

# Sana o salva?

Adesione e non adesione  
ai programmi di *screening* femminili  
in Emilia-Romagna



# Sana o salva?

Adesione e non adesione  
ai programmi di *screening* femminili  
in Emilia-Romagna

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agazia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2006

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss138.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss138.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

**Il documento è stato predisposto nell'ambito del Progetto ministeriale ex artt. 12 e 12 bis, DLgs 502/1992 e successive modificazioni "Le disuguaglianze. Meccanismi generatori e possibili soluzioni" - sottoprogetto "Accesso agli screening dei tumori femminili" - a cura dell'équipe di ricerca delle Unità operative Azienda USL di Ferrara, Azienda USL di Cesena e Agenzia sanitaria regionale**

---

**Maria Caterina Sateriale** Azienda USL di Ferrara  
responsabile scientifico dell'Unità operativa

**Rossella Armaroli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Barbara Calderone** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Sara Capizzi** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Maria Cristina Carpanelli** Azienda USL di Ferrara

**Dino Davi** Azienda USL di Ferrara

**Francesca Di Tommaso** Azienda USL di Cesena

**Massimo Farneti** Azienda USL di Cesena

**Arianna Galliera** Azienda USL di Ferrara

**Barbara Lelli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Anna Marcon** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Antonella Mazzetto** Azienda USL di Ferrara

**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna  
responsabile scientifico del progetto ministeriale

**Ketty Sansovini** Azienda USL di Cesena

**Fulvia Signani** Azienda USL di Ferrara

**La redazione del volume è a cura di**

---

**Maria Caterina Sateriale** Azienda USL di Ferrara

**Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Barbara Calderone** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

**Sara Capizzi** Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

## Hanno curato la predisposizione dei Capitoli

---

<b>Mary Benedettini</b>	Azienda USL di Bologna
<b>Silvana Borsari</b>	Azienda USL di Modena
<b>Barbara Calderone</b>	Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Cinzia Campari</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Sara Capizzi</b>	Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
<b>Antonella Cattani</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Aldo De Togni</b>	Azienda USL di Ferrara
<b>Francesca Di Tommaso</b>	Azienda USL di Cesena
<b>Rino Fasol</b>	Università di Trento - Facoltà di sociologia
<b>Alba Carola Finarelli</b>	Servizio sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna
<b>Pasquale Gregorio</b>	Università degli studi di Ferrara
<b>Davide Medici</b>	Azienda USL di Bologna
<b>Mauro Palazzi</b>	Azienda USL di Cesena
<b>Luisa Paterlini</b>	Azienda USL di Reggio Emilia
<b>Maria Caterina Sateriale</b>	Azienda USL di Ferrara

## Si ringraziano

---

<b>Tiziana Mancini</b>	Università di Parma - Dipartimento di psicologia
<b>Luca Pietrantonio</b>	Università di Bologna - Facoltà di psicologia

**e tutti coloro che hanno partecipato e reso possibile la ricerca.**

Ciclo di workshop regionali *Sanità, il diritto debole. Strumenti, metodologie di analisi delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e indicazioni per sviluppare strategie operative tese a garantire equità*, maggio-giugno 2005.<sup>1</sup>

- Dossier n. 111. *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee*. 2005.
- Dossier n. 138. *Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna*. 2006.

---

<sup>1</sup> [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2005\\_ws\\_disug.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2005_ws_disug.htm)

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<b>1. I programmi regionali di <i>screening</i>: valori, azioni e risultati</b>	<b>11</b>
1.1. Programma di <i>screening</i> mammografico	16
1.2. Programma di <i>screening</i> per i tumori del collo dell'utero	19
1.3. Programma di <i>screening</i> coloretale	21
1.4. Conclusioni	22
<b>2. Lo sguardo medico, la malattia come rischio e le campagne di <i>screening</i></b>	<b>23</b>
<b>Donne italiane e prevenzione</b>	<b>27</b>
<b>3. Fattori psicosociali e adesione agli <i>screening</i></b>	<b>29</b>
3.1. Fattori psicosociali e adesione agli <i>screening</i>	29
3.2. Modelli psicologici e psicosociali sui comportamenti relativi alla salute	31
3.3. Obiettivi e modello teorico della ricerca	34
3.4. Metodologia dell'indagine	35
3.5. Strumento utilizzato e dimensioni analizzate	40
3.6. Principali risultati	42
3.7. Tracce per un identikit	69
3.8. Conclusioni e proposte operative per il miglioramento	70
<b>4. Condizioni socio-culturali e accesso ai servizi di prevenzione</b>	<b>77</b>
4.1. Lo <i>screening</i> del tumore alla cervice uterina: perché?	77
4.2. Caratteristiche dello studio	78
4.3. Le differenze: dove?	78
4.4. Le differenze: a che età?	80
4.5. I comportamenti diversi sono omogenei sul territorio?	80
4.6. Quali ipotesi?	81
4.7. Esiste una disuguaglianza di genere?	83
4.8. Conclusioni	85

<b>5. La valutazione del programma di <i>screening</i> per il carcinoma della cervice uterina</b>	<b>87</b>
5.1. Introduzione	87
5.2. Materiali e metodi	91
5.3. Risultati e considerazioni	93
<b>Donne immigrate e prevenzione</b>	<b>103</b>
<b>6. I programmi di <i>screening</i> a Cesena</b>	<b>105</b>
<b>7. I programmi di <i>screening</i> a Bologna</b>	<b>109</b>
7.1. Percentuali di adesione ai programmi di <i>screening</i> nell'anno 2004	112
7.2. Quali interventi: comunicazione partecipata e passaparola	116
<b>8. I programmi di <i>screening</i> a Reggio Emilia</b>	<b>119</b>
8.1. <i>Screening</i> per la diagnosi precoce del tumore della mammella	120
8.2. <i>Screening</i> per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero	121
8.3. <i>Screening</i> per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto	122
<b>Bibliografia</b>	<b>123</b>
<b>Allegati</b>	<b>129</b>
Allegato 1. Questionario. Indagine sull'adesione alla campagna di <i>screening</i> per la prevenzione del tumore al collo dell'utero	131
Allegato 2. "Interventi per favorire la partecipazione ai programmi di <i>screening</i> oncologici" Lettera dell' Assessore Bissoni 14 giugno 2005	139
Allegato 3. "Programmi di <i>screening</i> : modalità di partecipazione alle spese e accertamenti successivi al primo test; richiesta di prestazioni in persone in età di <i>screening</i> " Circolare n. 5 dell'Assessore Bissoni 23 maggio 2006	143

## Sommario

Il Dossier raccoglie contributi, ricerche e riflessioni scaturite all'interno del gruppo di lavoro "Accesso agli *screening* dei tumori femminili" nell'ambito del progetto ministeriale "Le disuguaglianze. Meccanismi generatori e possibili soluzioni". Obiettivo della pubblicazione è affrontare il tema della prevenzione del tumore alla mammella e al collo dell'utero e in particolare delle campagne *screening*; vengono proposti contributi che alla riflessione teorica sul tema - anche alla luce delle più recenti tendenze e riflessioni a livello regionale e nazionale - uniscono il commento e l'analisi dei dati di ricerche empiriche condotte con metodologie diverse, e i conseguenti suggerimenti operativi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso e aumentare l'equità.

Si cerca inoltre di proporre un approccio al tema della prevenzione oncologica che valorizzi la contaminazione teorica tra discipline (epidemiologia, sociologia, psicologia, scienze della comunicazione pubblica ...), l'integrazione di differenti metodologie e strumenti di analisi (banche dati sanitarie, questionari, interviste, gruppi di lavoro ...) e il coinvolgimento diretto di tutti i soggetti interessati (utenti e cittadini, operatori e professionisti sanitari, responsabili dei servizi e decisori-politici).

La parte iniziale della pubblicazione propone due contributi che introducono il lettore al tema. Il Capitolo 1 descrive i tre programmi di *screening* attivi in Emilia-Romagna per la prevenzione del tumore al collo dell'utero, del tumore alla mammella e del tumore al colon retto, evidenziandone i valori ispiratori, le specifiche azioni intraprese e i principali risultati raggiunti, in termini sia di livelli di adesione e risultati di salute che di riflessioni in atto e sviluppi futuri.

- Il programma di *screening* per i tumori alla mammella, attivo dal 1998, offre alla popolazione femminile nella fascia di età 50-69 anni (circa 535.000 donne) un esame mammografico a cadenza biennale. Nel corso degli anni la risposta all'invito è stata progressivamente crescente, e attualmente è oltre il 70%; il 61% di un campione statisticamente significativo di 830 donne intervistate in regione ha dichiarato di aver eseguito l'ultima mammografia su invito attivo dell'Azienda USL.

I tumori al seno sono la causa più importante di mortalità per cancro e la neoplasia più frequente nelle donne. I dati epidemiologici rivelano tuttavia che la mortalità comincia a diminuire anche in Emilia-Romagna (-1,5% l'anno tra il 1995 e il 2002) e che la sopravvivenza relativa a 5 anni migliora sempre più (è ora all'87%).

- Anch'esso attivo dal 1998, il programma di *screening* per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del collo dell'utero mediante pap test è proposto ogni 3 anni alla fascia di popolazione tra i 25 e i 64 anni, pari ad oltre 1.150.000 donne. L'adesione all'invito raggiunge il 58% ed è tra le più alte registrate dai programmi di *screening* organizzati attivi in Italia.

I dati sulla sopravvivenza indicano che in Emilia-Romagna 70 donne con tumore al collo dell'utero su 100 sono vive dopo 5 anni, mentre l'analogo dato nazionale è di 64 donne.

- Da marzo 2005 è offerto anche il programma di *screening* per la diagnosi precoce del carcinoma del colon retto, che costituisce un importante problema di salute pubblica: ogni anno compaiono in Italia 37.000 nuovi casi; il rischio di ammalarsi aumenta con l'età, soprattutto a partire dai 50 anni; ogni anno muoiono oltre 17.000 persone di questa malattia.

In Emilia-Romagna, il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci è proposto ogni 2 anni nella fascia di popolazione tra i 50 e i 69 anni (più di 1.000.000 di uomini e donne).

Il secondo contributo propone una riflessione di taglio sociologico articolata su tre temi: il *vigilant lay body*, che mette in atto l'auto-cura e l'auto-sorveglianza, con possibili effetti inattesi e perversi; lo sguardo medico e il controllo sociale; le campagne di *screening*, lo sviluppo delle tecniche diagnostiche e l'aumento del sentimento di insicurezza.

La sezione dedicata alle donne italiane riporta tre ricerche sulla campagna di *screening* per il tumore al collo dell'utero in Emilia-Romagna, tema su cui si è concentrato il gruppo di lavoro. Il Capitolo 3 presenta nel dettaglio uno studio sui comportamenti di salute, il cui obiettivo era individuare le caratteristiche socio-anagrafiche e psicologiche (credenze, paure, percezione del rischio, vulnerabilità percepita ...) delle donne che decidono di sottoporsi al pap test e delle donne che decidono invece di non farlo, cercando di evidenziare il ruolo che possono avere alcuni fattori di natura psico-sociale nell'orientare la scelta delle donne ad accettare o meno l'invito a sottoporsi a *screening* oncologico. L'indagine ha coinvolto complessivamente 591 donne tra i 25 e i 64 anni, residenti nei territori delle Aziende USL di Ferrara e di Cesena, intervistate tramite questionario. I risultati hanno evidenziato significative e interessanti differenze tra donne che non fanno il pap test (18% del campione), donne aderenti (46%) e donne che fanno il pap test privatamente (36%) rispetto alla maggior parte delle variabili indagate.

Rispetto alle donne che fanno il pap test in strutture pubbliche o private, le donne che non lo fanno hanno un'età significativamente superiore (47,9 anni contro 45 anni), hanno un titolo di studio medio-basso in percentuali superiori, sono pensionate e disoccupate in percentuale leggermente maggiore.

Relativamente all'autopercezione dello stato di salute, la maggior parte delle intervistate (62,9%) dichiara di essere in una condizione buona o molto buona. Le donne che non fanno il pap test dichiarano uno stato di salute molto buono in percentuali maggiori di coloro che lo fanno: sembrano quindi mostrare un livello di ottimismo superiore alle altre.

Emergono interessanti differenze tra i gruppi anche per quanto riguarda i canali informativi utilizzati per reperire notizie sull'esame: la comunicazione scritta tramite giornali/settimanali e materiale divulgativo sembra particolarmente incisiva per le donne che fanno il pap test privatamente o nei servizi pubblici. Le donne che non si sottopongono al test sembrano invece maggiormente sensibili alla comunicazione orale di massa (TV e radio). Le donne che si rivolgono ai servizi pubblici risultano le più sensibili ai consigli sia del personale sanitario (MMG e altri) sia di familiari e amici.

Nella parte finale del capitolo vengono suggerite delle tracce di identikit, coerentemente alle quali vengono avanzate proposte concrete per il miglioramento della campagna di prevenzione per il tumore del collo dell'utero.

Il Capitolo 4 riporta in dettaglio i risultati di uno studio sullo *screening* del tumore alla cervice uterina nell'Azienda USL di Ferrara, orientato ad evidenziare differenze socio-economiche e territoriali nell'adesione. La ricerca si riferisce al periodo 1 ottobre 1999 - 30 settembre 2002 e coinvolge le donne residenti nella provincia di Ferrara di età compresa tra 25 e 64 anni di età, per un totale di popolazione eligibile pari a 103.971. Le non aderenti allo *screening* sono state 46.246, pari al 44,48%.

La ricerca si focalizza inizialmente sulle differenze nei comportamenti delle donne tra aree geografiche della provincia (distretti), in particolare per quanto riguarda la zona di Codigoro, territorio con notevole dispersione e fortemente depresso.

Il capitolo approfondisce l'analisi introducendo le diversità rispetto all'età - nelle fasce giovanili (25-34 anni) e in quelle più avanzate (60-64 anni) si hanno i livelli maggiori di non adesione al programma, mentre si registra una partecipazione massima delle età intermedie (40-59 anni), in cui si raggiunge più del 67% di adesione - e al livello culturale - in tutta la provincia, e in particolare nell'area di Codigoro, il genere femminile ha livelli elevati di abbandono scolastico (prima della licenza di scuola media; 1,52% più dei maschi). Si conclude con alcune riflessioni sulle disuguaglianze socio-economiche, sull'importanza del contesto culturale e sulle ipotesi di lavoro futuro.

