
***ADERIRE AGLI SCREENING
PER GUADAGNARE SALUTE***

**Il sistema di sorveglianza PASSI nell'Azienda ULSS 18
Anni 2012-2015**

Dott.ssa Patrizia Casale

Coordinatore Aziendale PASSI - UOS Osservatorio
Epidemiologico e di Epidemiologia Valutativa
Dipartimento di Prevenzione

con il prezioso contributo delle operatrici sanitarie
che hanno effettuato le interviste

- 📧 *Giliola Rando (2012-15)*
- 📧 *Rina Milan (2013-15)*
- 📧 *Claudia Cavalieri (2012-13)*
- 📧 *Fabrizia Chioldin (2012-13)*
- 📧 *Sebastiana Giliberto (2012-13)*
- 📧 *Mariangela Dafne Vincenti (2014-15)*
- 📧 *Maria Serena Gorbetta (2015)*

Un ringraziamento particolare a tutte le persone intervistate per la cortesia e la disponibilità dimostrate, ai Medici di Famiglia e ai Sindaci dei Comuni dell'Azienda ULSS 18 Rovigo

Agosto 2016

Un “sistema” per guadagnare salute

PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) é il sistema di sorveglianza italiano sugli stili di vita della popolazione tra i 18 e 69 anni residente nell’ULSS, che fornisce agli operatori della sanità informazioni facilmente analizzabili ed utilizzabili sui comportamenti rischiosi o favorevoli per la salute, per mettere in atto le più efficaci azioni di prevenzione.

PASSI indaga aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di sintomi di depressione e di fattori di rischio cardiovascolari come ipertensione ed ipercolesterolemia), alle abitudini di vita (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica), all’offerta ed all’utilizzo di strumenti di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) ed alla sicurezza stradale e domestica.

PASSI, ideato dal CCM/Ministero della Salute, è coordinato a livello nazionale dall’Istituto Superiore di Sanità e nella Regione Veneto dalla Direzione Regionale della Prevenzione. In Italia hanno aderito tutte le Regioni/P.A. e tutte le ASL del Veneto.

Nel periodo 2012-2015 la raccolta delle informazioni, realizzata con un questionario telefonico di circa cento domande somministrato da operatori delle ASL opportunamente addestrati, è stata fatta nell’ULSS 18 ad un campione di 1.110 persone, di oltre 22mila in Veneto e di circa 152mila a livello nazionale, persone di tre classi di età, 18-34, 35-49 e 50-69 anni, estratte casualmente dalle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL.

Programmi di prevenzione: gli screening oncologici

Gli screening organizzati sono interventi efficaci di sanità pubblica, finalizzati ad individuare, nella popolazione asintomatica, invitata attivamente e gratuitamente a sottoporsi al test, una malattia in una fase preclinica o i precursori della malattia stessa. Lo screening si propone, quindi, di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce , in questo caso, di neoplasie o lesioni precancerose.

È stato dimostrato che i programmi di screening per il **cancro della cervice uterina, della mammella e del colon-retto** non solo salvano vite umane, ma aumentano la sopravvivenza e la qualità della vita, con effetti positivi decisamente superiori a quelli negativi, e, per la loro stessa struttura organizzativa, sono in grado di incidere sulle *disuguaglianze nella salute*.

Rispetto ai programmi di prevenzione oncologica, il Sistema di Sorveglianza PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle persone interessate per genere e fasce di età, se e quando sono stati effettuati Pap test e/o mammografia e/o ricerca di sangue occulto o colonscopia e se sono stati eseguiti all’interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale (la stima della copertura al test di screening al di fuori o all’interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull’aver pagato o meno l’esame).

Gli screening organizzati riducono le disuguaglianze sociali di accesso al SSN ed in particolare alla prevenzione, e per la gran parte delle persone meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente si sottopongono agli screening, l’offerta di un programma organizzato rappresenta l’unica occasione di prevenzione delle neoplasie suddette.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Il fattore eziologico di carcinoma della cervice uterina è costituito da un pool di ceppi ad alto rischio del Papilloma Virus Umano a trasmissione per via sessuale. I fattori di rischio riguardano fondamentalmente tutte le condizioni di trasmissione del virus e di progressione delle lesioni pre-maligne. Queste condizioni sono favorite dal basso livello socio-economico (con scarso accesso alla prevenzione), dal numero di partner, la giovane età di inizio dell'attività sessuale e la parità. Ulteriori fattori di rischio sono gli stati di immunodeficienza, il fumo di sigaretta e la contracccezione ormonale. Una componente familiare del rischio è stata riconosciuta, pur nella difficoltà di discriminare tra fattori propriamente genetici (immunodeficienza) e la condivisione di fattori ambientali. La componente del rischio associata ai diversi gruppi sociali tende a non variare con la migrazione

Il carcinoma della cervice uterina è al secondo posto nel mondo, dopo la mammella, tra i tumori che colpiscono le donne e rappresenta in Italia la sesta neoplasia per frequenza, con circa 3.700 nuovi casi all'anno, anche se incidenza e mortalità dal 1980 al 2015 sono in continua riduzione. In base ai dati del Registro Tumori, si stima che nel 2013 in Veneto i nuovi casi di tumore invasivo del collo dell'utero siano stati poco più di 150 e i decessi per tale causa sono stati 31.

Monitorare costantemente incidenza e mortalità è particolarmente importante per valutare il reale impatto delle campagne di prevenzione diffuse sul territorio. Questi andamenti decrescenti di incidenza e mortalità sono sicuramente imputabili all'aumentata diffusione del Pap test che consente di individuare e curare lesioni precancerose.

In Italia il tumore della cervice uterina da molto tempo è oggetto di *screening organizzato e spontaneo*. Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, ai programmi di screening organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2012 la proporzione di donne italiane di 25-64 anni che hanno aderito all'invito è stata del 41% e circa 1.700.000 hanno fatto lo screening. Il divario di copertura della popolazione bersaglio del Pap test (25-64 anni) tra Sud e Centro-Nord si è andato via via riducendo; tuttavia la percentuale di adesione all'invito risulta ancora variabile tra le diverse aree. Nel 2013 in Veneto le donne invitate allo screening sono state 394.073, con un tasso di adesione del 59,5%, e 214.014 sono state esaminate; nell'ULSS 18, che ha avviato il programma di screening cervicale nel 1998, sono state invitate 15.050 donne, con un tasso di adesione del 68,6%, e 8.812 sono state esaminate.

Dal 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota al fine di valutare l'utilizzo del test del Papilloma Virus (HPV test) come test di screening primario, viste le sufficienti prove scientifiche che affermano che questo test è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili. L'Italia è uno dei primi Paesi ad effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati. Anche per l'esecuzione dell'HPV test è raccomandata una periodicità triennale alle donne di 25-64 anni, in attesa della valutazione definitiva degli studi pilota condotti.

Il **Sistema di sorveglianza PASSI** rileva, richiedendolo direttamente alle donne di età compresa tra 25 e 64 anni, se e quando è stato effettuato il Pap test o HPV test e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. L'adesione al programma di screening organizzato è ricavata con una domanda sul costo sostenuto per l'esecuzione dell'esame: rientrano nel programma di *screening organizzato* le donne di 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi 3 anni ad uno dei 2 tipi di test a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi (come previsto dalle linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL.

La geografia della copertura dello screening organizzato riflette la geografia dell'offerta dei programmi: nelle Regioni dove l'offerta di programmi organizzati è maggiore (prevalentemente quelle centro-settentrionali) è maggiore anche la quota di donne che fa prevenzione nell'ambito dei programmi organizzati, rispetto alla quota di donne che lo fa per iniziativa spontanea; di contro nelle Regioni in cui

l'offerta di programmi organizzati non è ancora sufficiente, o non raggiunge la totalità della popolazione femminile target (prevalentemente le Regioni meridionali), la situazione si inverte e spesso la quota dello screening spontaneo è maggiore, o comunque rilevante, senza però riuscire a compensare la mancanza di offerta dei programmi, per cui il numero di donne che fa prevenzione totale (dentro o fuori i programmi organizzati) resta comunque più basso che nel resto del Paese.

Lo *screening organizzato* riduce le *disuguaglianze sociali* di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche o straniere, che meno frequentemente di altre si sottopongono allo screening cervicale, l'offerta di un programma organizzato e gratuito rappresenta l'unica occasione di prevenzione del tumore della cervice.

