

### Sommario

Editoriale	1
Vincere i tumori	1
Focus Screening	2, 3, 4
Il modello organizzativo	5
Glossario	6
A chi rivolgersi	6
Il percorso del paziente oncologico a Ferrara	6

Questo numero di "Informasalute - L'approfondimento" è dedicato ad un argomento di grande importanza per la nostra Azienda Sanitaria e per l'intera collettività: la diagnosi precoce dei tumori come fondamentale strumento di prevenzione. Si tratta di un tema già noto all'opinione pubblica ma che ha ancora molto bisogno di essere promosso e comunicato per vincere quelle resistenze sociali, psicologiche e culturali che inducono una parte della popolazione, specialmente quella femminile, a non dare il giusto peso all'importanza degli screening come arma efficace per prevenire e quindi combattere il tumore.

Per curare il cancro bisogna coordinare tutte le fasi in cui si articola il percorso assistenziale e terapeutico: dalla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

Per questo l'Azienda USL, insieme all'Azienda Ospedaliera, oltre al potenziamento del sistema degli screening ha messo in rete le proprie professionalità, competenze e risorse nel Dipartimento Oncologico Interaziendale, un progetto importante su cui la nostra azienda sta investendo e investirà sempre più in futuro.

FOSCO FOGLIETTA  
Direttore Generale  
Azienda USL di Ferrara

## VINCERE I TUMORI: CON LA PREVENZIONE SI PUÒ I PROGRAMMI DI SCREENING NELLA PROVINCIA DI FERRARA

**È l'evidenza scientifica che afferma il successo della diagnosi precoce nel ridurre significativamente la mortalità per tumore, e in certi casi, l'ottenimento della completa guarigione.**

**Per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto, la diagnosi precoce si realizza con lo screening: il programma che, attraverso tecniche strumentali o di laboratorio (pap test, mammografia, sangue occulto fecale), consente di individuare la malattia tumorale in fase preclinica, i suoi precursori o indicatori di situazioni di rischio.**

Secondo lo stato attuale delle evidenze scientifiche, la diagnosi precoce riduce la mortalità di alcuni tumori, tra cui naturalmente i tumori oggetto dei programmi di screening, diminuisce la frequenza (per i tumori del colon retto e della cervice uterina), contribuisce ad aumentare la qualità della vita delle persone ammalate e delle loro famiglie, e ad ottenere, in certi casi, guarigioni complete.

I test di screening sono innocui, sicuri e di facile esecuzione. In questo modo permettono di selezionare i soggetti con esito negativo o normale, dai positivi o sospetti, per questi ultimi senza giungere di norma ad una diagnosi definitiva.

Dopo il test positivo, infatti, è necessario fare ulteriori esami di approfondimento, stabiliti nei tre programmi di screening attraverso protocolli diagnostico-terapeutici e di follow-up ben definiti in tutti i loro passaggi, per garantire in ogni mo-

mento la continuità assistenziale.

Il "sistema screening" (vedi box a pagina 5) è un sistema complesso, un vero e proprio profilo assistenziale che coinvolge le Unità Operative di prevenzione, diagnosi e cura di entrambe le Aziende Sanitarie e assorbe risorse impor-

tanti. Solo un costante e buon livello di risposta dei cittadini dunque può motivare l'impegno di risorse finanziarie e professionali e rendere valido il raggiungimento degli obiettivi.

Sollecitare dunque una maggior attenzione alla salute nei confronti di una persona che apparentemente non ha problemi, è il vero significato del fare prevenzione: un'area di intervento, questa, che rafforza le competenze personali e sociali.

Continua a pagina 5



### I BENEFICI DELLO SCREENING

Immediati  
per il singolo

- Conferma dello stato di salute
- Miglior qualità della vita

Attesi  
per l'intera collettività

- Minori costi sociali
- Riduzione della mortalità
- Numero di tumori evitati
- Anni di vita salvati

### LE CARATTERISTICHE DEI PROGRAMMI DI SCREENING

- ⇒ Sono rivolti ad un numero elevato di persone
- ⇒ Sono proposti **gratuitamente** dalla struttura sanitaria ai cittadini, individuati, per sottoporsi al test, secondo determinati criteri (età e sesso)
- ⇒ Assicurano la presa in carico delle persone che necessitano di approfondimenti
- ⇒ Offrono, con inviti cadenzati alla scadenza prevista (triennale per il pap test, biennale per la mammografia e il sangue occulto fecale), i test per non vanificare i vantaggi della periodicità diagnostica rispetto al trattamento tardivo.



