

**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**STUDIO TRASVERSALE SUI DETERMINANTI DI
ADESIONE ALLO SCREENING COLORETTALE DI PRIMO
LIVELLO – AZIENDA ULSS4 VENETO ORIENTALE**

**RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN
CORRELATORE: DR.SSA LUANA CIBIN**

LAUREANDO: BOGDAN DUMITRU IOVU

ANNO ACCADEMICO 2023 – 2024



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO –
VASCOLARI E SANITA' PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**STUDIO TRASVERSALE SUI DETERMINANTI DI
ADESIONE ALLO SCREENING COLORETTALE DI PRIMO
LIVELLO – AZIENDA ULSS4 VENETO ORIENTALE**

**RELATORE: PROF.MARIO ANTONIO BONAMIN
CORRELATORE: DR.SSA LUANA CIBIN**

LAUREANDO: BOGDAN DUMITRU IOVU

ANNO ACCADEMICO 2023 – 2024

INDICE

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	pag.1
1.1 Il tumore	
1.2 Il tumore del colon-retto	
1.3 Sintomatologia	
1.4 Fattori di rischio	
1.5 Epidemiologia	
1.6 Programmi di screening del colon-retto	
1.7 Adesione allo screening in Italia	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	pag.15
2.1 Il problema	
2.2 Scopo dello studio	
2.3 Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	pag.19
3.1 Il campionamento	
3.2 Il questionario	
3.3 Analisi e metodi statistici	
3.4 Limiti dello studio	
CAPITOLO 4 – RISULTATI	pag.23
CAPITOLO 5 – PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE	pag.51
5.1 Analisi del problema	
5.2 Il progetto	
5.3 Descrizione del progetto	
5.4 Obiettivi del progetto	
5.5 Programma delle attività	
5.6 Piano di valutazione	
CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	pag.63
BIBLIOGRAFIA	pag.65
SITOGRAFIA	pag.67
ELENCO DEI GRAFICI	pag.69
ELENCO DELLE TABELLE	pag.71



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
CORSO DI LAUREA IN
ASSISTENZA SANITARIA
SEDE DI TREVISO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

ABSTRACT

LAUREANDO: BOGDAN DUMITRU IOVU

MATRICOLA: 2055784

TITOLO DELLA TESI: STUDIO TRASVERSALE SUI DETERMINANTI DI ADESIONE ALLO SCREENING COLORETTALE DI PRIMO LIVELLO - AZIENDA ULSS4 VENETO ORIENTALE

TITOLO IN INGLESE: *CROSS-SECTIONAL STUDY ON THE DETERMINANTS OF ADHERENCE TO FIRST-LEVEL COLORECTAL SCREENING - LOCAL HEALTH UNIT 4 - VENETO REGION*

RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN

CORELATORE: DR. SSA LUANA CIBIN

INTRODUZIONE: l'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro afferma che il tumore al colon provoca oltre 900 mila decessi all'anno in tutto il mondo. I programmi di screening mirano a ridurre la mortalità facilitando diagnosi precoci, aumentando così le opportunità di trattamento e recupero con interventi meno invasivi. Di conseguenza, la completa adesione e l'espansione di tali programmi sono di vitale importanza.

MATERIALI E METODI: è stato condotto uno studio trasversale per esaminare i determinanti dell'adesione allo screening coloretale di primo livello, offerto dall'Azienda Sanitaria. Sono stati analizzati i dati di un campione di 162 persone di età compresa tra 50 e 69 anni, al fine di esplorare le motivazioni alla mancata adesione. I dati sono stati raccolti tramite un questionario telefonicamente somministrato a 81 donne e 81 uomini, e successivamente rielaborati con Excel.

RISULTATI: l'analisi su 162 partecipanti ha rilevato che il 73,75% ha effettuato la ricerca del sangue occulto, mentre il 26,25% non ha aderito, giustificando la propria assenza con motivazioni poco coerenti come mancanza di tempo, lettera non ricevuta e pigrizia. La maggior parte dei partecipanti è composta da uomini (53,39%). La partecipazione è influenzata da vari fattori, tra cui il livello di istruzione, stile di vita e l'età, con una maggior adesione tra gli individui di età compresa tra i 65 e 69 anni.

DISCUSSIONI E CONCLUSIONI: per migliorare la salute e promuovere una cultura della prevenzione, è essenziale implementare programmi di educazione e sensibilizzazione che raggiungano tutti i segmenti della comunità. L'educazione alla salute deve essere al centro nelle campagne di screening, affinché i cittadini riconoscano l'importanza di partecipare. La collaborazione tra istituzioni sanitarie, professionisti e comunità è essenziale per aumentare la partecipazione e migliorare gli esiti di salute. Investire nella prevenzione e nello screening offre un'opportunità per costruire un futuro più sano e consapevole.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1 Il tumore

Per tumore o neoplasia si intende una neoformazione di tessuto di cellule atipiche caratterizzata da accrescimento autonomo, progressivo, afinalistico. Il tumore è dunque un tessuto diverso dal normale, nel quale le cellule sono disposte disordinariamente e appaiono, modificate per forma, composizione chimica e comportamento. L'accrescimento del tumore è autonomo, poiché le cellule che lo costituiscono si moltiplicano indefinitamente, non obbedendo alle leggi biologiche che, nei tessuti sani, controllano e regolano i processi di divisione cellulare. Perciò il tumore, una volta costituito, cresce in modo progressivo, senza alcun rispetto dei tessuti sani circostanti, che anzi vengono compressi, spostati, invasi e distrutti. La proliferazione cellulare di natura neoplastica, inoltre non prosegue nessuna finalità, poiché manca di un piano organizzativo e può condurre, nel caso dei tumori maligni fino al decesso dell'individuo. I tumori vengono distinti in tumori maligni, che conducono più meno rapidamente a morte, e i tumori benigni che in genere non hanno un destino altrettanto infausto. I tumori benigni di solito crescono lentamente, non si sviluppano, nei tessuti circostanti e non si sviluppano nelle altre parti del corpo. Inoltre, spesso non causa sintomi a meno che non diventino abbastanza grandi da comprimere altre strutture. I tumori benigni non sono tumori. Diversamente sono i tumori maligni, che possono crescere e in modo incontrollabile. Questi tumori possono crescere e diffondersi in aree vicine. Le cellule di questi tumori possono staccarsi, viaggiare attraverso il sangue o il sistema linfatico e iniziare a crescere in altre parti del corpo. Se viaggiano attraverso il sistema linfatico, le cellule tumorali possono finire nei linfonodi. In ogni caso le cellule tumorali fuggite muoiono o vengono uccise prima che possano iniziare a crescere altrove. Ma alcune di queste cellule possono stabilirsi in una nuova area, iniziare a crescere e formare nuovi tumori. Questa diffusione del cancro in una nuova parte del corpo è chiamata metastasi. Le cellule che compongono una metastasi sono dello stesso tipo del tumore primario. Non si tratta di un nuovo tipo di tumore.¹

¹ American Cancer Society <https://www.cancer.org/cancer/understanding-cancer/what-is-cancer.html> Ultima consultazione agosto 2024.

1.2 Il tumore del colon-retto

Il tumore del colon-retto è un carcinoma che si forma nei tessuti del colon o nel retto. Come tutti i tumori anche il tumore del colon-retto è una conseguenza della crescita incontrollata di cellule, in questo caso di quelle epiteliali della mucosa che riveste internamente la parte interna dell'intestino. I tumori dell'intestino nascono soprattutto nel colon e nel retto, mentre i tumori del piccolo intestino e del canale anale sono molto rari. I tumori del colon sono quasi tre volte più comuni rispetto ai tumori del retto, e si presentano con modalità diverse al livello clinico e molecolare². Esistono diversi tipi di carcinoma del colon-retto, che possono essere identificati in base alla loro istologia, ovvero la struttura microscopica delle cellule tumorali. Le principali tipologie sono:

Adenocarcinoma:

- questo è il tipo tumore più comune del colon-retto, rappresenta il 95% dei casi. Si sviluppa dalle cellule ghiandolari che rivestono la superficie interna del colon e del retto.

Carcinoma squamoso:

- questo tipo di tumore è molto raro e rappresenta meno dell'1% di casi di tumori del colon-retto. Si sviluppa dalle cellule piatte che rivestono la superficie interna del colon e del retto.

Carcinoma neuroendocrino:

- questo tipo di tumore si sviluppa dalle cellule neo-endocrine del colon-retto. Questa neoplasia è molto rara e può essere più difficile da diagnosticare e trattare rispetto ad altri sottotipi.

Tumori stromali:

² AIRC <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-colon-retto> consultato
Ultima consultazione agosto 2024.

- neoplasie che si sviluppano dalle cellule stromali dell'intestino. Questi tumori sono noti anche come *Gastrointestinal Stromal Tumors* (GIST) rappresentano il tipo di tumore più comune del tessuto connettivo dell'intestino. Altri tumori dell'intestino sono i linfomi del tessuto linfoide dell'intestino, e i melanomi dalle cellule melanociti dell'intestino³.

La stadiazione di un tumore è indicata tramite una sigla composta il più delle volte da lettere e numeri, inoltre è specifica per il sistema classificazione utilizzato. Il più comune è il sistema TNM, acronimo inglese *Tumor, Node, Metastasis*. dove ciascuna lettera è associata ad un numero⁴.

Stadio	Tumore penetrazione massima	Metastasi regionali ai linfonodi	Metastasi a distanza
0	Tis	N0	M0
I	T1 o T2	N0	M0
II	T3-T4	N0	M0
III	Qualsiasi stadio T	N1-N2	M0
IV	Qualsiasi stadio T	Qualsiasi stadio N	M1

Tabella: I Stadiazione tumore del colon-retto.

Classificazione TNM:

- Tis= carcinoma in situ; T1=sottomucosa; T2=muscolare propria; T3=penetra tutti gli strati; T4=organi addiacenti e peritoneo.
- N0=nessuno; N1= 1-3 linfonodi regionali o qualsiasi numero di depositi tumorali senza coinvolgimento linfonodale; N2= ≥ 4 linfonodi regionali⁵.

³I.R.C.C.S <https://www.hsr.it/cancer-center/tumori/tumore-colon-retto> Ultima consultazione agosto 2024.

⁴AIRC <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/la-fase-della-diagnosi/stadiazione> Ultima consultazione agosto 2024.

⁵MSD <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/multimedia/table/stadiazione-del-cancro-del-colon-retto> Ultima consultazione agosto 2024.

1.3 Sintomatologia

Nelle fasi iniziali, il tumore del colon-retto può essere asintomatico o presentarsi con sintomi lievi, come la presenza di sangue nelle feci o una variazione persistente delle abitudini intestinali. Nelle fasi più avanzate della malattia può invece, essere caratterizzata da sintomi più gravi quali gonfiore e distensione addominale improvvisi e ingravescenti, assenza di movimenti intestinali con drammatica riduzione, fino all'interruzione delle evacuazioni, forti dolori addominali e vomito. I sintomi possono essere molto variabili e condizionati da diversi fattori quali, la sede del tumore e la sua estensione. Questo fa che le manifestazioni di questo tipo di tumore, siano spesso sovrapponibili a quelle di molte altre malattie addominali o intestinali. Altri sintomi possono essere rappresentati dall'anemia, perdita di peso, epatomegalia, ingrossamento dei linfonodi sopraclaveari, ascite, mal di schiena, crampi addominali, dolore nell'evacuazione, mancanza di appetito, stitichezza ostinata alternata a diarrea⁶.

1.4 Fattori di rischio

I fattori di rischio per il tumore del colon-retto possono essere suddivisi in due ampie categorie: quelli modificabili e quelli non modificabili.

Fattori modificabili:

- Alimentazione: i fattori dietetici sembrano essere tra i più importanti determinanti del rischio di cancro del colon-retto. La dieta aiuta a spiegare anche la variazione geografica della malattia. Una dieta ricca di carne rossa e grassi saturi sembra aumentare il rischio. Verdura, frutta, fibre, acido folico e calcio possono avere un effetto protettivo⁷. Uno studio condotto dall'*Harvard Medical School di Boston*, pubblicato sul *Jama Oncology*, sostiene che un'alimentazione ad alto contenuto di

⁶ MSD https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-gastrointestinali/tumori-del-tratto-gastrointestinale/cancro-del-colon-retto?query=sintomi%20tumore%20del%20colon#Diagnosi_v29279741_it
Ultima consultazione agosto 2024.

⁷ Sandler RS. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. *Gastroenterol Clin North Am.* 1996 Dec;25(4):717-35. doi: 10.1016/s0889-8553(05)70271-5. PMID: 8960889. Ultima consultazione agosto 2024.

fibre vegetali si associa a una mortalità più bassa dopo la diagnosi. Più esattamente ad ogni 5 grammi di fibre in più al giorno corrisponderebbe il 22% di probabilità in meno di morire di questa patologia, e una riduzione del 16% dei decessi per altre cause, diverse dai tumori. In particolare, sarebbero associate ai migliori risultati di sopravvivenza, le fibre dei cereali integrali 33% di probabilità in meno di morire per cancro, 22% in meno per altri motivi⁸.

- **Sedentarietà:** secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), quasi un terzo degli adulti non raggiunge un livello di attività fisica necessario a mantenere un buono stato di salute, una percentuale che supera l'80% negli adolescenti. In totale sarebbero 1,4 miliardi gli adulti nel mondo a rischio di malattie perché non praticano abbastanza attività fisica. Il poco movimento aumenta infatti il rischio di sviluppare molte patologie: quelle cardiovascolari, il diabete e l'obesità, l'ipertensione, l'osteoporosi, la depressione, l'ansia e anche il cancro. In tal modo, l'inattività fisica contribuirebbe alla morte di 4-5 milioni di persone ogni anno. Nello specifico, ci sono solide evidenze sul ruolo della scarsa attività fisica nel favorire lo sviluppo delle neoplasie che colpiscono il colon. Al contrario ci sono ormai prove che dimostrano come l'esercizio fisico abbia un effetto protettivo contro i tumori. Questo beneficio tende ad essere maggiore con l'aumento dell'intensità, della durata e della frequenza dell'attività fisica.
- **Obesità:** i risultati di numerosi studi hanno mostrato un'associazione positiva tra obesità, incidenza e mortalità per diverse forme di cancro. Grazie agli studi condotti da ricercatori sostenuti dalla Fondazione AIRC, i tumori correlati attualmente all'obesità sono almeno 12, incluso il tumore del colon-retto. Oltre a convivere con maggior rischio di ammalarsi, le persone obese sviluppano frequentemente tumori aggressivi e difficili da curare, e hanno significative probabilità di dover affrontare la recidiva di un precedente tumore, o di andare incontro a complicanze durante le cure⁹. L'eccesso di grasso corporeo in particolare il grasso viscerale, determina un maggior

⁸ AIOM <https://www.aiom.it/tumore-del-colon-assumere-fibre-allunga-la-vita-anche-dopo-la-diagnosi/>
Ultima consultazione agosto 2024.

⁹ AIRC <https://www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/attivita-fisica/quali-benefici-dallattivita-fisica>
Ultima consultazione agosto 2024.

rischio di cancro in quanto aumenta l'insorgere di infiammazioni e livelli di alcuni fattori di crescita e ormoni, che a loro volta favoriscono la crescita di cellule tumorali. Il rischio di tumore al colon-retto è significativamente più alto nelle persone obese, con un incremento del 15% per chi è in sovrappeso e del 32% per chi è obeso, questo rischio aumenta progressivamente con l'aumento della quantità di grasso nel corpo¹⁰.

- Fumo e alcol: il consumo di alcool è uno dei più importanti fattori di rischio prevenibili insieme all'uso di tabacco. Il rischio di cancro dovuto al consumo di alcool aumenta fin dal primo bicchiere. Non esiste un livello sicuro di consumo di alcool rispetto al rischio di cancro. Il consumo combinato di tabacco e alcool moltiplica il rischio di cancro. L'alcool è un agente cancerogeno di tipo 1, rientra tra quelle sostanze per cui, sulla base della classificazione dell'IARC, esistono sufficienti prove scientifiche della loro capacità di creare tumori. L'alcol o etanolo una volta entrato nel corpo si trasforma in una sostanza chimica chiamata acetaldeide, riconosciuta come sostanza cancerogena, irrita le mucose impedendo alle cellule danneggiate di ripararsi correttamente, favorendo in questo modo lo sviluppo dei tumori. In particolare, oggi l'alcol è considerato un fattore di rischio di numerosi tumori, tra quale il tumore del colon retto¹¹. Il tabacco è anche la prima causa di cancro. Il fumo è la forma più nociva del consumo di tabacco, motivo del pesante fardello rappresentato dalle malattie legate al tabacco. Ogni anno il consumo di tabacco provoca 6 milioni di decessi e danni economici per 500 miliardi di dollari in tutto il mondo¹². *L'International Agency of Research on Cancer (IARC)* ha cambiato la sua posizione ufficiale sul legame tra fumo e cancro al colon. Mentre le prove a sostegno di questa tesi erano cosiddette limitate, oggi si possono ritenere sufficienti. Uno studio condotto *dall'American Cancer Society* evidenzia che chi fuma ha una probabilità

¹⁰ IARC <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/peso-corporeo-sano/723-se-sono-in-sovrappeso-ho-maggiori-probabilita-di-sviluppare-il-> Ultima consultazione agosto 2024.

¹¹ AIRC <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-colon-retto>. Ultima consultazione agosto 2024.

¹² IARC <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/tabacco>. Ultima consultazione agosto 2024.

maggiore del 27% di sviluppare un tumore del colon rispetto a chi non ha mai preso questa abitudine¹³.

Fattori non modificabili:

- Età: i rischi di sviluppare un tumore al colon aumenta con l'età. I giovani adulti lo possono incontrare ma, e molto più comune dopo i 50 anni.
- Etnia: questo fattore viene rappresentato da alcune etnie che hanno i tassi più alti di cancro del colon retto, come i nativi americani, afroamericani e gli ebrei dell'est Europa, in quanto presentano uno dei rischi di cancro del colon-retto più elevati tra tutti i gruppi etnici del mondo.
- Sindrome ereditarie: circa il 5% delle persone che sviluppano il tumore del colon-retto, presentano alterazioni genetiche ereditarie che causano sindromi tumorali familiari e possono portare a contrarre la malattia. Le sindromi ereditarie più comuni legate al cancro del colon-retto sono: la sindrome di Lynch (la sindrome ereditaria del cancro colon rettale più comune, rappresenta il 2-4% di tutti i tumori colon rettali) e la poliposi adenomatosa familiare (FAP) dove la persona sviluppa centinaia di polipi nell'intestino e nel retto a partire già dai 10-12 anni. Quasi tutte le persone con la FAP sviluppano un tumore al colon se i polipi non vengono rimossi. Altre sindromi ereditarie rare come la sindrome di Peutz-Jeghers, Poliposi associata a MUTIH, Fibrosi cistica, comportano rischi molto elevati di sviluppare il tumore del colon-retto.

Altri fattori:

- Colectomia: è stato scoperto che le persone ai cui è stato rimosso la cistifellea hanno un rischio leggermente più alto del cancro al colon destro.

¹³ Medinews <https://www.medinews.it/notizie-newsletter/iarc-fumare-aumenta-rischio-di-cancro-al-colon/>
Ultima consultazione agosto 2024.

- Storia personale di polipi adenomatosi: le persone con storia di polipi adenomatosi presentano un maggior rischio di sviluppare un cancro coloretale.
- Malattie infiammatorie intestinali: le persone che sono affette dal morbo di Crohn o colite ulcerosa, il rischio di cancro del colon-retto è più elevato.
- Radiazioni addome o zona pelvica: gli uomini sottoposti a radioterapia per curare il tumore della prostata potrebbero avere un rischio più elevato di cancro al retto perché il retto riceve delle radiazioni durante il trattamento.
- Storia familiare di cancro al colon: le persone con la storia di un cancro coloretale in un parente di primo grado sono a rischio aumentato. Il rischio è ancora più alto se al parente è stato diagnosticato il tumore al di sotto dei 50 anni, o se più di un parente di primo grado ne è stato affetto¹⁴.

1.5 Epidemiologia

Secondo le ultime stime dell'Osservatorio Globale sul cancro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il tumore del colon-retto è il terzo tipo di tumore più frequente nei maschi, dopo il tumore del polmone e della prostata, ed il secondo nelle femmine dopo il tumore della mammella. Il tumore del colon-retto è una neoplasia significativa al livello globale, rappresenta la seconda causa di morte per cancro sia nel mondo che nel nostro Paese¹⁵. In Europa si stimano oltre 340.000 nuovi casi di tumore del colon-retto ogni anno, con oltre 190.000 casi tra gli uomini e più di 150.000 tra le donne. Esiste una significativa variabilità internazionale nei tassi di incidenza di questa neoplasia. I tassi più elevati si riscontrano in Europa e Australia, con oltre 35 casi per 100.000 uomini e 25 casi per 100.000 donne. Al contrario, i tassi più bassi si registrano in Asia centrale, meridionale e Africa, con meno di

¹⁴ American Cancer Society <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> Ultima consultazione agosto 2024

¹⁵ AIRC <https://www.airc.it/news/i-numeri-del-cancro-fotografia-dal-mondo#:~:text=Se%20si%20guarda%20invece%20alla,6%2C9%20per%20cento>. Ultima consultazione agosto 2024.

10 casi per 100.000 in entrambi i sessi¹⁶. Nel 2023 in Italia sono state stimate circa 50.500 nuove diagnosi di tumore al colon, di cui 26.800 negli uomini e 23.700 nelle donne. Nel 2022, si è stimato che i decessi causati dal tumore al colon-retto siano stati circa di 24.200. Di questi 13.000 uomini e 11.200 donne. La sopravvivenza netta a 5 anni dopo la diagnosi del tumore del colon-retto è del 65% negli uomini e 66% nelle donne. Tuttavia, questa percentuale aumenta significativamente se si considera le persone che hanno superato il primo anno dalla diagnosi. In questi casi, la probabilità di vivere ulteriori 4 anni sale al 77% per gli uomini e 79% per le donne¹⁷. In Veneto nel 2022 sono stati diagnosticati complessivamente 34.580 nuovi casi di tumore. Di questi, 3601 erano tumori del colon-retto, con 1631 casi diagnosticati nelle femmine e 1970 negli uomini¹⁸. Nel 2021 i decessi causati da tumore del colon-retto in Veneto sono stati 1.414, di cui 767 maschi e 647 femmine. Il 3% dei decessi riguarda persone con meno di 50 anni, il 20% soggetti dai 50 ai 69 anni, il 77% è costituito da ultrasessantenni.

1.6 Programmi di screening del colon-retto

Le linee guida per il cancro del colon-retto variano leggermente tra Europa, Stati Uniti e Italia, ma condividono numerosi aspetti comuni. Sebbene ci siano differenze nell'età di inizio e dei metodi di screening tra i vari paesi, tutte le linee guida sottolineano l'importanza dello screening per la prevenzione e la diagnosi precoce di questo tumore. In Europa il Consiglio dell'UE raccomanda di iniziare lo screening di tumore del colon-retto a partire dall'età di 50 anni, iniziando il test immunochimico fecale (FIT) quantitativo ogni 2 anni¹⁹. Negli Stati Uniti l'*American Cancer Society* raccomanda di iniziare lo screening del tumore del colon-retto all'età di 45 anni per le persone a rischio medio. Tra le opzioni di screening suggerite il test immunochimico fecale (FIT) annuale, test del DNA fecale multi-target ogni tre anni, colonscopia ogni 10 anni, colonscopia virtuale e sigmoidoscopia ogni 5 anni²⁰. Nel 1996 sono state emanate le linee guida della Commissione Oncologica Nazionale sugli Screening

¹⁶ Registro Tumori Veneto <https://www.registrotumoriveneto.it/it/> Ultima consultazione agosto 2024.

¹⁷ Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5537&area=tumori&menu=vuoto> Ultima consultazione agosto 2024

¹⁸ Regione del Veneto <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13726594> Ultima consultazione agosto 2024.

¹⁹ Commissione Europea https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_22_7548

²⁰ American Cancer Society <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html> Ultima consultazione agosto 2024.

oncologici intesi come interventi di sanità pubblica, realizzati attraverso un'attività sistematica di diagnosi precoce di un tumore, basata su evidenze scientifiche e rivolta alla generalità della popolazione o ad alcuni sottogruppi. Dal 2001 lo screening colon-rettale è ricompreso nei Livelli Essenziali di Assistenza. In Italia il programma Nazionale di screening del colon-retto prevede che i cittadini tra i 50 e 69 anni ricevano una lettera di invito per sottoporsi al test del sangue occulto nelle feci (SOF) ogni 2 anni. In alcune Regioni d'Italia lo screening colon-rettale è stato esteso alla fascia di età 70-74 anni, tra cui la Regione Veneto²¹.

