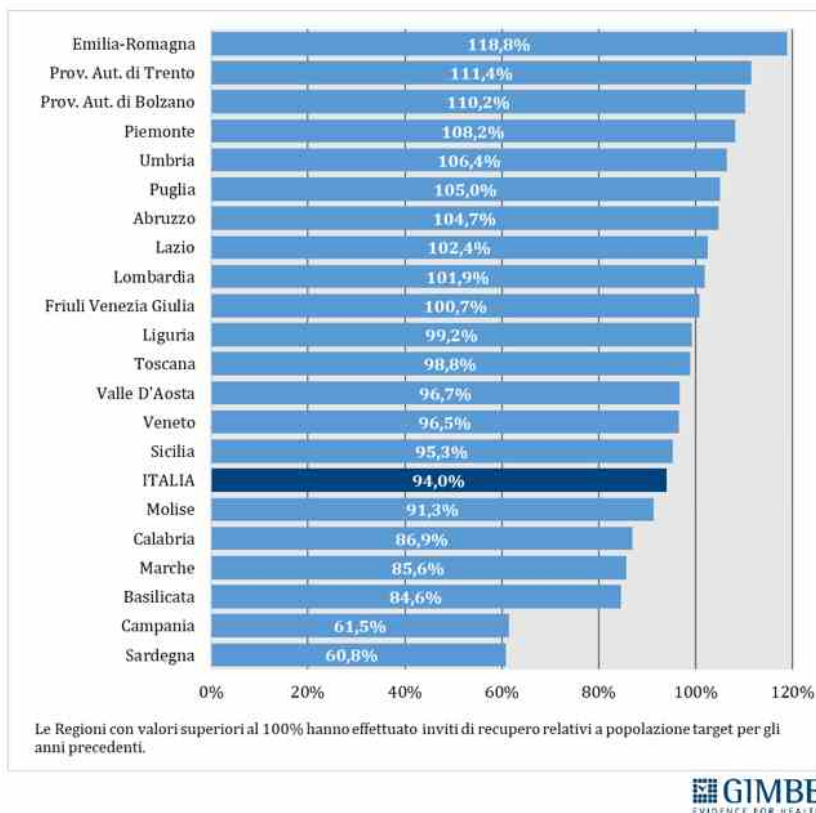




SCREENING COLON-RETTALE. È offerto a tutte le persone tra 50 e 69 anni e consiste nella ricerca del sangue occulto nelle feci. In caso di esito positivo viene proposta, come test di secondo livello, la colonscopia, eseguita nel 2024 dall'83,7% delle persone positive allo screening.

Estensione dello screening. Nel 2024 è stato invitato il 94% (n. 7.984.447) della popolazione target, con marcate differenze regionali: dal 118,8% dell'Emilia-Romagna al 60,8% della Sardegna (Figura 5).

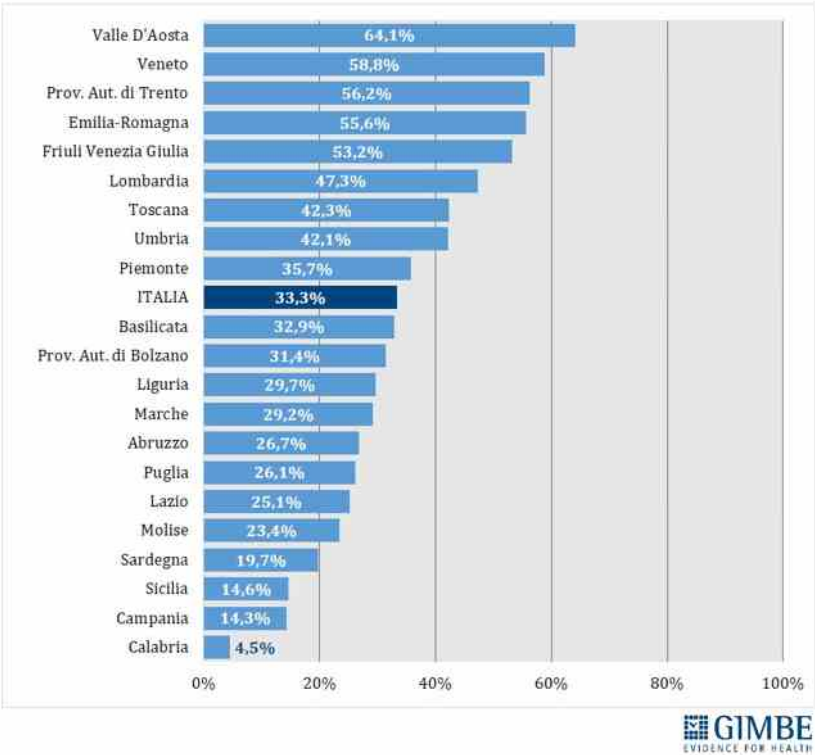
Figura 5. Screening colon-rettile: estensione
 (dati ONS, anno 2024)



