



**È SEMPLICE,  
GRATUITO  
E FUNZIONA.**

HAI RICEVUTO  
LA LETTERA?

NON HAI RICEVUTO  
LA LETTERA?

# **Siamo migliorati a Ferrara e provincia?**

Aldo De Togni

MOD Epidemiologia, Screening oncologici, Programmi di  
promozione della salute

**21 marzo 2005:** in Emilia Romagna avvio del programma di screening

Popolazione target: residenti e domiciliati in età 50-69 anni

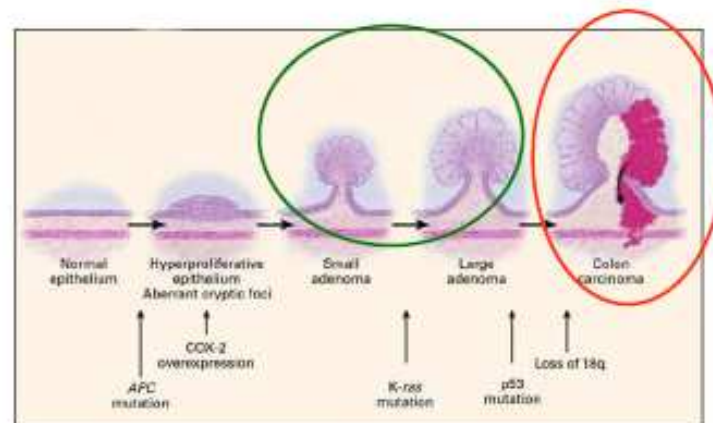
Test 1° livello: FIT (test immunochimico per la ricerca dell'emoglobina nelle feci), con cadenza biennale

Test 2° livello (se positivo il 1°): colonscopia

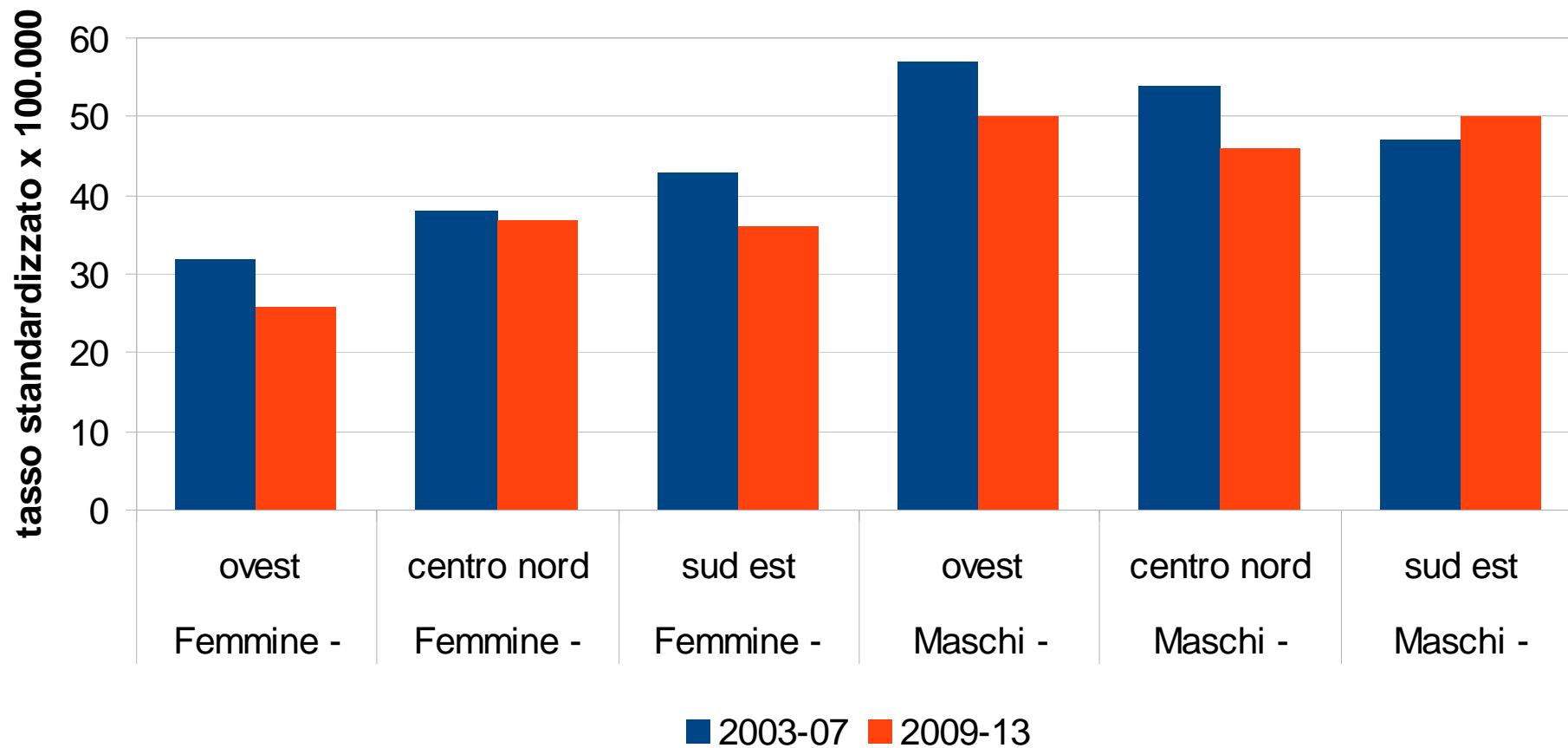
## ENDPOINT PRIMARI

1 – riduzione mortalità

2 – riduzione incidenza



***mortalità per tumore del colon retto a Ferrara,  
per periodo, per distretto sanitario, per sesso  
(tasso standardizzato)***

