

COMITATI PARI OPPORTUNITÀ

Gruppo Ferrovie dello Stato,
Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro,
Istituto Superiore di Sanità, Automobile Club d'Italia,
Società Nazionale per l'Assistenza al Volo,
Istituto Nazionale di Fisica Nucleare



**INIZIATIVA DI INFORMAZIONE
PER LA PREVENZIONE ONCOLOGICA**

Opportunità salute

- [Presentazione](#)
- [La salute è un fatto privato?](#)
- [I tumori in Italia: tra variabilità e tendenze positive](#)
- [Cosa devo sapere sul cancro?](#)
- [... del colon-retto](#)
- [... della cervice uterina](#)
- [... della mammella](#)
- [La nostra proposta](#)
- [Le parole per dire... Glossario minimo dei termini](#)
- [I partner della iniziativa](#)
- [Dove lo screening: Indirizzario](#)

Presentazione

Opportunità salute

Iniziativa di informazione per la prevenzione oncologica a cura dei Comitati Pari Opportunità Gruppo Ferrovie dello Stato (FS)

Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Automobile Club d'Italia (ACI)

Società Nazionale per l'Assistenza al Volo (ENAV)

Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN)

La pubblicazione di questo opuscolo è stata resa possibile grazie al Comitato Pari Opportunità dell'INAIL aderente alla rete dei Comitati Pari Opportunità che hanno promosso l'iniziativa

“Opportunità Salute”, finalizzata alla promozione e alla prevenzione della salute, attraverso azioni mirate rivolte ai propri dipendenti, secondo un'ottica di genere.

GRUPPO DI LAVORO DEI COMITATI PARI OPPORTUNITÀ:

Daniela BELOTTI (Coordinamento, FS)

Nadia CERVONI (FS)

Maria Antonietta GIORGI (ENAV)

Maria Linda MONTECCHIA (ISS)

Brunella MONTINARI (ACI)

Serena RISICA (ISS)

Irene ROMALLI (INFN)

Silvia SESTAN (INAIL)

La pubblicazione di questo opuscolo è stata resa possibile grazie al Comitato Pari Opportunità dell'INAIL aderente alla rete dei Comitati Pari Opportunità che hanno

promosso l'iniziativa "Opportunità Salute", finalizzata alla promozione e alla prevenzione della salute, attraverso azioni mirate rivolte ai propri dipendenti, secondo un'ottica di genere.

GRUPPO DI LAVORO DEI COMITATI PARI OPPORTUNITÀ:

Daniela BELOTTI (Coordinamento, FS)

Nadia CERVONI (FS)

Maria Antonietta GIORGI (ENAV)

Maria Linda MONTECCHIA (ISS)

Brunella MONTINARI (ACI)

Serena RISICA (ISS)

Irene ROMALLI (INFN)

Silvia SESTAN (INAIL)

PROGETTO GRAFICO:

INAIL - Direzione Centrale Comunicazione

Tiziana Rizzi

Fotocomposizione e Stampa:

Tipolitografia INAIL - Milano - Marzo 2005

INAIL - Direzione Centrale Comunicazione

Tiziana Rizzi

Fotocomposizione e Stampa:

Tipolitografia INAIL - Milano - Marzo 2005

La salute è un fatto privato?

Fino a qualche anno fa parlare di donne e salute nel nostro Paese significava parlare essenzialmente del sistema riproduttivo femminile, sia in termini strettamente biologico-sanitari, sia valoriali e del diritto, con riferimento quasi esclusivo alla maternità quale "essenziale funzione familiare", secondo la ancora attuale definizione data dalla Costituzione italiana.

Ciò anche se, all'art. 32, la stessa Carta statuisce che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e, a livello internazionale, sono delineate le norme programmatiche tra gli Stati "per promuovere la salute di tutti i popoli del mondo".

Oggi, si va affermando, invece, un concetto più vasto di salute che, oltre alla specificità di genere legata alla funzione riproduttiva, femminile e maschile, viene a ricomprendere stili e abitudini di vita, fattori di rischio individuabili in base al genere, diverso utilizzo dei servizi sanitari da parte delle donne e degli uomini, accesso alle informazioni sui farmaci e sui programmi di prevenzione destinati ai cittadini, anche in base al sesso di appartenenza.

Per questa ragione negli ultimi anni sia le istituzioni centrali (Ministero della Salute, Ministero per le Pari Opportunità), oltre quelle locali, sia le associazioni e le reti delle donne hanno promosso - a partire dalle donne - numerose iniziative al fine di raccogliere dati, differenziati per genere, e realizzare interventi mirati.

Una strategia efficace di pari opportunità in questo campo non può basarsi se non su un sistema informativo che, partendo dalla conoscenza dei fenomeni in base al sesso, promuova la valenza di genere nella ricerca fino a diffondere capillarmente i risultati, in termini di prodotti e servizi sanitari offerti sul territorio ai diversi soggetti.

Partendo dall'assunto che la salute è un bene sociale e non un fatto privato, la Conferenza Mondiale sulle Donne di Pechino del 1995 affermava, nel Quarto programma di azione, che la salute di uomini e donne, intesa come complessivo benessere psicofisico dei cittadini, va tutelata attraverso iniziative mirate e differenziate in base ai destinatari.

Nel nostro Paese, tale principio, nell'ottica di mainstreaming - parola d'ordine coniata a Pechino - come recepito nell'ordinamento con la Direttiva Prodi e i due ultimi Piani Sanitari Nazionali, informa di sé l'intero sistema di prevenzione e tutela sanitaria.

PERCHÉ FARE PREVENZIONE ONCOLOGICA

Secondo gli esperti europei le cause di insorgenza delle forme tumorali più diffuse (in particolare alla cervice uterina, alla mammella e al colonretto), risiedono nel 50% dei casi in abitudini non corrette di vita.

Come infatti evidenzia una recentissima ricerca su base regionale, la parità uomini-donne è stata finalmente raggiunta in questo ambito, nel senso che le donne si ammalano quanto gli uomini (!) e i fattori di rischio, quali stress, fumo e alcool, non sono più appannaggio esclusivo del genere maschile.

Già dal 1986, i paesi della Comunità Europea hanno stilato un codice, noto come il "Codice europeo contro il cancro", poi riformulato nel 1994, consistente in 10 semplici regole che consentono, se applicate, di combattere efficacemente le varie patologie fino a ridurre del 15% la mortalità.

Il cosiddetto Decalogo della salute include 6 norme di prevenzione primaria - buone abitudini che fanno bene -, volte all'adozione di uno stile di vita più sano e alla rimozione delle cattive pratiche quotidiane, e 4 norme di prevenzione secondaria - una collaborazione attiva da parte degli utenti con il Sistema Sanitario dei singoli paesi - atte alla diagnosi precoce e all'identificazione tempestiva dei tumori, di cui le ultime 2 specificatamente rivolte alle donne.

1. Non fumare. Se fumi, smetti al più presto possibile e non fumare in presenza di altri. Se non fumi, non provare a farlo.
2. Se bevi alcolici, birra vino o liquori, moderane il consumo.
3. Aumenta il consumo quotidiano di verdura e frutta fresca. Mangia spesso cereali ad alto contenuto di fibre.
4. Evita l'eccesso di peso, aumenta l'attività fisica e limita il consumo di grassi.
5. Evita l'esposizione eccessiva al sole ed evita le scottature, soprattutto nell'infanzia.
6. Attieniti strettamente alle norme che invitano a non esporsi alle sostanze conosciute come cancerogene. Rispetta tutte le istruzioni di igiene e di sicurezza per le sostanze cancerogene.
7. Consulta un medico se noti un rigonfiamento, una lesione che non guarisce (anche in bocca), un neo che cambia forma, dimensioni o colore, o qualunque emorragia anormale.
8. Consulta un medico se presenti continui problemi, quali tosse o raucedine persistente, un mutamento delle abitudini intestinali o urinarie o una perdita inspiegabile di peso.
9. Effettuate regolarmente uno striscio vaginale. Partecipate ai programmi organizzati di screening del cancro del collo dell'utero.
10. Sorvegliate regolarmente il vostro seno. Partecipate ai programmi organizzati di screening mammografico se avete più di cinquant'anni.