Il Capitolo 5 presenta i dati di una seconda ricerca effettuata nel territorio dell'Azienda USL di Ferrara tra aprile e luglio 2005, per raccogliere informazioni sull'intenzione di eseguire o meno il pap test presso le strutture pubbliche, sulle motivazioni alla base di questa decisione e sulle caratteristiche socio-anagrafiche delle intervistate. L'indagine si è svolta tramite intervista telefonica e ha coinvolto un campione 1.100 donne residenti, delle quali solo 1.000 hanno accettato di partecipare allo studio. Anche in questo caso emergono alcune differenze tra gruppi di donne. In particolare, la percentuale delle donne con diploma di scuola elementare che hanno dichiarato l'intenzione di rivolgersi alle strutture dell'Azienda USL di Ferrara (22,85%) è risultata circa il doppio rispetto agli altri due gruppi (10,39% si rivolge ad altra struttura; 11,95% non esegue il test); il dato farebbe pensare che su questo gruppo abbiano avuto maggior peso la gratuità dell'esame e l'efficacia dell'informazione.

L'ultima parte del Dossier è dedicata ad approfondire il delicato e cruciale tema "donne straniere e prevenzione", attraverso i contributi di tre Aziende sanitarie. Il primo è tratto dal profilo della popolazione immigrata nei comuni del territorio cesenate e presenta i dati di adesione al programma di *screening* per la prevenzione del tumore al collo dell'utero delle donne straniere, per tipologia di paese (a forte pressione migratoria o sviluppo avanzato) e nazionalità.

Il tasso di adesione (37%) delle straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria residenti è significativamente più basso di quello delle donne italiane (54%). Questa percentuale varia a seconda delle nazioni di provenienza: aderiscono di più le donne provenienti da alcuni Paesi dell'Est Europa (Ucraina, Polonia, Moldavia) e soprattutto da alcuni Paesi sud americani (Argentine e Venezuela) e dal Senegal.

Il Capitolo 7 riporta un'indagine svolta dal Laboratorio dei cittadini per la salute dell'Azienda USL di Bologna nell'ambito di un progetto di promozione della prevenzione oncologica per approfondire il rapporto tra le popolazioni straniere presenti nel territorio dell'Azienda sanitaria e gli *screening*.

I dati di adesione delle donne straniere ai programmi di *screening* per paese di provenienza mostrano alcune differenze rilevanti. Per quanto riguarda lo *screening* uterino, la percentuale media di adesione è del 40,5%, passando dal 53,4% di adesione della popolazione ucraina al 31,8% delle donne provenienti dallo Sri Lanka. Nel caso dello *screening* mammografico, l'adesione media della popolazione straniera è stata del 35,6%, con un massimo del 64,4% delle donne filippine e un minimo del 20,6% delle donne provenienti da paesi del Centro e del Sud America.

L'indagine ha evidenziato anche tendenze comuni e situazioni relative a specifiche comunità (Est Europa, Africa del Nord, Filippine, altri paesi asiatici e Centro Sud America), rispetto alle quali vengono proposti differenti percorsi di informazione e coinvolgimento, che valorizzano in particolare la comunicazione partecipata e il passaparola.

Il Capitolo 8 riporta i dati di adesione della popolazione italiana e straniera agli *screening* per il tumore al collo dell'utero, alla mammella e al colon retto della popolazione italiana e straniera residente nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia. Si riscontrano interessanti e significative differenze fra italiani e stranieri nell'adesione, e anche tra le diverse nazionalità di provenienza.

# 1. I programmi di *screening* regionali: valori, azioni e risultati <sup>2</sup>

I tumori sono ancora oggi una causa rilevante di sofferenza e di morte e la comunità scientifica internazionale propone il ricorso a programmi di *screening* per ridurre la loro incidenza e la mortalità ad essi correlata.

Il programma di *screening* è un intervento sanitario di prevenzione secondaria il cui obiettivo è, attraverso la diagnosi di una fase precoce della malattia, intervenire tempestivamente per facilitare la guarigione e ridurre la mortalità per causa-specifica:

- garantendo a tutta la popolazione in fascia di età considerata a rischio l'offerta attiva dei test di *screening* e degli eventuali approfondimenti necessari;
- individuando lesioni precancerose ed eseguendo l'idoneo trattamento al fine di ridurre il numero di neoplasie infiltranti;
- individuando neoplasie a uno stadio sempre più precoce per garantire la tempestività del trattamento e la migliore qualità di vita.

Il Piano nazionale di prevenzione attiva, condiviso dagli Assessori alla sanità e dal Ministro della salute nell'ambito del Convegno di Cernobbio nel 2004, e approvato dai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 27 maggio 2004, recita:

*La prevenzione attiva rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio sanitario nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria. ... Il ruolo attivo, anziché passivo, ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura. ... Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese e l'incidenza di queste patologie è in costante aumento, con una elevata differenza tra Nord e Sud. Lo screening rappresenta una delle aree strategiche della prevenzione del cancro.*

Già dalla prima metà degli anni '90, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, sulla base delle considerazioni della comunità scientifica internazionale, ha promosso un programma di *screening* gratuito per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e del tumore della mammella, proponendo controlli programmati alle donne nelle fasce di età in cui il rischio di ammalarsi è più elevato rispetto alla popolazione generale e più alta è anche la possibilità di diagnosi precoce e di cure più efficaci.

---

<sup>2</sup> A cura di Alba Carola Finarelli, Servizio sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna, e Silvana Borsari, Azienda USL di Modena.

Avviati in alcune aree dell'Emilia-Romagna nel 1995-1996 e attivi nell'intera regione dall'inizio del 1998, i programmi di *screening* oncologico sono - come indicato nel Piano per la prevenzione 2005-2007 della Regione Emilia-Romagna (Delibera di Giunta 27 giugno 2005 n. 1012) -:

- lo *screening* per la diagnosi precoce dei tumori della mammella (che offre alla popolazione femminile nella fascia di età 50-69 anni - circa 530.000 donne - un esame mammografico a cadenza biennale);
- lo *screening* per la diagnosi precoce e la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (mediante pap test proposto ogni 3 anni nella fascia di popolazione tra i 25 e i 64 anni che coinvolge oltre 1.150.000 donne);
- da marzo 2005, il programma di *screening* per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto, mediante il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, proposto ogni 2 anni nella fascia di popolazione tra i 50 e i 69 anni (più di 1.000.000 di uomini e donne in regione).

I carcinomi al seno rappresentano la neoplasia più frequente nelle donne, sia in Italia (oltre 36.000 nuovi casi/anno) sia in Emilia-Romagna (dove costituiscono quasi il 30% di tutti i tumori che insorgono ogni anno, pari a oltre 3.500 casi), e la causa più importante di mortalità per tumori (circa 950 donne all'anno in Emilia-Romagna).

Il tumore della cervice uterina non è molto frequente, ma interessa comunque un numero considerevole di donne causando numerosi decessi ogni anno: a livello nazionale si calcolano circa 3.500 nuovi casi l'anno, mentre a livello regionale il dato si attesta intorno ai 230 nuovi casi l'anno, circa 11 ogni 100.000 donne residenti.

Il programma di *screening* promosso dall'Assessorato alle politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna e portato avanti dalle singole Aziende USL insieme alle Aziende ospedaliere garantisce l'impegno delle strutture sanitarie non solo per i primi accertamenti, ma anche per tutti gli eventuali successivi approfondimenti e per l'assistenza necessaria.<sup>3</sup>

Attualmente l'intero percorso viene monitorato con indicatori e standard di riferimento per la valutazione di qualità, efficienza ed efficacia.

---

<sup>3</sup> Già con il Decreto legislativo n. 124 del 1988, art. 1 comma 4, si stabilisce l'esenzione per le prestazioni specialistiche per il pap test, la mammografia e la colonscopia nelle popolazioni a rischio secondo l'evidenza scientifica; in un secondo tempo, con la Circolare dell'Assessore alla sanità n. 30 del 30 luglio 1996 e le successive n. 1/2001 e n. 1/2002, gli esami conseguenti a un test di *screening* mammografico e cervicale dubbio o positivo sono stati esclusi dalla partecipazione alla spesa sanitaria; inoltre (Circolare dell'Assessore alla sanità n. 5 del 24 febbraio 2005) è stato precisato che tale diritto si applica anche per eventuali approfondimenti - inclusa la visita senologica - che si rendano necessari in donne di età compresa tra i 45 e i 49 anni, in quanto, come si sottolinea ulteriormente nella Circolare dell'Assessore alla sanità n. 5 del 23 maggio 2006, la presa in carico complessiva è riferita all'intero percorso diagnostico e comprende anche eventuali controlli ravvicinati richiesti dallo specialista.

Secondo le indicazioni della commissione oncologica regionale sono stati istituiti un gruppo regionale di coordinamento e gruppi di lavoro specifici per:

- definire criteri e metodi per valutare e sorvegliare il processo di *screening*;
- strutturare percorsi diagnostico-terapeutici secondo protocolli organizzativi e clinici, condivisi dai professionisti ed elaborati sulla base di linee guida nazionali e internazionali;
- verificare la qualità degli interventi attraverso l'azione di aggiornamento e di confronto dei professionisti impegnati nei programmi di *screening*: la formazione degli operatori viene orientata sui punti critici organizzando ogni anno numerosi eventi scientifici di *audit* clinico fra pari per valutare i risultati, evidenziare gli ulteriori miglioramenti possibili e predisporre azioni specifiche di promozione della qualità.

Il rigore scientifico che l'impianto metodologico degli *screening* osserva in tutte le fasi corrisponde ai canoni della medicina basata sull'evidenza, come dimostra la rete dei Registri tumori e di specifici Registri di patologia organizzata sull'intero territorio regionale per monitorare accuratamente il processo diagnostico-terapeutico e i suoi risultati.

A seguito della predisposizione in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale di documenti di accreditamento dei programmi di *screening* (l'Emilia-Romagna è al momento la prima e unica regione in Italia), verrà a breve avviata un'attività di verifica sperimentale dell'applicazione dei requisiti indicati, che dovrà portare successivamente all'adozione di un sistema di accreditamento regionale per tutti i tipi di *screening*, così da garantire la massima qualità degli interventi rispetto alle più recenti acquisizioni in termini di evidenza scientifica.

La rigorosa osservanza degli standard definiti garantisce un'effettiva equità: tutte le donne dell'Emilia-Romagna hanno la stessa possibilità di accesso, la stessa tempestività di azione, lo stesso livello qualitativo tecnologico e professionale.

Il programma di *screening* va considerato sotto due aspetti fondamentali: esso rappresenta sia un'azione di sanità pubblica che riguarda una comunità, sia un intervento individuale che può anche comportare problemi per la singola persona.

Chiamare le donne in modo attivo impone obblighi etici verso chi riceve un invito e può limitarsi unicamente all'accettazione o al rifiuto.

La piena e gratuita continuità assistenziale dall'effettuazione del test sino alle eventuali necessità terapeutiche e riabilitative - e oltre sino al *follow up* - è la prima garanzia da assicurare al fine di salvaguardare l'equità di accesso per tutte le donne interessate e rappresenta al tempo stesso un riconoscimento del significato sociale dello *screening*.

In particolare in Emilia-Romagna, per garantire l'equità d'accesso ci si è impegnati attraverso varie azioni:

- l'estensione del sistema di chiamata agli *screening*, che non si rivolge più esclusivamente alle donne residenti, ma include anche le domiciliate, questa iniziativa è nata dalla crescente attenzione per la necessità di interventi mirati a favorire la partecipazione delle popolazioni immigrate ai programmi di sanità pubblica, per esempio attraverso il coinvolgimento di mediatori culturali e l'istituzione di contatti

con i rappresentanti dei diversi gruppi etnici, come sottolineato con la lettera del 14 giugno 2005 dell'Assessore regionale alle politiche per la salute alle Aziende sanitarie e alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie (vedi *Allegato 2*);

- il sollecito alle non rispondenti, facendo leva sulle reti sociali esistenti e intraprendendo azioni speciali per raggiungere i gruppi più resistenti per motivi legati alla diversità etnica o per situazioni di fragilità;
- il coinvolgimento delle comunità locali (Enti locali e associazioni femminili e di volontariato);
- il coinvolgimento dei consultori dedicati per le donne immigrate e la messa a punto di strumenti di informazione *ad hoc* per gli stranieri, perché nell'instaurare un rapporto con le donne interessate è fondamentale tenere in alta considerazione l'eterogeneità di valori, cultura e interessi di cui sono portatrici;
- il coinvolgimento dei medici di medicina generale, nella consapevolezza sempre maggiore dell'importanza dell'accompagnamento; infatti gli *screening* non costituiscono unicamente un momento di diagnosi, ma si concretizzano in una complessiva presa in carico della persona e vanno quindi considerati come un insieme unitario articolato in più fasi: il Servizio sanitario pubblico si assume precise responsabilità etiche che vanno dal primo invito fino al sostegno alla donna e alla famiglia durante l'eventuale momento del trattamento e del decorso della malattia;
- una comunicazione coordinata e diffusa, nell'attenzione alla coerenza dei messaggi tra le diverse parti del sistema sanitario (predisposizione di materiale informativo uniforme condiviso anche sui percorsi).

Nella consapevolezza che le disuguaglianze non rappresentano un problema risolvibile una volta per tutte ma un evento da monitorare costantemente, l'attenzione rimane vigile sulla necessità di:

- rilevare dati periodici sulle caratteristiche socio-anagrafiche che possono condizionare l'accesso delle donne;
- favorire studi che permettano una migliore comprensione del legame tra reti sociali, etnie e disuguaglianze;
- approfondire comportamenti e stili di vita della popolazione (vedi oltre *Studio PASSI*, Bertozzi *et al.*, 2006).

Nei programmi di *screening* gli aspetti comunicativi (vedi *Documento di Bertinoro - Biocca, Zappa, 2003*) assumono grande rilevanza e interessano tutti i soggetti coinvolti. Sono in gioco i valori che sottendono i programmi, la qualità delle attività, la trasparenza delle relazioni, le competenze degli operatori, i contesti organizzativi, gli strumenti di lavoro e, in fondo, i risultati stessi. In questi programmi, la comunicazione rappresenta sia un valore in sé sia uno strumento per aumentare l'autonomia decisionale individuale e per circoscrivere gli eventi negativi: deve essere pro-attiva al fine di favorire una più ampia e consapevole partecipazione delle persone ai programmi organizzati.

La relazione che si realizza tra le donne a cui è rivolto il programma, i promotori del programma, gli operatori sanitari coinvolti e gli altri soggetti interessati è quindi fondata su due pilastri: il rispetto tra gli interlocutori e la condivisione dei valori chiaramente

esplicitati che informano la proposta di *screening*. Sul piano comunicativo occorre quindi che vengano assicurati tre requisiti fondamentali: l'informazione, un'azione di supporto e la massima riservatezza.

La partecipazione agli *screening* da parte delle donne è l'esercizio di un diritto che richiede la piena consapevolezza: un semplice invito non è sufficiente perché vi sia partecipazione informata; la lettera di convocazione deve quindi essere accompagnata da un'adeguata attività di relazioni attraverso la realizzazione di un punto di ascolto a disposizione delle utenti, la predisposizione di materiale informativo e incontri pubblici sul problema. L'informazione deve essere veritiera, basata sui dati scientifici disponibili e chiara per il linguaggio utilizzato: il messaggio da trasmettere deve sottolineare i benefici che ogni donna può attendersi, ma anche i possibili problemi che possono essere collegati con il test.