## **PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLLO DELL'UTERO** **PAP-TEST PIÙ EFFICACE GRAZIE ALLE NUOVE TECNOLOGIE**

Il carcinoma del collo dell'utero si instaura passando attraverso una serie di **lesioni pre-neoplastiche** (di cui il virus del Papilloma umano Alto Rischio HPV-HR è l'agente causale) **che possono essere diagnosticate con il Pap test**, cioè con l'esame al microscopio delle cellule prelevate dal collo dell'utero. Queste lesioni pre-neoplastiche **progrediscono molto lentamente**, nel corso di numerosi anni, verso il carcinoma infiltrante.

Pertanto, **uno screening regolare può intercettare ed interrompere queste lesioni pre-neoplastiche e rappresentare la migliore protezione contro il carcinoma.**

### **IL "NUOVO" PAP TEST**

Nell'ottobre 2004 è stata introdotta su tutto il territorio provinciale di Ferrara la **tecnica di allestimento del Pap Test su strato sottile**, una tecnica sostitutiva dello striscio classico, che consente di analizzare meglio le cellule prelevate e di migliorare la sensibilità del Pap test. Inoltre il programma si è dotato di uno **strumento di lettura automatica di supporto alla diagnostica citologica**, che individua le cellule atipiche nel vetrino e le sottopone all'esame del diagnosta.

**Strato sottile e lettura automatica rappresentano lo standard ottimale in tema di Pap test, come riconosciuto dalla comunità scientifica.**

In Emilia-Romagna, la metodologia utilizzata per il Pap test è codificata in un apposito protocollo regionale.

Recentemente redatto da un Gruppo di Professionisti sulla base delle più solide acquisizioni in tema di diagnosi e trattamento delle lesioni del collo

dell'utero, il Protocollo costituisce il documento ufficiale del **Programma Regionale**, che indirizza ed uniforma i comportamenti dei Professionisti a tutela della donna e della paziente.

Il Pap test, che rimane un efficace strumento di diagnosi, può essere affiancato da tecniche ausiliari.

Sono disponibili infatti alcuni **test virali per la diagnosi di infezione prodotta da HPV-HR**, la cui utilità è attualmente dimostrata in alcune condizioni cliniche particolari, ad esempio come opzione nel percorso di accertamento del Pap Test non negativo oppure nei controlli successivi di una lesione già curata.

**La sostituzione del Pap Test di screening con un test virale è però prematura ed**



*"Non può esservi dubbio che lo screening regolare è la migliore protezione contro il carcinoma del collo dell'utero" J. Peto, 2004*

*La comunità scientifica afferma che il maggior fattore di rischio del carcinoma del collo dell'utero è di non avere mai fatto il Pap test*

attende ancora la definitiva conferma scientifica.

### **PAP TEST E CONTROLLI DI QUALITÀ**

L'intero Programma di screening ed il percorso diagnostico-terapeutico che ne origina sono sottoposti a **rigorosi controlli di qualità**, per garantire la massima efficacia ad un intervento di medicina

pubblica di rilevante valore etico.

Tali controlli sono costituiti da **verifiche di numerosi parametri** (15 indicatori principali di qualità), che vengono esaminati ogni anno in sede locale e regionale (*audit* annuale) e confrontati con valori accettabili e desiderabili emanati da organizzazioni scientifiche nazionali ed internazionali. In questi *audit*, il **Programma dell'Azienda USL di Ferrara si colloca nella media regionale rispetto a tutti gli indicatori**, con performance superiori alla media in alcuni.

Inoltre, tutti i professionisti coinvolti nel Programma sono tenuti a frequentare regolarmente eventi specifici di formazione professionale.

**Si calcola che lo screening abbia evitato a tutt'oggi, nella Provincia di Ferrara, l'insorgenza di 122 carcinomi infiltranti, ed abbia salvato 920 anni di vita delle donne.**



Tutto l'impegno di risorse economiche e dei professionisti sarebbe inefficace senza la **partecipazione attiva delle donne**. Ad esse si chiede per il futuro **una maggiore adesione al Programma**, con la speranza che il nostro invito venga accettato in modo informato e più consapevole.