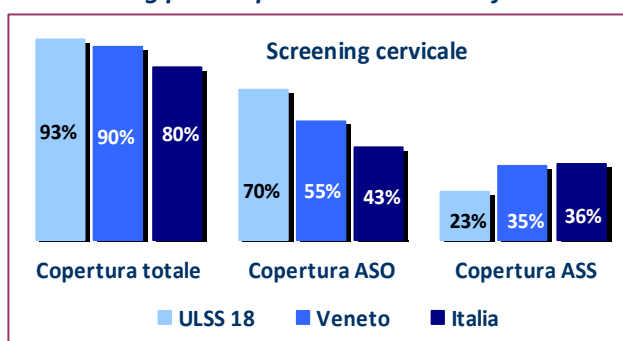
Dai dati PASSI 2012-2015 risulta che, nell'ULSS 18, oltre 9 donne su 10 (92,6%) si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale (Pap test o Hpv test), all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale (copertura totale), secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. La copertura allo screening organizzato risulta essere del 70,0% mentre a quello spontaneo del 22,5%.

In **Veneto** le donne che si sottopongono a screening sia organizzato (copertura 55%) che spontaneo (copertura 35%) sono 9 su 10 (copertura totale 90%), mentre nel **Pool ASL nazionale** 8 su 10 (79%) (copertura screening organizzato 43% e spontaneo 36%). La copertura non è uniforme sul territorio nazionale: è presente un chiaro gradiente Nord-Sud, che va dal 90% dell'Emilia-Romagna al 59% della Calabria, con le Regioni meridionali, dove in media non più di 7 donne su 10 si sottopongono a Pap test o Hpv test a scopo preventivo.

Nel tempo, fortunatamente, si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione, in tutte le aree del Paese con una riduzione, sebbene lenta, del divario fra Nord e Sud del Paese.

Nel **Grafico 1** si riportano le coperture dello screening cervicale (totale, organizzato e spontaneo) con il confronto tra ULSS 18, Veneto e Pool ASL nazionale.

Grafico 1 – Copertura screening per neoplasia cervicale: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



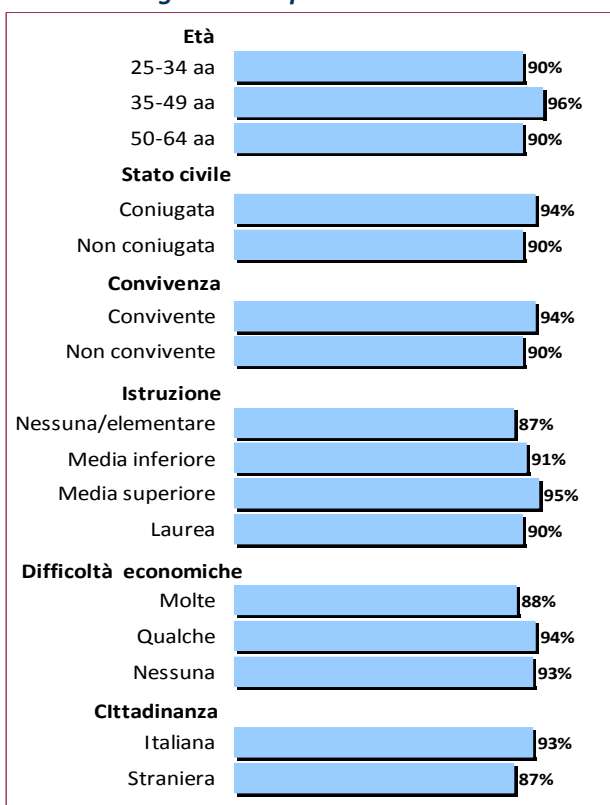
Copertura totale: donne che hanno effettuato Pap test o HPV test negli ultimi 3 anni, secondo le linee guida

Copertura ASO: donne che hanno aderito allo screening organizzato

Copertura ASS: donne che hanno aderito allo screening spontaneamente

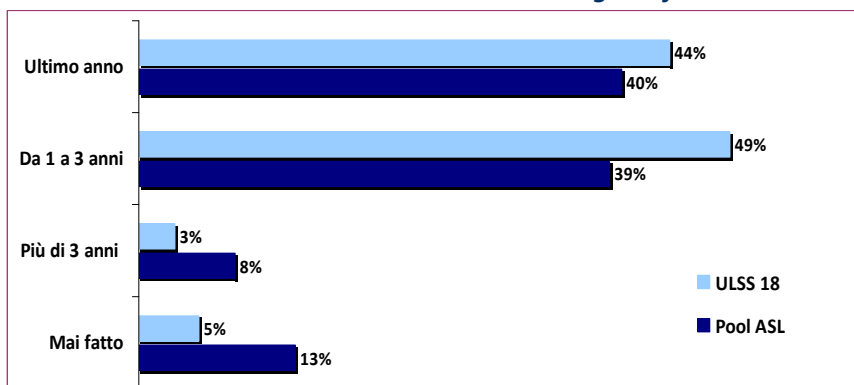
Nel **Grafico 2** sono descritte le *caratteristiche socio-demografiche* delle donne residenti nell'ULSS 18 che hanno aderito allo screening secondo le linee guida, dentro e fuori i programmi organizzati (copertura totale): l'adesione è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle con alto grado di istruzione, nelle donne con qualche o nessuna difficoltà economica e in quelle di cittadinanza italiana. Le stesse caratteristiche si riscontrano a livello di **Pool ASL nazionale**.

Grafico 2 - Copertura totale screening cervicale per caratteristiche socio-demografiche nell'ULSS 18



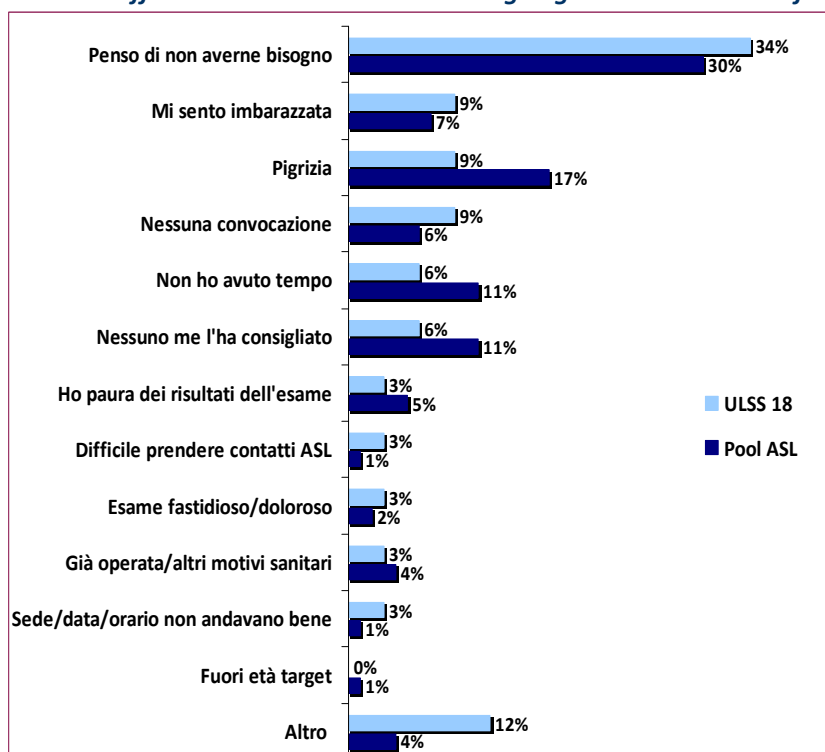
Nell'ULSS 18, la quota stimata delle donne che non pratica affatto la prevenzione del tumore della cervice uterina o lo fa in modo non ottimale è del 7,5%, di cui il 4,8% riferisce di non essersi mai sottoposta a screening ed il 2,7% di averlo fatto ma da oltre tre anni; nel **Pool ASL nazionale** questi valori raggiungono 21%, con il 13% delle donne che non hanno mai fatto il test e l'8% di chi l'ha fatto da più di tre anni (**Grafico 3**).