(tratto da <http://www.ministerosalute.it/>)

Per molte delle malattie socialmente rilevanti, infatti, sono rinvenibili fattori di rischio a livello genetico (solo in piccola parte), ma soprattutto (oltre il 40%, secondo oncologi della Comunità europea) fattori legati alle condizioni socio-economiche e dell'ambiente, quali la qualità dell'aria, dell'acqua, il rumore, le radiazioni, la qualità del cibo, le caratteristiche delle abitazioni,

l'organizzazione delle città e gli ambienti di lavoro.

UNA PROPOSTA CONCRETA

Di fronte a questa realtà i Comitati Pari Opportunità aziendali di: Gruppo Ferrovie dello Stato (FS Spa), Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Automobile Club d'Italia (ACI), Società Nazionale per l'Assistenza al Volo (ENAV), Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) - che per legge hanno il compito di promuovere iniziative a tutela delle lavoratrici, chiamate azioni positive, anche nel campo della salute, e favorire le pari opportunità tra donne e uomini nel lavoro - propongono una campagna di sensibilizzazione ed informazione sulla prevenzione delle principali neoplasie.

Tale campagna è svolta in collaborazione con L'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio e l'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili e mira a far conoscere i tumori maggiormente diffusi e che presentano tassi di più alta mortalità per le donne (38% per il carcinoma alla mammella e 11% per il tumore alla cervice uterina) o per entrambi i generi (30% di mortalità nelle donne per carcinoma al colon-retto e 33% negli uomini per lo stesso tumore).

Primo passo di questa iniziativa è stata la preparazione del presente opuscolo, una vera e propria guida ai programmi di prevenzione effettuati nelle diverse regioni per i tre tipi di tumore indicati, che verrà distribuito negli ambienti di lavoro. Successivamente, a partire dal territorio del Lazio, si prevede di offrire alle lavoratrici e ai lavoratori ultraquarantenni - che, su base volontaria, aderiranno - la possibilità di effettuare uno screening gratuito, con la collaborazione della Alfa Wassermann Italiana attraverso la donazione dei test per la ricerca del sangue occulto fecale.

Lo screening avverrà a cura del personale della Croce Rossa Italiana, utilizzando personale volontario, specificamente addestrato, che avrà la responsabilità, nel totale rispetto della privacy, di accogliere i lavoratori e le lavoratrici che intendono sottoporsi al test, fornire attivamente informazioni sul test, sul tumore del colon e sulle azioni conseguenti agli esiti del test.

Inoltre, sarà cura dei volontari della CRI ritirare in un secondo momento i campioni di coloro che hanno aderito all'iniziativa e di informarli successivamente del risultato, garantendo l'assoluto rispetto della privacy.

Al momento dello screening i lavoratori e le lavoratrici compileranno un questionario predisposto in collaborazione con Docenti della Facoltà di Sociologia - Dipartimento di Ricerca Sociale e Metodologia sociologica "Gianni Statera" - dell'Università di Roma "La Sapienza", per lo svolgimento di una indagine sulle motivazioni e le aspettative riferite alle pratiche di prevenzione. I risultati saranno presentati a cura dei CPO proponenti e pubblicizzati dalle Aziende/Enti e dai Sindacati di categoria.

I tumori in Italia: tra variabilità e tendenze positive

I tumori in Italia, come nella maggior parte dei paesi europei, rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie cardio-vascolari. Nel 1999 si sono verificati circa 130.000 decessi complessivi per tumore, mentre nello stesso anno si stimano 230.000 nuovi casi e circa 1.300.000 persone con pregressa diagnosi di tumore.

Il carico sanitario connesso a questa patologia è destinato ad aumentare nei prossimi anni per effetto del parallelo progressivo invecchiamento della popolazione.

Indicatori, fonti informative e copertura geografica Lo studio dell'impatto dei tumori nella popolazione non può prescindere dalla disponibilità di indicatori comparabili e rappresentativi.

Gli indicatori epidemiologici più rilevanti sono: mortalità, incidenza, sopravvivenza e prevalenza. La mortalità per sede tumorale è nota a livello nazionale ed è pubblicata dall'Istituto Nazionale di

Statistica (Rilevazione delle Cause di Morte).

La copertura geografica è invece locale per l'incidenza e la sopravvivenza, la cui fonte informativa è costituita dai Registri Tumori su base di popolazione (RT). I Registri, impiantati in Italia a partire dalla fine degli anni '70, hanno il compito di rilevare tutte le nuove diagnosi di tumore che si verificano tra i residenti dell'area di riferimento, tipicamente le province, e di seguirne periodicamente lo stato in vita.

La percentuale di popolazione italiana coperta dai RT è attualmente pari al 23%, con una maggiore concentrazione nel Centro-Nord Italia dove la copertura raggiunge circa il 30% contro il 7% di Sud e Isole.

La prevalenza, ovvero la proporzione di persone con una pregressa diagnosi di tumore in una data popolazione, è nota anch'essa solo a livello locale, in quanto si ricostruisce a partire da incidenza e sopravvivenza.

Questo pesante bilancio può essere ridotto soltanto in due modi: riducendo il numero di nuove diagnosi e aumentando le possibilità di sopravvivenza per coloro che hanno già contratto la malattia. Prevenzione primaria - per ridurre l'esposizione a fattori di rischio noti ed evitabili - e diagnosi precoce - per aumentare l'efficacia delle cure disponibili - sono quindi le due strategie centrali nella lotta ai tumori.

La mortalità per tutti i tumori presenta livelli e tendenze differenti negli uomini e nelle donne a causa della diversa composizione per sede tumorale.

Negli uomini i decessi per tumore del polmone, colon-retto, stomaco, vescica e prostata rappresentano da soli il 60% della mortalità complessiva.

Nelle donne invece i tumori della mammella, colon-retto, stomaco e polmone sono la causa di decesso nel 50% dei casi.

Negli ultimi trent'anni si osservano delle tendenze incoraggianti in relazione alla mortalità per tumore, soprattutto per gli uomini e nel Centro- Nord Italia. Il tasso di mortalità, aggiustato per età usando la distribuzione mondiale, è infatti in progressiva diminuzione negli uomini già dalla metà degli anni '80 ed ha raggiunto nel 1999 gli stessi livelli del 1970 (150 per 100.000). La diminuzione ha però interessato maggiormente il Nord e il Centro Italia, mentre nel Sud si è osservato un aumento (da 110 nel 1970 a 150 nel 1999). I risultati per il complesso di tutti i tumori riflettono da vicino l'andamento geografico e temporale dei decessi per tumore del polmone, che da soli rappresentano circa un terzo della mortalità complessiva per tumore e che sono in continua e significativa riduzione.

Questo è uno straordinario risultato delle campagne antifumo e dei relativi interventi legislativi introdotti in Italia già a partire dagli anni '70.

La mortalità nelle donne, che invece è dominata dal tumore della mammella, è sostanzialmente stabile dal 1970 (100 per 100.000) e in leggera diminuzione dal 1990 (80 per 100.000 nel 1999). La mortalità per tumore della mammella presenta un andamento molto simile, con dei segnali di flessione nella seconda metà degli anni '90 parallelamente alla diffusione sul territorio dello screening mammografico. Da segnalare è l'ascesa dei decessi per tumore del polmone nelle donne il cui tasso, intorno al 4,5 per 100.000 nel 1970, è quasi raddoppiato nel 1999 (8 per 100.000).