Adesione allo screening. A livello nazionale ha aderito il 33,3% delle persone invitate, con marcate differenze regionali: dal 64,1% della Valle d'Aosta al 4,5% della Calabria (Figura 6). In

tutte le Regioni del Mezzogiorno i livelli di adesione sono inferiori alla media nazionale.

Figura 6. Screening colon-rettale: adesione
(dati ONS, anno 2024)



«Il tasso di adesione agli screening – spiega Cartabellotta – riflette anche la capacità dei servizi sanitari regionali di governare l'intero percorso: aggiornare costantemente le anagrafiche della popolazione target, programmare e spedire gli inviti, realizzare campagne di sensibilizzazione ed erogare i test». Il posizionamento di ciascuna Regione nei tre programmi risulta nel complesso omogeneo, confermando differenze strutturali nella capacità organizzativa dei sistemi sanitari regionali, pur con alcune eccezioni (Tabella 1).

Tabella 1. Adesione agli screening: posizione in classifica
(elaborazione GIMBE su dati ONS, anno 2024)

Regione	Mammella	Cervice	Colon-retto
Prov. Aut. di Trento	1	1	3
Emilia-Romagna	2	2	4
Veneto	4	4	2
Umbria	3	6	8
Toscana	5	7	7
Friuli Venezia Giulia	7	9	5
Lombardia	6	10	6
Valle d'Aosta	11	13	1
Piemonte	10	8	9
Basilicata	9	12	10
Marche	17	3	13
Puglia	14	5	15
Abruzzo	12	11	14
Prov. Aut. di Bolzano	8	18	11
Liguria	13	17	12
Lazio	16	14	16

Molise	15	15	17
Sardegna	18	16	18
Campania	19	19	20
Sicilia	20	20	19
Calabria	21	21	21
Nota: le Regioni e le Province Autonome sono ordinate in base alla posizione media ottenuta per la copertura dei tre programmi di screening			



«I dati ONS 2024 – aggiunge il Presidente – mostrano una crescita sia degli inviti sia della copertura della popolazione. Tuttavia, l'Italia resta molto lontana dall'obiettivo fissato nel 2022 dal [Consiglio dell'Unione Europea](#): garantire entro il 2025 una copertura degli screening oncologici di almeno il 90% della popolazione target. Il [Piano Nazionale di Prevenzione 2026-2031](#), recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, colloca questo traguardo al 2029, con obiettivi intermedi di almeno il 70% nel 2027 e l'80% nel 2028».

L'IMPATTO DEGLI SCREENING MANCATI

Assumendo come obiettivo una copertura del 90% della popolazione target e considerando sia le persone non invitate o che non hanno aderito, sia il tasso di identificazione dei tumori (*detection rate*), è possibile stimare quanti tumori e lesioni precancerose non siano stati intercettati dai programmi di screening organizzati.

«Nel 2024 – spiega il Presidente – si stima che il mancato raggiungimento di una copertura del 90% non abbia consentito di identificare oltre 11.000 carcinomi della mammella, di cui più di 2.300 invasivi di piccole dimensioni; quasi 9.700 lesioni precancerose del collo dell'utero; 4.700 tumori del colon-retto e quasi 25.000 adenomi avanzati. Nel complesso, oltre 50.300 tumori e lesioni che i programmi organizzati avrebbero potuto intercettare, permettendo di avviare tempestivamente gli approfondimenti diagnostici e, quando necessario, il trattamento specifico». In dettaglio:

Tumori della mammella. Applicando un tasso di identificazione dello 0,52% per tutti i carcinomi e dello 0,14% per quelli invasivi di dimensioni ≤10 mm alle 1.675.708 donne che non si sono sottoposte allo screening, si stima che nel 2024 non siano stati identificati 11.026 tumori, di cui 2.312 carcinomi invasivi di dimensioni ≤10 mm.