Grafico 3 - Periodicità di esecuzione del test di screening: confronto ULSS 18 e Italia



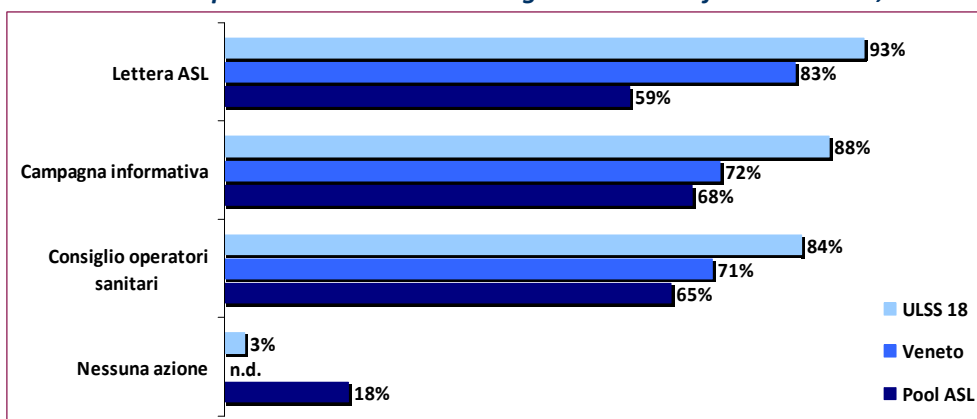
La mancata esecuzione del test sembra associata ad una molteplicità di fattori: la motivazione più frequentemente addotta dalle donne intervistate per la mancata esecuzione dello screening è “penso di non averne bisogno” (circa 1/3 dei casi), seguono “per pigrizia”, “mi sento imbarazzata”, “non ho avuto tempo” “nessuno me l’ha consigliato” e “nessuna convocazione” (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Motivi della non effettuazione del test di screening negli ultimi 3 anni: confronto ULSS 18 e Italia



Gli interventi di promozione per far aderire le donne allo screening per la neoplasia cervicale sono rappresentati dalla lettera d'invito da parte del Centro coordinamento screening delle ASL, dalla campagna informativa e dai consigli dei medici e degli operatori sanitari (**Grafico 5**).

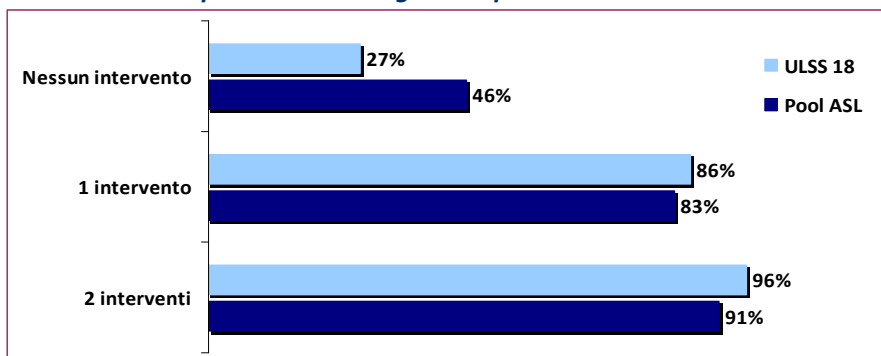
Grafico 5 - Interventi di promozione dello screening cervicale: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



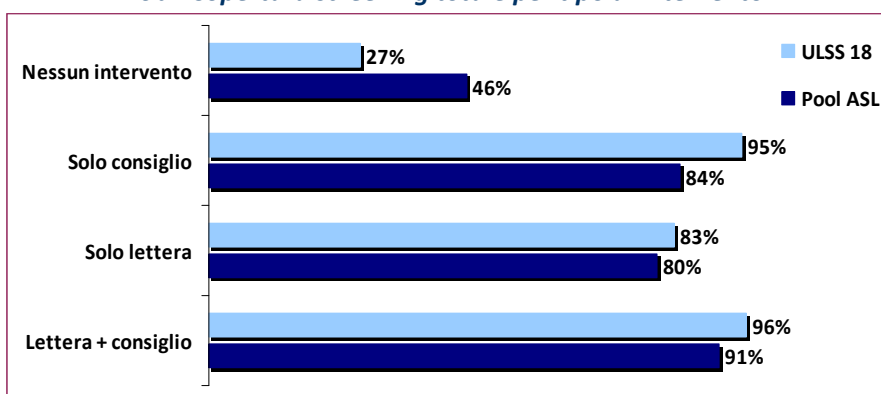
L'intervento più efficace di promozione per migliorare l'adesione secondo le linee guida si è dimostrato, sia nell'ULSS 18 che a livello di Pool ASL nazionale, l'invito da parte della ASL, in particolare se associato al consiglio di un medico od operatore sanitario (**Grafico 6a e 6b**).

Grafico 6 - Efficacia degli interventi di promozione dello screening cervicale secondo le linee guida: confronto ULSS 18 e Italia

6a - Copertura screening totale per numero di interventi



6b - Copertura screening totale per tipo di intervento



Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Il tumore alla mammella rappresenta la neoplasia più frequente nel sesso femminile, in tutte le fasce di età e con un'ampia variabilità geografica, con tassi fino a 10 volte più alti nei Paesi economicamente più avanzati. I fattori di rischio sono numerosi, tra questi l'età, infatti il rischio di ammalare di carcinoma della mammella aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,3% fino a 49 anni (1 donna su 43), del 5,4% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,5% tra 70 e 84 (1 donna su 22). La curva di incidenza cresce esponenzialmente sino agli anni della menopausa (50-55 anni) e poi rallenta con un plateau dopo la menopausa, per poi riprendere a salire dopo i 60 anni: andamento presumibilmente legato sia alla storia endocrinologica della donna sia alla presenza ed alla copertura dei programmi di screening mammografico.

Altri fattori di aumentato rischio sono fattori riproduttivi, ormonali (terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa, contraccettivi orali), dietetici e metabolici. Infatti, l'elevato consumo di alcool e di grassi animali ed il basso consumo di fibre vegetali sembrerebbero essere associati ad aumento del rischio e stanno assumendo sempre maggiore importanza la dieta e i comportamenti che conducono all'insorgenza di obesità e sindrome metabolica; l'obesità è un fattore di rischio riconosciuto, probabilmente legato all'eccesso di tessuto adiposo che in post-menopausa rappresenta la principale

fonte di sintesi di estrogeni circolanti, con conseguente eccessivo stimolo ormonale sulla ghiandola mammaria. All'obesità contribuiscono in maniera chiara stili di vita basati su scarsa attività fisica e diete ipercaloriche e ricche di grassi e carboidrati semplici, ne consegue che agendo su questi fattori di rischio modificabili attraverso una regolare attività fisica quotidiana e ad una dieta equilibrata, si potrebbe ridurre il rischio di sviluppo di carcinoma mammario.

In Italia si stima si siano diagnosticati, nel 2014, circa 48.000 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile, rappresentando circa 1 tumore maligno ogni 3 (29%); secondo i dati di mortalità ISTAT, nel 2012 il carcinoma mammario ha rappresentato la settima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.004 decessi (3,8% del totale), risultando al primo posto nelle classi di età 25-44 e 45-64 anni (14%) in Italia, così come nel Veneto (Servizio Epidemiologico Regionale dati di mortalità 2010-2013).

Dalla fine degli anni Ottanta si osserva una moderata ma continua tendenza alla diminuzione della mortalità per carcinoma mammario (-1,0%/anno), attribuibile ad una più alta sensibilità dei test e quindi all'anticipazione diagnostica, oltreché ai progressi terapeutici. La sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, indipendentemente da altre comorbidità, è in moderato e costante aumento da molti anni (78% per le donne ammalate dal 1990 al 1992, 87% dal 2005 al 2007), in relazione a diverse variabili, tra cui l'anticipazione diagnostica (screening) e il miglioramento delle terapie. La buona prognosi a lungo termine della malattia presenta inoltre un andamento costante nel tempo: ad un anno dalla diagnosi la probabilità di sopravvivere altri 5 anni aumenta lievemente, così come quella a 5 anni dalla diagnosi. Per queste ragioni il Ministero della Salute raccomanda alle donne tra 50 e 69 anni l'esecuzione dello screening di popolazione, tramite l'adesione ad un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, ogni due anni, basato su un invito attivo da parte del SSN.

Indipendentemente da questi programmi, la mammografia viene effettuata anche su iniziativa personale della donna, nell'ambito del rapporto con il proprio ginecologo o in altri contesti.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), che segue l'andamento di questi programmi, riporta che nel 2013 in Italia le donne aderenti allo screening mammografico sono state 1.543.889, con un aumento, rispetto alla media del biennio precedente, del 4,3% ed una adesione all'invito del 57%, confermando che circa 3 donne su 4 della popolazione target vengono regolarmente invitate. Permane tuttavia una grande e purtroppo immutata differenza fra Nord (più di 9 donne su 10), Centro (più di 8 donne su 10) e Sud (solo 4 donne su 10). Nel 2013 in Veneto sono state invitate 278.596 donne, con una adesione corretta del 74,5%, ed esaminate 183.635, sono stati diagnosticati 210 carcinomi al primo esame (6,5‰) e con 895 esami successivi (5,6‰).

