

Prefazione **4**

Introduzione **7**

Gli screening sul campo **10**

Promozione della qualità **13**

Lotta alle diseguaglianze **14**

Ricerca e innovazione **18**

Le domande di fondo **21**

I numeri dello screening **25**

ALL'INSEGNA DELLA STEWARDSHIP

Anche se alcune attività sono ancora in corso, con la fine del 2009 è terminata la pianificazione speciale portata avanti dal 2005 con i Piani nazionali screening.

Questo sforzo di pianificazione ha dato i suoi frutti principali nel promuovere e rafforzare l'infrastruttura regionale destinata agli screening e nel rafforzare il sistema nazionale mediante l'Osservatorio nazionale screening, il sistema informativo, il supporto alle Regioni.

Da quest'anno gli obiettivi per i programmi di screening li ritroviamo nel più ampio approccio del Piano nazionale della Prevenzione 2010-12.

Questo Piano propone alcuni aspetti di grande importanza per la prevenzione in Italia, ma anche per chi si occupa di screening: privilegiare gli interventi di sanità pubblica, organizzare l'attenzione alla persona (nell'ampia

Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012: obiettivi e azioni per gli screening dei tumori della mammella, colon retto e cervice uterina

Obiettivi generali di salute	Sottobiettivi	Linee di supporto	Linee di intervento	
Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon retto (da valutare su dati Registri tumori)	Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per carcinoma cervice uterina, carcinoma mammario, carcinoma colon retto, che verifichino adesione e parametri di qualità	Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e Osservatorio nazionale screening)	Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening	
		Supporto alla programmazione regionale (tramite Osservatorio nazionale screening)	Estensione dei programmi di screening	
		Integrazione base dati nazionali (Iss, Istat-Multiscopo, Ons)	Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici	
	Innovazione screening cancro della cervice uterina			Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test Hpv-Dna come test di screening primario
				Integrazione con i programmi di vaccinazione anti Hpv
	Innovazione screening cancro coloretale		Coinvolgimento dei Mmg	Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità)
				Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello)
	Innovazione screening cancro mammella			Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso)
				Estensione fasce di età Valutazione digitale e Cad
	Estensione registri tumori			Istituzione registri tumori regionali
Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto	Reingegnerizzare lo screening opportunistico	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità e adeguatezza	Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening	

accezione di *empowerment*), adottare modelli organizzativi che integrino tutte le risorse presenti sul territorio per raggiungere gli obiettivi fissati, diffondere e utilizzare i sistemi informativi, promuovere il ricorso ai dati delle sorveglianze.

Ancora più importante è il fatto che le Regioni e il Ministero hanno condiviso (e stabilito con l'Intesa del 29/4/10) che l'approccio strategico che dovrà informare di sé i rapporti tra istituzioni e stakeholder in un contesto di devoluzione, sia quello della *stewardship*.

Rimandando ad altre sedi l'approfondimento di questo modello di governance, va tuttavia sottolineato quanto questo sia innovativo nell'intento esplicito di essere più efficienti ed efficaci nel governare e attuare la pianificazione per la prevenzione.

Per quanto riguarda i programmi di screening, gli obiettivi e le azioni stabilite rispondono a due indirizzi strategici principali: rafforzare e innovare. Nella tabella sono riportati gli obiettivi e le azioni da attuare, distinti per gli ambiti di responsabilità del Ministero e per quelli di responsabilità regionale.

La principale innovazione affidata al sistema sanitario non è tanto quella delle strumentazioni (per la quale, comunque, prevale la ricerca di evidenze che le possano sostenere nella pratica) ma quella che persegue la ricerca dell'appropriatezza e dell'eccellenza, negli assetti istituzionali di accreditamento.

All'inizio di questo triennio, c'è solo da augurarsi che tutti coloro che sono coinvolti nei programmi di screening rapidamente comprendano le *sfide* che il Piano identifica e stabilisce e che, per il miglior beneficio della popolazione, si applichino a vincerle. Tutti insieme.

Antonio Federici
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria,
Ministero della Salute

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

L'Osservatorio nazionale screening (Ons) è nato dall'esperienza dei gruppi di operatori dei programmi di screening: Gisma (Gruppo italiano screening mammografico), Gisci (Gruppo italiano screening del cervico carcinoma), Giscor (Gruppo italiano screening tumori colorettaali).

Dal 2001 al 2003 è stato supportato dalla lega italiana per la lotta ai tumori (Lilt).

Dal 2004 è diventato l'organo tecnico per il monitoraggio e la promozione dei programmi di screening oncologico di riferimento delle Regioni e del Ministero della Salute - Dipartimento della Prevenzione.

Comitato di indirizzo:

- Un rappresentante per ogni Regione e uno per il Ministero della Salute

Comitato esecutivo:

- Direttore Ons: Marco Zappa, Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica Firenze, Regione Toscana
- Carlo Naldoni, Assessorato alle politiche per la salute, Bologna - Regione Emilia Romagna
- Eugenio Paci, Laziosanità, Agenzia di sanità pubblica, Roma - Regione Lazio
- Nereo Segnan, Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte, Torino - Regione Piemonte

Funzioni:

- Monitoraggio e valutazione dei programmi di screening
- Formazione
- Promozione della qualità
- Comunicazione e informazione

DOVE C'È SCREENING C'È PIÙ EGUAGLIANZA

Lo screening della cervice uterina è quello che meglio è riuscito a offrire alle cittadine un servizio uniforme su tutto il territorio nazionale. Restano però ampi margini di miglioramento. È da curare soprattutto la qualità, specie in vista degli importanti cambiamenti strutturali stanno investendo questo screening.

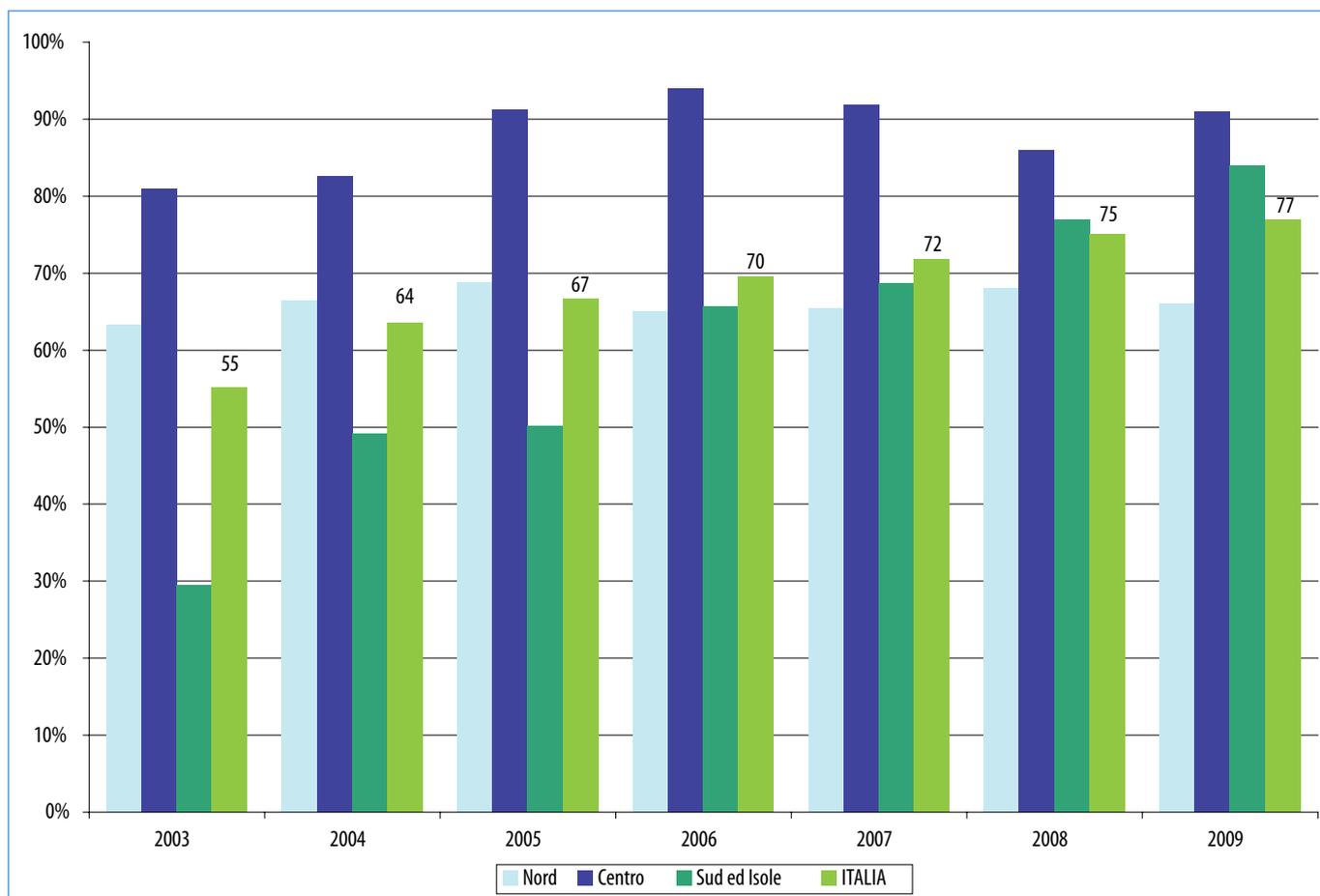
Quasi nove milioni. Questa cifra imponente corrisponde al numero di inviti per i tre programmi di screening: per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, della mammella e del colon retto effettuati nel 2009 in Italia. Inviti cui hanno fatto seguito quasi quattro milioni e duecentomila esami. A questi risultati lo screening della cervice uterina contribuisce con oltre tre milioni e cinquecentomila inviti e quasi un milione e quattrocentomila test eseguiti.

La figura 1 riporta la copertura *teorica* dei programmi dal 2003 al

2009, ovverosia la percentuale di donne che vivono in un'area dove è attivo un programma di screening. Come si vede, nel 2009 siamo giunti al 77% del territorio nazionale. Risulta evidente il, seppur lento, crescere della copertura. A differenza con quanto avviene negli altri due programmi di screening non si osservano qui differenze importanti tra Nord, Centro e Sud. Questo perché da un lato due Regioni del Nord hanno deciso di non impegnarsi per implementare su tutto il loro territorio programmi di screening organizzati, e dall'altro

perché lo screening della cervice uterina, essendo il più antico è abbastanza diffuso anche al Sud.

Figura 1.
Estensione teorica dei programmi di screening della cervice uterina per zona geografica 2003-2009



La figura 2 riporta l'estensione *effettiva* degli inviti, cioè quante donne della popolazione bersaglio ricevono regolarmente la lettera di invito che dà il via al processo. Anche qui osserviamo una costante crescita nel tempo fino al 66% di copertura nazionale nel 2009.

La differenza con quanto indica la figura precedente è dovuta essenzialmente al fatto che non tutti i programmi sono in grado di rispettare l'intervallo di tempo previsto (tre anni) e quindi non invitano tutta la popolazione bersaglio. Inoltre, alcuni nuovi programmi non coprono per intero tutto il territorio di competenza.