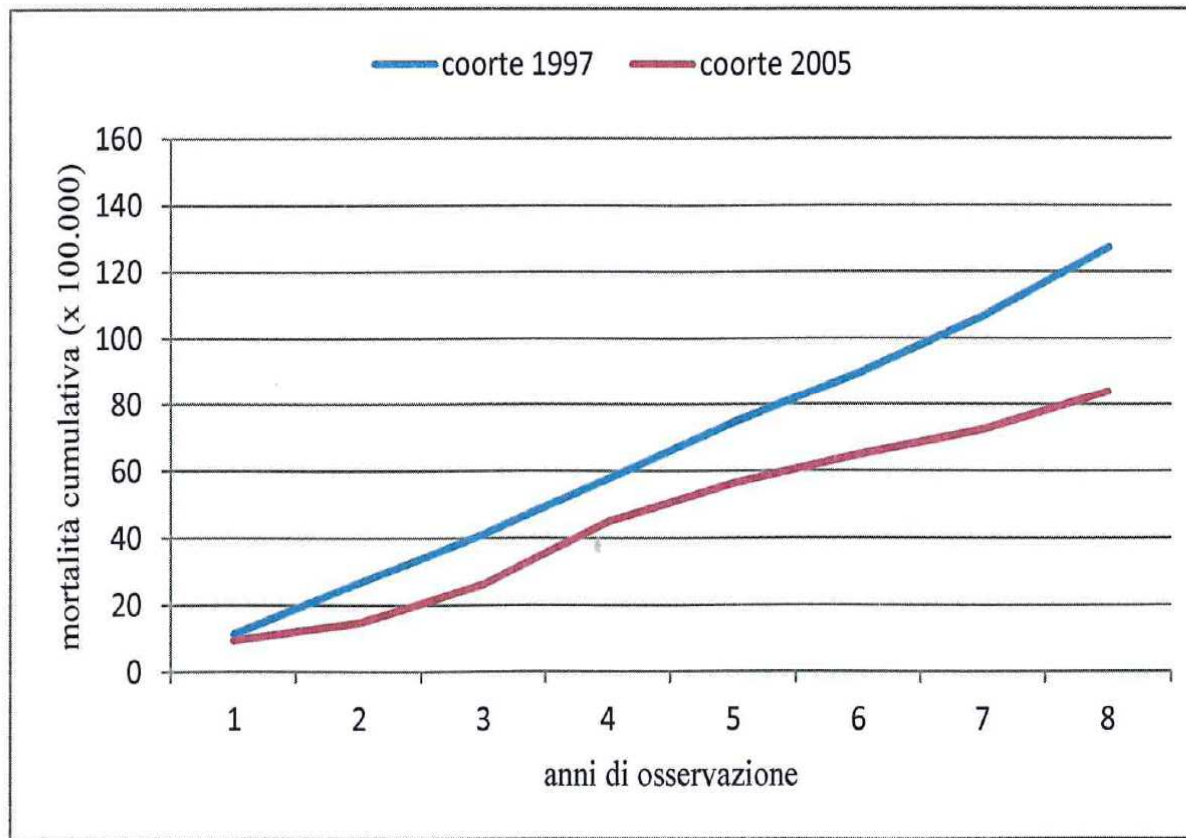


fonti: atlanti regionali di mortalità

# Efficacia misurata a Ferrara

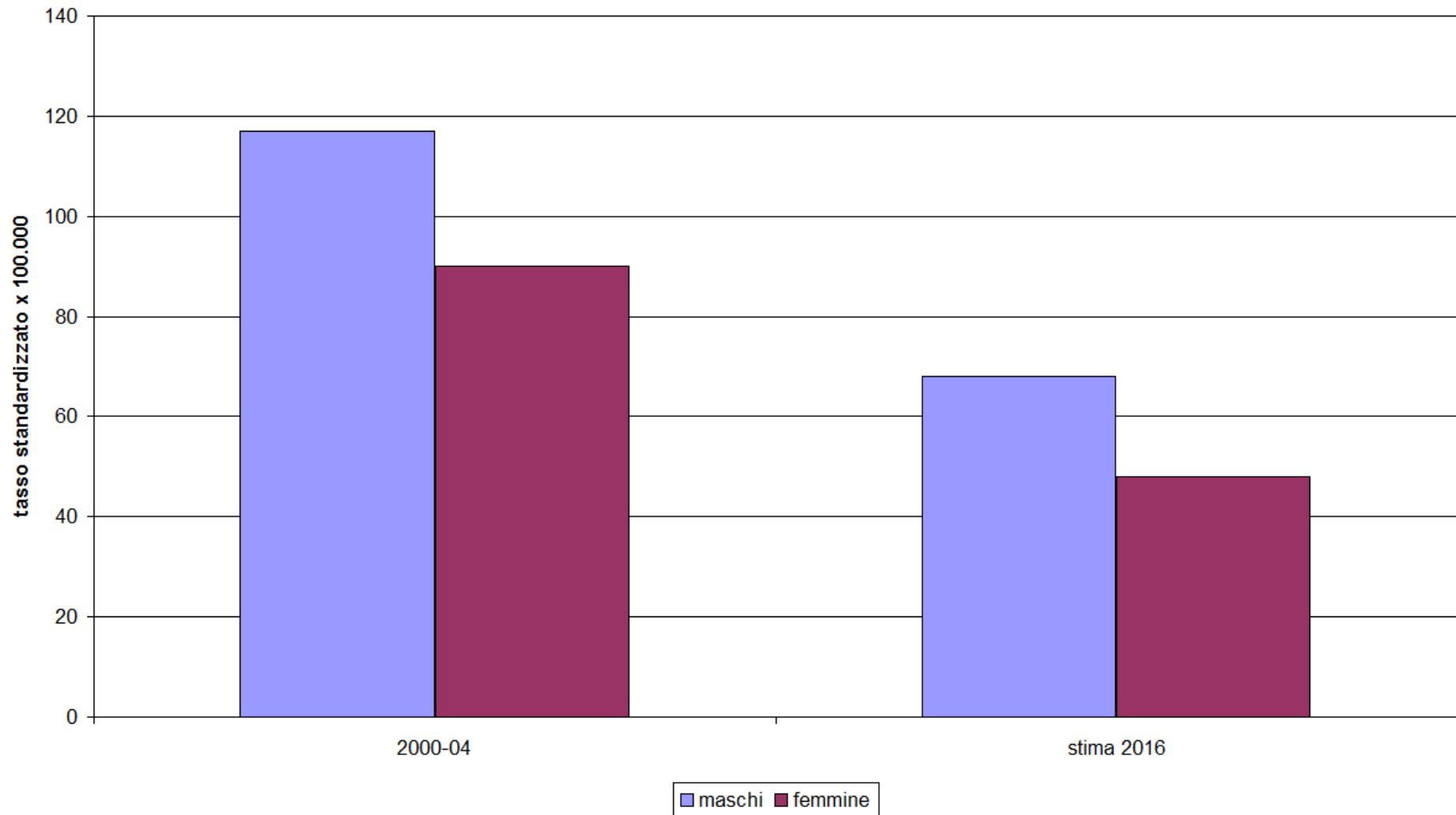
**le persone appartenenti al gruppo invitato al programma di screening per tumore del colon hanno una mortalità più bassa per tumore del colon**

