

**800**  
1222·2022  
ANNI



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 SULLA PERCEZIONE DELLE  
DONNE IN RIFERIMENTO ALLO SCREENING  
MAMMOGRAFICO**

**RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN  
CORRELATORE: DR.SSA ANNA MARIA BETTEGA**

**LAUREANDO: SHQIPE DEVAJA**



**800**  
1222·2022  
ANNI



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 SULLA PERCEZIONE DELLE  
DONNE IN RIFERIMENTO ALLO SCREENING  
MAMMOGRAFICO**

**RELATORE: PROF. MARIO ANTONIO BONAMIN  
CORRELATORE: DR.SSA ANNA MARIA BETTEGA**

**LAUREANDO: SHQIPE DEVAJA**



# INDICE

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE .....	1
1.1 Il seno .....	1
1.2 Il tumore .....	1
1.2.1 Sintomi.....	3
1.2.2 Fattori di rischio.....	7
1.3 Epidemiologia.....	11
1.4 Educazione sanitaria .....	12
1.4.1 Lo screening mammografico .....	15
1.4.2 Programma di screening .....	19
1.5 Ruolo dei media nella prevenzione .....	24
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO .....	29
2.1 Problema.....	29
2.2 Scopo dello studio .....	29
2.3 Revisione della letteratura .....	30
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI .....	33
3.1 Questionario.....	33
3.2 Metodo statistico e tipo di analisi .....	36
3.3 Limiti dello studio .....	36
CAPITOLO 4 – RISULTATI .....	39
CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	62
BIBLIOGRAFIA.....	68
SITOGRAFIA .....	71
ELENCO GRAFICI.....	73
ALLEGATI .....	75



# **ABSTRACT**

**LAUREANDO SHQIPE DEVAJA MATRICOLA 1231184**

**TITOLO DELLA TESI “STUDIO TRASVERSALE SULLA PERCEZIONE  
DELLE DONNE IN RIFERIMENTO ALLO SCREENING”**

**TITOLO IN INGLESE “CROSS-SECTIONAL STUDY ON WOMEN’S  
PERCEPTION OF MAMMOGRAPHIC SCREENING ”**

**RELATORE MARIO ANTONIO BONAMIN**

**CORRELATRICE ANNA MARIA BETTEGA**

## **INTRODUZIONE:**

I programmi di screening sono progettati per diminuire la mortalità promuovendo una diagnosi precoce, aumentando così le possibilità di trattamento e recupero tramite interventi meno invasivi; quindi, è fondamentale la piena espansione e l'adesione ai programmi di screening. Attraverso uno studio trasversale, si analizza la percezione delle donne in riferimento allo screening mammografico e si analizzano i motivi principali della mancata adesione. La partecipazione è fortemente influenzata dalla percezione che le donne hanno del servizio di screening mammografico.

## **MATERIALI E METODI:**

È stato condotto uno studio trasversale esplorativo di tipo caso controllo, dove i casi sono le donne che non aderiscono al programma di screening mammografico gratuitamente proposto dal servizio pubblico ogni 2 anni per le donne in età 50-75. I controlli sono le donne nella stessa fascia di età che aderiscono al programma. Nella organizzazione dello studio ci si è posto l'obiettivo di intervistare 100 casi e 100 controlli. È stato somministrato un questionario telefonico alle residenti del comune di Vicenza e di Sandrigo.

## **RISULTATI:**

Il campione dichiara che i motivi principali che rendono difficile la partecipazione allo screening sono i seguenti: i motivi pratici (18% lavoro e 14,5% problemi famigliari) e motivi emotivi (48,5% paura di un esito positivo, 45% ansia per l'attesa dell'esito e 35,75% fastidio provato durante l'esame); i motivi organizzativi del servizio di screening sono risultati meno rilevanti. Dai risultati è emerso che l'adesione aumenta con l'aumentare dell'età. Le intervistate che non aderiscono perché si rivolgono ad una struttura privata dichiarano che effettuano la mammografia annualmente per predisposizione genetica al carcinoma mammario.

## **DISCUSSIONE E CONCLUSIONI:**

Dallo studio condotto è emerso che le donne con predisposizione genetica al cancro al seno riferiscono la necessità di effettuare la mammografia annualmente, e quindi non rientrano nel programma di screening Regionale. Si è potuto notare come gli aspetti emotivi percepiti dalle donne più importanti rispetto ai motivi organizzativi. Si è visto che non ci sono differenze rilevanti tra il distretto urbano ed extraurbano.

Infine, è emerso che la percezione delle donne nei confronti degli esami di screening in generale è positiva e considera la prevenzione del cancro al seno come importante.





# CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

## 1.1 Il seno

La mammella si configura come un organo ghiandolare esocrino. Si tratta, in particolare, di una ghiandola che secerne i suoi prodotti (il latte) in dotti che conducono a una cavità del corpo o all'esterno dell'organismo. La funzione principale del seno è quella di produrre e secernere latte per nutrire la prole. Il tessuto ghiandolare del seno è costituito da lobi, che contengono lobuli più piccoli, e infine da dotti che conducono il latte al capezzolo. Il seno contiene anche tessuto adiposo, che fornisce un'imbottitura e un supporto al tessuto ghiandolare<sup>1</sup>

## 1.2 Il tumore

Un tumore, noto anche come neoplasia, può essere definito come una crescita anormale o una massa di tessuto che deriva da una divisione cellulare incontrollata. I tumori possono insorgere in qualsiasi parte del corpo e possono essere sia benigni (ossia non cancerosi), sia maligni (cioè cancerosi). I tumori di natura benigna si presentano in genere come masse di cellule a crescita lenta e ben definite che non si diffondono in ulteriori zone del corpo.<sup>2</sup> Essi possono talvolta causare problematiche nel momento in cui crescono abbastanza da comprimere gli organi o i tessuti vicini. I tumori maligni, invece, sono costituiti da cellule che possono invadere i tessuti e gli organi vicini e diffondersi in altre parti del corpo attraverso il flusso sanguigno o il sistema linfatico. Questo processo è chiamato metastasi ed è una caratteristica distintiva del cancro.

I tumori possono insorgere da qualsiasi tipo di tessuto dell'organismo e possono essere classificati in base alla loro origine, come tumori epiteliali, mesenchimali o ematopoietici. I tumori maligni del seno sono escrescenze cancerose che si sviluppano nel tessuto mammario. Questi tumori possono originare dai dotti che portano il latte al capezzolo (carcinoma duttale) o dai lobuli che producono il latte (carcinoma lobulare).

---

<sup>1</sup> U. S. National Institutes of Health NCI. SEER Training Modules, Breast Cancer. <https://training.seer.cancer.gov/breast/anatomy/>

<sup>2</sup> Toğaçar, Mesut, Burhan Ergen e Zafer Cömert. "Rilevamento del tipo di tumore nelle immagini MR cerebrali del modello profondo sviluppato utilizzando la tecnica dell'ipercolonna, moduli di attenzione e blocchi residui". *Ingegneria medica e biologica e informatica* 59.1 (2021): 57-70.

Il carcinoma al seno è la tipologia di tumore più comune nelle donne. Il tumore al seno può essere classificato in due categorie in base alla diffusione delle cellule tumorali all'interno del tessuto mammario: non invasivo e invasivo.

Il tumore al seno non invasivo è chiamato anche tumore al seno in situ: ciò vuol dire che le cellule tumorali non si sono ancora diffuse al di fuori dei dotti o dei lobuli in cui si sono sviluppate. Il tipo più comune di tumore al seno non invasivo è il cosiddetto carcinoma duttale in situ (DCIS), che si verifica quando le cellule anomale si rinvencono all'interno del rivestimento dei dotti mammari ma non hanno invaso il tessuto mammario circostante. Il carcinoma lobulare in situ (LCIS) rappresenta un'altra tipologia di tumore al seno non invasiva: esso si genera quando le cellule anomale si trovano nei lobuli del seno.<sup>3</sup>

Il carcinoma mammario invasivo, invece, è chiamato anche carcinoma mammario infiltrante. Ciò vuol dire che le cellule tumorali hanno invaso il tessuto mammario circostante e possono essersi diffuse in altre parti del corpo attraverso il sistema linfatico o il flusso sanguigno. Il carcinoma duttale invasivo (IDC) è il tipo più comune di tumore al seno invasivo e rappresenta circa l'80% di tutti i casi. Il carcinoma lobulare invasivo (ILC) è un altro tipo di cancro al seno invasivo che si sviluppa nei lobuli della mammella.<sup>4</sup> Le opzioni terapeutiche per il cancro al seno non invasivo e invasivo possono variare in base al tipo e allo stadio del tumore. Il tumore al seno non invasivo può spesso essere trattato con la sola chirurgia, mentre quello invasivo può richiedere una combinazione di chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapia mirata o terapia ormonale. La diagnosi precoce attraverso regolari screening, come la mammografia, può migliorare le possibilità di successo del trattamento e della guarigione sia per il tumore al seno non invasivo che per quello invasivo.

Il sistema TNM è un sistema di stadiazione comunemente utilizzato per descrivere l'estensione del cancro nell'organismo, compreso il cancro al seno <sup>5</sup>. Il sistema TNM sta per Tumour (Tumore), Node (Nodo) e Metastasis (Metastasi).

---

<sup>3</sup> Tumore al seno: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi - AIRC." 01 Sett. 2021, <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno>.

<sup>4</sup> Attene F. et al., I carcinomi in situ della mammella: inquadramento clinico ed attualità terapeutiche. Ann. Ital. Chir., 77, 2006, 3-12.

<sup>5</sup>"Quello da sapere sul cancro per chi affronta la malattia - AIRC." <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia>.

La categoria T descrive le dimensioni e l'estensione del tumore primario nel seno. Le categorie T vanno da T0 (nessuna evidenza di un tumore primario) a T4 (un tumore di grandi dimensioni che ha invaso i tessuti vicini).

La categoria N descrive il coinvolgimento dei linfonodi vicini. Le categorie N vanno da N0 (nessuna evidenza di cancro nei linfonodi) a N3 (il cancro si è diffuso a molti linfonodi a linfonodi vicini alla clavicola).

La categoria M descrive se il cancro si è diffuso ad altre parti del corpo. Le categorie M vanno da M0 (nessuna evidenza di metastasi a distanza) a M1 (il cancro si è diffuso a organi o tessuti distanti).

Utilizzando il sistema TNM, il cancro al seno viene classificato dallo stadio 0 allo stadio IV, con lo stadio 0 che indica il cancro al seno non invasivo e lo stadio IV che indica il cancro al seno metastatico. Lo stadio del tumore al seno viene determinato combinando le categorie T, N ed M.

Il sistema TNM è importante per determinare il miglior piano di trattamento per il tumore al seno e per prevedere la prognosi (esito atteso) della malattia. Le opzioni di trattamento possono includere la chirurgia, la radioterapia, la chemioterapia, la terapia mirata o la terapia ormonale, a seconda dello stadio e di altri fattori. Il sistema TNM viene utilizzato anche per monitorare la risposta al trattamento e per individuare eventuali recidive del tumore al seno.

### **1.2.1 Sintomi**

Il tumore al seno può causare una serie di sintomi, che possono variare a seconda del soggetto coinvolto e dello stadio della malattia. Tuttavia, è importante notare che molti tumori al seno possono non causare alcun sintomo, soprattutto nelle fasi iniziali. Ecco perché gli screening regolari del tumore al seno, come la mammografia, sono così importanti per la diagnosi precoce.

Alcuni sintomi comuni del tumore al seno possono essere:

- Un nodulo o un ispessimento nel seno o sotto le ascelle;
- Cambiamenti nelle dimensioni o nella forma del seno;
- Perdite dal capezzolo, in particolare se sono sanguinolente o se si verificano senza spremere il capezzolo;
- Cambiamenti del capezzolo, come l'inversione (rotazione verso l'interno) o un cambiamento di consistenza;
- Cambiamenti nella pelle del seno, come arrossamento, infossamento o formazione di pieghe;
- Dolore o fastidio al seno, anche se questo non è tipicamente un sintomo di cancro al seno.

La diagnosi precoce del tumore al seno può aumentare le possibilità di successo del trattamento e della guarigione <sup>67</sup>.

Altri sintomi che possono essere riscontrati sono i seguenti:

- Aumento della VES: La VES (velocità di sedimentazione degli eritrociti) è un esame del sangue non specifico che misura la velocità con cui i globuli rossi si depositano in una provetta in un certo periodo di tempo. Viene spesso utilizzata come indicatore di infiammazione nell'organismo. Il tumore al seno può causare un aumento della VES a causa della presenza di infiammazione nell'organismo, la quale può essere generata dal tumore stesso oppure dalla risposta immunitaria dell'organismo al tumore. Tuttavia, una VES elevata può essere causata anche da altre condizioni, come infezioni, malattie autoimmuni o altri tipi di cancro. Pertanto, per confermare la diagnosi di tumore al seno sono

---

<sup>6</sup> Symptoms of Breast Cancer | Breastcancer.org. "breast cancer."  
[https://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](https://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms).

<sup>7</sup> Breast Cancer Signs and Symptoms.  
<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>

necessari altri esami diagnostici come la mammografia, l'ecografia o la biopsia.

- Galattorrea: la galattorrea è una condizione medica in cui una persona, in genere una donna, produce latte materno anche se non è incinta o non sta allattando. Può essere causata da diversi fattori, tra cui squilibri ormonali, effetti collaterali dei farmaci e disturbi dell'ipofisi. La galattorrea non è un sintomo comune di cancro al seno. Tuttavia, in rari casi, il cancro al seno può causare galattorrea alterando l'equilibrio ormonale dell'organismo. È più probabile che ciò si verifichi in caso di tumore al seno avanzato o metastatico. È importante notare che la galattorrea può essere causata da molte altre condizioni oltre al cancro al seno. Pertanto, se si soffre di galattorrea, è importante consultare il medico per determinare la causa sottostante e ricevere un trattamento adeguato.
- Gonfiore, prurito, arrossamento e dolore: gonfiore, prurito, arrossamento e dolore non sono sintomi comuni del cancro al seno, ma in alcuni casi possono manifestarsi. Questi sintomi possono essere causati da diversi fattori, come infiammazioni o infezioni. Se si verificano questi sintomi, è importante consultare il medico per determinare la causa sottostante. In alcuni casi, questi sintomi possono essere causati da una condizione benigna come un'infezione al seno (mastite) o un nodulo benigno al seno (fibroadenoma). Tuttavia, in rari casi, questi sintomi possono essere un segno di cancro al seno, soprattutto se sono accompagnati da altri sintomi come un nodulo, perdite dal capezzolo o cambiamenti nella pelle del seno, come fossette o ispessimenti.
- Ipercalcemia: si tratta di una condizione medica in cui si riscontra un livello anormalmente elevato di calcio nel sangue. Può essere causata da vari fattori, tra cui ghiandole paratiroidi iperattive, alcuni farmaci o alcuni tipi di cancro. Il cancro al seno può causare ipercalcemia in rari casi, di solito nel cancro al seno avanzato o metastatico. Ciò si verifica quando le cellule del cancro al seno si diffondono nell'osso, causando la rottura dell'osso e rilasciando calcio nel sangue. Questa condizione è chiamata ipercalcemia da malignità. I sintomi dell'ipercalcemia possono includere debolezza, affaticamento, nausea, costipazione e confusione. Se non trattata, può portare a gravi complicazioni

come danni ai reni, aritmie cardiache e coma.

- Noduli al seno: sono noduli o masse che possono essere percepiti all'interno del tessuto mammario. Possono essere causati da vari fattori, come cisti, fibroadenomi o cancro al seno. Le cisti sono sacche piene di liquido che possono formarsi nel tessuto mammario, mentre i fibroadenomi sono tumori non cancerosi composti da tessuto ghiandolare e fibroso. Anche il tumore al seno può causare noduli mammari ed è importante che ogni nuovo nodulo o massa mammaria venga valutato da un operatore sanitario per determinare se è canceroso o non canceroso. Altri sintomi che possono accompagnare i noduli al seno sono dolore al seno, tenerezza, secrezione del capezzolo, cambiamenti nelle dimensioni o nella forma del seno, o cambiamenti nella pelle del seno, come fossette o ispessimenti. Se si scopre un nodulo mammario o qualsiasi altra alterazione del seno, è importante fissare un appuntamento con il proprio medico per un esame clinico del seno e per gli eventuali esami diagnostici necessari, come la mammografia, l'ecografia o la biopsia. La diagnosi e il trattamento precoci possono aumentare le probabilità di successo del trattamento e della guarigione.
- Pelle del seno a "buccia d'arancia": la pelle del seno a "buccia d'arancia" è un'espressione utilizzata per descrivere l'aspetto della pelle del seno che assomiglia alla superficie di una buccia d'arancia. È caratterizzata dalla presenza di piccole fosse, protuberanze o creste sulla pelle del seno. Questo può essere un sintomo di cancro al seno infiammatorio, un tipo di cancro al seno raro e aggressivo che rappresenta meno del 5% di tutti i casi di cancro al seno. Il carcinoma al seno infiammatorio può causare gonfiore, arrossamento e calore al tatto e la pelle può diventare spessa e bucherellata, simile a una buccia d'arancia. Altri sintomi che possono accompagnare la pelle del seno a "buccia d'arancia" sono la tensione mammaria, il dolore e la secrezione del capezzolo. È importante notare che la pelle del seno a buccia d'arancia può essere causata anche da altre condizioni, come una mastite o un'infezione della pelle. Se si notano cambiamenti nell'aspetto o nella consistenza della pelle del seno, è importante fissare un appuntamento con il proprio medico per un esame clinico del seno e per gli eventuali esami diagnostici necessari, come la mammografia, l'ecografia o la biopsia. La diagnosi e il trattamento precoci possono aumentare

le possibilità di successo del trattamento e della guarigione.

- Dolore e/o rientro del capezzolo: Il dolore o la rientranza del capezzolo può essere un sintomo di cancro al seno, anche se è importante notare che la maggior parte dei casi di dolore o rientranza del capezzolo non sono causati dal cancro. In alcuni casi, il cancro al seno può far sì che il capezzolo si rivolga verso l'interno o si inverta, causando dolore o fastidio. Ciò può verificarsi a causa di un tumore che tira i dotti lattiferi che portano al capezzolo. Altri sintomi che possono accompagnare il dolore o la rientranza del capezzolo sono la presenza di un nodulo o di un ispessimento del tessuto mammario, cambiamenti nelle dimensioni o nella forma del seno, o cambiamenti nella pelle del seno, come ad esempio la formazione di fossette o di pieghe.<sup>89</sup>

### **1.2.2 Fattori di rischio**

Esistono diversi fattori di rischio del tumore al seno, i quali possono essere suddivisi in due macrocategorie: fattori modificabili e fattori non modificabili <sup>1011</sup>.

Fattori modificabili:

- Sedentarietà: alcuni studi hanno dimostrato che le donne che praticano un'attività fisica regolare hanno un rischio minore di sviluppare il cancro al seno rispetto a quelle sedentarie. È importante notare che anche un'attività fisica leggera o moderata, come camminare, ha dimostrato di avere un effetto protettivo contro il cancro al seno.
- Consumo di alcol: il consumo di alcol è stato collegato a un aumento del rischio

---

<sup>8</sup> Symptoms of Breast Cancer | Breastcancer.org.  
[http://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms)

<sup>9</sup> Breast Cancer Signs and Symptoms.  
<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>

<sup>10</sup> American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention.  
<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>

<sup>11</sup> Factors with Unclear Effects on Breast Cancer Risk.  
<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/risk-and-prevention/factors-with-unclear-effects-on-breast-cancer-risk.html>

di cancro al seno. Più una donna beve alcolici, più alto è il rischio di sviluppare un tumore al seno. È importante notare che non tutte le donne che bevono alcolici svilupperanno il cancro al seno e che anche altri fattori, come la genetica e lo stile di vita, possono giocare un ruolo nel rischio di cancro al seno.

- Assenza di gravidanze e allattamento: la ricerca suggerisce che la gravidanza prima dei 30 anni può ridurre il rischio per una donna di sviluppare il cancro al seno più tardi nella vita. Questo perché durante la gravidanza il tessuto mammario va incontro a dei cambiamenti che lo rendono meno suscettibile al cancro.
- Obesità: l'obesità in menopausa è associata a un aumento del rischio di cancro al seno. Pertanto, le donne in sovrappeso o obese hanno livelli più elevati di estrogeni nel corpo rispetto alle donne di peso normale e questa maggiore esposizione agli estrogeni può favorire la crescita delle cellule del cancro al seno. Oltre ad aumentare i livelli di estrogeni, l'obesità può contribuire ad altri fattori che aumentano il rischio di cancro al seno, come l'infiammazione cronica e la resistenza all'insulina.
- TOS in menopausa (Terapia Ormonale estroprogestinica Sostitutiva): l'utilizzo della terapia ormonale sostitutiva (TOS) estrogeno-progestinica è stato associato a un aumento del rischio di cancro al seno. La TOS estrogeno-progestinica viene spesso prescritta alle donne per alleviare i sintomi della menopausa, come le vampate di calore e le sudorazioni notturne.
- Contraccettivi orali: le ricerche suggeriscono che l'uso di contraccettivi orali può essere associato a un leggero aumento del rischio di cancro al seno, anche se il rischio è relativamente basso e diminuisce dopo che la donna smette di usare il contraccettivo.
- Alimentazione: può svolgere un ruolo nella prevenzione e nella gestione del tumore al seno. Sebbene non esista un alimento o un nutriente specifico in grado di prevenire il tumore al seno, una dieta sana e ricca di frutta, verdura, cereali integrali, proteine magre e grassi sani può contribuire a ridurre il rischio di sviluppare il tumore al seno. Alcuni studi hanno suggerito che una dieta ricca di grassi saturi e di alimenti lavorati può aumentare il rischio di cancro al seno,



mentre una dieta ricca di alimenti di origine vegetale e di acidi grassi omega-3 può ridurre il rischio.

- Fumo: sebbene il fumo sia principalmente associato a un aumento del rischio di cancro ai polmoni, è stato collegato anche a un aumento del rischio di cancro al seno. L'evidenza di questa associazione non è così forte come per il cancro ai polmoni, ma gli studi suggeriscono che il fumo può aumentare il rischio di cancro al seno.