Il quadro della mortalità per tumore sta cambiando per effetto di modificazioni sia dei profili di incidenza che della sopravvivenza, i due determinanti della mortalità.

L'incidenza per tumore è piuttosto variabile sul territorio nazionale, in particolare i dati osservati dai Registri Tumori indicano che i livelli di rischio sono inferiori al Sud rispetto al Centro-Nord per la quasi totalità delle patologie tumorali. Tale disomogeneità, legata in buona misura a stili di vita differenti e a una diversa esposizione a fattori di rischio ambientale e lavorativo, rende ancora più problematico il divario di copertura della registrazione tra Meridione e resto d'Italia. Per questo motivo è utile affiancare ai dati di incidenza dei Registri, le stime nazionali e regionali costruite con metodi statistici che permettano di superare le lacune conoscitive al Sud.

Per tutti i tumori in Italia il tasso di incidenza crudo, ossia non aggiustato per età, si stima stabile nel prossimo futuro (circa 500 per 100.000 dal 2000 al 2010) per gli uomini e ancora in aumento nelle

donne (da 380 nel 2000 a 450 per 100.000 nel 2010). Queste tendenze sono date prima di tutto dal progressivo invecchiamento della popolazione che genera un aumento di casi anche a parità di rischio e in secondo luogo dalle tendenze per le quattro sedi di maggiore impatto: polmone, mammella, colon-retto, stomaco. Il tumore del polmone è caratterizzato da dinamiche opposte nei due sessi (in discesa negli uomini e in ascesa nelle donne). L'aumento di diagnosi per tumore della mammella è legato verosimilmente anche all'effetto delle campagne di screening. Per i tumori dello stomaco si stima una generalizzata diminuzione di incidenza (grazie ai progressi nella conservazione alimentare), bilanciata dall'aumento di diagnosi per i tumori del colon-retto. Se il quadro per l'incidenza è piuttosto articolato, alternando tendenze positive ad altre più preoccupanti, l'andamento della sopravvivenza per tumore è senz'altro incoraggiante. I livelli di sopravvivenza per tumore sono in netto miglioramento sia in Italia che nel resto d'Europa. Questo è uno dei risultati salienti emersi dallo studio EUROCARE, il più vasto studio comparativo europeo di sopravvivenza per tumore su base di popolazione, che ha analizzato i dati di oltre 6 milioni di pazienti diagnosticati in 20 paesi europei nel periodo 1978-1994 e seguiti fino al 1999. Lo studio mostra una grande variabilità per sede tumorale dei livelli di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, con un massimo del 93% per i tumori del testicolo ed un minimo del 4% per quelli del pancreas. I tumori a più alta sopravvivenza, ovvero superiore all'80% (testicolo, tiroide, melanoma e linfomi di Hodgkin) costituiscono tuttavia solo il 4% del complesso delle diagnosi di tumore. Un quinto dei casi negli adulti riguarda invece sedi a prognosi molto sfavorevole, quali polmone, colecisti, esofago, fegato e pancreas, con sopravvivenze inferiori al 15%. Le neoplasie più frequenti mostrano sopravvivenze molto diversificate: 11% per il tumore del polmone, 77% per il tumore della mammella, 51% e 48% rispettivamente per colon e retto, 67% per il tumore della prostata e 23% per lo stomaco.

Lo studio EUROCARE ha permesso di valutare comparativamente l'andamento della sopravvivenza dall'inizio degli anni '80 alla metà degli anni '90. I risultati in Europa per le neoplasie più frequenti sono illustrati in Figura 1. In generale si osserva un miglioramento della prognosi, in particolare per i tumori della mammella, del colon-retto e della prostata, maggiormente sensibili ai mezzi di diagnosi precoce oggi disponibili.

Incrementi rilevanti sono stati anche osservati per i tumori dell'ovaio e per i melanomi. In Italia l'andamento è simile al resto d'Europa, con miglioramenti più rilevanti per i tumori della mammella (+12 punti percentuali), della prostata (+25) e del colon-retto (+10). Più contenuti, invece, gli incrementi di sopravvivenza per le leucemie (+4) e per il cancro del polmone (+1) che rimane una sede ad altissima letalità.

Figura 1: Andamento temporale della sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi per le principali sedi tumorali in Europa. Periodo di diagnosi 1983-1994, età 15-99 anni.

In Italia i livelli di sopravvivenza, per il complesso dei pazienti adulti e per i bambini, sono in linea o superiori alla media europea, anche se persiste una certa variabilità interna, con livelli al Sud generalmente inferiori rispetto al Centro-Nord. La sopravvivenza a 5 anni nelle aree italiane per il complesso dei tumori è del 41% per gli uomini e del 56% nelle donne, e si colloca su livelli leggermente superiori al valor medio europeo (rispettivamente 40% e 55%). La percentuale di sopravvivenza dei pazienti italiani è maggiore della media europea per i tumori della laringe, mammella, cervice uterina, stomaco, rene e testicolo.

Dal confronto tra dati italiani ed europei emergono anche aspetti problematici che meritano ulteriori approfondimenti. In particolare si osservano livelli di sopravvivenza significativamente inferiori alla media europea per le leucemie, per il melanoma e per i tumori prostatici. Inoltre in Italia la sopravvivenza dei pazienti anziani (oltre i 65 anni) è inferiore alla media europea per molte neoplasie.

L'altro elemento critico che caratterizza i dati italiani è la variabilità geografica nei livelli di sopravvivenza tra le diverse ripartizioni, specialmente per le neoplasie il cui trattamento è più sensibile allo stadio di presentazione alla diagnosi. In particolare per il periodo di diagnosi 1990-94

si osservano livelli di sopravvivenza a 5 anni che variano tra aree del Nord (particolarmente l'Emilia Romagna) e Sud (Ragusa o Sassari) da un minimo del 70% fino ad un massimo di 88% per il tumore della mammella, da 50% a 75% per il tumore della prostata, da 43% a 56% per il tumore del colon. Si tratta di disparità non trascurabili, la cui rappresentatività è probabilmente limitata dalla bassa copertura della registrazione nel Sud, ma che è comunque indice di disuguaglianze nell'accesso da parte dei pazienti a protocolli di cura ottimali e aggiornati.

Del resto l'analisi della distribuzione sul territorio italiano delle strutture oncologiche evidenzia delle carenze strutturali (numero di posti letto, accesso a strutture di radioterapia, livello delle attrezzature diagnostiche, etc..) nelle aree a bassa sopravvivenza. Mentre il divario di copertura degli screening oncologici tra Centro-Nord e Sud Italia è ancora elevatissimo.

I dati ISTAT (database Health For All) relativi all'anno 1999 riportano che il 47% delle donne italiane al di sopra dei 40 anni si è sottoposta a controllo mammografico in assenza di sintomi, ma tale proporzione è pari al 60-65% nelle aree del Centro-Nord e soltanto al 25-33% al Sud. La proporzione di donne di 25 anni e più che si sono sottoposte a pap-test in assenza di sintomi è invece pari al 61% in Italia, rispettivamente 70-80% nel Centro-Nord e 30-50% nel Sud.

Cosa devo sapere sul cancro?

Cosa devo sapere sul cancro?

È possibile ridurre il numero di morti per tumore: a volte prevenendone l'insorgenza, a volte anticipando in modo utile la diagnosi.

Agli inizi del terzo millennio questa prospettiva diventa sempre più occasione concreta per le donne e per gli uomini; diventa obiettivo di ampi programmi di screening.