### **UN PO' DI NUMERI**

Il carcinoma della cervice uterina, in tutto il mondo, è **al 2° posto nel sesso femminile**, dopo il carcinoma della mammella.

Tra i Paesi sviluppati, però, **anche grazie alla diagnosi precoce, la sua incidenza è piuttosto bassa:**

→ **in Italia**, nel **2001**, si sono verificati circa **2.900 nuovi casi**.

→ **in provincia di Ferrara**, il programma di screening è iniziato nel **1996**: da allora è raddoppiata la quota di lesioni premaligne intercettate rispetto al periodo pre-screening.

→ Nel triennio **2000-2002**, sono stati accertati **55 tumori infiltranti**, pari a 10,2 nuovi casi/anno ogni 100.000 donne: è stato osservato, infatti, dall'avvio dei programmi di screening, un **calo del 25% delle forme infiltranti** rispetto alla prima metà degli anni '90.

## FOCUS



### **PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLON-RETTO** **AL VIA LA CAMPAGNA DI SCREENING NELLA PROVINCIA DI FERRARA**

Relativamente al mondo occidentale, **il cancro del colon-retto si trova al secondo posto per frequenza** (incidenza di nuovi casi e mortalità per tumore) **sia nei maschi**, dopo il carcinoma polmonare, **che nelle femmine**, dopo il carcinoma della mammella. La sua alta insorgenza nei due sessi ne fa comunque in assoluto **la neoplasia più frequente nella popolazione globalmente considerata.**

#### AZIONI DI PREVENZIONE A FERRARA

Nel corso degli anni **2005 e 2006** i cittadini della provincia di Ferrara, di età compresa fra 50 e 69 anni (96.500 persone interessate, di cui 46.240 uomini e 50.268 donne), riceveranno dall'Azienda USL un **invito a domicilio per eseguire un semplice esame** (la ricerca di sangue occulto nelle feci)

**che permette di diagnosticare polipi o lesioni tumorali in fase molto precoce.**

Questo esame è **completamente gratuito** e **non è necessaria alcuna richiesta medica**, così come tutti gli eventuali accertamenti e gli interventi di cura previsti nell'ambito del programma di screening. L'esito sarà spedito al domicilio, con il consiglio di ripetere l'esame ogni due anni.

Su 100 persone che eseguono il test, **circa 95-96 hanno un esito negativo** (assenza di sangue occulto): vale a dire una **rassicurazione sul proprio stato di salute.**

Circa 4-5 persone su cento hanno

invece un risultato positivo, cioè il test registra la presenza di sangue occulto fecale.

Occorre però ricordare che la presenza di sangue occulto nelle feci, nella gran parte dei casi (oltre il 60%), non significa che ci siano polipi o lesioni tumorali. Il sanguinamento può infatti dipendere anche

da altre cause, come la presenza di ragadi, emorroidi o diverticoli. **La diagnosi in fase**

**molto precoce consente di poter intervenire tempestivamente anche con le cure, aumentando la possibilità di completa guarigione** e diminuendo in modo significativo la mortalità per tumore del colon-retto.

Il programma prevede comunque che, dopo un test positivo, siano eseguiti ulteriori accertamenti con **colonscopia** (o con altri esami radiologici in caso di impossibilità di effettuare la colonscopia).

#### ALCUNI DATI DI INCIDENZA

ITALIA 2001	PROVINCIA DI FERRARA periodo 1998-2001	PROVINCIA DI FERRARA 2001
39.500 casi (di cui 20.000 decessi)	119,8 maschi e 95,2 femmine (su 100.000 abitanti)	122 casi (fascia di età 50-69 anni) 70 casi (fascia di età 70-74 anni)

Lo screening dei tumori del colon retto è attualmente l'intervento di sanità pubblica che, come per il tumore della cervice uterina, permette di **ridurre non solo la mortalità ma anche l'incidenza di queste neoplasie.**

#### PERCHÉ SI PUÒ PREVENIRE

In circa il 90% dei casi il cancro si manifesta a partire da una lesione "precancerosa", il **polipo adenomatoso**, che tuttavia può evolvere in neoplasia conclamata in un periodo molto lungo, circa 10 anni, attraverso la cosiddetta "sequenza adenoma-carcinoma".