Figura 11. Mortalità cumulativa (carcinoma colo-rettale) coorti 50-69 anni 1997 e 2005



fonte: tesi dott.ssa Marcante; relatore dott. Stefano Ferretti

### incidenza di tumore del colon-retto a Ferrara, per periodo, per sesso

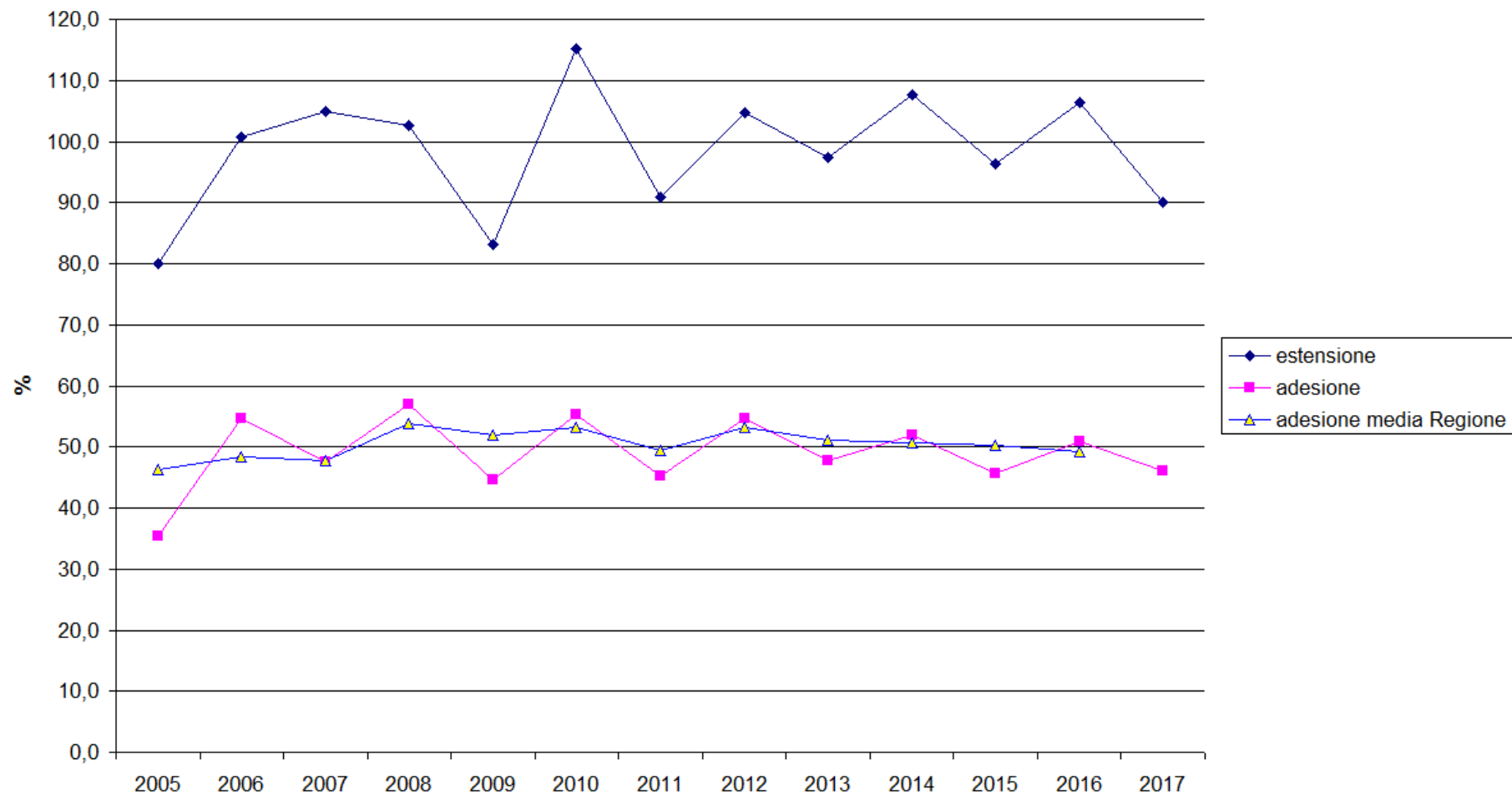


fonti: I tumori in Emilia-Romagna edizione 2004; I tumori in Emilia-Romagna edizione 2016