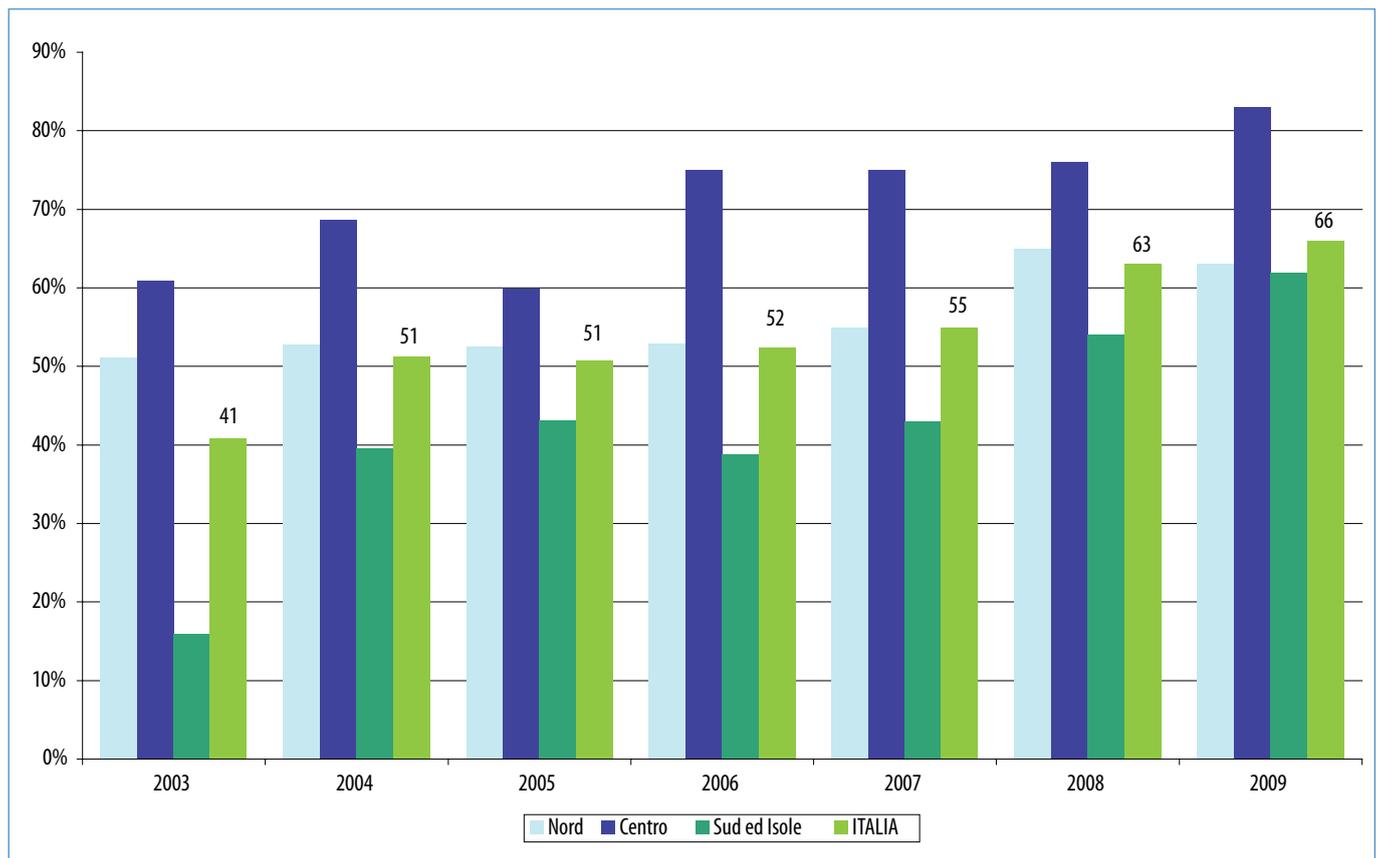
La sezione dedicata ai "numeri degli screening" (a pagina 25) presenta i principali indicatori con cui misuriamo la qualità dei programmi: da quei numeri emerge anche che a fronte di un'estensione dei programmi non molto diversa tra Nord, Centro e Sud Italia, però la risposta all'invito è molto più bassa nelle regioni meridionali. Il che implica che il numero di donne che

esegue il test all'interno dei programmi è inferiore rispetto al Centro-Nord. Anche altri indicatori di qualità ci confermano che mediamente al Sud la qualità raggiunta è inferiore rispetto al Centro-Nord. Insomma, ci sono ancora ampi spazi per migliorare.

La sorveglianza «Passi»

Quest'anno abbiamo affiancato questa survey universale con l'indagine che il gruppo di lavoro *Passi* (l'acronimo sta per Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) esegue annualmente sulle attività di prevenzione. È un'indagine campionaria attraverso interviste telefoniche, che tra le altre cose prevede di chiedere alle donne che accettano di rispondere se hanno eseguito un Pap test negli ultimi tre anni. Nel caso la risposta sia affermativa si domanda anche se il test è stato eseguito all'interno di un programma organizzato e in forma gratuita, oppure con qualche forma di pagamento (ticket o pagamento

Figura 2.
Estensione effettiva dei programmi di screening della cervice uterina per zona geografica 2003-2009



della prestazione occasionale). Questo tipo di indagine tende a sovrastimare la reale copertura della popolazione. Al contrario, la survey universale Ons tende a sottovalutare leggermente il numero di esami effettivamente eseguiti nel programma di screening. Confrontare i due flussi di informazioni consente di capire meglio quello che succede sul territorio.

I dati *Passi* dimostrano che mediamente il 73% delle donne riferisce di aver fatto un Pap test negli ultimi tre anni (circa la metà all'interno di programmi organizzati, l'altra metà spontaneamente). Ma questo valore corrisponde all'80% al Centro e al Nord e solo al 58% al Sud.

Questa ampia differenza fra le diverse aree geografiche italiane è dovuta alla minore quota di test effettuati nell'ambito dei programmi organizzati delle regioni del Sud, mentre il numero di Pap test eseguiti in regime di pagamento è sostanzialmente lo stesso nelle diverse regioni. La conseguenza logica di questo stato di cose è che se vogliamo recuperare il gap fra il Centro-Nord e Sud dobbiamo sviluppare i programmi organizzati al Sud.

■ **Diseguali anche nella diseguaglianza**

Il problema delle diseguaglianze nell'accesso ai programmi di screening viene toccato anche da altri punti di vista, per esempio trattando del maggiore rischio per le donne migranti dai Paesi a forte pressione migratoria e dei tentativi

di contrasto a questo stato di cose, ma anche dando conto di un'iniziativa, davvero esemplare, di intervento dei programmi di screening all'interno del carcere di Rebibbia a Roma. Anche la riflessione sull'efficacia della comunicazione verso le fasce fragili della popolazione fa parte dei diversi modi per affrontare il tema della diseguaglianza.

■ **Le nuove frontiere**

Lo screening del tumore del collo dell'utero sta incontrando numero-

si cambiamenti strutturali.

Le evidenze scientifiche emerse negli ultimi anni sull'efficacia del test Hpv come test primario si sono tradotte in alcuni studi pilota in corso di realizzazione in diverse realtà del nostro Paese. Ne riportiamo i primi risultati e le prime impressioni. Un approccio diverso, anche questo presente nel rapporto, riguarda lo studio effettuato sulla possibilità di recuperare le donne che non rispondono al primo invito offrendo il *self sampling*, un test di autoprelievo per l'Hpv che consente di effettuare lo

screening sui campioni rispediti ai laboratori. Siamo all'inizio, ma le risposte delle donne sembrano positive.

■ **Dedicato a Gioia Montanari**

Questa introduzione finisce con una nota dolente: alcuni mesi fa è morta Gioia Montanari. Tra le fondatrici del Gruppo italiano per lo screening cervicale, ha avuto grandi meriti nell'organizzazione del programma di screening della cervice uterina in Piemonte. Si può

Lo screening del tumore della cervice uterina sta incontrando cambiamenti strutturali, risultato di nuove evidenze scientifiche e della ricerca di nuovi modelli per effettuare il test

dire che tutti gli operatori dei programmi di screening cervicale l'abbiano conosciuta. Con i suoi interventi ai numerosissimi convegni cui partecipava, non solo dimostrava le sue capacità tecniche e professionali, riconosciute da tutti, ma lasciava il segno per la passione civile che esprimeva in favore dei programmi di screening come strumento per diminuire le diseguaglianze vecchie e nuove nell'accesso alla salute.

Terminava sempre i suoi interventi parlando dei suoi gatti. Così ci piace ricordarla. ■



DOPO IL TERREMOTO SI RIPARTE IN CAMPER

Il terremoto che ha investito l'Abruzzo nell'aprile del 2009 ha avuto pesanti effetti anche sui programmi di screening. La difficoltà di raggiungere gli utenti ha prodotto importanti ritardi. Tuttavia, un pezzetto per volta e con soluzioni talvolta originali, anche gli screening si stanno ricostruendo.

È passato poco più di un anno dal terremoto in Abruzzo e, come le case, anche i programmi di screening sono da ricostruire. «La difficoltà maggiore - spiega Claudio Angeloni, responsabile per gli screening della Regione - è quello dei recapiti. Soprattutto nelle zone più colpite dal sisma non esiste un indirizzario per raggiungere le donne con la lettera di invito. Dopo il terremoto, alcune hanno vissuto in tendopoli, altre in alberghi, altre sono andate via e lasciato la regione».

Da qui è nata l'idea di cercare di portare direttamente i programmi di screening nei luoghi in cui l'emergenza le ha costrette a vivere.

«Abbiamo acquistato un camper - aggiunge Angeloni - attrezzandolo e registrandolo come ambulatorio mobile». Diviso in due aree (una sala di attesa e il vero e proprio ambulatorio), consente di eseguire l'Hpv test (l'Abruzzo è infatti la prima Regione a impiegare l'Hpv come esame di primo livello), di distribuire i campioni per il sangue occulto nelle feci e la colposcopia.

«È pronto da luglio - dice Angeloni - aspettiamo soltanto che il direttore generale dell'azienda sanitaria de L'Aquila completi le procedure amministrative per dare il via all'iniziativa nel capoluogo».

Lo screening errante

Nel frattempo, però, il camper non è rimasto fermo.

«Approfittando della sensibilità di un sindaco (donna) l'ambulatorio mobile è stato per due settimane a disposizione della popolazione di Rocca Santa Maria, un comune di 600 abitanti nella provincia di Teramo», prosegue il responsabile degli

screening abruzzesi.

Da 6 anni andare negli ambulatori sparsi nei comuni abruzzesi è un'abitudine, al punto che il programma si avvale del contributo di una prelevatrice itinerante, un'ostetrica: Milena Di Febo. «La disponibilità del camper ci ha permesso di snellire le procedure - precisa Di Febo - e di non essere costretti ad allestire di volta in volta ambulatori di fortuna».