Questo prolungato lasso di tempo permette quindi

di poter **identificare e asportare i polipi prima della loro possibile trasformazione in cancro.**

**L'interruzione della sequenza "adenoma-carcinoma" può ridurre l'incidenza del cancro colo-rettale dell'80% circa.**

#### FATTORI DI RISCHIO

Circa il 75% di tutti i nuovi casi di tumore del colon retto si manifesta in soggetti che non hanno fattori predisponenti riconosciuti per la malattia.

Il restante **25%** è legato a **specifici fattori di rischio**, quali:

**Età** → la popolazione *oltre i 50 anni*, senza altri fattori di rischio, ha un rischio medio di sviluppare un cancro colo-rettale rispetto alla popolazione generale al di sotto di tale età. In questi soggetti il rischio è dovuto a fattori ambientali e stili di vita caratterizzati da elevato apporto calorico e consumo di grassi animali, eccessiva ingestione di carne rossa, abitudine al fumo e abnorme assunzione di alcool;

**Fattori genetici** → i tumori colo-rettali di sicura origine genetica sono rappresentati dalla *poliposi familiare*, caratterizzata dallo sviluppo di polipi adenomatosi (a volte anche centinaia) che tappezzano l'intera superficie intestinale, e dalla *sindrome di Lynch*;

**Malattie infiammatorie croniche intestinali**, quali la *colite ulcerosa* e il *Morbo di Crohn*;

**Familiarità** → una familiarità neoplastica è presente in circa il 20% dei pazienti con *tumore del grosso intestino*. In particolare, i familiari di primo grado di pazienti affetti da cancro colo-rettale, in assenza di alterazioni genetiche, hanno un rischio di sviluppare lo stesso tumore da 2 a 3 volte superiore rispetto agli individui a basso rischio, senza storia familiare di tumore.



Per quanto riguarda l'**incidenza di nuovi casi in Italia**, i livelli sono in assoluto **più alti nel Centro-Nord rispetto al Sud ed alle Isole**, in relazione anche alle diverse proporzioni di popolazione anziana. Le stime dei **tassi di incidenza grezza regionale** (media) del 2001 sono così compresi tra i 39,2 ogni 100.000 donne in Campania ed i 103,1 ogni 100.000 maschi della Liguria.

Le tendenze temporali studiate fino alla fine degli anni '90 dai Registri Tumori Italiani mostrano un **trend in aumento per l'incidenza** (+1,7% all'anno nei maschi, +0,6% nelle femmine) ed un **lieve decremento per la mortalità** (-0,7%/anno nei maschi, -0,9% nelle femmine). La **sopravvivenza media globale a 5 anni** dei pazienti è attestata a livello nazionale sul **52%**.



**PREVENZIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA**  
**LA MAMMOGRAFIA PRIMA ARMA DI DIFESA**

Il tumore della mammella rappresenta **la neoplasia femminile più frequente**, sia in termini di incidenza che di mortalità. In Italia, i **tassi di incidenza** del tumore al seno si pongono a **livelli medio-alti rispetto allo scenario mondiale** (analogamente ad altre nazioni di tipo occidentale), e presentano valori decrescenti dal Nord al Sud del Paese.

**Prima dell'avvio dello screening, il carcinoma mammario era in aumento:** i Registri Tumori italiani, infatti, hanno evidenziato una crescita dell'1,7% all'anno tra il 1986 ed il 1997. A questo occorre sommare l'effetto determinato dall'invecchiamento medio della popolazione.

**La mortalità in aumento (+3,1%/anno) fino al 1989, ha mostrato durante gli anni '90 un moderato decremento,** che è ragionevole rapportare al parallelo sviluppo della diagnostica precoce ed alla diffusione dei programmi di screening di popolazione.

**I VANTAGGI DELLA PREVENZIONE**

L'obiettivo primario che lo screening esplicitamente si prefigge è la **riduzione della mortalità per carcinoma mammario**; gli studi randomizzati internazionali, infatti, segnalano un decremento fino al 30% a seguito di screening per la fascia di età 50-69 anni. Un risultato, ovviamente, raggiunto dopo diversi anni di corretto funzionamento del programma.