La legislazione italiana, in questo all'avanguardia in Europa, ha recepito le evidenze della ricerca scientifica e ha definito programmi di prevenzione di massa per tre tumori, quelli della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

Ha fatto di più: ha definito questi programmi di prevenzione mediante screening della popolazione, Livelli Essenziali di Assistenza. Un diritto dei cittadini di questo Paese, pertanto, da realizzare secondo linee-guida chiare e condivise dalla comunità scientifica.

Quindi, "screening" significa cose precise: significa offrire, mediante un invito attivo, a tutti coloro che ne hanno diritto non solo un singolo test ma un intero processo di presa in carico, fino all'intervento chirurgico, se necessario; è la struttura sanitaria che prende l'iniziativa garantendo l'equità, l'accessibilità, la qualità e la gratuità.

È chiaro che questi interventi di screening possono funzionare solo attraverso la più ampia integrazione di tutti i professionisti competenti e mediante l'impiego di risorse ingenti.

L'iniziativa di questo opuscolo (primo atto di un programma più ambizioso) affianca una delle più avanzate forme di partecipazione sociale, i Comitati Pari Opportunità, ad organismi tecnici e Istituzioni della sanità pubblica.

L'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili è stato promosso dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori e collabora con il coordinamento degli assessori alla sanità delle Regioni e delle Province Autonome.

L'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio è organo tecnico-scientifico della Giunta regionale ed ha compiti di coordinamento dei programmi di screening di tutta la Regione.

Insieme si sta realizzando un'alleanza sociale per promuovere e sostenere i programmi di screening e la dedizione dei tanti professionisti impegnati.

La complessità di questi programmi, le necessità di migliorarne sempre e comunque la qualità e l'umanizzazione, la necessità di mantenere vigile e disponibile l'autorità politica e amministrativa sono insieme le ragioni e gli obiettivi di questa alleanza.

Un punto cruciale di questa alleanza è la disponibilità di informazioni chiare; per questo abbiamo predisposto tre schede informative - sotto forma di vere e proprie domande - per gli screening che sono giustificati da sufficienti evidenze scientifiche e individuati dalla legislazione vigente come compito dei sistemi sanitari regionali.

Secondo il programma nazionale di screening per le patologie che rientrano in questa iniziativa la popolazione cosiddetta “a rischio” è la seguente:

- Carcinoma del colon-retto: uomini e donne comprese tra i 50 ed i 70/74 anni.
- Carcinoma della cervice uterina: donne comprese tra i 25 ed i 64 anni.
- Carcinoma della mammella: donne comprese tra i 50 ed i 69 anni.

Carcinoma del colon-retto

Cos'è il carcinoma del colon-retto?

È un tumore che colpisce l'ultima parte dell'intestino (colon-retto). È al secondo posto come frequenza tra le malattie tumorali in Italia ed in Europa (in Italia ogni anno 35.000 persone si ammalano di cancro coloretale e 19.000 muoiono per questa malattia che colpisce in eguale misura uomini e donne). È più frequente nei paesi ad alto sviluppo economico, perciò si ritiene che il rischio di sviluppare la malattia sia associato ad una dieta ricca di grassi animali e povera di fibre (verdura e frutta).

Può lo stile di vita influenzare lo sviluppo del carcinoma del colon-retto?

Numerosi studi suggeriscono alcune regole da seguire:

- ridurre il consumo di grassi di origine animale
- aumentare il consumo di vegetali e di frutta
- mantenere un adeguato peso corporeo
- fare regolarmente attività fisica

Come si forma?

Il tumore si sviluppa quasi sempre da piccole formazioni benigne, chiamate polipi o più precisamente adenomi, che si formano nell'intestino con una frequenza che aumenta con l'età. Solo una piccola percentuale di questi adenomi può subire delle trasformazioni che conducono allo sviluppo del tumore vero e proprio. Il processo di trasformazione è comunque molto lento e stimato intorno ai 10-15 anni.

Può essere curato?

In caso di diagnosi precoce si può guarire in un'altissima percentuale di casi.

Cosa si può fare per diagnosticare precocemente il carcinoma del colon-retto?

Oggi disponiamo di prove certe che l'esecuzione periodica di un esame (ricerca del sangue occulto fecale) può consentire di salvare molte vite, mediante la diagnosi precoce di tumori allo stadio iniziale e quindi guaribili in un'alta percentuale di casi.

Cos'è l'esame per la ricerca del sangue occulto fecale?

L'esame consiste nel verificare la presenza o meno di sangue nelle feci che non si riesce a vedere a occhio nudo (oculto) ed è rivolto a persone che non hanno apparenti disturbi intestinali.

L'esame per la ricerca del sangue occulto fecale va fatto anche in assenza di disturbi?

I tumori del colon-retto spesso non danno alcun disturbo per anni. Uno dei segni più precoci di un tumore o di un polipo intestinale è però proprio il sanguinamento, non visibile ad occhio nudo, che può precedere anche di diversi anni la comparsa di qualsiasi altro sintomo. Per questo è estremamente utile eseguire il test per la ricerca del sangue occulto, anche se si sta bene.

Dov'è possibile rivolgersi per effettuare l'esame per la ricerca del sangue occulto fecale?

In alcune regioni italiane sono in corso o in fase di realizzazione programmi di screening mediante ricerca del sangue occulto fecale. In questi programmi, le persone tra i 50 e i 70-74 anni vengono invitate dalla ASL mediante una lettera a ritirare il materiale per effettuare l'esame. È consigliabile che tutte le persone dopo i 50 anni effettuino questa indagine, semplice e del tutto gratuita se svolta nell'ambito di un invito di screening.

Come si esegue l'esame per la ricerca del sangue occulto fecale?

Per eseguire l'esame, è necessario raccogliere un campione di feci mediante un apposito flacone, senza dover osservare alcuna particolare dieta. La raccolta deve essere effettuata a casa ed il campione deve poi essere riconsegnato al laboratorio del programma di screening.

Se l'esame risulta negativo?

Le persone che risultano negative al test sono invitate a ripeterlo ogni 2 anni, perché la prevenzione sia realmente efficace. Come tutti gli esami di screening, anche la ricerca del sangue occulto fecale non è un esame infallibile, in quanto l'esito negativo non esclude al 100% la presenza di polipi o tumori. È quindi opportuno rivolgersi al proprio medico curante in presenza dei seguenti disturbi:

- modificazioni persistenti delle abitudini intestinali
- presenza di sangue evidente ad occhio nudo nelle feci
- sensazione di ingombro rettale persistente dopo l'evacuazione

E se l'esame risulta positivo?

L'esame risulta positivo per la presenza di sangue occulto fecale in 4-5 persone su 100. Questo non significa però che tutti coloro che hanno un esito positivo del test siano affetti da tumori o polipi intestinali, in quanto un sanguinamento nelle feci può verificarsi anche per cause banali, quali emorroidi, ragadi o diverticoli. In un certo numero di casi, però, il sanguinamento può essere il primo segnale della presenza di polipi che possono venire asportati, impedendone la possibile trasformazione in tumore maligno. In una percentuale ancora più bassa, tra le persone che hanno un esito positivo a questo esame, si riscontra un tumore, generalmente in fase assai precoce e quindi curabile con maggiore facilità.

In tutti i casi di positività a questo esame è comunque necessario un accertamento con colonscopia.

Cos'è la colonscopia?

È un esame che serve a controllare le pareti interne del colon-retto. L'esame si esegue con il colonscopio che è uno strumento flessibile, grosso più o meno come un mignolo. È munito di una telecamera che, illuminando le pareti interne dell'intestino, permette di individuare eventuali alterazioni.

L'esame consente inoltre di asportare ambulatorialmente la maggior parte dei polipi eventualmente rilevati.

A seguito della colonscopia possono verificarsi in rarissimi casi (1 ogni 1000 esami) complicanze che richiedono un ricovero ospedaliero.