La risposta delle donne a Rocca Santa Maria ha ripagato la scelta:

dosi tra le prime all'esame ad alcune donne dei paesi vicini che hanno chiesto di fare l'Hpv-test, fino ad arrivare alle mamme che chiedevano informazioni per le loro figlie che non vivevano più in paese. Non sono mancate nemmeno le donne over 65, e quindi al di fuori delle fasce di screening, che sono venute a richiedere di poter ottenere il test. Il tutto in un clima accogliente, di familiarità e senza alcun imbarazzo».

L'ambulatorio mobile, per ora, con-

«Lavorare sul campo ha consentito di saggiare dal vivo

l'atteggiamento delle donne, che si sono rivelate spesso ben informate e aperte alle nostre proposte»

«l'adesione è stata di poco inferiore al 50 per cento. Un valore non elevatissimo, ma per noi è positivo, dal momento che rispecchia le percentuali della Asl di Teramo dove ancora c'è tanto da lavorare».

Le donne viste da vicino

Lavorare sul campo, inoltre, ha consentito di saggiare dal vivo l'atteggiamento delle donne, spesso al primo appuntamento con lo screening: «Io ero un po' timorosa - racconta Di Febo - ma con tanta voglia di provare quest'esperienza. Ho trovato donne molto più aperte mentalmente di quanto si possa pensare e in genere bene informate, soprattutto grazie al contributo dei medici di famiglia. Dal sindaco che ha dato l'esempio sottoponen-

sente di eseguire soltanto il primo livello dello screening per il cancro della cervice (l'Hpv test), ma presto sarà impiegato anche per distribuire le provette per il test del sangue occulto nelle feci e sarà disponibile un colposcopio.

«Quest'ultima dotazione potrà rivelarsi molto utile per non disperdere tutte quelle donne che non si sottopongono al test di secondo livello perché distanti da un presidio ospedaliero», conclude Di Febo. ■

C'era una volta lo screening

Daria Minucci, una delle mamme dello screening della cervice uterina in Italia, racconta l'evoluzione di questo intervento. Dai primi anni Sessanta a oggi tutto è cambiato: la sensibilità delle donne e quella della comunità scientifica. Ma, soprattutto, la storia del tumore del collo dell'utero.

«Erano gli anni Cinquanta e il direttore della Clinica ostetrica di Ferrara, il professor Tortora, andò negli Stati Uniti, a incontrare Papanicolau (l'inventore del Pap test) per approfondire la conoscenza di questo esame. Quando tornò in Italia, Tortora pensò bene di presentarlo nel corso del congresso degli anatomopatologi e si dice che a metà della comunicazione sia stato interrotto dai fischi». Così cominciano gli screening in Italia.

A raccontarlo è Daria Minucci, oggi in pensione, ma fino a pochi mesi fa direttore dell'Unità complessa di Ostetricia e Ginecologia presso l'Azienda ospedaliera di Padova, tra le mamme dello screening per il cancro del collo dell'utero in Italia, insieme, tra gli altri, a Gioia Montanari, «che ha portato avanti lo screening per tanto tempo e a lungo ne è stata un punto di riferimento».

«L'avversione dei patologi verso il Pap test nasceva dalla loro abitudine ad avere a che fare con i tessuti. Non credevano che cellule separate potessero consentire di giungere

«Eravamo in contatto con le donne ammalate di cancro - racconta - donne giovani, spesso madri, che quasi sempre morivano. Il cancro del collo dell'utero era un tumore molto più frequente di quanto lo sia oggi: non c'erano registri tumori, ma posso supporre che l'incidenza fosse di 20-30 casi per 100 mila donne ogni anno. Inoltre i tumori venivano diagnosticati in fase molto avanzata e perciò difficilmente guaribili anche con interventi chirurgici radicali. Oggi la situazione è completamente cambiata: l'incidenza è di circa 9 casi per 100 mila donne all'anno e diagnosticiamo tumori allo stadio iniziale e prevalentemente guaribili».

■ Vedere i tumori sempre più precocemente

L'efficacia del test era evidente fin da subito. Non servivano sperimentazioni cliniche per dimostrare che impiegandolo era possibile trovare i tumori in fase iniziale. «Eravamo abituati a riconoscere tumori in

te "artigianali", ma che nel tempo hanno contribuito a portare la consapevolezza di questo esame in una popolazione meno istruita di quella attuale e ancora poco sensibile al tema della prevenzione.

«Si andava nei paesini intorno a Firenze a parlare, a informare le donne», prosegue Minucci ricordando la propria esperienza.

«A volte riuscivamo a farle invitare dal sindaco. In alcuni posti c'erano ambulatori mobili, in altri si effettuava il servizio a domicilio. Col tempo sono stati coinvolti i ginecologi che effettuavano gratuitamente il prelievo per poi inviare i vetrini a un centro incaricato della lettura».

■ Lettori in via di estinzione

E lo screening ha cominciato a decollare: «i medici di famiglia hanno capito la sua importanza così come le donne. E poi l'esame non era costoso e il sistema sanitario se ne è fatto carico fin da subito». Anche l'iniziale retrosia degli anatomopatologi finiva con essere superata e il problema cominciava a diventare la disponibilità di lettori per i vetrini.

«A Firenze, all'interno di un centro istituito dalla provincia, che allora fu chiamato Istituto Papanicolau, fu istituita una delle poche scuole italiane di formazione per i lettori. Prendevano parte ai corsi ostetriche, infermiere, tecnici di laboratorio». Ma, mentre nascevano i primi veri professionisti degli screening, cominciavano anche a sorgere problemi di organizzazione del lavoro: «c'era da stabilire, per esempio, chi facesse i prelievi», un problema per nulla scontato al punto che le scuole, oltre fornire una formazione per la lettura dell'esame insegnavano anche a eseguirlo.

«Il cancro del collo dell'utero era un tumore molto più frequente di quanto lo sia oggi. Suppongo che l'incidenza fosse di 20-30 casi per 100 mila donne ogni anno. Oggi è di circa 9 casi»

a una diagnosi», spiega Minucci, ginecologa e anatomopatologa. Una doppia specializzazione resa necessaria proprio dalla mancata disponibilità dei patologi e dalla necessità di seguire personalmente tutte le fasi, dal prelievo alla lettura del vetrino.

fase avanzata e invece abbiamo cominciato a vedere tumori sempre più precoci», spiega Minucci. Così, lentamente, la conoscenza del Pap test ha cominciato a diffondersi, prima tra i medici poi nella popolazione. Anche grazie a esperienze di comunicazione certamen-

«Successivamente l'insegnamento per i tecnici di colpocitologia fu inserito nei percorsi universitari». Fino ad arrivare a una decisione che si rivelerà sciagurata per l'economia degli screening: «l'istituzione della scuola unica per tecnici di laboratorio senza una sottospecializzazione in citologia. È da lì che nasce la carenza cronica di lettori all'interno dei nostri screening che sta rendendo il passaggio all'Hpv-test quasi obbligato». Finora, aggiunge Minucci, «abbia-

mo vissuto di rendita, ma la disponibilità di lettori è in calo progressivo come conseguenza del pensionamento delle vecchie leve». Così la situazione rischia di aggravarsi. Alcuni programmi di screening sono costretti a ridurre il numero di donne invitate per adeguarsi all'effettiva capacità di lettura, mettendo così in discussione uno dei capisaldi dei programmi di screening organizzato: la periodicità predefinita, in base a rigorose evidenze scientifiche, dei test. E non

mancano «zone d'Italia dove ormai i lettori mancano del tutto», conclude Minucci.■





QUANT'È DIFFICILE DIRE: «HA UN TUMORE»

I medici dei programmi di screening il più delle volte non hanno seguito alcun corso per comunicare la diagnosi alle proprie pazienti. Eppure si tratta di un momento critico, che richiede specifiche competenze per essere gestito al meglio. Un'esperienza della Regione Piemonte mostra che migliorare è possibile.

«I corsi universitari di medicina ci insegnano molto, ma non a comunicare». Livia Giordano del Centro per la prevenzione oncologica del Piemonte inquadra una delle criticità con cui si scontrano i programmi organizzati di screening.

«Abbiamo da sempre prestato attenzione alla comunicazione cercando di capire come convincere le persone dell'importanza degli screening senza però nascondere gli effetti collaterali né il fatto che sottoporsi allo screening non sia garanzia di evitare di ammalarsi di tumore». Uno sforzo che il più delle volte si è tradotto in formazione degli operatori che si rapportano con gli utenti nella prima fase degli screening. Ma cosa succede quando si passa al livello successivo, quando l'oggetto della comunicazione è una diagnosi che può essere anche di tumore?

Una comunicazione problematica

«In questi casi - spiega Antonella Varetto, dirigente psicologo presso l'Azienda ospedaliero universitaria San Giovanni Battista - Molinette di Torino - le difficoltà comunicative che normalmente sono legate alle diverse fasi di adattamento alla malattia da parte del paziente, vengono declinate in maniera diversa perché siamo in un contesto di screening. La cultura, il vissuto personale, le aspettative del paziente sono fondamentali. Alcuni arrivano con un dubbio e un'ipotesi paurosa: quella di avere un cancro. Altri sono quasi inconsapevoli perché vivono l'esperienza dello screening come una routine. Il "livello di partenza" del paziente è una variabile che non si può ignorare». Quindi, aggiunge Varetto, prima

ancora di iniziare a comunicare, «occorre valutare bene il nostro interlocutore, riuscire a capire la sua storia e quanto la persona che si ha davanti è in grado di sopportare».

A scuola di comunicazione

Una sfida difficile, insomma, a cui i medici non sono sempre preparati. Per questo in Piemonte è nato un corso destinato agli operatori del secondo livello: «Comunicare la diagnosi all'interno dei programmi di screening della Regione Piemonte: strategie relazionali per affrontare le criticità».

«Abbiamo puntato su un corso che non fosse soltanto una lezione teorica, ma qualcosa di più interattivo e che tramite percorsi non canonici arrivasse a far sì che i partecipanti si rendessero conto del proprio grado di abilità nel comunicare», illustra Giordano.

È nato così un corso articolato in 2 giornate di formazione più mezza di follow up in cui una parte delle lezioni aveva «un approccio teorico di tipo cognitivo-comportamentale», spiega Varetto, che è stata una delle formatrici. «Oltre a una prima parte sulla comunicazione generale, ne è stata allestita una specifica sulla comunicazione difficile, studiata in ambito psiconcologico».

A fianco alle lezioni teoriche, il corso ha previsto l'impiego di giochi di ruolo: «si è partito da casi particolarmente interessanti o che hanno toccato gli operatori per simulare un momento di comunicazione difficile. I partecipanti si alternavano nel vestire i panni di chi dava o riceveva la notizia. E, mentre il gruppo osservava l'interazione, il conduttore lo guidava a

posare lo sguardo non solo sull'interazione verbale, ma anche sul non verbale e su ciò che questo suscita. Le comunicazioni, infatti, sono spesso incoerenti: parliamo con qualcuno con lo sguardo abbassato oppure ci poniamo in maniera chiusa o ancora ignoriamo le regole della prossemica violando la distanza tra le persone. E, soprattutto in questi casi, il buon comunicatore deve essere in grado di distinguere il messaggio dal messaggio: l'uno può essere negativo ma l'altro no».