L'Azienda ULSS 18, che ha avviato il programma di screening mammografico nel 1998, nel 2013 ha invitato 10.383 donne, con una adesione dell'83,4%, e di queste ne sono state esaminate 7.443, con 1 neoplasia diagnosticata (1,6‰) al primo esame e 40 (5,7‰) con gli esami successivi.

Il **Sistema di sorveglianza PASSI** rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. L'adesione al programma di screening organizzato è ricavata con una domanda sul costo sostenuto per l'esecuzione della mammografia. Quindi rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi due anni dalla data di intervista, alla mammografia a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi (come previsto dalle linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL.

Lo screening organizzato riduce notevolmente le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione e per la gran parte delle donne meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta di un programma rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione del tumore della mammella.

Dai dati PASSI 2012-2015 risulta che nell'**ULSS 18** 8 donne su 10 (copertura totale 80,6%) si sottopongono a scopo preventivo allo screening mammografico, all'interno di programmi organizzati (copertura 66,8%) o per iniziativa personale (copertura 13,8%), secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali, che suggeriscono alle donne di 50-69 anni di sottoporsi allo screening ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno; in **Veneto** le donne che si sottopongono a screening sia organizzato (copertura 64%) che spontaneo (copertura 20%) sono circa 8 su 10 (copertura totale 84%).

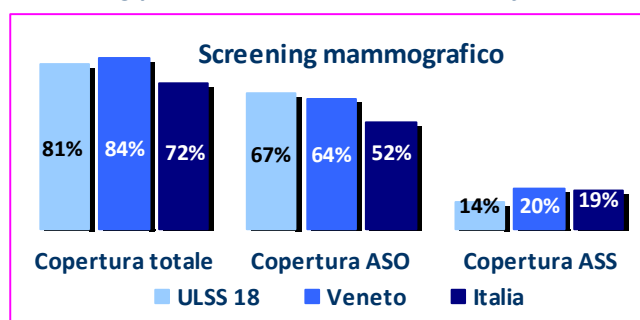
A livello di **Pool ASL nazionale** la prevenzione del tumore della mammella avviene per lo più nell'ambito di programmi organizzati dalle ASL, che catturano il 52% della popolazione target femminile, mentre la restante quota di donne che si sottopone a una mammografia preventiva nei tempi raccomandati lo fa al di fuori dei programmi organizzati (screening spontaneo 19%), pertanto la copertura totale è del 72% (7 donne su 10).

La copertura dello screening mammografico sul territorio nazionale non risulta uniforme, essendo presente un chiaro gradiente Nord-Sud; la geografia dello screening organizzato determina la geografia della screening totale e nelle Regioni meridionali, le più svantaggiate, i programmi organizzati catturano appena 1/3 della popolazione target femminile; di contro, accade che lo screening spontaneo sia più basso al Nord e maggiore al Centro e al Sud, senza tuttavia riuscire a compensare la carenza di adesione e/o di offerta di screening organizzati.

Nelle Regioni meridionali solo la metà della popolazione target femminile si sottopone a mammografia a scopo preventivo; Calabria e Campania, in particolare sono le Regioni con quota più bassa copertura (meno del 50%), mentre Emilia-Romagna, P.A. di Trento sono le realtà più virtuose in cui la copertura dello screening supera l'85% della popolazione target (grazie in particolare all'offerta dello screening organizzato). Fortunatamente nel tempo si registra, come per lo screening cervicale, un incremento della popolazione femminile che fa prevenzione, statisticamente significativo, in tutto il Paese, e sembra iniziare a ridursi il gradiente geografico fra Nord e Sud Italia.

Nel **Grafico 1** si riportano le coperture dello screening mammografico (totale, organizzato e spontaneo) con il confronto tra ULSS 18, Veneto e Pool ASL nazionale.

Grafico 1 – Copertura screening per tumore alla mammella: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



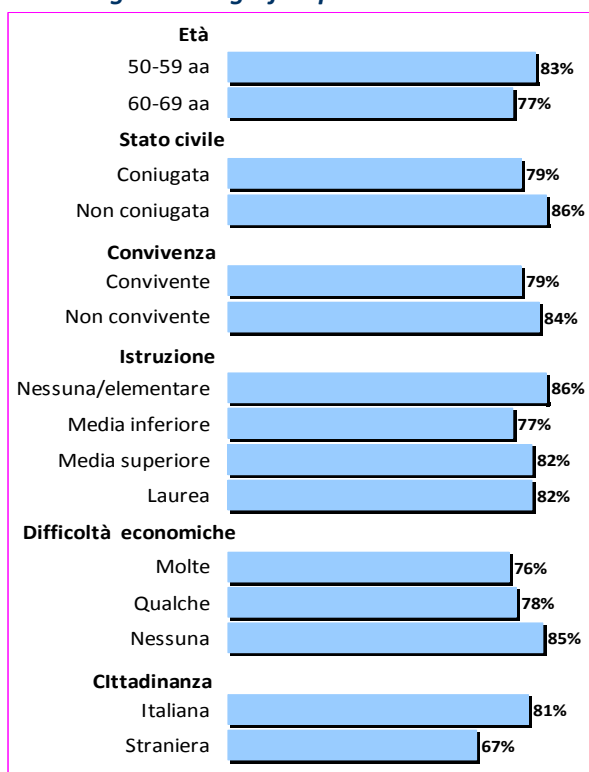
Copertura totale: donne 50-69enni che hanno effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni, secondo le linee guida

Copertura ASO: donne 50-69enni che hanno aderito allo screening organizzato

Copertura ASS: donne 50-69enni che hanno aderito allo screening spontaneamente

Nel **Grafico 2** si riportano le *caratteristiche socio-demografiche* delle donne residenti nell'**ULSS 18** che hanno aderito allo screening secondo le linee guida, dentro e fuori i programmi organizzati: l'adesione risulta più frequente nelle donne di 50-69 anni, nelle donne senza difficoltà economiche e in quelle di cittadinanza italiana, mentre non si evidenziano differenze sostanziali nel grado di istruzione a differenza di quello riscontrato a livello di **Pool ASL nazionale**, dove la copertura cresce con il livello di scolarità.

Grafico 2 - Copertura totale screening mammografico per caratteristiche socio-demografiche nell'ULSS 18



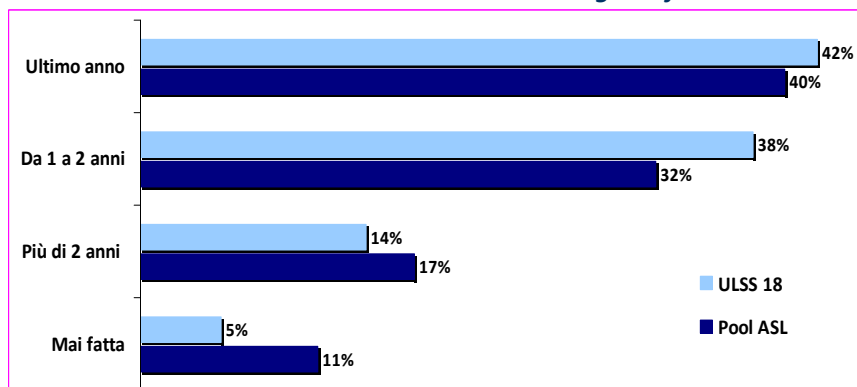
L'età media alla prima mammografia preventiva nella fascia di età prevista dallo screening organizzato (50-69 aa) è risultata essere di 44,2 anni nell'ULSS 18 e 44,5 anni nel Pool ASL nazionale.

Il ricorso all'esame è frequente anche prima dei 50 anni, infatti una quota di donne di 40-49 anni (fascia pre-screening) ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita: nell'ULSS 18 sono il 70,7% con età media di 39,4 anni e nel Pool ASL nazionale il 64% con la stessa età media.

Come per il Pap test, si evidenzia che una non trascurabile quota di 50-69enni non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale, soprattutto nel Pool ASL nazionale dove risulta che 28 donne su 100 non seguono le linee guida: 11 su 100 non hanno mai fatto una mammografia e altre 17 su 100 riferiscono di averla fatta ma da oltre 2 anni.