Oltre alla ricerca del sangue occulto nelle feci, esistono altri possibili metodi di diagnosi precoce del cancro del colon-retto?

Sì, oggi sappiamo che mediante un particolare esame, chiamato sigmoidoscopia, è possibile vedere se vi sono polipi o tumori nell'ultima parte dell'intestino. È infatti in questa parte dell'intestino che si localizzano nel 60-70% dei casi i tumori o i polipi che eventualmente possono trasformarsi in tumore. Con questo tipo di diagnosi precoce è possibile quindi trovare tumori in una fase iniziale e perciò più facilmente curabili, ma soprattutto eliminando i polipi è possibile impedire la loro

eventuale evoluzione verso il cancro.

Come si esegue la sigmoidoscopia?

L'esame si esegue con un endoscopio, uno strumento flessibile del diametro di 1 cm, munito di una fonte di luce, introdotto dall'ano, con cui è possibile esaminare la superficie interna dell'ultima parte dell'intestino ed asportare eventuali polipi. La durata dell'esame è di circa 10 minuti. Per la buona riuscita dell'esame, è necessaria una pulizia intestinale effettuabile con una semplice peretta due ore prima.

L'esame provoca dei disturbi?

La sigmoidoscopia è di solito ben tollerata e solo raramente provoca dolore, di breve durata. In genere non è necessario somministrare farmaci per ridurre i disturbi. Dopo l'esame si può riprendere la normale attività quotidiana.

L'asportazione dei polipi o l'effettuazione di prelievi durante la sigmoidoscopia può in qualche caso provocare lievi perdite di sangue, quasi sempre controllabili nel corso dell'esame. Solo in pochissimi casi (1 su 10.000 esami) sono state osservate delle complicanze che hanno richiesto un ricovero ospedaliero.

Dopo la sigmoidoscopia sono necessari altri esami?

Se si riscontrano polipi di grosse dimensioni o con particolari caratteristiche (nel 6% dei casi) è necessario effettuare anche una colonscopia (vedi sopra), per poter escludere alterazioni negli altri tratti dell'intestino.

Dov'è possibile rivolgersi per la sigmoidoscopia?

In alcune regioni ed aree italiane sono in corso o in fase di progettazione programmi di screening di popolazione in cui uomini e donne saranno invitati ad effettuare una sigmoidoscopia. L'esame svolto all'interno di questi programmi è del tutto gratuito e non necessita di richiesta medica.

Carcinoma della cervice uterina

Cos'è il carcinoma della cervice uterina?

È un tumore che colpisce il collo dell'utero (parte più bassa dell'utero che sporge in vagina). Nel mondo vengono diagnosticati ogni anno circa 400.000 nuovi casi di tumore della cervice uterina: tra i tumori femminili è al secondo posto, insieme al tumore del colon-retto, dopo quello della mammella. È molto più diffuso nei Paesi in via di sviluppo, mentre nei Paesi industrializzati è relativamente raro, grazie alla diffusione del paptest.

Nel 1995 nei paesi dell'Unione Europea sono stati diagnosticati circa 27.000 tumori invasivi della cervice uterina, pari a circa il 4% di tutti i tumori. In Italia si sono verificati 3.955 casi, con valori intermedi tra quelli più bassi della Svezia e dell'Irlanda e quelli più elevati della Germania e del Portogallo.

Come si forma?

Il tumore è preceduto da alterazioni del tessuto che riveste il collo dell'utero chiamate displasie o anche dette lesioni squamose intraepiteliali (SIL). Le displasie possono avere diversi livelli di gravità: quelle di grado più lieve possono regredire spontaneamente o rimanere invariate senza provocare danni all'organismo. Una piccola percentuale delle displasie può evolvere attraverso vari gradi fino a diventare un tumore vero e proprio in circa 10 - 15 anni.

Cosa si può fare per diagnosticare precocemente il carcinoma della cervice uterina?

L'esecuzione periodica del pap-test consente l'identificazione delle displasie, la cui terapia impedisce la comparsa del tumore. È stato infatti stimato che se tutte le donne tra i 25 e i 64 anni effettuassero un paptest ogni 3 anni si avrebbe una diminuzione del 90% circa dei casi di tumore del collo dell'utero.

Cos'è il pap-test?

Il pap-test è un esame semplice e non doloroso al quale dovrebbero sottoporsi, ogni tre anni, tutte le donne tra i 25 e i 64 anni di età, anche in assenza di disturbi. Si esegue prelevando con una spatola e uno spazzolino il materiale presente sul collo dell'utero che viene "strisciato" e fissato su un vetrino e quindi inviato al laboratorio per la lettura

Il pap-test e lo striscio sono la stessa cosa?

Esistono due tipi di "strisci vaginali":

- lo striscio oncologico o pap-test che serve a scoprire eventuali lesioni che possono trasformarsi in tumore (da effettuarsi una volta ogni tre anni)
- lo striscio batterioscopico o batteriologico che serve a scoprire le cause di un'infezione vaginale e quindi a trovare la cura più adatta (da effettuarsi soltanto quando il medico lo ritiene necessario).

Il pap-test va fatto anche in assenza di disturbi?

Sì, è consigliabile fare il pap-test anche in assenza di disturbi perché le displasie che precedono la comparsa del tumore in genere non danno alcun segno di sé.

Dov'è possibile rivolgersi per effettuare il pap-test?

La lettera di invito dell'Azienda USL indica dove effettuare il pap-test.

Se effettuato in seguito a questo invito, l'esame è gratuito e non occorre la richiesta del medico.

Un'ostetrica effettuerà l'esame generalmente presso il consultorio di zona.

Per la buona riuscita del pap-test è opportuno:

- evitare l'uso di lavande o ovuli vaginali nei tre giorni precedenti;
- astenersi da rapporti sessuali il giorno precedente il prelievo;
- effettuare il prelievo almeno 5 giorni dopo la fine della mestruazione

Se il pap-test risulta normale?

In questo caso, il Centro di screening invia una lettera contenente la risposta ed il consiglio di ripeterlo dopo tre anni.

È bene sapere che

Come tutti gli esami medici, il pap-test non è infallibile ed è quindi possibile che in una piccola percentuale di casi non individui lesioni in realtà presenti. A questo proposito è importante sapere che:

- l'attendibilità del pap-test dipende soprattutto dalla qualità dell'esame. È quindi consigliabile effettuarlo in centri, come quelli di screening, dove la qualità dell'esame è sottoposta a controllo continuo
- le displasie possono rimanere per anni senza modificarsi a livello del collo dell'utero, quindi ripetendo ogni 3 anni regolarmente il pap-test si possono identificare le lesioni non diagnosticate in precedenza, senza che ciò comporti rischi per la salute.

E se l'esame mostra qualche alterazione?

In questo caso, un operatore del Centro di screening contatterà la donna e le comunicherà la necessità di sottoporsi ad ulteriori approfondimenti (colposcopia). In questi casi, non bisogna allarmarsi, perché non sempre l'esito degli accertamenti indica la presenza di alterazioni del collo dell'utero. Nei casi in cui con la colposcopia si rilevino delle displasie, queste possono essere curate quasi sempre ambulatorialmente.

Cos'è la colposcopia?

È un esame ambulatoriale che serve a controllare la cervice uterina.

L'esame si esegue con il colposcopio, uno strumento munito di una sorgente luminosa e di un sistema di ingrandimento che permette di verificare, con lo sguardo diretto del medico, la presenza o meno di eventuali alterazioni. In qualche caso, l'esame viene completato dall'effettuazione di una biopsia, cioè dal prelievo di una piccola quantità di tessuto dal collo dell'utero. La colposcopia può comportare al massimo un leggero fastidio.