Tutti gli indicatori precoci di impatto dello screening a livello locale sono coerenti con i risultati attesi sulla base delle esperienze internazionali, e rafforzano la prospettiva di una riduzione consistente della mortalità specifica anche nella nostra Provincia.

**A Ferrara la pratica della mammografia tra donne asintomatiche ha una solida tradizione**, fin dagli anni '70: in tutta la provincia il rapporto tra i nuovi casi in stadio precoce e quelli in stadio avanzato risultava, già all'avvio dello screening, il più alto in assoluto tra le aree sede di Registri Tumori.

**Si tratta di un dato importante, poiché la diagnosi di un tumore della mammella in fase precoce consente un trattamento tempestivo ed efficace** (spesso di tipo conservativo, non mutilante), con possibilità di guarigione.

L'aumento di incidenza conseguente all'avvio dello



**screening** (anticipazione diagnostica di lesioni non ancora sintomatiche), **ha riguardato prevalentemente proprio lesioni in fase precoce**, caratterizzate da una prognosi migliore. Anche l'approccio chirurgico ha in questi anni evidenziato una **netta inversione di tendenza**, a favore delle terapie conservative.

Lo screening attualmente in corso nella Provincia di Ferrara, gestito dall'Azienda USL in stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna, fa parte del più vasto **programma che coinvolge tutte le Aziende USL e Ospedaliere-Universitarie dell'Emilia-Romagna**. I risultati delle 13 Aziende vengono periodicamente analizzati per confrontare le realtà fra di loro e produrre indicatori medi regionali.

Quando la mammografia evidenzia qualche lesione dubbia o sospetta, la paziente viene invitata ad eseguire tutti gli approfondimenti successivi (esami di secondo livello) sino alla diagnosi definitiva e all'eventuale trattamento.

**ALCUNI DATI DI INCIDENZA**

In Italia, **ogni anno vengono diagnosticati circa 35.000 nuovi casi** di tumore alla mammella, pari al 27% di tutte le neoplasie nelle donne. Di questi, quasi la metà si colloca nella fascia d'età 50-69 anni.

I **decessi** sono circa **11.000 all'anno** (il 17,5% di tutte le morti per tumore nel sesso femminile).

Si stima che, attualmente, vivano nel nostro Paese **più di 300.000 donne che hanno attraversato l'esperienza di questa malattia**.

**In provincia di Ferrara, nel 2001, sono stati complessivamente osservati 362 nuovi carcinomi della mammella** (di cui 33 non invasivi) e **101 decessi**.

**LO SCREENING NELLA PROVINCIA DI FERRARA**

In Provincia di Ferrara lo screening mammografico ha avuto inizio nel **1997**.



A tutt'oggi sono stati **completati i primi tre round**, per i quali sono disponibili i risultati definitivi, ed è in corso di completamento il quarto round, i cui dati, seppure parziali ed in corso di valutazione, indicano che il **trend positivo si mantiene nel tempo**.

Per raggiungere il proprio obiettivo, il programma di screening deve caratterizzarsi in base ad adeguati **standard di qualità**, che in questo caso derivano da Linee Guida Europee e dagli elaborati del GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico), e che costituiscono **indicatori surrogati o intermedi**. Questi consentono di verificare *in itinere* l'efficienza e l'efficacia delle procedure messe in atto. **Questi risultati, ottenuti grazie al contributo di tutti gli operatori coinvolti nel Programma, ci confortano e ci stimolano a proseguire l'opera intrapresa per combattere il carcinoma della mammella, malattia che non solo costi-**

tuisce una drammatica emergenza sanitaria, ma che, colpendo un organo - anzi, "l'organo" immagine/simbolo della femminilità-, dal punto di vista psico-affettivo riveste per le donne significati del tutto peculiari.