Il test immunochimico fecale noto anche come SOF o FIT, dall'inglese *Fecal Immunochimical Test* è un metodo non invasivo ampiamente utilizzato per la prevenzione e diagnosi precoce del cancro del colon-retto. Questo test si basa sulla rivelazione di minime quantità di sangue, in un piccolo campione di feci detto appunto occulto, il quale può essere un indicatore di lesione precancerose o tumorali nel colon o nel retto. Il SOF rappresenta il metodo maggiormente utilizzato per lo screening del colon-retto nell'Unione Europea. Questo test utilizza anticorpi specifici, come anticorpi anti-globina, per rilevare il sangue umano, con particolare efficacia nell'individuazione dei sanguinamenti nel tratto del colon. Il test permette una maggior sensibilità rispetto al test di ricerca di sangue occulto fecale guaiaco (gFOBT), che è meno selettivo, e può fornire risultati falsi positivi a causa di alimenti o farmaci assunti dall'utente²².

Numerosi studi hanno evidenziato l'efficacia del test nel ridurre la mortalità e l'incidenza del tumore del colon-retto, grazie alla sua capacità di facilitare una diagnosi precoce e consentire un trattamento tempestivo²³. Inoltre, il test è economicamente vantaggioso grazie al suo costo

²¹ Ministero della Salute

<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5541&area=tumori&menu=screening#:~:text=I%20programmi%20di%20screening%20offerti,per%20l'esecuzione%20del%20test.> Ultima consultazione agosto 2024.

²² Brenner H, Tao S. Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *Eur J Cancer*. 2013 Sep;49(14):3049-54. doi: 10.1016/j.ejca.2013.04.023. Epub 2013 May 22. PMID: 23706981. Ultima consultazione agosto 2024.

²³ Zheng S, Schrijvers JJA, Greuter MJW, Kats-Ugurlu G, Lu W, de Bock GH. Effectiveness of Colorectal Cancer (CRC) Screening on All-Cause and CRC-Specific Mortality Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2023 Mar 24;15(7):1948. doi: 10.3390/cancers15071948. PMID: 37046609; PMCID: PMC10093633. Ultima consultazione agosto 2024.

relativamente basso e alla sua capacità di ridurre i costi a lungo termine associati alla diagnosi e trattamento delle neoplasie del colon-retto²⁴.

Nonostante i suoi benefici, il test immunochimico fecale (SOF) ha alcune limitazioni. Può non rilevare lesioni precancerose piatte o serrate, che potrebbero progredire in tumori maligni. Inoltre, il test SOF può dare falsi negativi se il sanguinamento del tratto intestinale è intermittente, causando ritardi nella diagnosi e nel trattamento della patologia tumorale. Un'altra limitazione di questo esame è legata alla mancanza di alcuni polipi e lesioni precancerose in fase iniziale. Queste formazioni, se non sanguinano, possono non essere individuate dal test, il che comporta il rischio che tali lesioni sfuggano alla diagnosi precoce²⁵. È quindi essenziale considerare il test immunochimico fecale come parte di una strategia di screening più ampia, che può includere altri test, come la colonscopia, per assicurare una diagnosi più accurata e tempestiva.

1.7 Adesione allo screening in Italia

Lo screening del colon- retto in Italia presenta ancora una copertura nazionale insufficiente. Nel 2022, i programmi di screening per il cancro del colon-retto hanno mostrato un lieve aumento rispetto l'anno precedente. Questo incremento è stato un proseguimento dell'intenso recupero, iniziato per compensare i ritardi causati dalla pandemia Covid-19. Oltre 7,5 milioni di persone sono state invitate a partecipare ai programmi di screening, un numero che supera non solo quello del 2021 ma anche i livelli registrati prima della pandemia. Tuttavia, il tasso di adesione agli inviti, che si attesta al 34,1%, rimane inferiore rispetto ai valori pre-pandemici. Nel 2023 il numero di persone di 50-69 anni invitate a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) è stato di quasi 8 milioni pari al 94% della popolazione totale. Nelle aree del nord e del centro Italia la copertura pressoché completa del 99% al nord e 108% al centro, nel sud e Isole registrando un aumento da copertura da invito rispetto allo scorso anno, passando dal 61% del 2022 al 80% nel 2023.

²⁴ Murphy J, Halloran S, Gray A. Cost-effectiveness of the faecal immunochemical test at a range of positivity thresholds compared with the guaiac faecal occult blood test in the NHS Bowel Cancer Screening Programme in England. *BMJ Open*. 2017 Oct 27;7(10): e017186. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017186. PMID: 29079605; PMCID: PMC5665323. Ultima consultazione agosto 2024.

²⁵ Regione Emilia-Romagna <https://www.ausl.re.it/screening-dei-tumori-del-colon-retto> Ultima consultazione agosto 2024.

Il valore medio Nazionale di adesione allo screening colon retale nel 2023 si attesta intorno al 34,9%, segnando un lieve incremento rispetto al 2022²⁶.

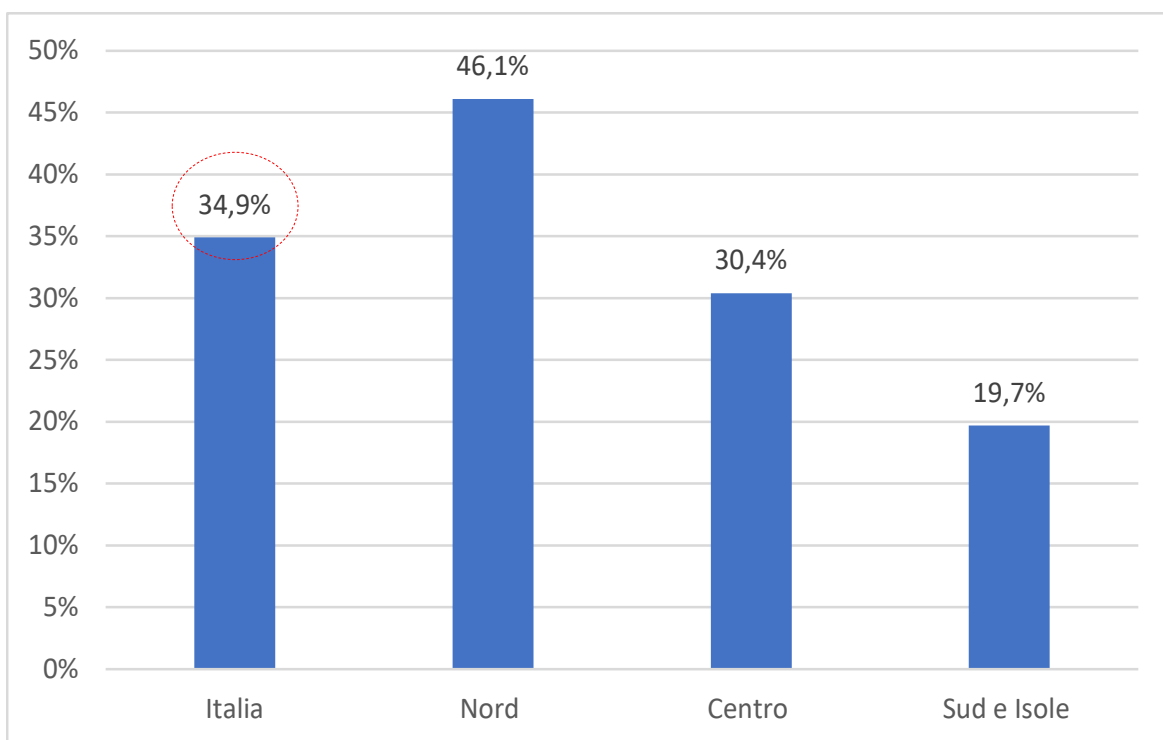


Grafico1: Distribuzione percentuale dell'adesione corretta allo screening coloretale per ripartizione geografica 2023.

Il grafico n.1 mostra un quadro piuttosto preoccupante per quanto riguarda l'adesione allo screening coloretale in Italia nel 2023. La media di partecipazione si attesta al 34,9%, un valore decisamente inferiore rispetto agli obiettivi di sanità pubblica. Le adesioni variano notevolmente a seconda delle aree geografiche. Le regioni del nord Italia presenta una media di adesione allo screening piuttosto elevata con un tasso di adesione del 46,1%. Al centro la percentuale scende significativamente, registrando solo 30,4%, un valore al di sotto della media nazionale. La situazione è ancora più critica nel Sud Italia e nelle Isole, dove il tasso di adesione si ferma a un preoccupante 19,7%. Questi dati evidenziano la necessità di interventi mirati, soprattutto nelle aree del Centro del Sud e delle Isole, per incrementare la

²⁶ Osservatorio Nazionale Screening <https://www.osservatorionazionalecreening.it/content/la-diffusione-degli-screening-oncologici-italia-nel-2023> Ultima consultazione agosto 2024.

partecipazione e superare le barriere che attualmente ostacolano l'adesione allo screening coloretale di primo livello (SOF).

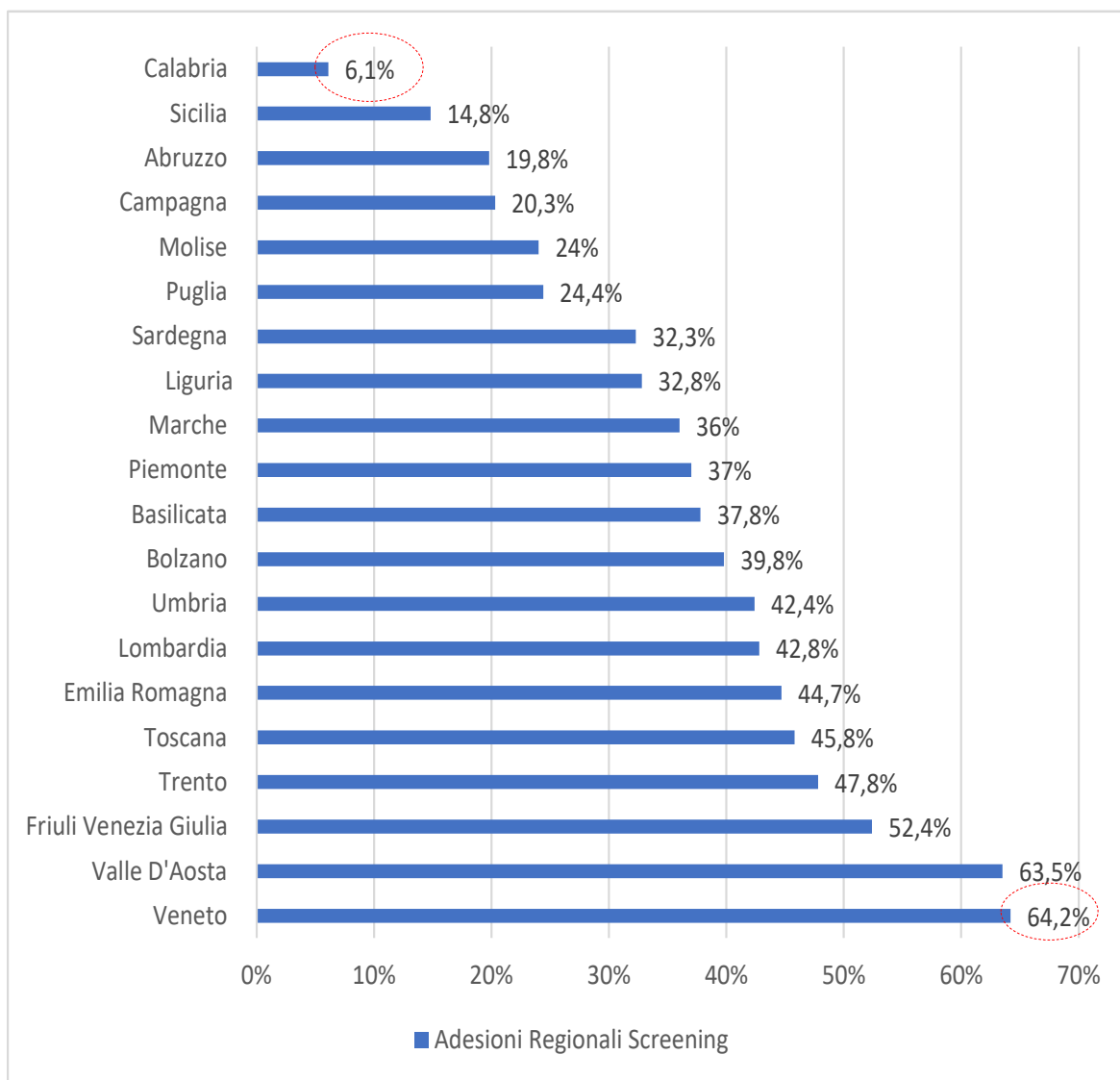


Grafico2: Distribuzione percentuale dell'adesione corretta allo screening coloretale per Regione 2023.

Come evidenzia il grafico 2 la maggior percentuale di adesione allo screening si nota nelle regioni del nord come il Veneto (64,2%) Valle D'Aosta 63,5%, Friuli-Venezia Giulia (52,4%) e la Lombardia con il 42,8% di adesioni. Nelle regioni del centro Italia le adesioni allo screening sono leggermente inferiori, confermandosi la regione Toscana con un tasso di

adesione del 45,8%, l'Emilia-Romagna con il 45,8% e la regione Umbria con il 42,4%. Non si potrebbe dire lo stesso delle regioni del sud e isole, dove le percentuali di adesione allo screening sono piuttosto basse, confermando valori inferiori come la Sicilia (14,8%) e Calabria del 6,1%.

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 Il Problema

Il tumore al colon-retto occupa il terzo posto per incidenza e mortalità tumorale nei paesi occidentali. La distribuzione del cancro del colon è la medesima in entrambi i sessi; il tumore del retto colpisce invece prevalentemente il sesso maschile con un rapporto di 2:1. L'Agencia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) afferma che il tumore al colon provoca oltre 900 mila decessi all'anno in tutto il mondo²⁷. Nel 2022, in Italia sono state registrate 48.100 nuove diagnosi di cancro al colon, con un correlato numero stimato di decessi pari a circa 24.200. Proseguendo questa tendenza, nel 2023, l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), segnala un ulteriore aumento di 50.500 nuove diagnosi di cancro al colon, evidenziando la persistente sfida in ambito oncologico²⁸.

I programmi di screening mirano a ridurre la mortalità facilitando diagnosi precoci, aumentando così le opportunità di trattamento e recupero con interventi meno invasivi. Di conseguenza, la completa adesione e l'espansione di tali programmi sono di vitale importanza²⁹.

È fondamentale identificare i fattori che ostacolano la partecipazione degli utenti ai programmi di screening del colon retto, al fine di evidenziare le difficoltà esistenti e sviluppare interventi mirati per aumentare l'adesione.

2.2 Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è di rilevare la percezione del rischio di tumore al colon-retto degli utenti che partecipano e non partecipano allo screening, ed evidenziare i fattori che influenzano la mancata adesione ai programmi di screening coloretale di 1° livello.

L'obiettivo generale è:

- Evidenziare le motivazioni e i fattori che influenzano la mancata adesione ai programmi di screening del colon retto di 1° livello.

Gli obiettivi specifici sono:

²⁷ IARC <https://www.iarc.who.int/cancer-type/colorectal-cancer/> Ultima consultazione agosto 2024.

²⁸ AIOM <https://www.aiom.it/tumore-del-colon-retto-48-100-casi-in-italia-nel-2022-4-400-in-2-anni-aiom-7-su-10-non-aderiscono-allo-screening-sensibilizziamo-i-cittadini/> Ultima consultazione agosto 2024.

²⁹ Ministero della salute <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioFaqTumori.jsp?lingua=italiano&id=275#:~:text=%C3%88%20dimostrato%20scientificamente%20che%20lo,a%20partire%20da%20questa%20et%C3%A0.> Ultima consultazione agosto 2024.

- Descrivere le caratteristiche sociodemografiche del campione.
- Descrivere la prevalenza delle motivazioni ostacolanti.
- Identificare le strategie utili ad aumentare l'adesione ai programmi di screening.
- Proporre un eventuale progettazione che risponda ai bisogni evidenziati dalla rilevazione.

I quesiti di ricerca sono:

- Quali sono le evidenze scientifiche presenti in letteratura che dimostra l'efficacia della partecipazione allo screening colon rettale?
- Quali categorie mostrano una minore adesione ai programmi di screening?
- Quali sono le motivazioni che portano gli utenti a non partecipare ai programmi di screening del colon retto?
- Quali strategie possono essere adottate per migliorare l'adesione ai programmi di screening del colon retto?

2.3 La revisione della letteratura

La revisione bibliografica è stata condotta utilizzando i motori di ricerca Google e PubMed, attraverso l'uso delle seguenti parole libere di ricerca:

- Tumore del colon-retto
- Prevenzione e controllo
- Epidemiologia
- Screening coloretale
- Fattori di rischio

I criteri di ricerca bibliografica relativi allo studio hanno privilegiato la selezioni di fonti e siti istituzionali o scientificamente riconosciuti, quali:

- AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro).
- AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica).
- IARC (L'agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro).
- Osservatorio Nazionale Screening.
- Registro Tumori Veneto.
- Regione Veneto.

- PubMed.
- *American Cancer Society*.
- *European Commission*.
- Ministero della Salute.
- Istituto Superiore di Sanità.
- Manuale MSD.
- *Medelinews*.
- Regione Emilia-Romagna.

Una ricerca iniziale è stata condotta sul sito dell'IARC per ottenere dati epidemiologici riguardanti i decessi causati dalla neoplasia del colon-retto al livello globale. Inoltre, consultando "*Handbooks of Cancer Prevention*" sullo stesso sito, è stata esaminata l'efficacia dei test di screening di primo livello per il tumore del colon-retto.

La seconda ricerca è stata effettuata consultando l'articolo "*Numeri del Cancro 2023*" sul sito dell'AIOM, per identificare le nuove diagnosi di tumore del colon- retto in Italia.

Un'ulteriore ricerca è stata effettuata in PubMed, utilizzando come parole chiavi in inglese *colorectal cancer, prevention and control, epidemiology*. Per rendere la ricerca più precisa e mirata, è stato utilizzato il *thesaurus Mesh*, insieme a filtri specifici come "abstract," "ultimi 10 anni," e *Restrict to MeSH Major Topic*. Questi accorgimenti hanno permesso di ottenere risultati pertinenti all'argomento di interesse.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

In questo capitolo vengono descritti i materiali e i metodi utilizzati per condurre lo studio, che si configura come uno studio trasversale basato sulla rielaborazione dei dati tramite il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e i dati provenienti dal portale aziendale dell'Ulss4 Veneto Orientale, denominato *Qlick View*. Il questionario PASSI è stato somministrato principalmente nel 2022 nel biennio 2021-2022, e ha rappresentato lo strumento fondamentale per raccogliere i dati relativi alla percezione del rischio di tumore al colon-retto e ai fattori che ostacolano la partecipazione ai programmi di screening, come la mancanza di informazione, difficoltà logistiche o motivazioni fisiche o psicologiche. La rielaborazione dei dati ha consentito di condurre una analisi dettagliata delle risposte fornite dagli intervistati, identificando le correlazioni tra la mancata adesione ai programmi di screening e i vari ostacoli che ne limitano l'efficacia.

3.1 Campionamento

L'analisi dello studio si focalizza sulle risposte di un campione di 162 persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni, che sono state intervistate in merito alla loro partecipazione allo screening del colon-retto di primo livello. È stato intervistato un ulteriore campione di 44 persone, selezionate specificamente tra coloro che non hanno aderito, per approfondire la loro mancata adesione. Inoltre, sono state esaminate e considerate tutte le risposte alla sezione non dedicata allo screening, che potrebbero rilevare una correlazione significativa tra la partecipazione allo screening coloretale e i fattori che ne ostacolano l'adesione.

3.2 Questionario

Per raggiungere l'obiettivo dello studio sono stati raccolti i dati derivanti dal questionario PASSI, versione 01/01/2022, somministrato telefonicamente al campione di individui di età compresa tra i 50 e i 69 anni. In particolare, l'attenzione è stata focalizzata sulla sezione nr. 10 (vedi allegato 2), che contiene una serie di domande specifiche riguardanti lo screening e il tumore del colon-retto. Il questionario utilizzato per l'analisi dei dati è composto da diverse sezioni, ciascuna delle quali esplora specifici aspetti della salute e dello stile di vita degli

intervistati. Le sezioni trattano temi quali lo stato di salute generale e la qualità di vita percepita, l'attività fisica, l'abitudine al fumo, l'alimentazione e il consumo di alcol. Vengono indagati aspetti relativi alla sicurezza stradale e domestica, al rischio cardiovascolare, alla salute mentale, e alla vaccinazione. Altre sezioni sono dedicate agli screening per il tumore del collo dell'utero, al tumore mammario, e al tumore del colon-retto, quest'ultima particolarmente rilevante per lo studio in oggetto. La sezione finale raccoglie dati socio-anagrafici degli intervistati e valutano il loro livello di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*)³⁰. Queste sezioni contengono le domande somministrate, le cui risposte sono state successivamente analizzate e rielaborate per lo studio.

- Sezione 1: stato di salute e qualità di vita percepita
- Sezione 2: attività fisica
- Sezione 3: abitudini al fumo
- Sezione 4: alimentazione
- Sezione 5: assunzione di alcol
- Sezione 6: sicurezza stradale
- Sezione 7: rischio cardiovascolare
- Sezione 8: screening tumore collo dell'utero
- Sezione 9: screening tumore mammario
- Sezione 10: screening tumore del colon- retto
- Sezione 11: vaccinazione

³⁰ Questionario Passi file:///C:/Users/iovub/Downloads/2021_2022_veneto_passi_covid_gravidanza_hl.pdf

- Sezione 12: salute mentale
- Sezione 13: sicurezza domestica
- Sezione 14: dati socio-anagrafici
- Sezione 23: *health literacy*

3.3 Analisi e metodi statistici

I dati epidemiologici utilizzati per questo studio provengono da file Excel del Servizio di Epidemiologia e dal portale Aziendale *Qlick View* dell'Ulss4 Veneto Orientale, che hanno servito come fonte principale per l'elaborazione statistica. Per l'estrazione dei dati è stato impiegato il questionario cartaceo, che ha consentito di individuare con precisione le domande e codificare le risposte corrispondenti nei file Excel originali. Successivamente, i dati sono stati rielaborati e integrati su altri file Excel per garantire un'accurata associazione tra le risposte raccolte e la loro rappresentazione digitale, facilitando un'analisi dettagliata delle fonti disponibili e una più precisa interpretazione dei risultati. Inoltre, per l'analisi e rielaborazioni di alcuni dati è stata utilizzata la tabella Pivot, che ha consentito di eseguire elaborazioni e sintesi più dettagliate ed efficaci.

3.4 Limiti dello studio

Uno dei principali limiti dello studio riguarda l'adesione degli utenti alle interviste. Non tutti coloro che vengono contattati dagli operatori del sistema di sorveglianza PASSI accettano di partecipare, limitando così la rappresentatività del campione. Un ulteriore limite è legato alla lunghezza del questionario somministrato, in quanto un numero elevato di domande può portare all'abbandono dell'intervista o a risposte non veritiere da parte degli intervistati, i quali, per fretta o impazienza, potrebbero non rispondere con accuratezza, soprattutto quando la durata supera il tempo che sono disposti a dedicare.

CAPITOLO 4 – RISULTATI

Sono state effettuate 162 chiamate durante le quali è stato somministrato il questionario PASSI. Tutti i 162 intervistati hanno completato l'intervista fornendo risposte riguardanti la loro partecipazione allo screening coloretale. Le persone intervistate appartenevano maggiormente ai comuni di San Donà di Piave, Portogruaro e Jesolo, che rientrano nell'area di competenza dell'Ulss4 Veneto Orientale, insieme ad altri comuni. I dati raccolti dal campione sono stati trasferiti su un nuovo foglio di calcolo. Utilizzando le tabelle Pivot sono state create tabelle univariate e bivariate, dalle quali sono stati generati i grafici che verranno presentati successivamente.