programma di screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto - dati di attività dell'anno 2017	colon retto
numero totale della popolazione da invitare nel 2017	58682
lettere di invito spedite	52644
estensione (% di copertura della popolazione da invitare)	89,7%
Numero di donne (e uomini) aderenti all'invito	23847
<i>adesione al test di screening (% su invitati)</i>	45,3%
Numero di donne/uomini richiamate/i per approfondimenti perché positivi al test di screening	1268
<i>positività (% sugli aderenti al test)</i>	5,3%
Numero di donne/uomini esaminate/i per approfondimento diagnostico	1018
adesione all'approfondimento diagnostico (% sui positivi al test di screening)	80,3%
Numero di carcinomi diagnosticati allo screening	35
tasso di diagnosi di tumore (ogni 1000 persone che fanno il test di screening)	1,5

# L'efficacia dei programmi di screening sulla popolazione dipende dalla loro diffusione = copertura (estensione inviti x adesione)

estensione degli inviti e adesione allo screening - provincia di Ferrara  
(dati survey Osservatorio Nazionale Screening)



# Perché una bassa adesione?

1 - Correggere l'adesione: escludere dal denominatore chi ha fatto una colonscopia

Persone di età 50-69 che hanno eseguito un esame di II livello per Ausl

	2014		2015		2016		2017	
	endo_scr	endo_noscr	endo_scr	endo_noscr	endo_scr	endo_noscr	endo_scr	endo_noscr
PIACENZA	1	1.203	-	1.253	-	1.231	-	1.189
PARMA	256	2.900	235	3.054	307	3.178	283	2.862
REGGIO EMILIA	1.162	2.509	1.049	2.498	1.656	2.621	1.397	3.085
MODENA	1.711	3.874	1.906	4.462	1.555	5.114	1.789	4.980
BOLOGNA	1.148	4.064	1.260	4.155	1.158	4.269	1.204	4.281
IMOLA	1	1.217	1	1.322	-	1.141	2	1.147
FERRARA	233	2.133	459	2.222	794	2.144	761	2.028
ROMAGNA	2.908	7.243	3.243	7.380	2.911	7.921	3.044	7.799
All	7.420	25.143	8.153	26.346	8.381	27.619	8.480	27.371

= +2%

nel  
2017

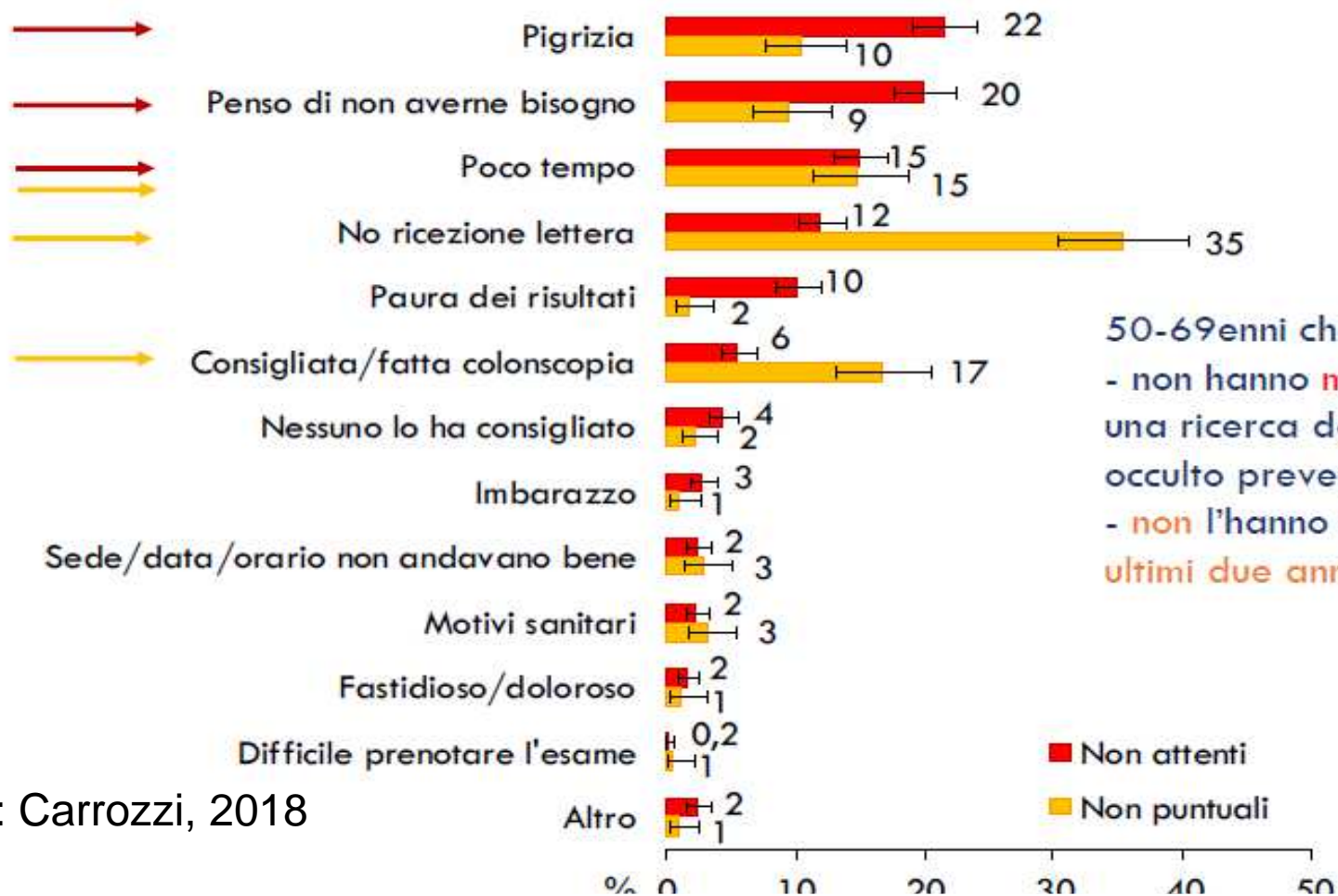
# Perché una bassa adesione? 2 – le risposte dei destinatari