#### Fattori non modificabili:

- Età: si tratta di uno dei fattori di rischio più importanti per lo sviluppo del tumore al seno nelle donne. Il rischio di sviluppare un tumore al seno aumenta con l'età e la maggior parte dei casi di tumore al seno si verifica in donne di età superiore ai 50 anni. Ciò è probabilmente dovuto all'accumulo di fattori di rischio nel corso della vita, come l'esposizione agli ormoni riproduttivi, il consumo di alcol e il fumo. Inoltre, con l'età, il tessuto mammario diventa meno denso e più grasso, il che aumenta il rischio di sviluppare un tumore al seno. Tuttavia, è importante notare che il cancro al seno può colpire anche le donne più giovani e che il rischio individuale dipende da molti altri fattori, come la storia familiare, la genetica e lo stile di vita.
- Composizione del seno: la composizione del seno può avere un ruolo nel rischio di sviluppare un tumore al seno. Il seno è composto da diversi tipi di tessuto, tra cui tessuto ghiandolare, tessuto connettivo e tessuto adiposo. Le donne con un tessuto mammario più denso hanno un rischio maggiore di sviluppare un tumore al seno perché il tessuto denso può rendere più difficile l'individuazione di piccoli tumori alla mammografia. Il tessuto mammario denso presenta anche una maggiore quantità di tessuto ghiandolare, che è il tessuto che può sviluppare il cancro. Al contrario, le donne con un seno meno denso, ovvero con più tessuto adiposo, hanno un rischio minore di sviluppare un tumore al seno. Tuttavia, è importante notare che tutte le donne, indipendentemente dalla densità del seno, dovrebbero comunque seguire le linee guida per lo screening del cancro al seno.

Inoltre, le donne con determinati tipi di composizione del seno, come quelle con più tessuto ghiandolare, possono avere un rischio maggiore di sviluppare alcuni sottotipi di cancro al seno, come il cancro al seno positivo ai recettori ormonali. In generale, la composizione del seno è solo uno dei fattori che possono influenzare il rischio di sviluppare un tumore al seno, e altri fattori, come la storia familiare, la genetica e lo stile di vita, dovrebbero essere presi in considerazione.

- **Fattore familiare:** i fattori familiari possono svolgere un ruolo determinante nello sviluppo del tumore al seno. Le donne che hanno una storia familiare di cancro al seno, infatti, hanno un rischio maggiore di sviluppare la malattia rispetto alle donne che non hanno una storia familiare. Se una donna ha un parente di primo grado (come una madre, una sorella o una figlia) a cui è stato diagnosticato un tumore al seno, il suo rischio di sviluppare un tumore al seno è circa due o tre volte superiore a quello di una donna senza precedenti familiari.
- **Mutazioni genetiche:** Le mutazioni genetiche possono svolgere un ruolo significativo nello sviluppo del tumore al seno. Le mutazioni in alcuni geni, come BRCA1 e BRCA2, possono aumentare notevolmente il rischio di sviluppare il tumore al seno e altri tipi di cancro, come quello ovarico. BRCA1 e BRCA2 sono geni soppressori del tumore, il che significa che normalmente aiutano a prevenire il cancro regolando la crescita e la divisione cellulare. Tuttavia, quando questi geni sono mutati, non possono più funzionare correttamente, portando a una crescita cellulare incontrollata e a un aumento del rischio di cancro. Le donne che ereditano una mutazione nel gene BRCA1 o BRCA2 hanno un rischio significativamente più elevato di sviluppare il cancro al seno e alle ovaie rispetto alla popolazione generale.
- **Genere:** il tipo di tumore in questione può colpire sia le donne che gli uomini, ma è molto più comune nelle donne. Infatti, il cancro al seno risulta essere più comune nelle donne che negli uomini. La ragione di questa differenza è legata all'anatomia del seno. Sia gli uomini che le donne hanno tessuto mammario, ma le donne hanno più tessuto ghiandolare e meno tessuto adiposo, che può renderlo più suscettibile al cancro. Inoltre, le donne sono esposte a livelli più elevati di estrogeni e progesterone, ormoni che possono stimolare la crescita di alcuni tipi di cellule tumorali del seno.

- Menopausa tardiva: tale fattore risulta essere associato ad un aumento del rischio di cancro al seno. Il motivo di questo aumento del rischio è legato all'esposizione prolungata agli estrogeni, un ormone che può stimolare la crescita di alcuni tipi di cellule tumorali del seno. Durante l'età riproduttiva, i livelli di estrogeni aumentano e diminuiscono a ogni ciclo mestruale. Dopo la menopausa, le ovaie smettono di produrre estrogeni, ma l'ormone può ancora essere prodotto da altri tessuti del corpo, come le cellule adipose. Nelle donne in menopausa tardiva, la durata dell'esposizione agli estrogeni è più lunga e ciò può aumentare il rischio di sviluppare un tumore al seno.
- Displasie o neoplasie mammarie pregresse: le donne con una storia di displasia o neoplasia mammaria, come il carcinoma duttale in situ (DCIS), il carcinoma lobulare in situ (LCIS) o l'iperplasia atipica, hanno un rischio maggiore di sviluppare un carcinoma mammario invasivo in uno dei due seni. Il rischio è maggiore se le cellule anomale sono state trovate in giovane età o se c'è una storia familiare di cancro al seno.

### **1.3 Epidemiologia**

Il cancro al seno è il tumore più comune nelle donne, con circa 55.000 nuove diagnosi e 13.000 decessi ogni anno in Italia <sup>12</sup>.

I tassi di sopravvivenza al tumore al seno variano in base a diversi fattori, tra cui lo stadio del tumore al momento della diagnosi, il tipo di tumore al seno, l'età e lo stato di salute generale della donna e i trattamenti utilizzati.

In generale, il tasso di sopravvivenza a 5 anni per il tumore al seno è di circa l'88%, il che significa che circa l'88% delle donne a cui è stato diagnosticato un tumore al seno è ancora in vita dopo 5 anni dopo la diagnosi.

Nel 2022 in Italia sono stati diagnosticati circa 55.700 nuovi casi di tumore al seno. Nel

---

<sup>12</sup> Mangone L, Bisceglia I, Michiara M, Musolino A, Mazzoleni G, Caldarella A, Minerba S, Cascone G, Bella F, Dinaro Y, Pau L, Pinto C. Breast Cancer in Italy: Stage and Region Distribution. *Breast Cancer* (Dove Med Press). 2022 Apr 29;14:125- 131. doi: 10.2147/BCTT.S360244. PMID: 35515355; PMCID: PMC9064450.

2021 i decessi sono stati 12.500.

I programmi di screening, come la mammografia, svolgono un ruolo fondamentale per l'individuazione del tumore al seno nella fase iniziale, prima che si diffonda in altre parti del corpo. Quando il tumore al seno viene individuato precocemente, sono disponibili più opzioni terapeutiche e le probabilità di sopravvivenza sono più elevate. Inoltre, la maggiore consapevolezza delle donne sul cancro al seno e sull'importanza della diagnosi precoce ha contribuito a far sì che un maggior numero di donne si sottoponga regolarmente a esami del seno e mammografie. L'autoesame del seno e le campagne di sensibilizzazione hanno anche aiutato le donne a familiarizzare con il proprio seno e a notare più facilmente cambiamenti o anomalie.

In circa il 6-7% dei casi di cancro al seno, al momento della diagnosi il tumore si è già diffuso ad altre parti del corpo, come ossa, polmoni o fegato. Si tratta del cosiddetto tumore al seno metastatico, o tumore al seno di stadio IV <sup>13</sup>.

#### **1.4 Educazione sanitaria**

Come chiarito dall'OMS nel suo glossario, l'educazione sanitaria rappresenta una componente importante della promozione della salute, della prevenzione delle malattie e della fornitura di assistenza sanitaria. Comporta la fornitura di informazioni e risorse per aiutare gli individui a prendere decisioni informate sulla propria salute e ad adottare comportamenti sani.

L'attuazione dei programmi di educazione sanitaria è preceduta da un'attenta pianificazione, che comprende un'analisi della popolazione target secondo fattori socioeconomici, religiosi, culturali e linguistici: ogni paese ha le proprie caratteristiche e all'interno dello stesso paese ci possono essere differenze significative. L'educazione alla salute può utilizzare un'ampia varietà di strategie e metodi per raggiungere i suoi obiettivi: uso combinato di diversi metodi (conferenze, campagne locali e nazionali, uso di media e social network, distribuzione di video e altri strumenti educativi, consulenza individuale) sembra essere il processo educativo più efficace, soprattutto considerando l'enorme importanza della prevenzione secondaria attraverso la diagnosi precoce, la comunità internazionale ha designato ottobre come "mese della prevenzione del cancro

---

<sup>13</sup> "I numeri del cancro in Italia | AIOM." <https://www.aiom.it/i-numeri-del-cancro-in-italia/>.19 dicembre 2022, Roma.

al seno”.

In Italia, lo screening oncologico è considerato un importante livello di assistenza, che garantisce il diritto dei cittadini alla tutela della propria salute; Il lancio dei programmi è sempre stato preceduto e accompagnato da numerose iniziative di informazione e comunicazione rivolte al target group e agli operatori sanitari. Dagli anni ‘90 sono state organizzate campagne di informazione e comunicazione di massa sia nazionali che regionali per raggiungere la popolazione, inclusi i non invitati, utilizzando diversi mezzi di comunicazione: giornali, pubblicità televisive o radiofoniche, siti web dedicati, manifesti, cartelloni pubblicitari sui veicoli, trasporti, incontri straordinari con residenti, gruppi civici o intermediari sociali.

Il Piano Oncologico Nazionale 2022-2027 sottolinea l’importanza di un approccio multidisciplinare (oncologi, nutrizionisti, endocrinologi, nutrizionisti), che deve prendersi cura di donne non solo dalla fase terapeutica alla riabilitazione, ma anche dalla fase preventiva.

La Lega Italiana per la Lotta ai Tumori (LILT) ha fondato nel 1993 la campagna Nastro Rosa, sostenuta dai partner per la prevenzione del tumore al seno. Grazie a questa campagna, ogni anno nel mese di ottobre, persone hanno la possibilità di sottoporsi gratuitamente a visite senologiche, chiedere consigli, familiarizzare con materiali informativi e brochure dedicate negli ambulatori dislocati sul territorio.

Nel 2021 è stata lanciata la Campagna di Informazione e Comunicazione Breast Health, realizzata dal Ministero della Salute in collaborazione con Roma Tor Vergata e le Università di Modena e Reggio Emilia: realizzata in sinergia con il Dipartimento Senologia. In due ospedali universitari, il progetto fornisce uno strumento per comprendere misure di prevenzione oncologica e offre la possibilità di effettuare gratuitamente visite mediche telefoniche a donne “a più alto rischio” previa compilazione di un questionario anamnestico<sup>1415</sup>.

A.N.D.O.S. Onlus, nota anche come Associazione Italiana Donne con Tumore al Seno, è stata fondata nel 1979 in Italia da un gruppo di pazienti affette da tumore al seno, tra cui la signora Luisa Nemez. L’organizzazione è stata originariamente fondata come Centro di Riabilitazione per la Mastectomia, con l’obiettivo di fornire servizi di supporto e

---

<sup>14</sup> Diktapanidou, S., & Ziogou, T. (2011). Breast cancer in the women and health promotion. *Progress in Health Sciences*, 1, 165-170

<sup>15</sup> Camia P., Roveda A.M., Signorelli C. (2018). Promuovere la partecipazione attiva della persona sana nella salvaguardia del proprio patrimonio di salute. In *Educare alla salute e all’assistenza. Manuale operatori*. Mondadori

riabilitazione alle donne che avevano subito un intervento di mastectomia per cancro al seno.

Nel corso degli anni, l'A.N.D.O.S. ha ampliato la sua missione per includere un'ampia gamma di attività e servizi volti a migliorare la qualità della vita delle donne affette da tumore al seno e delle loro famiglie. Queste includono campagne di educazione e sensibilizzazione, sostegno per un migliore accesso all'assistenza sanitaria e alle cure, programmi di sostegno psicosociale e raccolta di fondi per la ricerca sul cancro al seno.<sup>16</sup>

Il termine prevenzione deriva dal latino e significa letteralmente “venire prima”, che in senso medico di malattia viene prima, individuando ed eliminando le cause che portano allo sviluppo della malattia e scegliendo stili di vita più sani. La forza della prevenzione è la ricerca scientifica, la conoscenza, ma soprattutto l'educazione alla salute. Il passo più importante per vincere la lotta contro il cancro è sensibilizzare la popolazione al problema, dare informazioni per lo sviluppo di una cultura della prevenzione oncologica, e quindi informare le persone sulle possibili cause, sui fattori di rischio e su tutto ciò che può essere fatto per prevenire la malattia al momento<sup>17</sup>. I mezzi di educazione preventiva comprendono i mass media, la scuola, il posto di lavoro, i programmi di sanità pubblica (monitoraggio), i medici di famiglia, ecc.

Le attività di controllo dei tumori consentono di suddividere la prevenzione nelle seguenti fasi<sup>18</sup>:

**Prevenzione primaria:** contempla tutte quelle misure finalizzate a sopprimere le cause e/o i fattori di rischio connessi allo sviluppo della malattia. Evitando l'esposizione a tali fattori, si riduce il rischio di ammalarsi.

**Prevenzione secondaria:** si riferisce ai comportamenti sanitari che promuovono la diagnosi precoce e la cura delle malattie. Spesso, il successo del trattamento del tumore è

---

<sup>16</sup> ANDOS "LA NOSTRA STORIA." <https://www.andosonlusnazionale.it/chi-siamo/la-nostra-storia.html>.

<sup>17</sup> Liu K, Zhang W, Dai Z, Wang M, Tian T, Liu X, Kang H, Guan H, Zhang S, Dai Z. Association between body mass index and breast cancer risk: evidence based on a dose- response meta-analysis. *Cancer Manag Res.* 2018 Jan 18;10:143-151. doi: 10.2147/CMAR.S144619. PMID: 29403312; PMCID: PMC5783020

<sup>18</sup> Antinozzi C. et al., Ruolo dell'esercizio fisico nel trattamento del carcinoma della mammella positivo al recettore degli estrogeni. *L'endocrinologo*, 23, 2022, 238-246.

anche significativamente migliorato se il tumore viene rilevato in una fase precoce della malattia; è quindi importante saper riconoscere i sintomi e ottenere esami diagnostici efficaci.

Prevenzione terziaria: mira alla prevenzione delle complicanze e alla riabilitazione dopo l'insorgenza della malattia per consentire un miglioramento della qualità della vita e favorire, peraltro, il reinserimento della persona nella sua sfera sociale ed affettiva.

#### **1.4.1 Lo screening mammografico**

Lo screening è progettato per individuare una malattia in individui che non presentano ancora alcun sintomo. L'obiettivo dello screening è quello di identificare una malattia in una fase precoce, preclinica, quando può essere più curabile e avere un esito migliore.

I test di screening possono assumere diverse forme e possono coinvolgere mezzi clinici, strumentali o di laboratorio. Esempi di test di screening per il cancro al seno sono la mammografia, gli esami clinici del seno e gli autoesami del seno. Questi esami hanno lo scopo di individuare il tumore al seno in una fase precoce, prima della comparsa dei sintomi, per migliorare le possibilità di successo del trattamento.

È importante osservare che lo screening, pur essendo uno strumento efficace per la diagnosi precoce del tumore al seno, non è perfetto. Possono verificarsi risultati falsi positivi, che portano a inutili ansie e ulteriori esami, e risultati falsi negativi, che danno alle persone un falso senso di sicurezza. È importante discutere i rischi e i benefici dello screening del tumore al seno con un operatore sanitario e seguire le linee guida di screening raccomandate in base ai fattori di rischio individuali.

Le fasi di uno screening sono:

- Spedizione di inviti e divulgazione di informazioni in riferimento alla prevenzione del cancro;
- Esame diagnostico;
- Eventuali accertamenti.

- In caso positivo, inizio di un percorso di cura e trattamento
- Trattamento e analisi di dati

I compiti delle AULSS sono:

- Promuovere gli screening oncologici;
- Garantire le risorse indispensabili per il funzionamento corretto del servizio;
- Garantire la partecipazione dei medici di base;
- Promuovere l'informazione in riferimento alla prevenzione dei tumori;
- Garantire controlli di qualità per valutare l'efficacia e l'efficienza del servizio di screening;
- Garantire continua formazione ai dipendenti.

I compiti delle Regioni sono:

- Garantire e organizzare screening oncologici di elevata qualità su tutto il territorio regionale;
- Valutare programmi di screening tenendo in considerazione i dati epidemiologici riscontrati;
- Garantire continua formazione ai dipendenti, in base a determinati criteri individuati a livello sia nazionale sia regionale;
- Svolgere controlli di qualità in relazione alle procedure alle quali gli screening oncologici fanno riferimento;
- Determinare le modalità di controllo;



- Consultare i rappresentanti dei cittadini.

Antecedentemente alla fase di avvio di un programma, deve essere assicurata la continuità del finanziamento necessario. È auspicabile la predisposizione di sistema di monitoraggio dei costi per fase. La partecipazione allo screening si concretizza nell'esercizio di un diritto che richiede piena conoscenza: l'aspetto comunicativo è quindi molto importante. Pertanto, un invito a sostenere un esame deve includere informazioni sui possibili rischi e benefici derivanti dallo svolgimento dell'esame. Gli inviti alla mammografia (ogni due anni per le donne di età compresa tra 50 e 69 anni) può ridurre del 35% la possibilità di morire di cancro al seno, secondo alcune recenti evidenze raccolte dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC). Pertanto, vi è la necessità di un piano di sanità pubblica che garantisca la stessa qualità, grazie alla formazione degli operatori e alla fornitura di un adeguato sistema di garanzia della qualità, come previsto dalle linee guida europee. Si raccomanda la mammografia a doppia lettura, con eventuale discussione tra radiologi o, in caso di disaccordo, giudizio di un terzo radiologo. I radiologi che partecipano al programma di screening devono: dedicare almeno il 50% del loro tempo lavorativo alle mammografie; leggere almeno 5.000 esami di screening all'anno; collaborare regolarmente con altri professionisti del servizio di screening (patologi, chirurghi, oncologi, radioterapisti, tecnici e personale infermieristico); partecipare ad incontri multidisciplinari su casi clinici, partecipare a revisioni periodiche del proprio operato. Data la maggiore aspettativa di vita delle donne anziane e la crescente disponibilità di trattamenti efficaci, si sta valutando la possibilità di estendere il programma mammografico alla fascia di età compresa tra 70 e 74 anni. Inoltre, recenti ricerche suggeriscono che lo screening può essere utile anche per le donne di età compresa tra 40 e 49 anni. La decisione di ampliare la fascia di età dello screening mammografico a oltre 70 anni e sotto i 50 anni dovrebbe essere lasciata ai distretti per condurre valutazioni gratuite basate sulle risorse disponibili e valutazioni di costo-efficacia. Nella fascia di età 45-49 anni, la Legge Finanziaria 2001 garantisce l'esenzione dai pagamenti. La possibilità di includere queste donne in un programma di screening deve essere sottoposta a valutazioni distrettuali individuali. In questo contesto, come osservato nelle raccomandazioni europee, è opportuno garantire una corretta informazione sui vantaggi e sui limiti dello screening, non solo un severo controllo di qualità. Inoltre, è richiesta la mammografia con doppia proiezione a doppia lettura con

una frequenza di 12-18 mesi. Sulla base di considerazioni di costo-efficacia, l'intervallo appropriato per le donne di età superiore ai 50 anni dovrebbe essere di due anni. Per i progetti pilota che coinvolgono donne di età compresa tra 45 e 49 anni, dovrebbero essere utilizzati intervalli più brevi (12-18 mesi)<sup>19</sup>.

L'analisi delle tecniche oggi a disposizione per rilevare il tumore al seno deve essere preceduta dalla messa in atto di un altro strumento di autovalutazione di carattere preventivo, ossia l'autopalpazione del seno. Si tratta di una pratica funzionale a verificare la presenza di noduli oppure di altri segni dai quali si potrebbe dedurre la possibile esistenza della malattia. Questa pratica dovrebbe essere svolta con una cadenza mensile, per poter rendersi conto delle caratteristiche del proprio seno e testare progressivamente eventuali mutamenti o anomalie.

La suddetta procedura può avvenire nel modo di seguito prospettato:

- Innanzitutto, sdraiarsi supini e posizionare un cuscino sotto la spalla destra. Con la mano sinistra, utilizzare i cuscinetti delle dita per tastare il seno destro con movimenti circolari, partendo dal bordo esterno e procedendo verso il capezzolo;
  - Prestare attenzione a eventuali noduli, nodi duri o ispessimenti del tessuto mammario (bisogna usare diversi livelli di pressione per assicurarsi di sentire tutti gli strati del tessuto mammario);
  - Ripetere il medesimo procedimento sul seno sinistro, usando la mano destra
- 20.

La mammografia è una tecnica di imaging medico che utilizza raggi X a bassa energia per produrre immagini del tessuto mammario. È uno strumento di screening ampiamente utilizzato per il cancro al seno e può rilevare tumori o altre anomalie prima che possano

---

<sup>19</sup> "Ministero della Salute." [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_774_allegato.pdf), pubblicato nel 2004.

<sup>20</sup> The Five Steps of a Breast Self-Exam Breastcancer.org. "Breastcancer.org - Breast Cancer Information and Support." [https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self\\_exam/bse\\_steps](https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self_exam/bse_steps).

essere percepite durante un esame fisico.

Durante la mammografia, il seno viene compresso tra due piastre per appiattire e distendere il tessuto. Questo può causare un certo disagio, ma dura solo pochi secondi. L'apparecchio a raggi X scatta quindi immagini del seno da diverse angolazioni, che vengono esaminate da un radiologo per individuare eventuali anomalie o cambiamenti nel tessuto mammario.

La mammografia viene generalmente consigliata alle donne che hanno 50 anni o più, o a quelle con un rischio più elevato di cancro al seno a causa di fattori come la storia familiare o le mutazioni genetiche. Tuttavia, l'età consigliata per iniziare la mammografia può variare a seconda dei fattori di rischio e dell'anamnesi del soggetto coinvolto.

È peraltro importante notare che la mammografia non è accurata al 100% e a volte può mancare piccoli tumori o dare luogo a falsi positivi. Per questo motivo, è importante combinare la mammografia con altri strumenti di screening, come ad esempio l'autoesame del seno.

La durata di un esame mammografico è di circa 10-15 minuti. Nella mammografia, le radiografie sono effettuate da un tecnico specializzato, chiamato mammografo. Il tecnico è responsabile del corretto posizionamento della paziente, della compressione del seno e dello scatto delle immagini necessarie<sup>21</sup>.

#### **1.4.2 Programma di screening**

Nel dicembre 2003, il Consiglio dell'Unione Europea ha raccomandato agli Stati membri di attuare programmi di screening per il cancro al seno, alla cervice e al colon-retto. L'obiettivo di tali programmi era propriamente quello di migliorare la diagnosi e il trattamento precoci di questi tumori, che possono portare a risultati migliori e a tassi di mortalità ridotti.