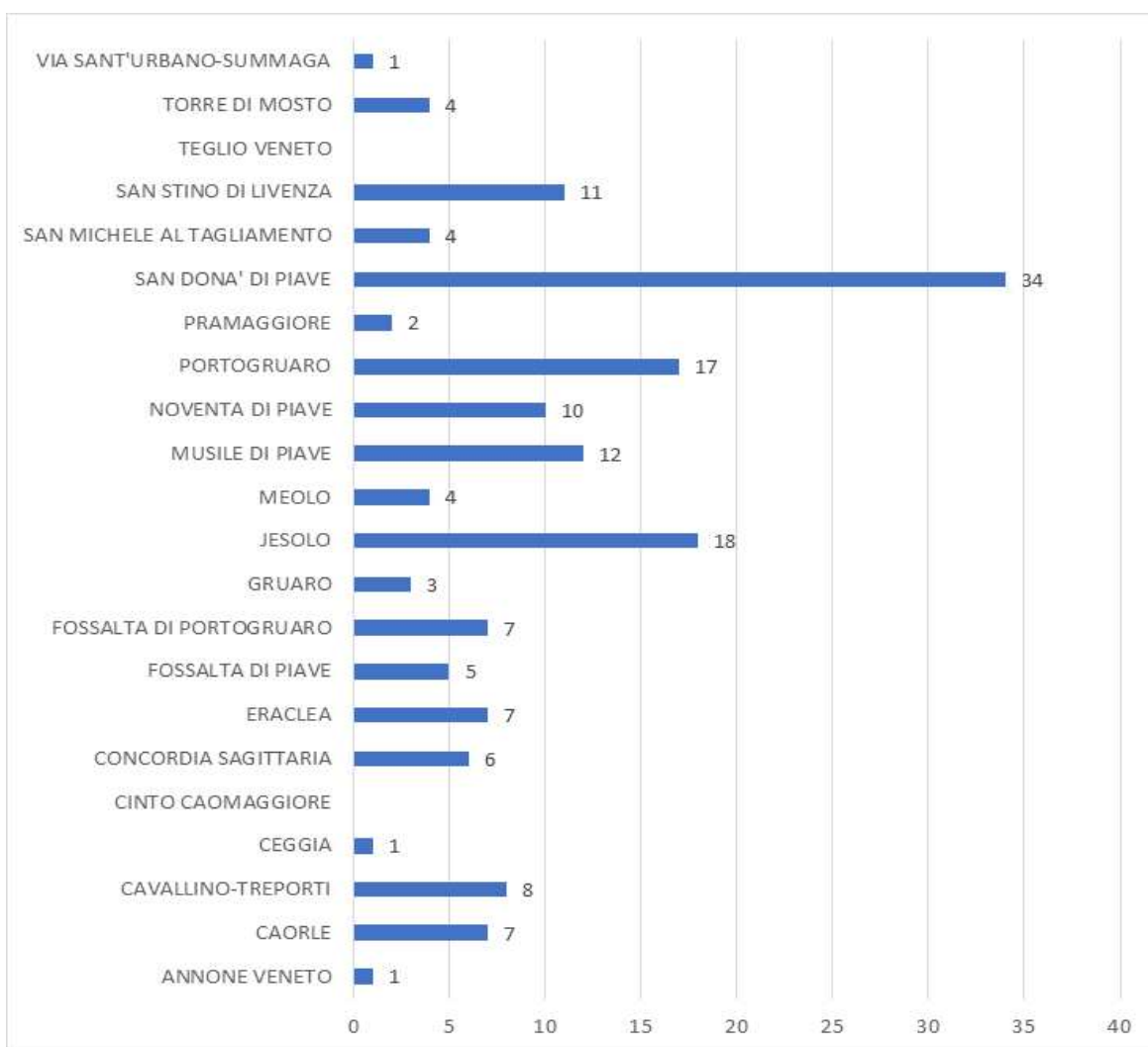


Grafico 3: Numero di intervistati per comune di residenza Aulss4 Veneto Orientale.

Il grafico nr.3 rappresenta la distribuzione delle persone intervistate riguardo la partecipazione allo screening del colon-retto, nei vari comuni appartenenti all'area di competenza dell'Aulss4 Veneto Orientale. Dal grafico emerge che la maggior parte degli intervistati proviene dai comuni più popolosi come San Donà di Piave, Jesolo e Portogruaro. Questi comuni non solo contano un maggior numero di residenti ma ospitano i 3 principali ospedali della zona. Oltre agli ospedali questi comuni possiedono anche alcune sedi e spazi dedicati al Dipartimento di Prevenzione, che svolge un ruolo cruciale nell'implementazione dei programmi di screening e prevenzione oncologica.

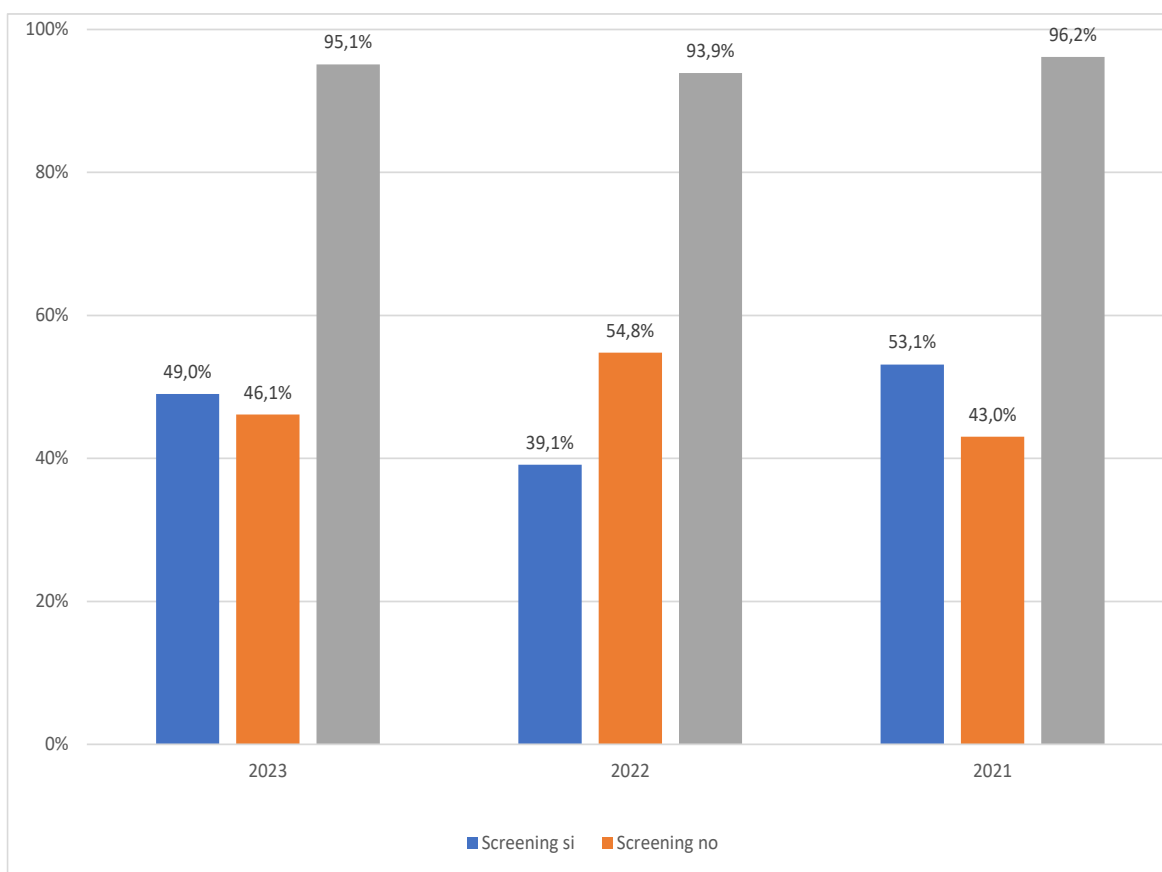


Grafico 4 Distribuzione percentuale inviti e adesione allo screening coloretale.

Il grafico 4 mostra l'andamento delle adesioni e delle mancate adesioni allo screening coloretale (Sof) negli ultimi 3 anni basato sul totale degli inviti inviati dell'Azienda Ulss4 Veneto Orientale. Nel 2021, le adesioni hanno raggiunto il 53,1% superando le non adesioni di circa il 10%. Tuttavia, nel 2022 si osserva un netto calo delle adesioni che arrivano al

39,1%, suggerendo che il calo delle adesioni potrebbe essere stato influenzato dall'impatto della pandemia COVID-19. Nel 2023 si osserva un lieve miglioramento registrando un numero pari di adesioni circa al 49%. Questi dati suggeriscono che il calo delle adesioni potrebbe essere stato influenzato dall'impatto della pandemia COVID-19. Tuttavia, i dati dimostrano un incremento delle adesioni allo screening di quasi il 10% nel 2023, evidenziando comunque una adesione sotto il 50%.

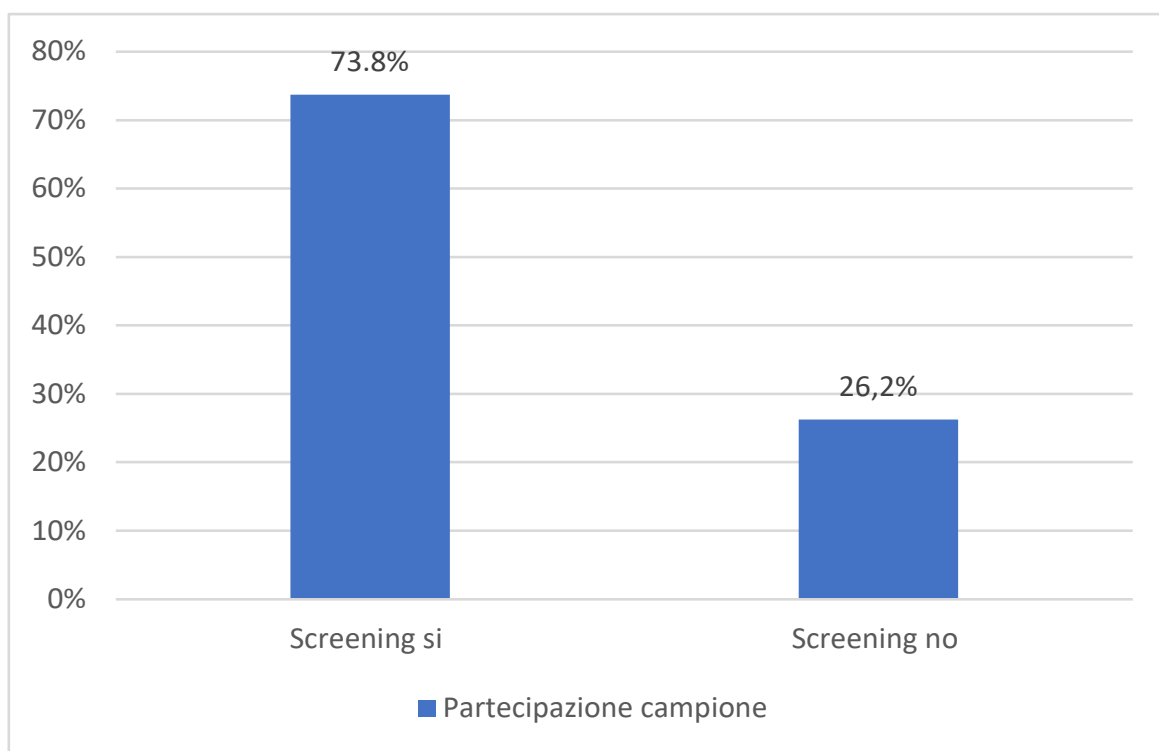


Grafico 5: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale.

Il grafico 5 evidenzia che il 73,8% del campione intervistato ha dichiarato di aver partecipato allo screening coloretale, segnalando un livello di adesione significativo. Tuttavia, il 26,2% ha scelto di non aderire allo screening, attribuendo la propria mancata partecipazione a vari motivi.

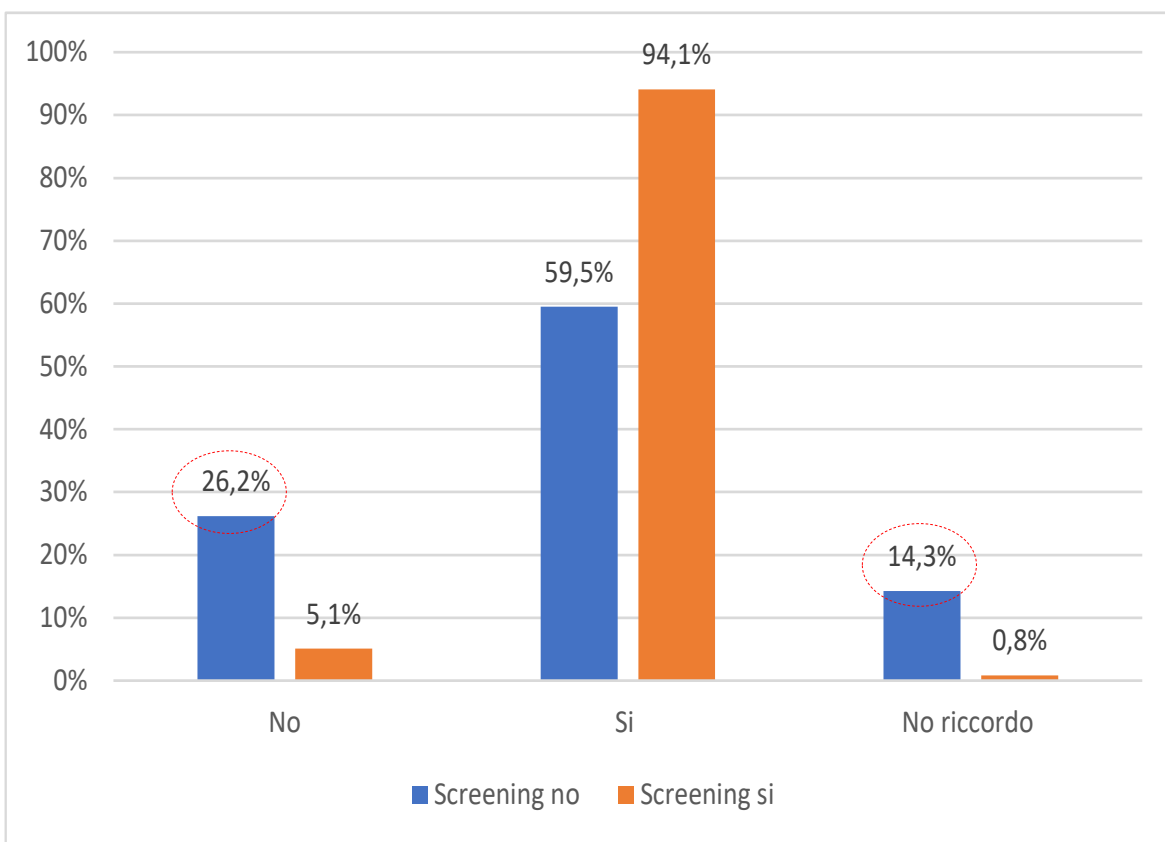


Grafico: 6 Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per lettera d'invito.

Il grafico 6 mostra che il 59,5% degli utenti che non hanno aderito allo screening, riferisce di aver comunque ricevuto la lettera di invito. Al contrario, il 26,2% dichiara di non aver mai ricevuto la lettera. Infine, il 14,3% degli utenti non riesce a ricordare di aver ricevuto la lettera da parte dell'Azienda, suggerendo che potrebbe trattarsi più di un problema di mancata ricezione, piuttosto che di una semplice dimenticanza. Tra coloro che hanno aderito, il 94,1% riferisce di averla ricevuta. Solo il 5,1% del campione partecipante, ha riferito di non aver ricevuto la lettera. Questi dati evidenziano che, nonostante la maggior parte degli intervistati abbiano ricevuto la lettera, esistono ancora barriere legate alla partecipazione e probabilmente a fattori diversi dalla semplice ricezione della lettera d'invito.

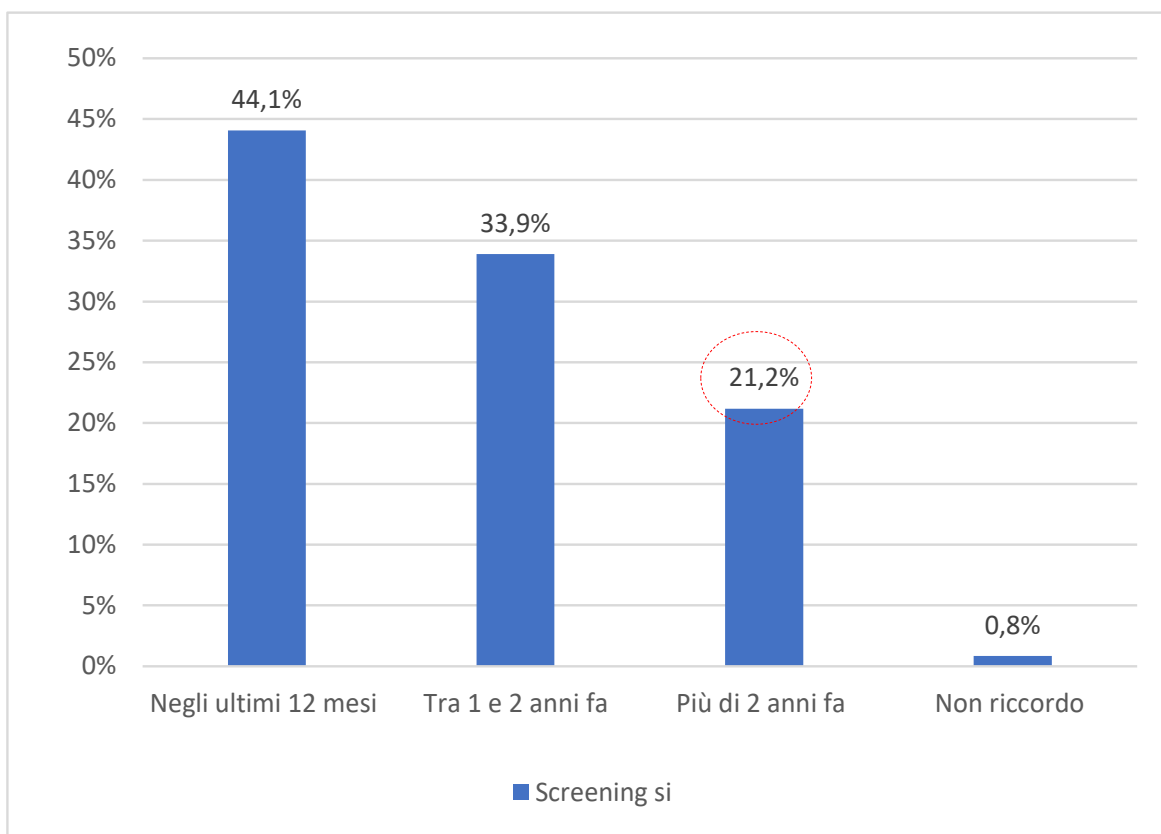


Grafico 7: Distribuzione percentuale degli utenti che hanno aderito nell'ultimo periodo allo screening.

Il grafico 7 mostra il periodo di adesione allo screening coloretale da parte degli utenti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci. Si può notare che il 44,1% e il 33,9% dei partecipanti hanno eseguito il test entro il periodo raccomandato per la sua esecuzione, rispettando così le indicazioni fornite. Tuttavia, un aspetto rilevante è che il 21,2% dei partecipanti hanno eseguito il test oltre 2 anni fa, evidenziando una certa discontinuità nell'adesione. Una minima parte degli intervistati (0,8%) non ricordano l'esecuzione del test, suggerendo la mancata partecipazione. Questo dato indica che una parte significativa degli utenti, non segue correttamente le raccomandazioni temporali per ripetere il test della ricerca del sangue occulto, compromettendo l'efficacia dei programmi di screening e della prevenzione.

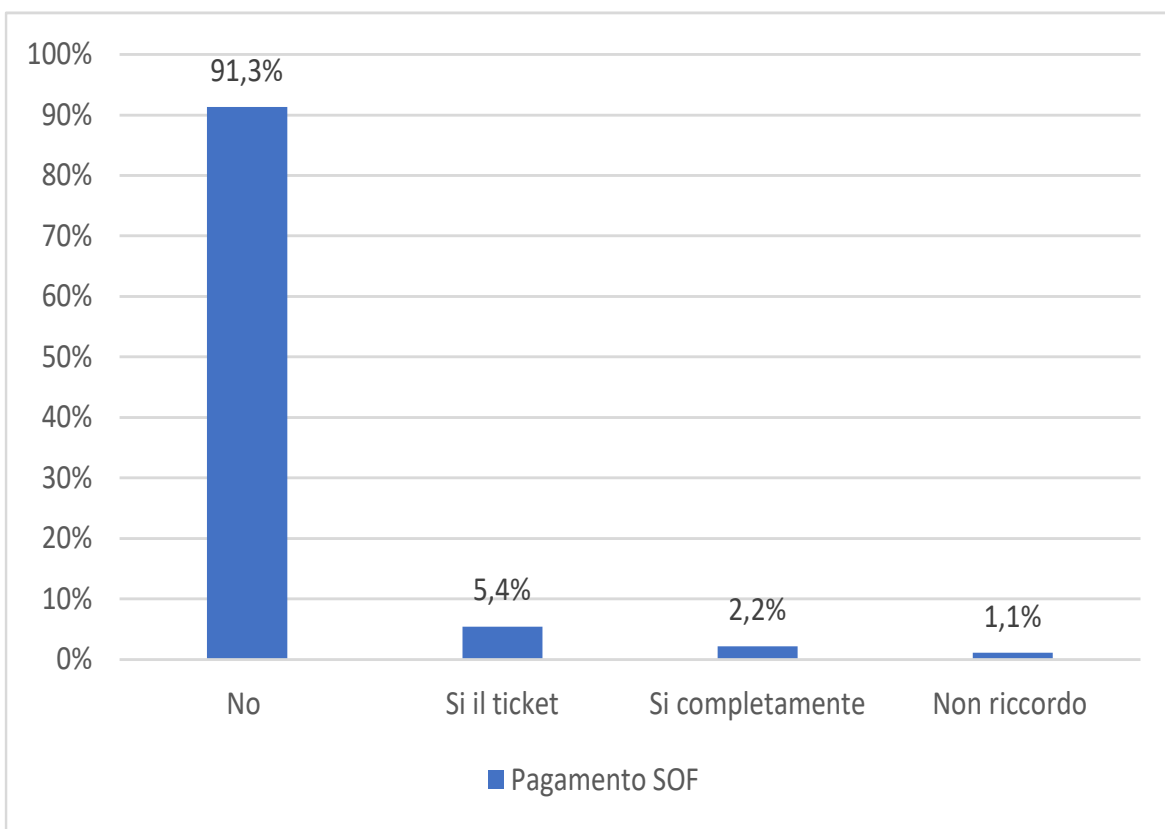


Grafico 8: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale per pagamento esame.

Il grafico 8 evidenzia che oltre il 91% delle persone che hanno effettuato lo screening non ha dovuto sostenere alcun costo per l'esame. Solo il 5,4% ha pagato il ticket, mentre il 2,2% ha coperto l'intero costo dell'esame, suggerendo che potrebbe aver scelto di effettuare il test, al di fuori dei programmi di screening. Inoltre, un ulteriore 1,1% degli intervistati non ricorda quanto ha speso per eseguire il test. Questi dati indicano che la maggior parte degli utenti ha accesso gratuito allo screening. La scelta di pagare completamente l'esame potrebbe suggerire una probabile inaffidabilità nel servizio, o la scarsa conoscenza da parte del *target* dei programmi di screening. Tali programmi tra cui lo screening coloretale rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), perciò coloro che hanno pagato per l'intero l'esame della ricerca del sangue occulto, potrebbe suggerire anche una scarsa conoscenza dei servizi appartenenti ai LEA, servizi che vengono erogati gratuitamente dall'Azienda di competenza.