**PROGRAMMA DI SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA**  
dati aggiornati al 31/12/2004

	ROUND			
	I	II	III	IV (in corso)
<b>ADERENTI ALL'INVITO /ROUND</b>	67,1%	68,0%	68,4%	71,2%
<b>ESAMI ESEGUITI/ROUND</b>	34.483	34.660	34.670	20.528
<b>CARCINOMI DIAGNOSTICATI</b>				
<b>TOTALE</b>	280	241	223	119
<b>% IN SITU *</b>	5,4%	14,6%	18,1%	14,3%
<b>% CARCINOMA INFILTRANTE IN STADIO PRECOCE **</b>	58,3%	62,6%	58,8%	60,9%

\* su tutti i carcinomi

\*\* su tutti i carcinomi infiltranti con stadio noto

Mammografie eseguite nei primi 3 round → oltre 98.000  
Tumori identificati → 674  
Tumori diagnosticati nelle "aderenti spontanee" (donne che si sono rivolte al centro di screening prima di aver ricevuto l'invito) → 70  
**TOTALE → 744**

**Anni di vita salvati grazie al programma → 1815**

## LA PREVENZIONE COME STRATEGIA IL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

**Il Coordinamento Interaziendale degli screening è il modello organizzativo adottato dall'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliera che risponde a un criterio di forte integrazione fra le aree di prevenzione, diagnosi e cura, garantendo così maggior impulso alla realizzazione dei programmi di screening, un sostanziale coordinamento dei percorsi di diagnosi di primo livello e di approfondimento diagnostico, una migliore omogeneità degli interventi terapeutici anche in funzione della continuità assistenziale.**

**L'attività dell'Ufficio di Coordinamento è supportata da un gruppo tecnico-scientifico per ogni screening, ciascuno con livelli di responsabilità ben definiti.**

UFFICIO DI COORDINAMENTO			
<b>PRESIDENTE</b> Pier Giorgio Dall'Acqua Presidente Provincia di Ferrara	<b>COORDINATORE</b> Orazio Buriani Direttore Dipartimento di Sanità Pubblica	<b>RAPPRESENTANTI DEGLI UTENTI</b> Presidenti dei Comitati Consultivi Misti	
<b>Screening carcinoma mammella</b> Presidente Enzo Durante Responsabile Programma Gian Piero Baraldi	<b>Screening cervice uterina</b> Presidente Gioacchino Mollica Responsabile Programma Donatella Beccati	<b>Screening colon retto</b> Presidente Sergio Gullini Responsabile Programma Marzio Mattei	
<b>Centro Organizzativo Screening</b> Maria Cristina Carpanelli	<b>Epidemiologia</b> Stefano Ferretti	<b>Comunicazione</b> Adriana Pocaterra	<b>Gestione informatica</b> Daniela Pasquali

GRUPPI TECNICO-SCIENTIFICI		
Screening carcinoma mammella	Screening cervice uterina	Screening colon retto
Presidente Enzo Durante Responsabile Programma Gian Piero Baraldi Responsabile II° livello Stefano Corcione  <b>Responsabili dei centri erogatori</b> Radiologia Gian Piero Baraldi Tecnico radiologia Daniele Demetrio Chirurgia/ginecologia Paolo Carcoforo Citopatologia Donatella Beccati Anatomia Patologica Patrizia Querzoli Oncologia Giorgio Lelli Radioterapia oncologica Francesco Cartei Medicina Nucleare Luciano Feggi Fisica Sanitaria G.Carlo Candini Fisioterapia da individuare Psicologia Luigi Grassi Dipartimento Cure Primarie Valerio Parmeggiani	Presidente Gioacchino Mollica Responsabile Programma Donatella Beccati Responsabile II° livello Paola Garutti  <b>Responsabili dei centri erogatori</b> Ginecologia Sandro Guerra Citopatologia Donatella Beccati Anatomia Patologica Donatella Beccati Oncologia Giorgio Lelli Radioterapia oncologica Francesco Cartei Medicina Nucleare Luciano Feggi Fisica Sanitaria G.Carlo Candini Psicologia Luigi Grassi Dipartimento Cure Primarie Sandro Guerra	Presidente Sergio Gullini Responsabile Programma Marzio Mattei Responsabile II° livello V. G.Carlo Matarese  <b>Responsabili dei centri erogatori</b> Gastroenterologia V. G.Carlo Matarese e Marzio Mattei Endoscopia Lucio Trevisani Chirurgia Alberto Liboni Laboratorio Analisi Enrica Montanari Radiologia Giorgio Benea Anatomia Patologica Giovanni Lanza Oncologia Giorgio Lelli Radioterapia oncologica Francesco Cartei Psicologia Luigi Grassi Dipartimento Cure Primarie Chiara Benvenuti

## VINCERE IL TUMORE: CON LA PREVENZIONE SI PUÒ

Continua da pagina 1

Sono infatti le persone stesse a dover scegliere se partecipare volontariamente ad una verifica della salute in relazione ad un tumore o se evitare per il condizionamento derivato spesso dalla paura di un esito positivo del test.