Il carcinoma della mammella

Cos'è il carcinoma della mammella?

Il carcinoma della mammella (o cancro della mammella) è il tumore più diffuso fra le donne nei Paesi occidentali. Si calcola che nei Paesi dell'Unione Europea nel 1995 a circa 200.000 donne sia stato diagnosticato un tumore al seno, mentre in Italia vi sono stati nello stesso anno circa 31.000 casi (27% di tutti i tumori tra le donne). In generale è stato calcolato che una donna su 10 svilupperà il cancro della mammella nel corso della sua vita. È quindi il più frequente tra i tumori che colpiscono le donne ma è anche fra quelli che possono essere scoperti precocemente, grazie alla mammografia.

Cosa si può fare per diagnosticare precocemente il carcinoma della mammella?

Per il carcinoma della mammella, non esiste la possibilità di impedire la comparsa del tumore mediante un'opera di prevenzione primaria (cioè intervenendo sulle cause che lo provocano, come ad esempio per il tumore al polmone che, nella maggioranza dei casi, è dovuto al fumo di sigaretta). È però possibile mediante la mammografia individuare il tumore in una fase molto iniziale in cui può essere curato efficacemente. La mammografia deve essere eseguita regolarmente (ogni due anni) a partire dal 50° anno. L'80-90% delle donne con un tumore di piccole dimensioni e senza linfonodi colpiti può guarire definitivamente.

Cos'è la mammografia?

È una radiografia delle mammelle. L'esame si esegue con il mammografo che è uno strumento che esamina le mammelle per mezzo di raggi X.

Le mammelle vengono appoggiate, una per volta, su un piano dove vengono radiografate in senso orizzontale e in senso verticale, mediante compressione. La manovra di compressione dura pochi secondi, ma può per alcune donne essere un po' fastidiosa. Un'adeguata compressione è però necessaria per la buona riuscita dell'esame. I moderni mammografi emettono dosi molto basse di radiazioni che comportano rischi quasi nulli per la salute.

La mammografia va fatta anche in assenza di disturbi?

Naturalmente sì, in quanto l'esame è in grado di individuare alterazioni anche piccolissime delle mammelle, che non sarebbero individuabili in altro modo e che non danno alcun disturbo o segnale all'esame svolto dal medico.

Dov'è possibile effettuare la mammografia?

In quasi tutte le regioni italiane sono attivi programmi di screening per la diagnosi del carcinoma della mammella.

Tutte le donne residenti tra i 50 e i 69 anni riceveranno la lettera di invito dell'Azienda USL che indica la data, l'orario e la sede dell'appuntamento per effettuare la mammografia.

Se effettuato in seguito a questo invito, l'esame è gratuito e non occorre la richiesta del medico.

L'invito avrà cadenza periodica, più precisamente ogni due anni.

Se la mammografia risulta normale?

In questo caso, il Centro di screening invia una lettera contenente la risposta ed il consiglio di ripetere l'esame dopo due anni.

E se la mammografia mostra qualche alterazione?

In questo caso, un operatore del Centro di screening contatterà la donna e le comunicherà la necessità di sottoporsi ad ulteriori approfondimenti (visita, ecografia ecc). In tale situazione, non bisogna allarmarsi, perché non sempre l'esito degli accertamenti indica la presenza di alterazioni a livello del seno. Uno dei motivi più comuni per cui la donna viene contattata in seguito ad una mammografia è che l'esame non sia interpretabile per motivi tecnici. In questo caso, la donna viene richiamata telefonicamente per eseguire una nuova lastra.

Quando vi sono dubbi o si evidenziano alterazioni anche minime, la donna viene richiamata telefonicamente per eseguire altri accertamenti che servono a confermare o escludere la presenza di tali alterazioni.

In questi casi potranno essere eseguite:

- lastre aggiuntive
- una visita senologica
- una ecografia mammaria.

Anche questi accertamenti e approfondimenti sono gratuiti.

È bene sapere che

La mammografia è un esame medico molto accurato che permette di vedere alterazioni anche di piccole dimensioni.

Anche se la mammografia è risultata normale, è possibile la comparsa di un tumore in fase iniziale, prima del controllo successivo. Pertanto, è consigliabile controllare da soli il proprio seno, in attesa di ripetere l'esame dopo due anni, facendo attenzione ad eventuali cambiamenti quali la comparsa di:

- modificazioni della grandezza o della forma dei seni o presenza di arrossamento
- retrazione della cute o del capezzolo
- secrezione di liquido dal capezzolo
- noduli o aumento di consistenza di una parte del seno.

La presenza di uno o più di questi segni può anche non avere alcun significato, ma è sempre comunque opportuno consultare il proprio medico curante o rivolgersi al Centro di screening. La presenza del solo dolore ad uno o ad entrambi i seni non rappresenta di solito un sintomo importante e non deve quindi allarmare.

Come si esegue l'autoesame del seno?

1. Porsi in piedi davanti allo specchio.
2. Osservare ogni singolo seno allo specchio, tenendo le braccia abbassate.
3. Controllare se ci sono eventuali cambiamenti di grandezza e di forma e/o alterazioni della cute e del capezzolo.
4. Alzare le braccia e portarle dietro la testa. Osservare se ci sono eventuali retrazioni della cute o del capezzolo.
5. Sdraiarsi, meglio se su un piano rigido. Portare il braccio sotto la testa dalla parte del seno da esaminare. Scorrere dolcemente le dita ben tese e la mano piatta sul seno con piccoli movimenti dall'esterno verso l'interno.
6. Eseguire gli stessi movimenti per l'altro seno.

La nostra proposta

Consiste nell'offerta gratuita di test per eseguire la ricerca del sangue occulto nelle feci, per la prevenzione del cancro del colon-retto.

Sono invitati a partecipare i lavoratori e le lavoratrici over 40 - anziché gli over 50 come previsto dai programmi di screening gestiti dalle Regioni - appartenenti alle Aziende/Enti promotori.

AZIENDE/ENTI PROMOTORI

Gruppo Ferrovie dello Stato (FS)

Istituto Nazionale per l'Assicurazione
contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Automobile Club d'Italia (ACI)

Società Nazionale per l'Assistenza al Volo (ENAV)

Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN)

I TEST SARANNO DISTRIBUITI A PARTIRE DAL TERRITORIO DEL LAZIO

Le parole per dire... Glossario minimo dei termini

Le parole per dire...

Glossario minimo dei termini

Adenoma: tumore benigno di derivazione epiteliale caratterizzato dalla presenza di strutture ghiandolari ben riconoscibili e differenziate. Sotto questa denominazione si raccolgono forme realmente benigne, come gli adenomi dell'ipofisi o della tiroide, e forme realmente più pericolose, perché più soggette a deviazione in senso maligno, se non asportate (alcuni adenomi bronchiali e l'adenoma villosa del colon).

Carcinoma: tumore maligno di origine epiteliale. Può derivare da qualunque tessuto epiteliale, sia esso di rivestimento (mucose, pelle) o ghiandolare. Dagli epiteli di rivestimento di tipo malpighiano (epidermide, mucose della bocca, faringe, esofago, vagina) prendono origine l'epitelioma spinocellulare (o squamoso), costituito da cellule simili a quelle dello strato spinoso dell'epidermide normale, e l'epitelioma basocellulare o basalioma, tipico della cute, formato da cellule simili a quelle dello strato basale.

Comitati Pari Opportunità (CPO): sono gli organismi individuati per rispondere alla raccomandazione CEE del 1984 che invitava tutti gli Stati membri della Comunità Europea "... a promuovere azioni positive finalizzate a rimuovere, in tutti i campi della vita sociale, le discriminanti che impediscono una reale parità tra uomo e donna".