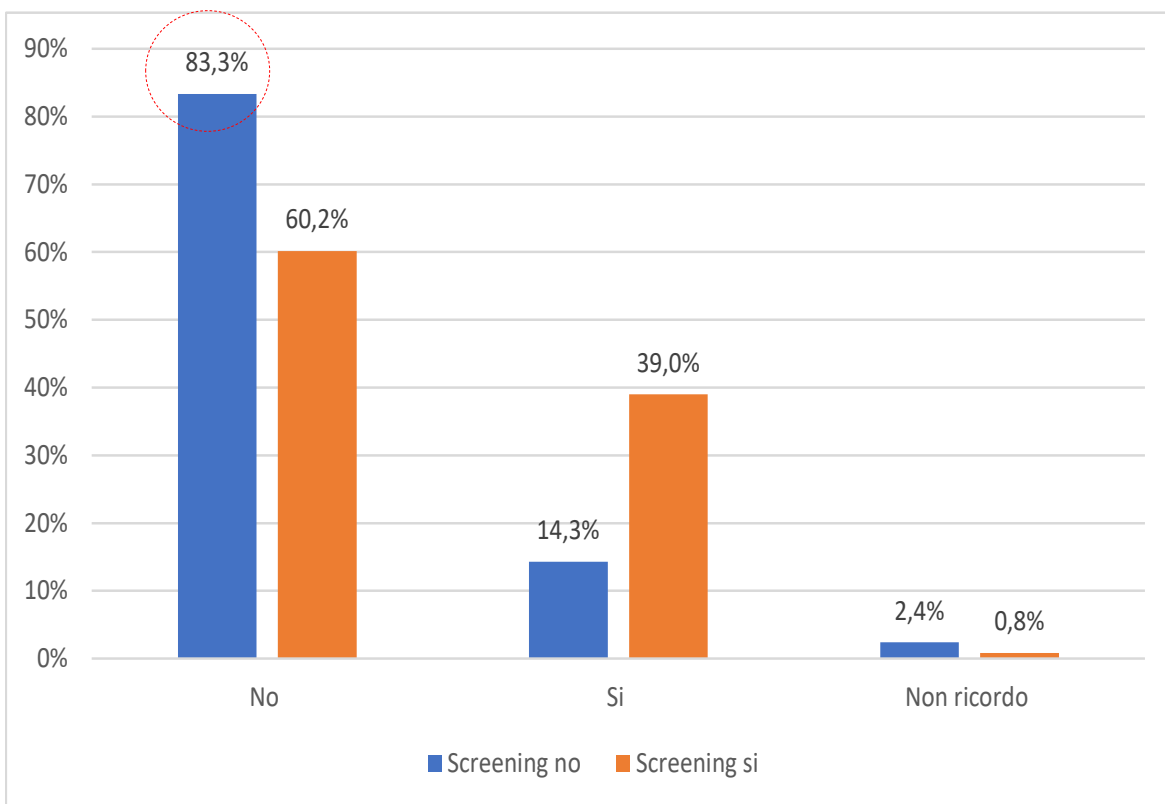


Grafico 9: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per consiglio da operatori sanitari.

Il grafico nr 9 illustra la percentuale di intervistati, che ha dichiarato di aver ricevuto consigli da parte degli operatori sanitari in merito alla partecipazione allo screening coloretale. L'83,3% dei non partecipanti ha riferito di non aver mai ricevuto raccomandazioni da parte dei professionisti sanitari per eseguire il test di screening. Solo il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un consiglio in tal senso, mentre un modesto 2,4% non ricorda se fosse stato loro consigliato o meno. Anche tra coloro che hanno aderito allo screening, il 60,2% ha affermato di non aver ricevuto alcuna raccomandazione da parte dei professionisti sanitari, solo il 39% ha riferito di aver ricevuto consiglio per effettuare la ricerca del sangue occulto. Lo 0,8% dei partecipanti non ricorda tale consiglio, il che evidenzia il problema della mancata raccomandazione. Questi dati sottolineano chiaramente, come la mancanza di raccomandazioni da parte dei professionisti sanitari, rappresenti un ostacolo significativo sulla partecipazione allo screening coloretale.

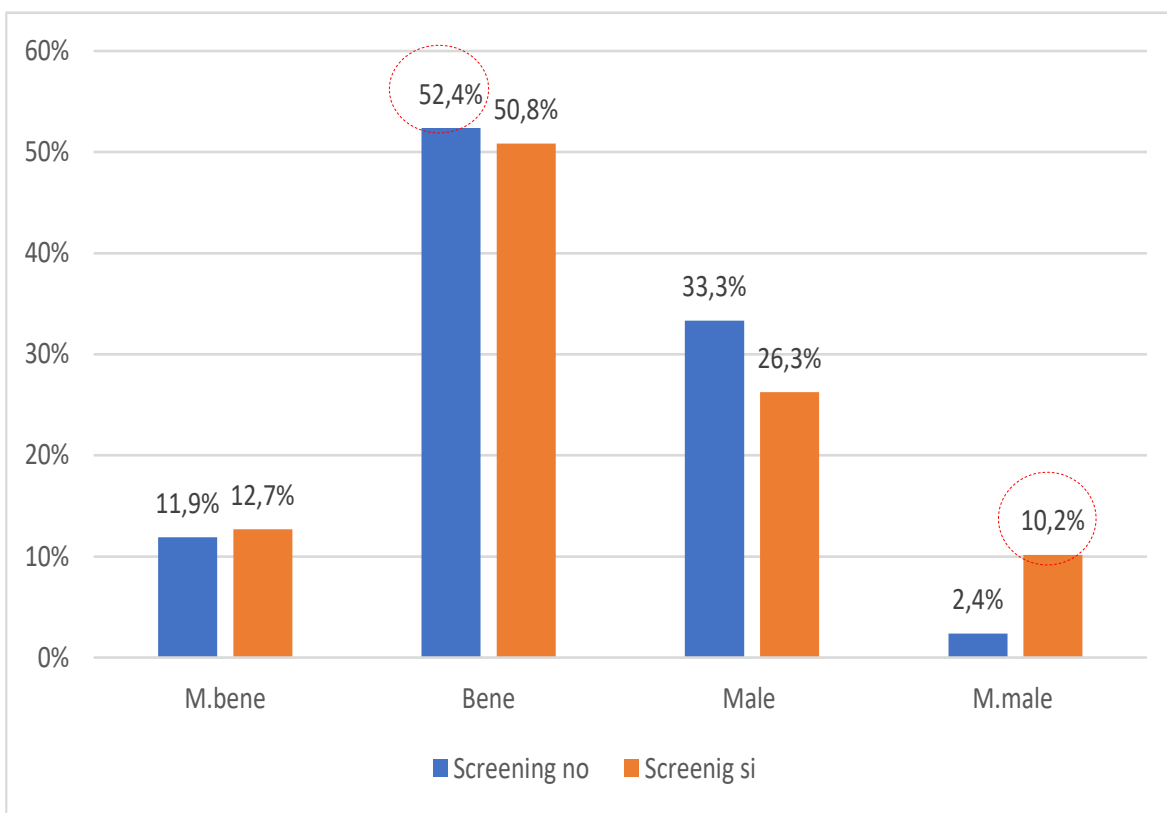


Grafico 10: Proporzione di chi ha già effettuato la ricerca del sangue occulto per stato di salute e genere.

Come si può osservare dal grafico 10, la proporzione maggiore (52,4%) di coloro che non hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) appartiene al gruppo di persone che percepiscono il proprio stato di salute come bene. Anche il 33,3% di coloro che percepiscono lo stato di salute come male non hanno partecipato. Al contrario, tra coloro che hanno riferito di sentirsi molto male (10,2%) ha comunicato di aver partecipato allo screening. In questo gruppo, infatti, per ogni persona che ha effettuato l'esame, ve ne sono 4 che non l'hanno mai fatto, con un rapporto di 4,25 a 1. Il restante del campione che percepisce lo stato di salute molto bene, ha dichiarato di aver fatto la ricerca del sangue occulto il 12,7%, evidenziando un incremento del quasi 1% per la medesima categoria. Questo evidenzia una significativa differenza di partecipazione allo screening, in base alla percezione dello stato di salute.

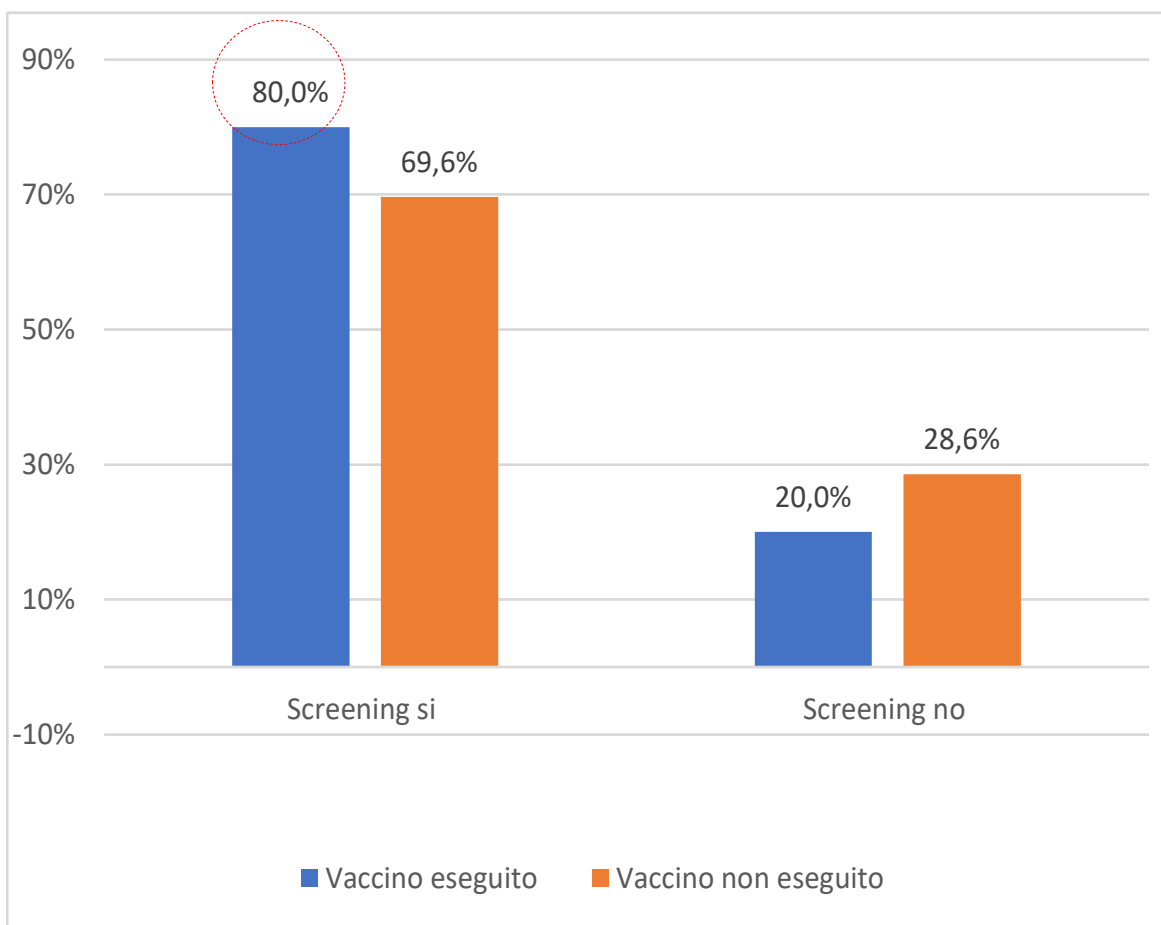


Grafico 11: Partecipazione allo screening per vaccinazione antinfluenzale.

Come evidenziato dal grafico 11, tra coloro che si sottopongono alla vaccinazione antinfluenzale, l'adesione allo screening del coloretale è significativamente più alta con un incremento di oltre il 10% rispetto a coloro che non effettuano la vaccinazione. L'80% della medesima categoria ha riferito di aver fatto la vaccinazione e lo screening. Questo dato suggerisce una correlazione positiva tra la vaccinazione e la partecipazione allo screening coloretale. Questa correlazione suggerisce che chi si vaccina ha una maggior consapevolezza verso la salute e tende a partecipare più attivamente allo screening coloretale.

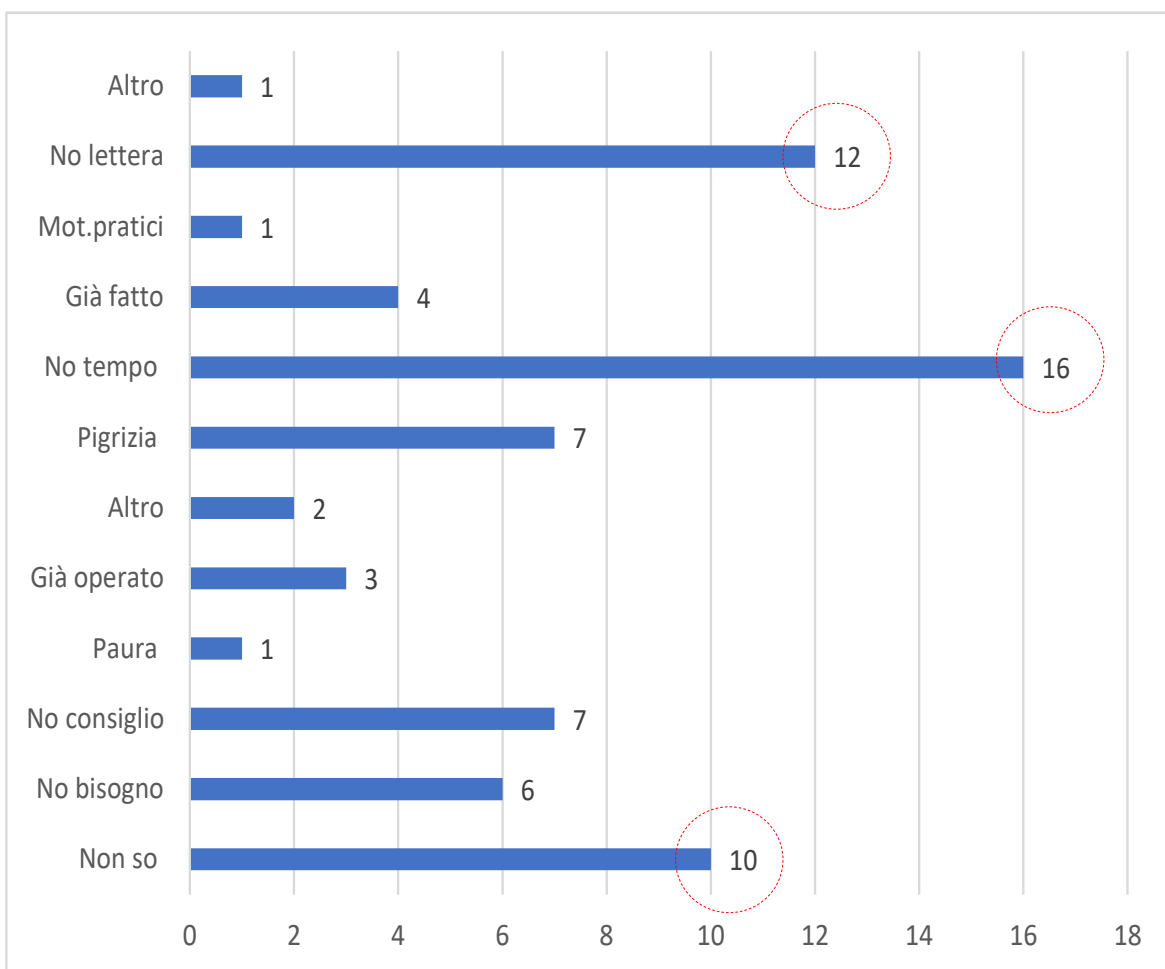


Grafico 12: Distribuzione per valori assoluti dei motivi della mancata partecipazione allo screening coloretale.

Come mostra grafico 12, uno dei principali motivi di mancata adesione allo screening coloretale, segnalato dal campione esaminato, è la mancanza di tempo, indicata da 16 utenti. Altri 12 individui affermano di non aver ricevuto la lettera di invito da parte dell’Azienda. Inoltre, 10 persone hanno dichiarato di non essere in grado di fornire una motivazione specifica per la mancata partecipazione allo screening. Altre risposte inerenti alla mancata partecipazione sono: 7 non ho bisogno, 7 nessun operatore sanitario ha consigliato lo screening, 7 per pigrizia, 4 già fatto, 3 operato, 2 altro, 1 paura. Le risposte elencate evidenziano una varietà di fattori che ostacolano la partecipazione, tra cui la paura legata alla procedura stessa, come indicata da un intervistato. Questi dati, affermano che i motivi della mancata adesione allo screening, sono molto diversificati.

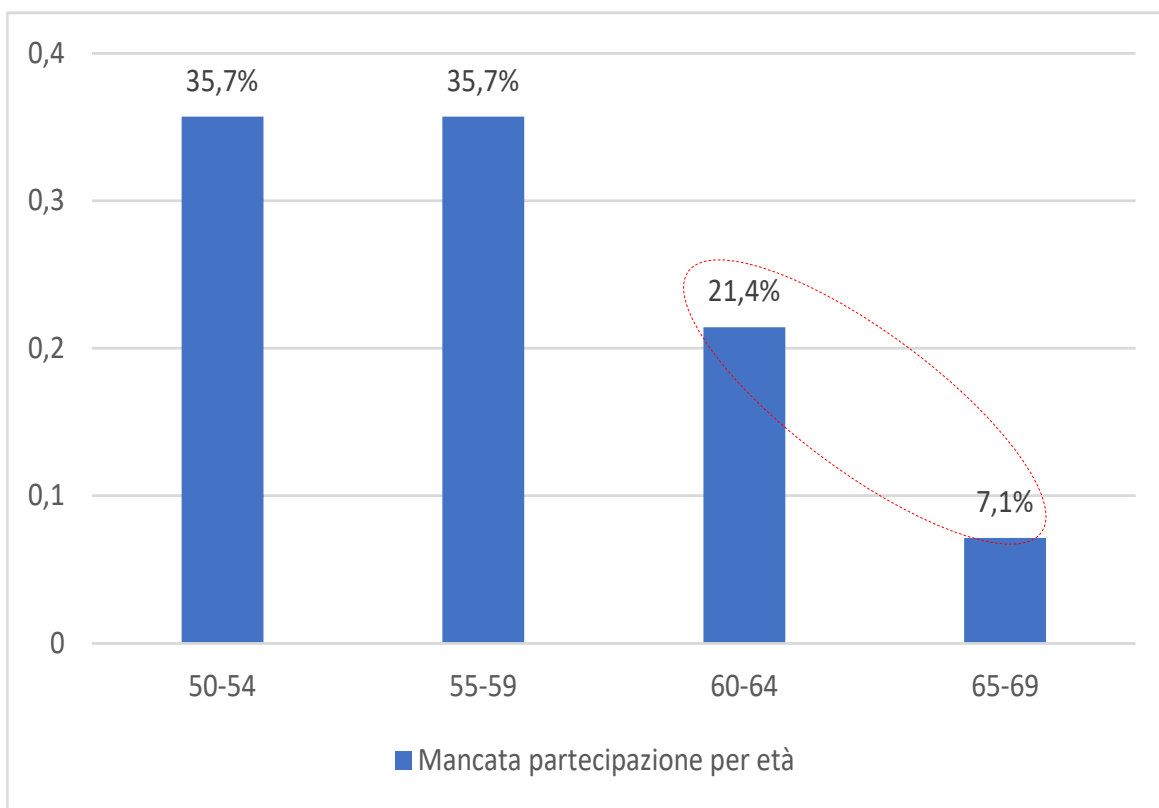


Grafico 13: Distribuzione percentuale della mancata partecipazione allo screening per età.

Il grafico 13 mostra come la partecipazione allo screening coloretale tenda a diminuire tra i gruppi di età più giovani. Nella fascia d'età tra i 50 e i 54 anni, il 35,7% degli individui non ha aderito allo screening. Questa stessa percentuale si nota anche nella fascia dei 55-59 anni, dove il 35,7% non ha partecipato. Tuttavia, man mano che aumenta l'età, la situazione migliora. Tra le persone dai 60-64 anni, solo il 21,4% non ha partecipato allo screening. Infine, tra coloro che hanno più di 65 anni, la partecipazione aumenta ulteriormente, con solo il 7,1% che non ha aderito. Questi dati indicano che la partecipazione tende a migliorare con l'età. Questi risultati suggeriscono che le persone più giovani, probabilmente a causa di impegni lavorativi, sono meno propense a partecipare allo screening, rispetto a chi è più vicino all'età pensionabile.

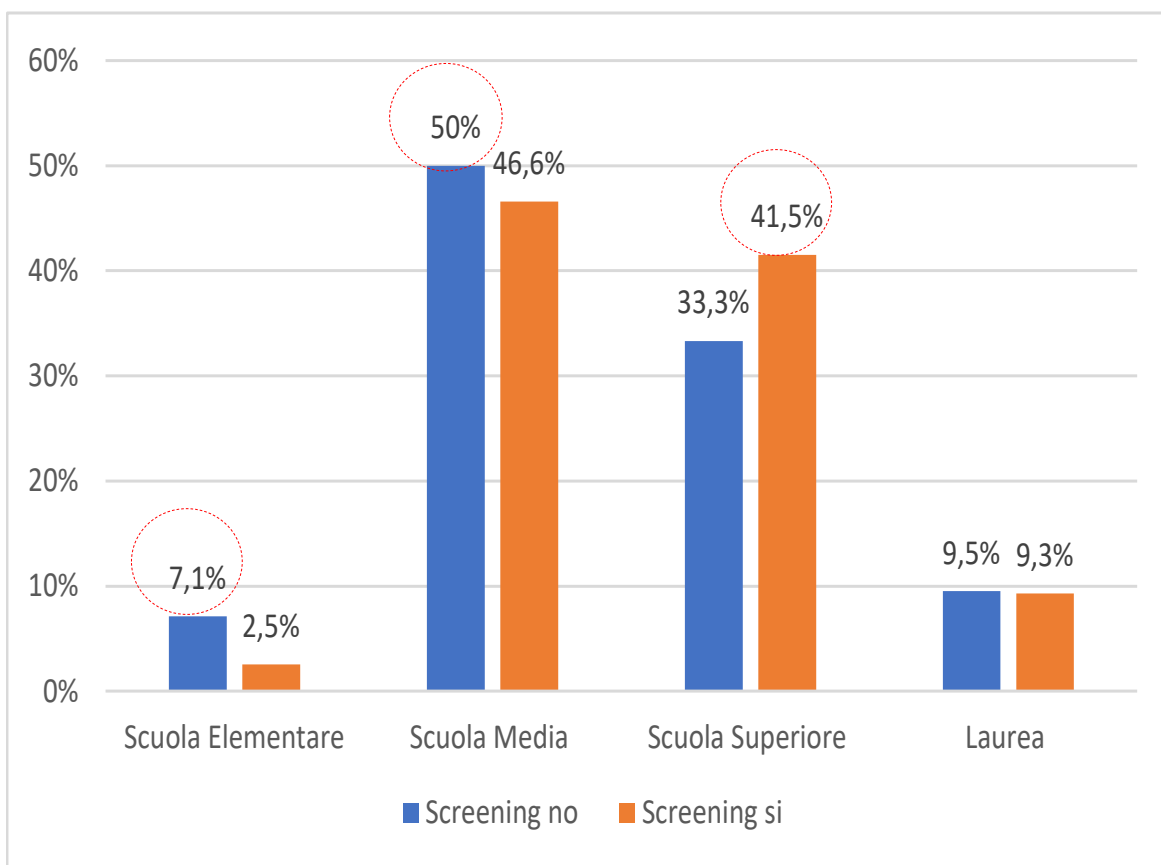


Grafico 14: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per titolo di studio.

Il grafico 14 mostra una chiara relazione tra il livello dell'istruzione e l'adesione allo screening coloretale. Si osserva che la partecipazione è maggiore tra coloro che possiedono il diploma di scuola superiore. Il 41,53% con questo titolo di studio ha aderito allo screening, superando di quasi 8% il gruppo dei non partecipanti, che si attesta al 33,33%. Un altro dato rilevante riguarda coloro che hanno titoli di studi inferiori, come la scuola elementare e media. Tra i soggetti che hanno terminato la scuola elementare il 7,14% non ha aderito allo screening, una percentuale significativamente superiore rispetto al 2,54% di chi ha partecipato. Un andamento simile si nota anche tra chi ha conseguito la licenza media, dove il tasso di non adesione è del 50% contro il 46,61% di chi ha aderito. Questi dati mostrano una chiara correlazione tra livello di istruzione e partecipazione allo screening. Chi ha un livello di istruzione basso, tende meno a partecipare.