Con riferimento all'Italia, i piani sanitari relativi ai periodi 1998-2000 e 2003-2005 hanno attribuito una rilevante importanza alla prevenzione dei tumori. Essi hanno incluso varie misure volte alla prevenzione del cancro, come campagne di educazione sanitaria per aumentare la consapevolezza dell'importanza dello screening e dei comportamenti di vita

---

<sup>21</sup> "Azienda ULSS 8 Berica: Screening mammografico per la prevenzione del tumore al seno"  
<https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/2094.28/06/2022>, Vicenza.

sani.

Peraltro, i piani si sono concentrati sul miglioramento della diagnosi e del trattamento del cancro attraverso investimenti nella tecnologia medica e nella ricerca. Hanno anche dato priorità allo sviluppo di reti di assistenza oncologica completa per garantire che i pazienti ricevano cure di alta qualità durante tutto il loro percorso oncologico.

Sempre con riferimento al nostro Paese, la legge finanziaria 2001 ha stabilito un'esenzione dal pagamento del ticket per gli screening oncologici. L'esenzione è stata applicata, in particolare, al costo della mammografia e del Pap test, utilizzati rispettivamente per lo screening del cancro al seno e al collo dell'utero. La finalità di tale esenzione è stata quella di ridurre gli ostacoli di natura finanziaria allo screening del cancro e incoraggiare un maggior numero di persone a sottoporsi a screening regolari.

Grazie all'esenzione dal ticket, le persone idonee hanno potuto sottoporsi gratuitamente alla mammografia e al Pap test, senza dover sostenere alcuna spesa. L'esenzione è stata prevista per tutti i cittadini e i residenti italiani, indipendentemente dall'età e dal livello di reddito.

L'esenzione dal pagamento del ticket si è inserita nel contesto di un più ampio sforzo compiuto dall'Italia al fine di migliorare la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori. Il Paese ha attuato diverse politiche e programmi volti a ridurre l'onere del cancro, tra cui programmi di screening, campagne di salute pubblica e investimenti nella ricerca e nella cura del cancro.

Peraltro, l'Accordo Stato-Regioni del marzo 2005 ha istituito fondi per il miglioramento dei servizi di screening. L'accordo mirava a rafforzare ed espandere i programmi di screening esistenti per il cancro al seno, alla cervice uterina e al colon-retto e a promuovere l'implementazione di nuovi programmi nelle aree in cui erano carenti. I fondi forniti dall'accordo sono stati utilizzati per migliorare la qualità e l'accessibilità dei servizi di screening, attraverso investimenti in attrezzature, formazione del personale e sviluppo di reti di screening. L'accordo ha inoltre dato priorità all'uso di protocolli di screening basati sull'evidenza e all'adozione di standard di garanzia della qualità per garantire l'efficacia e la sicurezza dei programmi di screening. Uno degli obiettivi principali dell'Accordo Stato-Regioni era quello di ridurre le disparità di accesso ai servizi di screening nelle diverse regioni italiane. I fondi sono stati distribuiti alle autorità sanitarie regionali in base alla dimensione della popolazione e alla prevalenza del cancro

nella loro area, con l'obiettivo di fornire un accesso equo ai servizi di screening a tutti gli individui idonei, indipendentemente dal luogo di residenza <sup>22</sup>.

L'attuazione e lo sviluppo di programmi nazionali di screening del tumore al seno negli Stati membri dell'Unione europea rappresentano un passo importante verso il miglioramento della prevenzione e della diagnosi precoce e la riduzione del tumore al seno nella popolazione. Gli Stati membri, esclusi Bulgaria, Grecia e Slovacchia, dispongono di programmi nazionali di screening del cancro al seno<sup>23</sup>. I programmi di screening del tumore al seno in Europa variano da Paese a Paese e si basano su linee guida e raccomandazioni nazionali<sup>24,25</sup>.

Esistono diversi indicatori che possono essere utilizzati per monitorare l'efficacia dei programmi di screening mammografico in Europa. Alcuni di questi indicatori includono:

- Tassi di partecipazione: si riferiscono alla percentuale di donne idonee che partecipano al programma di screening. Tassi di partecipazione elevati sono importanti per garantire che il programma di screening raggiunga la popolazione prevista e possono migliorare l'efficacia complessiva del programma.
- Tassi di individuazione: sono riferiti, in particolare, alla percentuale di donne a cui viene diagnosticato un tumore al seno in seguito al programma di screening. Tassi di individuazione più elevati indicano che il programma di screening è efficace nell'identificare il tumore al seno in fase precoce.
- Tassi di cancro di intervallo: si riferiscono alla percentuale di donne a cui viene diagnosticato un tumore al seno tra gli appuntamenti di screening programmati. Tassi di cancro di intervallo più bassi indicano che il programma di screening è efficace nel rilevare il cancro al seno in fase precoce.

---

<sup>22</sup> "Ministero della Salute." [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf) pubblicato nel 2004.

<sup>23</sup> Sottocornola C, Creonti I, Del Dò E, Traino C, Caramella D. Gestione del dato dosimetrico in mammografia. Accettato per la pubblicazione sul Giornale Italiano di Radiologia Medica.

<sup>24</sup> Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: An analysis of 27,825 patient evaluations. 2002;225(1):165-175

<sup>25</sup> Zappa M. Rapporto 2016. Oss Naz Screen. 2016.

- Tassi di falsi positivi: i tassi di falsi positivi si riferiscono alla percentuale di donne che ricevono risultati di screening anormali ma che, dopo ulteriori esami, risultano non avere il cancro al seno. Tassi di falsi positivi più bassi indicano che il programma di screening è efficace nel ridurre le procedure diagnostiche non necessarie e l'ansia delle donne che ricevono risultati anormali.
- Tassi di mortalità: I tassi di mortalità si riferiscono al numero di decessi per cancro al seno nella popolazione in un determinato periodo di tempo. Una riduzione dei tassi di mortalità indica che il programma di screening è efficace nel rilevare il tumore al seno in fase precoce e nel migliorare gli esiti.

Nel complesso, il monitoraggio di questi indicatori può aiutare a valutare l'efficacia dei programmi di screening mammografico in Europa e a identificare le aree di miglioramento. È importante notare che gli indicatori ottimali e i valori target possono variare a seconda delle linee guida e delle raccomandazioni nazionali<sup>2627282930</sup>.

I programmi di screening del tumore al seno sono stati introdotti per la prima volta in Italia negli anni '90, con programmi pilota avviati nelle regioni Piemonte e Toscana. Questi programmi miravano a migliorare la diagnosi precoce e il trattamento del tumore al seno e si basavano sull'uso dello screening mammografico per le donne entro una certa fascia di età.

In seguito al successo di questi programmi pilota, lo screening del tumore al seno è stato gradualmente esteso ad altre regioni italiane, con la definizione di linee guida e raccomandazioni nazionali nei primi anni 2000. L'implementazione e lo sviluppo dei programmi di screening del tumore al seno in Italia hanno rappresentato un passo importante verso il miglioramento della prevenzione e della diagnosi precoce e la

---

<sup>26</sup> Zappa M. Rapporto 2016. Oss Naz Screen. 2016.

<sup>27</sup> Molina Y, Thompson B, Ceballos RM. Physician and Family Recommendations to Obtain a Mammogram and Mammography Intentions: The Moderating Effects of Perceived Seriousness and Risk of Breast Cancer. *J women's Heal care*. 2014;3(6). doi:10.4172/2167-0420.1000199

<sup>28</sup> Husaini BA, Sherkat DE, Bragg R, et al. Predictors of Breast Cancer Screening in a Panel120 Study of African American Women. *Women Health*. 2001;34(3):35-51 . doi:10.1300/J013v34n03\_03

<sup>29</sup> Allen JD, Sorensen G, Stoddard AM, Colditz G, Peterson K. Intention to Have a Mammogram in the Future Among Women Who Have Underused Mammography in the Past. *Heal Educ Behav*. 1998;25(4):474-488. doi:10.1177/109019819802500406.

<sup>30</sup> Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, Damiani

G. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. *BMC Public Health*. 2018 Nov 6;18(1):1236. doi: 10.1186/s12889-018-6155-5. PMID: 30400786; PMCID: PMC6220470

riduzione del peso del tumore al seno sulla popolazione.

Oltre allo screening mammografico, alcuni programmi di screening del tumore al seno in Italia offrono anche opzioni di screening aggiuntive, come l'ecografia mammaria o la risonanza magnetica (RM) per le donne che sono a più alto rischio di sviluppare il tumore al seno<sup>3132</sup>.

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), la copertura dello screening mammografico in Italia è aumentata costantemente nel corso degli anni<sup>33</sup>. La percentuale di donne che partecipano allo screening mammografico varia a seconda della regione, con alcune regioni che presentano tassi di partecipazione più elevati (Nord-Est e Centro Italia) rispetto ad altre (Mezzogiorno). Nel 2019, il 70,9% delle donne di 50-69 anni ha dichiarato di essersi sottoposta a uno screening mammografico entro i due anni dall'intervista (cadenza raccomandata)<sup>1</sup>. Tuttavia, sono in corso dibattiti e discussioni sui metodi e gli intervalli di screening più efficaci e sui potenziali rischi e benefici dello screening del tumore al seno. Nel complesso, nonostante le sfide e le variazioni nella copertura dello screening mammografico in Italia, gli sforzi per migliorare i programmi di screening del tumore al seno e aumentare i tassi di partecipazione sono continui.

### **1.5 Ruolo dei media nella prevenzione**

I media possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione del tumore al seno, sensibilizzando sull'importanza della diagnosi precoce e promuovendo comportamenti sani che possono ridurre il rischio di sviluppare il tumore al seno. Ecco alcuni modi in cui i media possono contribuire alla prevenzione del tumore al seno:

- Educazione: I media possono fornire informazioni accurate e aggiornate sui fattori di rischio del tumore al seno, sui metodi di screening e sulle opzioni di trattamento. Educando il pubblico su questi temi, i media possono contribuire ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e della

---

<sup>12</sup> Mangone L, Bisceglia I, Michiara M, Musolino A, Mazzoleni G, Caldarella A, Minerba S, Cascone G, Bella F, Dinario Y, Pau L, Pinto C. Breast Cancer in Italy: Stage and Region Distribution. *Breast Cancer* (Dove Med Press). 2022 Apr 29;14:125- 131. doi: 10.2147/BCTT.S360244. PMID: 35515355; PMCID: PMC9064450

<sup>32</sup>Stefania G, Giuseppe A, Paolo A, et al. I Numeri Del Cancro in Italia 2017. (Il Pensiero Scientifico Editore, ed.). Report AIOM-AIRTUM; 2017.

doi:[http://www.registritumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registritumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf).

<sup>33</sup> "Istat." <https://www.istat.it/it/files/2021/12/REPORT-PREVENZIONE-2019.pdf>.



diagnosi precoce del tumore al seno.

- Campagne di sensibilizzazione: I media possono contribuire a sensibilizzare l'opinione pubblica sul cancro al seno e a promuovere comportamenti sani che possono ridurre il rischio di sviluppare il cancro al seno, come l'esercizio fisico regolare, il mantenimento di una dieta sana e la limitazione del consumo di alcol.
- Copertura giornalistica: I media possono raccontare storie di sopravvissuti al tumore al seno e delle loro esperienze, nonché dei progressi nella ricerca e nel trattamento del tumore al seno. Questo tipo di notizie può contribuire a ispirare e responsabilizzare le donne a prendere il controllo della propria salute mammaria e a sottoporsi a screening e trattamenti appropriati.
- I social media: Le piattaforme dei social media possono essere utilizzate per condividere informazioni e risorse sulla prevenzione e la diagnosi precoce del tumore al seno, nonché per mettere in contatto le donne con gruppi di sostegno e altre risorse.

I social media possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione del tumore al seno, fornendo una piattaforma per condividere informazioni, sensibilizzare e promuovere comportamenti sani che possono ridurre il rischio di sviluppare il tumore al seno. Si riportano di seguito alcuni modi attraverso cui i social media possono contribuire alla prevenzione del tumore al seno:

- Condivisione di informazioni: i social media possono essere utilizzati per condividere informazioni accurate e aggiornate sui fattori di rischio del tumore al seno, sui metodi di screening e sulle opzioni di trattamento. Condividendo informazioni affidabili, i social media possono contribuire ad aumentare la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce del tumore al seno.
- Campagne di sensibilizzazione: i social media possono essere utilizzati per lanciare e promuovere campagne di sensibilizzazione sul cancro al seno, come

il Mese della consapevolezza del cancro al seno in ottobre. Queste campagne possono contribuire a sensibilizzare l'opinione pubblica sul cancro al seno e a promuovere comportamenti sani che possono ridurre il rischio di sviluppare il tumore al seno, come l'esercizio fisico regolare, il mantenimento di una dieta sana e la limitazione del consumo di alcol.

- Gruppi di sostegno: i social media possono essere utilizzati per mettere in contatto le donne con gruppi di sostegno per il tumore al seno e altre risorse. Questo può aiutare a fornire supporto emotivo e consigli pratici alle donne a cui è stato diagnosticato un tumore al seno o che sono in trattamento.
- Difesa delle pazienti: i social media possono essere utilizzati dalle organizzazioni e dai sostenitori delle pazienti per promuovere il finanziamento della ricerca sul cancro al seno e i cambiamenti politici che possono migliorare la prevenzione e il trattamento del tumore al seno.

È importante che le piattaforme di social media garantiscano che le informazioni condivise sulle loro piattaforme siano accurate e basate sull'evidenza, e che impediscano la diffusione di informazioni errate o di consigli dannosi. Fornendo una piattaforma per la condivisione di informazioni affidabili e la promozione di comportamenti sani, i social media possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione e nella diagnosi precoce del tumore al seno.

Molti Paesi hanno lanciato campagne di informazione fin dall'inizio degli anni '90 per incoraggiare le donne a sottoporsi a Pap test e screening mammografico. Queste campagne mirano ad aumentare la consapevolezza dell'importanza di uno screening regolare del cancro al collo dell'utero e della mammella e a incoraggiare le donne a partecipare ai programmi di screening.

Le campagne informative possono assumere varie forme, come annunci di servizio pubblico, pubblicità sui media cartacei e online, materiali educativi ed eventi di sensibilizzazione della comunità. Alcune campagne possono essere rivolte a popolazioni specifiche, come le donne di determinate origini etniche o socioeconomiche, per affrontare le disparità nei tassi di screening.

Queste campagne informative si sono rivelate efficaci nell'aumentare la consapevolezza e la conoscenza dello screening del cancro del collo dell'utero e della mammella e possono

contribuire a migliorare i tassi di screening. Tuttavia, l'efficacia di queste campagne possono variare a seconda del contesto e della popolazione specifica a cui si rivolgono.

Oltre alle campagne informative, alcuni Paesi hanno attuato politiche e programmi per aumentare l'accesso allo screening del cancro del collo dell'utero e della mammella, come l'offerta di programmi di screening gratuiti o a basso costo, l'espansione delle strutture e dei servizi di screening e la diffusione e l'educazione delle comunità meno servite.

In generale, le campagne di informazione sono una componente importante degli sforzi per migliorare la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro, ma dovrebbero essere combinate con altre strategie per ottenere il massimo impatto<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> Bucchi M., La salute e i mass media. DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus., 17, 1997, 69-79

<sup>1</sup> +14 punti percentuali rispetto al 2013, poco più di 2 punti rispetto al 2015.



## **CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**

### **2.1 Problema**

Il tumore al seno è la neoplasia più comune, con una stima di 55.700 nuove diagnosi nelle donne nel 2022<sup>35</sup>.

La crescente frequenza dei nuovi casi negli ultimi decenni è stata accompagnata da un calo della mortalità, grazie anche all'adesione ai programmi di screening.

Secondo le ultime stime dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC, 2019), la adesione allo screening mammografico riduce la mortalità del 35%<sup>36</sup>.

I programmi di screening sono progettati per diminuire la mortalità promuovendo una diagnosi precoce, aumentando così le possibilità di trattamento e recupero tramite interventi meno invasivi; quindi, è fondamentale la piena espansione e l'adesione ai programmi di screening.

### **2.2 Scopo dello studio**

Lo scopo dello studio è di rilevare la percezione delle donne riguardo lo screening mammografico alla popolazione di studio nello specifico: raccogliere le motivazioni e i fattori incidenti la mancata adesione allo screening per tumore della mammella di 1° livello.

Tutti questi aspetti vengono osservati attraverso una valutazione sulla percezione che le donne intervistate hanno in termini pratici, emotivi ed organizzativi.

La partecipazione dipende dalla percezione dello screening.

L'obiettivo generale è:

- raccogliere le motivazioni e i fattori incidenti la mancata adesione allo screening per tumore della mammella di 1° livello.

Gli obiettivi specifici sono:

- Descrivere la fascia d'età del campione

---

<sup>35</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it."

<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>

<sup>36</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it."

<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>

- Descrivere la prevalenza delle motivazioni ostacolanti
- Descrivere le evidenze in letteratura che dimostrano l'efficacia dello Screening
- Descrivere le migliori strategie utilizzate per aumentare l'adesione

I quesiti di ricerca sono:

1. Quali sono i motivi per cui gli utenti non partecipano al Programma di Screening al Seno?
2. Quali sono le fasce di età maggiormente non aderenti?
3. Quali sono le evidenze in letteratura di dimostrata efficacia riguardo la partecipazione allo Screening Mammografico?
4. Quali possono essere le migliori strategie per aumentare l'adesione al Programma di Screening?

### **2.3 Revisione della letteratura**

La revisione bibliografica è stata condotta tramite l'utilizzo del motore di ricerca GOOGLE. Le parole libere di ricerca utilizzate sono state:

- Carcinoma alla mammella;
- Adesione ai programmi di screening mammografico;
- Epidemiologia del carcinoma;

Gli elementi di ricerca hanno indirizzato a siti italiani e internazionali per lo più istituzionali o scientificamente riconosciuti delle seguenti Associazioni, Enti e Istituzioni quali:

- AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica);
- AIRC (Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro);
- Regione Veneto;
- GISMA (Gruppo Italiano Screening Mammografico);
- ANDOS (Associazione Italiana Donne Operate al Seno);
- Ministero della Salute;

- Osservatorio Nazionale Screening;
- LILT (Lega Italiana Lotta ai Tumori).

Una prima ricerca ha preso avvio nel sito web di AIOM consultando l'articolo sulle linee guida 2022 "*Linee guida neoplasia della mammella*" e l'articolo sui dati epidemiologici "*I numeri del cancro 2022*".

Una seconda ricerca ha preso avvio nel sito web "Rivista dell'associazione italiana di epidemiologia" con l'articolo "*Health Technology Assesment - Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici*" pubblicato agli inizi del 2012 e sintetizza le evidenze scientifiche sui metodi per aumentare la partecipazione agli screening per il cancro.

Un' ulteriore ricerca è stata effettuata sul sito web del Ministero della Salute consultando l'articolo "*Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*" pubblicato ad ottobre del 2006 e riassume le raccomandazioni ministeriali sull'organizzazione, pianificazione ed esecuzione dei Programmi di Screening su tutto il territorio Nazionale.





## CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

Il progetto di studio è stato creato attraverso un'analisi sintetizzata sulla sinossi (allegato ...).

Si tratta di uno studio trasversale esplorativo di tipo caso controllo, dove i casi sono le donne che non aderiscono al programma di screening mammografico gratuitamente proposto dal servizio pubblico ogni 2 anni per le donne in età 50-75. I controlli sono le donne nella stessa fascia di età che aderiscono al programma. Nella organizzazione dello studio ci si è posto l'obiettivo di intervistare 100 casi e 100 controlli.

Di seguito, vengono descritti gli strumenti utilizzati, quali il questionario quantitativo, indicando le modalità di autorizzazione, di rispetto della privacy, di raccolta e di analisi dei dati.

### 3.1 Questionario

Con lo scopo di raggiungere l'obiettivo generale di tesi è stato creato e somministrato un questionario ad un campione ragionato (non probabilistico), indirizzato a donne che rientrano nel programma di screening. Il campione non è probabilistico per diversi fattori come:

- Il mese di nascita (nella maggior parte dei casi la donna viene invitata nel mese in cui compie gli anni);
- L'operatrice che gestisce ed organizza le agende decide quali soggetti invitare tra cui *“tutti, mai invitati, da richiamare, non invitati al round precedente, aderenti al round precedente, non aderenti al round precedente, esclusi al round precedente”* e dà priorità a chi ha aderito sempre per non sprecare risorse umane ed economiche.

Traendo alcuni spunti dal testo *“Metodi e strumenti statistici per la ricerca”* pagina 291 dell'autore Mario A. Bonamin è stato redatto un questionario con Microsoft Word nei mesi di dicembre e gennaio con il supporto del Relatore e della Correlatrice. Le informazioni raccolte sono state trattate in forma anonima e aggregata, secondo il D. Lgs 30 giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” integrato con le modifiche del D. Lgs 10 agosto 2018 “Disposizione per l'adeguamento della normativa

nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)”.

Il questionario è composto da 13 domande tra cui 10 batterie di domande e 2 a risposta libera. L'età si è ricavata attraverso le schede del programma Regionale. (allegato...)

Domanda A0- Distretto di appartenenza

Le domande del questionario chiedono di riferire il distretto di appartenenza tra Vicenza-Sandriago.

Domanda A1- Partecipazione

Presenta una batteria di domande per constatare la partecipazione al programma di screening dell'AULSS 8 Berica.

Domanda A2- Non partecipazione per visita annuale e/o privata

È composta da due domande: la prima indaga sulla mancata adesione per probabile visita annuale e la seconda indaga su probabile visita privata.

Presenta in entrambi i casi una batteria di domande.

Domanda A3- Motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening

È composta da 8 domande che valutano i motivi pratici che ostacolano l'effettuazione della mammografia periodica.

Presenta una batteria di domande sui motivi famigliari, di lavoro, personali, comprensione della lingua, distanza, mezzi pubblici, autonomia e comunicazione.

Domanda A4- Motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo Screening.

È composta da 6 domande che valutano i motivi emotivi che ostacolano l'effettuazione della mammografia periodica.

Presenta una batteria di domande sui motivi come fastidio, paura, ansia, imbarazzo, tecnico maschio e dimentica l'appuntamento.

Domanda A5- Motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo Screening.

È composta da 7 domande che valutano i motivi organizzativi che ostacolano l'effettuazione della mammografia periodica.

Presenta una batteria di domande sui motivi come il luogo, il personale, informazioni, tempi, possibilità di cambiare prenotazione, disponibilità della segreteria.

Domanda A6- Motivi per cui ci si rivolge al privato

La domanda è rivolta sia alle aderenti che alle non aderenti indagando il motivo per cui le utenti in generale si rivolgono alle strutture private per effettuare la mammografia.