Sono molte le motivazioni che spiegano un'adesione ridotta ad un programma di screening: l'ansia di poter passare da una situazione di salute ad uno stato di malattia, il timore di eseguire il test, la scarsa fiducia nell'efficacia della diagnosi

precoce e in generale del sistema sanitario, la difficoltà di accedere agli esami di screening, la carenza e parzialità di informazione.

L'attenzione costante di tutti coloro che sono impegnati negli screening (promotori del programma, operatori sanitari, soggetti istituzionali, rappresentanti dei cittadini utenti) deve perciò essere rivolta alla rimozione delle barriere che ostacolano l'accesso ai percorsi di prevenzione.

### IL SISTEMA SCREENING

- > **Spedizione dell'invito ad un target ben identificato di persone (non presentano sintomi ma sono considerate a rischio in base a determinati fattori)**
- > **Assunzione dell'impegno nel riproporre il controllo a distanza di un intervallo di tempo ben definito, qualora la persona sottoposta a screening confermi il suo stato di salute**
- > **Formulazione di una diagnosi con conseguenti interventi terapeutici ed assistenziali, nel caso di esito positivo al test dello screening.**

## GLOSSARIO: le parole della medicina

**Ecco il significato di alcune delle parole utilizzate in queste pagine**

- **PROGRAMMA DI SCREENING:** parola inglese (letteralmente: selezione) usata per indicare l'invito, rivolto ad una popolazione ben definita, a sottoporsi a semplici esami (mammografia, pap-test, test sangue occulto fecale) per avere una rassicurazione sullo stato di salute o per avere una diagnosi precoce di eventuali patologie e quindi maggiori possibilità di guarigione grazie a cure tempestive. I programmi di screening consentono di ridurre la mortalità per tumore specifica per gli organi interessati, e di ridurre l'incidenza di tumori grazie alla eliminazione o alla cura delle lesioni pre-tumorali individuate.
- **ROUND:** intervallo definito di tempo durante il quale viene invitata la popolazione bersaglio.
- **PAP-TEST:** è un esame che consiste nella raccolta di materiale (cellule, ecc.) presente sulla superficie del collo dell'utero. Questo materiale viene collocato (strisciato) su un vetrino, viene quindi fissato, colorato e osservato al microscopio.
- **HPV (Human Papilloma Virus, cioè Virus del Papilloma Umano):** è la sigla di un numeroso gruppo di virus che possono causare una grande varietà di lesioni della cute e delle mucose che rivestono gli organi interni. Alcuni tipi di HPV, denominati HPV Alto Rischio, sono associati allo sviluppo di lesioni pre-neoplastiche e neoplastiche del collo dell'utero.
- **LESIONE PRE-NEOPLASTICA:** precede l'instaurarsi del carcinoma infiltrante, che viene evitato grazie alla diagnosi citologica e all'asportazione della lesione stessa.
- **COLON-RETTO:** è l'ultimo tratto dell'intestino e viene chiamato anche "intestino crasso" o "grosso intestino".
- **TEST PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI:** è un test biochimico di tipo immunologico che verifica la presenza anche di piccolissime quantità di sangue nelle feci non visibili ad occhio nudo. Il test, di facile esecuzione a domicilio, viene valutato presso i Laboratori analisi delle Aziende sanitarie. Il risultato del test può essere: negativo (assenza di sangue nelle feci) o positivo (presenza di sangue occulto nelle feci).
- **POLIPO (O ADENOMA):** qualsiasi escrescenza della mucosa, cioè del tessuto che riveste l'interno degli organi cavi come l'intestino. Nel colon-retto i polipi adenomatosi in circa il 25% dei casi sono a rischio di evoluzione verso il tumore maligno. In molti casi hanno forma di fungo con una testa sorretta da uno stelo detto "peduncolo".
- **MAMMOGRAFIA:** È un esame radiologico che fornisce un'immagine della mammella e ne consente lo studio. È l'indagine più affidabile per la diagnosi precoce del tumore della mammella, perché riesce a mettere in evidenza anche lesioni molto piccole, come le microcalcificazioni. Naturalmente, per raggiungere questo scopo, deve essere una mammografia di buona qualità, eseguita da personale appositamente formato, con apparecchiature adeguate e periodicamente controllate.
- **CARCINOMA IN SITU:** proliferazione di cellule tumorali confinata all'interno delle strutture dutto-lobulari della ghiandola mammaria. In questo stadio il tumore non si è diffuso, per definizione, ad altri organi e apparati. Il carcinoma *in situ* può, se non trattato, trasformarsi in tumore invasivo (potenzialmente metastatico) in circa il 50% dei casi nell'arco di 15-20 anni.
- **CARCINOMA INFILTRANTE IN STADIO PRECOCE:** carcinoma infiltrante di diametro uguale o inferiore a 2 cm, senza metastasi ai linfonodi regionali o ad altri organi al momento della diagnosi.