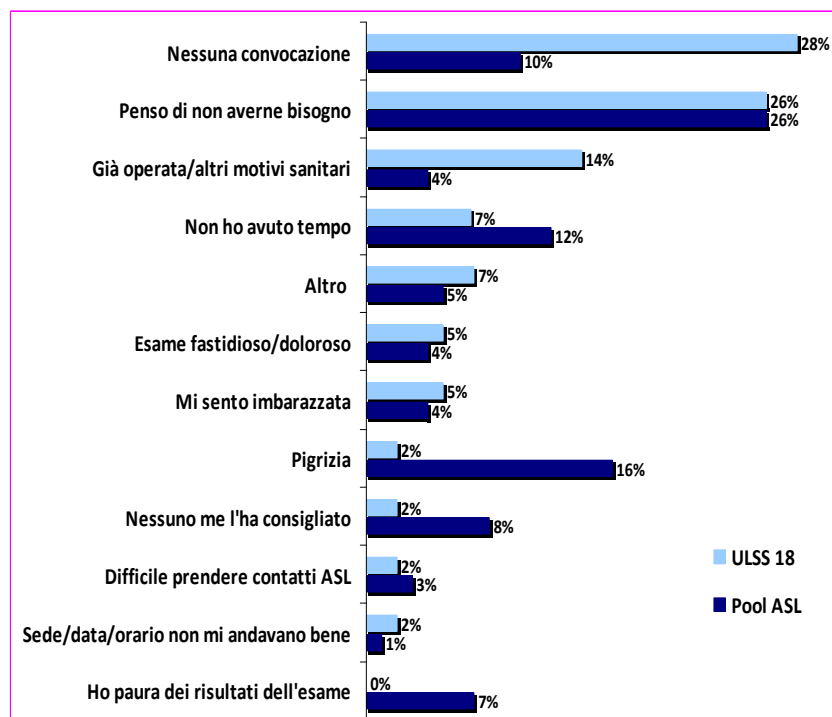
Nell'ULSS 18 la scoperta è inferiore, infatti non ha mai fatto una mammografia 5 donne su 100 e 14 su 100 l'hanno fatta ma da più di 2 anni. Nel Grafico 3 si riporta la periodicità di esecuzione della mammografia nell'ULSS 18 e a livello nazionale.

Grafico 3 - Periodicità di esecuzione del test di screening: confronto ULSS 18 e Italia



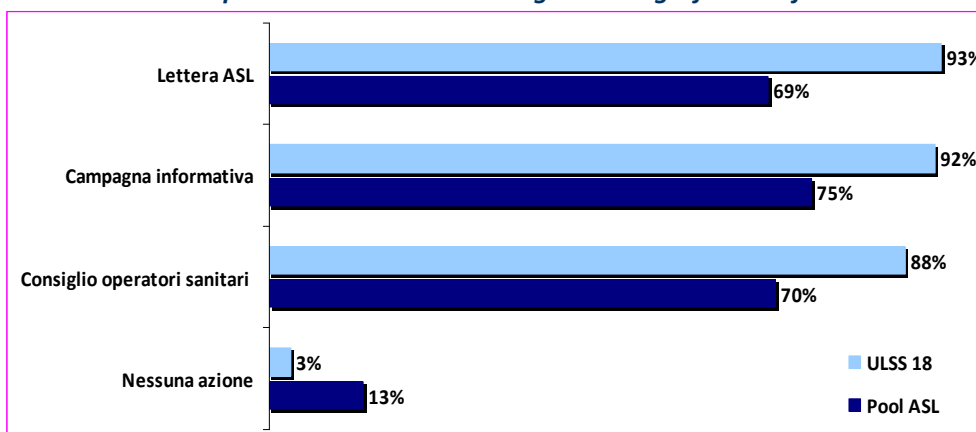
La mancata esecuzione della mammografia risulta associata ad una molteplicità di motivazioni, alcune con percentuali diverse tra ULSS 18 e Pool ASL nazionale: la giustificazione addotta “penso di non averne bisogno” riporta la stessa percentuale (26%), mentre “nessuna convocazione” e “già operata” riportano una percentuale maggiore nell’ULSS 18, viceversa “per pigrizia”, “non ho avuto tempo” e “nessuno me l’ha consigliato” sono tra le motivazioni più frequentemente addotte dalle donne intervistate nel Pool ASL nazionale (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Motivi della non effettuazione del test di screening negli ultimi 2 anni: confronto ULSS 18 e Italia



Gli interventi di promozione per far aderire le donne allo screening per la neoplasia del seno sono rappresentati dalla lettera d’invito da parte del Centro coordinamento screening delle ASL, dalla campagna informativa e dai consigli dei medici e degli operatori sanitari (**Grafico 5**).

Grafico 5 - Interventi di promozione dello screening mammografico: confronto ULSS 18 e Italia



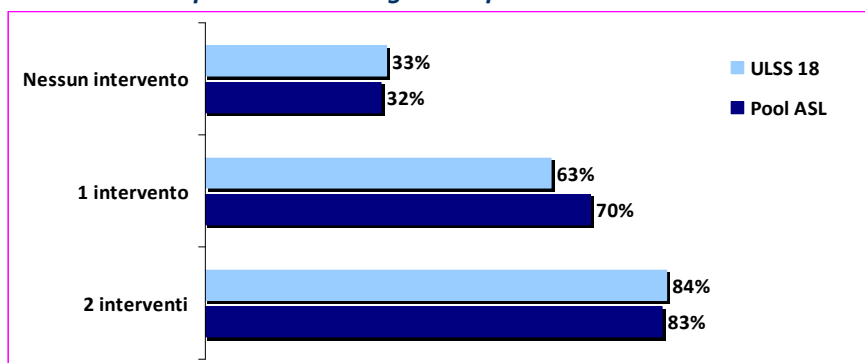
L'efficacia della promozione dello screening con adesione secondo le linee guida (mammografia ogni 2 anni) cresce all'aumentare del numero di input ricevuti dalla donna (lettera di invito a partecipare al programma organizzato dalla ASL, il consiglio di sottoporsi a mammografia da parte del

medico/operatore sanitario o la campagna informativa), ma la combinazione più efficace, che migliora l'adesione allo screening, sembrerebbe essere l'invito da parte della ASL associato al consiglio del medico/operatore sanitario.

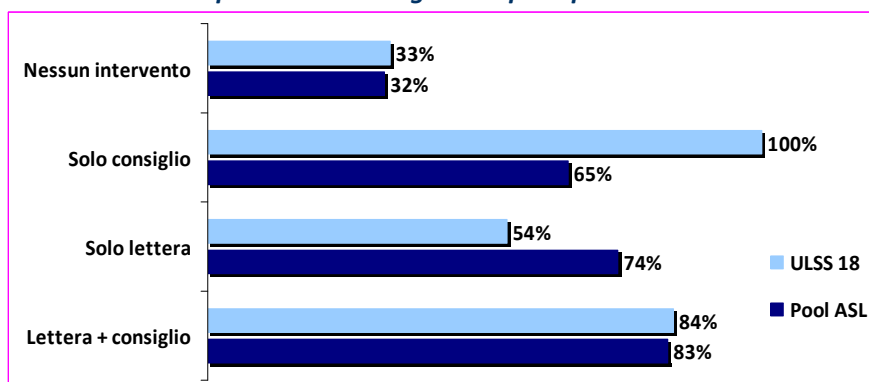
L'intervento più efficace di promozione per migliorare l'adesione si è dimostrato, nell'ULSS 18 il consiglio di un medico o di un operatore sanitario, mentre a livello di **Pool ASL nazionale** l'invito da parte della ASL, ma la stessa percentuale di efficacia hanno le due modalità associate (**Grafico 6a e 6b**).

Grafico 6 - Efficacia degli interventi di promozione dello screening mammografico secondo le linee guida: confronto ULSS 18 e Italia

6a - Copertura screening totale per numero di interventi



6b - Copertura screening totale per tipo di intervento



Screening colorettaie

Anche se circa l'80% dei carcinomi del colon-retto insorge a partire da lesioni precancerose, gli stili di vita e la familiarità sono da tempo chiamati in causa quali fattori di aumento del rischio di incidenza di queste lesioni. Tra i primi spiccano fattori dietetici quali il consumo di carni rosse e di insaccati, farine e zuccheri raffinati, il sovrappeso e la ridotta attività fisica, il fumo e l'eccesso di alcool. Una protezione, oltre al controllo dei citati fattori di rischio, è conferita dal consumo di frutta e verdure, carboidrati non raffinati, vitamina D e calcio.

Il carcinoma del colon-retto è in assoluto il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana, con quasi 52.000 diagnosi stimate nel 2015. Tra gli uomini si trova al 3° posto, con il 14% di tutti i nuovi tumori, preceduto da prostata (20%) e polmone (15%), e tra le donne al 2° posto con 13%, preceduto dalla mammella (29%). Nella classifica dei tumori più frequenti per gruppi di età il carcinoma del colon-

retto occupa sempre posizioni elevate, variando nelle diverse età tra l'8% e il 14% negli uomini e tra il 5% e il 17% nelle donne.