In generale le donne dovrebbero essere consapevoli che potrebbero essere richiamate per ulteriori accertamenti, talora di tipo invasivo. Deve essere anche ricordata la possibilità di comparsa di una forma tumorale tra due test successivi di *screening* (casi di intervallo) e quindi l'esigenza di prestare attenzione ai segnali del proprio corpo onde evitare false rassicurazioni, facendo inoltre presente l'eventualità che in alcune situazioni il test porti a identificare forme a bassa potenzialità evolutiva che potrebbero regredire o che sarebbero altrimenti rimaste silenti. A questo riguardo, sono state intraprese varie iniziative:

- la predisposizione di opuscoli informativi *ad hoc* sulle varie parti del percorso di *screening* e diagnostico-terapeutico per le donne chiamate allo *screening* e richiamate in caso di test positivo;
- l'organizzazione di due campagne comunicative regionali per favorire l'adesione agli inviti, alle quali sono state affiancate a livello locale numerose iniziative di rinforzo gestite direttamente dalle singole Aziende USL in collaborazione con Enti locali, associazioni di volontariato, espressioni organizzate della società civile;
- l'istituzione di corsi di formazione per gli operatori di *front office* e per quelli impegnati nei diversi momenti assistenziali.

A tutto ciò si aggiunge la costante attenzione rivolta al coinvolgimento e all'informazione periodica degli operatori impegnati nei programmi, ma anche degli amministratori pubblici e dei medici di medicina generale; in particolare, i MMG giocano un ruolo essenziale in tale contesto: il loro contributo alla efficace realizzazione del programma di *screening* è fondamentale per consigliare, informare e sostenere, poiché sono proprio i medici di famiglia, referenti di fiducia, a presidiare il primo contatto con le donne.

È importante evidenziare come i programmi di *screening* per la prevenzione dei tumori rientrino nel più generale obiettivo di salute delle donne. È quindi necessario che siano integrati con altre attività di prevenzione e che da parte delle donne ci sia una crescente consapevolezza del proprio corpo e della propria salute. A questo proposito vale la pena ricordare il programma regionale per la promozione di una corretta alimentazione e dell'incremento dell'attività fisica e sportiva nella popolazione, poiché anche il sovrappeso è correlato con lo sviluppo di questi tumori.

## 1.1. Programma di *screening* mammografico

Il programma di *screening* per i tumori alla mammella intende coinvolgere tutta la popolazione femminile di età 50-69 anni in regione, pari a circa 535.000 donne. A tal fine la mammografia viene offerta a tutte le donne interessate con cadenza biennale (*round*). La prima volta che il test mammografico viene offerto a tutta la popolazione *target* costituisce il primo *round*: ogni anno vengono invitate circa la metà delle donne, completando in circa due anni il *round*. Tutta la popolazione obiettivo viene nuovamente invitata con il secondo *round* e così via. Al 31 dicembre 2005 i primi tre *round* erano stati completati, il quarto era in fase conclusiva e la quinta tornata di chiamate era in corso in larga parte della regione.

La risposta all'invito è progressivamente aumentata e attualmente, con più del 70%, colloca l'Emilia-Romagna, unica realtà numericamente importante italiana oltre al Veneto, entro lo standard consigliato dalle linee guida europee (>70%).

I dati dell'Osservatorio nazionale *screening*, incaricato dal Ministero della salute della rilevazione delle attività programmate di *screening* mammografico delle singole regioni, permettono di avere un quadro completo e aggiornato della situazione in Italia. Le regioni con estensione teorica al 100% sono quelle in cui lo *screening* è stato avviato in tutto il territorio; l'estensione effettiva rappresenta la percentuale di donne invitate rispetto alla popolazione teorica da invitare nell'anno (metà della popolazione di età 50-69 anni) (*Tabella 1*)

Si evidenzia che l'Emilia-Romagna ha il programma attivo su tutto l'ambito regionale, il numero di donne invitate è secondo solo alla Lombardia (regione che, oltre ad essere più popolosa dell'Emilia-Romagna, non ha ancora esteso l'intervento a tutto il territorio) e la Regione ha mantenuto l'impegno di invitare la popolazione annuale stabilita (estensione effettiva).

**Tabella 1.** Quarto Rapporto dell'Osservatorio nazionale *screening* (dati anno 2004)

	<b>Estensione teorica 50-69 anni %</b>	<b>Invitate nel 2004 50-69 anni</b>	<b>Estensione effettiva 50-69 anni</b>
Val d'Aosta	100	7.299	95,5
Piemonte	100	188.101	64,8
Liguria	51,0	65.355	57,1
Lombardia	84,9	419.221	69,7
Trentino	100	32.028	110,0
Alto Adige	100	22.082	84,5
Veneto	82,8	188.659	65,5
<b>Emilia-Romagna</b>	<b>100</b>	<b>248.218</b>	<b>92,8</b>
Toscana	100	200.558	83,5
Umbria	88,5	51.150	92,6
Marche	70,8	55.357	58,7
Lazio	100	168.232	50,2
Abruzzo	44,7	24.807	32,3
Molise	100	25.222	133,7
Campania	78,0	97.449	31,9
Basilicata	100	40.065	119,1
Sicilia	8,3	14.138	5,0
Italia	68,7	1.847.941	51,1

Un nuovo elemento di soddisfazione è pervenuto dai risultati dello studio PASSI (Bertozzi *et al.*, 2006), condotto nel periodo maggio-giugno 2005 con il coordinamento dell'Istituto superiore di sanità, con l'obiettivo di attivare una sorveglianza sui determinanti di salute e i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. PASSI consiste di un'indagine telefonica su un campione di cittadini di età 18-69 anni, estratti in modo casuale dall'anagrafe sanitaria delle Aziende USL e a cui viene somministrato un questionario standardizzato che raccoglie informazioni su vari aspetti della salute in relazione ai principali fattori di rischio comportamentali.

In Emilia-Romagna un campione statisticamente significativo di 830 donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni mostra che:

- 9 donne su 10 (90%) hanno eseguito almeno una mammografia nel corso della vita a scopo preventivo;
- 8 donne su 10 (80%) l'hanno eseguita negli ultimi 2 anni;
- 9 donne su 10 (90%) riferiscono di aver ricevuto una lettera di invito dalla propria Azienda USL per eseguire la mammografia.

In particolare l'ultima mammografia è stata effettuata per:

- invito attivo dell'Azienda USL (61%);
- consiglio medico (14%),
- iniziativa personale (18%).

I risultati dello *screening* sono davvero incoraggianti.

Per quanto riguarda il percorso di *screening* (quarto *round*), i dati mostrano che su 1.000 donne che vengono chiamate ed eseguono la mammografia da *screening*, 965 risultano negative, mentre 35 vengono richiamate per eseguire approfondimenti diagnostici di secondo livello a seguito di alterazioni mammografiche; di queste, una volta concluso il percorso diagnostico, 6,3 vengono inviate al trattamento chirurgico e di queste 5,3 si rivelano portatrici di carcinoma mammario (il 71% dei quali in stadio precoce) e una sola portatrice di lesione benigna (falso positivo).

I carcinomi mammari diagnosticati dall'attivazione dei programmi di *screening* al 31 dicembre 2004 sono stati 1.160 cancri *in situ* e 6.393 cancri invasivi, il 42% dei quali con diametro uguale o inferiore a 1 cm (questo dato è particolarmente rassicurante in quanto ampiamente sopra al valore desiderabile del 30% proposto dalle linee guida europee recentemente pubblicate).

Nel periodo pre-*screening* il 54% dei cancri invasivi era in stadi avanzati ( $\geq$  a stadio II), ora lo è il 29%.

Come già sottolineato, i tumori al seno sono la causa più importante di mortalità per cancro e la neoplasia più frequente nelle donne. Questo è vero ancora oggi, ma i dati epidemiologici rivelano che la mortalità comincia a diminuire anche in Emilia-Romagna (-1,5% l'anno tra il 1995 e il 2002) e che la sopravvivenza migliora sempre più.

Gli ultimi dati in corso di pubblicazione, riferiti ai tumori insorti nel periodo 1995-1999 e valutati a tutto il 2003, desunti dalla rete dei Registri tumori che in Emilia-Romagna copriva già allora il 71% della popolazione regionale, continuano a confortare nelle scelte intraprese in campo di diagnosi precoce e di cura.

La sopravvivenza relativa a 5 anni è ormai all'87%, migliorata di 4 punti percentuali in 5 anni; non sono ancora disponibili dati nazionali ma si ricorda che quelli relativi al precedente periodo 1990-1994 erano di 81%, contro l'83% dell'Emilia-Romagna, valore tra i più alti in Italia e in Europa.

Non si deve infatti dimenticare che l'obiettivo dello *screening* è anticipare la diagnosi dei carcinomi permettendo di intervenire con un trattamento più conservativo e di migliorare la possibilità di guarigione; per le forme iniziali la sopravvivenza è attorno al 99%.

La valutazione di impatto, effettuata analizzando tutti i tumori diagnosticati in regione in donne residenti e riferita al periodo 1997-2003, evidenzia un significativo aumento nel tempo del ricorso appropriato al trattamento conservativo; tale miglioramento è presente sia nelle donne a cui il tumore è stato diagnosticato nel programma di *screening*, sia nel gruppo non aderente, ma è più evidente nelle donne in *screening* (vedi Sassoli de' Bianchi *et al.*, 2006).

## 1.2. Programma di *screening* per i tumori del collo dell'utero

Il programma di *screening* per i tumori al collo dell'utero intende coinvolgere tutta la popolazione femminile di età 25-64 anni della regione, pari a quasi 1.200.000 donne. A tal fine è necessario che il pap test sia offerto a tutte le donne interessate con cadenza triennale (*round*).

Obiettivo del programma di *screening* è individuare e trattare le lesioni pre-cancerose del collo dell'utero in modo da prevenire l'insorgenza dei tumori invasivi, e individuare i tumori in una fase precoce (stadio iniziale) per poter applicare una terapia efficace e migliorare comunque la prognosi.

La prima volta che il pap test viene offerto a tutta la popolazione obiettivo costituisce il primo *round*; ogni anno vengono invitate circa un terzo delle donne, completando in circa 3 anni un *round*. Tutta la popolazione obiettivo viene nuovamente invitata con il secondo *round* e poi con il terzo. Al 31 dicembre 2005 era in corso o in via di attivazione il quarto *round* di chiamata nella maggior parte della regione, mentre il terzo *round* era in fase conclusiva.

L'adesione all'invito raggiunge il 58% ed è tra le più alte registrate dai programmi di *screening* organizzati attivi in Italia. A ogni *round* partecipano oltre 600.000 donne.

Lo studio PASSI (Bertozzi *et al.*, 2006) evidenzia che l'83% delle donne di età 25-64 anni intervistato nel 2005 ha effettuato un pap test nel triennio precedente, dimostrando quindi che, oltre alla rilevante partecipazione documentata dallo *screening*, molte donne eseguono spontaneamente tale accertamento preventivo.

Fino a oggi il programma regionale ha permesso di prevenire circa 2.400 cancro invasivi grazie all'individuazione di 6.906 lesioni pre-cancerose che, se non curate, sarebbero potute evolvere verso forme invasive.

È da notare anche il rilevante numero di cancro invasivi individuati dal programma nel I *round*: 214, di cui 180 squamosi e 34 adenocarcinomi; un numero così elevato rappresenta un normale risultato dello *screening* quando questo è al primo *round* nella popolazione poiché vengono diagnosticati tumori già presenti nelle donne ma non ancora individuati per assenza di sintomi clinici.

Nel secondo *round* sono stati identificati 147 carcinomi invasivi, di cui 123 squamosi e 24 adenocarcinomi, e altri 91 nel terzo *round*, di cui 66 squamosi: per questi casi è stato importante verificare la precedente storia di *screening* e revisionare i preparati citologici precedenti, in particolare per le donne che avevano già partecipato al primo o secondo *round*, poiché uno dei principali obiettivi dello *screening* è proprio la riduzione dell'insorgenza dei tumori invasivi del collo dell'utero, in particolare quelli squamosi più facilmente individuabili dal pap test.

A questo proposito si è osservato che il 72% (113 casi) dei carcinomi squamosi invasivi individuati nel secondo e terzo *round* sono occorsi in donne che partecipavano per la prima volta allo *screening*; dei restanti 44 carcinomi, oltre la metà era a uno stadio

iniziale di invasione (microinvasivo). È infine da notare che il 52% di tutti i tumori squamosi invasivi identificati nel secondo e terzo *round* era microinvasivo; tale percentuale è stata del 42% nel primo *round*.

Per valutare l'efficacia del programma di *screening*, è necessario raccogliere i dati di mortalità e incidenza per tumori invasivi del collo dell'utero relativi a tutte le donne residenti in regione. A questo scopo, come già per i tumori della mammella, sono stati attivati dei Registri specifici di patologia nelle aree della regione non coperte da Registro tumori di popolazione; tutti i casi incidenti dal momento in cui è stato attivato lo *screening* sono stati registrati e classificati secondo la storia di *screening*, per porre particolare attenzione a quelli insorti in seguito a uno *screening* con esito normale; proprio a tal fine è in corso uno studio sull'incidenza dei cancri di intervallo nello *screening* cervicale della Regione Emilia-Romagna.

Il Registro regionale è attivo dal 2002 e ad oggi copre il periodo dal 1997 al 2003 e interessa tutta la regione, fatta eccezione per la provincia di Piacenza e per l'ex Azienda USL Bologna Sud. L'incidenza dei tumori invasivi mostra un picco nel 1998, anno corrispondente al periodo di massima attività del primo *round* di *screening*, poi diminuisce fino a stabilizzarsi. Attualmente nella banca dati regionale sono inseriti 5.018 casi, dei quali 1.365 invasivi e 3.653 *in situ*. Tra quelli insorti nella fascia di età interessata dal programma di *screening* (25-64 anni), il 62% è stato individuato allo *screening* (SD *screen detected*). In particolare appartengono a questa categoria il 66% dei tumori *in situ* e microinvasivi identificati e il 40% dei tumori invasivi.

Quasi tutte le donne alle quali è stata diagnosticata una lesione attraverso lo *screening* ed è stato suggerito un trattamento, hanno aderito all'intervento proposto (98-99%). I trattamenti eseguiti sono prevalentemente ambulatoriali e conservativi (distruzione del tessuto patologico 22%; escissione 74%), coerentemente con la frequenza delle lesioni pre-cancerose di gran lunga maggiore rispetto ai tumori invasivi.

La percentuale di trattamenti conservativi in lesioni pre-cancerose è stata crescente dal primo al terzo *round*.

In regione nel 2004 sono morte 6.137 donne per tumore maligno, 76 (1,2%) delle quali per tumore del collo dell'utero, o per tumori dell'utero non ben specificati ma ri-attribuibili alla cervice uterina.