Scettici, ma per poco

Un modello di formazione non convenzionale per i medici che hanno preso parte alle giornate e che all'inizio non ha mancato di suscitare scetticismo: «siamo riusciti a coinvolgere poco più della metà degli operatori - racconta Giordano - erano poco propensi a confrontarsi con questa modalità di formazione. Anche tra chi ha partecipato, all'inizio, l'imbarazzo era tanto. Tuttavia, alla fine del corso il giudizio espresso è stato più che positivo e i partecipanti hanno evidenziato cambiamenti significativi nel loro rapportarsi al paziente». Però, conclude Varetto, non bisogna credere che un corso del genere sia sufficiente per diventare dei buoni comunicatori: «lo scopo è far riflettere ogni persona su se stessa e invitarla a chiedersi in cosa potrebbe correggersi. I cambiamenti, se il partecipante è disponibile a cambiare, si ottengono nel tempo».





RAGGIUNGERE LE IRRAGGIUNGIBILI

È un dovere dei programmi di screening offrire i propri servizi anche alla popolazione carceraria. L'Azienda Usl Roma B, non l'unica in Italia, è riuscita a portare lo screening cervicale e quello mammografico nel carcere di Rebibbia. Un'esperienza ricca di difficoltà, ma molto significativa.

Anche chi è in carcere ha il diritto di godere di un intervento sanitario inserito nei livelli essenziali di assistenza come gli screening. È questa la ragione principale per cui l'Azienda Usl Roma B ha deciso di offrire lo screening citologico e mammografico alla popolazione ospite della casa circondariale femminile di Rebibbia, a Roma.

«Il carcere di Rebibbia è iscritto nel territorio aziendale dell'Asl Roma B e quindi si è ritenuto opportuno offrire programmi di prevenzione analoghi a quelli offerti al resto della popolazione», spiega Maria Luisa Mangia, direttore dell'unità complessa Programmi di prevenzione e screening del dipartimento di Prevenzione della Asl Roma B.

«Non volevamo offrire un esame *un tantum*, ma rispettare pienamente le regole del programma organizzato di screening, inteso come percorso assistenziale complesso, articolato in più livelli».

Tuttavia, offrire uno screening alla popolazione carceraria non è un'impresa semplice.

■ Una popolazione particolare

Il primo elemento con cui gli organizzatori hanno dovuto confrontarsi sono state le caratteristiche epidemiologiche della popolazione. «Il target è particolare: è alta la presenza di extracomunitarie che da una parte iniziano l'attività sessuale più precocemente rispetto alla popolazione italiana, dall'altra non hanno mai avuto un approccio alla prevenzione.

Per questo abbiamo scelto una linea di offerta del test leggermente diversa da quella tradizionale. Il Pap test è stato offerto alle donne con più di 18 anni, la mammografia

a quelle con 40 anni o più», illustra Mangia.

■ Una comunicazione difficile

L'attenzione che i programmi organizzati di screening riservano alla comunicazione è ormai tradizione. Ma come comunicare con la popolazione carceraria?

«Il nostro assetto aziendale ha favorito la comunicazione con le ospiti. La Usl Roma B ha potuto contare su un'unità operativa semplice che lavora nel penitenziario. Così, insie-

«Non volevamo offrire un esame *un tantum*, ma rispettare pienamente le regole del programma organizzato di screening, inteso come percorso assistenziale complesso, articolato in più livelli»

me a questa unità, e con il contributo di altri operatori, si è costruita una modalità di sensibilizzazione delle donne che comprendesse la distribuzione di depliant e l'organizzazione di incontri dentro la struttura sanitaria di Rebibbia. Indispensabile parlare anche in spagnolo e francese, dal momento che non c'era il mediatore culturale, attuando una tecnica che si usa a scuola rispetto a vari problemi della salute: le donne potevano porre domande anonime su un bigliettino, per non vincolare la domanda a imbarazzo o timidezza. C'erano poi donne in regimi particolari, come il 41 bis, che non potevano partecipare agli incontri. E in questo caso è stato proposto il materiale cartaceo».

■ L'organizzazione dello screening

I Pap test sono stati eseguiti nell'ambulatorio del carcere da operatori già addestrati alla procedura di screening. «Abbiamo fortemente voluto che fosse così e questo ci ha permesso di impiegare le risorse della Asl in contesti difficili da aggredire». Anche il secondo livello è stato effettuato in carcere, dal momento che è presente un ambulatorio con colposcopio.

Nel caso della mammografia, quest'anno, la *Komen Italia*, una onlus

che ha proprio nella lotta ai tumori del seno la sua mission, aveva deciso di offrire una mammografia di prevenzione alle ospiti di Rebibbia. «Abbiamo pensato di sfruttare l'occasione per trasformare quella che poteva essere un'iniziativa spot in una tappa del programma di screening. La mammografia (e, contestualmente anche l'ecografia) è stata eseguita grazie a un'unità mobile e i referti letti in doppia lettura da nostri radiologi. In alcuni casi è stato effettuato l'ago aspirato».

■ Adesione (quasi) totale

La risposta delle donne è stata ottima: 109 donne su 122 si sono sottoposte al Pap test e 71 su 72 alla

mammografia. «Numeri molto piccoli, ma che hanno implicato un grandissimo sforzo organizzativo». Tuttavia, le difficoltà con la popolazione carceraria non finiscono con l'esecuzione dei test di screening. «Le strutture carcerarie sono infatti caratterizzate da un'ampia rotazione delle ospiti». Ed è un elemento contro cui i programmi di scree-

ning sono impotenti: l'unica soluzione è disporre di informazioni che consentano di contattare le donne nel caso escano dal carcere tra un incontro e l'altro.

«Ma anche la reperibilità è un problema. In alcuni casi ci è capitato di avere contatti con studi legali perché era quello l'unico recapito che avevano lasciato le donne, in

altri erano completamente irraggiungibili». Ma anche se sfuggono dalle maglie del programma di screening, l'aver messo a punto questo servizio per la popolazione carceraria non è tempo sprecato, «perché la donna, oltre agli esami, ha ricevuto una sensibilizzazione che magari non avrebbe avuto altrove».

Immigrate a rischio

Le donne immigrate nel nostro Paese hanno un rischio più elevato di incorrere in un tumore della cervice uterina. Sia perché giungono da aree in cui le infezioni da Hpv sono molto frequenti sia perché aderiscono meno ai programmi di screening. Sudamericane e donne dell'Est Europa quelle più a rischio.

L'efficacia dello screening per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero non è in discussione. Ma basta osservare qual è la diffusione di questa neoplasia nelle donne non avvezze a sottoporsi allo screening per far comprendere la sua importanza anche ai più diffidenti.

Uno studio pubblicato sul *Journal of Medical Screening* lo scorso giugno ha valutato questo dato in una specifica popolazione: le donne immigrate nel nostro Paese.

«Lo studio - spiega il primo autore della ricerca, Emanuele Crocetti, dell'Istituto per lo studio e la pre-

alto rischio si porta almeno per il periodo iniziale un rischio più alto. La seconda è la bassa adesione di queste donne alle attività di prevenzione».

■ Più tumori

Lo studio si è avvalso dei dati rilevati dal Registro tumori toscano tra il 2000 e il 2004 e ha preso in considerazione le donne che in quel periodo avevano tra i 25 e i 59 anni distribuendole per area geografica di provenienza.

Il primo elemento emerso è la maggiore frequenza con cui si riscontrano tumori invasivi nelle donne nate fuori dall'Italia, soprattutto nel Centro e Sud America e nell'Europa centro-orientale.

Infatti, se tra le italiane il tasso di tumori invasivi si attesta intorno a 9,5 per 100 mila, in quelle dell'Est Europa si giunge a 38,3 per 100 mila, mentre nelle donne centro-americane addirittura a 60,5 per

100 mila. Non sono state invece rilevate differenze nelle donne provenienti dalle altre aree del mondo rispetto alle donne italiane.

■ Meno lesioni

Nelle donne immigrate, inoltre, «i tumori preinvasivi si trovano molto meno frequentemente che nelle italiane», aggiunge Crocetti.

Il rapporto tra lesioni CIN III, le più gravi tra quelle precancerose, e i tumori invasivi è infatti 4 per le italiane (4 donne presentano lesioni per ogni tumore diagnosticato), ma scende a 1,31 per le donne provenienti da Centro e Sud America e addirittura a 0,69 per quelle provenienti dall'Europa dell'Est.

Alla luce di questi dati, «i responsabili dei servizi sanitari e la politica dovrebbero pianificare strategie preventive culturalmente appropriate per colmare la distanza tra questi gruppi e i servizi sanitari», concludono gli autori dello studio.

«Sarebbe necessario pianificare strategie preventive culturalmente appropriate per colmare la distanza tra questi gruppi e i servizi sanitari»

venzione oncologica di Firenze - nasce dalla volontà di comprendere il modello di rischio di questo tumore nella popolazione immigrata. Che è diverso rispetto a quello presente nelle donne italiane per almeno due motivi: il primo è la diversa incidenza, nei Paesi di origine di queste donne, delle infezioni da Hpv. Chi migra da una zona ad



Quanto è lontana la prevenzione

Gli immigrati che vivono in Italia accedono al Servizio sanitario nazionale quasi esclusivamente per patologie in stato avanzato, traumi o per partore. Occorrono un nuovo modello culturale e personale specificamente formato per sensibilizzare gli stranieri all'importanza prevenzione.

«Non siamo ancora riusciti a creare un modello culturale per inserire efficacemente gli stranieri nelle attività di prevenzione». Aldo Morrone, direttore generale dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà, illustra il rapporto che gli immigrati presenti in Italia hanno con la propria salute. Nel nostro Paese: «gli immigrati usano ancora le strutture sanitarie pubbliche soltanto in presenza di patologie eclatanti. Per questo si rivolgono quasi esclusivamente al pronto soccorso e soltanto quando le malattie sono in uno stadio avanzato. Non è un caso che dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera emerga che il parto e i traumi sono le prime ragioni di accesso ai servizi sanitari», dice Morrone.

La legge non basta

Eppure, «abbiamo una delle migliori leggi al mondo per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari: la Turco-Napolitano che dà la possibilità di rivolgersi al Servizio sanitario nazionale anche a quanti non sono in regola con il permesso di soggiorno.

Si tratta di un ottimo strumento per controllare e monitorare tutte le patologie, anche negli immigrati irregolari.

sempre sono abituati.

«Dal febbraio 2009 abbiamo dato il via a un importante progetto che mira proprio alla creazione di un ponte tra strutture sanitarie e popolazione immigrata.

Si chiama "Promozione dell'accesso della popolazione immigrata ai servizi sociosanitari e lo sviluppo delle attività di informazione ed orientamento socio-sanitario nelle Asl italiane" e consiste nella formazione di 200 mediatori linguistici e culturali

A dispetto delle buone leggi il rapporto degli immigrati con i servizi di prevenzione non sembra cambiare nel tempo, con conseguenze pesanti sulla loro salute

Il comma 5 dell'articolo 35, poi, prevede il divieto, per il personale sanitario, di segnalare agli organi di polizia la condizione di irregolarità». Nonostante ciò, il rapporto degli immigrati con i servizi di prevenzione non sembra cambiare e ha conseguenze devastanti sulla loro salute, soprattutto nel caso dei tumori: «da una nostra piccola rilevazione abbiamo osservato, per esempio, che i tassi di cancro dell'utero sono fino a tre volte più frequenti nelle straniere. E quasi sempre in stadio avanzato».