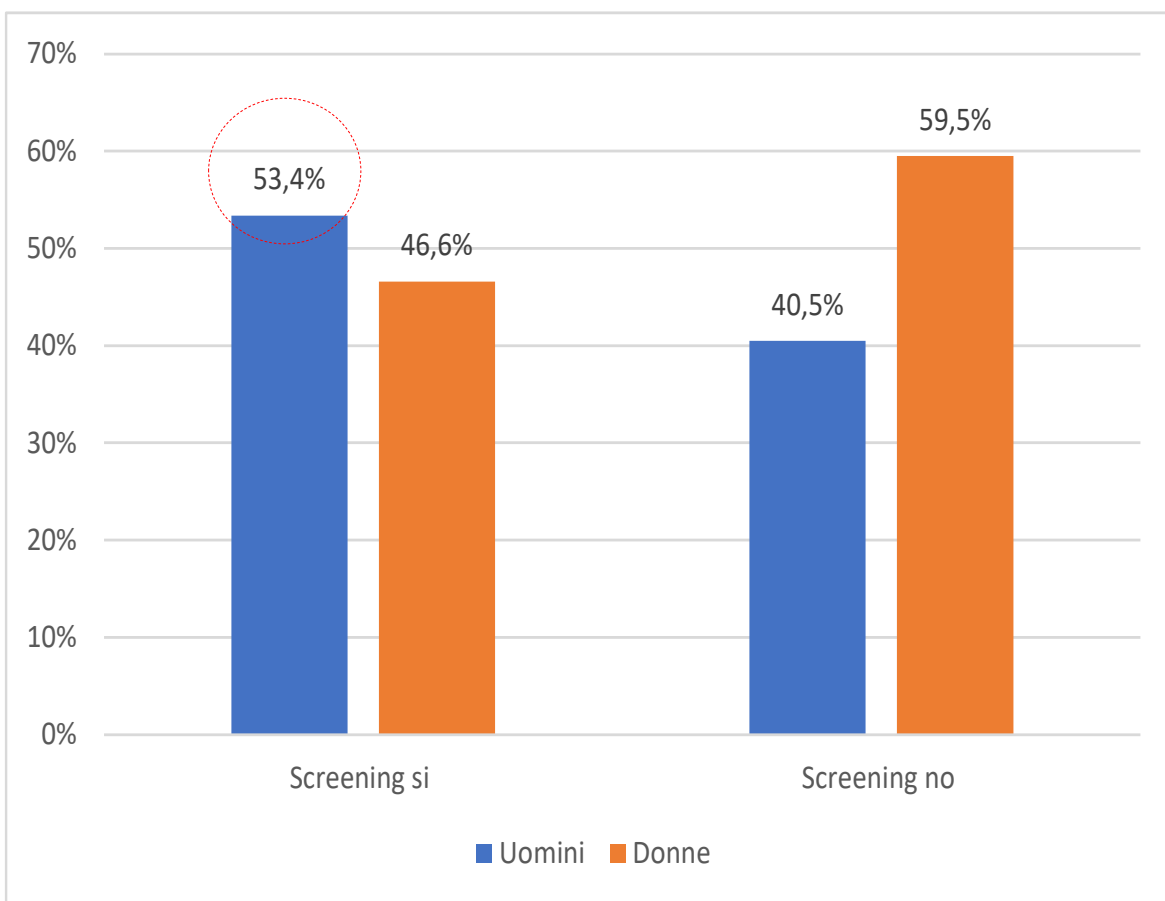


Grafico 15: Distribuzione percentuale della partecipazione allo screening coloretale per genere.

Come si può osservare dal grafico 15, la partecipazione allo screening coloretale è significativamente più alta tra gli uomini, con un tasso di adesione pari al 53,4%. Al contrario, le donne mostrano una minore partecipazione, con un tasso di adesione del 46,6%. Questo porta a una discrepanza di quasi il 7% tra i due sessi, evidenziando una maggiore predisposizione degli uomini a partecipare allo screening rispetto alle donne. Un aspetto preoccupante emerge analizzando coloro che non hanno aderito allo screening: gli uomini rappresentano il 40,5% delle non adesioni, mentre le donne costituiscono il 59,5%. Questi dati indicano che una percentuale più alta di donne decide di non partecipare, il che potrebbe derivare da vari fattori, come differenze nelle percezioni riguardo all'importanza dello screening, la disponibilità di tempo o altre priorità personali.

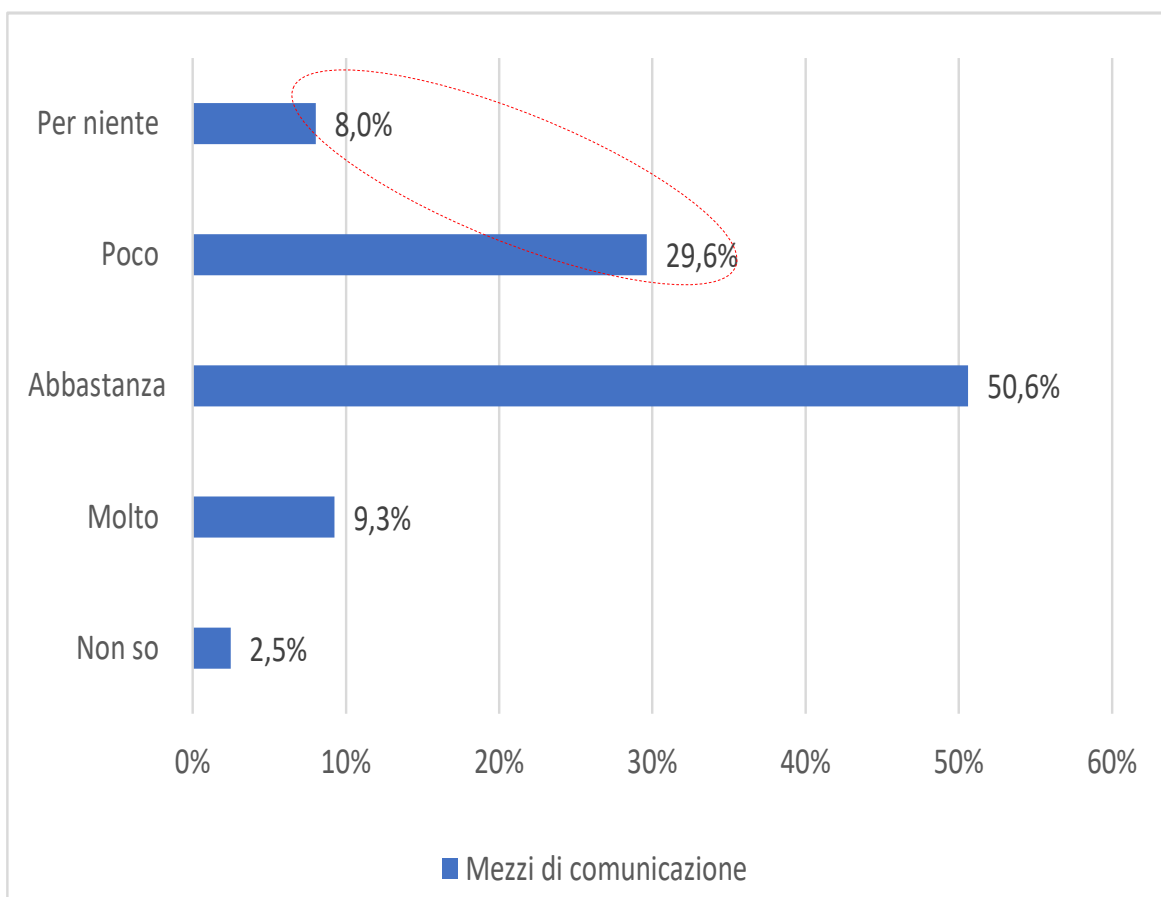


Grafico 16: Distribuzione percentuale sull'attendibilità delle informazioni disponibili nei mezzi di comunicazione.

Il grafico 16 evidenzia la percezione dell'attendibilità delle informazioni sui rischi per la salute fornite dai mezzi di comunicazione. Il 50,6% degli intervistati ritiene che tali informazioni siano "abbastanza attendibili", mentre una parte significativa pari al 29,6%, le considera "poco attendibili" e l'8% per niente attendibili. Solo il 9,3% afferma che le informazioni sono molto attendibili. Una piccola percentuale di persone non ha saputo dare una risposta in merito. In base a questi dati, emerge che oltre il 37% del campione intervistato non considera attendibili le informazioni provenienti dai media. Questo rivela una notevole sfiducia nelle fonti di comunicazione riguardanti la salute. La mancanza di fiducia può influenzare le decisioni delle persone riguardo alla loro salute, portandole a ignorare consigli e informazioni utili.

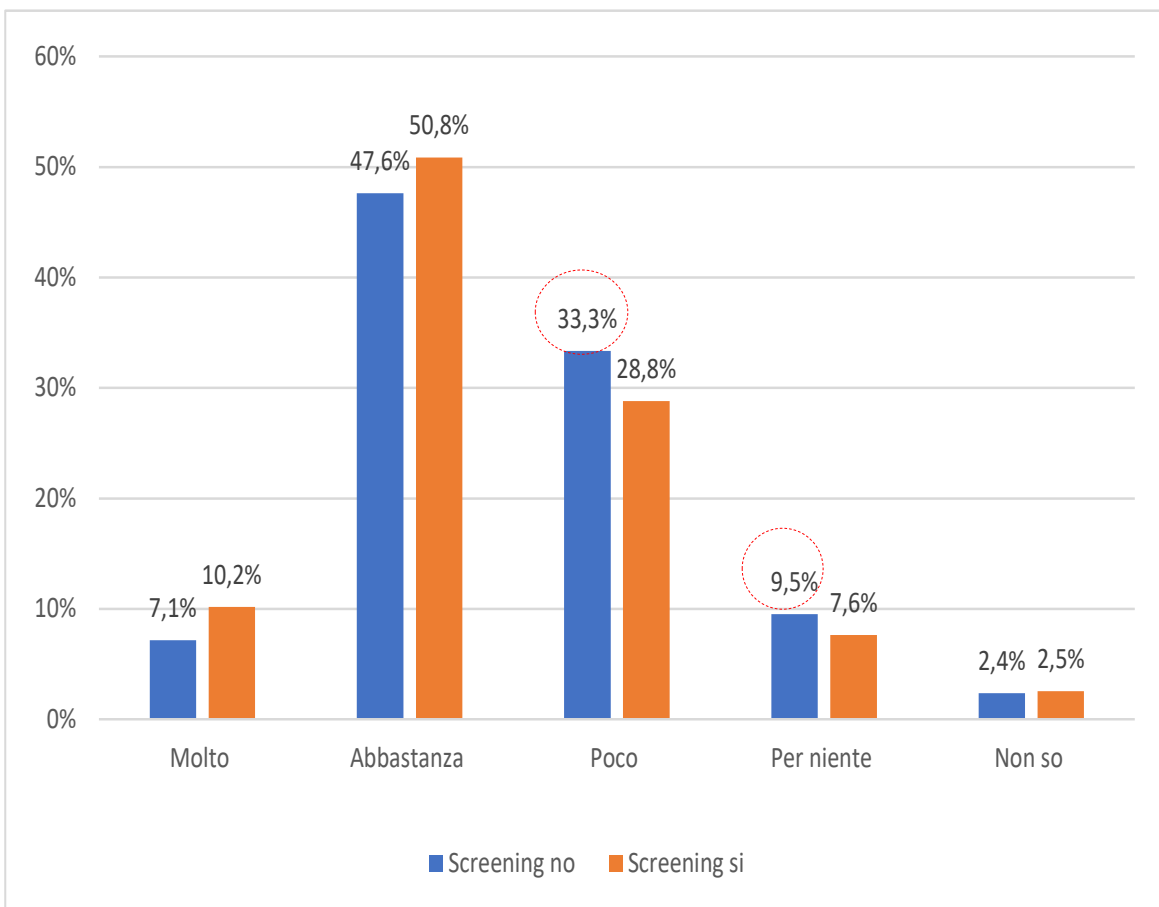


Grafico 17: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening sull'attendibilità delle informazioni sulla salute riferite dai media.

Dal grafico 17 emerge che tra coloro che non hanno aderito allo screening, solo il 7,1% considera le informazioni diffuse dai media ‘ molto attendibili’ mentre il 47,6% le ritiene ‘abbastanza attendibili’. Tuttavia, il dato preoccupante è che il 33,3% dei non partecipanti valuta le informazioni riferite dai media sui temi inerenti alla salute ‘poco attendibili’ e il 9,5% degli stessi per niente attendibili. Un dato interessante è che anche il 28,8% dei partecipanti valuta le informazioni sui temi di salute poco attendibili. Solo il 50,8% di coloro che hanno aderito allo screening valuta le medesime informazioni abbastanza attendibili. Questi risultati indicano una scarsa fiducia nei mezzi di comunicazione da una parte significativa del campione, un fattore che potrebbe influenzare negativamente l'adesione ai programmi di screening.

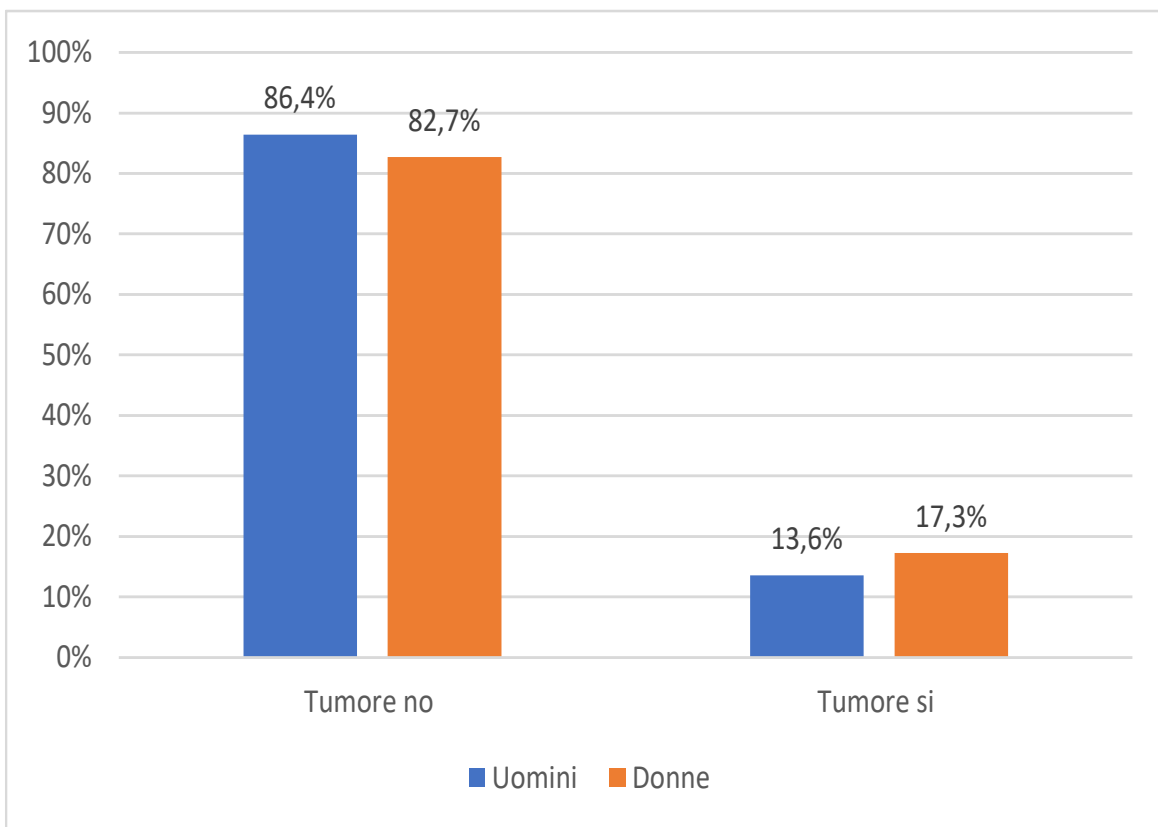


Grafico 18: Distribuzione percentuale di chi ha effettuato lo screening per tumore e genere.

Il grafico 18 mostra che il 17,3% delle donne che hanno partecipato allo screening coloretale ha dichiarato di avere una neoplasia in corso. Questo dato mostra una prevalenza maggiore rispetto agli uomini, che presenta una percentuale del 13,6% per la presenza di neoplasie. La differenza di quasi 4% evidenzia un maggior riscontro di tumori nelle donne, rispetto agli uomini, tra coloro che ha partecipato allo screening coloretale. Questa evidenza sottolinea l'importanza di monitorare la salute delle donne, poiché possono essere più suscettibili a diversi tipi di tumori, come quelli al seno e alla cervice uterina. È cruciale che i programmi di screening non si concentrino solo sulla ricerca del sangue occulto nelle feci, ma includano anche altre forme di screening, come mammografie, HPV test e pap test. Incoraggiare la partecipazione a questi screening è essenziale per garantire una salute migliore e una maggiore consapevolezza sui rischi legati ai tumori.

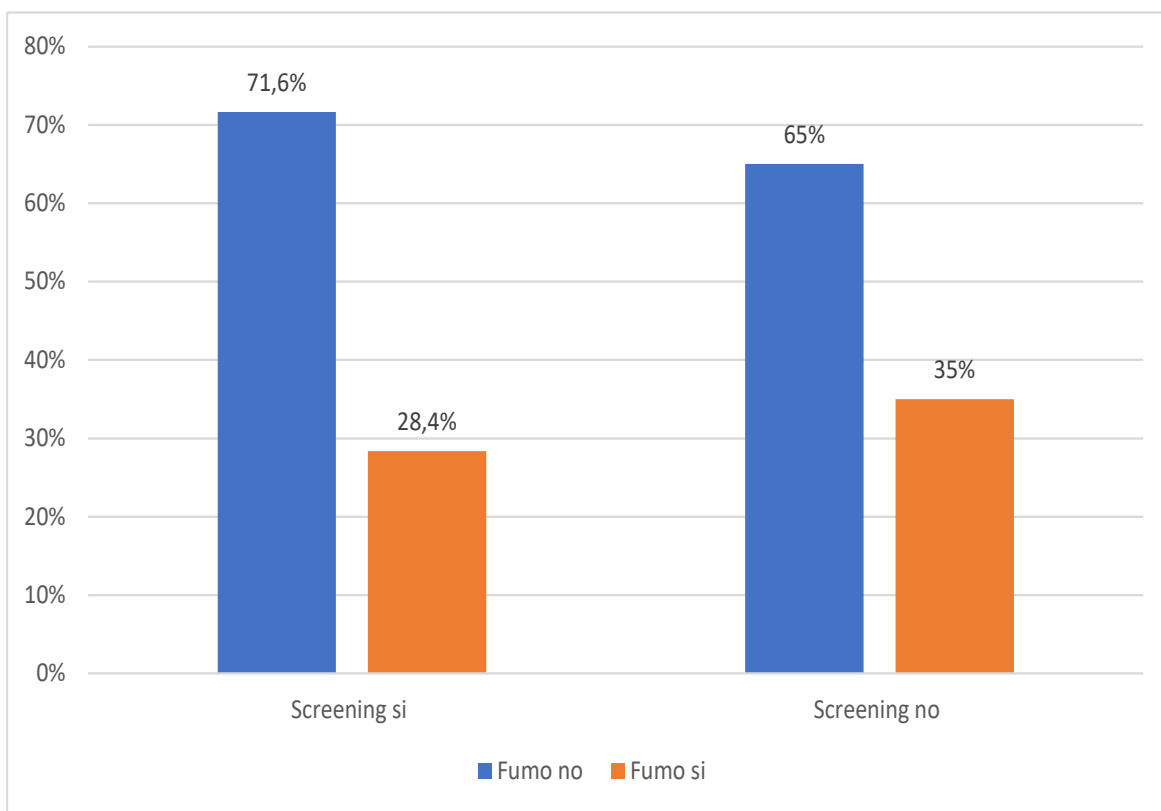


Grafico 19: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per fumo.

Come evidenziato dal grafico 19, il 35% di coloro che non hanno aderito allo screening coloretale sono fumatori rispetto al 28,4% di coloro che hanno partecipato. Questo dato indica una maggior sensibilità verso la salute tra chi ha aderito allo screening, in particolare riguardo la prevenzione contro il fumo. Si nota una differenza di oltre 7% in più di fumatori tra chi non partecipa. In entrambi i gruppi il consumo di tabacco rimane comunque un comportamento diffuso, sottolineando l'importanza dell'educazione sanitaria e della lotta contro il fumo, poiché il fumo rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasie, incluso il tumore del colon. È fondamentale notare che la relazione tra fumo e partecipazione allo screening suggerisce una connessione tra comportamenti di salute e atteggiamenti verso la prevenzione.

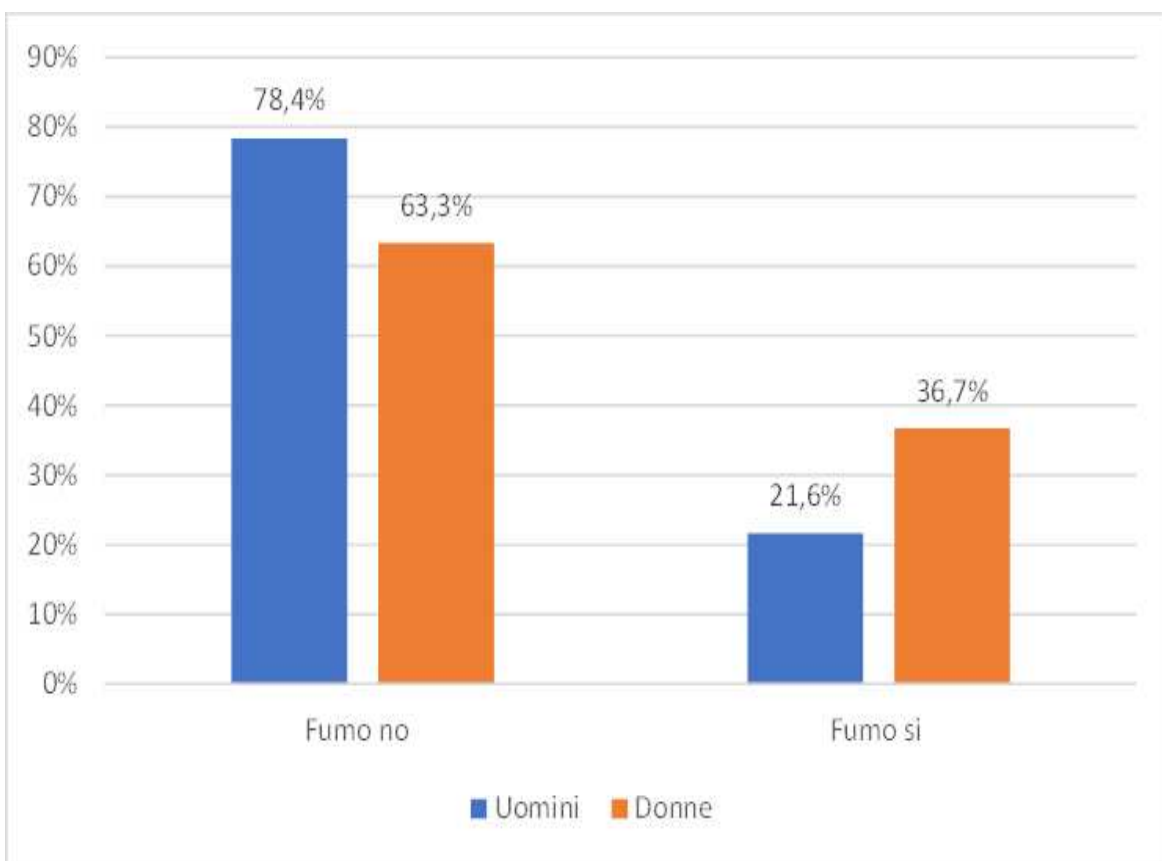


Grafico 20: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale per fumo e genere.

Il grafico 20 evidenzia che tra i partecipanti allo screening coloretale, il 21% degli uomini e il 36,7% delle donne sono fumatori. Il restante 78,4% degli uomini e il 63,3% delle donne affermano di non fumare. Questi dati mostrano che una percentuale significativamente maggiore di donne, superiore di oltre il 15%, rispetto agli uomini fuma. Questo dato è particolarmente preoccupante, considerando che il fumo di sigaretta rappresenta un fattore di rischio rilevante per lo sviluppo di molte neoplasie, incluso il tumore del colon. Purtroppo, il fumo continua ad essere uno dei vizi più comuni riscontrati nel campione esaminato. Questo evidenzia la necessità di campagne di sensibilizzazione mirate, in particolare per le donne, per affrontare i rischi legati al fumo. È fondamentale fornire informazioni chiare sui danni che il fumo può causare non solo alla salute in generale, ma anche in relazione a specifiche patologie, come il tumore del colon-retto.