I dati sulla sopravvivenza indicano che in Emilia-Romagna 70 donne con tumore al collo dell'utero su 100 sono vive dopo 5 anni, mentre l'analogo dato nazionale è di 64 donne.

La diminuzione della mortalità osservata nell'ultimo decennio e i primi risultati dello *screening* confermano la buona capacità del pap test sia nell'anticipare lo sviluppo delle lesioni cancerose, con conseguente probabilità di diminuzione dell'incidenza, sia nel diagnosticare in stadi molto precoci la maggior parte dei seppur pochi tumori invasivi, che continuano comunque ad essere riscontrati, con conseguente ipotizzabile riduzione della mortalità e una migliore qualità della vita per via dei trattamenti sempre più localizzati.

### **1.3. Programma di *screening* coloretale**

Il carcinoma del colon retto costituisce un importante problema di salute pubblica: ogni anno compaiono in Italia 37.000 nuovi casi (20.000 tra i maschi e 17.000 tra le femmine); il rischio di ammalarsi aumenta con l'età, soprattutto a partire dai 50 anni. Anche i dati di mortalità sono rilevanti: ogni anno muoiono oltre 17.000 persone di questa malattia.

L'evidenza disponibile indica che interventi di *screening* per i tumori del colon retto sono efficaci nel ridurre la mortalità e/o l'incidenza di questi tumori. L'indicazione ad implementare programmi di *screening* per il colon retto è contenuta in molti documenti ufficiali a livello sia europeo sia nazionale, seppure nella disomogeneità tra le diverse agenzie nazionali e internazionali sul protocollo di *screening* da raccomandare.

Nel corso degli ultimi anni a livello nazionale sono state avviate varie iniziative di *screening* per questo carcinoma che si caratterizzano come interventi rivolti a specifiche realtà locali, come studi di valutazione multicentrici o come interventi pianificati a livello regionale. I protocolli, i test e le soluzioni organizzative adottate sono diverse e ciò riflette in una certa misura l'incertezza esistente sulle scelte più appropriate per l'attuazione di un programma di *screening* per il cancro del colon retto.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna, il nuovo programma di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon retto avviato con Circolare dell'Assessore alla sanità n. 11 del 19 luglio 2004, prevede la gratuità per tutti gli esami, dalla ricerca del sangue occulto nelle feci e dalla colonscopia come test di *screening*, agli esami di approfondimento diagnostico successivi e di *follow up* a seguito di interventi terapeutici (compresi i *kit* di preparazione dell'intestino per gli esami endoscopici e radiologici).

Come si sottolinea nella Circolare dell'Assessore alle politiche per la salute n. 5 del 23 maggio 2006, il programma di prevenzione gratuita del carcinoma coloretale include quindi sia il progetto di *screening* di popolazione con ricerca di sangue occulto nelle feci - rivolto a maschi e femmine di età compresa tra i 50 e i 69 anni - sia i due progetti che utilizzano la colonscopia come test di *screening* e che riguardano i familiari di primo grado di persone affette da tumore maligno intestinale e le persone comprese nella fascia di età 70-74 anni, in particolare quelle che non hanno mai eseguito una colonscopia.

La Legge n. 338/2000 ha previsto la gratuità della colonscopia ogni 5 anni per le persone di età superiore ai 45 anni; pertanto anche per la popolazione 45-49 anni deve essere assicurata la gratuità dell'esame e di tutti gli accertamenti conseguenti a un primo esame dubbio o positivo e, con la gradualità richiesta dalle condizioni organizzative attuali, anche l'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico.

Dopo un anno di attività, il programma di *screening* ha invitato il 40% della popolazione di 50-69 anni; anche se idealmente era da invitare la metà nel primo anno e l'altra metà nel secondo, il ritmo degli inviti è andato via via aumentando ed è quindi probabile che nel secondo anno venga coinvolta tutta la restante popolazione, rispettando l'impegno preso. La risposta all'invito, pari al 44%, è buona considerando il recente avvio del programma, e si stima che raggiunga il 50% quando saranno completati i solleciti.

I primi risultati sono davvero incoraggianti: tra le persone che hanno eseguito l'approfondimento colonscopico a seguito di un test positivo (6%) è stata riscontrata una lesione neoplastica del colon retto (benigna a basso rischio, ad alto rischio, lesione maligna) nel 58,7%. Questo testimonia la buona capacità del test di *screening* di selezionare le persone a maggior rischio per questa patologia. La diagnosi di carcinoma ha interessato 315 persone; in oltre la metà dei casi il tumore è risultato in fase iniziale, permettendo di intervenire con cure efficaci e poco invasive.

## **1.4. Conclusioni**

A seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e della conseguente elaborazione dei Piani regionali della prevenzione 2005-2007, i programmi di *screening* di popolazione per la prevenzione dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto già attivi in Emilia-Romagna hanno assunto rilevanza prioritaria nell'ambito dei programmi di sanità pubblica anche a livello nazionale.

L'impegno della Regione è assicurare il rispetto delle chiamate nei tempi indicati e l'estensione degli inviti a tutta la popolazione (anche non residente), accompagnandola con azioni che favoriscano la partecipazione delle fasce più svantaggiate. Per queste fasce in particolare sono previsti interventi specifici nelle comunità straniere, avvalendosi dell'aiuto dei mediatori culturali.

## 2. Lo sguardo medico, la malattia come rischio e le campagne di *screening*<sup>4</sup>

L'evoluzione recente della scienza e della pratica medica può essere analizzata anche dal punto di vista dello sviluppo e affinamento del potere dello sguardo medico. La sempre maggiore importanza che è stata assegnata all'attività visiva ha fatto parlare per il Novecento di una medicina "voyeristica" (Oakley, 1984). A sostenerla è stato l'enorme sviluppo delle tecniche di acquisizione e analisi delle immagini, che le ha portate ad essere talmente accurate e affidabili da renderle più vere della realtà (Holger-Maehele, 1993). Le immagini hanno così finito col sostituirsi, in un certo senso, alla realtà degli stati del corpo (Pizzini, 2001), alla loro percezione sensoriale e alla loro descrizione da parte delle persone stesse.

Questa sorta di reificazione della percezione e dei segni della malattia si è affermata in misura ancora maggiore da quando è diventato possibile fissare le immagini su supporti digitali, che rendono ancora più agevole e affidabile la loro elaborazione, archiviazione, trasferimento.

Ma non si tratta solo di questo: qui interessa anche considerare come il potere dello sguardo medico si sia esercitato sempre più - come è ben noto - non solo per la comprensione del funzionamento del corpo umano e per la classificazione di organi e funzioni, ma anche per determinare i confini fra normale e anormale, sul cui riconoscimento si imposta l'intervento sanitario.

Di pari passo ai progressi nell'acquisizione di immagini si sono affinate le tecniche diagnostiche, la loro capacità di estrarre dal corpo indizi e *marker*, che vengono interpretati con margini di errore sempre più ridotti. Immagini e valori costituiscono oggi testi sempre più complessi e accurati, la cui interpretazione rappresenta il campo di applicazione dei più recenti sviluppi della conoscenza in campo medico.

Questo potente sguardo medico si è nel tempo posato sempre più non solo sui singoli individui, ma anche a livello collettivo su ampi gruppi sociali o sull'intera popolazione, soprattutto per mezzo delle agenzie sanitarie pubbliche, in particolare attraverso i programmi di *screening*. In questo modo si è andata consolidando una sorta di nuovo ambito sanitario, basato sulla sorveglianza della popolazione normale. Questa *surveillance medicine* si estende potenzialmente su tutti, a partire dalla messa in discussione della tradizionale netta distinzione e separazione fra salute e malattia, da quella cioè che è stata definita problematizzazione del normale (Armstrong, 1995, p. 395).

---

<sup>4</sup> A cura di Rino Fasol, Facoltà di sociologia, Università di Trento.

Lo sguardo medico si allarga a ricomprendere il (potenziale) futuro; la prospettiva diviene quella della prevenzione, il concetto di rischio diventa centrale. Ma se la malattia e i suoi segni hanno il loro *locus* nel corpo, i rischi sono nell'ambiente, nella società e quindi potenzialmente ovunque. Si estendono così i confini e gli ambiti dell'intervento sanitario, così come si dilata il concetto di salute; si afferma un modello di *comprehensive health care* che legittima e richiede strumenti e servizi di sorveglianza esplicita delle condizioni di vita della popolazione.

A proposito delle prime esperienze di interventi sanitari di monitoraggio delle condizioni di salute delle persone, realizzate già nel primo quarto del '900, Armstrong (1995, p. 399) parla di

*un nuovo sogno di sorveglianza dell'igiene pubblica, nel quale ognuno è incluso nella visione dell'occhio benevolo della medicina attraverso la medicalizzazione della vita quotidiana.*

Le tecniche diagnostiche sempre più sofisticate utilizzate dai programmi di monitoraggio hanno progressivamente spostato i confini dell'anormale, del patologico proprio a partire dalla ricerca della malattia a uno stadio sempre più iniziale, per una diagnosi sempre più precoce (Prior, 2001). Allo stesso tempo si è in un certo senso ridefinito il rapporto fra salute e malattia, che sempre meno sono concepite in modo dicotomico, nettamente e chiaramente contrapposto, ma piuttosto come estremi ideali di una scala ordinale; il che però equivale a dire che in questa prospettiva, paradossalmente,

*tutti sono normali, ma nessuno è veramente sano* (Armstrong, 1995, p. 397).

D'altronde questa sorta di confusione e sovrapposizione fra benessere e malessere, fra salute e malattia, si può vedere nel modo di percepire le proprie condizioni di salute da parte delle persone, che, come ha messo in evidenza Last (1963) introducendo il concetto di *clinical iceberg*, spesso non prestano particolare attenzione ai sintomi o non li considerano come tali. Molte persone infatti ritengono non solo sopportabile, ma sostanzialmente normale una certa quota di malessere, con la conseguenza di non sottoporre sempre i propri disturbi all'attenzione dei professionisti sanitari (Mechanic, Volkart, 1960).

Non si può certo dire che questi modelli di credenze e di comportamenti siano superati; certo è che in questi ultimi anni ad essi se ne sono affiancati altri, alla cui affermazione hanno contribuito in modo determinante lo sviluppo e la diffusione delle tecnologie applicate in campo sanitario. Sono sempre più riconoscibili categorie di persone e situazioni che si collocano sostanzialmente al di fuori della tradizionale e rassicurante distinzione fra salute e malattia.

In particolare, a proposito della diffusione della pratica degli *screening* genetici, Clarke (1995) parla della costituzione di nuove categorie di pazienti pre-sintomatici, quelli che potrebbero sviluppare una malattia in futuro, ma ai quali talvolta si può offrire poco nel presente in termini di intervento efficace, di eliminazione del rischio. Anche al di fuori degli specifici rischi genetici, appare in progressivo e consistente aumento la quota dei pazienti senza sintomi, delle persone sane ma preoccupate (i *worried well* di cui parla

Webster, 2002). Sono soggetti e condizioni che si collocano in una sorta di limbo terapeutico, in cui centrale è la dimensione del rischio, in cui si parla della malattia in termini di esperienza (se non di prospettiva) più che di lesione, di danno manifesto.

La malattia tende a perdere la connotazione di evento temporalmente delimitato, per essere collocata in un contesto temporale più ampio; questo non solo per la sempre maggiore diffusione delle malattie croniche di natura degenerativa, ma perché il concetto di rischio sposta inevitabilmente parte dell'attenzione sulle prospettive di vita, sul futuro. La malattia non è solo il *deficit* o la lesione concretamente presenti e manifesti nel corpo, ma un potenziale e incombente futuro stato all'interno di un processo in continuo divenire (Armstrong, 1995, p. 402).

L'affermazione di questo sguardo rivolto anche al futuro in una prospettiva di prevenzione è andata di pari passo con la stabilizzazione di quella rivoluzione pasteuriana di cui parla Pinell (1996) analizzando l'evoluzione della medicina moderna come processo di civilizzazione, attraverso il quale nella lotta ai virus e al contagio, alle misure collettive di igiene pubblica si sono sempre più affiancati gli interventi pedagogici, di disciplina dei comportamenti individuali.

La sollecitazione di un comportamento responsabile da parte delle persone si basa sulla definizione di norme igieniche, a cui si fa riferimento non solo per organizzare il controllo della popolazione, ma per raccomandare ai singoli individui un sempre maggiore autocontrollo. Ciò che viene richiesto alle persone non è soltanto la conoscenza di specifiche nozioni scientifiche e l'adozione di comportamenti virtuosi, ma l'assunzione di una particolare disposizione psichica nei confronti della malattia, ma anche del corpo stesso e dei suoi segni.

Nel tempo, la facilità di accesso a informazioni e conoscenze mediche ha portato (e presumibilmente porterà sempre di più) alla comparsa dei cosiddetti pazienti esperti, che trovano in particolare su internet consigli e prodotti al di fuori dell'offerta regolatoria ed etica gestita dal sistema sanitario. Si sono così create le condizioni per uno sviluppo e per una ridefinizione delle competenze delle persone comuni (Giddens, 1991), così come per l'affermazione se non di un vero e proprio relativismo, quanto meno di un nuovo pluralismo medico.

D'altronde, la crescente enfasi posta sul mantenimento della salute rischia di entrare in competizione e di ridimensionare la centralità dell'individuazione e eliminazione della malattia; questo ha portato a una sorta di ridefinizione della funzione della competenza sanitaria in termini di consulenza, di mero sostegno alle normali pratiche salutiste delle persone (Hughes, 2000). Da quando ci si aspetta che le persone si facciano carico della propria salute e adottino comportamenti salutari, la vita quotidiana ha cominciato a essere vista come una "arena del rischio e dell'azione preventiva" (Giddens, 1991). In questa prospettiva le persone profane sono considerate sia come utenti sia come produttori di cure sanitarie e in quanto tali ausiliari sanitari in una nuova divisione del lavoro medico. Al centro della pratica sanitaria contemporanea vi è sempre più il *vigilant lay body* (il vigile corpo profano) che mette in atto l'auto-cura e l'auto-sorveglianza (Hughes, 2000).

Ciò può avere effetti inattesi e perversi; come ad esempio la medicalizzazione della *tactility* profana e la drammatizzazione di manifestazioni corporali abitualmente trascurate o considerate innocue dai profani, che diventano invece segni precoci della malattia, come osserva Pinell (1996) a proposito del cancro e della sua rappresentazione come pericolo nascosto.

Al tempo stesso, aumenta nelle persone il senso di incertezza legato alle nuove patologie e l'inquietudine per la crescita e diffusione dei fattori di rischio. Si fa quindi sempre più pressante - da parte delle persone profane - la richiesta di una precisa informazione tecnico-scientifica, mentre al contempo si diffonde l'immagine della medicina come conoscenza e pratica che si prende cura, ma non necessariamente risolve i problemi delle persone. Su queste nuove basi si stanno modificando i termini del rapporto fra esperto e profano, che si fonda sempre di più sulla conoscenza tecnica e sul controllo delle tecnologie più che sulla fiducia interpersonale (Barnes, 1999); in un certo senso l'autorità professionale del medico e del personale sanitario si legittima (solamente?) nella misura in cui trasferisce conoscenza e impiega tecnologia.