Tumori della cervice uterina. Applicando un tasso di identificazione delle lesioni precancerose (istologia CIN2+) dello 0,82% per l'HPV test e dello 0,64% per il Pap-test alle 969.986 donne che non hanno ricevuto o non hanno aderito all'invito per l'HPV test e alle 272.011 che non hanno ricevuto o non hanno aderito all'invito per il Pap-test, si stima che nel 2024 non siano state identificate complessivamente 9.695 lesioni con istologia CIN2+.

Tumori del colon-retto. Applicando un tasso di identificazione dello 0,10% per il carcinoma del colon-retto e dello 0,52% per gli adenomi avanzati alle 4.703.236 persone che non hanno aderito allo screening, si stima che nel 2024 non siano stati identificati 4.703 carcinomi e 24.927 adenomi avanzati.

«L'indagine campionaria del [sistema di sorveglianza PASSI](#) dell'Istituto Superiore di Sanità – spiega Cartabellotta – documenta che molte persone dichiarano di sottoporsi a controlli periodici per "iniziativa spontanea". Per questi test, tuttavia, non sono disponibili indicatori oggettivi, quali il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di persone positive che

eseguono il test di secondo livello, né controlli standardizzati sulla qualità dei test. Non vi è inoltre alcuna certezza che, in caso di esito positivo, venga attivato un percorso diagnostico-terapeutico adeguato. Infine, un'indagine campionaria, pur fornendo informazioni rilevanti sui fattori di rischio e sui determinanti socio-economici, non consente di certificare la copertura degli screening oncologici per "iniziativa spontanea".

LA CULTURA DELLA PREVENZIONE DEVE NASCERE TRA I BANCHI DI SCUOLA. La scarsa adesione agli screening organizzati riflette anche una conoscenza insufficiente dei programmi di prevenzione oncologica. Nell'ambito del progetto **La Salute tiene banco**, promosso dalla Fondazione GIMBE nelle scuole secondarie di secondo grado, è stato chiesto a 467 studenti degli ultimi due anni di indicare i tre screening oncologici organizzati e gratuiti offerti dal SSN. Solo il 51,2% ha identificato correttamente mammella, colon-retto e cervice uterina. «Questo dato – commenta Cartabellotta – conferma che la cultura della prevenzione va coltivata molto prima dell'età prevista per gli screening. Investire nell'educazione sanitaria dei giovani significa formare cittadini più consapevoli, capaci oggi di promuovere i programmi di screening tra i propri familiari e domani più propensi ad aderirvi».

«Prevenzione e promozione della salute – conclude Cartabellotta – sono pilastri essenziali per ridurre l'incidenza delle malattie e garantire la sostenibilità del SSN. Eppure oggi emerge un paradosso evidente: da un lato milioni di cittadini attendono esami diagnostici, non sempre appropriati; dall'altro milioni non aderiscono ai programmi di screening organizzati. Molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno, devono rafforzare la propria capacità organizzativa, ma il nodo principale resta la scarsa partecipazione. Servono una comunicazione più efficace, un'informazione capillare e il coinvolgimento attivo dei cittadini. Aderire agli screening organizzati significa diagnosticare precocemente i tumori, trattare tempestivamente le lesioni precancerose, aumentare le probabilità di guarigione definitiva, ridurre sofferenze e costi per il SSN e, soprattutto, salvare vite umane».

fonte: <https://press.gimbe.org/press/comunicato.it-IT.html?id=498>



Leggi anche



AUSER, "APERTI PER FERIE": «Nessuno deve affrontare l'estate da solo»



Oltre diecimila anziani morti in Europa durante l'ondata di calore di fine giugno. Auser continuerà a prendersi cura delle persone sole e fragili.
di Domenico Pantaleo



NIDI E SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA: fondamentali diritti. Il Dossier CGIL



Una sanità territoriale per evitare nuove disuguaglianze.
di Gilberto Turati

Questo sito fa uso di cookie per migliorare l'esperienza di navigazione degli utenti e per raccogliere informazioni sull'utilizzo del sito stesso. Utilizziamo cookie tecnici per statistiche sulla base dei comportamenti degli utenti. Proseguendo nella navigazione si accetta l'uso dei cookie; in caso contrario è possibile abbandonare il sito. **ACCETTA**