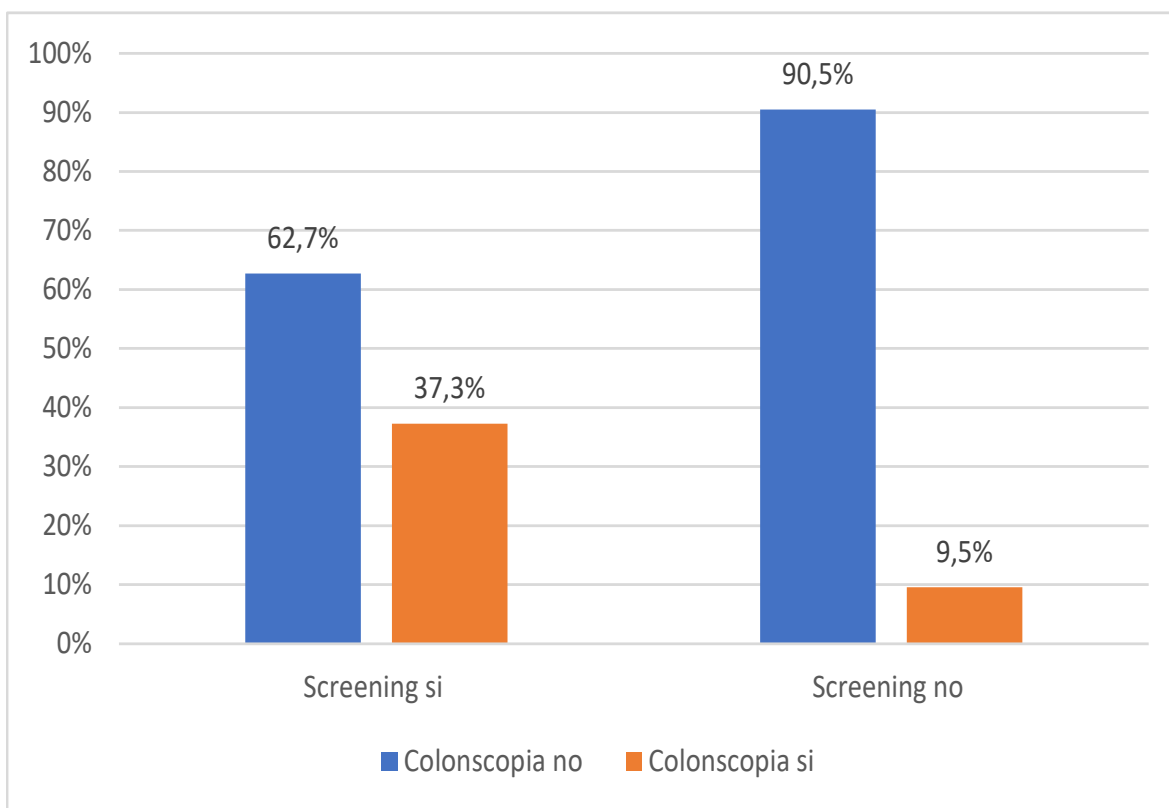


Grafico 21: Distribuzione percentuale di chi ha effettuato la ricerca del sangue occulto e colonscopia.

Il grafico 21 evidenzia una significativa differenza tra coloro che hanno aderito alla ricerca del sangue occulto. Infatti, il 37,3% del campione aderente, ha successivamente effettuato anche una colonscopia. Questo potrebbe indicare che coloro che hanno scelto di sottoporsi a questo esame sono stati spinti da esiti positivi o da dubbi emersi della ricerca del sangue occulto, mostrando una maggior motivazione per approfondire la propria salute. Al contrario, il 9,5% di coloro che non hanno partecipato allo screening ha deciso di effettuare direttamente la colonscopia, saltando quindi il primo passaggio del test (SOF). Questa scelta potrebbe riflettere una mancanza di sensibilizzazione riguardo all'importanza dello screening coloretale di primo livello, o una percezione d'urgenza che spinge a evitare i passaggi preliminari. È possibile che le persone del campione esaminato abbiano già dei sintomi preoccupanti o una storia familiare di neoplasie che le ha portate a voler effettuare direttamente la colonscopia. Questi dati suggeriscono che il percorso di screening può influenzare le scelte future in merito alla salute.

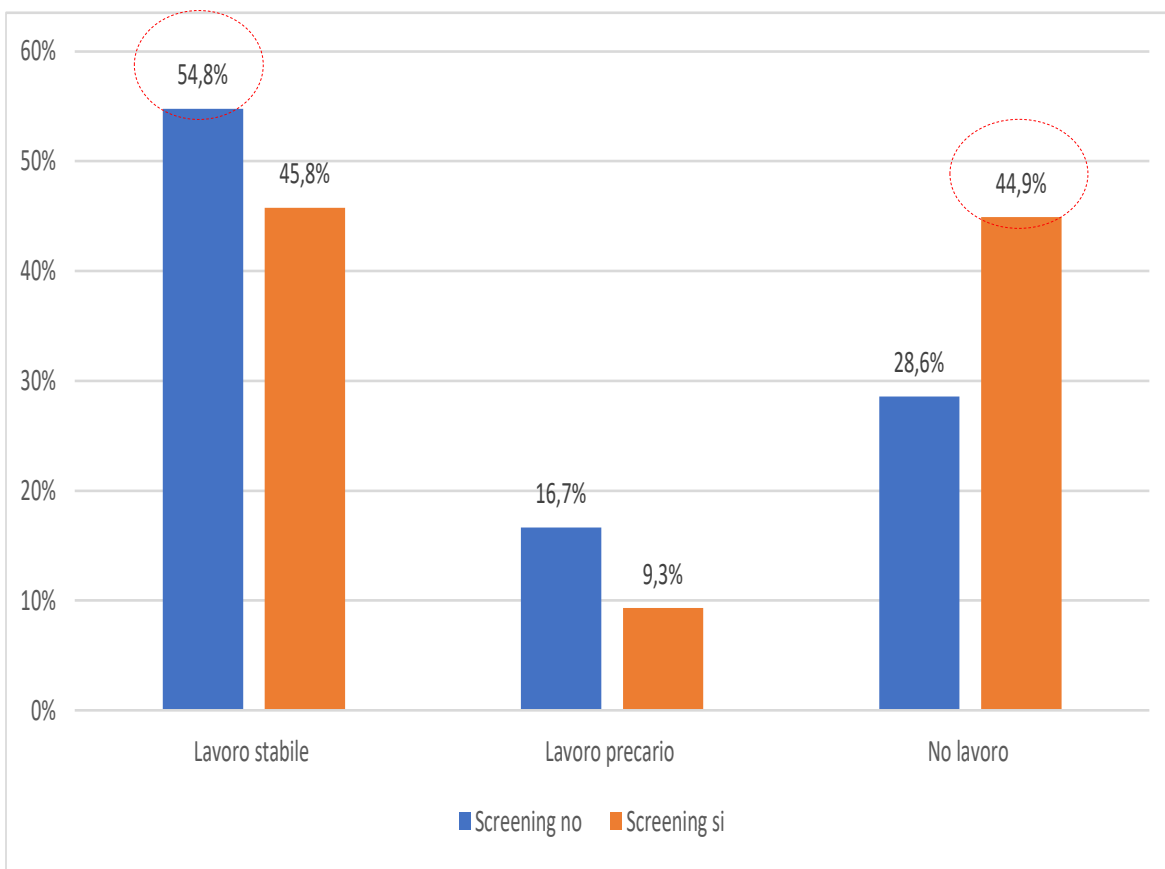


Grafico 22: Distribuzione percentuale della partecipazione allo screening per stato occupazionale.

Il grafico 22 evidenzia le categorie di lavoratori in relazione alla partecipazione allo screening coloretale di primo livello. Si osserva che la maggior parte delle persone che non ha aderito allo screening appartiene alle categorie di chi ha un lavoro stabile o precario. Infatti, il 54,8% del campione con un lavoro stabile e il 16,7% di chi lavora saltuariamente non ha partecipato. D'altra parte, tra i non lavoratori, i partecipanti allo screening superano i non partecipanti di ben 16,3%. Questi dati mostrano come la partecipazione sia minore tra i lavoratori, con una tendenza inversa per i non lavoratori, che mostrano un'adesione maggiore (44,9%) rispetto alle altre categorie. Questi dati suggeriscono che la maggior parte di coloro che hanno aderito sono alla fine della carriera lavorativa o in prepensionamento. Questa situazione potrebbe riflettere un maggiore interesse per la salute tra coloro che si avvicinano all'età alla pensione, spinti dalla consapevolezza dei rischi associati all'età. È fondamentale sviluppare strategie di sensibilizzazione e supporto per i lavoratori, promuovendo l'importanza dello screening coloretale.

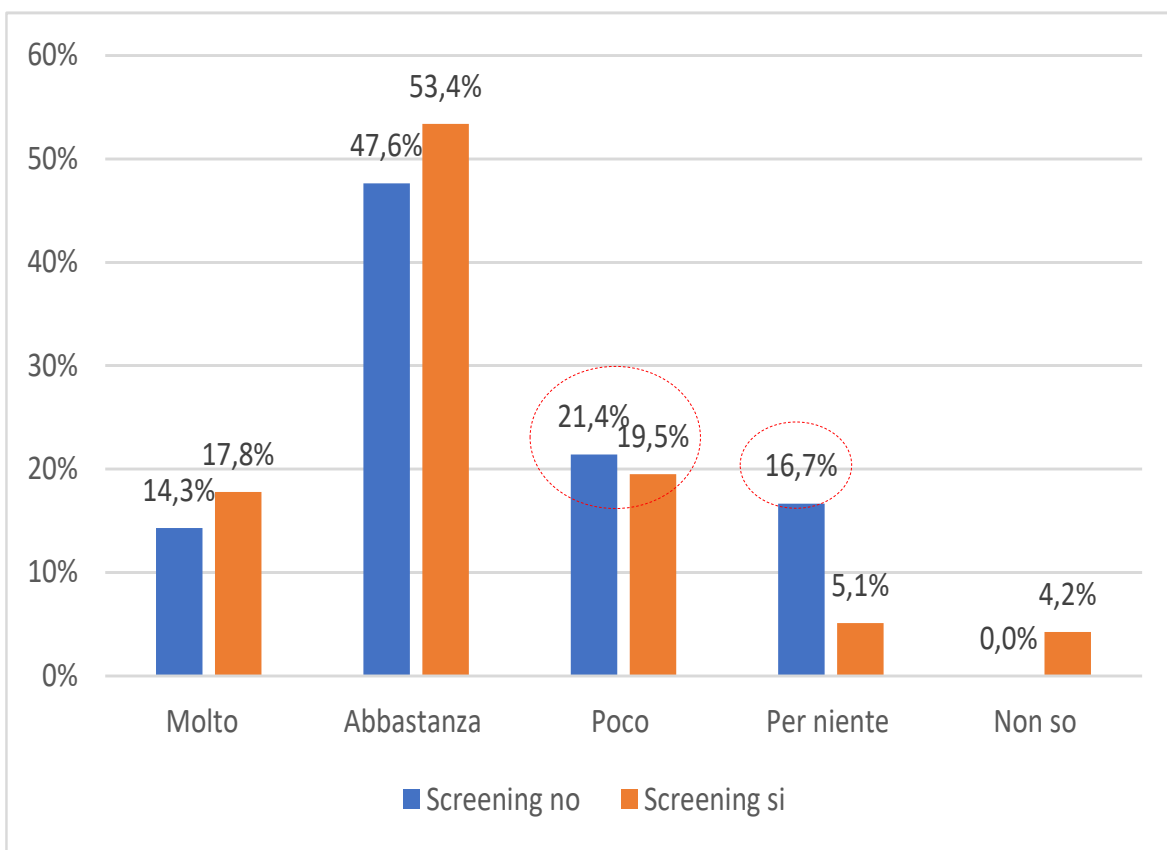


Grafico 23: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening in riferimento ai mezzi di comunicazione e comprensione delle informazioni sulla salute.

Il grafico 23 mostra il livello di comprensione delle informazioni fornite dai mezzi di comunicazione sui temi della salute. Dal grafico emerge che il 47,6% dei non partecipanti, e il 53,4% dei partecipanti afferma di comprendere “abbastanza” le informazioni riguardanti il miglioramento della salute. Tuttavia, risaltano dati significativi dal campione non partecipante: il 21,4 % e il 16,7% dichiara di avere una scarsa comprensione delle informazioni sui modi per migliorare la propria salute. Questi dati evidenziano una barriera comunicativa che potrebbe ostacolare la loro adesione ai programmi di screening. La scarsa comprensione può portare a fraintendimenti sui benefici dello screening e sulla sua importanza nella prevenzione. È fondamentale migliorare la chiarezza e l'accessibilità delle comunicazioni, utilizzando linguaggio semplice e canali appropriati per il *target*. Inoltre, strategie di educazione personalizzate, come incontri di gruppo o sessioni informative, potrebbero aiutare a superare queste barriere.

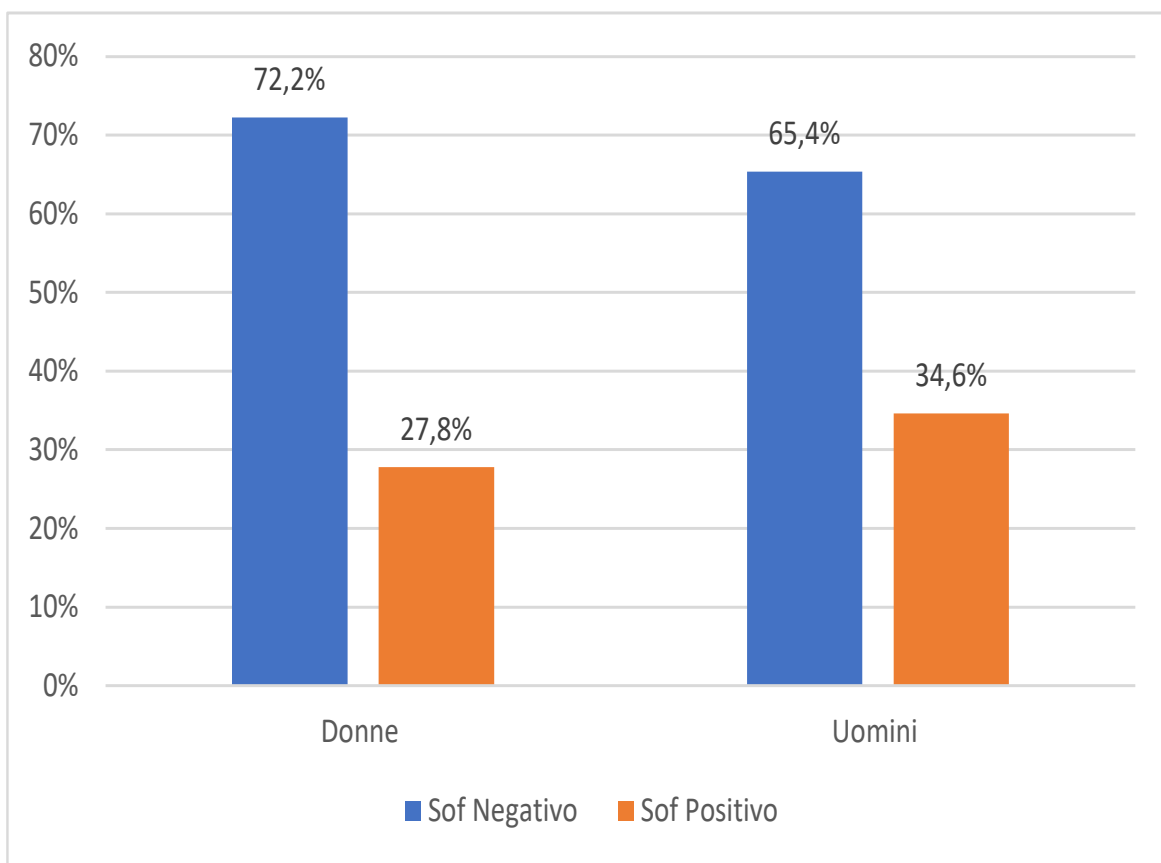


Grafico 24: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per Sof positivo e genere.

Dal grafico 24 si può osservare coloro che hanno aderito allo screening coloretale. Gli uomini hanno mostrato una percentuale di positività al test del 34,6%, evidenziano un incremento di quasi il 7% rispetto alle donne che hanno registrato una positività del 27,8%. Questi dati evidenziano una maggior predisposizione degli uomini a sviluppare patologie del colon rispetto alle donne. Tuttavia, un aspetto determinante rimane l'efficacia dei test, che hanno identificato un numero significativo di casi positivi, contribuendo così ad una possibile diagnosi precoce e al sospetto di neoplasie del colon. Questo scenario sottolinea l'importanza di strategie di screening specifiche per genere, considerando le differenze biologiche e comportamentali che possono influenzare il rischio di sviluppare malattie. È cruciale di sensibilizzare entrambe le fasce di popolazione sull'importanza dei test di screening, incoraggiando gli uomini a partecipare attivamente.

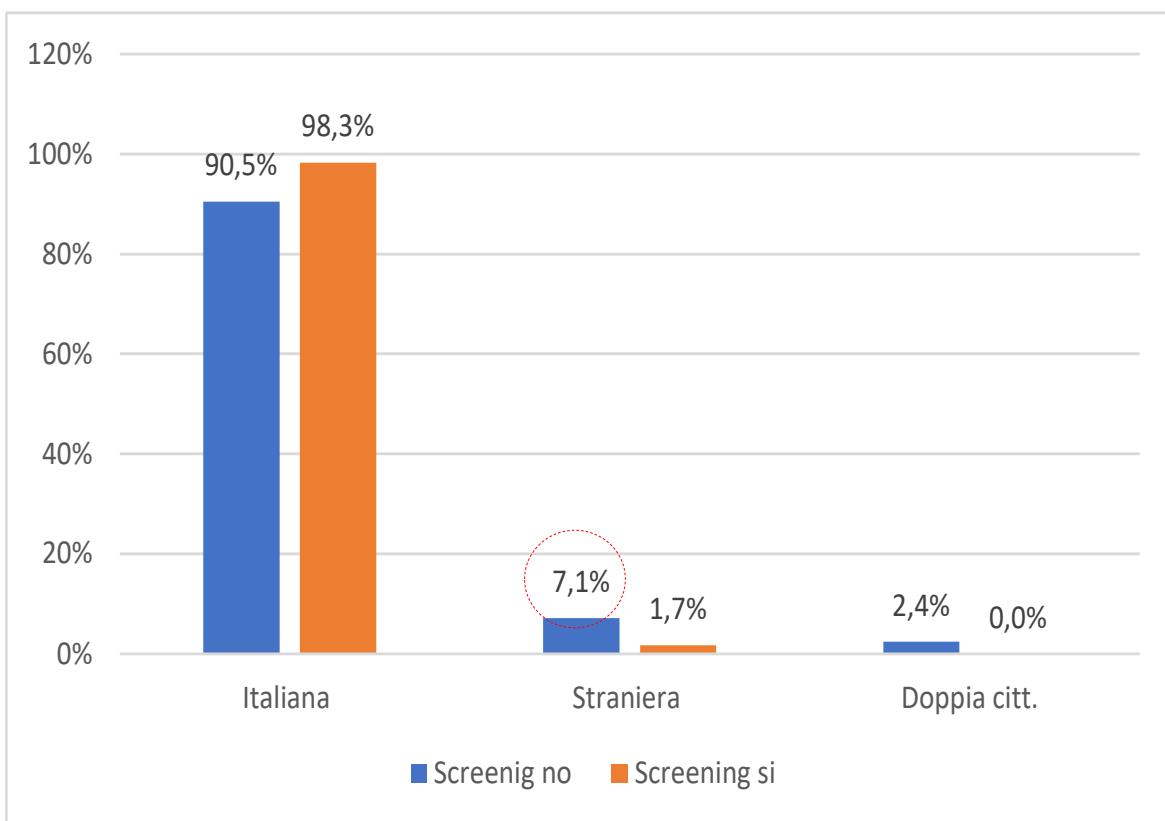


Grafico 25: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per cittadinanza.

Il grafico 25 evidenzia che il 98,3% degli utenti che hanno partecipato allo screening coloretale è costituito da cittadini italiani, mentre solo l'1,7% è rappresentato da stranieri, che hanno aderito in misura ridotta. Questi dati mettono in luce una scarsa partecipazione della comunità straniera, con oltre il 5% che non ha aderito al programma. Inoltre, è stato rilevato che il 2,4% del campione è composto da persone con la doppia cittadinanza, nessuna delle quali ha partecipato allo screening. Questo dimostra una differenza significativa di adesione rispetto ai cittadini italiani. Tale disomogeneità potrebbe indicare la necessità di strategie di sensibilizzazione mirate, per affrontare le barriere culturali e linguistiche che potrebbero ostacolare l'accesso ai servizi di screening. È fondamentale coinvolgere attivamente le comunità straniere per migliorare la loro partecipazione a iniziative di prevenzione e promozione della salute.

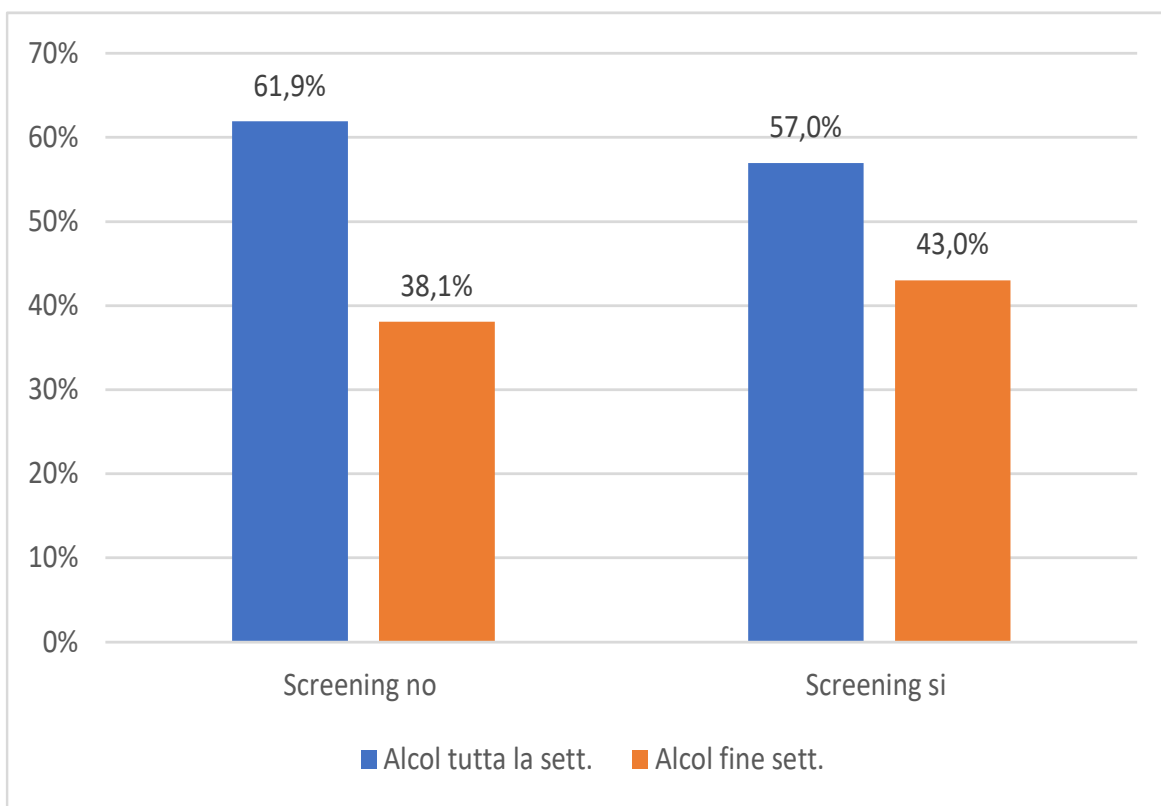


Grafico 26: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per consumo di alcol.

Il grafico 26 evidenzia la frequenza di consumo di alcol tra coloro che hanno partecipato o meno allo screening coloretale. È evidente che la maggioranza degli intervistati, indipendentemente dell'adesione allo screening, dichiara di consumare alcol durante tutta la settimana. Tra i non partecipanti, il 61,9% ha affermato di bere alcol "tutta la settimana" un dato superiore del 5% rispetto ai partecipanti che si attestano al 57%. Al contrario, chi dichiara di bere alcol solo nei "fine settimana" tende a partecipare maggiormente allo screening, con il 43% di adesioni rispetto al 38,1% dei non partecipanti. Questi risultati suggeriscono una correlazione alle abitudini di consumo di alcol e la propensione a partecipare a screening preventivi. È possibile che il consumo eccessivo di alcol possa influenzare negativamente la consapevolezza e la motivazione verso la salute. Promuovere campagne di sensibilizzazione sui rischi legati al consumo di alcol potrebbe, quindi, contribuire a migliorare i tassi di adesione allo screening coloretale, incentivando un comportamento più responsabile e proattivo nella gestione della propria salute.