La diffusione dei fattori di rischio, l'anticipazione diagnostica e l'aumento dell'età media della popolazione sono alla base della progressiva crescita dell'incidenza di questo tumore negli ultimi decenni. Il trend temporale per gli uomini è passato da un andamento in crescita (+2,3% l'anno) fino alla metà degli anni 2000, ad una successiva riduzione (-7,1%/anno), effetti associati all'attivazione dei programmi di screening organizzati. Tra le donne l'aumento (+2,1%/anno) e la successiva riduzione (-4,2%/anno) non risultano statisticamente significativi. I confronti geografici nazionali mostrano valori omogenei nel Centro-Nord e inferiori a Sud sia nei maschi (Sud -18% rispetto al Nord) sia nelle femmine (Sud -13%), anch'essi coerenti con la diversa presenza dei fattori precedentemente indicati.

Nel 2012 sono stati osservati 19.202 decessi per carcinoma del colon-retto (ISTAT) (di cui il 54% negli uomini) neoplasia al secondo posto nella mortalità per tumore (10% nei maschi, 12% nelle femmine), e tra il secondo e terzo posto nelle varie età della vita. La mortalità per questa patologia è in moderato calo tra i maschi (-0,6%/anno) e più evidente tra le femmine (-1,2%). Si è ridotto il gradiente Nord-Centro-Sud: nelle regioni settentrionali, centrali e meridionali i tassi standardizzati di mortalità per 100.000 sono rispettivamente di 25,2, 24,7 e 21,8 per i maschi e 14,6, 14,4, 13,6 per le donne.

Il programma di screening del colon-retto è indirizzato a uomini e donne asintomatici dai 50 ai 69 anni di età ed è costituito da un intervento di prevenzione attiva, con ripetizione regolare ogni 2 anni, mediante il test di ricerca di sangue occulto nelle feci (SOF) o la rettosigmoidoscopia/colonscopia. Per quest'ultimo esame, la cadenza consigliabile non è definibile in modo univoco: in alcune categorie a maggior rischio, l'intervallo minimo suggerito è di cinque anni.

Lo screening è in grado di diagnosticare più del 50% dei tumori negli stadi più precoci, consentendo la rimozione di precursori (adenomi) prima della trasformazione in carcinoma e la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale, con una conseguente riduzione della mortalità sia per riduzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali, e quindi suscettibili di guarigione dopo terapia. Per quanto riguarda i programmi di screening regionali, nel solo 2012 gli invitati sono stati più di quattro milioni, con un'adesione del 47%. Permangono marcate differenze di estensione tra Nord e Sud Italia.

Per questa ragione, in Italia il Ministero della Salute raccomanda, nel Piano Nazionale della Prevenzione, alle ASL di organizzare programmi di screening di popolazione.

L'Osservatorio Nazionale Screening, che ha il compito di monitorare l'andamento dei programmi di screening, riporta che allo screening coloretale con il test della ricerca del sangue occulto nelle feci, nel 2013 in Veneto sono state invitate oltre 517.000 persone con un'adesione corretta del 65%, pari a 330.000 persone screenate e sono stati individuati 105 carcinomi (1,5‰) e 910 adenomi avanzati (14‰); nell'ULSS 18, che ha attivato il programma nel 2007, le persone invitate sono state oltre 17.500 (oltre 24.500 nel 2014) con un'adesione corretta del 47,3%, pari a 26.766 persone screenate e sono stati individuati 20 carcinomi (2‰) e 122 adenomi avanzati (12‰).

Il **Sistema di sorveglianza PASSI** chiede direttamente alle persone di 50-69 anni se e quando hanno effettuato un test di screening colo-rettale (SOF e/o colonscopia/rettosigmoidoscopia) e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dall'ULSS oppure su iniziativa personale: rientrano nel programma di *screening organizzato* coloro di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposti ai test a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nei tempi raccomandati, con costo a totale carico della ASL, mentre le persone che hanno sostenuto l'intero costo o il costo del ticket, rientrano in programmi di *prevenzione individuale (screening spontaneo)*.

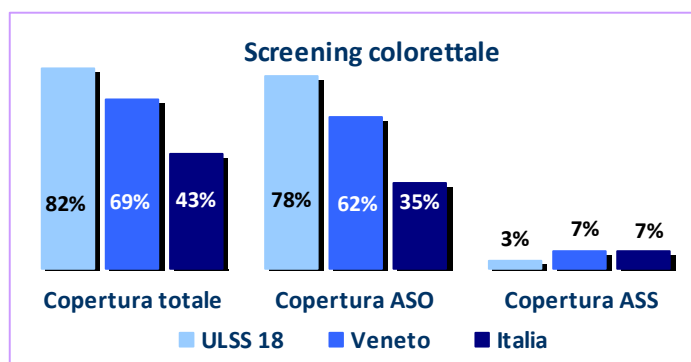
Dal 2010 la sezione dedicata allo screening colo-rettale nel questionario PASSI è stata integrata con alcune domande, pertanto il confronto con gli anni precedenti potrebbe risentirne. Per questa ragione vengono fornite per i principali indicatori stime di biennio 2010-2011.

Dai dati PASSI 2012-2015 risulta che nell'ULSS 18 8 persone su 10 (81,7%) riferiscono di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali a scopo preventivo, nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale-SOF, negli ultimi due anni, oppure una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni), con una copertura dello screening organizzato del 78,4% e spontaneo del 3,3%.

In **Veneto** le coperture risultano inferiori con il 69% di copertura totale dello screening, 62% di copertura dello screening organizzato e 7% di quello spontaneo, mentre a livello di **Pool ASL nazionale** la copertura dello screening coloretale resta ancora piuttosto bassa, infatti appena 4 intervistati su 10 (43%) riferiscono di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce seguendo le linee guida, con il 35% che aderisce ai programmi organizzati dalle ASL ed il 7% fuori dai programmi offerti dalle ASL. Vi è una forte variabilità da Nord a Sud, a sfavore delle Regioni meridionali dove la quota di persone che si sottopone a screening è poco più del 20%, raggiunge appena il 45% nelle Regioni Centrali ed è intorno al 65% fra i residenti nel Nord Italia. Nel quinquennio 2010-2015 la copertura dello screening totale (dentro e fuori i programmi organizzati) è aumentata significativamente in tutto il Paese grazie soprattutto all'aumento della quota dello screening organizzato; la quota di quello spontaneo si è andata riducendo al Nord, mentre aumenta nelle Regioni meridionali, dove presumibilmente l'aumento dello screening organizzato resta ancora insufficiente a soddisfare i bisogni della popolazione.

Nel **Grafico 1** si riportano le coperture dello screening coloretale (totale, organizzato e spontaneo) con il confronto tra ULSS 18, Veneto e Pool ASL nazionale (le ASL piemontesi sono state escluse dalle stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati).

Grafico 1 - Copertura screening per neoplasia colon-rettale: confronto ULSS 18, Veneto e Italia



Copertura totale: donne e uomini 50-69enni che hanno effettuato il test della ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni o una colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni, secondo le linee guida

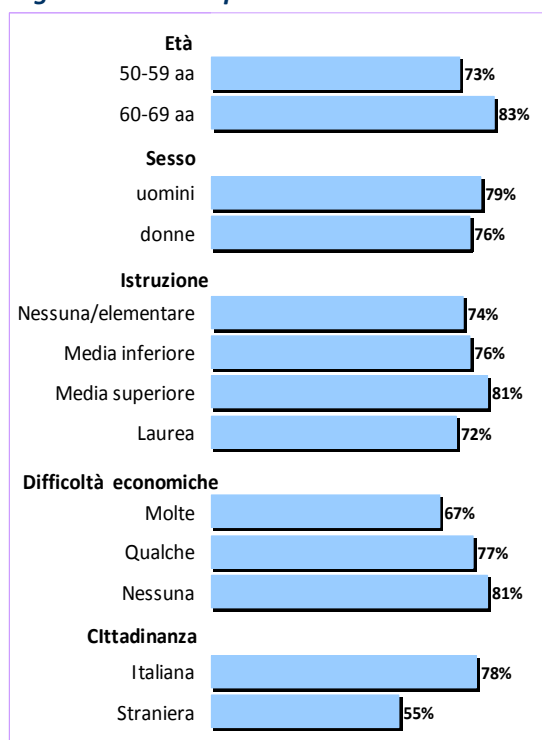
Copertura ASO: donne e uomini 50-69enni che hanno aderito allo screening organizzato

Copertura ASS: donne e uomini 50-69enni che hanno aderito allo screening spontaneamente

La **ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF)** è il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce del tumore coloretale. Nell'ULSS 18 il 77,6% degli intervistati riferisce di averlo effettuato nei due anni precedenti l'intervista, in **Veneto** la percentuale è del 63% e nel **Pool ASL nazionale** appena del 36%. Anche per questo singolo test, il gradiente geografico descrive le Regioni meridionali come le più svantaggiate (appena il 16% della popolazione target residente nel Sud Italia dichiara di essersi sottoposta al test) ma l'evoluzione temporale nel quinquennio 2012-2015 ne mostra un aumento significativo in tutto il Paese.