La domanda è composta da 8 quesiti e presenta una batteria di domande sui motivi come evitare affollamenti, tempi di attesa, accoglienza, visita annuale, orari, esito immediato, fiducia della struttura e possibilità di incontrare lo stesso professionista.

Domanda A7- Importanza da 1 a 10 della mammografia.

La domanda valuta la percezione che hanno le donne rispetto all'importanza che danno alla prevenzione del carcinoma mammario.

Domanda A8- Stato civile.

Il quesito indaga sullo stato civile dell'utente. È composta da 4 domande.

Presenta una batteria di domande, tra cui sposata, nubile, divorziata e vedova.

Domanda A9- Titolo di studio.

La domanda valuta il titolo di studio del campione è composta 5 item, ed intende dare una valutazione approssimata del livello culturale delle donne intervistate.

Le modalità di risposta sono: elementari, medie, titolo professionale, maturità e laurea.

Domanda A10/101- Paese di nascita.

Il quesito 10 indaga sul paese di nascita e in caso fosse risultato diverso da ITALIA nel quesito 11 a risposta libera si metteva lo stato di nascita.

Domanda A11- Possibilità economiche.

Il quesito indaga sulla percezione della donna rispetto alle proprie possibilità economiche per permettersi di pagare una visita in una struttura privata.

In base al risultato della risposta si ricava la percezione che la rispondente ha in riferimento alle proprie possibilità economiche.

La risposta è composta da 4 item: insufficiente, sufficiente, adeguato e buono.

Domanda A12- Suggerimenti.

È una domanda a risposta libera; si valuta la percezione che hanno le donne rispetto al servizio di screening.

### **3.2 Metodo statistico e tipo di analisi**

Le risposte ai questionari somministrati sono state trascritte manualmente dato che il questionario è stato somministrato in forma cartacea. Ogni foglio ha raccolto le risposte di una intervistata ed è stato inserito in un software dove ogni riga identifica una rispondente.

I dati raccolti sono stati trasferiti in una matrice di dati codificando gli item di risposta secondo valori numerici come appare nel codebook o dizionario dei dati presente assieme alla matrice dei dati. La codifica è un passaggio che permette anche il condizionamento dei dati, la correzione dei dati palesemente errati e l'eventuale imputazione dei dati mancanti.

Le risposte su scala di Likert sono state codificate da 1 a 4 e corrispondono a:

- 1- PER NULLA
- 2- POCO
- 3- ABBATSANZA
- 4- MOLTO

Le domande senza risposta sono state contrassegnate da cella vuota.

Conclusa la costruzione della matrice dati, è stato creato un altro foglio per l'analisi descrittiva e la costruzione dei grafici attraverso Tabella Pivot.

### **3.3 Limiti dello studio**

I limiti di questo studio sono:

- Difficoltà a somministrare il questionario telefonicamente all'interno di un ufficio con altre persone,

- Campionamento non probabilistico,
- Difficoltà dell'utente a comprendere alcune domande, soprattutto da parte di persone con limitata scolarità,
- È possibile ipotizzare che tra le donne che hanno rifiutato l'intervista siano maggiormente presenti coloro che non aderiscono al programma di screening.



## CAPITOLO 4 – RISULTATI

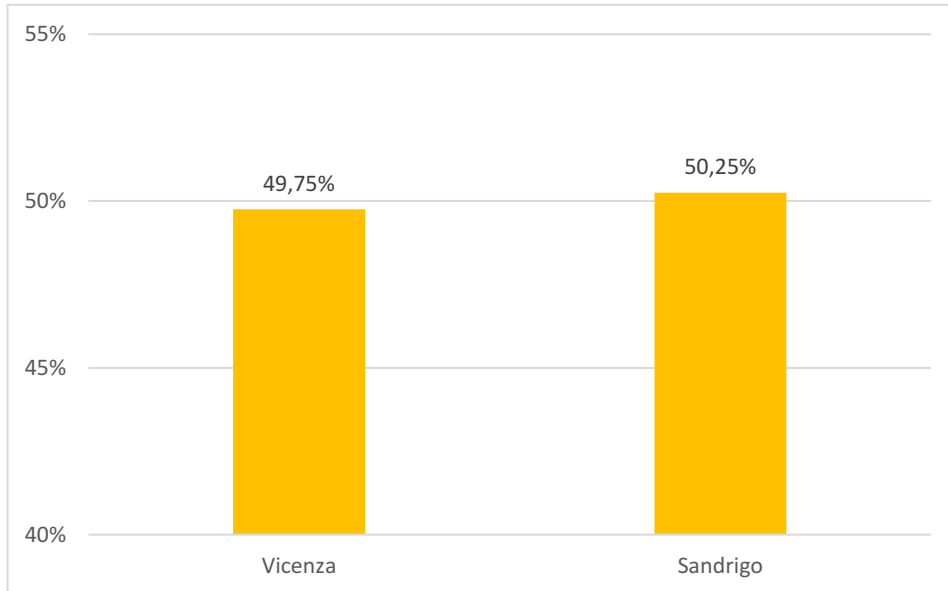
Sono state effettuate 634 chiamate remind, nel quale veniva somministrato il questionario. Delle 634 utenti contattate telefonicamente 201 sono state intervistate, 311 hanno rifiutato l'intervista, 92 non hanno risposto alla chiamata telefonica, 26 non avevano nessun contatto e 5 residenti non assistite dal servizio sanitario.

Sulla base di questi dati è possibile affermare che il tasso di adesione all'indagine è pari a  $201/512 = 39,26\%$

Le residenti non assistite erano soprattutto donne ucraine appena arrivate in Italia senza medico di base e senza nessun contatto telefonico.

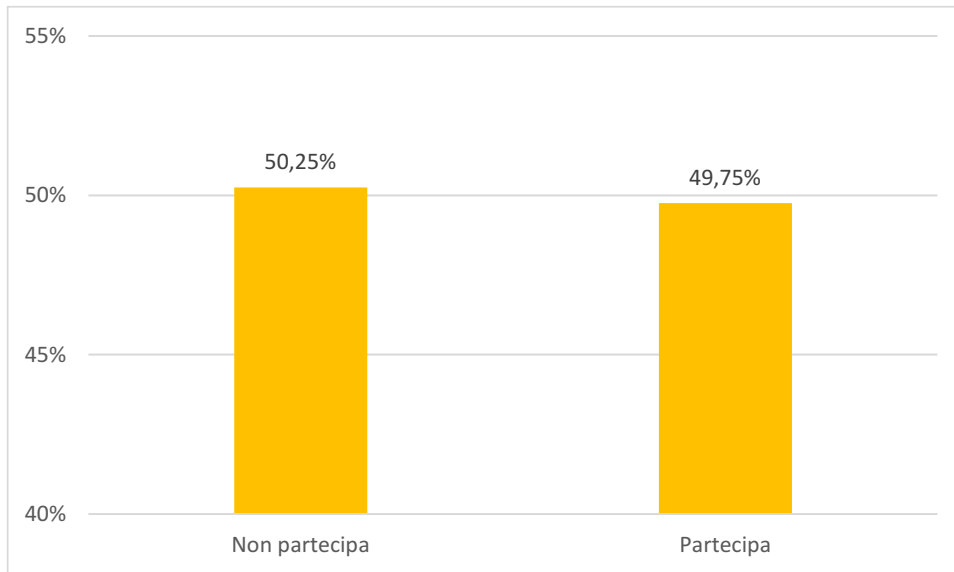
I dati raccolti tramite la somministrazione del questionario sono stati trasferiti in una matrice di dati utilizzando il foglio elettronico.

Tramite la tabella Pivot si sono costruite delle tabelle univariate e bivariate e da queste si sono ricostruiti i grafici che appaiono nel seguito.



*Grafico 1: distribuzione del campione per distretto (n=200).*

Il campione analizzato proviene per il 49,75% dal distretto di Vicenza e in percentuale molto simile (50,25%) dal distretto di Sandrigo.



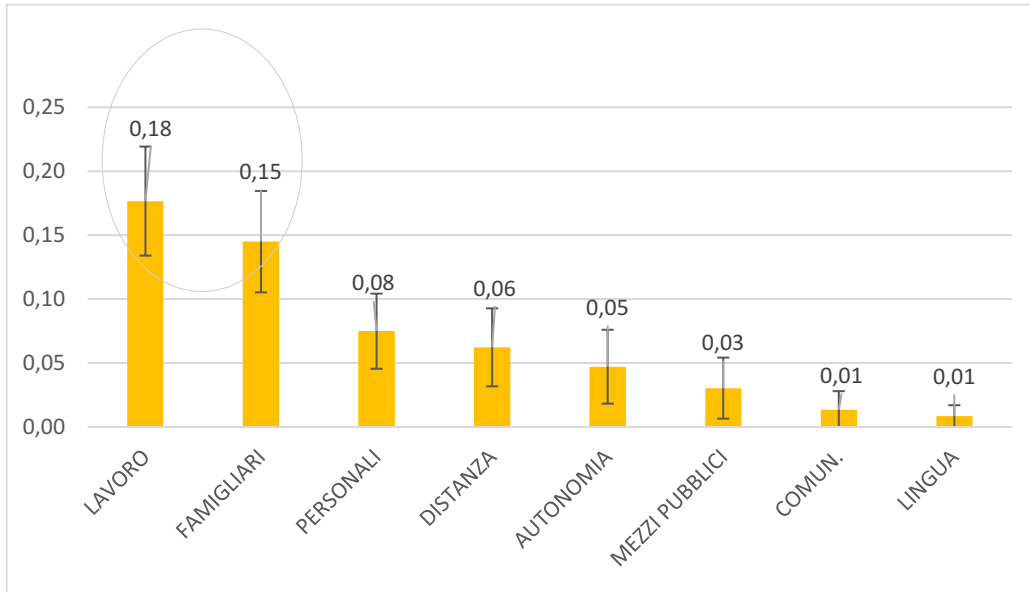
*Grafico 2: adesione allo screening mammografico AULSS 8 Berica.*

Su 201 risposte, il 50,25% delle donne intervistate dichiara di non partecipare al servizio di Screening Mammografico, mentre il 49,75% dichiara di partecipare.

Il fatto che queste due categorie abbiano numerosità simile dipende dal disegno di indagine. Globalmente, il tasso di adesione allo screening nella AULSS 8 Berica si attesta tra il 75% e l'85% del totale delle donne che rientrano nella fascia d'età 50-75. L'adesione nel 2022 è del 76% mentre l'estensione è stata del 90%.

La variabilità del tasso di adesione è dovuta da diversi fattori come periodo dell'anno in cui si effettua la diagnostica o anche rallentamento e chiusura del servizio durante il periodo pandemico.





*Grafico 3: motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening Mammografico AULSS 8 Berica.*

I vari aspetti pratici che possono rendere difficile la partecipazione allo Screening Mammografico sono stati valutati attraverso un indice standardizzato su una scala da 0 a 1. La standardizzazione ha permesso il confronto diretto di questi otto aspetti e la rappresentazione grafica in un diagramma a barre ordinando gli stessi dal più importante al meno importante.

A questo diagramma sono state sovrapposti gli intervalli di confidenza che permettono di valutare sia la variabilità nella percezione delle diverse rispondenti come anche la significatività statistica tra i motivi analizzati.

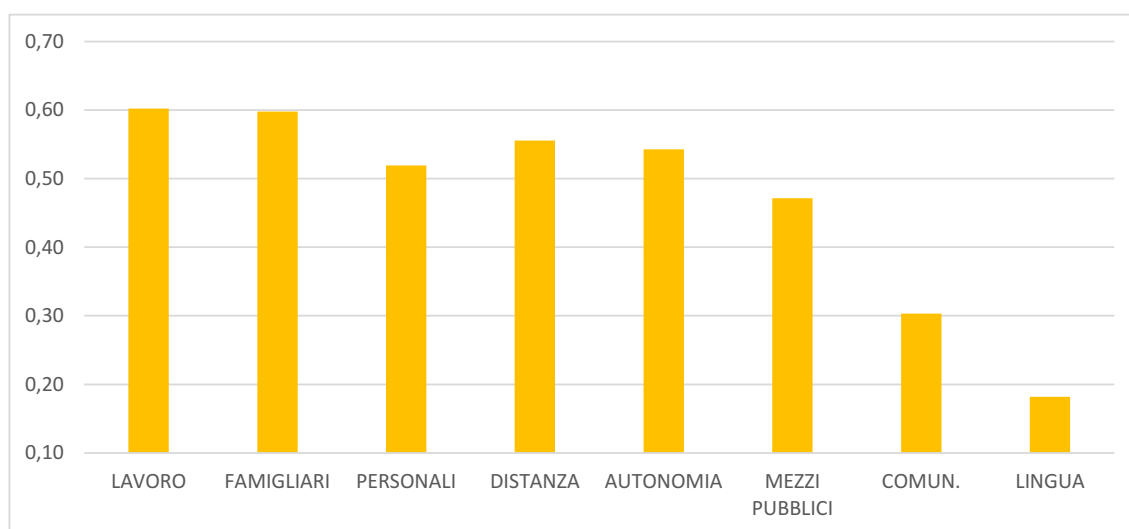
Come si evince dal grafico, il 17,67% ha risposto motivi di lavoro come principale motivo che rende difficile la partecipazione allo screening.

A seguire, i motivi familiari con il 14,50%, i motivi personali con il 7,5%, difficoltà a raggiungere il luogo d'esame con il 6,23, autonomia con il 4,71%, mancanza di mezzi pubblici con il 3,03%, mancanza di comunicazione adeguata 1,35% e la difficoltà a parlare italiano con il 0,84%.

La fascia d'età compresa tra i 50 e i 67 anni riferisce di avere difficoltà a partecipare per motivi di lavoro; il lavoro risulta quindi un motivo che rende difficile l'adesione allo screening.

La fascia d'età compresa tra i 68 e i 74 anni riferisce di avere più difficoltà nell'autonomia, negli spostamenti e mezzi pubblici a causa di disabilità, malattie più gravi quindi più prioritarie, mancanza della patente, situazioni di abbandono dell'anziano. La distanza del luogo d'esame risulta quindi un problema per chi abita lontano o non ha la possibilità di muoversi in autonomia.

Osservando gli intervalli di confidenza si può notare come i primi due aspetti possano essere visti assieme ed avere gli intervalli che non intersecano gli intervalli di tutti gli altri aspetti. Questo significa che lavoro e impegni famigliari sono due vincoli che superano significativamente tutti gli altri.

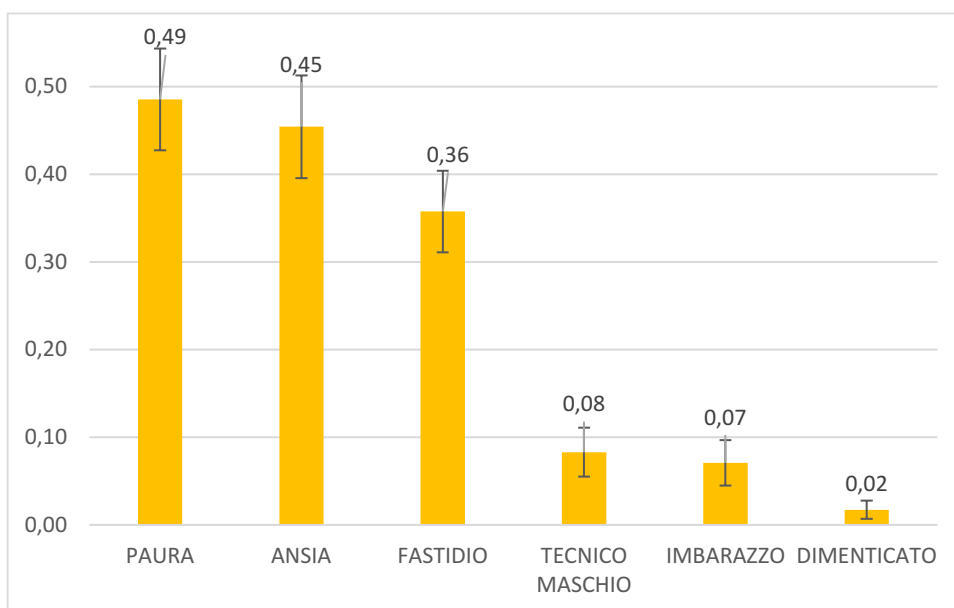


*Grafico 4: coerenza nelle risposte dei motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening Mammografico AULSS 8 Berica.*

La coerenza nelle risposte viene valutata attraverso il coefficiente di variazione. Più la variabilità è elevata e più le persone intervistate hanno risposto in modo diverso una dall'altra.

Si nota come sui due aspetti più rilevanti (lavoro e impegni famigliari) vi sia l'eterogeneità maggiore e questo è comprensibile se notiamo come le donne più giovani debbano

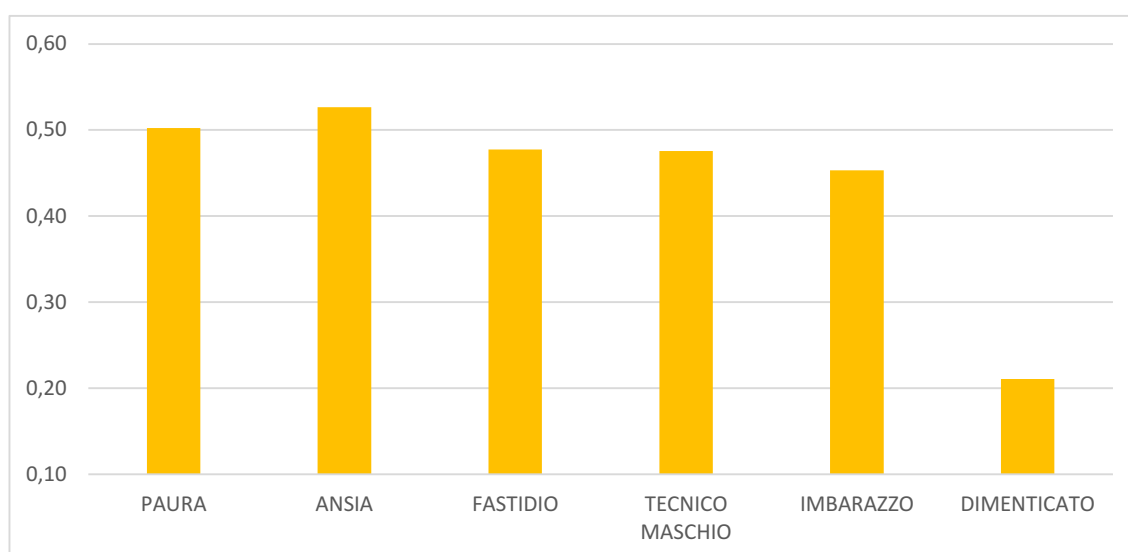
effettivamente confrontarsi con impegni lavorativi e ruolo genitoriale, temi meno presenti o del tutto assenti nelle donne in età più avanzata.



*Grafico 5: motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo screening.*

Dal grafico, si evince che il motivo emotivo che rende difficile la partecipazione allo screening è la paura dell'esito positivo con il 48,53%.

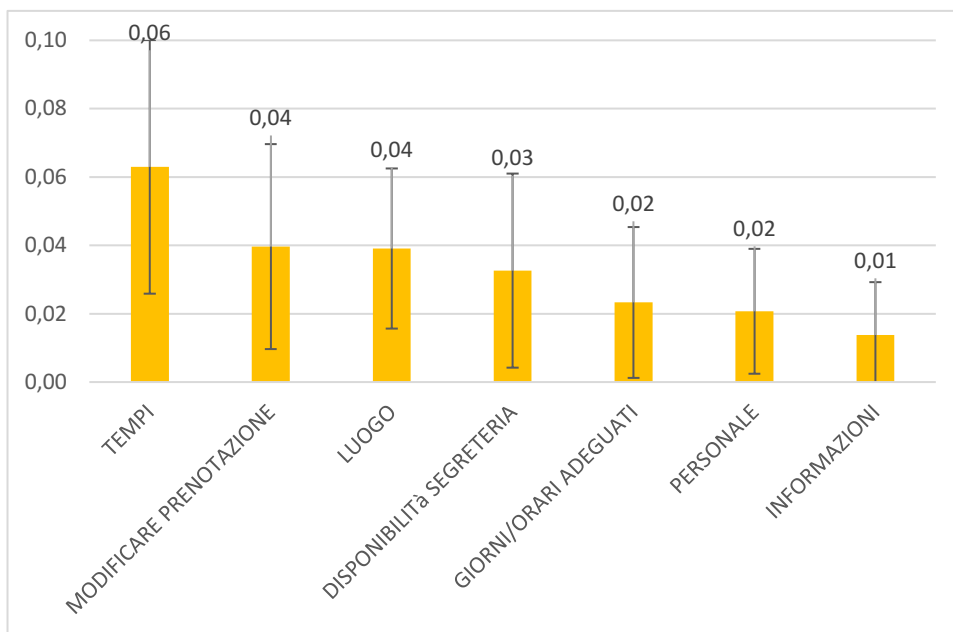
A seguire, ansia per l'attesa della risposta con il 45,42%, esame fastidioso con il 35,75%, imbarazzo nello svolgere l'esame 7,08%, disagio di fronte a un tecnico maschio 8,29% e dimentica l'appuntamento il 1,73%.



*Grafico 6: coerenza delle risposte dei motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo screening.*

L'ansia e la paura sono gli aspetti emotivi che hanno coerenza minore (variabilità più elevata).

L'ansia è molto variabile sia in riferimento alle risposte dell'esame, sia alla soggettività delle singole donne più o meno sensibili a queste situazioni.