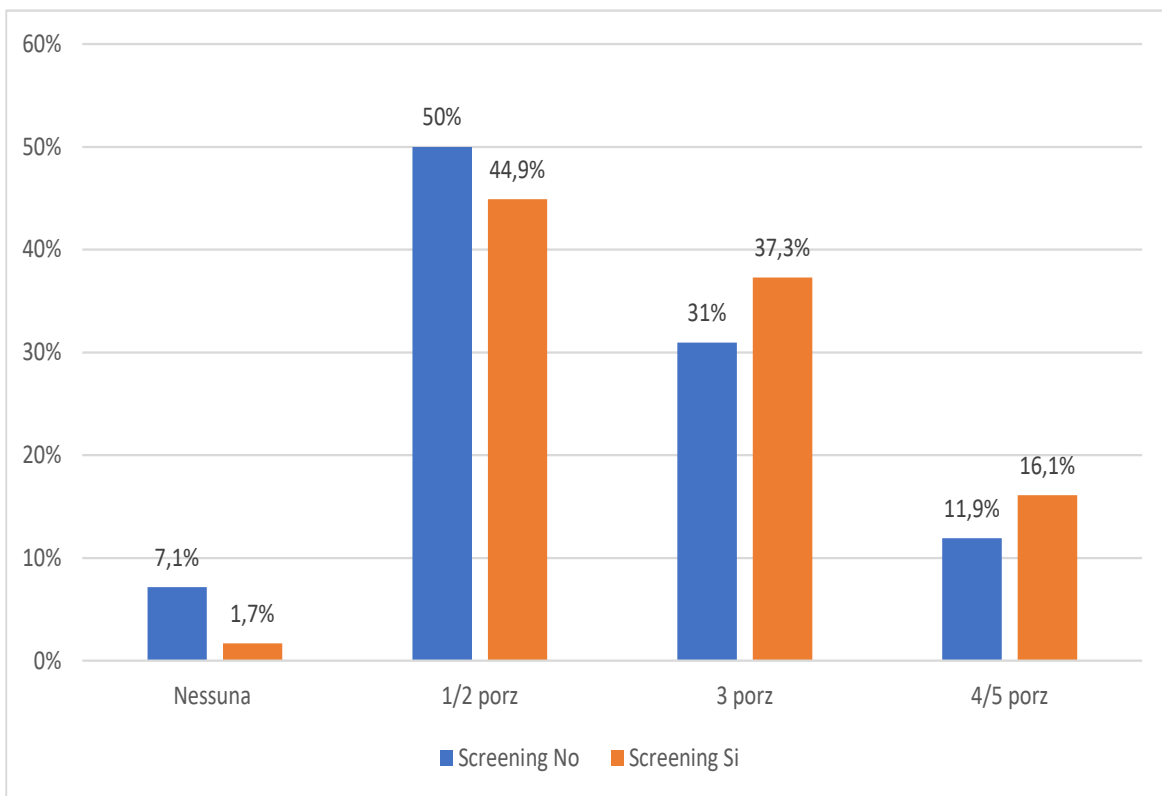


Grafico 27: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per consumo di frutta/verdura.

Dal grafico 27 si evince che chi consuma regolarmente 3 o più porzioni di frutta e verdura al giorno tende a partecipare maggiormente allo screening coloretale rispetto a chi consuma meno, come 1 o 2 porzioni o nessuna. Coloro che seguono un'alimentazione più povera di frutta e verdura mostra una minor propensione a partecipare allo screening. Questi dati sottolineano come una maggior attenzione alla dieta, ricca di frutta e verdura, sia associata ad una più alta adesione ai programmi di prevenzione, poiché una corretta alimentazione è fondamentale per ridurre il rischio di sviluppare il tumore del colon. Questo legame evidenzia l'importanza di integrare l'educazione alimentare nelle campagne di sensibilizzazione per la salute. Incentivare il consumo di frutta e verdura non solo promuove un miglior stato di salute in generale, ma potrebbe anche incoraggiare comportamenti proattivi in materia di screening. Programmi che incoraggiano una dieta equilibrata, magari in sinergia con iniziative di screening, potrebbero rilevarsi efficaci nel migliorare le statistiche di adesione. La promozione di stili di vita sani, di conseguenza, si configura come una strategia chiave per la prevenzione e la salute pubblica.

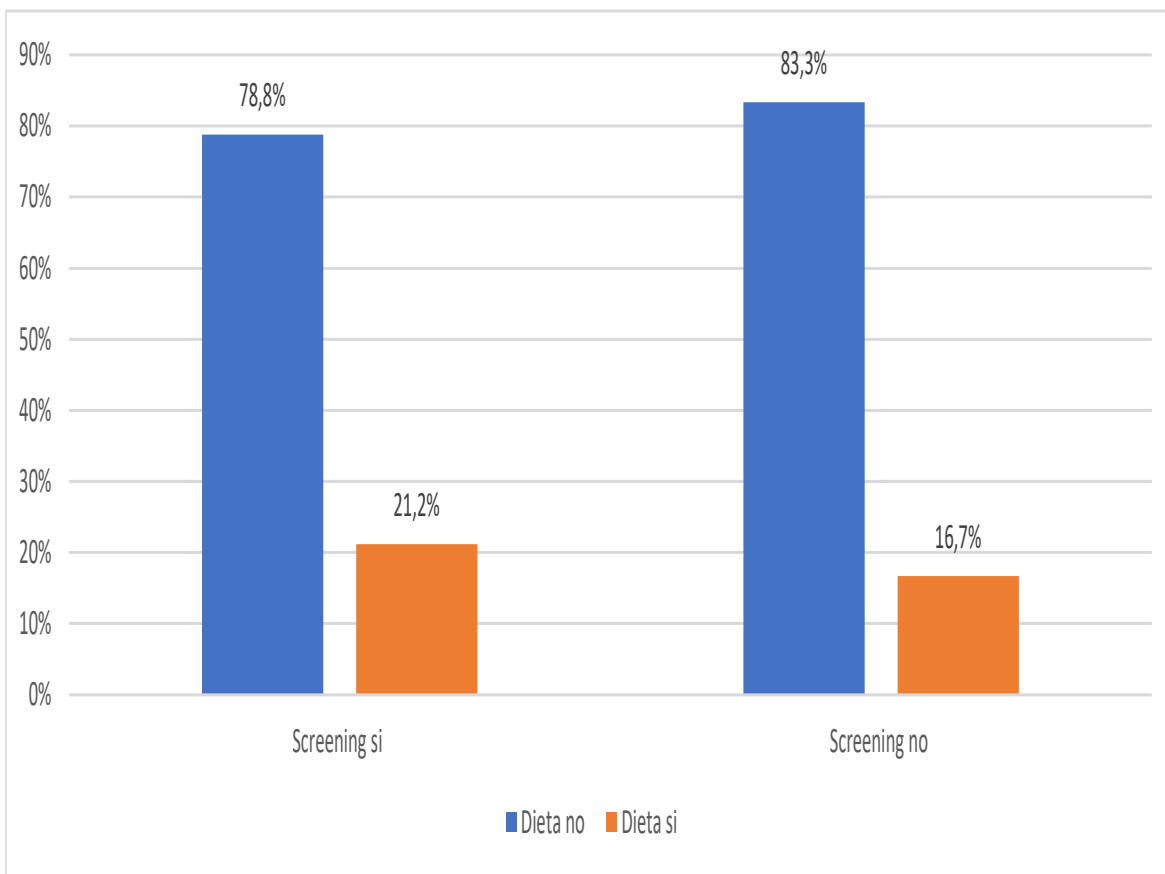


Grafico 28: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per dieta.

Il grafico 28 mette in evidenza che il 21,2% di coloro che hanno aderito allo screening seguono una dieta considerata abbastanza equilibrata, rispetto al solo 16,7% di coloro che non partecipano. Questo confronto sottolinea che chi partecipa allo screening tende a condurre uno stile alimentare più sano rispetto a chi non aderisce. Tale dato suggerisce che le persone con un'alimentazione equilibrata sono più sensibili alla propria salute e alla propria immagine, risultando quindi più inclini a partecipare a programmi di screening. Le evidenze scientifiche mostrano che nutrienti specifici, come le fibre, possono contribuire a una migliore salute intestinale e a una diminuzione dell'infiammazione, fattori cruciali nella prevenzione del cancro. Inoltre, le persone che seguono regimi alimentari sani tengono a informarsi maggiormente sui temi della salute, il che potrebbe tradursi in una maggiore partecipazione a programmi di screening.

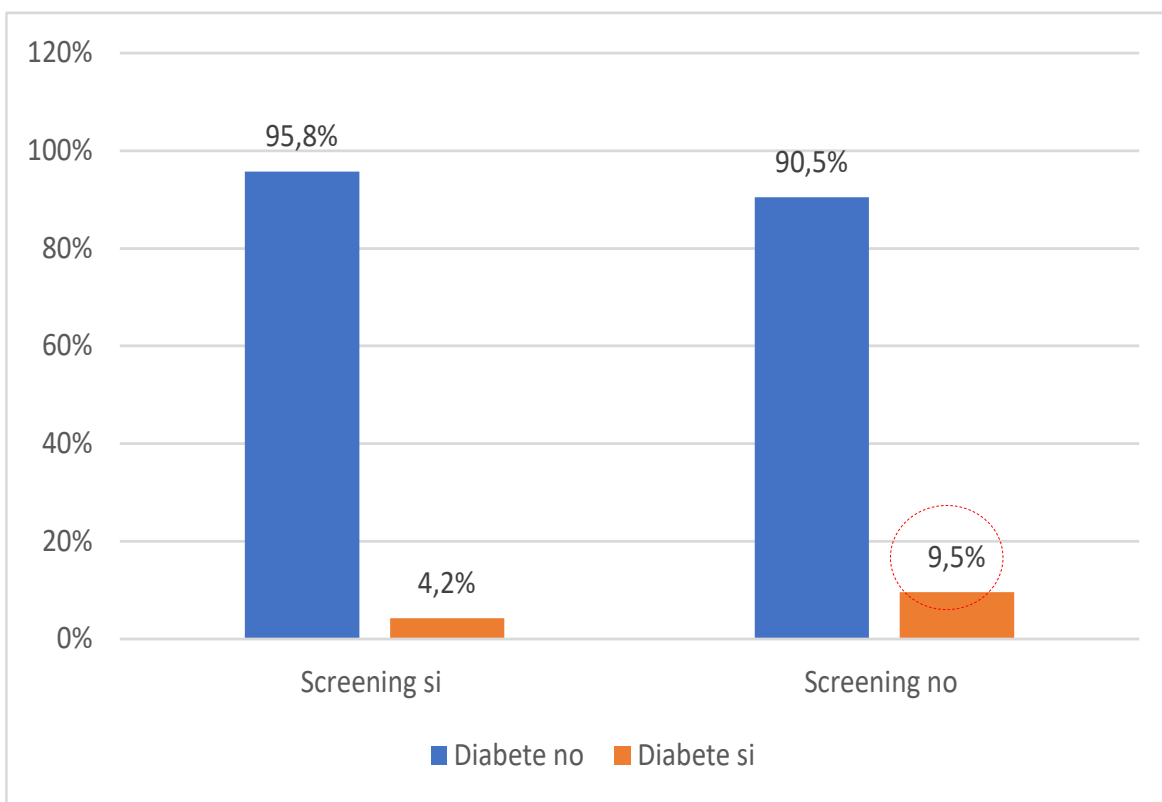


Grafico29: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per diabete.

Il grafico 29 rileva che il 4,2% del campione che ha aderito allo screening coloretale è composto da diabetici, mentre tra i non partecipanti questa percentuale sale al 9,5%. Questi dati indicano che le persone affette da diabete mellito tendono a partecipare meno ai programmi di screening. Questo potrebbe essere dovuto a una serie di fattori, tra cui la gestione delle comorbidità e la percezione del rischio. Le persone con il diabete possono già affrontare sfide significative legate alla loro condizione, il che potrebbe ridurre la loro attenzione verso la prevenzione di altre malattie. Inoltre, i diabetici seguono percorsi di cura complessi che possono farli sentire sopraffatti e meno motivati a partecipare a ulteriori controlli. È fondamentale, quindi, di sviluppare strategie specifiche per coinvolgere attivamente queste persone nei programmi di screening, evidenziando la prevenzione e la diagnosi precoce, nonché un legame tra malattie croniche e aumento del rischio di sviluppare altre patologie.

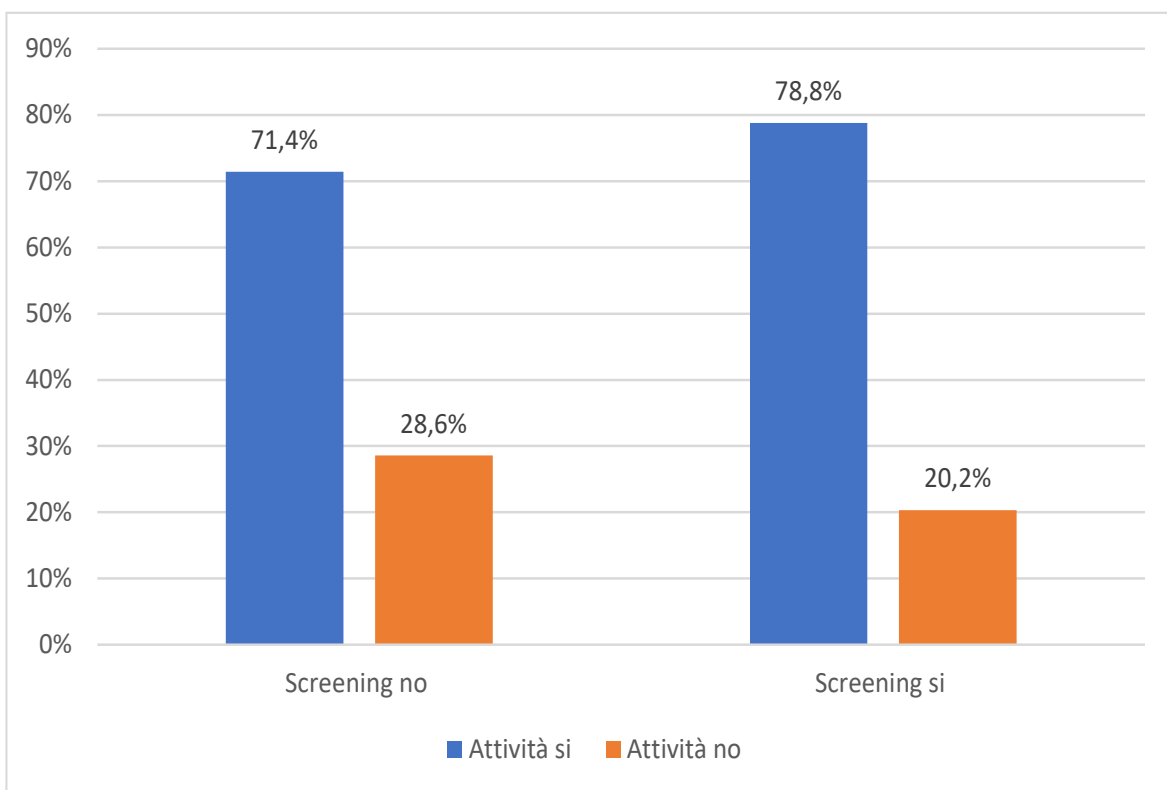


Grafico 30: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per attività fisica.

Come si nota dal grafico 30, il 78,8% di coloro che hanno aderito allo screening svolgono regolarmente attività fisica, a fronte del 71,4% tra coloro che non ha partecipato. Questi dati suggeriscono una correlazione positiva tra l'adozione di stili di vita attivi e la partecipazione ai programmi di screening, dimostrando che chi svolge attività fisica con costanza, tende ad essere maggiormente propenso a sottoporsi ai test preventivi. Questo evidenzia l'importanza dell'attività fisica non solo per il benessere generale, ma anche per la sensibilizzazione verso la prevenzione sanitaria. Le persone attive tendono a informarsi di più sui rischi e le opportunità di screening, sviluppando una mentalità attenta nei confronti della prevenzione. Inoltre, l'esercizio è associato a una riduzione dello stress e a un miglioramento dell'umore, fattori che possono influenzare positivamente la motivazione a partecipare a controlli medici. Pertanto, incoraggiare stili di vita attivi può rivelarsi una strategia efficace per aumentare l'adesione ai programmi di screening e migliorare la salute pubblica.

CAPITOLO 5 – PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

5.1 Analisi del problema

La prevenzione è una delle chiavi fondamentali per combattere il cancro, e lo screening per il tumore del colon-retto, rappresenta un passo cruciale per identificare la malattia in fase precoce, aumentando significativamente le possibilità di trattamento efficace e sopravvivenza. Tuttavia, nonostante l'importanza di questa pratica, le adesioni allo screening coloretale sono insoddisfacenti. Numerosi fattori contribuiscono alla bassa adesione allo screening per il tumore del colon-retto. Molti ritengono di non aver tempo per sottoporsi agli esami, considerandoli un impegno oneroso nella vita frenetica di tutti i giorni. Inoltre, la difficoltà di comprensione delle informazioni sanitarie, spesso complesse e poco chiare, rappresenta un ostacolo, soprattutto per chi ha un livello di istruzione basso. A questo si aggiunge una diffusa sfiducia verso le informazioni fornite dai media, percepite come inaffidabili. Infine, i professionisti sanitari, a causa di una mancanza di tempo, o di priorità, talvolta non consigliano attivamente lo screening alle persone, riducendo ulteriormente la propensione a partecipare.

5.2 Il progetto

Per affrontare queste sfide, il progetto Placca il Cancro mira a promuovere la consapevolezza e l'importanza dello screening coloretale, utilizzando la passione e l'influenza della squadra di rugby locale come strumento per coinvolgere la comunità. Attraverso iniziative educative e di sensibilizzazione, si mira a superare le barriere che ostacolano le adesioni e favorire una cultura della prevenzione.

5.3 Descrizione del progetto

Titolo	Placca il cancro
Referente coordinatore del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente sanitario del UOC Screening.
<i>Target finale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Persone di età compresa tra i 50 e i 70 - 74 anni, che rientrano nei programmi di screening colorettales.
<i>Target intermedio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenti sanitari • Infermieri • Medici di medicina generale • Educatori • Altri professionisti della salute
Obiettivo Generale	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare l'adesione allo screening colorettales di primo livello.
Tema di salute principale	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione sui benefici dello screening per il tumore del colon-retto e la sua capacità di individuare la malattia in fase precoce.
Temi secondari	<ul style="list-style-type: none"> • Promozione di stili di vita sani, informazioni sui sintomi del tumore, fonti di informazioni affidabili, rimozione dei pregiudizi, comunicazione aperta, informazioni sulle modalità di accesso allo screening, informazioni riguardanti l'esecuzione del test.

<i>Setting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Stadio e impianti sportivi • Dipartimento di Prevenzione • Ambulatori MMG
Enti promotori/partner	<ul style="list-style-type: none"> • Azienda Sanitaria Ulss4 Veneto Orientale • UOC Screening • Servizio Igiene e Sanità Pubblica • Comune di San Donà di Piave • Associazioni di volontariato
<i>Stakeholder</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Società Rugby San Donà • UOC Screening • Medici di medicina generale • Enti locali
Finanziamenti	<ul style="list-style-type: none"> • Attività corrente istituzionale
Durata del progetto	<ul style="list-style-type: none"> • 24 mesi

Tabella II: Dati generali del progetto.

5.4 Obiettivi del progetto

Obiettivo generale:

- L'obiettivo generale del progetto è incrementare le adesioni allo screening coloretale tra la popolazione *target*, che rientra nel programma di screening, al fine di migliorare la salute della comunità attraverso diagnosi precoci e trattamenti tempestivi ed efficaci, contribuendo così a ridurre la mortalità associata al cancro del colon-retto.

Obiettivi specifici:

1. Individuare le risorse disponibili.

2. Ottenere l'approvazione del progetto da parte dei vertici dell'Azienda e del presidente della società di rugby.
3. Creare un gruppo di lavoro multidisciplinare che includa i rappresentanti dei *partner*, degli *stakeholder* e dei servizi coinvolti, per facilitare una programmazione partecipata e integrata.
4. Sviluppare una campagna informativa per promuovere la divulgazione del progetto.
5. Stabilire alleanze con associazioni di volontariato, enti locali, società sportive per amplificare il messaggio e raggiungere un pubblico più ampio.
6. Descrivere gli interventi da attuare per incrementare le conoscenze e la consapevolezza riguardo al tema dello screening coloretale nella popolazione *target*.
7. Monitorare e valutare le attività del progetto.

5.5 Programma delle attività

Di seguito nella tabella III è riportata la programmazione delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi stabiliti.

Obiettivo generale	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare le adesioni allo screening coloretale nella popolazione <i>target</i>, migliorando così la diagnosi precoce e riducendo la mortalità legata al cancro del colon-retto.
Obiettivo specifico 1: Individuare le risorse disponibili.	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Rivedere il budget del progetto per identificare le risorse finanziarie già allocate e quelle necessarie; • Coinvolgere le associazioni di volontariato, ed eventuali partner per avere un sostegno economico; • Compilare un inventario di materiale e strumenti già disponibili (brochure, poster);

	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgere esperti del settore/consulenti per ottenere informazioni sulle migliori pratiche e risorse disponibili; • Creare una rete di collaborazione con altre organizzazioni che hanno realizzato progetti simili per condividere conoscenze e risorse; • Esplorare i servizi sanitari e organizzazioni locali che possono offrire supporto, come cliniche private e centri di salute; • Identificare gli spazi liberi per mettere in pratica il progetto; • Indentificare spazi strategici per la collocazione di materiale informativo (poster, brochure);
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di partecipanti coinvolti; • Numero di riunioni effettuate; • Partecipazione attiva dei <i>partner</i>;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare il numero di volontari, aziende, associazioni, che hanno aderito al progetto; • Valutare la percentuale degli obiettivi concordati che sono stati effettivamente raggiunti;
Obiettivo specifico 2: Ottenere l'approvazione del progetto da parte dei vertici dell'Azienda e del presidente della società di rugby.	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Contattare il Direttore del servizio, il Presidente della società di rugby e i referenti degli altri servizi; • Presentare una bozza con i dati del progetto; • Valutare la realizzazione del progetto in termini di fattibilità e potenziale criticità;

	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire l'implementazione del progetto da parte dei vertici dell'Azienda e della società di rugby;
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilire e comunicare la data dell'incontro per presentare il progetto; • Ottenere l'autorizzazione formale del progetto da parte del Direttore del servizio e del Presidente della società di rugby;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Delibera autorizzativa firmata da entrambe le parti;
<p>Obiettivo specifico 3: Creare un gruppo di lavoro multidisciplinare che includa i rappresentanti dei <i>partner</i>, degli <i>stakeholder</i> e dei servizi coinvolti, per facilitare una programmazione partecipata e integrata.</p>	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Identificare gli stakeholder i <i>partner</i> e i rappresentanti dei servizi. • Inviare inviti formali a ciascun rappresentante indentificato; • Pianificare riunioni iniziali per presentare il progetto e definire i ruoli. • Definire una procedura/protocollo per il lavoro di rete;
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare i livelli di soddisfazione dei membri al funzionamento del gruppo;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare la percentuale di obiettivi concordati che effettivamente sono stati raggiunti;
<p>Obiettivo specifico 4: Sviluppare una campagna informativa per promuovere la divulgazione del progetto.</p>	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Definire quali canali di comunicazione saranno utilizzati per diffondere la campagna;

	<ul style="list-style-type: none"> • Creare materiale informativo come poster, brochure, volantini; • Creare un poster con l'immagine della squadra di rugby per la campagna di screening; • Organizzare eventi presso gli impianti sportivi per presentare il progetto; • Collocare il materiale informativo (poster) nei punti strategici come ambulatori dei MMG, ospedale, distretto, dipartimento di prevenzione, centri di salute, stadio. • Realizzare contenuti da pubblicare sui social media e sul sito dell'Azienda e della società di rugby. • Promuovere la consapevolezza tra i giocatori e i sostenitori riguardo allo screening e al cancro del colon retto.
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Adesione da parte dei giocatori della squadra e da parte dei MMG; • Monitorare il numero di post pubblicati sui social media; • Valutare il numero di persone raggiunte attraverso i canali di comunicazione;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Registrare il numero di partecipazione agli eventi organizzati; • Monitorare il coinvolgimento dei giocatori nel promuovere il messaggio della campagna di sensibilizzazione; • Numero di materiale informativo distribuito;