La previsione e la costituzione di Comitati/Commissioni per le pari opportunità nel mondo del lavoro diventano un impegno all'interno dei contratti collettivi nazionali di lavoro (CCNL) a partire dagli anni 1986/1987.

La CEE individua gli obiettivi generali di pari opportunità, derivanti dal riconoscimento di una condizione sociale non paritaria segnata dalla divisione dei ruoli e dalla doppia presenza per la donna che lavora.

Gli obiettivi riguardano:

- lo sviluppo sostenibile
- i servizi sociali
- il sistema territoriale degli orari
- l'accesso al lavoro e le politiche economiche che sostengano il lavoro delle donne.

Gli obiettivi di pari opportunità individuati nel mondo del lavoro sono, in particolare:

- rimuovere eventuali discriminazioni nei confronti delle donne lavoratrici occupate in mansioni con scarso riconoscimento professionale
- favorire una maggiore presenza femminile nel mondo del lavoro
- attuare l'inserimento delle donne in ogni mansione, anche in quelle tradizionalmente maschili
- promuovere lo sviluppo professionale delle donne favorendo le possibilità di accesso a tutte le posizioni ed i livelli organizzativi.

In tutte le realtà lavorative i CPO hanno carattere bilaterale e paritetico; sono cioè composti da un egual numero di rappresentanti dei sindacati firmatari i CCNL e di rappresentanti indicati dalle realtà aziendali di riferimento.

Conferenza Mondiale delle Donne Pechino 1995: IV Conferenza mondiale organizzata dalle Nazioni Unite. Rappresenta il testo politico più rilevante dove si afferma il principio che “i diritti delle donne sono diritti umani” e la rilevanza dell'agire politico delle donne nella società tutta e in tutti gli ambiti: politico, sociale, culturale.

Diagnosi: processo logico con cui in medicina si definiscono sia l'esistenza sia la natura della malattia, nonché le condizioni del/della paziente.

Diagnosi precoce (oncologica): dove non è ancora possibile prevenire, è fondamentale la diagnosi precoce.

Individuare un tumore in fase iniziale offre maggiori possibilità di cura, interventi più conservativi ed una migliore qualità della vita.

Una diagnosi precoce di tumore nella popolazione è ottenibile attraverso l'offerta di partecipazione a programmi di screening. Questi ultimi possono essere definiti come l'applicazione sistematica di un test al fine di identificare soggetti che sono sufficientemente a rischio per una specifica malattia da meritare ulteriori indagini di approfondimento. In sostanza, le assunzioni che stanno alla base dell'offerta di un test di screening oncologico a una popolazione sono:

- a) che sia possibile identificare la neoplasia, se presente, quando ancora asintomatica;
- b) che questa anticipazione della diagnosi si traduca in un concreto beneficio, prima di tutto in termini di prolungamento della sopravvivenza.

Displasia: anomalia dello sviluppo; alterazione della grandezza, della forma, della organizzazione delle cellule adulte.

Rappresenta la lesione che istologicamente precede nell'evoluzione di un carcinoma; rispetto a quest'ultimo, pur considerando molte analogie con l'aspetto istologico, si ammette come differenza sostanziale la possibilità di regressione della lesione.

Diverticoli: cavità a fondo cieco formate dall'erniazione di mucosa e sottomucosa di un viscere, che fuoriescono attraverso una lacuna della tonaca muscolare. I diverticoli sono comuni nel tubo digerente (esofago, tenue e colon), ma anche nelle vie urinarie (vescica) e nelle vie biliari. Sono in genere causati da esagerata pressione all'interno del viscere (diverticoli da pulsione), oppure da aderenza infiammatoria tra un organo cavo e linfonodi vicini (diverticoli da trazione), ma possono anche essere congeniti.

Fattori di rischio: caratteristiche che aumentano o diminuiscono (fattori protettivi) la probabilità che si verifichi una determinata malattia sia nell'individuo che in una popolazione. Ci sono fattori

non modificabili, ad esempio la familiarità, l'età, il sesso. Ma esistono anche fattori importanti definiti modificabili per sottolineare che con degli interventi esterni è possibile attenuarne la gravità, riducendo così la probabilità di ammalarsi. In questa categoria rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita come il fumo, una scarsa attività fisica e un'alimentazione scorretta. Il monitoraggio dei livelli di prevalenza dei principali fattori di rischio nella popolazione, ai fini di un progressivo contenimento degli stessi, costituisce uno strumento di controllo fondamentale per la riduzione dei danni sulla salute.

Incidenza di malattia (tasso): numero di nuovi casi di malattia in un determinato periodo di tempo (mese, anno, ecc.) rapportato al numero di soggetti a rischio presenti in quel determinato periodo di tempo nell'area dello studio.

Intraepiteliale: posto nello spessore dell'epitelio. Epitelioma intraepiteliale, neoplasia che se di natura maligna rimane circoscritta all'epitelio, spesso a carico dei grossi bronchi, della prostata, della cervice uterina, della vagina e del pene.

Mainstreaming: integrazione sistematica delle condizioni, delle priorità e dei bisogni specifici delle donne e degli uomini attraverso la mobilitazione di tutte le politiche e le misure generali con l'unico obiettivo di realizzare la parità.

Mortalità: numero di decessi che si verificano in un determinato periodo e in una data popolazione. Neoplasia: neoformazione patologica (v. Tumore).

Pari Opportunità (per uomini e donne): eliminazione degli ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale dovuti all'appartenenza ad un sesso.

Prevenzione: l'insieme dei provvedimenti sanitari che hanno lo scopo di prevenire le malattie, studiandone cause e dinamiche ma, soprattutto, sistemi atti a impedirne l'evoluzione, o a limitarne l'insorgenza, nelle collettività umane. La prevenzione si rivolge sia alle patologie infettive, sia a quelle non infettive.

Fondamentalmente si distinguono tre tipi di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

La primaria comporta una prevenzione a livello delle cause (eziologico) e mira principalmente ad impedire l'ingresso e l'impianto delle cause patogene nell'organismo, con ciò evitando la comparsa di malattie, deficit ed infortuni.

Tale prevenzione opera sui soggetti sani o sull'ambiente, attraverso due tipi di interventi:

- il potenziamento di fattori utili alla salute (es.: attività fisica, profilassi immunitaria)
- l'allontanamento delle cause patogene (es.: droghe, abuso di alcool, risanamento delle acque).

Quando la causa morbosa si è già insediata nell'organismo si interviene con la prevenzione secondaria.

Tra gli strumenti operativi della prevenzione secondaria ci sono i programmi di screening (v.).

Una prevenzione secondaria è efficace se è capace di incidere sulla storia naturale della malattia nell'ambito di una popolazione, andando oltre i vantaggi di cui beneficia il singolo individuo grazie alla diagnosi precoce.

Qualora la malattia si sia chiaramente manifestata, si opera con la prevenzione terziaria, ovvero con interventi che evitano la progressione verso l'infermità.

A tal fine si tenta di recuperare le funzioni residue e se non è possibile, si provvede a preservarle.

Screening: termine inglese che significa setacciare, definisce, in ambito epidemiologico, un test di rapida esecuzione atto ad identificare, seppur in modo presunto, una patologia o una anomalia funzionale non riconosciute in un determinato soggetto sino a quel momento.

Il test di screening non essendo una procedura diagnostica, si prefigge solamente lo scopo di

distinguere i soggetti apparentemente sani da quelli probabilmente malati o con alterazioni in una specifica funzione biochimica. Lo screening rappresenta quindi una forma di prevenzione (secondaria), nel senso che offre l'opportunità di evidenziare sia eventuali segnali precoci di una malattia già presente ma non ancora sintomatica, sia la presenza di fattori di rischio relativi a una specifica patologia.