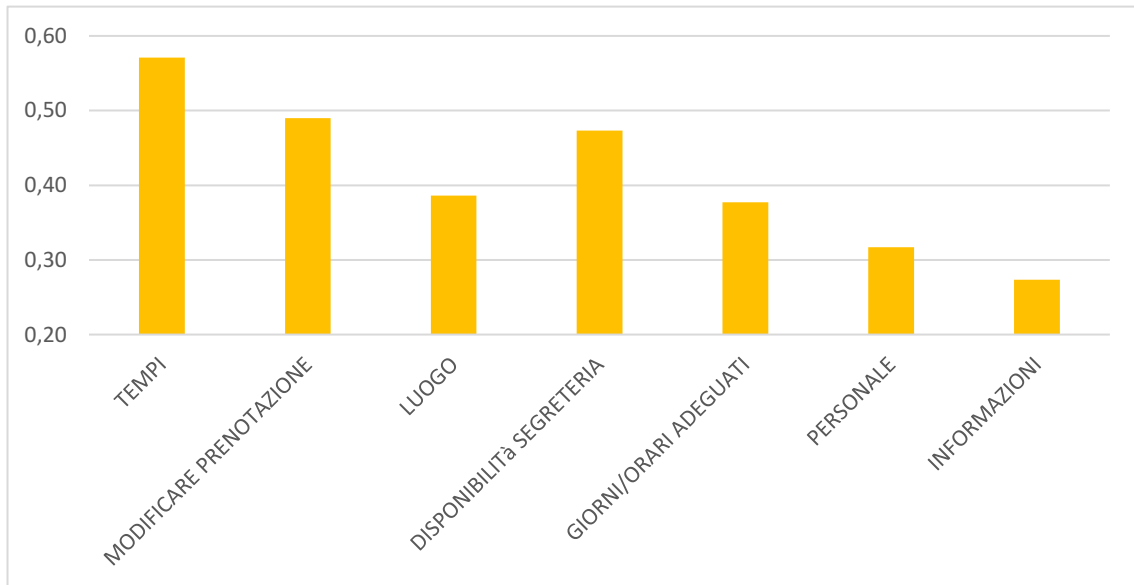


*Grafico 7: motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo screening.*

I motivi organizzativi sono meno importanti rispetto quelli pratici ed emotivi; nonostante ciò, dal grafico 7, si nota che uno dei principali motivi organizzativi per cui la partecipazione allo screening risulta difficile è la variabile “*Tempi di attesa eccessivi*”. Questa variabile è soggetta a Bias perché alcune donne hanno interpretato la domanda come tempi di attesa tra un appuntamento e l'altro e tempi di attesa nella sala d'attesa per l'esame.

Nella variabile “*Possibilità di cambiare appuntamento*” durante il periodo di tirocinio per tesi oltre a somministrare il questionario per l'elaborazione dei dati, in quell'occasione si spostava l'appuntamento in caso di richiesta da parte dell'utente.

Le risposte sono 145, il rimanente 55 non ha risposto perché non si è mai rivolto al servizio di screening offerto dal AULSS Berica.

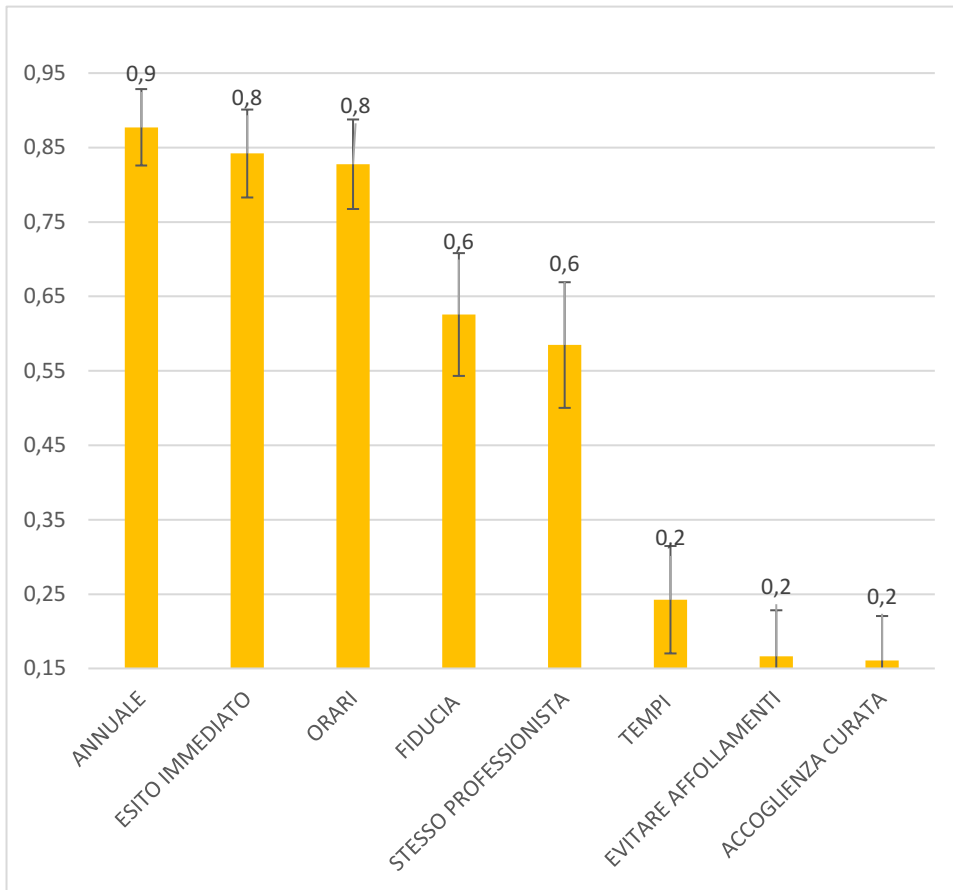


*Grafico 8: variabilità delle risposte dei motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo screening.*

Come si evince dal grafico, la variabilità è elevata e significa che le risposte delle intervistate sono differenti l'una dall'altra.

Dal grafico 8, si deduce che c'è più variabilità sulla voce *“Tempi di attesa eccessivi”* rispetto alle altre.

Si nota dal grafico un'altra variabile che mostra elevate differenze nelle risposte ed è la *“Possibilità di modificare l'appuntamento”*.



*Grafico 9: motivi per cui l'utenza del servizio di screening mammografico dell'AULSS 8 Berica si rivolge al privato.*

Le risposte a questa domanda sono 114 su 201 questionari somministrati, quest'ultima variabile ha ottenuto esito prevalentemente da donne che si sono rivolte a strutture private per eseguire la mammografia.

Come si nota dal grafico 9, il principale motivo per cui una donna si rivolge al privato è per eseguire questo tipo d'esame annualmente. Le evidenze scientifiche raccomandano, invece, di eseguire la mammografia ogni 2 anni come avviene nel servizio di screening pubblico. Le linee guida nazionali raccomandano di fare la mammografia ogni 12/18 mesi per le utenti che hanno una familiarità con il carcinoma mammario.

Le donne che eseguono questo esame per motivi ereditari, secondo i vincoli imposti dal Ministero della Salute, non potranno mai rientrare all'interno del programma di screening regionale perché si fa la mammografia ogni 2 anni partendo dalla data dell'ultimo esame effettuato.

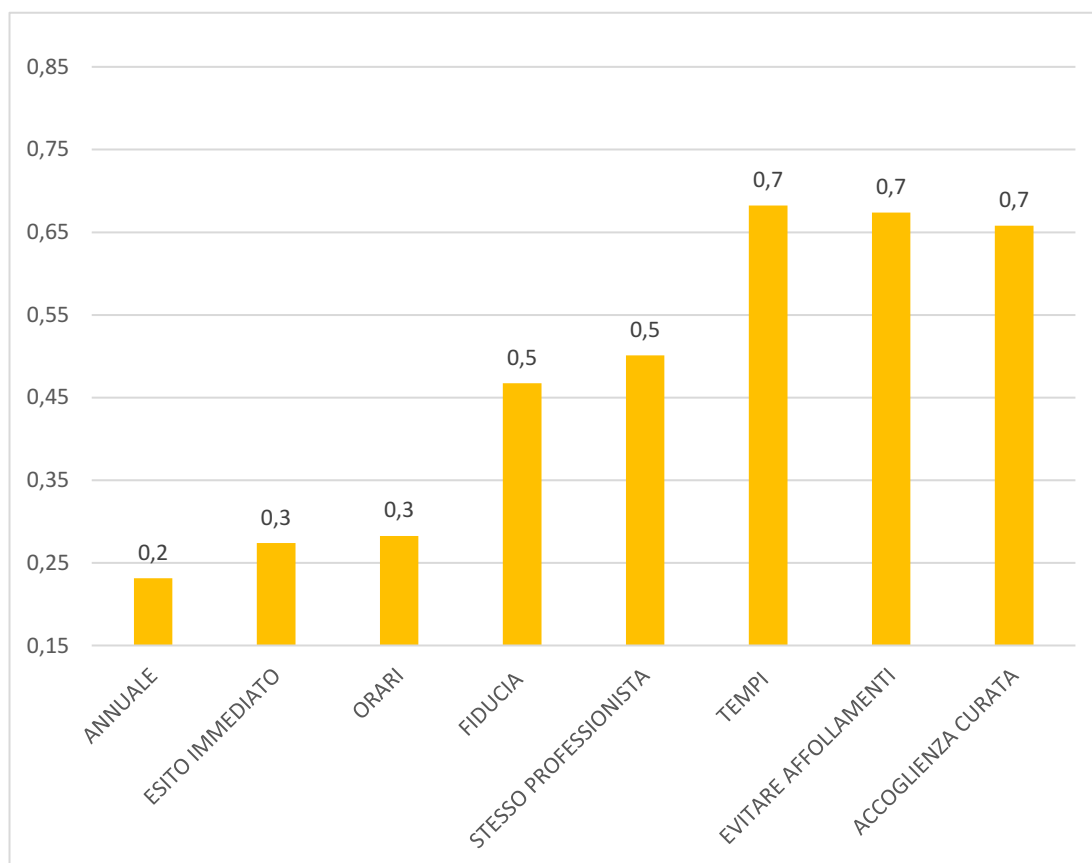
Solo una minoranza esegue quest'esame annualmente per prevenzione primaria.

Dallo studio condotto è emerso che il circa il 40% delle donne che si rivolgono al privato per eseguire la mammografia annualmente, la effettua nel mese di ottobre.

Gli altri due motivi per cui l'utenza si rivolge a strutture private per effettuare la mammografia sono la possibilità di ricevere l'esito immediato e la flessibilità oraria.

Il 60% delle donne sottoposte al questionario ha riferito l'importanza della fiducia che ha rispetto alla struttura privata e ad incontrare lo stesso professionista.

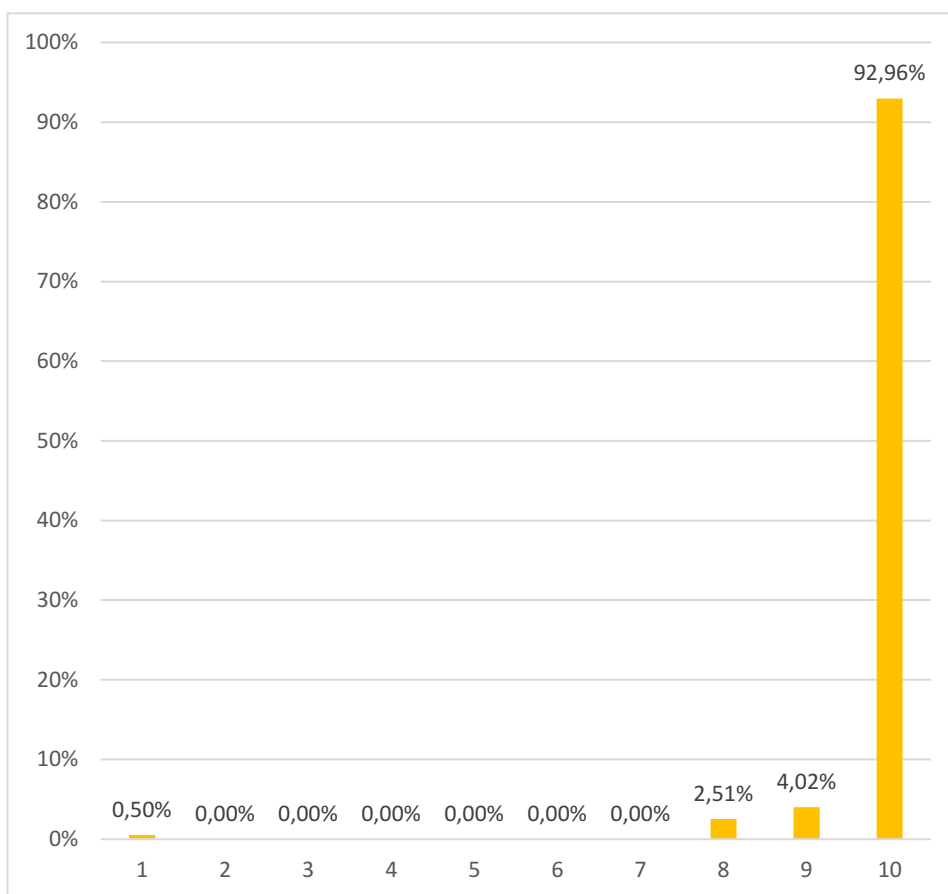
Si nota come il resto delle variabili non sono motivi importanti per cui un utente si rivolge al privato.



*Grafico 10: coerenza delle risposte dei motivi per cui l'utenza del servizio di screening mammografico dell'AULSS 8 Berica si rivolge al privato.*

Si deduce dal grafico come c'è maggiore coerenza nelle risposte delle variabili "Annuale, esito immediato, orari" e maggiore variabilità delle ultime tre.

In particolare, si nota come il desiderio di svolgere la diagnostica annualmente sia l'aspetto sul quale si evidenzia la coerenza più elevata tra le rispondenti.



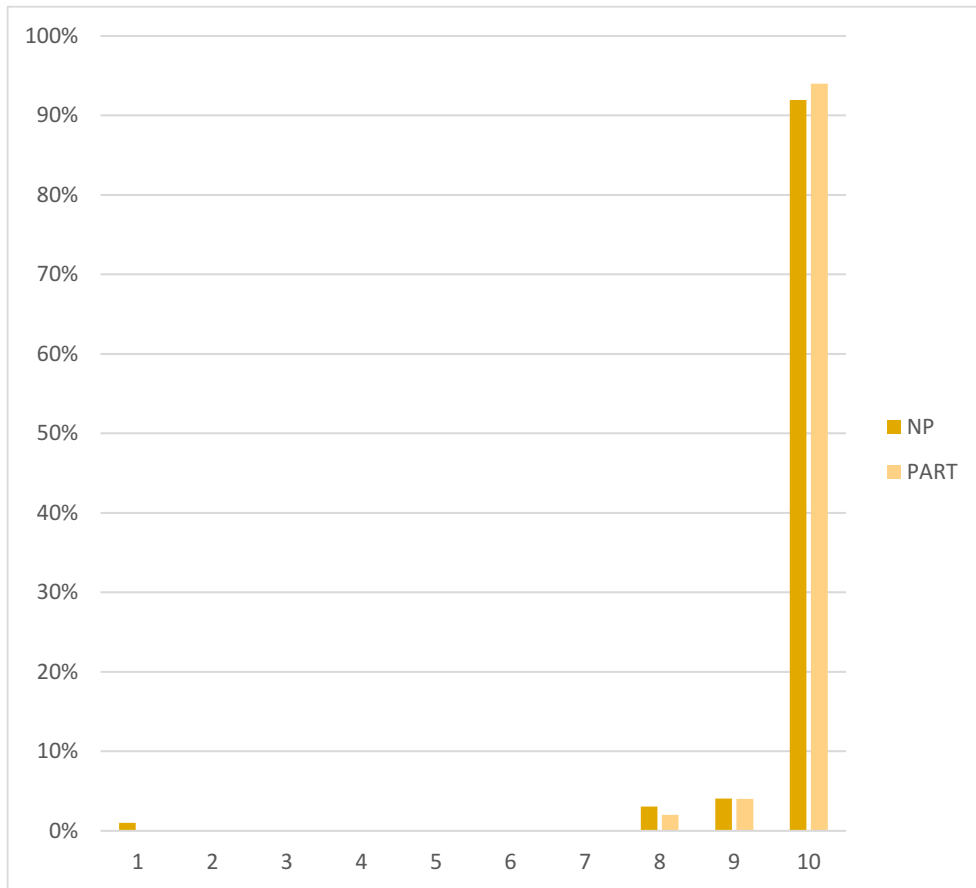
*Grafico 11: importanza attribuita in una scala da 1 a 10 rispetto alla mammografia.*

Come si nota dal grafico, più del 90% delle donne intervistate ritiene che la mammografia sia molto importante e ha riferito il valore 10.

Il 4% delle intervistate ha riferito il valore 9, il 2,5% ha riferito il valore 8 e il 0,5% ha riferito il valore 1.

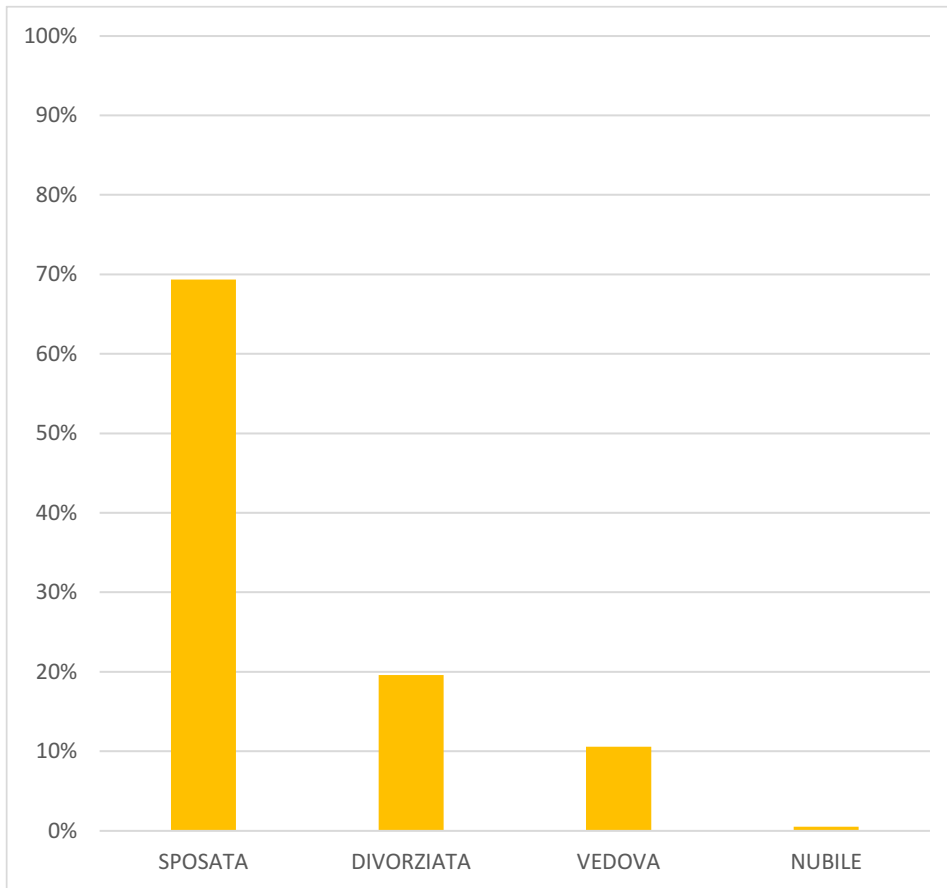
Il grafico rappresenta la percezione che hanno le donne riguardo la prevenzione del cancro al seno e di conseguenza la percezione dell'importanza della propria salute.





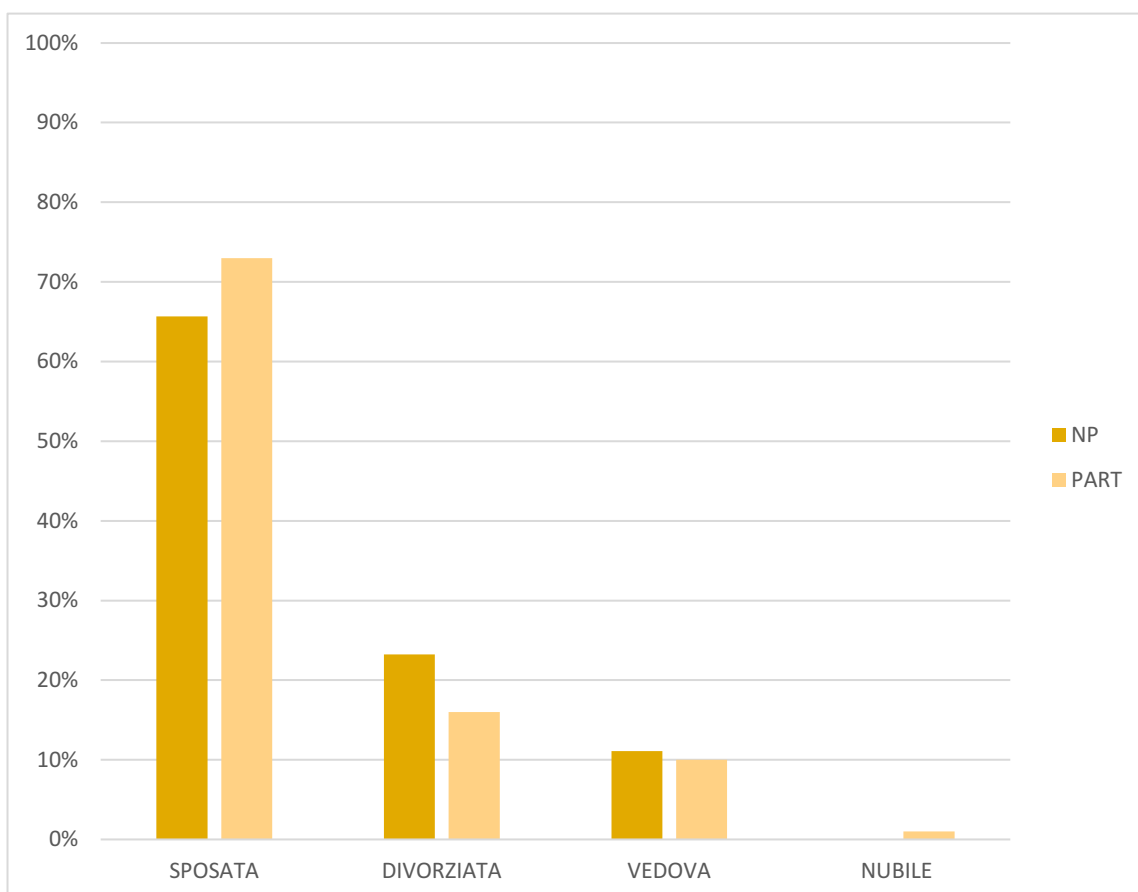
*Grafico 12: importanza attribuita in una scala da 1 a 10 rispetto alla mammografia per adesione.*

Si nota una leggera diversità, le non aderenti hanno dato un valore più basso rispetto alle aderenti; significa che chi non partecipa alla mammografia ritiene che è un esame meno importante, ma la differenza tra i due gruppi è veramente minima.