## Emilia-Romagna, PASSI 2013-2016

Motivi di non esecuzione di una ricerca del sangue occulto preventiva entro gli ultimi due anni

Persone 50-69enni



50-69enni che:  
 - non hanno **mai eseguito** una ricerca del sangue occulto preventiva (27%)  
 - **non** l'hanno fatta entro gli **ultimi due anni** (9%)

fonte: Carrozzi, 2018

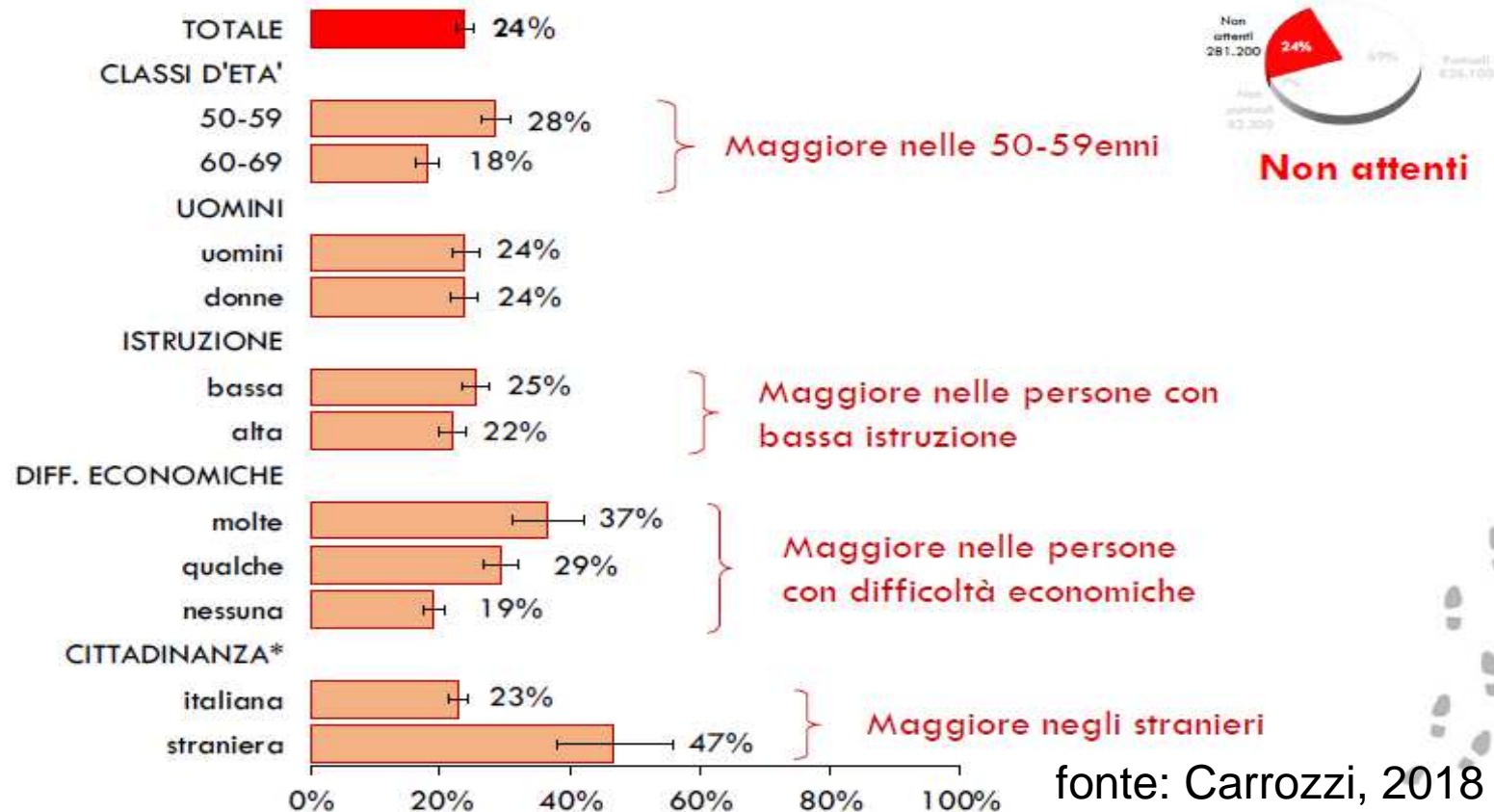
# Perché una bassa adesione? 2/1 – determinanti individuali