Parlare la lingua degli immigrati

Serve quindi un cambiamento forte nei servizi sanitari, che sempre più sono chiamati a diventare multiculturali e ad affiancare all'erogazione di prestazioni sanitarie uno sforzo comunicativo a cui non

in quasi tutte le Asl d'Italia.

Avvicinare gli immigrati ai servizi sanitari è una necessità che non può più essere procrastinata. Tuttavia - aggiunge - occorre farlo in maniera equa e appropriata, facendo loro capire che non è soltanto con gli atti sanitari complessi che si garantisce la salute, ma anche attraverso l'educazione sanitaria, l'adozione di stili di vita corretti e di pratiche di prevenzione come gli screening».

Il progetto sembra funzionare, anche se spesso si scontra con «risorse economiche insufficienti che non consentono di utilizzare i mediatori». Ancora, purtroppo, «si fa fatica a percepire questa spesa come investimento. Occorre una rivoluzione culturale che faccia comprendere che la spesa iniziale riduce le spese future e, soprattutto, serve a migliorare la salute della popolazione», conclude Morrone. ■



Gli screening devono parlare a tutti

La sfida della società multietnica comincia a toccare anche i programmi di screening che devono imparare nuove strategie per mettersi in contatto con gli stranieri presenti in Italia. Un compito non semplice, che costringe gli screening ad aprirsi all'esperienza di chi da anni si confronta con l'immigrazione.

«La popolazione immigrata aderisce di meno ai programmi di screening. Per questo l'attenzione degli screening a questa fascia della popolazione era scontata», afferma Marco Petrella, responsabile del programma aziendale screening, Ausl 2 Umbria.

«Tuttavia, questa sensibilità scontata non poteva produrre soluzioni altrettanto scontate».

L'anno trascorso ha visto perciò la realizzazione di diverse iniziative, tra cui un corso organizzato da Gianni Saguatti e Rosa Costantino dell'Azienda Usl di Bologna, nell'ambito del Progetto integrato oncologia (Pio) e con il contributo dell'Osservatorio nazionale screening

Il corso ha visto la partecipazione di Lai Fong Chiu, ricercatrice inglese da tempo impegnata nello studio dell'impatto delle disuguaglianze sociali nell'accesso agli screening oncologici.

Parola d'ordine: ascolto

«Abbiamo voluto fare un grosso lavoro di arricchimento e autocritica rispetto alla nostra quasi ingenua propensione a occuparci del tema», racconta Petrella. E il primo passo è stato «muoversi verso gli immigrati con l'idea di conoscerli meglio, per capire in cosa sono diversi, ma anche in cosa ci somigliano».

Un'impresa non semplice, che si è scontrata innanzitutto con la pluralità di lingue parlate dagli stranieri. «Abbiamo scoperto che non solo queste persone parlano decine di lingue diverse, ma che a volte non parlano la lingua ufficiale del loro Paese d'origine e che molto spesso non sanno leggere. La traduzione dei nostri materiali non era la soluzione per metterci in contatto con

loro».

Per avvicinarsi alla popolazione straniera in Italia gli screening hanno perciò dovuto «accettare l'idea che non siamo quelli che hanno una maggiore conoscenza dell'immigrazione. Molto più di noi sanno i servizi sociali: è lì che si sono strutturate negli anni le competenze sul fenomeno. Abbiamo quindi capito che dovevamo muoverci cercando l'esperienza degli altri pur avendo noi la capacità di valutare i dati», commenta Petrella. Preziosi si sono rivelati i mediatori linguistici e culturali, persone che appartenevano alle diverse comunità ma che erano sufficientemente integrati nella nostra società. «È grazie al loro contributo che abbia-

Non esiste un modello di comunicazione universale che si costruisce in anticipo a tavolino, al contrario va discusso insieme alla comunità cui è destinato

mo iniziato a conoscere gli stranieri all'interno del loro contesto di vita, accorgendoci che per gli immigrati lo screening non è la priorità: vengono prima il permesso di soggiorno, il lavoro, un'abitazione. E solo dopo le cure e, infine, la prevenzione e gli screening. L'adesione, poi, è diventata soltanto una parte del problema, dal momento che abbiamo cominciato a chiederci cosa succede a una persona che dallo screening riceve una diagnosi positiva e quale possa essere il modo per inserire queste persone in un più ampio percorso finalizzato alla tutela della salute».

Imparare dagli immigrati

Cominciare a vedere più da vicino gli immigrati ha significato per

gli screening cominciare a capire «che non esiste un modello comunicativo universale che si costruisce in anticipo a tavolino: occorre discuterlo e metterlo a punto con la comunità a cui sarà destinato. Si arriva a una strategia comunicativa soltanto dopo aver capito chi sono le persone, quali problemi hanno, quali sono le peculiari difficoltà da contrastare».

Ma c'è almeno un insegnamento generale che gli screening hanno appreso dal confronto con la popolazione straniera: «la necessità di elaborare e impiegare un messaggio semplice».

Un insegnamento che si rivelerà utile anche nel rapporto con i cittadini italiani. «Perché — conclude Petrella — esistono ampie fasce della popolazione italiana, meno riconoscibili degli immigrati, ma che vivono difficoltà socioeconomiche e di accesso ai programmi di screening del tutto comparabili a quelle degli stranieri. Anche con loro dobbiamo imparare a parlare».





VACCINAZIONE HPV... A CHE PUNTO SIAMO

A quasi due anni dall'inizio delle campagne per la vaccinazione Hpv è possibile fare i primi bilanci. L'obiettivo di copertura vaccinale del 95 per cento entro il 2013 è ancora lontano, ma i risultati finora conseguiti sono un discreto punto di partenza. Tuttavia, non sono mancate le polemiche.

«Già nel dicembre 2007 l'Intesa tra il ministero della Salute e le Regioni e Province autonome ha definito l'offerta attiva della vaccinazione Hpv, identificando come target prioritario le dodicenni», illustra Cristina Giambi, ricercatrice del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità. «Tutte le Regioni hanno avviato l'offerta vaccinale entro la fine del 2008, sebbene con un'ampia finestra temporale (da luglio 2007 a novembre 2008)».

A oggi, inoltre, otto Regioni hanno esteso l'offerta attiva del vaccino ad almeno una seconda coorte oltre alle dodicenni», aggiunge la ricercatrice.

Insomma, il riconoscimento del Papillomavirus umano (Hpv) come causa del cancro della cervice uterina e la disponibilità di un vaccino stanno contribuendo a cambiare drasticamente la storia di questo tumore. Anche in Italia.

«Sette Regioni offrono il vaccino a una seconda coorte compresa tra il 15° e 18° anno e la Basilicata a 4 coorti (12enni, 15enni, 18enni e 25enni). In questi casi l'offerta è gratuita e attiva: le ragazze ricevono una lettera nominativa di invito a recarsi presso il servizio vaccinale della Asl per la vaccinazione. Quasi tutte le Regioni, inoltre, prevedono il pagamento agevolato per altre fasce d'età, fuori dal target dell'offerta attiva, con un'ampia variabilità tra le Regioni», continua Giambi.

L'adesione

Secondo la rilevazione condotta nel marzo del 2010 dal reparto di Epidemiologia delle malattie infettive del Cnesps in collaborazione

con il Gruppo di sanità pubblica del Coordinamento interregionale della prevenzione, su scala nazionale l'adesione alla vaccinazione (proporzione di vaccinate con almeno una dose) della prima coorte vaccinata (le ragazze nate nel 1997) a fine anno 2009 è risultata pari al 66,3% e la copertura per 3 dosi pari al 53,1%, con ampie differenze regionali.

includere nel calendario vaccinale. Inoltre - prosegue - non sono mancati i dibattiti sul valore aggiunto della vaccinazione rispetto ai programmi di screening oncologico già presenti, nonché i timori legati al fatto che la vaccinazione potesse indurre false sicurezze riducendo il numero delle donne aderenti al Pap-test e inducendo le ragazze vaccinate a sentirsi protette verso

«Era prevedibile che nel primo anno di offerta non si sarebbero raggiunte da subito coperture molto elevate, trattandosi di una vaccinazione con caratteristiche diverse dalle altre»

«Il dato di copertura vaccinale per tre dosi non può considerarsi definitivo - spiega Giambi - poiché al momento della rilevazione in molte Regioni i cicli vaccinali erano ancora in corso. Alcune, infatti, hanno avviato la campagna a fine 2008 e il ciclo vaccinale completo dura 6 mesi. Inoltre nel corso del 2009 molte attività locali sono state ritardate a causa della campagna vaccinale per l'influenza pandemica».

Un vaccino "diverso"

L'obiettivo fissato dall'Intesa, pari al 95% di copertura con tre dosi da raggiungere entro il 2013, è ancora lontano. Tuttavia, afferma Giambi, «era prevedibile che nel primo anno di offerta non si sarebbero raggiunte da subito coperture molto elevate, trattandosi di una vaccinazione con caratteristiche che la rendono diversa dalle altre

qualsiasi rischio legato a rapporti sessuali».

Insomma, il risultato raggiunto, seppur ancora un po' lontano dagli obiettivi, «rappresenta un discreto punto di partenza», conclude Giambi.■

L'opportunità del prelievo fai da te

I risultati di un piccolo studio mostrano che realizzare il test Hpv su un campione biologico prelevato dalla stessa donna consente di ottenere buoni risultati nell'adesione. Il test piace alle donne ed è inoltre affidabile. Il sistema potrebbe essere un'efficace opzione per i programmi più in difficoltà.

Offrire alle donne che non aderiscono ai programmi di screening un test Hpv con auto-prelievo (*self-sampling*) potrebbe aumentare l'adesione e rivelarsi molto utile per recuperare allo screening un'ulteriore fascia della popolazione o per aiutare quei programmi che hanno difficoltà organizzative. «Il dispositivo è infatti molto semplice da utilizzare», spiega Paolo Giorgi Rossi, dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio. «Consiste in una sorta di lavanda vaginale che può essere fatta a casa. Il liquido, recuperato, viene rispedito per posta ai programmi screening che poi effettuano in un secondo momento il test dell'Hpv».

■ Il self-sampling alla prova
Per verificare quanto questa modalità di offerta dello screening sia accettabile l'Azienda Usl 10 Firenze, l'Asl Roma C e l'Asl di Teramo hanno condotto uno studio randomizzato, coordinato dall'Agenzia di sanità pubblica della Regione

Lazio, che ha visto la partecipazione di circa 2500 donne tra i 35 e i 64 anni.