D'altro canto, il crescente potenziale diagnostico delle tecnologie mediche si sta affermando senza che ad esso corrisponda un analogo aumento della capacità di prognosi dei medici; il sapere medico sta generando un'ampia mole di conoscenze sui nuovi rischi, senza un complementare potere di prognosi e di terapia (Webster, 2001). In questo senso, la velocità di cambiamento senza precedenti nelle pratiche mediche ha prodotto anche una nuova incertezza e quindi un'ansietà sempre più diffusa nella popolazione.

Segnalando questi aspetti problematici ed elementi di criticità, non si è voluto in nessun modo mettere in discussione l'importanza o l'impatto delle innovazioni tecnologiche e dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce. Si è teso piuttosto a evidenziare alcuni presupposti taciti e talune conseguenze inattese, che meritano di essere considerati e affrontati con misure specifiche, laddove possibile.

Un primo punto di attenzione riguarda la presa d'atto del fatto che le conoscenze e i punti di vista delle persone profane sono diversi rispetto a quelli degli esperti, ma sono comunque preziosi e vanno tenuti in debito conto; le conoscenze e le preoccupazioni dei profani devono essere comprese (anche nel senso di inclusione) da chi deve progettare gli interventi, non solo per assicurarsi una legittimazione politica (Webster, 2001), ma per cercare di ridurre al minimo gli scarti fra bisogni e risposte, fra obiettivi e risultati. Non è solo questione di efficacia comunicativa o di *marketing* socio-sanitario; non si tratta certo di assecondare pregiudizi o stereotipi che ancora sopravvivono, ma nemmeno - banalmente e semplicemente - di eliminarli facendo affidamento su conoscenza scientifica e neutralità affettiva. Il problema non è meramente culturale, ma anche sostanzialmente politico; riguarda la natura della fiducia su cui basare il rapporto fra cittadini e professionisti. I fattori su cui intervenire sono allora molteplici: non solo informazione e conoscenza, ma rispetto per la rivendicazione di autonomia, per i punti di vista, così come per le paure, le ansie che possono accompagnare scelte, che vanno incoraggiate e sostenute nel massimo della trasparenza, della comprensione e dell'inclusione.

# **Donne italiane e prevenzione**



## 3. Fattori psicosociali e adesione agli *screening*<sup>5</sup>

### 3.1. Fattori psicosociali e adesione agli *screening*

I dati epidemiologici hanno dimostrato come il tumore del collo dell'utero sia prevenibile intervenendo con grande efficacia sulle forme che lo precedono. Il tumore al collo dell'utero è un importante rischio per la salute delle donne ma può essere diagnosticato tempestivamente tramite il ricorso regolare al pap test, permettendo di intervenire con cure più efficaci.

Anche se l'esame è gratuito, innocuo, poco costoso e in generale ben accettato dalle donne, sembra che una parte di questa popolazione sia ancora restia ad aderirvi. La domanda che viene spontaneo porsi è "perché?", cosa frena le donne nel loro processo decisionale riguardo all'adesione allo *screening*? Visti gli innumerevoli vantaggi derivanti da questo esame, ci si aspetterebbe che questi da soli bastino a spingere la popolazione *target* ad eseguire il pap test. Eppure non è sempre così: intervengono infatti alcune variabili psicologiche che spostano l'ago della bilancia a favore della non aderenza, facendo apparire questo processo decisionale come un processo non razionale.

Nel tentativo di rispondere a questi quesiti, Zani e Pietrantonio (2000) hanno sviluppato e testato un modello teorico in grado di verificare il ruolo che possono avere alcuni fattori di natura psicologica e sociale nell'influenzare la scelta delle donne di accettare o meno l'invito a sottoporsi a *screening* oncologico. Secondo questo modello, l'intenzione ad eseguire il pap test è influenzata da variabili socio-cognitive, quali i benefici derivanti dallo striscio, i costi emotivi, l'influenza sociale, la percezione di vulnerabilità e la percezione comparativa del rischio, che sono a loro volta influenzate sia da variabili socio-anagrafiche (età, stato relazionale, titolo di studio), sia da variabili esperenziali (sintomatologia passata, conoscenze sul pap test, conoscenza personale di donne con tumore).

Come si nota, gli aspetti dello *screening* che possono generare resistenza nelle donne sono molteplici e vanno dall'ansia di effettuare un test, che può mettere in gioco aspetti importanti della propria vita, alla possibilità di essere richiamati per ulteriori approfondimenti diagnostici.

Ad esempio, lo spostamento di prospettiva dalla cura alla prevenzione ha dei costi iniziali non irrilevanti per le fruitrici: si costringono le donne a farsi protagoniste della propria salute, talvolta anche della propria salvezza, ad assumersi tale responsabilità e ad affrontare un'attività di accertamento anche in assenza di sintomi. Tutto ciò ha implicazioni psicologiche molto importanti: si rischia di diventare improvvisamente

---

<sup>5</sup> A cura di Sara Capizzi e Barbara Calderone, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, e Francesca di Tommaso.

malate, e malate di un male brutto, innominabile, partendo da una situazione in cui spesso si sta apparentemente benissimo. Fare questo tipo di esame è come varcare la linea di confine tra l'essere sani e l'essere malati, e si può scoprire improvvisamente di avere un cancro, che nell'immaginario collettivo è una condanna a morte.

Inoltre, non tutte le donne sono convinte che la loro salute dipenda dal tipo di azioni che sono in grado di effettuare. A questo proposito, in letteratura vengono descritte due tipologie di persone: i soggetti interni, cioè persone che credono che gli eventi siano una conseguenza delle proprie azioni e si sentono personalmente responsabili di ciò che accade loro, e i soggetti esterni, che credono che le cause degli eventi riguardino fattori al di fuori del controllo personale, che siano determinate dal caso o da altre persone (Rotter, 1966). Le ricerche empiriche che hanno applicato questo concetto di controllo alla spiegazione dei comportamenti di salute partono dal presupposto che chi possiede una percezione di controllo interno si sforzi di controllare il proprio ambiente, si assuma la responsabilità delle proprie azioni e della propria salute, ricerchi ed elabori più informazioni e adotti più frequentemente attività di promozione della salute, come ad esempio lo *screening*.

Un importante costrutto legato alla percezione di controllo è il concetto di autoefficacia, cioè la convinzione soggettiva di avere le capacità necessarie a gestire adeguatamente le situazioni che si incontrano, in modo da raggiungere i risultati prefissati. Questa convinzione della propria capacità di mettere in atto un determinato comportamento non dipende solo da una valutazione personale delle proprie abilità, ma è largamente influenzata dal giudizio delle persone che ci circondano e che riteniamo importanti. Si è infatti più propensi a mettere in atto azioni quando si riscontra l'approvazione e l'incoraggiamento da parte di persone significative come i familiari o, nel caso dello *screening*, il medico di fiducia.

Un'altra variabile psicologica che gioca un ruolo importante in questo processo decisionale è la percezione soggettiva di vulnerabilità alla malattia, cioè la convinzione di essere personalmente vulnerabili nei confronti di una determinata minaccia alla salute. La vulnerabilità costituisce il presupposto per l'adozione di comportamenti preventivi: più è alta, più i soggetti si sentiranno motivati ad adottare comportamenti protettivi. Nel caso in oggetto, quindi, le donne con una maggiore consapevolezza che il tumore al collo dell'utero può colpire anche loro e con la stessa probabilità delle coetanee sono più propense a partecipare al programma di *screening* oncologico rispetto a quelle che non si sentono minacciate da tale eventualità.

Oltre alla preoccupazione per l'esito dell'esame e per la vulnerabilità alla malattia, le donne sono spesso influenzate nel loro processo decisionale nei confronti dello *screening* oncologico anche da alcuni costi emotivi legati più specificatamente all'esame diagnostico che devono affrontare quali imbarazzo, disagio, paura di provare dolore fisico e ansia. Ogni accertamento clinico comporta infatti un costo emotivo per chi vi si sottopone; affinché le persone adottino comportamenti preventivi, questi costi devono essere minimi.

### **3.2. Modelli psicologici e psicosociali sui comportamenti relativi alla salute**

L'area della psicologia che maggiormente si interessa ai comportamenti connessi alla salute, ossia quei comportamenti che consentono il mantenimento di uno stile di vita sano e contribuiscono a evitare malattie, è la psicologia della salute. In particolare, Matarazzo nel 1980 definisce tale disciplina come

*l'insieme degli specifici contributi educazionali, scientifici e professionali della disciplina psicologica alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione dei correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni connesse, e all'analisi e al miglioramento del sistema assistenziale e della formazione in politica sanitaria.*

La psicologia della salute mira quindi ad analizzare i processi psicologici e psicosociali connessi ai comportamenti che hanno implicazioni per la salute, in modo da comprendere le cause che spingono le persone a mettere in atto tali comportamenti e intervenire modificando quelli nocivi e rischiosi. All'interno di essa, i modelli teorici che permettono di inquadrare l'indagine svolta sono numerosi.

Il primo considerato è il modello delle credenze sulla salute, proposto inizialmente da Rosenstock e poi modificato da Becker e Maiman (1975); è stato sviluppato nel tentativo di comprendere il motivo per cui le persone non si sottoponevano ai test per la diagnosi precoce di malattie e per prevedere l'adesione alle raccomandazioni preventive. Secondo questo modello, la probabilità che una persona adotti comportamenti sani è il risultato di una valutazione congiunta del grado di minaccia associato a una malattia, e dei benefici e dei costi dell'azione preventiva. In particolare, la percezione della minaccia di malattia è influenzata dalla misura in cui il soggetto si sente personalmente vulnerabile (percezione di vulnerabilità) e dalle credenze circa la gravità delle conseguenze associate alla malattia (percezione di gravità). Data una certa minaccia alla salute, la probabilità di adottare un particolare comportamento preventivo dipenderà anche da quanto l'individuo ritiene che i benefici dell'azione (es. riduzione del rischio, senso di sicurezza) siano superiori ai costi (di tipo fisico, psicologico, finanziario) e alle barriere all'azione preventiva (Zani, Cicognani, 2000, p. 41).

Un altro modello considerato fa riferimento alla teoria del comportamento pianificato elaborata da Fishbein e Ajzen (1975), la cui premessa suppone che le decisioni riguardo ai comportamenti da adottare si fondino su una valutazione ragionata delle informazioni disponibili. Questa teoria introduce inoltre un interessante elemento di mediazione fra le credenze-atteggiamenti e il comportamento effettivo, ossia l'intenzione di mettere in atto il comportamento. Secondo tale teoria l'intenzione è la determinante del comportamento ed è funzione di tre fattori: atteggiamento nei confronti di un dato comportamento, percezione delle norme soggettive e controllo comportamentale ossia la convinzione di riuscita nell'esecuzione del comportamento stesso (Zani, Cicognani, 2000, pp. 48-49).

A quest'ultimo concetto è fortemente connesso quello di *self efficacy* che negli ultimi anni ha suscitato un notevole interesse ed è stato incluso nella maggior parte delle teorie sui comportamenti rilevanti per la salute. Secondo la teoria sociocognitiva di Bandura (1995),

l'autoefficacia rappresenta le convinzioni delle persone circa le proprie capacità di conseguire successi negli obiettivi di vita prefissati. Il senso di autoefficacia esercita importanti effetti sulla salute in almeno tre ambiti: nel fronteggiare gli eventi stressanti (*coping*), nel modificare comportamenti disfunzionali per la salute e nel tenere alta la motivazione al cambiamento. Da questo punto di vista, la percezione di autoefficacia rappresenta la credenza di poter modificare i comportamenti a rischio attraverso l'azione personale.

Nello studio della salute, anche la percezione di controllo costituisce uno dei processi più importanti. Essa produce effetti sulla salute sia a livello diretto, ad esempio nell'esperienza dello stress, sia a livello indiretto, influenzando i comportamenti di salute.

L'origine del costrutto di controllo è da ricondursi alla teoria dell'apprendimento sociale di Rotter (1966).

I modelli teorici presentati concordano sulla centralità assegnata ai fattori cognitivi (credenze, atteggiamenti) all'origine dei comportamenti di salute a scapito di fattori emozionali e psicosociali (Zani, Cicognani, 2000, p. 58). Sulla maggior parte di tali variabili esistono anche altri filoni teorici e di ricerca, che ne hanno esaminato il ruolo specifico nella salute considerandoli processi a se stanti o all'interno di modelli integrati, come il modello delle variabili di mediazione nella salute di Rutter, Quine e Chesham (1993). Esso mira a specificare le variabili di mediazione tra gli *input* sociali (reddito, istruzione, ...) e gli esiti in termini di salute (salute, malattia, ...). Queste variabili di mediazione sono di tipo socioemozionale e comprendono le esperienze che le persone hanno degli eventi di vita, la presenza di relazioni di sostegno che influenzano direttamente le reazioni emotive (es. generando ansia, depressione, scarsa autostima), e di tipo cognitivo che comprendono l'accesso alle informazioni, le conoscenze e le disposizioni cognitive (credenze, atteggiamenti e controllo personale) (Zani, Cicognani, 2000, p. 60).

A partire dai suddetti contributi della letteratura, Zani e Pietrantonio (2000) hanno costruito e verificato un modello (ripreso anche nell'indagine qui presentata) che integra le variabili sociocognitive incluse nella teoria del comportamento pianificato con altre che si sono dimostrate fondamentali per spiegare il comportamento di *screening*. È stata fatta una distinzione fra variabili antecedenti quelle socio-anagrafiche (età, livello di istruzione, stato relazionale) ed esperienziali (sintomatologia passata, conoscenze sul pap test, conoscenza personale di donne con tumore); variabili di mediazione socio-cognitivo (costi emotivi, benefici, influenza sociale, vulnerabilità percepita, percezione comparativa del rischio, controllo comportamentale); variabili dipendenti (intenzione ad eseguire o meno il pap test).

Accanto a queste variabili è stata analizzata anche la percezione del rischio rispetto al tumore al collo dell'utero (principale conseguenza negativa per la salute della donna) come fattore motivazionale che influenza l'adozione di comportamenti salutari o la cessazione di comportamenti nocivi. Da un punto di vista concettuale è stata mantenuta la distinzione con la percezione di vulnerabilità che fa riferimento alla credenza di essere personalmente vulnerabili nei confronti di determinate minacce alla salute e costituisce

il presupposto per l'adozione di comportamenti preventivi; infatti maggiore è la percezione di vulnerabilità, più i soggetti si sentiranno motivati ad adottare comportamenti preventivi (Zani, Pietrantoni, 2000).