### A CHI RIVOLGERSI

Per informazioni sui programmi di screening,  
rivolgersi al

**CENTRO ORGANIZZATIVO SCREENING**  
**via Boschetto, 29 - Ferrara**

#### Orario di apertura al pubblico:

dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13

#### Telefono:

0532-235503 oppure 235504 (per la prevenzione dei tumori al colon retto e al collo dell'utero)

0532-235528 oppure 235520 (per la prevenzione dei tumori alla mammella).

**E-mail:** [screening@ausl.fe.it](mailto:screening@ausl.fe.it)

#### Altre informazioni:

- > **Numero Verde 800 532008** (realizzato con la collaborazione di alcune associazioni femminili e di volontariato), il lunedì ed il mercoledì dalle 10 alle 12
- > Siti web: [www.ausl.fe.it](http://www.ausl.fe.it); [www.saluter.it](http://www.saluter.it)

### IL PERCORSO DEL PAZIENTE ONCOLOGICO A FERRARA UN PROGETTO DI SALUTE PARTECIPATA

Lo scorso 13 giugno sono stati presentati al pubblico i risultati del progetto "Il percorso del paziente oncologico a Ferrara". Si tratta di un'iniziativa innovativa, partita a dicembre del 2004, che ha coinvolto Azienda USL e Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara per migliorare il percorso assistenziale del paziente oncologico sull'intero territorio ferrarese, dando vita ad un progetto strategico comune, che punti a risolvere l'insieme delle difficoltà incontrate durante l'intero percorso assistenziale.

Il progetto, curato dalla dr.ssa Mara Leporati, ha avuto come obiettivo quello di facilitare il percorso del paziente oncologico ferrarese, dando un contributo sostanziale alla ricerca di soluzioni organizzative, concre-

te, efficaci e sostenibili sul piano dei costi, che producano vantaggi sostanziali ai pazienti e ai servizi coinvolti.

Hanno preso parte all'iniziativa oltre quaranta persone (pazienti volontari e operatori dei servizi delle due strutture sanitarie) organizzate in 5 gruppi di lavoro, ciascuno dei quali si è assunto la responsabilità di proporre cambiamenti concreti e praticabili.

Il progetto si è quindi caratterizzato per gli aspetti innovativi, basati su tre scelte chiave: l'integrazione dei pazienti con gli operatori, l'integrazione di tutte le figure professionali coinvolte nel percorso (medici, infermieri, tecnici, amministrativi, volontari) e tra le due strutture sanitarie pubbliche.

#### HANNO COLLABORATO ALLA REALIZZAZIONE DI QUESTA NEWSLETTER:

GIAN PIERO BARALDI, DONATELLA BECCATI, ORAZIO BURIANI, MARIA CRISTINA CARPANELLI, ALDO DE TOGNI, STEFANO FERRETTI, SERGIO GULLINI, VINCENZO GIANCARLO MATARESE, MARZIO MATTEI, ITALO NENCI, ADRIANA POCATERRA.