«Alle donne che non avevano risposto alla lettera di invito allo screening, abbiamo inviato una nuova lettera di invito o, in alternativa, il dispositivo di auto prelievo con le istruzioni per eseguirlo. A quel punto abbiamo misurato quante hanno risposto all'una e all'altra modalità di offerta dell'esame». I primi risultati sono incoraggianti: «la nuova lettera di invito ha raccolto il 10-15 per cento di risposta delle donne, mentre il 20-22 per cento ha effettuato l'autoprelievo».

■ Accettabile e affidabile

L'offerta, inoltre, sembra piacere alle donne. «Abbiamo somministrato loro un questionario da cui è emerso un forte entusiasmo per questa opportunità. È vero che si tratta di una porzione di donne che in prima battuta non aveva risposto all'invito dello screening, quindi non sappiamo come rispondereb-

bero quelle che hanno l'abitudine di andare al centro prelievo. È però certo che nel nostro campione si è registrato un alto gradimento».

Tra le questioni ancora aperte c'è l'affidabilità del *self-sampling*: «tutti i dati iniziali sembrano andare verso un'ottima riproducibilità del test e affidabilità del campionamento, anche se abbiamo riscontrato dei problemi con le alte temperature in estate: alcuni campioni mostravano un aspetto torbido. Questo, però, non alterava i risultati del test», spiega Giorgi Rossi.

Anche se su piccoli numeri, questa innovativa modalità di erogazione del primo livello dello screening si è dimostrata dunque accettabile e affidabile.

«Ora si deve far sì che costi meno», conclude Giorgi Rossi. «A quel punto potrebbe rappresentare un'opzione molto allettante soprattutto per quelle realtà che hanno problemi a offrire il prelievo alle donne: per esempio dove i centri prelievo sono pochi o dove il numero di ostetriche è insufficiente».

Hpv-test based screening: le prime considerazioni

Diversi programmi stanno valutando la fattibilità dell'impiego dell'Hpv test come esame di primo livello nello screening della cervice. I primi dati mostrano che il test è ben accolto dalle donne ma rimangono ancora molti i punti da definire. Come dimostra l'esperienza del programma di Este.

Il numero esiguo di donne e programmi coinvolti non permette di trarre conclusioni, ma i dati derivanti dai primi programmi che hanno adottato il test Hpv come esame di primo livello nello screening del tumore del collo dell'utero cominciano a fornire qualche utile indicazione sulla validità di questo

nuovo approccio.

«I dati disponibili si riferiscono all'attività del 2009 dei programmi di Guidonia, Este e Firenze, ma un numero maggiore di programmi ha dato avvio all'impiego dell'Hpv test nel 2010», precisa Guglielmo Ronco del Centro di riferimento per

l'epidemiologia e la prevenzione oncologica (Cpo) in Piemonte.

«Al momento siamo in corso d'opera. Quel che si può dire è che i dati indicano un aumento dell'adesione e che l'Hpv-test, a dispetto delle attese, sembra ben accolto dalle donne, che probabilmente ritengono che sia



un test migliore rispetto al Pap test».

Questo, tuttavia, non è un via libera definitivo all'inserimento routinario del test Hpv all'interno dei programmi di screening: «a questo punto è chiaro che ci sia un vantaggio a fare l'Hpv, ma rimane ancora da validare la fattibilità e la validità degli algoritmi, bisogna mettere a punto controlli di qualità e indicatori di registrazione di dati. Per non parlare dei problemi di riorganizzazione che comporterà l'adozione del test. Per questo sembra ragionevole proseguire sulla strada dei programmi pilota», conclude Ronco.

■ Il dettaglio di Este

Il programma di Este, con circa 7400 donne che hanno eseguito il test, offre alcuni elementi di riflessione sul nuovo approccio allo screening.

«I primi dati — illustra Manuel Zorzi, dell'Istituto oncologico veneto — mostrano un incremento dell'adesione di circa 10 punti percentuali. Il programma si aggirava intorno al 45 per cento mentre ora si attesta al 54, con un aumento di adesione omogeneo in tutte le fasce di età».

Tuttavia, non mancano le criticità:

«nel primo anno di attività — dice Zorzi — si è verificata una escalation nelle percentuali di Pap test di triage risultati positivi alla lettura. Questo ha vanificato il ruolo della citologia di triage ed ha comportato un eccesso di donne inviate a

to sarà confermato, porrebbe qualche interrogativo sull'intervallo a un anno per il richiamo, stabilito dal protocollo».

Infine, «stiamo osservando un aumento importante delle lesioni significative tra i 25-34 anni, che

«Al momento siamo in corso d'opera. Quel che si può dire è che i dati indicano un aumento dell'adesione e che, a dispetto delle attese, l'Hpv-test sembra ben accolto dalle donne»

colposcopia, con un allungamento dei tempi di attesa. In seguito ad un confronto con i patologi, sono stati rivisti i criteri utilizzati nella refertazione dei Pap test e il problema è rientrato». Ciò non ha tolto garanzie alle donne «dal momento che esiste un'efficace rete di salvataggio: il richiamo a un anno per le donne risultate positive all'Hpv-test».

Ma anche su questo punto non mancano i dubbi: «si è riscontrato un elevato livello di persistenza dell'infezione a un anno, a fronte di un numero irrisorio di lesioni significative rilevate. Se questo elemen-

sembra configurarsi come una sovradiagnosi, con conseguente sovratrattamento in questa fascia. Se i dati saranno confermati, sarà opportuno prendere in considerazione l'utilizzo di strategie alternative per le donne giovani, non ultimo l'innalzamento dell'età di utilizzo dell'Hpv-test a partire dai 35 anni».■





PERCHÉ SCEGLIERE I PROGRAMMI DI SCREENING

Colloquio con Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia Romagna

I programmi di screening sono un intervento costoso per la Sanità pubblica, complessi da organizzare e ancor più da gestire nella loro realtà quotidiana. Perché dunque, un decisore, dovrebbe sostenerli e promuoverli?

«Credo che sia un dovere, per chi si occupa di pianificazione dei servizi che possono contribuire a migliorare la salute della popolazione, offrire in maniera proattiva quelle prestazioni di diagnosi e terapia che le evidenze di efficacia mostrano essere necessarie.

Gli screening fanno parte di questo gruppo di prestazioni.

Non si parte con un programma di screening se non ci sono robuste evidenze scientifiche sulla sua efficacia nel consentire una diagnosi precoce, né lo si attiva se non si dispone di un test adeguatamente sensibile e specifico. Ma quando esistono questi due elementi, allora è opportuno, raccomandabile e perfino doveroso da parte di un Servizio sanitario universalistico offrire questa modalità di indagine a tutta la popolazione.

E occorre farlo in maniera proattiva, senza aspettare che siano gli individui a richiedere la prestazione. E ancora non basta: serve una sollecitazione per recuperare i non rispondenti, in modo che tutti quelli che possono trarre beneficio da questo intervento siano messi in condizione di aderire».

Ciò non toglie che mettere in piedi un programma di screening costi gran fatica...

«Certo, organizzare un programma è impegnativo, richiede una robusta capacità di pianificazione del-

l'offerta e di costruzione del percorso diagnostico e terapeutico nei casi in cui il test di screening risulti positivo.

Ma non è fatica sprecata. Questa capacità di organizzazione, oltre a essere di beneficio per i pazienti, si traduce in un miglioramento complessivo dei processi di cura.

Quando ci si abitua a un percorso che segue il paziente in tutte le fasi, quando si struttura un intervento terapeutico che prevede anche un monitoraggio post trattamento, si fa tesoro di questa esperienza e la si estende anche a coloro che hanno manifestato la patologia al di fuori degli screening. L'intero sistema ne esce migliorato».

E come la mettiamo con i costi? Sembra necessario un forte impegno economico, il cui impatto è ancor più rilevante in un momento di crisi come quello attuale in cui, non solo l'economia globale è alle prese con una difficile congiuntura economica, ma molte Regioni versano in gravi difficoltà.

«Nel caso dell'Emilia Romagna, per fortuna, non ci sono particolari difficoltà economiche.

Tuttavia, c'è un aspetto spesso sottovalutato. Nonostante la loro complessità, gli screening non assorbono una quantità così elevata di risorse. Per rimanere al caso dell'Emilia Romagna, nel 2009, la spesa per i servizi offerti dal servizio sanitario regionale ammontava a circa 8,2 miliardi di euro. I programmi di screening hanno contribuito per una parte piccolissima (il 2 per mille) a questa cifra. E l'estensione dello screening mammografico alle donne con età compresa tra 45 e 49 anni e tra 70 e 74 anni (vedi box)

porta questa la spesa per gli screening al 2,6 per mille. Parliamo di circa 20 milioni di euro: è davvero una piccola fetta.

Tanto per fare un confronto, nel 2009, la spesa per farmaci oncologici utilizzati in ambito ospedaliero o a distribuzione diretta è stata di circa 125 milioni di euro: più di 6 volte la spesa per i programmi di screening».

C'è un ultimo aspetto che sembrerebbe giocare a sfavore degli screening: i risultati che consentono di ottenere, in termini di riduzione dell'incidenza dei tumori e di mortalità, sono così lontani nel tempo da renderli poco spendibili sul piano politico.

«Il ritorno dei programmi di screening di certo non è immediato, ma è presumibile che nel tempo possano consentire di ottenere una migliore aspettativa di vita in buona salute per i cittadini e un minor ricorso ai servizi sanitari e quindi una riduzione della spesa per il servizio sanitario.

La buona politica è quella che riesce con le risorse disponibili a fare in modo che i bisogni di salute rilevanti siano soddisfatti attraverso l'offerta di servizi di qualità e accessibili.

In sostanza, la buona politica è quella che dà ai cittadini quello che serve e che ha dimostrato di essere efficace. E lo dà a tutti quelli che ne hanno bisogno.

E questo è un tratto che connota i servizi di prevenzione collettiva come gli screening».

Test Hpv: l'appropriatezza del test

Dal momento in cui è stato immesso sul mercato, l'Hpv-test ha avuto diversi impieghi inappropriati: spesso i ginecologi lo hanno offerto al posto del Pap-test e a qualsiasi età e, a volte, è stato proposto prima della vaccinazione per il Papillomavirus a donne molto giovani.

La scoperta del nesso causale fra Papillomavirus umano e tumore del collo dell'utero ha portato all'introduzione del test Hpv nella diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero, una grande risorsa di cui non sempre viene fatto un uso appropriato.

«Specialmente nei primi anni di diffusione del test Hpv, quando non c'era ancora un'informazione corretta che ne regolarizzasse l'uso, i ginecologi consigliavano il test Hpv alle proprie pazienti al posto del Pap test e a qualsiasi età», sostiene Anna Iossa, dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze. «Il test spesso non era seguito da un percorso diagnostico corretto, con la conseguenza che donne che ottenevano un risultato positivo, anche in assenza di lesioni significative, sono state spesso inviate a fare trattamenti anche aggressivi. Inoltre il test Hpv – aggiunge Iossa – è stato spesso proposto prima della vaccinazione per il Papillomavirus anche a donne molto giovani». Un'indicazione non esente da conseguenze negative: «infatti l'infezione da Hpv è molto frequente prima dei 20 anni e induce la comparsa di lesioni che regrediscono spontaneamente».