Vari autori hanno spostato l'attenzione dal rischio assoluto alla percezione comparativa del rischio, ossia alla valutazione del rischio personale rispetto a quello altrui. Alla base di questa attenzione vi è il riconoscimento che l'informazione sulla vulnerabilità personale viene ricercata attraverso il confronto sociale, a volte contaminato da *bias*. Questi ultimi condurrebbero a una sottovalutazione del rischio per sé rispetto a quello altrui, al fine di rafforzare la propria autostima e migliorare il proprio benessere personale. Un esempio è costituito dal fenomeno dell'ottimismo irrealistico nella percezione del rischio. Generalmente in letteratura è visto come un tratto di personalità stabile riguardante le credenze delle persone rispetto al verificarsi di determinati eventi. Si riportano notevoli differenze interpersonali: gli individui ottimisti sarebbero maggiormente inclini ad aspettarsi dal futuro eventi positivi e in misura inferiore eventi negativi (Zani, Cicognani, 2000).

Dai risultati della ricerca di Zani e Pietrantoni (2000), la variabile che predice maggiormente l'intenzione è l'anticipazione dei costi emotivi. Sembra che nel caso del pap test l'anticipazione di un effetto positivo non influenzi la forza con cui la persona si impegna nell'azione; piuttosto è l'anticipazione di effetti negativi dal punto di vista emotivo ad essere la componente dell'atteggiamento maggiormente predittiva. La variabile menzionata dipenderebbe da una scarsa informazione riguardo l'esame; è infatti maggiore nelle donne meno istruite (Zani, Pietrantoni, 2000).

La seconda variabile psicologica con maggiore potere predittivo è risultata la percezione di vulnerabilità al tumore del collo dell'utero, che appare importante nel comprendere l'intenzione ad agire. Un'altra variabile predittiva è l'influenza sociale, che a sua volta è influenzata dall'esperienza sintomatologia passata: le donne che avevano avuto problemi ginecologici, tendenzialmente più anziane, hanno sviluppato una percezione più accentuata di vulnerabilità e ricevono dalle persone significative (specialmente medici) un maggiore incoraggiamento, dunque sono più motivate delle altre a sottoporsi al test (Zani, Pietrantoni, 2000).

Questi risultati hanno implicazioni importanti per lo sviluppo di campagne di prevenzione che dovrebbero essere focalizzate sulla gestione del carico emotivo associato all'attuazione del pap test agendo anche sulle fonti potenziali di influenza sociale.

### 3.3. Obiettivi e modello teorico della ricerca

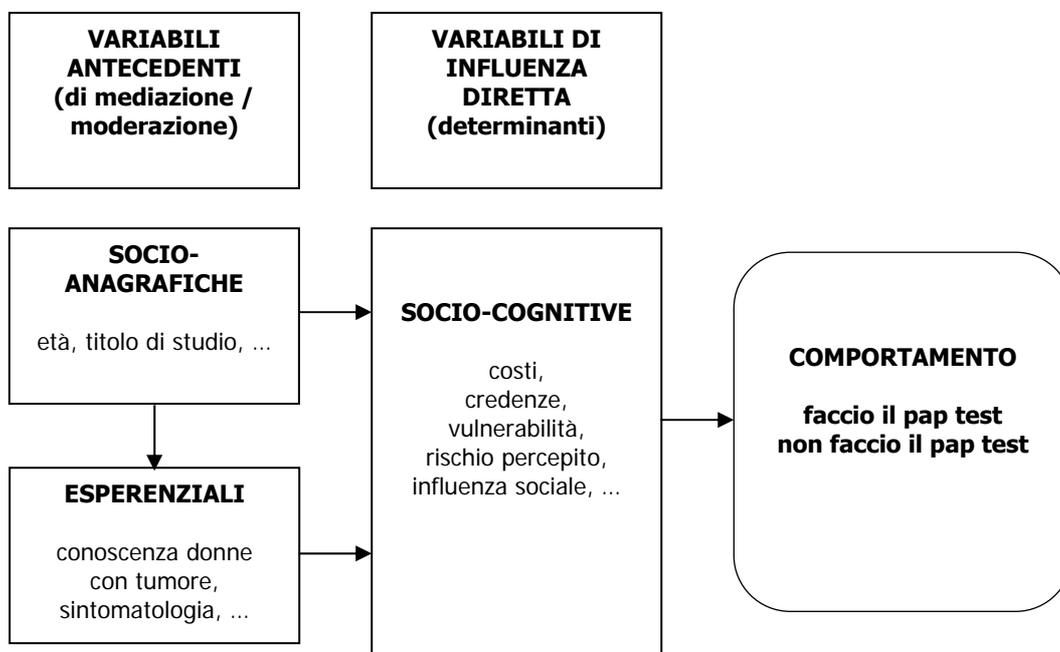
La ricerca si propone di analizzare l'accesso al programma di *screening* per il tumore al collo dell'utero realizzato dalle Aziende USL di Ferrara e di Cesena. L'obiettivo principale è individuare le caratteristiche socio-anagrafiche (età, titolo di studio, condizione lavorativa, ...) e psicologiche (credenze, paure, percezione del rischio, vulnerabilità percepita, ...) delle donne che decidono di sottoporsi al pap test e delle donne che decidono invece di non farlo. Si tratta in particolare di mettere in evidenza il ruolo che alcuni fattori di natura psicosociale possono avere nell'orientare la scelta delle donne ad accettare o no l'invito a sottoporsi a *screening* oncologico.

Secondariamente si vogliono indagare anche le differenze tra le donne che aderiscono al programma di *screening* utilizzando il servizio sanitario pubblico e quelle che invece si rivolgono al privato.

La ricerca si avvale di un modello integrato psicosociale sui comportamenti di salute, che - assumendo alcuni elementi della teoria del comportamento pianificato (Fishbein, Ajzen, 1975), alcuni fattori sociocognitivi del modello delle credenze sulla salute (Becker, 1974) ed elementi del modello delle variabili di mediazione della salute (Rutter *et al.*, 1993) - ipotizza un'influenza diretta di alcune variabili socio-cognitive sul comportamento di salute e un'influenza indiretta delle variabili socio-anagrafiche e legate all'esperienza.

A differenza della ricerca condotta da Zani e Pietrantonio (2000) che indagava l'intenzione a sottoporsi a tale esame, questa ricerca è finalizzata alla spiegazione e comprensione della risposta comportamentale ("faccio il pap test" / "non faccio il pap test").

**Figura 1.** Modello teorico



### 3.4. Metodologia dell'indagine

Tramite questionario strutturato (adattato da Zani, Pietrantoni, 2000) è stato intervistato un campione di 591 donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni (età media 45,6 anni), residenti nei territori delle Aziende USL di Ferrara (380) e Cesena (211).

Il questionario è stato somministrato con intervista *face to face* alle donne che si sottopongono al pap test presso i servizi pubblici (272 donne aderenti alla campagna, pari al 46% del campione); è stata effettuata un'intervista telefonica a coloro che fanno l'esame privatamente (212 donne, pari al 36%) o non lo fanno mai (107 donne non aderenti alla campagna, pari al 18% delle intervistate).

L'obiettivo iniziale era quello di realizzare interviste a un campione non rappresentativo di donne equamente divise per livello di aderenza alla campagna (aderenti e non aderenti), per distretti e per fasce di età.

Le donne aderenti alla campagna (cioè quelle che si erano presentate all'invito dell'Azienda USL), sono state contattate e intervistate direttamente presso i servizi sanitari (consultori, ambulatori, ...) il giorno dell'appuntamento.

Le altre sono state contattate telefonicamente dopo avere estratto in modo casuale il loro nominativo dagli elenchi delle persone a cui l'Azienda USL aveva inviato gli inviti e che non si erano invece presentate all'appuntamento. Inizialmente sono stati estratti 100 nominativi per ogni 32 interviste attese. Già dai primi contatti telefonici le intervistatrici hanno però riscontrato che molti nominativi classificati negli elenchi come non aderenti (perché di donne che non si erano presentate al controllo) corrispondevano in realtà a persone che avevano effettuato il pap test presso ambulatori/strutture privati o che non dovevano sottoporsi al controllo, perché ad esempio avevano subito un'isterectomia.

Per riuscire a intervistare un numero significativo di vere non aderenti è stato pertanto necessario estrarre e contattare un numero molto più elevato di persone<sup>6</sup> e si è deciso di ristrutturare il campione distinguendo le donne in 3 tipologie di risposta alla campagna di prevenzione:

- fa il pap test nel pubblico: coloro hanno accettato di sottoporsi al pap test presso i servizi dell'Azienda USL a seguito della campagna di *screening* (aderenti alla campagna);
- fa il pap test nel privato: coloro che non hanno effettuato il pap test presso i servizi dell'Azienda USL, ma in realtà vi si sottopongono privatamente (false non aderenti);
- non fa il pap test: coloro che non hanno accettato l'invito dell'Azienda USL e non effettuano il pap test (non aderenti alla campagna).<sup>7</sup>

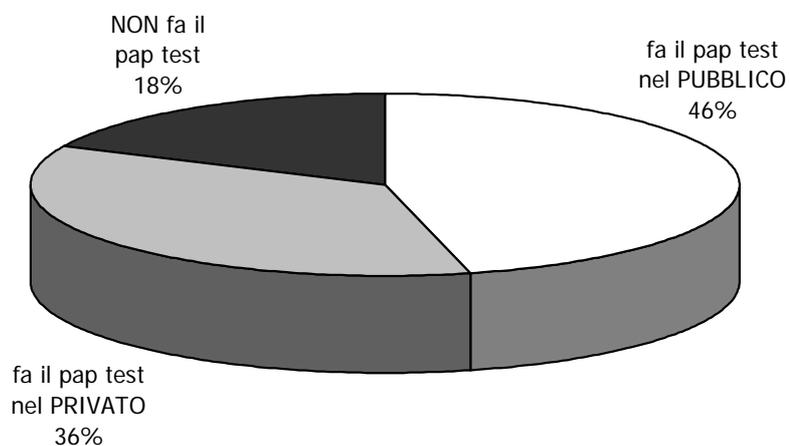
---

<sup>6</sup> A titolo esemplificativo, per intervistare le 46 donne non aderenti dell'Azienda USL di Cesena è stato necessario effettuare circa 400 telefonate.

<sup>7</sup> Sono state considerate non aderenti 26 donne che pur avendo dichiarato di aver effettuato il pap test, vi si sono sottoposte solo una volta nella vita molti anni prima.

Nella Figura 2 e nelle Tabelle 2 e 3 è riportata la composizione finale del campione per ogni Azienda USL, secondo le classi di età, i distretti di appartenenza e i livelli di aderenza.

**Figura 2.** Campione di donne intervistate (base 591)



**Tabella 2.** Campione totale

<b>Adesione</b>	<b>Età</b>	<b>Totale</b>
Fa il pap test nel PUBBLICO (aderenti)	25-29	30
	30-34	24
	35-39	42
	40-44	31
	45-49	24
	50-54	38
	55-60	38
	60-64	43
	<i>Totale</i>	272 *
Fa il pap test nel PRIVATO (false non aderenti)	25-29	25
	30-34	31
	35-39	24
	40-44	29
	45-49	30
	50-54	31
	55-60	21
	60-64	20
	<i>Totale</i>	212 **
NON fa il pap test (non aderenti)	25-29	12
	30-34	9
	35-39	12
	40-44	10
	45-49	10
	50-54	13
	55-60	12
	60-64	28
	<i>Totale</i>	107 ***
	<i>Totale</i>	591

*Legenda*\* 272 = 270 + 2 *missing*\*\* 212 = 211 + 1 *missing*\*\*\* 107 = 106 + 1 *missing*

**Tabella 3a.** Campione di Cesena

<b>Adesione</b>	<b>Età</b>	<b>Cesena - Valle Savio</b>	<b>Rubicone</b>	<b>Totale</b>
Fa il pap test nel PUBBLICO (aderenti)	25-29	6	6	12
	30-34	5	5	10
	35-39	8	9	17
	40-44	6	5	11
	45-49	5	7	12
	50-54	11	5	16
	55-60	5	5	10
	60-64	8	10	18
<i>Totale</i>		<i>54</i>	<i>52</i>	<i>106</i>
Fa il pap test nel PRIVATO (false non aderenti)	25-29	2	4	6
	30-34	5	4	9
	35-39	3	3	6
	40-44	4	4	8
	45-49	3	3	6
	50-54	5	3	8
	55-60	1	5	6
	60-64	5	5	10
<i>Totale</i>		<i>28</i>	<i>31</i>	<i>59</i>
NON fa il pap test (non aderenti)	25-29	3	3	6
	30-34	1	2	3
	35-39	4	3	7
	40-44	3	2	5
	45-49	0	3	3
	50-54	7	2	9
	55-60	1	1	2
	60-64	6	5	11
<i>Totale</i>		<i>25</i>	<i>21</i>	<i>46</i>
<i>Totale</i>		<i>107</i>	<i>104</i>	<i>211</i>

**Tabella 3b.** Campione di Ferrara

<b>Adesione</b>	<b>Età</b>	<b>Porto- maggiore</b>	<b>Codigoro</b>	<b>Ferrara</b>	<b>Cento</b>	<b>Copparo</b>	<b>Totale</b>
Fa il pap test nel PUBBLICO (aderenti)	25-29	4	4	3	4	3	18
	30-34	3	2	1	4	4	14
	35-39	3	6	5	7	4	25
	40-44	7	1	3	5	4	20
	45-49	3	1	3	3	2	12
	50-54	3	5	2	10	2	22
	55-60	3	4	8	7	6	28
	60-64	7	4	4	7	3	25
<i>Totale</i>		<i>33</i>	<i>27</i>	<i>29</i>	<i>47</i>	<i>28</i>	<i>166 *</i>
Fa il pap test nel PRIVATO (false non aderenti)	25-29	3	6	4	2	4	19
	30-34	4	3	7	3	5	22
	35-39	2	4	4	5	3	18
	40-44	5	5	5	4	2	21
	45-49	5	5	5	2	7	24
	50-54	4	5	4	5	5	23
	55-60	1	0	5	3	6	15
	60-64	0	1	4	1	4	10
<i>Totale</i>		<i>24</i>	<i>29</i>	<i>38</i>	<i>25</i>	<i>36</i>	<i>153 **</i>
NON fa il pap test (non aderenti)	25-29	1	3	1	1	0	6
	30-34	2	0	0	3	1	6
	35-39	1	1	1	0	2	5
	40-44	3	1	1	0	0	5
	45-49	3	2	1	0	1	7
	50-54	0	3	0	0	1	4
	55-60	3	2	1	3	1	10
	60-64	1	5	3	3	5	17
<i>Totale</i>		<i>14</i>	<i>17</i>	<i>8</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>61 ***</i>
<i>Totale</i>		<i>71</i>	<i>73</i>	<i>75</i>	<i>82</i>	<i>76 ****</i>	<i>380</i>

*Legenda*\* 166 = 164 + 2 *missing* su distretto\*\* 153 = 152 + 1 *missing* su distretto\*\*\* 61 = 60 + 1 *missing* su distretto\*\*\*\* 76 = 75 + 1 *missing* su età

### 3.5. Strumento utilizzato e dimensioni analizzate

Il questionario utilizzato raccoglie informazioni su:

- caratteristiche socio-anagrafiche: età, titolo di studio, condizione lavorativa, tipologia di convivenza
- variabili esperienziali: autovalutazione dello stato di salute e sintomatologia passata all'utero, conoscenze sul pap test e canali informativi, conoscenza di donne che hanno fatto pap-test e di donne con tumore all'utero
- variabili socio-cognitive: atteggiamenti nei confronti del pap test (scala Rutter, Quine e Chesam, 1993, su paure e credenze), influenza sociale, vulnerabilità percepita, percezione comparativa del rischio
- rapporto coi servizi: ostacoli all'uso, servizi utilizzati, frequenza di utilizzo

È suddiviso in sezioni che indagano differenti aree tematiche.