*Grafico 13: stato civile delle donne afferenti al servizio mammografico dell'AULSS 8 Berica.*

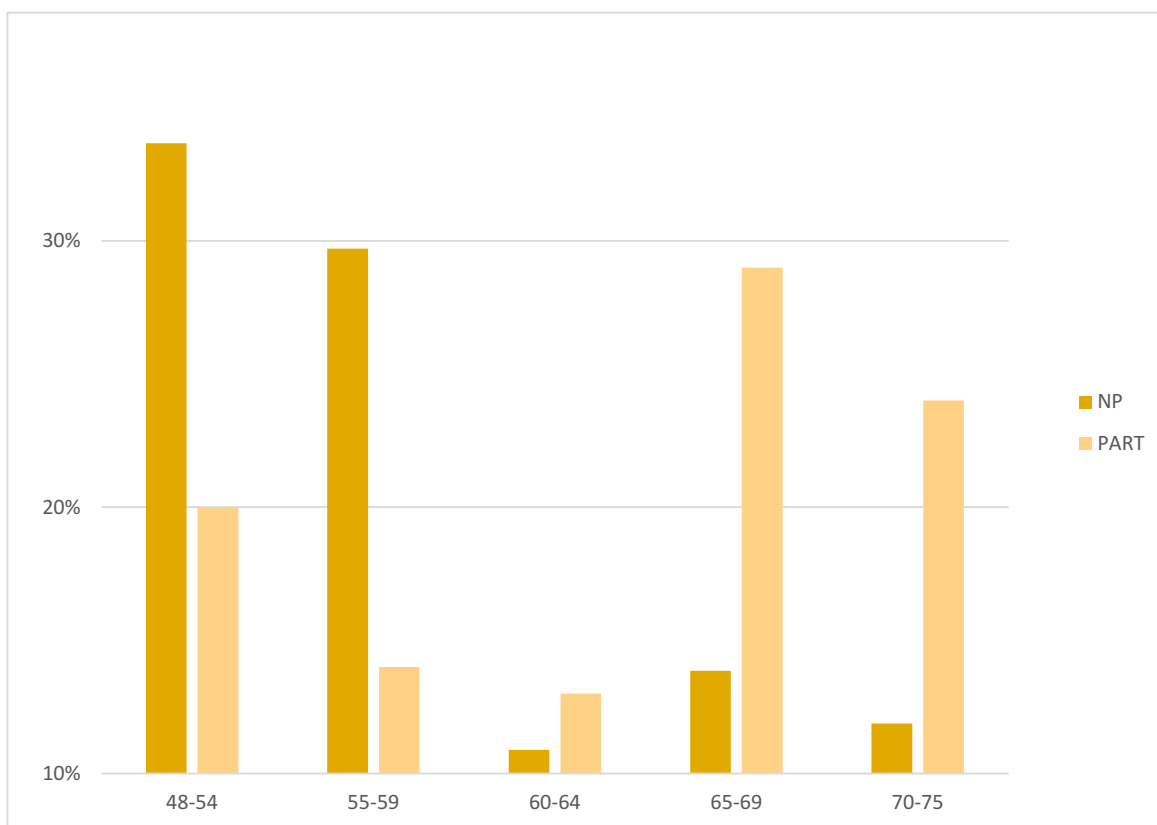
Il 70 % delle donne intervistate sono sposate, il 20% divorziate, l'11% vedove e il 0,5% nubile.



*Grafico 14: stato civile delle donne afferenti al servizio mammografico dell'AULSS 8 Berica per adesione.*

Si nota dal grafico 14 come le partecipanti sposate siano di più rispetto alle non partecipanti; al contrario, invece, le non partecipanti divorziate e vedove siano di più rispetto alle partecipanti.

Questa variabile dipende anche dalla situazione sociale ed economica della persona come ad esempio: donne divorziate/vedove che devono organizzare una famiglia e hanno poco tempo percepiscono il servizio privato più rapido e flessibile con gli orari.



*Grafico 15: età del campione per adesione.*

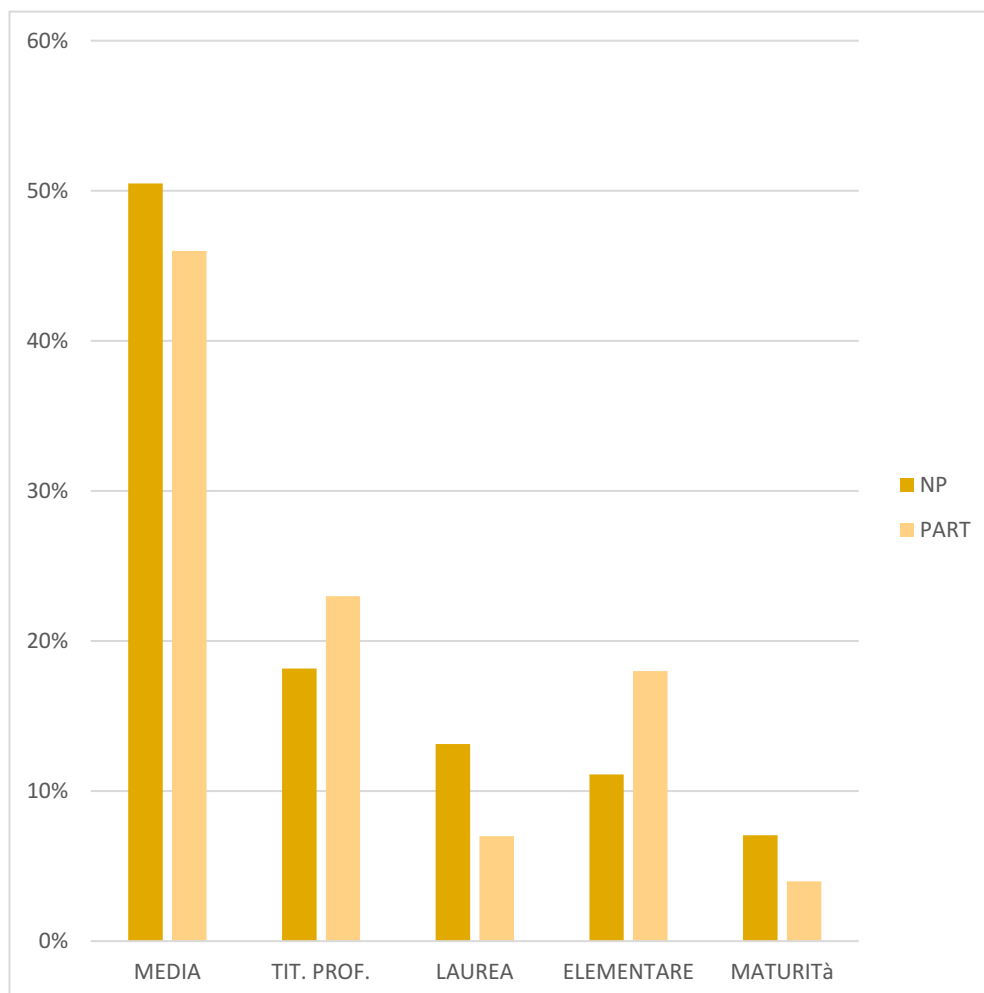
Come si evince dal grafico, più è giovane la donna e meno aderisce al programma di screening mammografico.

Al contrario, meno è giovane l'intervistata e più aderisce al programma di screening.

Durante l'intervista, nella interlocuzione con le rispondenti è emerso come circa il 90% delle donne tra i 48 e 59 anni che non aderiscono è perché eseguono mammografia annuale per familiarità. In questa fascia d'età le intervistate lavorano e hanno poco tempo.

Nella fascia d'età tra i 60 e i 75 le utenti aderiscono maggiormente ai programmi di screening offerti dalla Regione Veneto. Le donne di questa fascia d'età che partecipano hanno una percezione del servizio di screening positiva e ritengono una opportunità poter eseguire questo esame gratuitamente.

L'adesione dipende da fattori come: età, ereditarietà del carcinoma, situazione socioeconomica, titolo di studio, lavoro e dalla percezione che si ha riguardo il servizio pubblico e quello privato.



*Grafico 16: adesione per titolo di studio.*

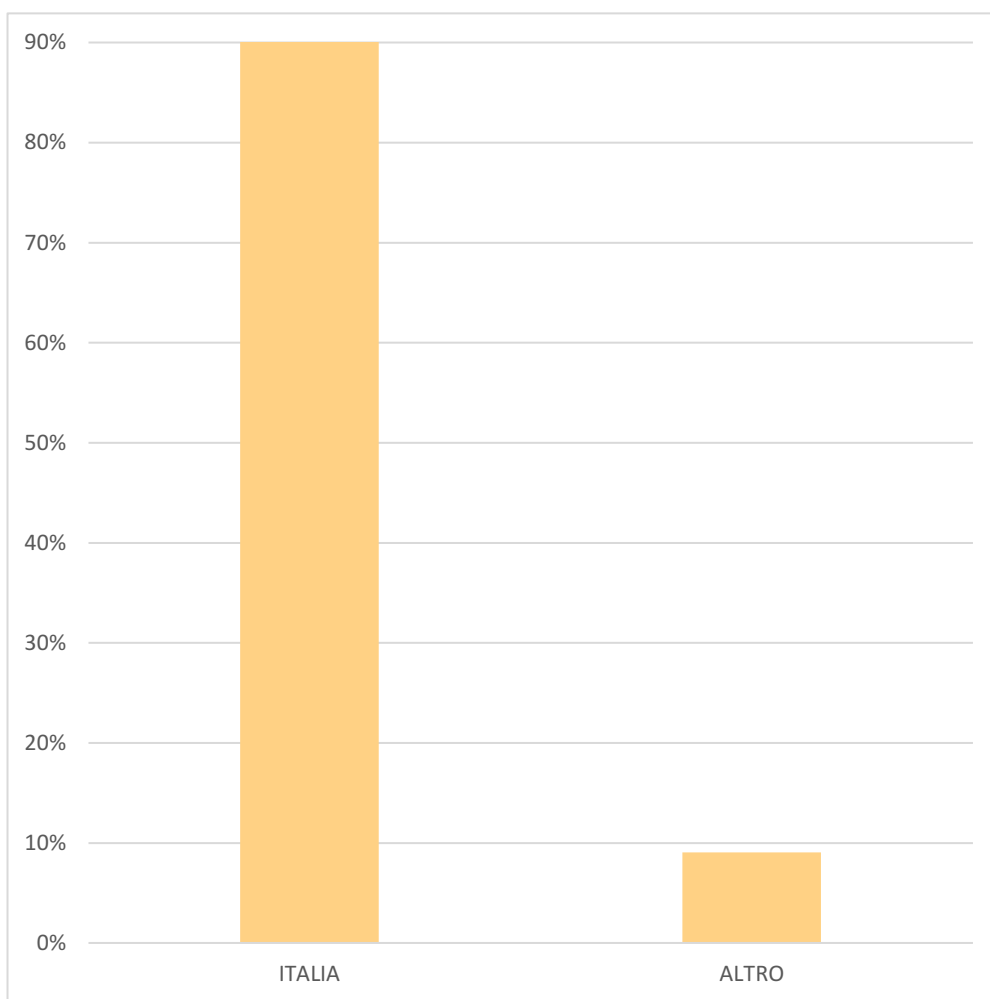
Il 50% delle non aderenti come titolo di studio riferisce di avere la terza media e il 45% aderisce.

Successivamente meno del 20% delle non aderenti riferisce di avere il titolo professionale; le aderenti con il titolo professionale sono circa il 25%.

Circa il 15% delle non aderenti ha la laurea e le aderenti con lo stesso titolo di studio sono il meno del 10%.

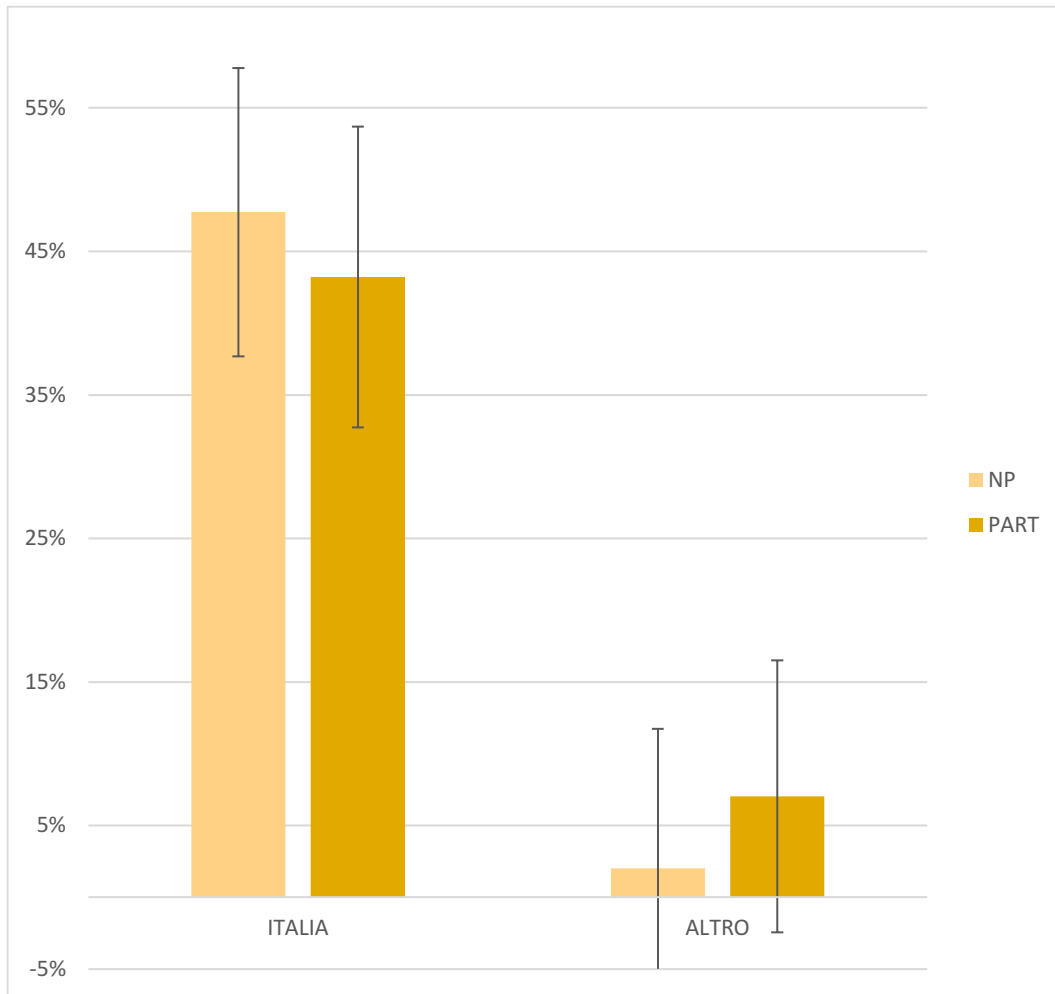
Circa il 18% delle aderenti ha concluso le elementari e con lo stesso titolo di studio ci sono le non aderenti con circa il 11%.

Si deduce quindi con l'aumentare del titolo di studio si aumenta la mancata adesione, fatta eccezione per il titolo di studio della terza media.



*Grafico 17: rappresentazione grafica del paese di nascita del campione intervistato.*

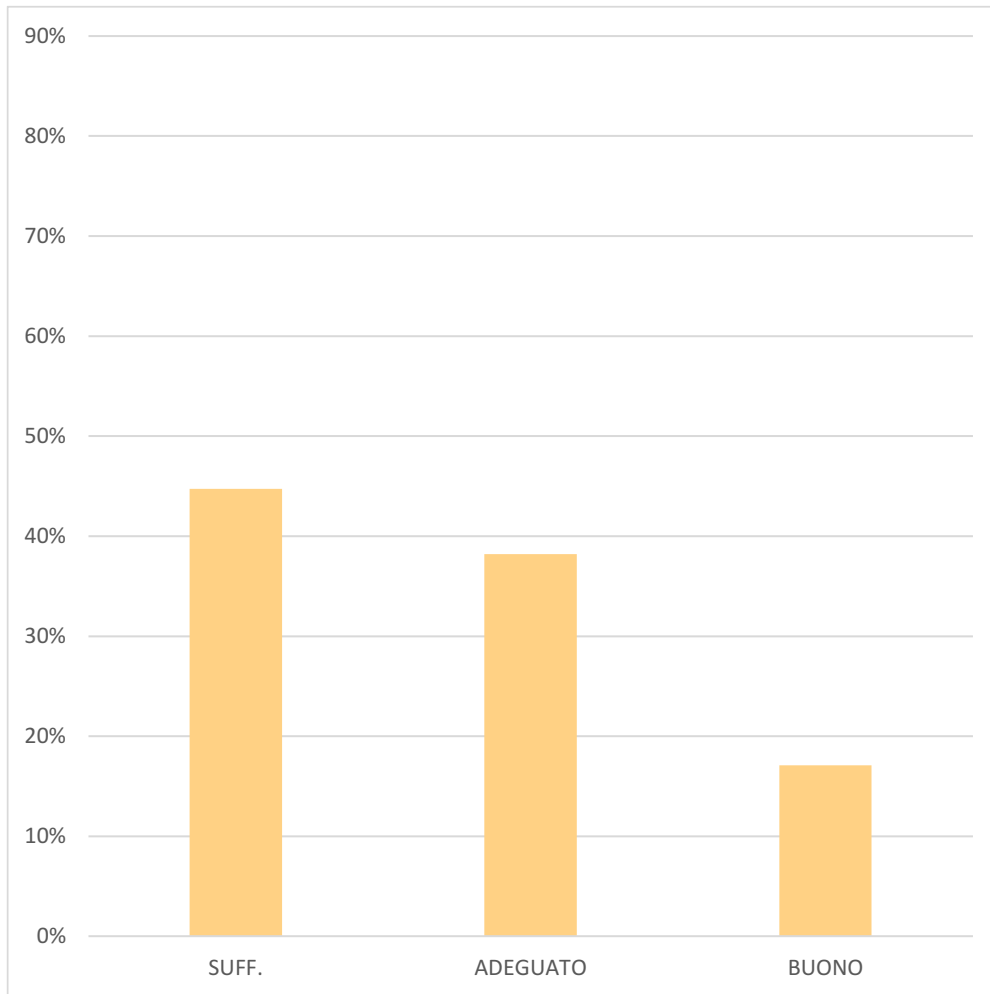
Meno del 10% delle intervistate sono nate in un paese diverso rispetto all'Italia.



*Grafico 18: rappresentazione grafica dell'adesione per paese di nascita del campione intervistato.*

L'adesione delle straniere è maggiore rispetto alle donne di nazionalità italiana.

La coerenza delle risposte è molto simile tra chi partecipa e chi non partecipa. La coerenza è molto simile anche tra italiane e straniere.



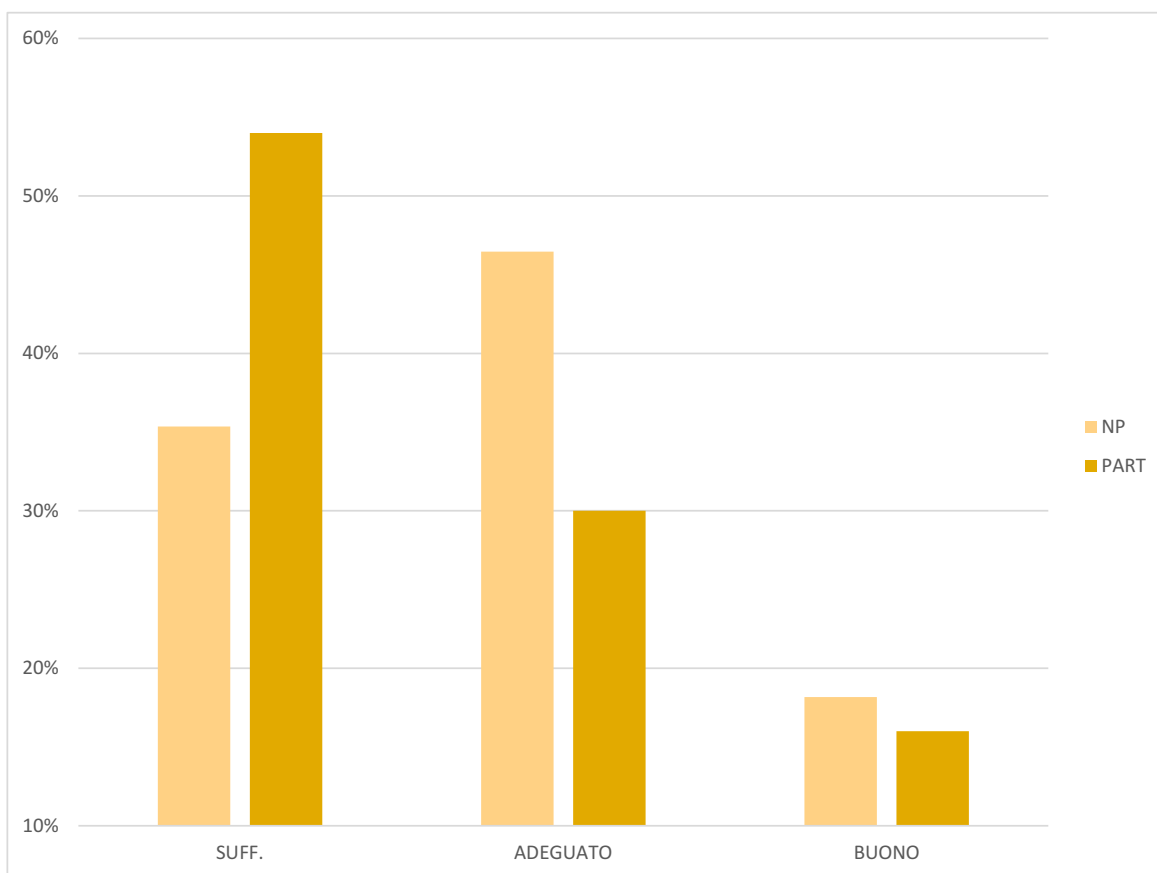
*Grafico 19: rappresentazione grafica della percezione delle proprie possibilità economiche per permettersi il pagamento delle visite private.*

Come si nota dal grafico, circa il 45% riferisce di avere sufficienti possibilità economiche. Si tratta di donne che hanno risorse sufficienti per affrontare la vita quotidiana, ma oltre a quello devono prestare attenzione a non spendere più del necessario. In questo contesto anche dover trovare i 100/200 euro per una visita privata a volte risulta dover rinunciare a qualcos'altro. Questo sottinteso pare credibile anche notando come nessuna abbia indicato reddito insufficiente.

Circa il 40% riferisce di avere adeguate possibilità economiche e il restante riferisce di avere buone possibilità.

Circa il 60% ritiene di avere un reddito medio-alto.