Nel primo caso lo scopo è quello di effettuare una terapia precoce verso una patologia che non ha ancora manifestato i segni clinici. Il secondo obiettivo raggiungibile consiste nella possibilità di agire sui fattori di rischio individuati dai test di screening, riducendo la probabilità di insorgenza della patologia.

Programma di screening: è un programma organizzato in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. I soggetti destinatari aderiscono volontariamente. È la struttura sanitaria che inizia il contatto e prende in carico il destinatario dell'intervento, assicurando, se necessario, la continuità degli approfondimenti. Il programma è controllato per la qualità.

Sigmoidoscopia: è un esame interno del retto, dei due punti distali di sigmoide e dell'intestino crasso usando un tipo di piccola macchina fotografica (sigmoidoscopio flessibile).

La retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile lungo 60 cm rappresenta la seconda tecnica più utilizzata nella diagnosi delle neoplasie del sigma-retto.

Nel 1997 l'American Cancer Society ha proposto un programma di prevenzione che prevede l'esecuzione della ricerca del sangue occulto fecale annualmente ed una retto-sigmoidoscopia ogni 3-5 anni. Il limite della retto-sigmoidoscopia è dovuto alla scarsa lunghezza dello strumento, che non permette il riconoscimento del 50% delle neoplasie dell'intestino crasso.

La sensibilità di questa indagine nella diagnosi di adenomi e di carcinomi del sigma-retto è risultata essere del 92%.

Sopravvivenza: tasso di sopravvivenza è la percentuale di superstiti in un gruppo di pazienti, per una determinata patologia, studiati e seguiti in un determinato periodo (vivi all'inizio dell'intervallo di tempo e che sopravvivono alla conclusione dell'intervallo). In oncologia la sopravvivenza è il periodo di permanenza in vita dopo la prima diagnosi.

Specificità di genere: individuazione di caratteristiche specifiche di ciascun sesso che determinano differenze riscontrabili in tutti gli ambiti della sfera pubblica e privata.

Tumore: neoformazione di tessuto costituito da cellule atipiche modificate rispetto alle normali. La malattia tumorale presenta almeno quattro caratteristiche che la definiscono: clonalità (nella maggior parte dei casi, il tumore prende origine da una singola cellula mutata, che prolifera fino a formare un clone di cellule neoplastiche); anaplasia (mancanza della normale differenziazione cellulare); autonomia (la crescita è completamente svincolata dai meccanismi di regolazione che operano nell'organismo normale); diffusione di metastasi (le cellule neoplastiche sviluppano la capacità di proliferare in modo selvaggio, invadendo i tessuti circostanti e diffondendosi a distanza). I tumori vengono distinti in benigni e maligni: è benigno ogni tumore che non mette in pericolo la vita, che si accresce lentamente per espansione (e non per invasione e infiltrazione dei tessuti circostanti), che è delimitato da una capsula fibrosa; che non dà metastasi e resta nella sede di origine; che può essere asportato chirurgicamente, con guarigione completa del paziente. Mentre il tumore maligno ha una rapida proliferazione di cellule, con grado di maturità variabile (talora molto immature), la mancanza di una capsula fibrosa, l'accrescimento invasivo con infiltrazione progressiva dei tessuti e degli organi circostanti, la capacità di dare origine a localizzazioni secondarie (metastasi) lontane dalla sede primitiva d'insorgenza del tumore.

Valenza di genere: affermazione in tutti gli ambiti della sfera pubblica e privata di soluzioni, a partire da bisogni ed esigenze differenti, che non generino discriminazioni di sesso.

I partner della iniziativa

Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP)

Istituita con Legge regionale 16/99 è l'organo strumentale della Regione in materia sanitaria. Essa fornisce informazioni e conoscenze scientifiche utili per il governo e la gestione del Servizio Sanitario Regionale, attraverso le funzioni di:

- a) sistema informativo sanitario della Regione Lazio
- b) epidemiologia
- c) supporto tecnico-scientifico all' Assessorato alla Sanità.

L'ASP, il cui funzionamento è disciplinato dallo Statuto e dal Regolamento, è suddivisa in sei servizi le cui aree di attività sono disciplinate da un programma pluriennale.

L'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili

L'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili è stato promosso dalla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) e collabora con il Coordinamento Tecnico degli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome. All'Osservatorio hanno aderito fin dall'inizio il Gruppo Italiano per lo screening mammografico (GISMa) e il gruppo Italiano per il Cervico Carcinoma (GISCi). Un comitato tecnico-scientifico ne indirizza le linee di azione.

Compiti dell'Osservatorio sono:

1. promuovere e valutare lo stato dell'avanzamento dei programmi di screening nelle singole Regioni Italiane, e i livelli di risposta della popolazione invitata.
2. valutare e sviluppare la qualità dei programmi tramite raccolta sistematica e valutazione di indicatori di performance e di impatto; a tale scopo sono state aiutate finanziariamente le survey annuali del GISMa e del GISCi, queste survey oramai raccolgono informazioni su programmi organizzati che coprono oltre il 50% delle donne italiane residenti. Le survey sono strutturate in modo da ottenere un grande dettaglio su tutto il processo organizzativo diagnostico terapeutico. La quantità di indicatori che si definiscono sulla base dei dati raccolti permettono una valutazione approfondita dei singoli programmi.
3. studiare i diversi modelli organizzativi a livello regionale.
4. cercare di valutare le attività non programmate di diagnosi precoce.
5. sviluppare la qualità dell'informazione e della comunicazione all'interno dei programmi fra operatori e utenti, e complessivamente fra i programmi di screening e l'insieme del mondo sanitario.
6. ricercare nuove forme per coinvolgere interlocutori esterni allo screening e, possibilmente, esterni alla Sanità, nonché modalità per ascoltare la voce delle utenti.

Croce Rossa Italiana (C.R.I.)

La Croce Rossa Italiana è un'Associazione riconosciuta come ente di diritto pubblico dalla legge n° 70 del 1975. Ausiliaria dei poteri pubblici, partecipa a tutti gli sforzi di prevenzione, di educazione, di protezione sanitaria e medico-sociale su tutto il territorio nazionale.

Questo contributo all'evoluzione della società si traduce per mezzo della preoccupazione permanente di migliorare le condizioni generali della vita ed il benessere collettivo.

A tal proposito, essa lavora su soluzioni innovatrici da portare nei domini della casa, dell'impiego, dell'educazione, della salute e dell'integrazione.

In partenariato con differenti attori sociali - imprese, associazioni, collettività locali e territoriali, Stato, Unione Europea e organismi dell'ONU - la C.R.I. si pone al cuore del dispositivo dell'azione sociale per tutto quello che concerne i suoi campi di intervento: salute, solidarietà, soccorsi in Italia e nel mondo.

L'insieme delle particolarità della Croce Rossa Italiana ne fa uno dei principali attori dell'azione sociale in Italia in quanto promotrice di progetti e di programmi al servizio dei più vulnerabili.

La C.R.I. interviene soprattutto dove la necessità si fa sentire, secondo i suoi mezzi e le sue

competenze. I valori che questa diffonde e le risorse di cui dispone ne fanno una forza di azioni e di proposizioni di fondamentale importanza.

Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Facoltà di Sociologia - Dipartimento RiSMes

(Ricerca Sociale e Metodologia Sociologica “Gianni Statera”)

Il dipartimento RiSMes è una struttura universitaria che ha le finalità di promuovere e realizzare la ricerca scientifico-sociale, di base e applicata, e di contribuire, in particolare, allo sviluppo della metodologia sociologica.

[Dove lo screening Indirizzario](#)

La rubrica dei centri di screening attivi in Italia

Numeri e indirizzi per ottenere informazioni più dettagliate su chi, dove, come