Sottoporre a test Hpv ragazze così giovani espone al rischio di una diagnosi positiva e di trattamenti evitabili. «Più volte le ostetriche dei consultori ci hanno segnalato casi di ragazze di 16 anni inviate dal medico a fare il test Hpv prima della vaccinazione», dice Iossa. «Per fortuna queste segnalazioni adesso sono diventate più rare».

zioni ministeriali che indicano i contesti in cui deve essere impiegato il test e stanno per essere pubblicate le Linee guida europee. Per l'Italia, in particolare, il test Hpv è indicato come test di screening primario al posto del Pap test soltanto nell'ambito di progetti pilota. «Pilota non vuol dire sperimentare l'esame diagnostico, ma valutarne l'applicazione in un contesto di screening. Per questo motivo si parla di progetti di fattibilità», spiega Anna Iossa.

Il test Hpv è più sensibile del Pap test (trova cioè più lesioni), ma è poco specifico: «quindi si rischia di mandare molte donne sane a fare esami di approfondimento. Per questo motivo, nell'ambito dei progetti pilota, in caso di positività al test Hpv viene effettuato il Pap test sul campione biologico prelevato e solo se anche questo è anormale la donna viene invitata a sottoporsi a una colposcopia».

Il Pap test in questo caso è un esame di triage, in grado di individuare, fra le donne risultate positive al primo esame, quelle a minor rischio di lesione. Queste vengono invitate a ripetere il test Hpv dopo un anno. Quello del richiamo a un anno è un punto particolarmente critico. «Nel programma di Firenze abbiamo invitato le donne di due quar-

tieri a fare il test Hpv nell'ambito di un progetto pilota coordinato da Massimo Confortini, che, con me e Francesca Carozzi, studia da anni il ruolo del test Hpv nello screening. Fra poco partiranno le prime lettere per il controllo a un anno delle donne con test Hpv positivo e Pap test negativo. Sono preoccupata per questo, che considero un passaggio critico del nuovo modello

L'infezione da Hpv è molto frequente prima dei 20 anni causa lesioni che regrediscono spontaneamente. Effettuare il test a questa età espone al rischio di diagnosi positiva e trattamenti evitabili



organizzativo. Siamo stati sufficientemente chiari quando abbiamo comunicato con la donna al momento del prelievo?», si chiede Iossa.

«Le nostre ostetriche si sono impegnate molto in questa fase distribuendo anche materiale informativo. La comunicazione è infatti un momento cruciale in questo percorso e nell'ambito del progetto pilota cercheremo di valutare anche l'efficacia della nostra comunicazione. Per migliorarla, se necessario».

Tuttavia, fondamentale in quest'ultimo aspetto è il ruolo dei ginecologi e dei medici di medicina generale. «La donna si fida di loro e una corretta informazione fatta a questi operatori della sanità consentirebbe un uso più appropriato del test. È necessario lavorare molto per creare opportunità di coinvolgimento e di incontro con queste categorie professionali», conclude Iossa. ■

■ Pilotare la transizione

Oggi sono disponibili raccomanda-

Psa: novità, ma insufficienti

Nella letteratura scientifica cominciano a emergere studi clinici che confermano la capacità del dosaggio del Psa di ridurre la mortalità per tumore della prostata. Ma i rischi di sovradiagnosi e sovratrattamento sono ancora troppo alti per poterlo raccomandare in programmi di sanità pubblica.

Si ritorna a parlare di screening del cancro alla prostata.

La pubblicazione di due studi randomizzati - i primi - che hanno evidenziato la capacità del test del Psa (*Prostate-specific antigen*) di ridurre la mortalità nel lungo periodo e campagne di comunicazione che ne hanno promosso un ricorso di massa hanno rischiato di creare confusione su un esame la cui efficacia come test di screening è ancora tutta da valutare.

«Siamo di fronte a uno dei problemi tipici della medicina moderna: l'incertezza», spiega Marco Zappa, direttore dell'Osservatorio nazionale screening.

La valutazione della semplice efficacia di un test, infatti, non è sufficiente a giustificare l'impiego come fondamento di un programma di screening. È necessario infatti che si compia anche una "pesatura" dei rischi che comporta.

Evidenze da pesare

I due studi, in particolare il trial europeo ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), iniziato nei primi anni '90, ha mostrato che a 9 anni dall'inizio dei periodici controlli per il Psa, la popolazione sottoposta al test presentava una riduzione della mortalità del 27% rispetto a chi non aveva effettuato l'esame.

«A questo punto abbiamo la sicurezza che la diagnosi precoce può ridurre la mortalità», aggiunge Zappa. «Il problema che si pone, però, è che questo avviene al prezzo di effetti negativi molto alti, come confermano gli elevati tassi di sovradiagnosi (intorno al 50 per cento). Ciò significa che vengono trovati molti tumori che non sarebbero mai comparsi nella storia della persona».

Non solo: dal momento che «oggi non siamo in grado di riconoscere quali tumori sono aggressivi e quali no, si è costretti a trattarli tutti, o con la chirurgia o con la radioterapia».

E gli effetti di questi trattamenti possono essere molto pesanti: incontinenza e impotenza sono quelli più comuni, ma in alcuni casi si può arrivare fino la morte».

In cifre, lo studio ERSPC mostra che per ogni vita salvata dallo screening è necessario sottoporre al test del Psa più di 1400 uomini e diagnosticare - e quindi trattare - 48 tumori alla prostata aggiuntivi.

Ecco l'incertezza. Che ha portato nel 2009 un gruppo di professionisti degli screening coordinato dall'Ons a produrre un documento sottoscritto da numerose società scientifiche e associazioni.

La posizione Ons

«In questo documento si fa il punto della questione, si affrontano le incertezze e si danno delle raccomandazioni che sono utili ai professionisti e a chi si occupa della programmazione regionale», spiega Zappa.

«Innanzitutto si raccomanda che non vengano attivati programmi di sanità pubblica che prevedano l'impiego del test del Psa come esame per la diagnosi precoce del tumore della prostata, dal momento che il bilancio benefici/rischi a oggi è svantaggioso. Sul piano individuale - prosegue - è un problema di scelta personale».

Nonostante le incertezze sulla sua efficacia, il test del Psa è impiegato da circa un terzo della popolazione maschile con più di 18 anni, secondo uno studio del 2004.

«Questa estesa diffusione del test e i nuovi dati sull'efficacia dell'esame

impongono che il cittadino sia informato nel migliore dei modi - aggiunge Zappa - mettendo in luce chiaramente i benefici e i rischi».

L'informazione, tuttavia, deve essere il risultato di una cura ancora maggiore nel caso in cui sono le istituzioni a fornirla: «è strategico formare le Regioni perché intra-

La diffusione estesa del test e i nuovi dati sull'efficacia dell'esame impongono che il cittadino sia informato nel migliore dei modi

prendano campagne informative corrette. Abbiamo esempi di campagne che spingono in maniera acritica a fare il test del Psa: sono interventi sbagliati e disinformativi. Invece, occorre coinvolgere nell'informazione i professionisti sanitari, come l'urologo o il medico di base» sottolinea il direttore di Ons. Infine dal documento arriva una raccomandazione perentoria per le persone con più di 70 anni: «sopra questa soglia di età il test va disincantato. L'aspettativa di vita è insufficiente per godere dei vantaggi, mentre i rischi sono ancora più elevati che nella popolazione più giovane».

Il documento, tuttavia, secondo gli estensori, non mette il punto fine alla vicenda. «C'è la volontà di andare avanti, di seguire gli studi in corso e adeguarlo sulla base delle nuove prove di efficacia che, eventualmente, verranno prodotte», conclude Zappa.■





I dati che presentiamo nelle prime pagine di questa sezione sono stati forniti dai singoli programmi di screening della mammella attraverso una scheda di raccolta dati standardizzata.

Le informazioni contenute in ciascuna scheda, validate dai rispettivi centri regionali di riferimento, vengono poi aggregate a livello nazionale dall'Osservatorio nazionale screening (che ha sede presso l'Ispo di Firenze) su mandato del Ministero della Salute.

Il monitoraggio dell'attività utilizza come riferimento gli indicatori di qualità per la valutazione dei programmi di screening, definiti dal Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (Gisci). Per la gran parte di questi indicatori sono stati anche identificati livelli standard accettabili e desiderabili, che costituiscono il riferimento per la valutazione dei risultati raggiunti e per il confronto tra i diversi programmi.

Il nostro ringraziamento va ai moltissimi operatori che si sono adoperati per raccogliere questi dati in maniera accurata e tempestiva.

I dati presentati nelle pagine 28 e 29 provengono dal Sistema di sorveglianza Passi.

Nel 2006 il ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (Passi: Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

L'obiettivo del sistema è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Tutte le 21 Regioni o Province Autonome hanno aderito al progetto. Un campione di residenti di 18-69 anni viene estratto con metodo casuale stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese per ogni Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Nel 2009 sono state realizzate 39.233 interviste, di cui 16.182 donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Per maggiori informazioni, visita il sito www.epicentro.iss.it/passi.



Tabella 1. Il triennio 2006-2008, rispetto al precedente (2003-2005) evidenzia un'accelerazione dell'attività con un aumento degli inviti fino a più di 4 milioni di donne. Il 2009 indica un trend di ulteriore aumento.

Anni di attività	2003-2005	2006-2008	2009
Numero di donne che hanno fatto screening	3.578.187	4.357.591	1.613.407
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	38%	38%	39%
Lesioni gravi individuate (CIN2+)	8.723	11.518	

Tabella 1.
Risultati principali
nel triennio 2003-2005 e
2006-2008 e nell'anno 2009

Tabella 2. L'adesione all'invito è superiore tra le donne con più di 45 anni. A livello nazionale l'adesione è aumentata nel triennio 2006-8 rispetto al precedente soprattutto nelle più giovani, anche se il 2009 pare in controtendenza. Il totale delle donne invitate e che hanno aderito relative al 2009 è diverso da quello riportato in tabella 1 poiché non tutti i programmi sono stati in grado di fornire i dati suddivisi per fasce d'età.

Fasce d'età	25-34	35-44	45-54	55->65	Totale
2003-2005	32%	38%	40%	41%	38%
2006-2008	36%	41%	43%	44%	41%
2009	35%	39%	41%	42%	40%

Tabella 2.
Adesione all'invito
al Pap-test per fasce d'età

Tabella 3. Gli indicatori sono sostanzialmente stabili e si mantengono a un buon livello.

La proporzione di Pap test insoddisfacenti (che comunque rispetta ampiamente gli standard) è lievemente diminuita nel triennio 2006-2008.

La proporzione di donne invitate in colposcopia è rimasta invariata, mentre il tasso di identificazione delle lesioni che richiedono un trattamento (quelle con istologia CIN2 o più grave: CIN2+) è lievemente aumentato. Di conseguenza è lievemente aumentata anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento.

È invece ancora diminuita l'adesione alla colposcopia, soprattutto se si considerano tutte le donne inviate per qualunque alterazione citologica (colposcopia per ASCUS+) ma anche se si considerano in particolare le donne che presentavano le alterazioni più gravi (colposcopia per HSIL+).