“Pigrizia, penso di non averne bisogno, poco tempo, paura dei risultati”



## Emilia-Romagna, PASSI 2014-2016

Fattori predittivi individuali di **NON** esecuzione di un esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colorettali



\* Persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA); Stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

# Perché una bassa adesione? 2/2 – fattori organizzativi?

“Poco tempo / sede, data, ora non andavano bene”

## ECCO COSA DEVI FARE

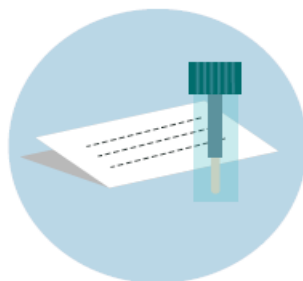
Lo screening consiste nella ricerca di sangue occulto nelle feci tramite un prelievo da fare in completa autonomia nella propria abitazione.



**1**

### **RITIRA**

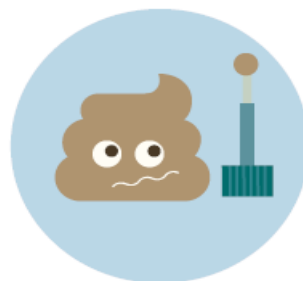
IL KIT NEL LUOGO INDICATO  
NELLA LETTERA



**2**

### **LEGGI**

LE ISTRUZIONI



**3**

### **RACCOGLI**

UN CAMPIONE DI  
FECI CON L'APPOSITO  
BASTONCINO



**4**

### **CONSEGNA**

IL CAMPIONE AL CENTRO  
DI RACCOLTA INDICATO  
NELLA LETTERA

RETE DELLE  
FARMACIE  
“TERRITORIALI”

120

RETE DEI PUNTI  
DI CONSEGNA  
DEL KIT

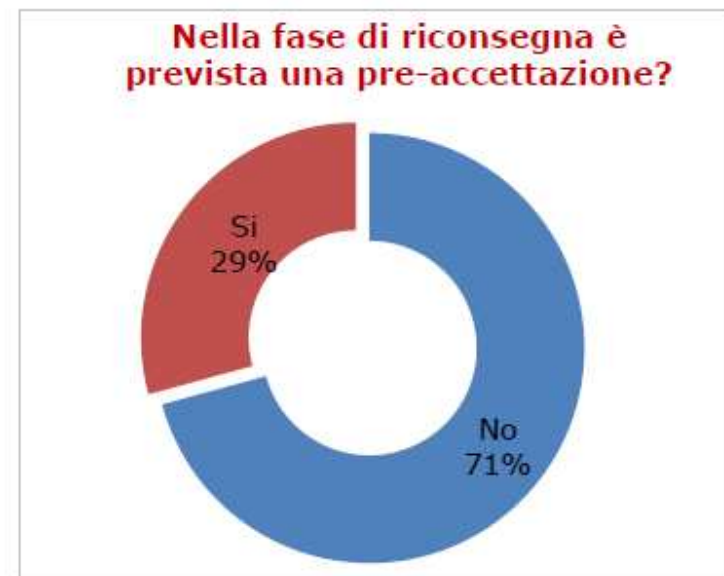
29

# Modalità di riconsegna: indagine in 68 programmi di screening in Italia

## Modalità operative: riconsegna del kit

Modalità di riconsegna del kit	«modalità mono»	«modalità in associazione»
Farmacie	12	9
Invio Postale	1	
MMG		2
Distretti Sanitari	21	20
Volontari/unità mobile	3	7
Laboratori analisi	4	3
Centro Screening	2	3
Comuni		3

Nel 63% delle realtà i Distretti sanitari sono individuati come un punto di riconsegna



*RER:*  
2 CS prevista pre-accettazione

Fonte: C. Campari, 2018

# Perché una bassa adesione? 2/3 – fattori geografici

(somma di fattori socio-demografici e organizzativi)