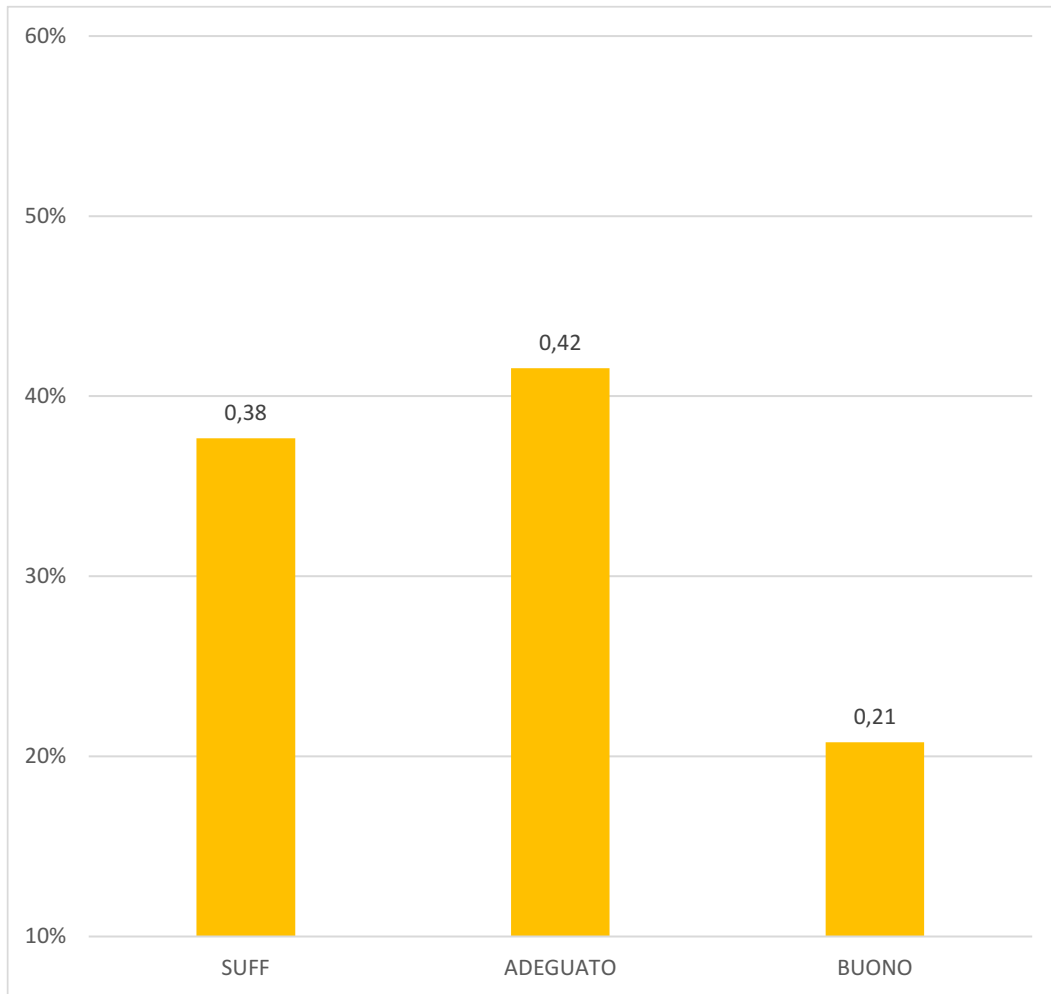
*Grafico 20: rappresentazione grafica dell'adesione per possibilità economiche del campione intervistato.*

Come si nota, circa il 60% con reddito medio-alto non aderisce al programma di screening Regionale.

Circa il 55% con reddito sufficiente aderisce allo screening offerto della Regione.

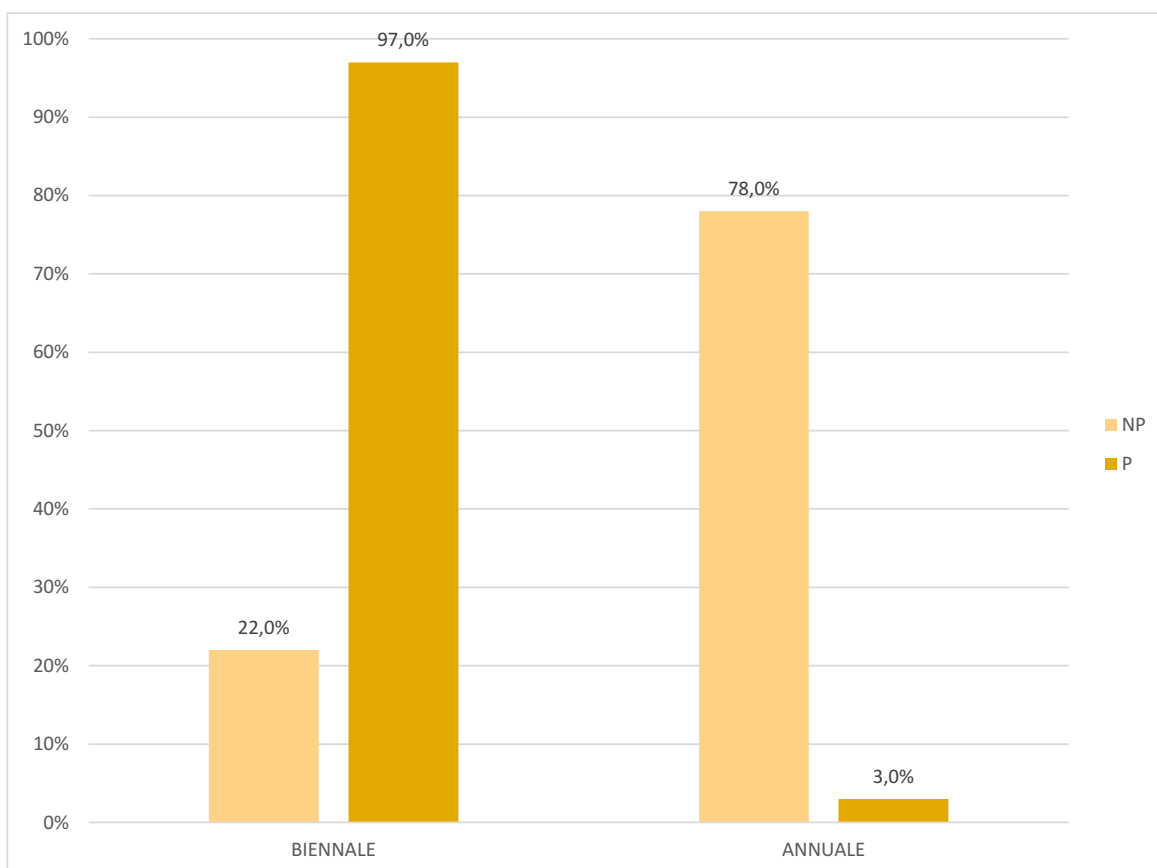
Le donne con possibilità economiche limitate partecipano molto di più rispetto alle donne che dichiarano reddito adeguato o buono.

Quindi all'aumentare del reddito diminuisce la partecipazione al programma di screening del servizio pubblico e contemporaneamente aumenta la proporzione di visite svolte privatamente.



*Grafico 21: rappresentazione grafica mammografia privata per possibilità economiche del campione intervistato.*

Circa il 60% delle donne con reddito medio-alto si rivolge alle strutture private per eseguire la mammografia di routine.



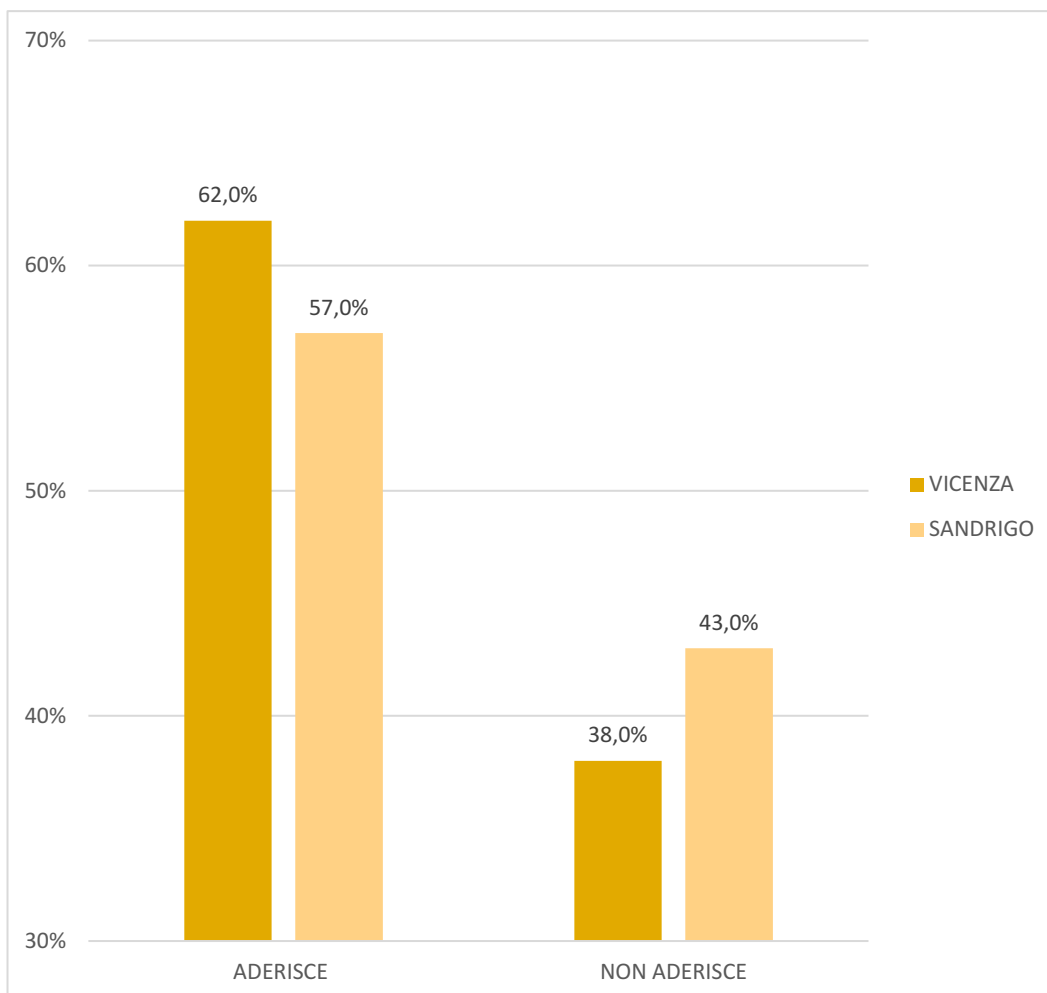
*Grafico 22: rappresentazione grafica dell'adesione per preferenza biennale o annuale.*

Le donne che partecipano ritengono opportuna la visita ogni due anni per il 97% e solo il 3% valuta la visita annuale; il 78% delle donne che non partecipano vorrebbero una visita annuale, solo il 22% biennale.

Anche tra le donne che non partecipano vi è un gruppo (22%) che ritiene sia adeguata la visita ogni due anni, queste si rivolgono a strutture private per altri motivi.

Tra le donne che partecipano è quasi assoluta la conferma della visita biennale, ma il 3% dichiara che se fosse possibile svolgerebbe la visita annualmente. Questa preferenza emerge anche dalle risposte aperte nella voce “*Suggerimenti*” dove appare abbastanza di frequente.

Anche dalle valutazioni espresse verbalmente più di una volta è emersa questa indicazione tra le partecipanti.



*Grafico 23: adesione per distretto.*

Come si evince dal grafico 23, l'adesione è più elevata a Vicenza rispetto a Sandrigo.

In città l'età media della popolazione è più elevata rispetto alla zona extraurbana.



## CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nel periodo dal 16 gennaio al 13 febbraio si è condotto uno studio trasversale esplorativo di tipo caso controllo, dove i casi sono le donne che non aderiscono al programma di screening mammografico gratuitamente proposto dal servizio pubblico ogni 2 anni per le donne in età 50-75. I controlli sono le donne nella stessa fascia di età che aderiscono al programma. Nella organizzazione dello studio ci si è posto l'obiettivo di intervistare 100 casi e 100 controlli. L'obiettivo dello studio è stato di rilevare la percezione delle donne riguardo lo screening mammografico alla popolazione di studio nello specifico: raccogliere le motivazioni e i fattori incidenti la mancata adesione allo screening per tumore della mammella di 1° livello.

Tutti questi aspetti sono stati osservati attraverso una valutazione sulla percezione che le donne intervistate hanno in termini pratici, emotivi ed organizzativi.

La partecipazione è fortemente influenzata dalla percezione che le donne hanno del servizio di screening mammografico.

La fascia d'età del campione riguarda le donne di età compresa tra i 50 e i 75 anni, di nazionalità italiana e straniera, che rientrano nel programma di screening per tumore della mammella di 1° livello dell'Azienda ULSS 8 Berica tra donne residenti in area urbana (comune di Vicenza) ed area extra urbana (comune di Sandrigo).

Dallo studio condotto è emerso che l'adesione dipende da fattori come: età, ereditarietà del carcinoma, situazione socioeconomica, titolo di studio, lavoro e dalla percezione che si ha riguardo il servizio pubblico e quello privato.

I fattori non modificabili sono:

- Il livello culturale
- Ereditarietà del carcinoma
- L'età
- La situazione socioeconomica

I fattori facilmente modificabili sono:

- Motivi emotivi percepiti (ad es. dolore, paura, imbarazzo, etc.)
- Motivi pratici percepiti (es. lavoro, famiglia, problemi personali, etc.)

I motivi principali che ostacolano l'adesione allo screening mammografico offerto dalla Regione Veneto sono i motivi pratici ed organizzativi.

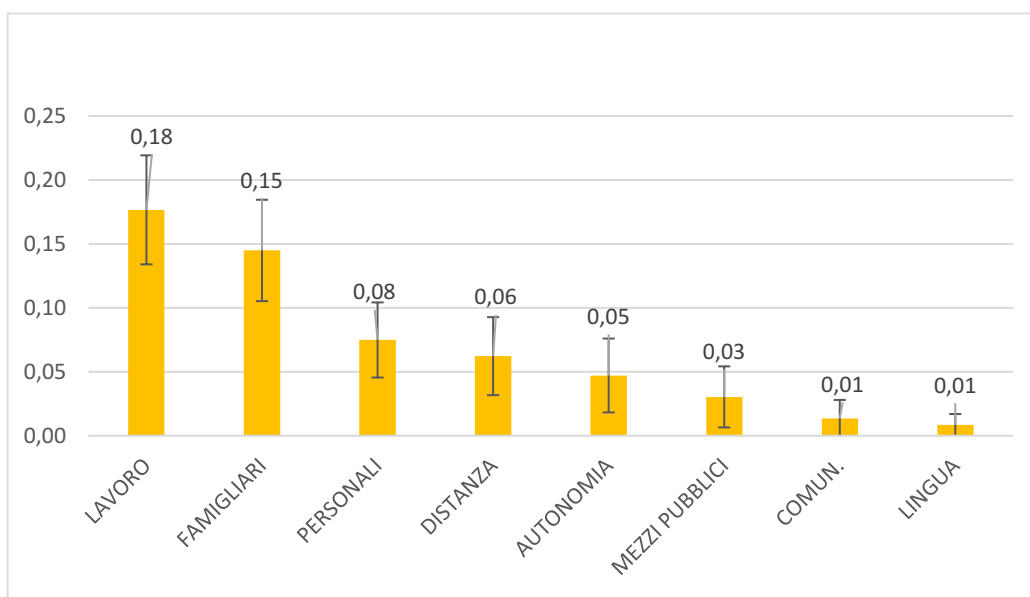


Grafico 3: motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening Mammografico AULSS 8 Berica.

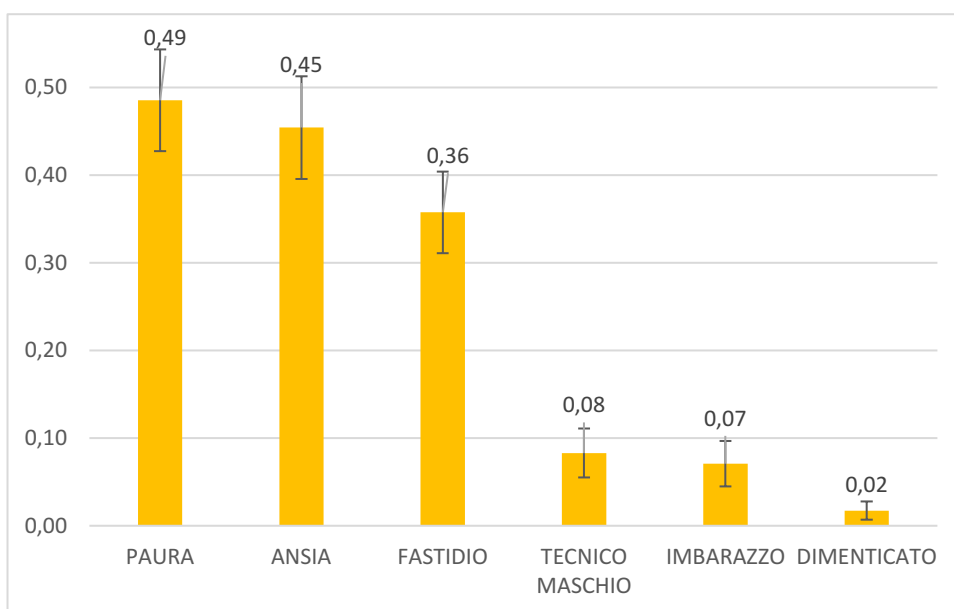
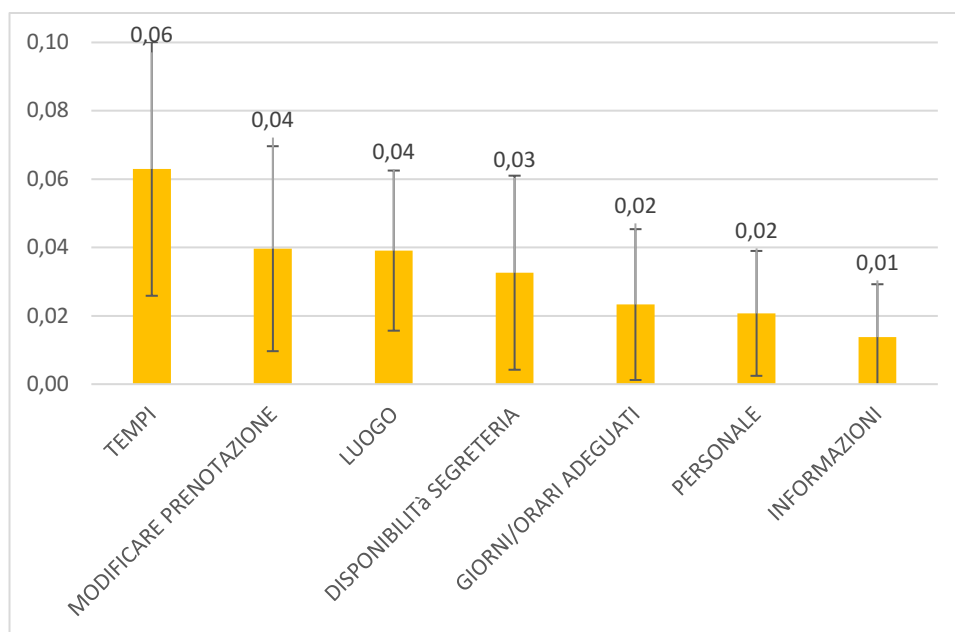


Grafico 5: motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo screening.

Come si nota dai grafici i motivi pratici per cui l'utente non partecipa sono: motivi di lavoro, di famiglia e personali; mentre i motivi emotivi per cui la donna non aderisce allo screening sono: paura, ansia e fastidio.

Dallo studio è emerso che i motivi organizzativi non sono rilevanti quanto quelli emotivi e pratici.

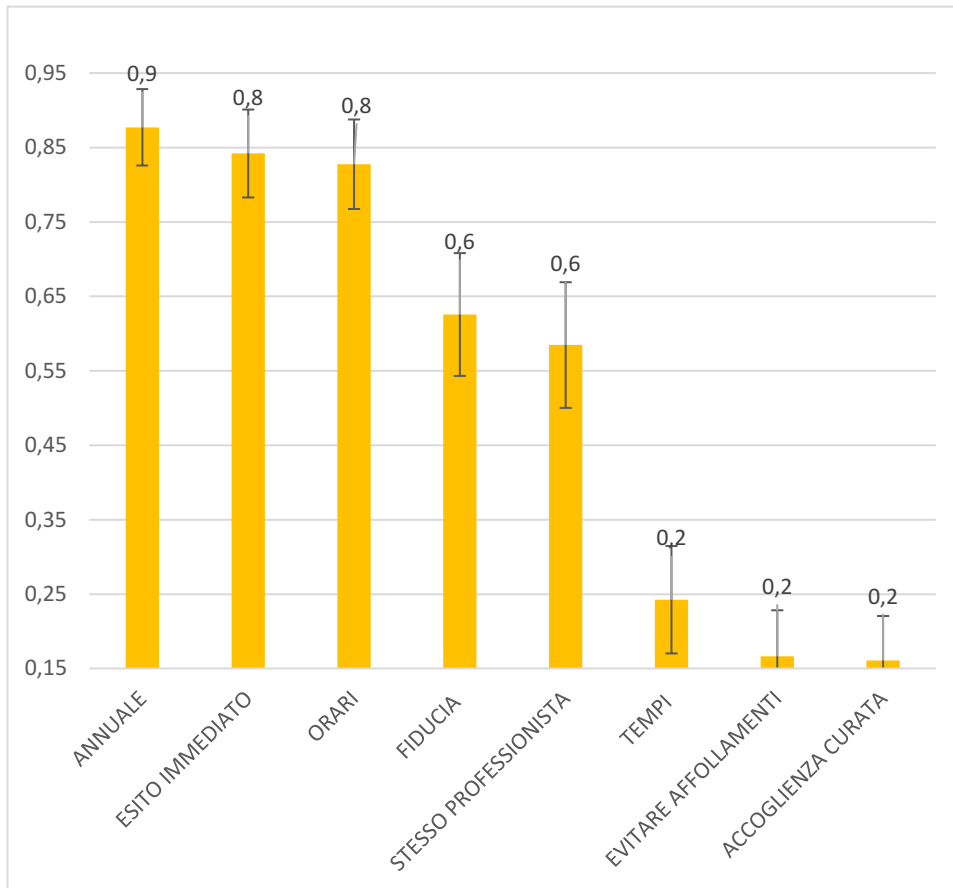
Durante l'intervista molte donne hanno riferito che i motivi organizzativi (come l'accoglienza del luogo, l'accoglienza del personale, etc.) non erano importanti e in tal proposito affermavano di dare più importanza all'esame diagnostico che all'organizzazione dello screening pubblico. Si può affermare che la percezione delle donne nei confronti degli esami di screening in generale è positiva e considera la prevenzione del cancro al seno come importante.