Questo è preoccupante perché è inutile effettuare Pap test se di fatto non vengono poi svolti gli accertamenti necessari quando il test indica un sospetto.

Tabella 3.
Principali indicatori:
adesione agli standard
di qualità

Anni di attività	2003-2005	2006-2008
Proporzione di pap test inadeguati rispetto agli standard di qualità Gisci: desiderabile: < 5% accettabile: < 7%	3.1%	3.0%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2.4%	2.4%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di istologia CIN2+	6.3	6.2
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	2.7	2.9
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia ASCUS+ Standard di qualità Gisci: desiderabile: ≥ 90% accettabile: ≥ 80%	85,1%	83.1%
Proporzione di donne che hanno aderito alla colposcopia per citologia HSIL+ Standard di qualità Gisci: Desiderabile: ≥ 95% Accettabile: ≥ 90%	89.7%	88.7%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS+	15.8%	16.0%

Tabella 4. L'adesione all'invito diminuisce dal Nord al Centro al Sud. Tuttavia è promettente il fatto che l'aumento di adesione nell'ultimo triennio sia maggiore al Sud.

Diminuisce anche da Nord a Sud il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave. Questo riflette plausibilmente una reale minore frequenza di queste lesioni.

Il maggior numero di colposcopie necessario al sud per identificare una di queste lesioni è anche il risultato di questa minore frequenza.

Tabella 4.
Principali indicatori
per area geografica

Area	Nord		Centro		Sud e Isole	
	2003-05	2006-08	2003-05	2006-08	2003-05	2006-08
Anni di attività						
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	44%	47%	36%	39%	23%	27%
Proporzione di Pap test inadeguati	3.3%	3.2%	2.3%	2.5%	3.9%	3%
Proporzione di donne invitate in colposcopia per qualsiasi causa	2.6%	2.5%	2.1%	1.9%	2.4%	2.9%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	15.8%	16.9%	20.0%	19.8%	10.7%	10.6%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	6.3	5.9	5.0	5.0	9.4	9.5
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3.02	3.34	2.78	2.76	1.7	2.1

LO SCREENING CERVICALE VISTO DA «PASSI»

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2009 circa tre donne 25-64enni su quattro (73%) abbiano eseguito un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni. La copertura complessiva al test di screening raggiunge valori elevati al Nord (82%) e al Centro (79%), mentre è più bassa al Sud (58%), come indicano le figure 1 e 2.

Fig. 1
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%)
Pool PASSI 2009 (n 16.064)

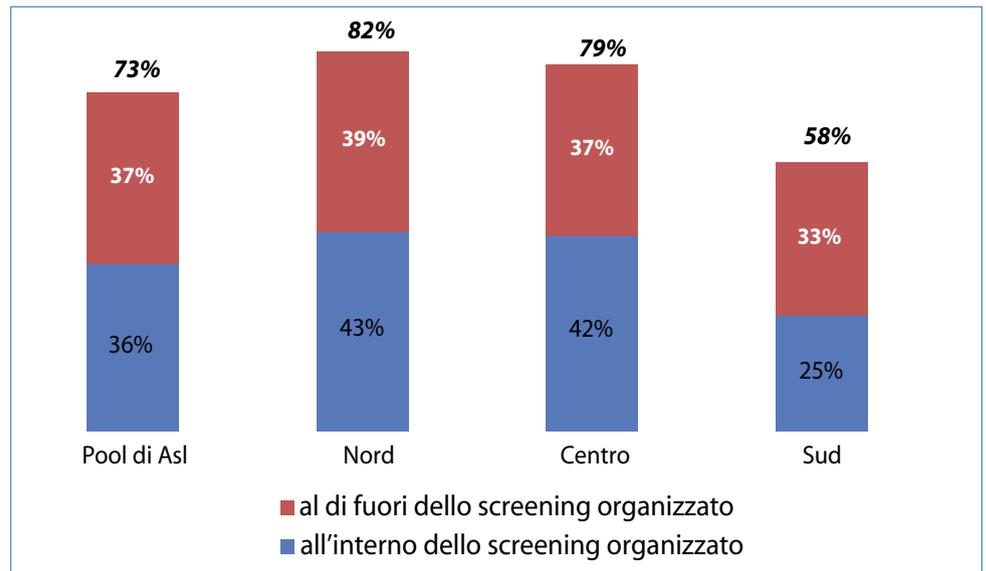
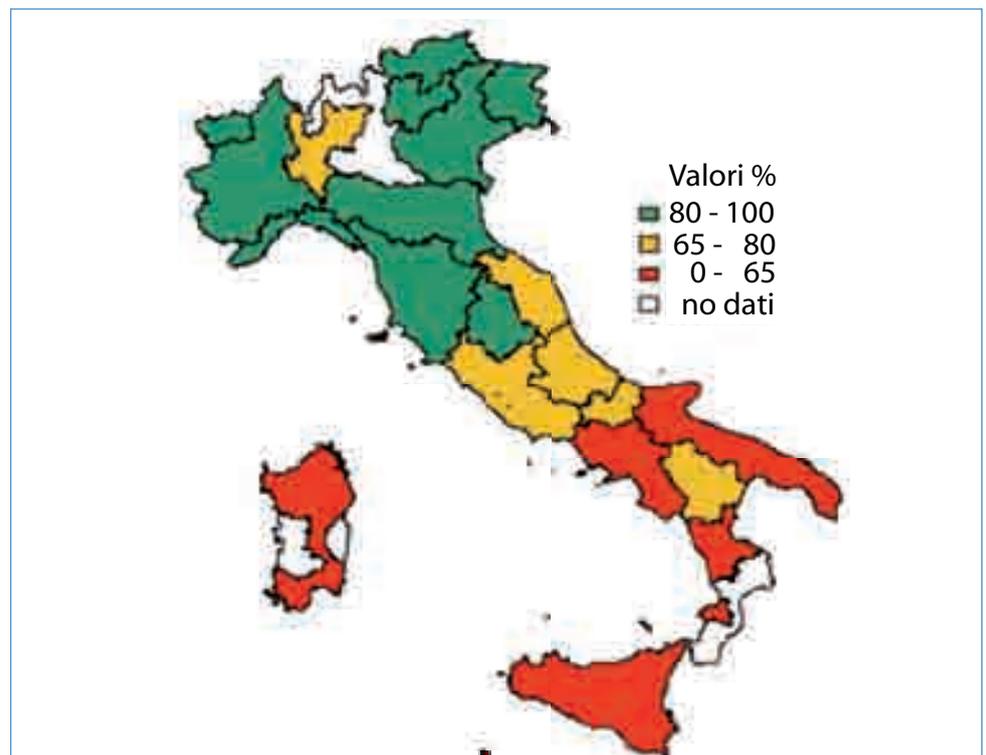


Fig. 2
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni donne 25-64enni (%)
Pool PASSI 2009 (n. 16.064)



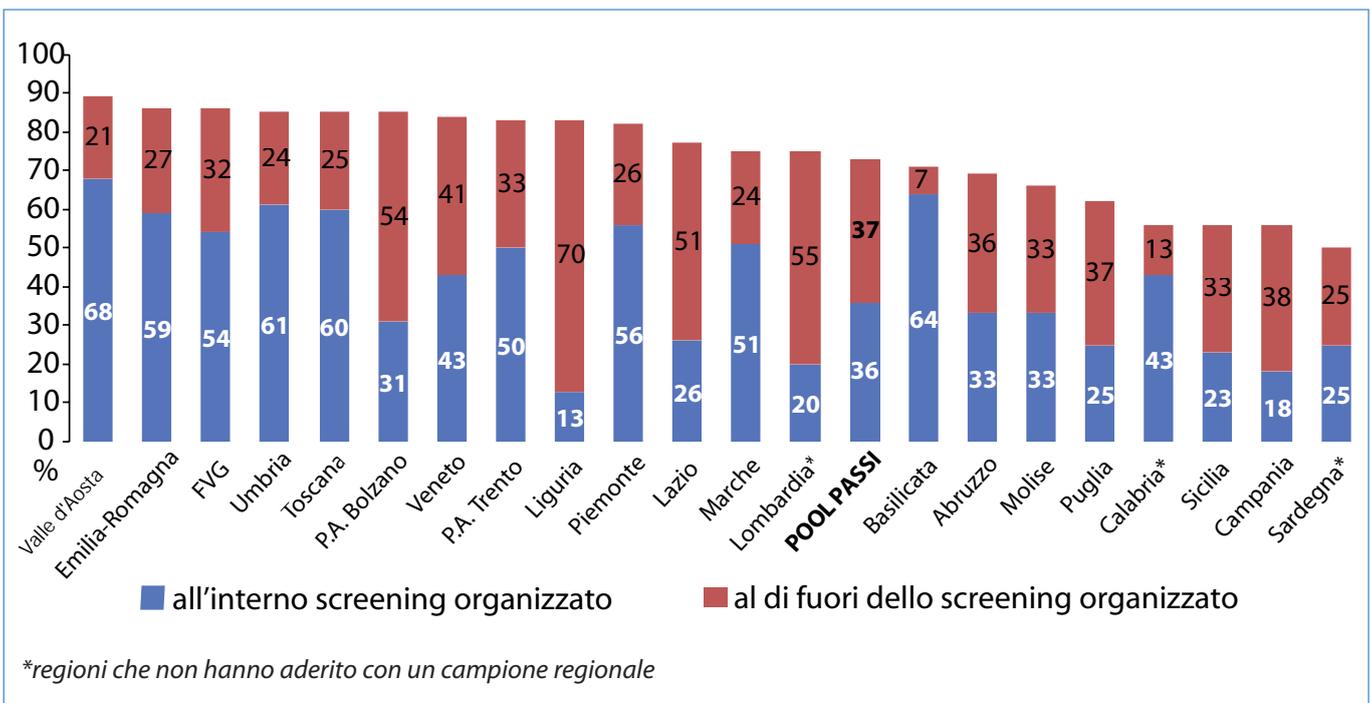
Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota di adesione spontanea.

Nello screening cervicale la quota di adesione spontanea è rilevante: a livello nazionale si stima infatti che poco più di una donna su tre (37%) abbia eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato, si va dal 7% della Basilicata fino al 70% della Liguria.

Tra le Regioni partecipanti al Passi sono comunque presenti significative differenze nella copertura.

Come mostra la figura 3 si va dal 50% della Sardegna all'89% della Valle d'Aosta.

Fig. 3
Copertura del Pap test negli ultimi 3 anni per Regione donne 25-64enni (%) PASSI 2009 (n. 16064)



Il confronto tra organizzato e spontaneo: il pagamento come indicatore

La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore *proxy* sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket. L'utilizzo di questo indicatore può comportare una leggera sovrastima della copertura effettuata all'interno dei programmi principalmente per tre motivi: alcune donne effettuano l'esame gratuitamente anche al di fuori dei programmi di screening organizzati (per esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001). Alcune donne non ricordano esattamente la data di esecuzione (effetto telescopico). Le rispondenti all'intervista effettuano probabilmente la mammografia in percentuale maggiore rispetto alle non rispondenti.