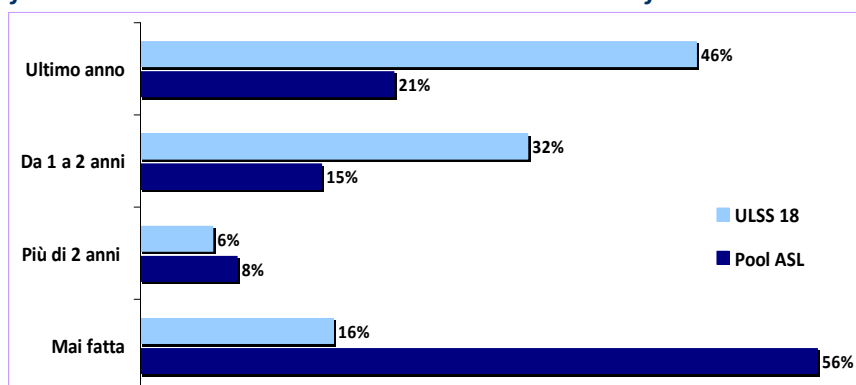
Nel **Grafico 2** sono descritte le *caratteristiche socio-demografiche* degli intervistati residenti nell'ULSS 18 che hanno effettuato la ricerca del SOF negli ultimi 2 anni: l'adesione è più frequente nei 60-69enni, in quelle economicamente più avvantaggiate e in quelli di cittadinanza italiana. Le stesse caratteristiche si riscontrano a livello di **Pool ASL nazionale**.

Grafico 2 - Ricerca SOF negli ultimi 2 anni per caratteristiche socio-demografiche nell'ULSS 18



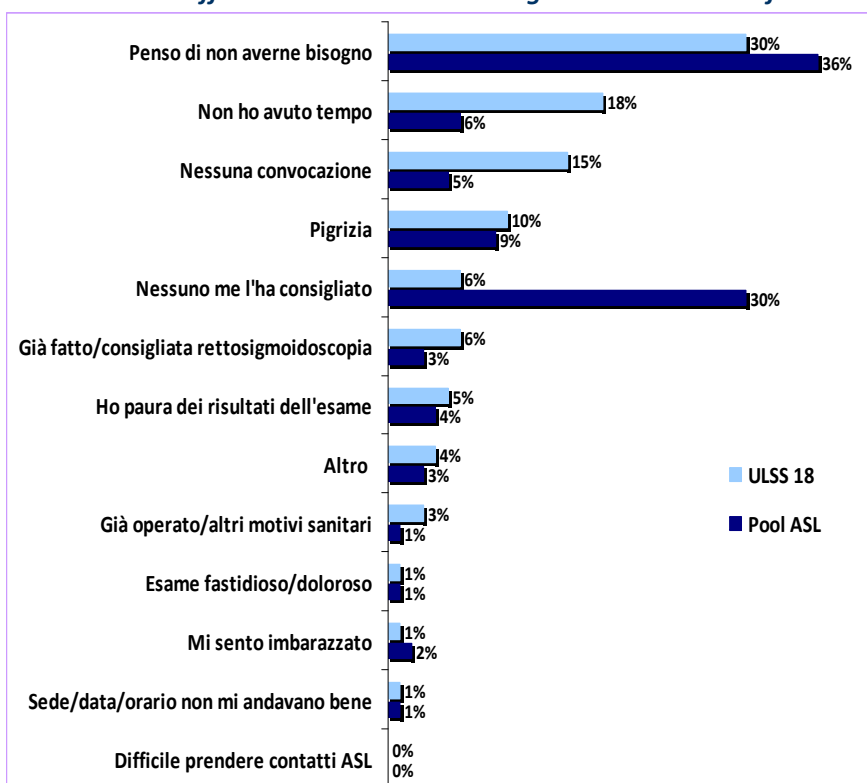
Come per gli altri due screening si evidenzia che una quota non trascurabile di 50-69enni non ha mai effettuato la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale, particolarmente grave è la situazione a livello di **Pool ASL nazionale** dove risulta che 60 persone su 100 non seguono le linee guida: ben 56 persone su 100 non hanno mai fatto il test e altre 8 su 100 riferiscono di averlo fatto ma da più di 2 anni. Nell'**ULSS 18** la scopertura è molto più bassa: non hanno mai fatto il test 16 persone su 100 e 6 su 100 l'hanno fatta ma da più di 2 anni. Nel **Grafico 3** si riporta la periodicità di esecuzione del test di ricerca del sangue occulto nelle feci nell'ULSS 18 e a livello nazionale.

Grafico 3 - Periodicità di esecuzione della ricerca SOF: confronto ULSS 18 e Italia



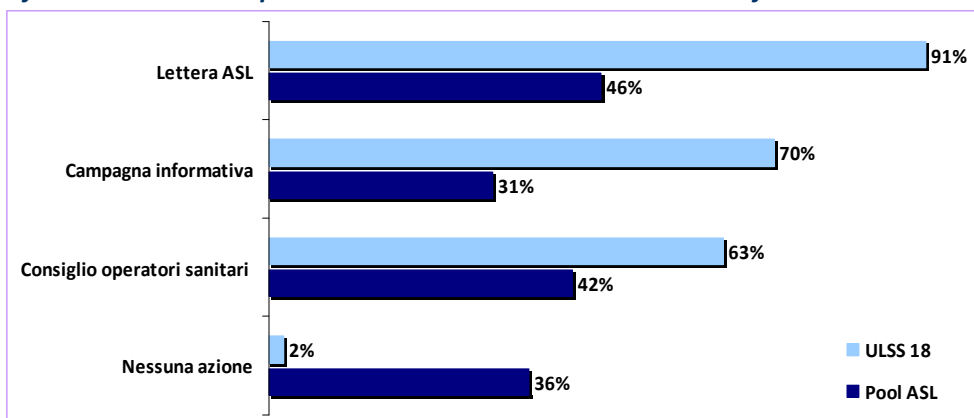
La mancata esecuzione della ricerca del sangue occulto risulta associata ad una molteplicità di motivazioni, alcune con percentuali diverse tra **ULSS 18** e **Pool ASL nazionale**: la giustificazione addotta "penso di non averne bisogno" è la più frequente sia nell'ULSS 18 che nel Pool ASL; "nessuno me l'ha consigliato" risulta molto più frequente (30%) nel Pool nazionale rispetto all'ULSS 18 (6%) mentre "nessuna convocazione" e "non ho avuto tempo" sono motivazioni più frequenti nell'ULSS 18 (**Grafico 4**).

Grafico 4 - Motivi della non effettuazione del test SOF negli ultimi 2 anni: confronto ULSS 18 e Italia



Gli interventi di promozione per far aderire gli uomini e le donne allo screening per la neoplasia del colon-retto sono rappresentati dalla lettera d’invito da parte del Centro coordinamento screening delle ASL, dalla campagna informativa e dai consigli dei medici e degli operatori sanitari (**Grafico 5**).

Grafico 5 - Interventi di promozione della ricerca del test SOF: confronto ULSS 18 e Italia

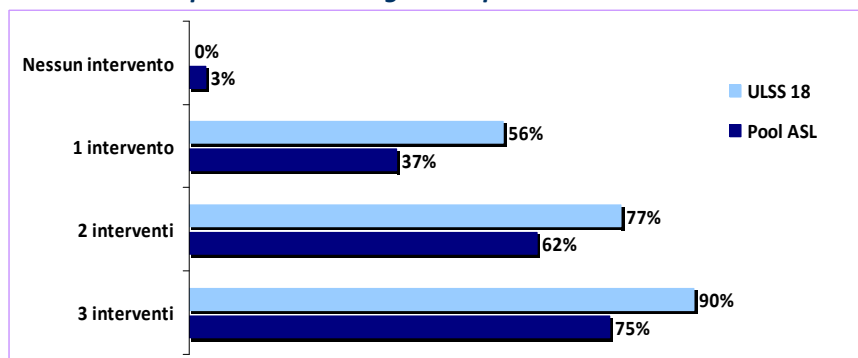


L'efficacia della promozione dello screening con adesione alle linee guida per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni cresce all'aumentare del numero di input ricevuti (lettera di invito a partecipare al programma organizzato dalla ASL, il consiglio di sottoporsi a mammografia da parte del medico/operatore sanitario o la campagna informativa), ma la combinazione più efficace, che migliora l'adesione allo screening, sembrerebbero essere tutti gli interventi proposti (lettera + campagna informativa + consiglio dell’operatore sanitario) (**Grafico 6a e 6b**).