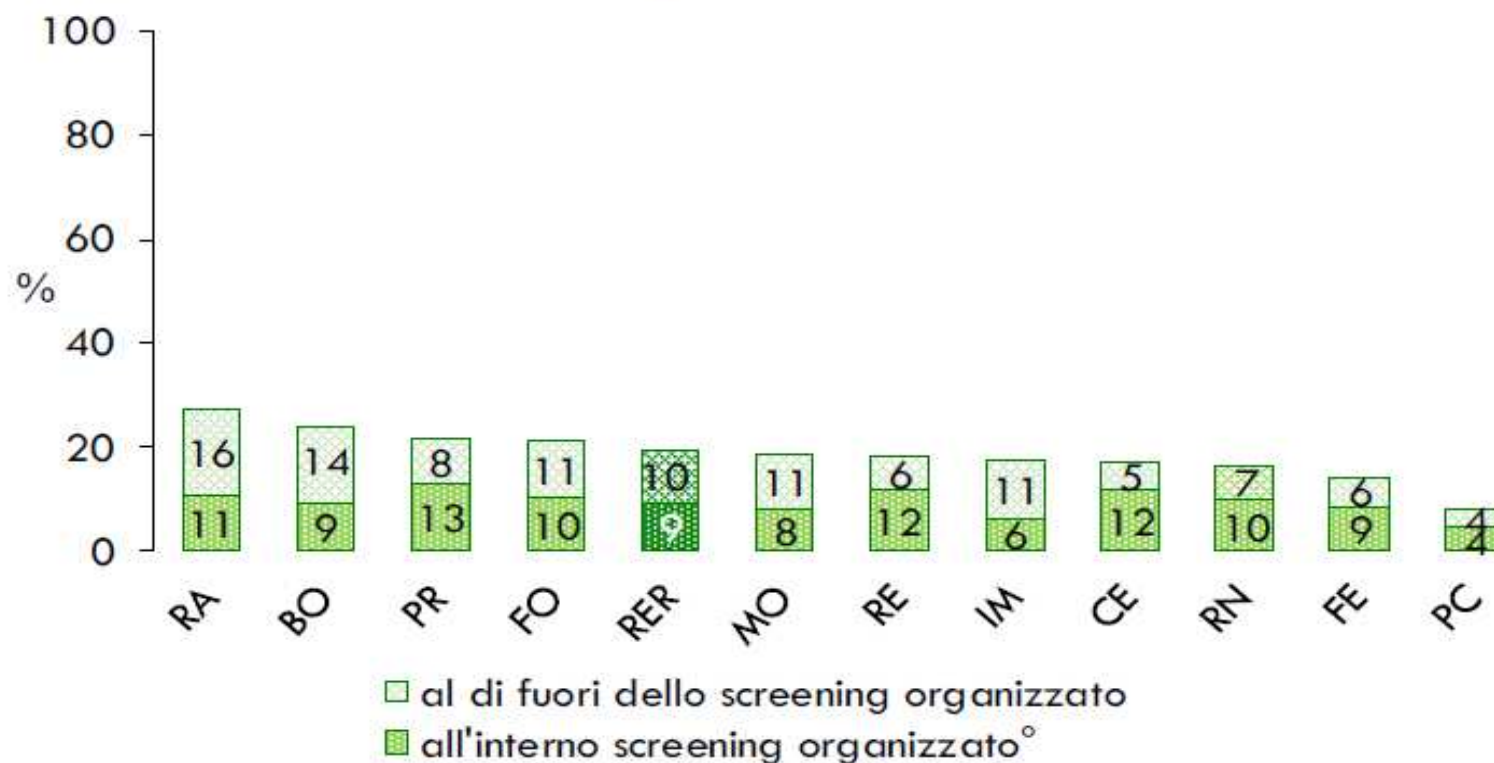
COMUNE	INVITI	ADERENTI	ADESIONE GREZZA %	Ore di apertura/settimana
COPPARO	2295	1446	63	12
SANT'AGOSTINO	994	604	61	2
BONDENO	2269	1321	58	5
CODIGORO	2001	1173	58	4
GORO	809	463	57	3
RO	643	363	56	1
ARGENTA	3311	1835	55	12
MESOLA	1413	778	55	6
VIGARANO MAINARDA	1119	618	55	1.30
CENTO	4605	2477	54	50
MIRABELLO	425	229	54	1
MASI TORELLO	435	230	53	0
FORMIGNANA	579	304	52,5	0
media Provincia	54593	28463	52%	4.30
TRESIGALLO	729	379	52	27
LAGOSANTO	919	473	51,5	1.30
BERRA	864	439	51	57
FERRARA	21109	10748	51	5
FISCAGLIA	1351	634	47	0
JOLANDA DI SAVOIA	350	164	47	
POGGIO RENATICO	1395	662	47	
COMACCHIO	3305	1513	46	
OSTELLATO	1203	541	45	
PORTOMAGGIORE	1831	798	43	
VOGHIERA	639	271	42	

# Perché una bassa adesione? 3 – screening spontaneo



## Emilia-Romagna, PASSI 2014-2016

Persone 50-69enni che hanno riferito di aver eseguito una **colonscopia/rettosigmoidoscopia** preventiva entro gli ultimi 5 anni



\* Comprende anche altre offerte gratuite (ad esempio articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001)

## Perché una bassa adesione? 3 – screening spontaneo

Pratiche a rischio di inappropriatelyzza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Le cinque raccomandazioni della

### Associazione Italiana Gastroenterologi ed Endoscopisti Digestivi Ospedalieri (AIGO)

1

**Non prescrivere la ricerca del sangue occulto fecale (SOF), in alcun contesto al di fuori del programma di screening del cancro del colon-retto.**

Il SOF è un test di screening, riservato a soggetti asintomatici che rientrano nella fascia di rischio stabilita dal programma nazionale o regionale. Non è un test diagnostico e pertanto non deve essere eseguito in soggetti che presentano segni o sintomi di possibile patologia del colon: il 26-35% dei SOF è eseguito in maniera inappropriata, con aumento del numero di colonoscopie non appropriate e del rischio di complicanze endoscopiche.

2

**Non eseguire colonscopia di sorveglianza per polipi del colon, dopo un esame di qualità, con intervallo differente r dell'istologi l'esame o dopo valutazione**

L'indicazione basate sull'ev essere indicat colonscopia, e

### Numero di FIT extra screening per Ausl e Anno. ETA' 50-69 ANNI

	2014	2015	2016	2017
PC	5.013	4.225	4.683	4.720
PR	9.063	7.963	8.219	8.114
RE	5.829	5.863	4.915	5.039
MO	8.717	8.411	6.513	8.020
BO	8.112	7.636	6.037	5.894
IMO	1.605	1.089	961	959
FE	5.221	5.420	4.759	5.125
ROM	11.607	10.010	8.979	8.858
Totale	55.167	50.617	45.066	46.729

scopico ed è indicata da linee guida iomi. L'intervallo più adeguato deve anti eventuali reperti, la qualità della

2239 persone

23.860 PERSONI

## 4 - INFORMAZIONE PER UN'ADESIONE CONSAPEVOLE

### LO SCREENING PUÒ SALVARTI LA VITA!

Il tumore del colon retto è il 2° più diagnosticato nelle donne e il 3° negli uomini. Da quando è attivo lo screening **la mortalità è diminuita del 30%**, un dato che può solo migliorare, visto che ad oggi **solo il 50% delle persone invitate fa lo screening.**

Lo sviluppo di un tumore del colon retto è quasi sempre preceduto dalla comparsa di lesioni benigne dell'intestino. Per questo lo screening è importante, per individuare le lesioni pre tumorali e **intervenire in tempo con trattamenti efficaci.**



La partecipazione agli screening è l'esercizio di un diritto che richiede però la piena consapevolezza per decidere il proprio comportamento.