#### ***Stato di salute***

- Stato di salute e sintomatologia passata all'utero. Si chiede alla donna di valutare il proprio stato di salute nell'ultimo anno tramite una scala a 5 punti (da 1 = molto buona a 5 = molto cattiva) e di indicare se ha avuto interventi all'utero, specificando quali.
- Conoscenze sul pap test. Il grado di conoscenza viene valutato attraverso una domanda aperta, in cui si chiede alla donna di dire a cosa serve il pap test.
- Aderenza alla campagna di *screening*. Viene chiesto all'intervistata se ha mai effettuato un pap test. In caso affermativo si chiede quante volte è stato fatto e dove.<sup>8</sup>
- Conoscenza di donne che hanno fatto pap test. È stato chiesto all'intervistata se conosce personalmente donne che hanno effettuato il pap test.

---

<sup>8</sup> Nel caso in cui la donna abbia fatto almeno un pap test viene considerata come aderente o come falsa non aderente, a seconda che lo abbia effettuato presso un servizio pubblico o privato, a meno che non lo abbia effettuato una sola volta molti anni prima. Sono state classificate come non aderenti anche 26 donne che hanno dichiarato di aver effettuato il pap test una sola volta nella vita molti anni prima.

### ***Pap test***

- Atteggiamenti nei confronti del pap test. Attraverso una batteria di 16 *item* sono state valutate credenze e paure sul pap test. Ogni *item* corrisponde a un'affermazione sul pap test, rispetto alla quale si chiede all'intervistata di dichiarare il proprio livello di accordo utilizzando una scala a 5 punti, da 1 = per nulla d'accordo a 5 = moltissimo.
- Influenza sociale. Tramite una batteria di 8 *item* si è cercato di valutare l'influenza sociale che determinati gruppi di persone possono avere sulla scelta della donna di sottoporsi al controllo. Sono stati presi in considerazione familiari, amiche più care, esperti e medico di base. Ogni *item* viene valutato con una scala a 5 punti, da 1 = per niente a 5 = moltissimo.
- Controllo comportamentale. È stato chiesto alla donna di indicare quali ostacoli potrebbero impedirle di fare lo striscio.

### ***Tumore al collo dell'utero***

- Vulnerabilità percepita. Il livello di preoccupazione è stato valutato attraverso 2 *item*, uno che chiedeva all'intervistata di dire se secondo lei le donne sono preoccupate di ammalarsi specificando in quale età, l'altra in cui doveva essere dichiarato il proprio livello di preoccupazione attraverso una scala a 5 valori (da 1 = per nulla a 5 = moltissimo).
- Percezione comparativa del rischio. Questo tema è stato analizzato attraverso una domanda che chiedeva alla donna di valutare la probabilità di ammalarsi di tumore al collo dell'utero rispetto alle altre donne della medesima età, utilizzando una scala a 5 valori (da 1 = molto minori a 5 = molto superiori).
- Conoscenza personale di donne con tumore al collo dell'utero. È stato chiesto alla donna se conosce personalmente qualcuno che si è ammalato di tumore al collo dell'utero.

### ***Dati anagrafici***

- Età. Espressa inizialmente in anni e successivamente riclassificata in 8 fasce quinquennali e 4 decennali.
- Titolo di studio. Classificata in licenza elementare, media, corso professionale dopo terza media, media superiore, laurea. Riclassificata in titolo di studio medio-alto e medio-basso.
- Attività svolta. Classificata in lavoratrice, casalinga, pensionata, disoccupata. Riclassificata in lavoratrice e non lavoratrice.
- Tipologia di convivenza. Classificata in donna che vive sola, donna che vive in famiglia nucleare (con *partner* ed eventualmente figli), donna che vive in famiglia allargata o altre forme familiari (con genitori, con altri parenti, ...).

### 3.6. Principali risultati

#### ***Aderenza alla campagna e tutela della propria salute***

Il primo dato da evidenziare è che moltissime delle donne che dagli elenchi delle Aziende USL risultano non rispondenti alla campagna perché non si sono presentate all'appuntamento, sono in realtà persone che si sottopongono regolarmente al pap test e a controlli periodici presso ginecologi e ambulatori privati.

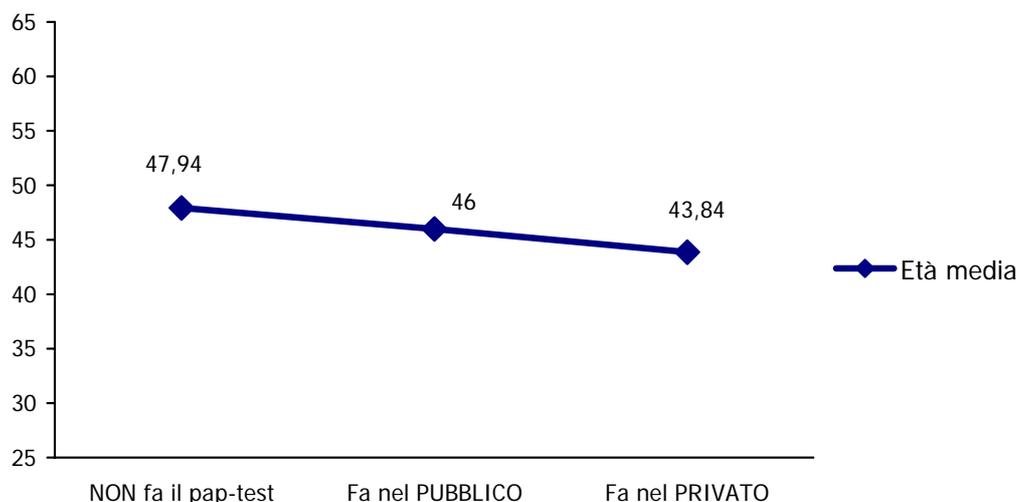
Il secondo elemento che emerge è che risulta estremamente difficile riuscire a contattare le vere non aderenti, ovvero le donne che non rispondono né alla campagna di *screening* né si sottopongono privatamente ai controlli. Come verrà evidenziato oltre, questo secondo gruppo sembra particolarmente isolato e restio alla comunicazione: difficoltà di trovarle al telefono (talvolta per mancanza del telefono stesso), appuntamenti telefonici non rispettati, rifiuti di sottoporsi all'intervista, interruzione del colloquio prima della fine sono state situazioni piuttosto frequenti, che hanno notevolmente allungato i tempi di ricerca e reso molto difficoltoso il raggiungimento di una numerosità campionaria minima.

Da un lato quindi, non rispondere alla campagna di *screening* non va interpretato a priori come rifiuto della prevenzione o trascuratezza della propria salute (anzi sembra rimandare a un atteggiamento opposto); dall'altro considerare il basso numero di vere non rispondenti contattate come rappresentativo del fatto che questo gruppo di donne sia effettivamente poco numeroso, potrebbe portare a una sottovalutazione della situazione: questo gruppo potrebbe infatti rappresentare la punta di un iceberg di donne particolarmente fragili e isolate, non solo in termini di salute.

#### ***Caratteristiche socio-anagrafiche***

L'età media delle donne intervistate è di 45,6 anni e chi non fa il pap test ha un'età media significativamente superiore a chi lo fa (47,9 anni contro 45 anni) [F (2,587) 4,74 p<0,01].

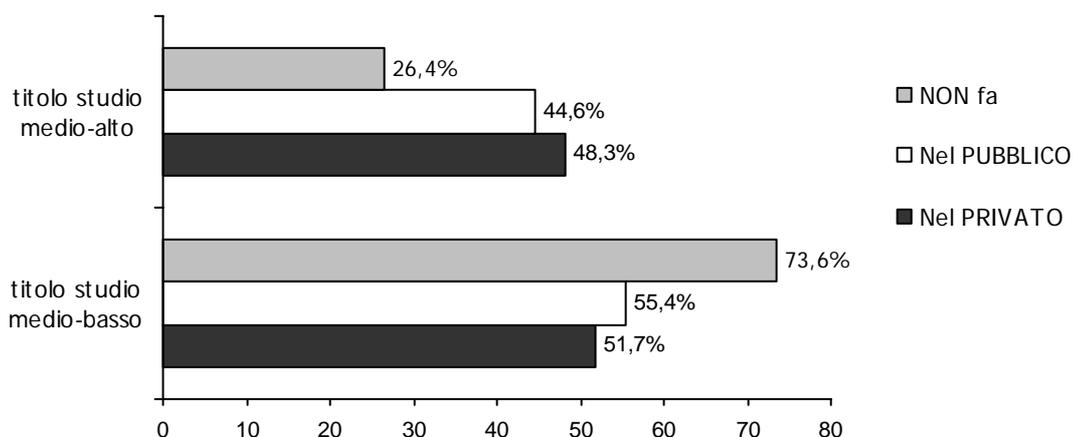
**Figura 3.** Età delle intervistate (base 590)



Relativamente al livello di istruzione, il campione appare piuttosto equamente diviso tra chi possiede un titolo medio-basso (licenza elementare, media e corso professionale), pari al 57,3%, e chi ha invece ottenuto un titolo medio-alto (diploma superiore e laurea), pari al 42,7%.

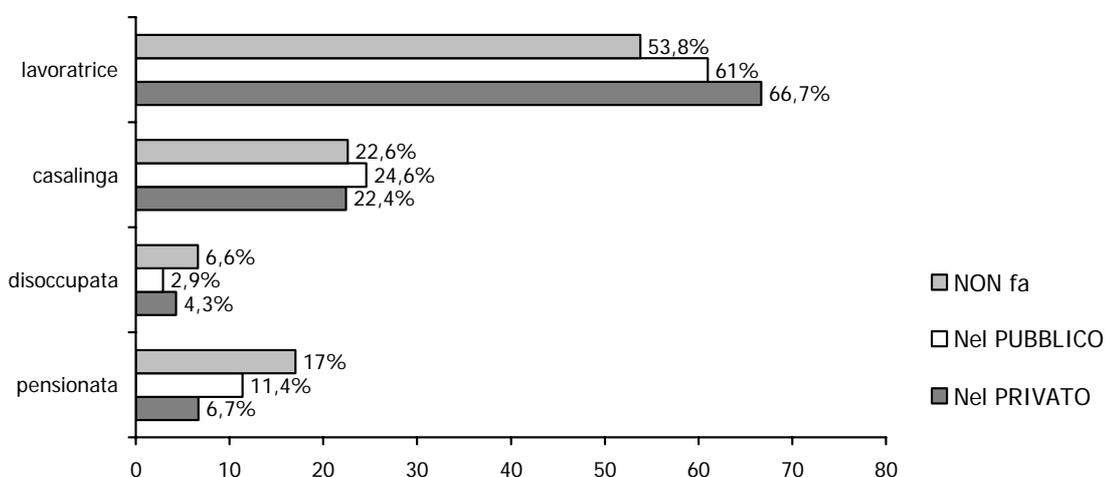
Emergono anche in questo caso interessanti differenze tra i gruppi di intervistate, in particolare le donne che non fanno il pap test hanno titoli di studio medio-bassi in percentuali significativamente maggiori rispetto alle donne che fanno il pap test [Chi-quadro 14,65 (2),  $p < 0,001$ ].

**Figura 4.** Titolo di studio (base 588)



Rispetto alla condizione lavorativa, nella maggior parte dei casi le intervistate lavorano (61,7%) e in un quarto delle situazioni sono casalinghe (23,5%). Poche sono le disoccupate e le pensionate (rispettivamente 4,1% e 10%). Le donne che non fanno il pap test sono pensionate e disoccupate in percentuale leggermente maggiore rispetto a chi fa l'esame.

**Figura 5.** Condizione lavorativa (base 588)



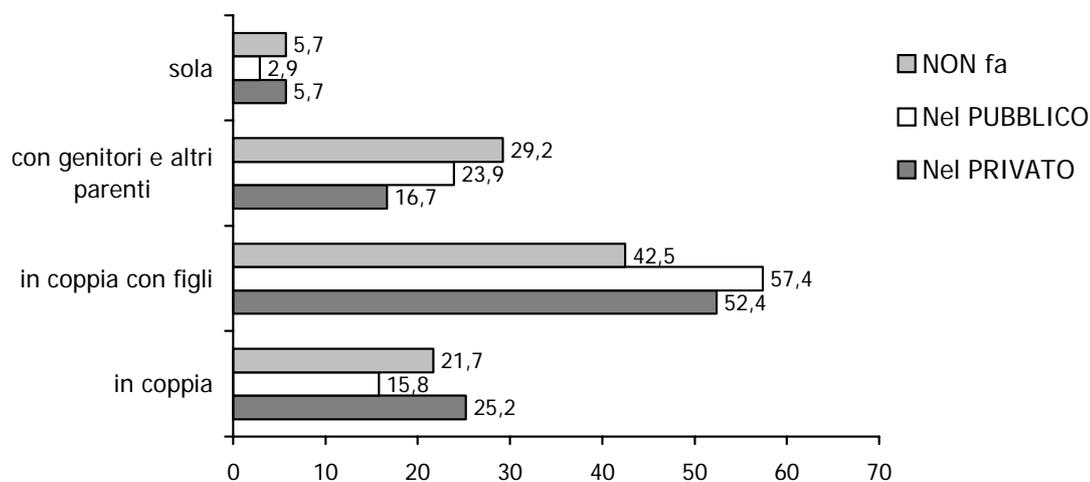
La maggior parte delle intervistate vive con altre persone: in coppia (20%), in coppia con figli (52,9%), con genitori e altri parenti, compresi i figli (22,3%). Pochissime sono le donne sole (4,4%).

Come tuttavia mostra la Figura 6, le coppie senza figli sono una condizione più frequente tra le donne che non fanno il pap test o che lo fanno privatamente, le famiglie con figli tra le donne che si rivolgono ai servizi pubblici, altre forme di convivenza (ad esempio con i genitori e/o figli) molto più diffuse tra le donne che non fanno il pap test.