Obiettivo specifico 5: Stabilire alleanze con associazioni di volontariato, enti locali, squadre sportive per amplificare il messaggio e raggiungere un pubblico più ampio.	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Individuare le associazioni di volontariato, gli enti locali, le squadre sportive che condividono valori o obiettivi simili al progetto; • Pianificare incontri di presentazione con i rappresentanti delle organizzazioni interessate; • Creazione di un piano di azione congiunto;
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Il numero di associazioni, enti locali, società sportive che sono state contattate per avviare la collaborazione; • Registrare il numero di attività congiunte;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di collaborazioni formalizzate; • Numero di partecipanti agli eventi congiunti;
Obiettivo specifico 6: Descrivere gli interventi da attuare per incrementare le conoscenze e la consapevolezza riguardo il tema dello screening coloretale nella popolazione <i>target</i> .	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuire materiale informativo sui temi di salute e l'importanza dello screening; • Collaborare con leader locali, influencer e professionisti della salute per diffondere il messaggio e incoraggiare la partecipazione allo screening; • Stabilire alleanze con i MMG per garantire che informino i loro utenti sull'importanza dello screening; • Organizzare degli eventi presso gli stadi sportivi, coinvolgendo la squadra locale, per raggiungere un pubblico più ampio;

	<ul style="list-style-type: none"> • Offrire corsi di formazione per volontari, operatori sanitari, su come comunicare efficacemente l'importanza dello screening; • Raccogliere e condividere testimonianze che hanno beneficiato dello screening; • Organizzare seminari e workshop informativi rivolti alla popolazione target, dove gli esperti del settore possono spiegare l'importanza dello screening;
Indicatore di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di materiale informativo sviluppato; • Monitorare la quantità di materiale informativo distribuito in diverse sedi (centri medici, eventi pubblici). • Monitorare il numero di <i>feedback</i> ricevuti dai partecipanti a eventi e attività;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare l'incremento del numero di partecipanti allo screening dopo la campagna di sensibilizzazione; • Analizzare i risultati dei questionari di valutazione per verificare l'aumento delle conoscenze, sulla tematica dello screening tra i partecipanti;
Obiettivo specifico 7: Monitorare e valutare le attività del progetto.	
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare un piano di monitoraggio che definisca le metodologie di monitoraggio; • Creare un sistema per raccogliere i dati sulle attività del progetto, numeri di partecipazione, <i>feedback</i> e risultati delle campagne;

	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrare questionari e sondaggi ai partecipanti e operatori per raccogliere informazioni sull'efficacia delle attività;
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare il numero di partecipanti agli incontri di revisione del progetto; • Registrare i numeri di report redatti e la loro frequenza; • Registrare quante modifiche sono state fatte in base ai risultati del monitoraggio;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare l'aumento dell'efficacia del progetto; • Numero delle attività monitorate del progetto; • Registrare la percentuale di <i>feedback</i> positivi del processo di monitoraggio; • Valutare se le attività monitorate hanno portato un miglioramento nella qualità dei servizi offerti; • Condivisione dei risultati con il pubblico o gli <i>stakeholder</i>;

Tabella III: Programma delle attività

5.6 Piano di valutazione

Obiettivo specifico 1	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare se sono state identificate tutte le risorse necessarie (finanziarie, umane, materiali)
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di persone individuate risorse disponibilità di <i>budget</i>, competenze del gruppo multidisciplinare;
Obiettivo specifico 2	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Esaminare il processo di approvazione e il tempo impiegato;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo per l'approvazione, <i>feedback</i> dai vertici, numero di incontri organizzati;
Obiettivo specifico 3	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Analizzare la composizione del gruppo e la sua capacità di lavorare;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di partecipanti; • Numero di incontri organizzati;
Obiettivo specifico 4	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare l'efficacia della campagna informativa in termini di copertura e impatto;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di materiali prodotti;

	<ul style="list-style-type: none"> • Tasso di partecipazione alle attività informative;
Obiettivo specifico 5	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare il numero e la qualità delle alleanze create;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero delle alleanze formate, attività congiunte svolte;
Obiettivo specifico 6	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare l'efficacia degli interventi formativi e informativi;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Misurare l'aumento della consapevolezza attraverso la somministrazione dei questionari; • Numeri di interventi formativi organizzati;
Obiettivo specifico 7	
Indicatori di processo	<ul style="list-style-type: none"> • Analizzare com'è stato effettuato il monitoraggio e la qualità dei <i>report</i>;
Indicatori di risultato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di report redatti, <i>feedback</i> sul processo di monitoraggio;

Tabella VI: Piano di valutazione degli obiettivi specifici.

CAPITOLO 6 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Lo studio condotto dallo studente ha fornito un'analisi approfondita sulla partecipazione allo screening coloretale di primo livello, rivelandosi cruciale per raggiungere l'obiettivo principale della ricerca, ovvero identificare i determinanti dell'adesione. Attraverso un'analisi trasversale è stato possibile esaminare le correlazioni tra adesioni e fattori che ostacolano la partecipazione. Le informazioni inizialmente fornite verbalmente da alcuni operatori sanitari, prima dello studio si sono rivelate poco attendibili, e la rielaborazione dei dati ha messo in evidenza l'importanza delle informazioni raccolte dagli intervistati per rispondere ai quesiti formulati all'inizio dello studio. Considerando il campione, lo studente esprime soddisfazione per i risultati ottenuti, che evidenzia una chiara correlazione tra mancata partecipazione e i fattori ostacolanti. Negli ultimi tre anni, l'Azienda Ulss4 Veneto Orientale ha implementato progetti e campagne di sensibilizzazione riguardo ai programmi di screening, contribuendo, seppur in modo modesto, ad aumentare le adesioni, che nel 2023 hanno raggiunto quasi il 50% sul totale degli inviti. La popolazione coinvolta in età 50-69 anni non viene coinvolta completamente, in quanto vi è un gruppo (censurati) di esclusi per varie patologie in essere e per altri motivi. Un'analisi dettagliata ha messo in luce alcune criticità emerse durante lo studio. Dei 162 partecipanti all'intervista, il 73,75% ha effettuato la ricerca del sangue occulto, mentre il 26,25% non ha aderito, motivando la propria assenza con risposte come mancanza di tempo, lettera non ricevuta, pigrizia e "non so", indicando che una parte significativa del campione non ha giustificazioni coerenti per la mancata adesione. Si nota che il 53,39% dei partecipanti sono uomini, con una partecipazione superiore di circa il 7% rispetto alle donne, che si attestano al 46,61%. Attraverso la raccolta e l'analisi delle informazioni, riguardanti lo screening, lo stato di salute e lo stile di vita, è stato possibile identificare i fattori che influenzano le scelte delle persone riguardo alla partecipazione ai programmi di screening. I risultati indicano un legame tra adesione e livello di istruzione, (licenza media o elementare) che identificano categorie che tendono a partecipare meno. Questo dato si allinea con studi precedenti, che mostrano come queste persone, spesso trovino difficoltà a comprendere e valutare le informazioni sui temi di salute e prevenzione, diffuse dai media. Un aspetto chiave emerso riguarda la percezione dell'affidabilità delle informazioni: oltre il 42% del campione non aderente, considera non attendibili le informazioni riguardanti la prevenzione e promozione della salute. Inoltre, si è

osservato che chi conduce uno stile di vita sano, caratterizzato da un'alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, ridotto consumo di alcol e fumo sia più propenso a partecipare a programmi di screening, mostrando una maggiore consapevolezza riguardo alla propria salute. Le risposte relative alla mancanza di tempo suggeriscono di considerare l'età e lo stato occupazionale degli intervistati; in particolare, gli individui tra i 65 e i 69 anni, vicino all'età pensionabile mostrano tassi di adesione superiori. La valutazione dell'efficacia dei progetti attualmente in atto dall'Azienda Sanitaria Veneto Orientale, si trova nelle dichiarazioni del campione non aderente, poiché l'83,3% ha dichiarato di non aver mai ricevuto consigli da parte degli operatori sanitari per eseguire il test per il sangue occulto. Pertanto, i medici di medicina generale e gli assistenti sanitari, rappresentano gli stakeholder più importanti e influenti per il successo del progetto. Infine, dallo studio emerge che le persone che frequentano regolarmente l'ambiente dell'Azienda, in particolare il Dipartimento di Prevenzione, per altre prestazioni sanitarie come la vaccinazione antinfluenzale stagionale, aderiscono al programma di screening con una percentuale superiore del 10% rispetto a coloro che vi si rivolgono sporadicamente. Per migliorare la salute delle persone e promuovere una cultura della prevenzione, è fondamentale implementare programmi di educazione e sensibilizzazione che raggiungano tutti i segmenti della comunità. L'educazione alla salute deve essere un pilastro delle campagne di screening, per garantire che i cittadini comprendono l'importanza di queste misure e siano motivati a partecipare. In questo contesto, la collaborazione tra le istituzioni sanitarie, i professionisti e la comunità è cruciale. Solo attraverso un approccio integrato, che coinvolgono tutti gli operatori sanitari, sarà possibile incoraggiare la partecipazione ai programmi di screening e migliorare gli esiti di salute complessivi. L'investimento nella prevenzione e nello screening rappresenta un'opportunità per costruire un futuro più sano, in cui la comunità possa beneficiare di una maggiore consapevolezza e attenzione verso la propria salute.

BIBLIOGRAFIA

- Sandler RS. Epidemiology and risk factors for colorectal cancer. *Gastroenterol Clin North Am.* 1996 Dec;25(4):717-35. doi: 10.1016/s0889-8553(05)70271-5. PMID: 8960889, ultima consultazione agosto 2024.
- Pokharel R, Lin YS, McFerran E, O'Mahony JF. A Systematic Review of Cost-Effectiveness Analyses of Colorectal Cancer Screening in Europe: Have Studies Included Optimal Screening Intensities? *Appl Health Econ Health Policy.* 2023 Sep;21(5):701-717. doi: 10.1007/s40258-023-00819-3. Epub 2023 Jun 28. PMID: 37380865; PMCID: PMC10403417, ultima consultazione agosto 2024.
- American Association for Cancer Research <https://aacrjournals.org/cebp/article/25/6/907/282908/Systematic-Review-and-Meta-study-Synthesis-of>, ultima consultazione settembre 2024.
- Cancer Education <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-020-01721-5#author-information>, ultima consultazione agosto 2024.
- Brenner H, Tao S. Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy. *Eur J Cancer.* 2013 Sep;49(14):3049-54. doi: 10.1016/j.ejca.2013.04.023. Epub 2013 May 22. PMID: 23706981, ultima consultazione agosto 2024.
- Zheng S, Schrijvers JJA, Greuter MJW, Kats-Ugurlu G, Lu W, de Bock GH. Effectiveness of Colorectal Cancer (CRC) Screening on All-Cause and CRC-Specific Mortality Reduction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel).* 2023 Mar 24;15(7):1948. doi: 10.3390/cancers15071948. PMID: 37046609; PMCID: PMC10093633, ultima consultazione agosto 2024.

- Relazione Socio-Sanitaria <https://relazionesanitaria.azero.veneto.it/dettaglio-categorie/6480496609057912440797e7>, ultima consultazione settembre 2024.
- Murphy J, Halloran S, Gray A. Cost-effectiveness of the faecal immunochemical test at a range of positivity thresholds compared with the guaiac faecal occult blood test in the NHS Bowel Cancer Screening Programme in England. *BMJ Open*. 2017 Oct 27;7(10): e017186. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017186. PMID: 29079605; PMCID: PMC5665323, ultima consultazione agosto 2024.
- Medinews <https://www.medinews.it/notizie-newsletter/iarc-fumare-aumenta-rischio-di-cancro-al-colon/>, ultima consultazione agosto 2024.
- Moss S, Mathews C, Day TJ, Smith S, Seaman HE, Snowball J, Halloran SP. Increased uptake and improved outcomes of bowel cancer screening with a faecal immunochemical test: results from a pilot study within the national screening programme in England. *Gut*. 2017 Sep;66(9):1631-1644. doi: 10.1136/gutjnl-2015-310691. Epub 2016 Jun 7. PMID: 27267903, ultima consultazione agosto 2024.
- Cancer Research UK <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/bowel-cancer>, ultima consultazione agosto 2024.

SITOGRAFIA

- Istituto Oncologico Veneto <https://www.ioveneto.it/pathology/tumore-del-colonretto/>, ultima consultazione agosto 2024.
- Regione Veneto <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13726594>, ultima consultazione agosto 2024.
- Osservatorio N. Screening <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/la-diffusione-degli-screening-oncologici-italia-nel-2023>, ultimo consulto agosto 2024.
- Aulss4 <https://www.aulss4.veneto.it/it/servizi/prevenzione/screening>, ultima consultazione agosto 2024.
- Fondazione AIRC <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-colon-retto> consultato, ultima consultazione agosto 2024.
- I numeri del cancro in Italia AIOM <https://www.aiom.it/tumore-del-colon-retto-48-100-casi-in-italia-nel-2022-4-400-in-2-anni-aiom-7-su-10-non-aderiscono-allo-screening-sensibilizziamo-i-cittadini/>, ultima consultazione agosto 2024.
- I.R.C.C.S <https://www.hsr.it/cancer-center/tumori/tumore-colon-retto>, ultima consultazione agosto 2024.
- IARC <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/it/12-modi/peso-corporeo-sano/723-se-sono-in-sovrappeso-ho-maggiori-probabilita-di-sviluppare-il-> , ultima consultazione agosto 2024.
- Medinews <https://www.medinews.it/notizie-newsletter/iarc-fumare-aumenta-rischio-di-cancro-al-colon/>, ultima consultazione agosto 2024.

- Regione Emilia-Romagna <https://www.ausl.re.it/screening-dei-tumori-del-colon-retto> Ultima consultazione agosto 2024.
- MSD Manuals https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-gastrointestinali/tumori-del-tratto-gastrointestinale/cancro-del-colon-retto?query=sintomi%20tumore%20del%20colon#Diagnosi_v29279741_it , ultima consultazione agosto 2024.
- World Health Organization <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>, ultima consultazione settembre 2024.
- Cancer Education <https://link.springer.com/article/10.1007/s13187-020-01721-5#author-information>, ultima consultazione settembre 2024.
- Istituto oncologico Veneto <https://www.ioveneto.it/pathology/tumore-del-colonretto/> , ultima consultazione agosto 2024.
- Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?lingua=italiano&id=5537&area=tumori&menu=vuoto> , ultima consultazione agosto 2024.

ELENCO DEI GRAFICI

Grafico 1. Distribuzione percentuale dell'adesione corretta allo screening coloretale per ripartizione geografica 2023	pag. 12
Grafico 2. Distribuzione percentuale dell'adesione corretta allo screening coloretale per Regione 2023	pag. 13
Grafico 3. Numero di intervistati per comune di residenza Aulss4 Veneto Orientale	pag. 23
Grafico 4. Distribuzione percentuale inviti e adesione allo screening coloretale	pag. 24
Grafico 5. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale	pag. 25
Grafico 6. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per lettera di invito	pag. 26
Grafico 7. Distribuzione percentuale degli utenti che hanno aderito nell'ultimo periodo allo screening.	pag. 27
Grafico 8. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale per pagamento esame	pag. 28
Grafico 9. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per consiglio da operatori sanitari.	pag. 29
Grafico 10. Proporzioni di chi ha già effettuato la ricerca del sangue occulto per stato di salute e genere.	pag. 30
Grafico 11. Partecipazione allo screening per vaccinazione antinfluenzale	pag. 31
Grafico 12. Distribuzione per valori assoluti dei motivi della mancata partecipazione allo screening coloretale.	pag. 32
Grafico 13. Distribuzione percentuale della mancata partecipazione allo screening per età	pag. 33
Grafico 14. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per titolo di studio.	pag. 34
Grafico 15. Distribuzione percentuale della partecipazione allo screening coloretale per genere.	pag. 35
Grafico 16. Distribuzione percentuale sull'attendibilità delle informazioni disponibili nei mezzi di comunicazione.	pag. 36
Grafico 17: Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening sull'attendibilità delle informazioni sulla salute riferite dai media	pag. 37

Grafico 18. Distribuzione percentuale di chi ha effettuato lo screening per tumore e genere.	pag. 38
Grafico 19. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per fumo	pag. 39
Grafico 20. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening coloretale per fumo e genere.	pag. 40
Grafico 21. Distribuzione percentuale di chi ha effettuato la ricerca del sangue occulto e colonscopia per genere.	pag. 41
Grafico 22. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per stato occupazionale	pag. 42
Grafico 23. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening in riferimento ai mezzi di comunicazione e comprensione delle informazioni sulla salute	pag. 43
Grafico 24. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per Sof positivo e genere.	pag. 44
Grafico 25. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per cittadinanza.	pag. 45
Grafico 26. Distribuzione dell'adesione allo screening per consumo di alcool	pag. 46
Grafico 27. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per consumo di frutta/verdura	pag. 47
Grafico 28. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per dieta	pag. 48
Grafico 29. Distribuzione percentuale dell'adesione allo screening per diabete	pag. 49
Grafico 30. Distribuzione percentuale della partecipazione allo screening per attività fisica	pag. 50

ELENCO DELLE TABELLE

Tabella I: Stadiazione tumore del colon-retto	pag. 3
Tabella II: Dati generali del progetto	pag. 52
Tabella III: Programma delle attività	pag. 54
Tabella VI: Piano di valutazione degli obiettivi specifici	pag. 61

ALLEGATI

Allegato 1. Sinossi progetto tesi

pag.73

Allegato 2. Questionario

pag.74

Allegato 1 -Sinossi progetto di tesi

SINOSSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI STUDENTE: IOVU BOGDAN DUMITRU - MATRICOLA 2055784

ARGOMENTO DI TESI	Percezione del rischio di tumore al colon-retto degli utenti che partecipano e non partecipano allo screening.	
TIPOLOGIA DI TESI	TEORICO-PRATICA	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>Il tumore al colon-retto occupa il terzo posto per incidenza e mortalità tumorale nei paesi occidentali. La distribuzione del cancro del colon è la medesima in entrambi i sessi; il tumore del retto colpisce invece prevalentemente il sesso maschile con un rapporto di 2:1. L’Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC) afferma che il tumore al colon provoca oltre 900 mila decessi all’anno in tutto il mondo. Nel 2022, in Italia sono state registrate 48.100 nuove diagnosi di cancro al colon, con un correlato numero stimato di decessi pari a circa 24.200. Proseguendo questa tendenza, nel 2023, l’Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) segnala un ulteriore aumento di 50.500 nuove diagnosi di cancro al colon, evidenziando la persistente sfida in ambito oncologico.</p> <p>I programmi di screening mirano a ridurre la mortalità facilitando diagnosi precoci, aumentando così le opportunità di trattamento e recupero con interventi meno invasivi. Di conseguenza, la completa adesione e l’espansione di tali programmi sono di vitale importanza.</p> <p>È fondamentale identificare i fattori che ostacolano la partecipazione degli utenti ai programmi di screening del colon retto, al fine di evidenziare le difficoltà esistenti e sviluppare interventi mirati per aumentare l’adesione.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quali sono le evidenze scientifiche presenti in letteratura che dimostra l’efficacia della partecipazione allo screening colon rettale? 2. Quali categorie mostrano una minore adesione ai programmi di screening? 3. Quali sono le motivazioni che portano gli utenti a non partecipare ai programmi di screening del colon retto? 4. Quali strategie possono essere adottate per migliorare l’adesione ai programmi di screening del colon-retto? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Evidenziare le motivazioni e i fattori che influenzano la mancata adesione ai programmi di screening del colon retto di 1° livello.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descrivere le caratteristiche sociodemografiche del campione. 2. Descrivere la prevalenza delle motivazioni ostacolanti. 3. Identificare le strategie utili ad aumentare l’adesione ai programmi di screening. 4. Proporre un eventuale progettazione che risponda ai bisogni evidenziati dalla rilevazione. 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	<p>CRITERI INCLUSIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donne e uomini di età compresa tra i 50-69 anni, di nazionalità italiana e straniera che rientrano nel programma di screening del colon retto di 1° livello dell’Azienda ULSS 4 Veneto Orientale. <p>CRITERI ESCLUSIONE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donne e uomini che sono stati presi in cura per la neoplasia del colon.
	STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Dati in archivio Aziendale e dati raccolti attraverso lo studio Passi.
	DURATA AUTORIZZATIVA DI ACCESSO AI DATI	Da maggio a ottobre 2024
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni.	
UU.OO. COINVOLTE	Servizio Epidemiologia Azienda ULSS 4 Veneto Orientale. U.O.C Screening.	

Allegato 2 – Questionario

SEZIONE 10: Screening Tumore del Colon-Retto (persone 50-69 anni)

Vorrei ora farle qualche domanda sugli esami per la prevenzione del tumore del colon-retto. Esiste un esame di laboratorio, chiamato “ricerca del sangue occulto”, per controllare la presenza di sangue non visibile nelle feci, che prevede la raccolta di feci in un contenitore, anche presso la propria abitazione.

10.1. Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?

- Sì
 - No
 - Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 10.10*)

10.2. Quando è stata l'ultima volta che ha fatto questo esame a scopo preventivo?

Leggere le risposte

- Negli ultimi 12 mesi
 - Tra 1 e 2 anni fa
 - Più di 2 anni fa
- Non leggere*
- Non so / non ricordo
- } (*saltare alla domanda 10.10*)

10.3. Ha mai ricevuto una lettera dalla sua ASL per fare la ricerca del sangue occulto nelle feci?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

10.4. ...

10.5. Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare questo esame a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

10.9. Ha dovuto pagare per quest'ultimo esame?

Leggere le risposte

- Sì, il ticket
- Sì, il costo era completamente a mio carico
- No, nessuna spesa

Non leggere

- Non so / non ricordo

(Saltare alla domanda 10.14)

**---SOLO PER I 50-69ENNI CHE NON HANNO MAI EFFETTUATO
LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO NELLE FECI PREVENTIVA
O CHE L'HANNO EFFETTUATA PIU' DI DUE ANNI FA---**

↳ **10.10.** Ha mai ricevuto una lettera dalla sua ASL per fare la ricerca del sangue occulto nelle feci?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

10.11. Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare questo esame a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?

- Sì
- No
- Non so / non ricordo

10.12. ...

Se la persona non ha MAI fatto la ricerca del sangue occulto, non leggere la parola "recentemente"

10.13. Quale è stato il motivo principale per cui **non** ha fatto (recentemente) la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo

Non leggere le risposte (è possibile una sola risposta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penso di non averne bisogno | <input type="checkbox"/> Nessuno me l'ha consigliato |
| <input type="checkbox"/> Mi sento imbarazzato/a / mi vergogno | <input type="checkbox"/> Ho trovato difficile contattare l'ASL per informazioni/appuntamento |
| <input type="checkbox"/> E' fastidioso | <input type="checkbox"/> La sede/data/orario per prendere/ consegnare il campione non mi andava bene |
| <input type="checkbox"/> Ho paura dei risultati dell'esame | <input type="checkbox"/> Non ho ricevuto una convocazione |
| <input type="checkbox"/> Per pigrizia | <input type="checkbox"/> Gli ambulatori erano chiusi a causa della pandemia da COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> Non ho avuto tempo | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |
| <input type="checkbox"/> Sono già stata operato/a / per altri motivi sanitari | |
| <input type="checkbox"/> Ho già fatto / mi hanno consigliato di fare la colonscopia/rettosigmoidoscopia | |
| <input type="checkbox"/> Non so / non ricordo | |

Questionario Passi variante 01/01/2022 sezione screening tumore del colon-retto.

RINGRAZIAMENTI

Desidero esprimere la mia più profonda gratitudine al mio relatore, professor Bonamin Antonio, il cui prezioso supporto e la cui guida sono stati fondamentali durante le fasi più cruciali del mio percorso accademico. Un sentito ringraziamento alla professoressa Russo Carmela, ai tutor e a tutti i docenti che mi hanno accompagnato nel triennio. Ogni lezione e ogni confronto, hanno arricchito il mio bagaglio di conoscenze, spingendomi a dare sempre il massimo. Vorrei esprimere la mia sincera riconoscenza alla dottoressa Cibir Luana, correlatrice della tesi, per il suo fondamentale supporto nella ricerca dei dati. Un ringraziamento speciale va alla mia compagna, Maria Angela, e ai miei figli, Ettore e Oscar. Nei momenti di difficoltà e incertezze, la loro presenza e il loro amore sono stati il mio punto di forza, spronandomi a perseverare e a non perdere mai di vista i miei obiettivi. La loro pazienza e il loro sostegno sono stati inestimabili. Ringrazio di cuore anche la zia Marta che è sempre un enorme aiuto per la mia famiglia. Infine, desidero ringraziare i miei compagni di squadra e gli amici che hanno condiviso con me questo viaggio universitario. Ogni discussione, ogni momento di confronto e ogni attimo di gioia hanno reso questo percorso indimenticabile. La loro amicizia ha reso il cammino più leggero e ricco di significato.

A tutti voi, grazie di cuore...