L'informazione deve raggiungere soprattutto quelle persone che, pur rientrando nelle fasce target, non si sono mai sottoposte a un test di screening.

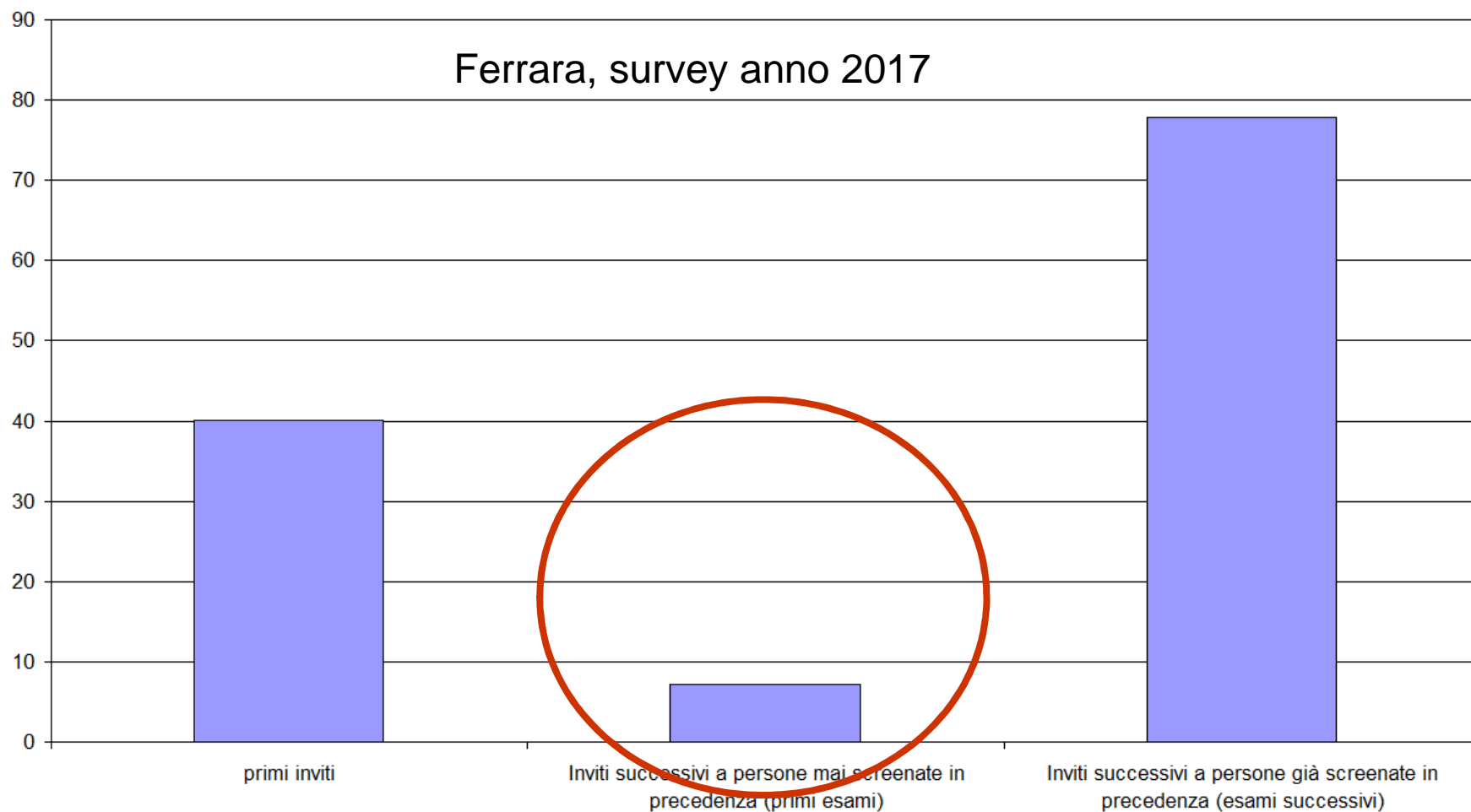
L'informazione deve chiarire sia i benefici che ognuno si può attendere, sia i possibili svantaggi associati al test, secondo le caratteristiche conosciute di ogni tipo di screening.

Gli utenti devono essere pienamente consapevoli:

- della possibilità di essere richiamati per ulteriori accertamenti (a volte anche invasivi),
- della **possibile comparsa di tumori tra due test successivi di screening (casi di intervallo)**
- della conseguente necessità di prestare attenzione a eventuali disturbi, onde evitare false rassicurazioni

# Perché una bassa adesione? 4 – le dinamiche di adesione possono essere interpretate in termini di informazione ricevuta?

distribuzione dell'adesione allo screening, per categoria



... CONCLUDENDO

FACCIO  
UNA GRAN  
FATICA A  
CONCLUDERE...