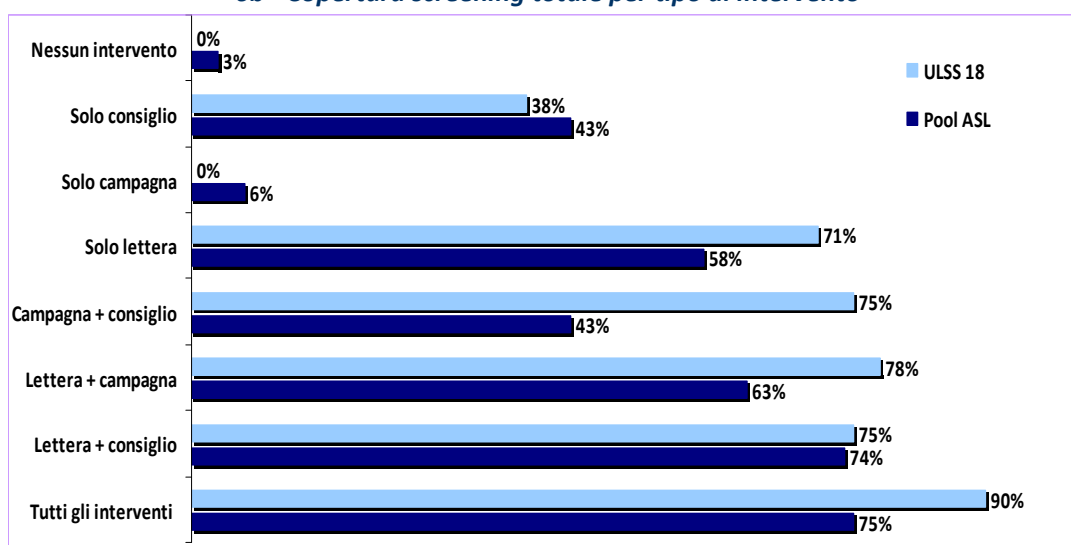
L'adesione allo screening è pressoché nulla per le persone non raggiunte da nessun intervento.

Grafico 6 - Efficacia degli interventi di promozione dello screening cervicale secondo le linee guida: confronto ULSS 18 e Italia

6a - Copertura screening totale per numero di interventi



6b - Copertura screening totale per tipo di intervento

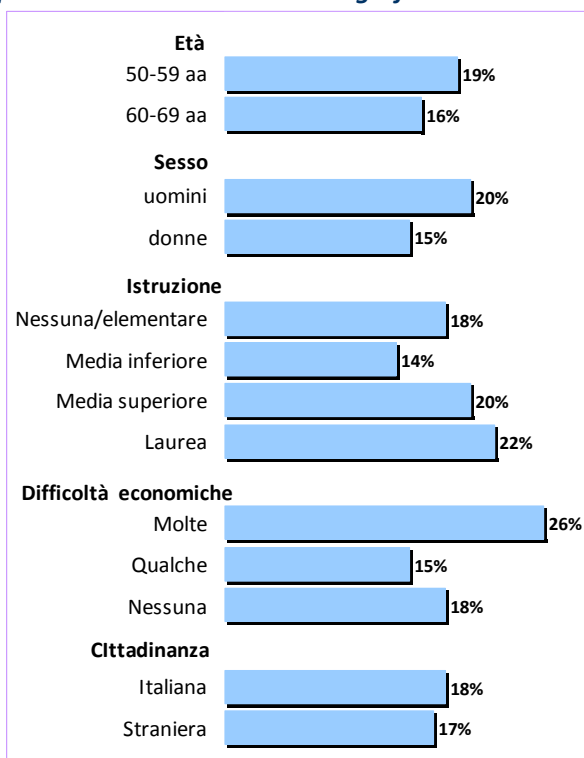


La **colonscopia/rettosigmoidoscopia** è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo; pertanto non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening.

Nell'**ULSS 18** quasi 2 persone su 10 (17,4%), tra i 50 e i 69 anni, riferiscono di aver effettuato una colonscopia o rettoscopia a scopo preventivo, nei 5 anni precedenti l'intervista; anche in **Veneto** sono quasi 2 su 10 (17%), mentre nel **Pool ASL nazionale** sono poco più di 1 persona su 10 (14%).

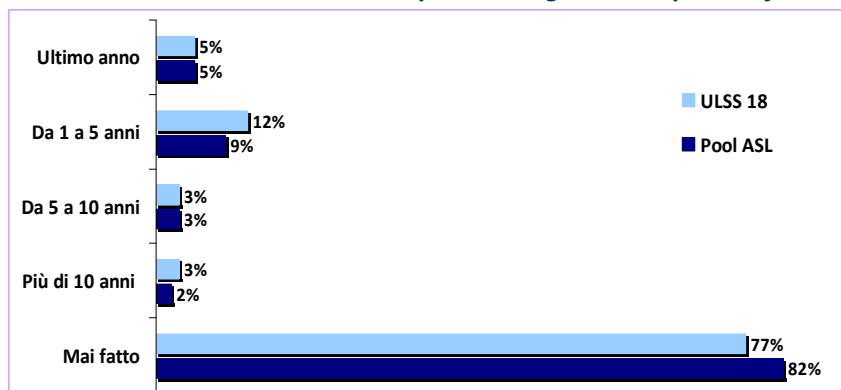
La geografia della copertura della colonscopia/rettosigmoidoscopia e le *caratteristiche socio-demografiche* delle persone che vi si sottopongono sono sovrapponibili a quanto già osservato per la ricerca del sangue occulto, sia nell'**ULSS 18** che nel **Pool ASL nazionale (Grafico 7)**; l'evoluzione temporale ne descrive un lieve aumento.

Grafico 7 - Colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni per caratteristiche socio-demografiche nell'ULSS 18



Nel **Grafico 8** si riportano le periodicità riferite dagli intervistati con cui è stato effettuato l'esame, da cui si evidenzia che una alta percentuale di persone risulta non averlo mai effettuato, sia nell'**ULSS 18** (76,6%) che nel **Pool ASL nazionale** (82%).

Grafico 8 - Periodicità di esecuzione della colonscopia/rettosigmoidoscopia: confronto ULSS 18 e Italia



Caratteristiche socio-demografiche del campione degli intervistati dell'ULSS 18

La numerosità del campione nel quadriennio 2012-2015 è di 1.103 intervistati di età tra i 18 e 69 anni.

- ☞ Il 49,9% del campione è composto di uomini ed il 50,1% di donne; il 23,8% ha tra i 18 e i 34 anni, il 33,5% tra 35 e 49 anni ed il 42,6% tra i 50 e i 69.
- ☞ Il 95,8% degli intervistati è di cittadinanza italiana e il 4,2% straniera: PASSI può dare informazioni solo sugli stranieri più integrati o da più tempo in Italia, perché il protocollo prevede la sostituzione di chi non è in grado di sostenere l'intervista in italiano.
- ☞ Il 4,9% degli intervistati non possiede titolo di studio o ha la licenza elementare, il 32,5% ha la licenza media inferiore, il 49,2% la licenza di scuola media ed il 13,4% la laurea/diploma universitario.
- ☞ Ha un lavoro regolare (continuativo e non) il 70,9% degli intervistati tra i 18 e i 65 anni (76,4% uomini e 65,4% donne; 59,7% 18-34 aa, 89,3% 35-49 aa e 60,2% 50-65 aa).
- ☞ Il 13,1% dichiara di avere molte difficoltà ad arrivare a fine mese, il 45,2% di avere qualche difficoltà ed il 41,8 di non avere alcuna difficoltà economica.
- ☞ Il 57,7% è coniugato, il 32,3% celibe/nubile, il 3,6% vedovo ed il 6,5% separato/divorziato.
- ☞ Vive solo il 10,1% degli intervistati, il 6,8% tra i 18 e 34, il 10,8% tra i 35 3 49 e l'11,5% tra i 50 e 69 anni, il 10,5% sono uomini e il 9,7% donne.