*Grafico 7: motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo screening.* Quest'ultimo aspetto si può notare anche nel grafico sulla domanda "perché si rivolge al privato?"; i risultati del quesito dei motivi organizzativi dello screening pubblico e del motivo per cui si rivolge al privato sono simili per i seguenti aspetti:

- Accoglienza del luogo
- Evitare affollamenti
- Tempi





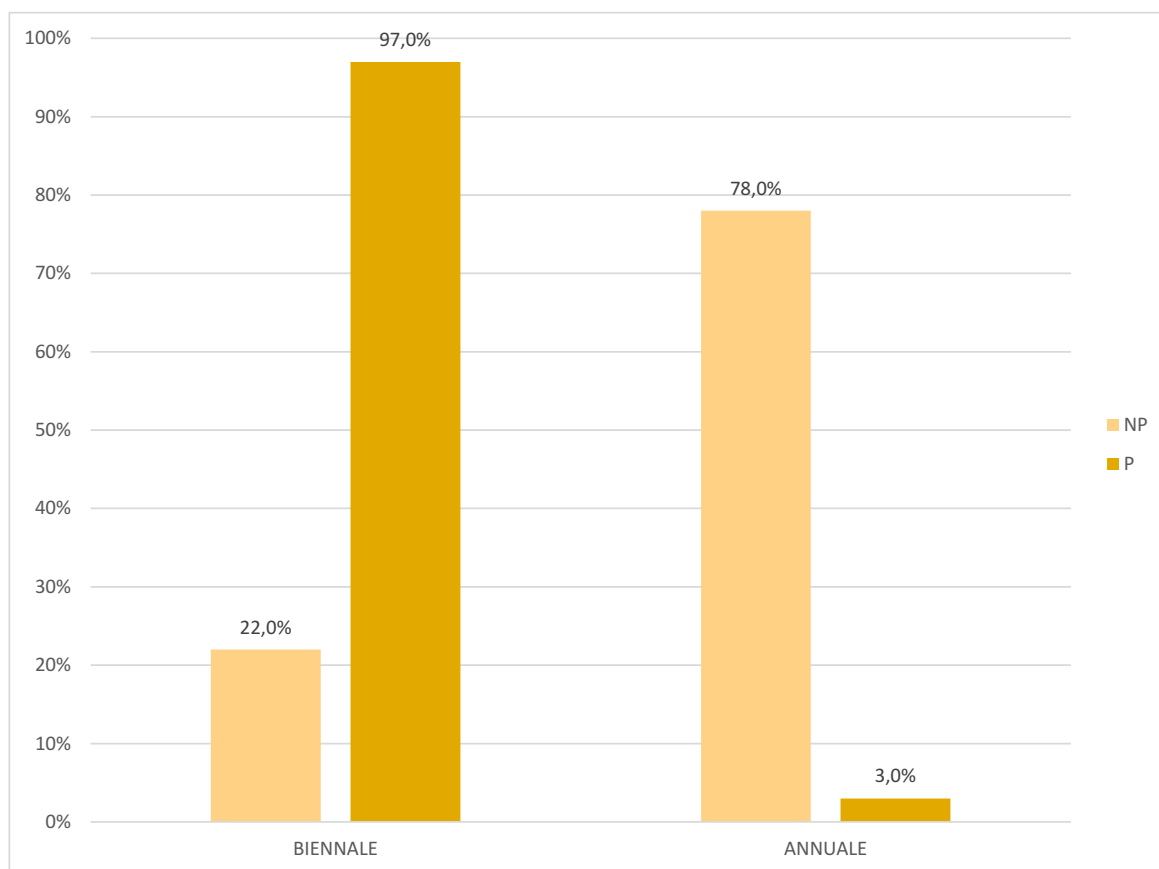
*Grafico 9: motivi per cui l'utenza del servizio di screening mammografico dell'AULSS 8 Berica si rivolge al privato.*

È emerso, quindi, che la mancata adesione allo screening mammografico pubblico dipende molto poco da queste ultime tre variabili.

Dalle risposte ottenute si è potuto constatare che le donne che si rivolgono al privato per eseguire questo tipo di diagnostica è perché la fanno annualmente; molte di queste si sottopone alla mammografia ogni anno per predisposizione ereditaria o per indicazione medica.

Una minoranza di rispondenti riferisce che si rivolge a una struttura privata per poter fare anche l'ecografia, incontrare lo stesso professionista, ricevere subito l'esito con cd e lastre.

Nello screening organizzato dall'azienda il referto viene inviato al domicilio per posta ordinaria, con tempi che si allungano. Capita, inoltre, che a volte il referto non arrivi del tutto. Per i casi di positività la comunicazione avviene invece in tempi brevi per via telefonica.



*Grafico 22: rappresentazione grafica dell'adesione per preferenza biennale o annuale.*

Le evidenze scientifiche raccomandano, invece, di eseguire la mammografia ogni 2 anni come avviene nel servizio di screening pubblico. Le linee guida nazionali raccomandano di fare la mammografia ogni 12/18 mesi per le utenti che hanno una familiarità con il carcinoma mammario.

Durante l'intervista la maggior parte delle donne riferiva di aver eseguito la mammografia ad ottobre che è il mese della prevenzione contro il cancro al seno. Nel mese di ottobre nelle strutture private vengono offerti un insieme di servizi per la prevenzione del carcinoma mammario (es. mammografia più ecografia più visita senologica) e sono divulgati dai media.

Il ruolo dei media nella prevenzione del cancro al seno è fondamentale, perché permette di comunicare alla popolazione l'importanza della diagnosi precoce come strumento di forte riduzione della mortalità nei casi in cui si sviluppa il tumore al seno.



## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> U. S. National Institutes of Health NCI. SEER Training Modules, Breast Cancer. <https://training.seer.cancer.gov/breast/anatomy/>

<sup>2</sup>Toğaçar, Mesut, Burhan Ergen e Zafer Cömert. "Rilevamento del tipo di tumore nelle immagini MR cerebrali del modello profondo sviluppato utilizzando la tecnica dell'ipercolonna, moduli di attenzione e blocchi residui". *Ingegneria medica e biologica e informatica* 59.1 (2021): 57-70.

<sup>3</sup>Tumore al seno: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi - AIRC." 01 Sett. 2021, <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno>.

<sup>4</sup> Attene F. et al., I carcinomi in situ della mammella: inquadramento clinico ed attualità terapeutiche. *Ann. Ital. Chir.*, 77, 2006, 3-12.

<sup>5</sup>"Quello da sapere sul cancro per chi affronta la malattia - AIRC."

<https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia>.

<sup>6</sup> Symptoms of Breast Cancer| Breastcancer.org. "breast cancer." [https://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](https://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms).

<sup>7</sup>Breast Cancer Signs and Symptoms.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>

<sup>8</sup>Symptoms of Breast Cancer| Breastcancer.org. [http://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms)

<sup>9</sup> Breast Cancer Signs and Symptoms.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>

<sup>10</sup> American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>

<sup>11</sup> Factors with Unclear Effects on Breast Cancer Risk.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/risk-and-prevention/factors-with-unclear-effects-on-breast-cancer-risk.html>.

<sup>12</sup> Mangone L, Bisceglia I, Michiara M, Musolino A, Mazzoleni G, Caldarella A, Minerba S, Cascone G, Bella F, Dinaro Y, Pau L, Pinto C. Breast Cancer in Italy: Stage and Region Distribution. *Breast Cancer* (Dove Med Press). 2022 Apr 29;14:125- 131. doi: 10.2147/BCTT.S360244. PMID: 35515355; PMCID: PMC9064450.

<sup>13</sup> I numeri del cancro in Italia 2022 AIOM-Registri Tumori Italiani-SIAPEC- PASSI-PASSI D'ARGENTO-ONS-Fondazione AIOM

- <sup>14</sup> Diktapanidou, S., & Ziogou, T. (2011). Breast cancer in the women and health promotion. *Progress in Health Sciences*, 1, 165-170
- <sup>15</sup> Camia P., Roveda A.M., Signorelli C. (2018). Promuovere la partecipazione attiva della persona sana nella salvaguardia del proprio patrimonio di salute. In *Educare alla salute e all'assistenza. Manuale operatori*. Mondadori
- <sup>16</sup>"LA NOSTRA STORIA." <https://www.andosonlusnazionale.it/chi-siamo/la-nostra-storia.html>.
- <sup>17</sup> Liu K, Zhang W, Dai Z, Wang M, Tian T, Liu X, Kang H, Guan H, Zhang S, Dai Z. Association between body mass index and breast cancer risk: evidence based on a dose-response meta-analysis. *Cancer Manag Res*. 2018 Jan 18;10:143-151. doi: 10.2147/CMAR.S144619. PMID: 29403312; PMCID: PMC5783020
- <sup>18</sup> Antinozzi C. et al., Ruolo dell'esercizio fisico nel trattamento del carcinoma della mammella positivo al recettore degli estrogeni. *L'endocrinologo*, 23, 2022, 238-246.
- <sup>19</sup> "Ministero della Salute." [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf), pubblicato nel 2004.
- <sup>20</sup> The Five Steps of a Breast Self-Exam Breastcancer.org. "Breastcancer.org - Breast Cancer Information and Support." [https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self\\_exam/bse\\_steps](https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self_exam/bse_steps).
- <sup>21</sup>"Azienda ULSS 8 Berica: Screening mammografico per la prevenzione del tumore al seno" <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/2094>.
- <sup>22</sup> "Ministero della Salute." [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf) pubblicato nel 2004.
- <sup>23</sup> Sottocornola C, Creonti I, Del Dò E, Traino C, Caramella D. Gestione del dato dosimetrico in mammografia. Accettato per la pubblicazione sul *Giornale Italiano di Radiologia Medica*
- <sup>24</sup> Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Comparison of the performance of screening mammography, physical examination, and breast US and evaluation of factors that influence them: An analysis of 27,825 patient evaluations. *2002;225(1):165-175*
- <sup>25</sup> Zappa M. Rapporto 2016. Oss Naz Screen. 2016.
- <sup>26</sup> Molina Y, Thompson B, Ceballos RM. Physician and Family Recommendations to Obtain a Mammogram and Mammography Intentions: The Moderating Effects of Perceived Seriousness and Risk of Breast Cancer. *J women's Heal care*. 2014;3(6). doi:10.4172/2167-0420.1000199
- <sup>27</sup> Husaini BA, Sherkat DE, Bragg R, et al. Predictors of Breast Cancer Screening in a Panel120 Study of African American Women. *Women Health*. 2001;34(3):35-51 . doi:10.1300/J013v34n03\_03

<sup>28</sup> Allen JD, Sorensen G, Stoddard AM, Colditz G, Peterson K. Intention to Have a Mammogram in the Future Among Women Who Have Underused Mammography in the Past. *Heal Educ Behav.* 1998;25(4):474-488. doi:10.1177/109019819802500406.

<sup>30</sup> Gianino MM, Lenzi J, Bonaudo M, Fantini MP, Siliquini R, Ricciardi W, Damiani

G. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. *BMC Public Health.* 2018 Nov 6;18(1):1236. doi: 10.1186/s12889-018-6155-5. PMID: 30400786; PMCID: PMC6220470

<sup>12</sup> Mangone L, Bisceglia I, Michiara M, Musolino A, Mazzoleni G, Caldarella A, Minerba S, Cascone G, Bella F, Dinario Y, Pau L, Pinto C. Breast Cancer in Italy: Stage and Region Distribution. *Breast Cancer (Dove Med Press).* 2022 Apr 29;14:125- 131. doi: 10.2147/BCTT.S360244. PMID: 35515355; PMCID: PMC9064450

<sup>32</sup>Stefania G, Giuseppe A, Paolo A, et al. I Numeri Del Cancro in Italia 2017. (Il Pensiero Scientifico Editore, ed.). Report AIOM-AIRTUM; 2017. doi:[http://www.registritumori.it/PDF/AIOM2014/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2014.pdf](http://www.registritumori.it/PDF/AIOM2014/I_numeri_del_cancro_2014.pdf).

<sup>33</sup>"Istat." <https://www.istat.it/it/files//2021/12/REPORT-PREVENZIONE-2019.pdf>

<sup>34</sup> Bucchi M., La salute e i mass media. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 17, 1997, 69-79

<sup>35</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it." <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>.

<sup>36</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it." <https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>

## SITOGRAFIA

<sup>1</sup> U. S. National Institutes of Health NCI.

<https://training.seer.cancer.gov/breast/anatomy/>

<sup>3</sup>Tumore al seno: sintomi, prevenzione, cause, diagnosi - AIRC." 01 Sett. 2021,  
<https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-del-seno>.

<sup>5</sup>"Quello da sapere sul cancro per chi affronta la malattia - AIRC."

<https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia>.

<sup>6</sup> Symptoms of Breast Cancer

[https://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](https://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms).

<sup>7</sup>Breast Cancer Signs and Symptoms.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms>.

<sup>8</sup>Symptoms of Breast Cancer| Breastcancer.org.

[http://www.breastcancer.org/symptoms/understand\\_bc/symptoms](http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/symptoms)

<sup>9</sup> Breast Cancer Signs and Symptoms.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>

<sup>10</sup> American Cancer Society. Breast Cancer Risk and Prevention.

<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html>

<sup>11</sup> Factors with Unclear Effects on Breast Cancer Risk.

<https://www.cancer.org/cancer/breastcancer/risk-and-prevention/factors-with-unclear-effects-on-breast-cancer-risk.html>.

<sup>16</sup>"LA NOSTRA STORIA.

" <https://www.andosonlusnazionale.it/chi-siamo/la-nostra-storia.html>.

<sup>19</sup> "Ministero della Salute."  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf), pubblicato nel 2004.

<sup>20</sup> The Five Steps of a Breast Self-Exam Breastcancer.org. "Breastcancer.org - Breast Cancer Information and Support."  
[https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self\\_exam/bse\\_steps](https://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self_exam/bse_steps).

<sup>21</sup>"Azienda ULSS 8 Berica: Screening mammografico per la prevenzione del tumore al seno" <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/2094>.

<sup>22</sup> "Ministero della Salute."  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_774\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf) pubblicato nel 2004.

<sup>33</sup>"Istat."

<https://www.istat.it/it/files//2021/12/REPORT-PREVENZIONE-2019.pdf>

<sup>35</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it."

<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>.

<sup>36</sup> "Il tumore della mammella - salute.gov.it."  
<https://www.salute.gov.it/portale/tumori/dettaglioContenutiTumori.jsp?id=5538&area=tumori&menu=vuoto>



## ELENCO GRAFICI

Grafico 1: distribuzione del campione per distretto (n=200).

Grafico 2: adesione allo screening mammografico AULSS 8 Berica.

Grafico 3: motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening Mammografico AULSS 8 Berica.

Grafico 4: coerenza nelle risposte dei motivi pratici che rendono difficile la partecipazione allo Screening Mammografico AULSS 8 Berica.

Grafico 5: motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo screening.

Grafico 6: coerenza delle risposte dei motivi emotivi che rendono difficile la partecipazione allo screening.

Grafico 7: motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo screening.

Grafico 8: variabilità delle risposte dei motivi organizzativi che rendono difficile la partecipazione allo screening.

Grafico 9: motivi per cui l'utenza del servizio di screening mammografico dell'AULSS 8 Berica si rivolge al privato.

Grafico 10: coerenza delle risposte dei motivi per cui l'utenza del servizio di screening mammografico dell'AULSS 8 Berica si rivolge al privato.

Grafico 11: importanza attribuita in una scala da 1 a 10 rispetto alla mammografia.

Grafico 12: importanza attribuita in una scala da 1 a 10 rispetto alla mammografia per adesione.

Grafico 13: stato civile delle donne afferenti al servizio mammografico dell'AULSS 8 Berica.

Grafico 14: stato civile delle donne afferenti al servizio mammografico dell'AULSS 8 Berica per adesione.

Grafico 15: età del campione per adesione.

Grafico 16: adesione per titolo di studio.

Grafico 17: rappresentazione grafica del paese di nascita del campione intervistato.

Grafico 18: rappresentazione grafica dell'adesione per paese di nascita del campione intervistato.

Grafico 19: rappresentazione grafica della percezione delle proprie possibilità economiche per permettersi il pagamento delle visite private.

Grafico 20: rappresentazione grafica dell'adesione per possibilità economiche del campione intervistato.

Grafico 21: rappresentazione grafica mammografia privata per possibilità economiche del campione intervistato.

Grafico 22: rappresentazione grafica dell'adesione per preferenza biennale o annuale.

Grafico 23: adesione per distretto.

# ALLEGATI



**CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA**  
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**SINOSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI**  
**STUDENTE: SHQIPE DEVAJA - MATRICOLA 1231184**

<b>ARGOMENTO DI TESI</b>	<b>Motivazioni mancata adesione allo screening per tumore della mammella di 1° livello - Azienda ULSS 8 Berica.</b>	
<b>TIPOLOGIA DI TESI</b>	TEORICO- PRATICA	
<b>FRAMEWORK E PROBLEMA</b>	<p>Il cancro al seno è il tumore più comune, con una stima di 55.700 nuove diagnosi nelle donne nel 2022 in Italia. Negli ultimi decenni si è registrato un costante aumento di frequenza di diagnosi, accompagnata però da una riduzione della mortalità, anche grazie all'adesione ai programmi di screening. Secondo le ultime stime dell'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (IARC, 2019), la partecipazione allo screening mammografico riduce del 35% la mortalità.</p> <p>I programmi di screening sono progettati per ridurre la mortalità facilitando la diagnosi precoce, che aumenta le possibilità di trattamento e recupero attraverso interventi meno invasivi; pertanto, è importante la piena espansione e l'adesione ai programmi di screening.</p> <p>Si rende quindi necessario comprendere i fattori che impediscono all'utente la partecipazione al programma di Screening Mammografico.</p>	
<b>QUESITI DI TESI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quali sono i motivi per cui gli utenti non partecipano al Programma di Screening al Seno?</li> <li>2. Quali sono le fasce di età maggiormente non aderenti?</li> <li>3. Quali sono le evidenze in letteratura di dimostrata efficacia riguardo la partecipazione allo Screening Mammografico?</li> <li>4. Quali possono essere le migliori strategie per aumentare l'adesione al Programma di Screening?</li> </ol>	
<b>OBIETTIVI DI TESI</b>	<p><b>OBIETTIVO GENERALE:</b> Raccogliere le motivazioni e i fattori incidenti la mancata adesione allo screening per tumore della mammella di 1° livello.</p> <p><b>OBIETTIVI SPECIFICI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Descrivere la fascia d'età del campione</li> <li>2. Descrivere la prevalenza delle motivazioni ostacolanti</li> <li>3. Descrivere le evidenze in letteratura che dimostrano l'efficacia dello Screening</li> <li>4. Descrivere le migliori strategie utilizzate per aumentare l'adesione</li> </ol>	
<b>MATERIALI E METODI</b>	<b>CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO</b>	<p>Donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni, di nazionalità italiana e straniera, che rientrano nel programma di screening per tumore della mammella di 1° livello dell'Azienda ULSS 8 Berica. Confronto tra mancata partecipazione allo screening mx tra donne residenti in area urbana (comune di Vicenza) ed area extra urbana (comune di Sandrigo)</p> <p><b>CRITERI ESCLUSIONE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Donne già sotto controllo regolare per tumore al seno.</li> </ul>
	<b>STRUMENTI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionario telefonico in occasione di promemoria remind, pre-appuntamento, su supervisione dei docenti/relatore/operatori.</li> <li>• Dati di archivio aziendale.</li> </ul>
	<b>DURATA</b>	DA gennaio A marzo 2023
<b>METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI</b>	Rielaborazione quali-quantitativa delle risposte, con elaborazioni di frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni	
<b>UU.OO. COINVOLTE</b>	Servizio di Epidemiologia di Vicenza l'Azienda ULSS 8 Berica.	



Pensa di aderire alla proposta di screening mammografico ?	<input type="checkbox"/> Assolutamente no	<input type="checkbox"/> Più no che si	<input type="checkbox"/> Più si che no	<input type="checkbox"/> Assolutamente si
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------------

Può essere che lei non partecipi per uno di seguenti motivi?

	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto
Effettua mammografia annualmente				
Effettua mammografia periodica privatamente				

Secondo lei, quali sono i motivi di ordine Pratico che rendono difficoltosa la partecipazione allo screening mammografico?

	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto
Impegni familiari				
Impegni di lavoro				
Problemi personali				
Difficoltà a parlare italiano				
Difficoltà nel raggiungere il luogo dell'esame				
Mancano mezzi pubblici per raggiungere il servizio				
Non posso muovermi autonomamente				
Mancanza di comunicazione adeguata				
Impossibilità a partecipare negli orari indicati				

Secondo lei, quali sono i motivi di ordine Emotivo che rendono difficoltosa la partecipazione allo screening mammografico?

	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto
L'esame è fastidioso				

Paura di un esito positivo				
Imbarazzo nello svolgere l'esame				
Disagio di fronte ad un tecnico maschio				
Ansia per l'attesa della risposta				
Ci si dimentica dell'appuntamento				
L'esame non serve				
Non ho fiducia nei servizi sanitari				

Secondo lei, quali sono i motivi di ordine Organizzativo che rendono difficoltosa la partecipazione allo screening mammografico?

	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto
Accoglienza del luogo dove si svolge l'esame				
Accoglienza del personale				
Possibilità di chiedere informazioni e chiarimenti				
Tempi di attesa eccessivi				
Possibilità di modificare la prenotazione per telefono/online				
Disponibilità della segreteria di screening le richieste dell'utente				
I giorni e l'orario del servizio sono adeguati				

Perché alcune donne si rivolgono alle strutture private per svolgere l'esame?

	<input type="checkbox"/> Per niente	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Abbastanza	<input type="checkbox"/> Molto
Per evitare affollamenti				
Tempi di attesa limitati				
Accoglienza accurata				
Svolgere l'esame annualmente				
Maggiore disponibilità di giorni ed orari				
Esito dell'esame immediato				
Fiducia nella struttura privata				
Possibilità di incontrare lo stesso professionista				

In una scala da una 1 a 10 secondo lei quanto è importante la mammografia?

Per niente  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Molto

Stato civile:

Nubile  Sposata/convivente  Divorziata/separata  Vedova

Titolo di studio:

Nessun titolo  Licenza elementare  Licenza di scuola media

Titolo professionale

Diploma di scuola media superiore  Laurea/Diploma  
universitario o titolo superiore

Paese di nascita:

Italia  Altro specificare \_\_\_\_\_

Rispetto alla possibilità di pagarsi degli esami personali, come valuta la sua situazione economica?

Insufficiente  Sufficiente  Adeguata  Buona  Ottima

Ha dei suggerimenti in merito al servizio di Screening Mammografico e sul come migliorarlo?

---