La condizione di convivenza è significativamente collegata all'età della donna [Chi-quadro 97,29 (12),  $p < 0,001$ ]; come mostra la Tabella 4, quasi la metà delle più giovani vivono ancora con la famiglia di origine, le donne adulte (35-54) soprattutto con *partner* e figli, le più anziane solo con il marito o con marito e figli.

Anche se le differenze non sono statisticamente significative, sembra che le donne con marito e marito e figli, ovvero con un *partner* stabile, si sottopongano al pap test più delle altre (rispettivamente 80-85% vs 76%) (Tabella 5). Con le dovute cautele, questo dato potrebbe rimandare a un possibile legame tra comportamenti sessuali (numero di *partner*) e abitudine alla prevenzione: in particolare sembrerebbe che le donne teoricamente meno a rischio (quelle con *partner* stabile) siano le più controllate (Button, Rutherford, 2005).

**Figura 6.** Convivenza (base 588)



**Tabella 4.** Convivenza per classe di età (base 587)

Fascia di età	In coppia	In coppia con figli	Con genitori e altri parenti	Sola	Totale di riga
Da 25 a 34	17,6	32,1	47,3	3,1	100
Da 35 a 44	12,1	63,1	19,5	5,4	100
Da 45 a 54	15,6	68,0	12,2	3,4	100
55 e oltre	34,4	46,9	13,8	5,0	100
<i>Campione totale</i>	<i>20,3</i>	<i>53,0</i>	<i>22,3</i>	<i>4,3</i>	<i>100</i>

**Tabella 5.** Aderenza per convivenza (base 588)

Aderenza	In coppia	In coppia con figli	Con genitori e altri parenti	Sola	Campione totale
Fa il pap test	80,7	85,5	76,3	76,9	82,0
Non fa il pap test	19,3	14,5	23,7	23,1	18,0
<i>Totale di colonna</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

### ***Variabili esperienziali***

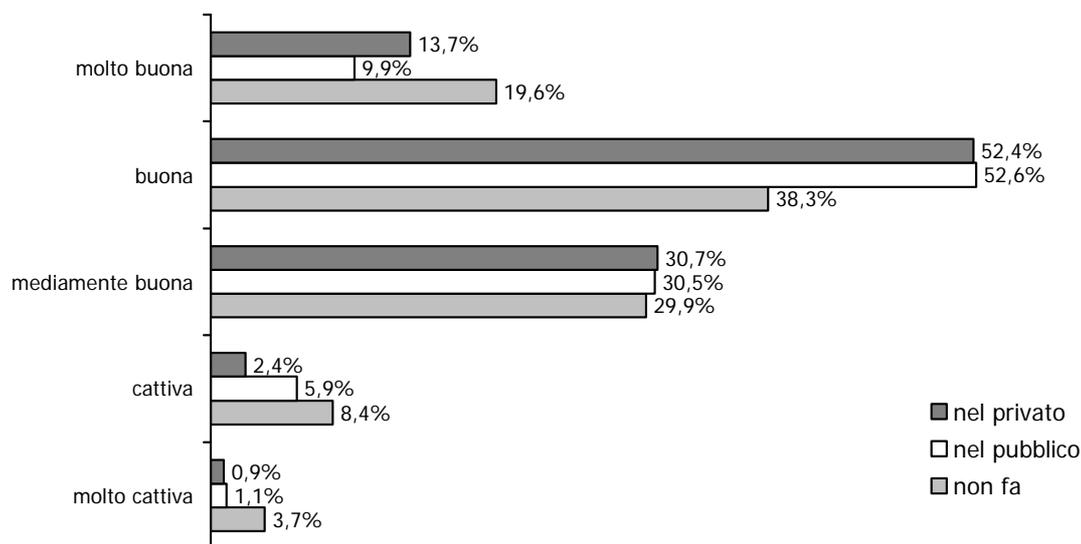
Varie domande del questionario erano dedicate ad approfondire lo stato di salute e le conoscenze delle donne sul pap test.

Relativamente all'autopercezione dello stato di salute, la maggior parte delle intervistate dichiara di essere in una condizione buona o molto buona (62,9%), un terzo circa mediamente buona (30,5%) e solo il 6,6% cattiva o molto cattiva.

Può essere interessante notare come le donne che non fanno il pap test dichiarano uno stato di salute molto buono in percentuali maggiori di coloro che lo fanno: sembrano quindi mostrare un livello di ottimismo superiore alle altre [Chi-quadro 19,19 (8),  $p < 0,05$ ].

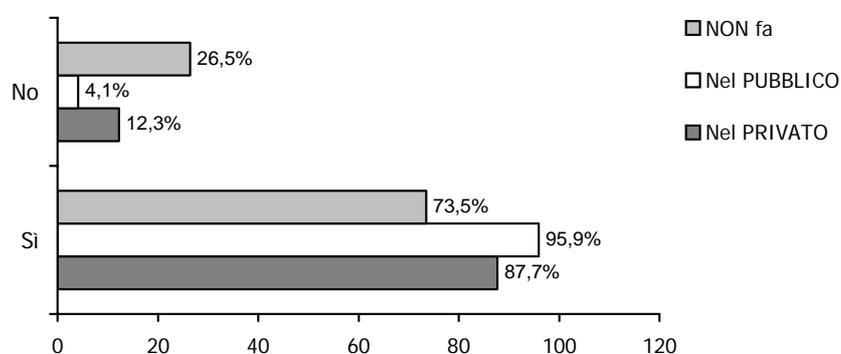
Il buono stato di salute percepito sembra essere confermato anche dal fatto che oltre l'86% non ha mai avuto alcun intervento all'utero. Tra coloro che invece hanno subito interventi (82 donne), emergono raschiamenti (18), parti cesarei (10), polipi (9), cisti (8) e fibromi (4).

**Figura 7.** Come descrive il suo stato di salute nell'ultimo anno? (base 591)

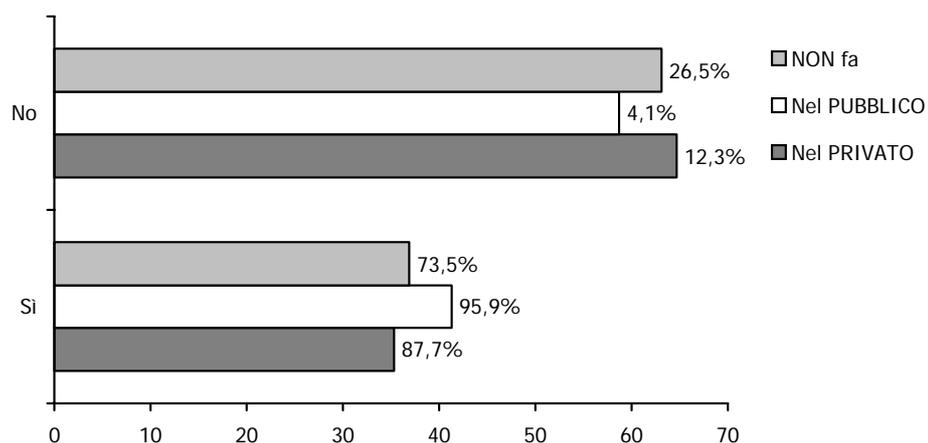


Sottoporsi al pap test sembra innescare dei meccanismi di conoscenza reciproca tra donne, che potrebbero sia rinforzare il comportamento preventivo e i messaggi di efficacia clinica, sia essere protettive rispetto a paure e timori verso la malattia. Le donne che non fanno il pap test infatti conoscono altre donne che fanno in pap test in percentuali significativamente inferiori rispetto a chi lo fa [Chi-quadro 38,3 (2),  $p < 0,001$ ]. Quando si chiede alle interviste se hanno mai conosciuto personalmente donne con tumore al collo dell'utero, il 37% risponde di sì. In questo caso non emergono differenze statisticamente significative tra gruppi, ma va comunque sottolineato che chi fa il pap test dichiara di aver conosciuto personalmente donne che hanno avuto il tumore in percentuali leggermente più elevate di chi non lo fa.

**Figura 8.** Conoscenza personale di altre donne che fanno il pap test (base 582)



**Figura 9.** Conoscenza personale di altre donne che hanno avuto un tumore al collo dell'utero (base 574)



Relativamente ai canali informativi<sup>9</sup> utilizzati per reperire notizie sul pap test, i mezzi di comunicazione di massa come giornali e TV/radio appaiono i più efficaci (60% e 53%), mentre risultano assai meno incisive le modalità informali di passaparola tra amiche e familiari (22% e 9%) o le informazioni fornite dal sistema sanitario attraverso i medici di medicina generale e gli altri operatori (18% e 12%). Alquanto diffuso appare invece l'uso di altro materiale divulgativo e di opuscoli informativi (37%).

Rispetto alla divulgazione della conoscenza (primo *step* della prevenzione), domina pertanto la comunicazione massmediatica, indiretta, globale, impersonale, piuttosto che quella diretta, individuale e personalizzata dei rapporti *face to face*.

Emergono tuttavia interessanti differenze tra gruppi: la comunicazione scritta (tramite giornali/settimanali e materiale divulgativo, come opuscoli e volantini) sembra particolarmente incisiva per le donne che fanno il pap test privatamente o nei servizi pubblici. Le donne che non fanno il pap test sembrano invece maggiormente sensibili alla comunicazione orale di massa e sono infatti informate maggiormente sul tumore al collo dell'utero tramite la TV e la radio.

Relativamente alle altre modalità, più personalizzate e legate alla sensibilizzazione individuale, le donne che si rivolgono ai servizi pubblici risultano le più sensibili ai consigli sia del personale sanitario (MMG e altri) sia di familiari e amici.

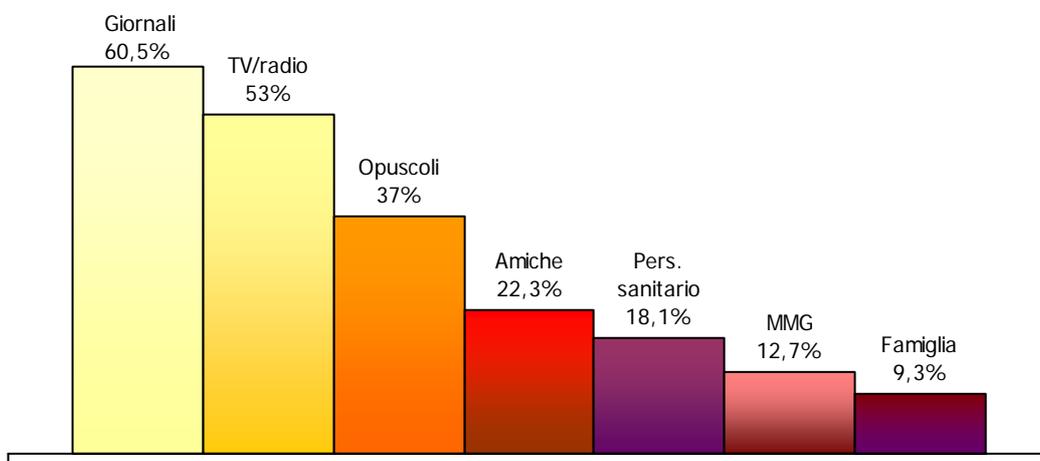
In sintesi è quasi possibile delineare tre diverse tipologie di sensibilità:

- le donne che si rivolgono ai servizi pubblici appaiono sia in grado di decifrare la comunicazione di massa scritta più tecnica e complessa di giornali/settimanali e opuscoli, sia sensibili alla comunicazione *face to face*, diretta e personalizzata, di sanitari, amiche e familiari;
- le donne che non fanno il pap test al contrario appaiono le meno informate sul tema e piuttosto ricettive alla comunicazione massmediatica più semplice, quella orale di trasmissioni, campagne o *spot* televisivi e radiofonici; sono molto meno sensibili ai messaggi scritti di opuscoli così come ai consigli diretti di sanitari e di altre persone;
- le donne che utilizzano invece i servizi privati sembrano le più sensibili ai messaggi scritti di riviste e opuscoli (loro principale fonte informative), ma assai poco ricettive (al pari di chi non fa il pap test) rispetto alla comunicazione diretta di sanitari e amiche/familiari.

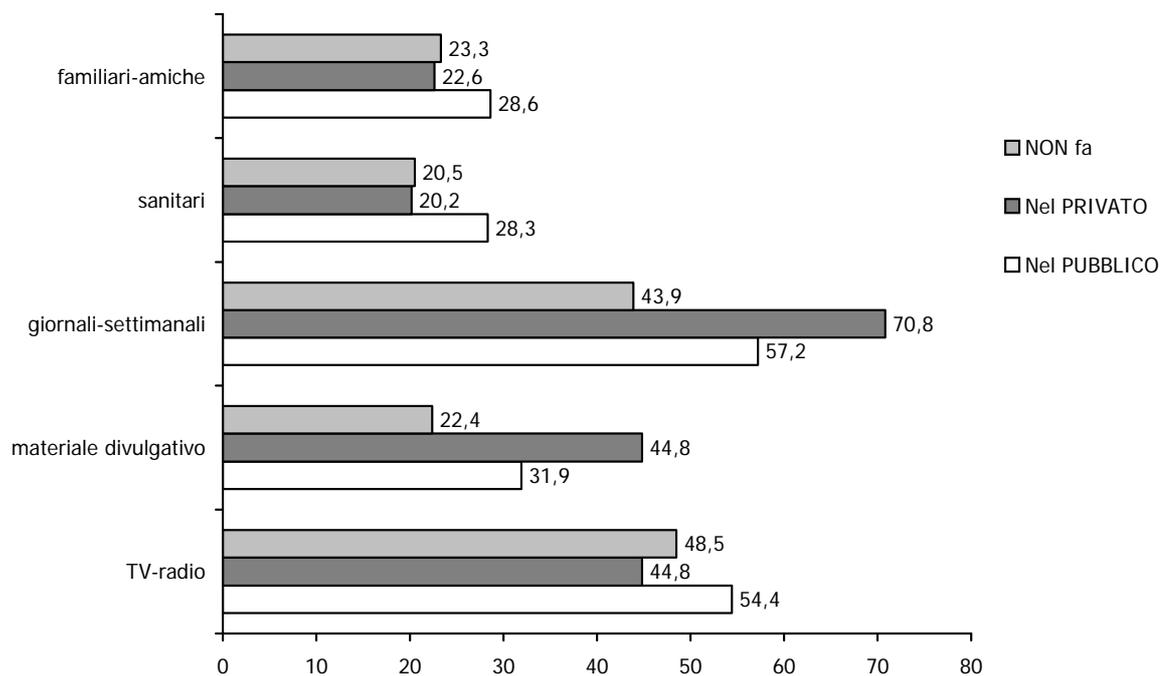
---

<sup>9</sup> La domanda sui canali informativi prevedeva la possibilità di risposta multipla.

**Figura 10.** Dove ha letto, sentito o visto notizie sul tumore al collo dell'utero?  
(base 564)



**Figura 11.** Canali informativi per tipologia (valori % sul totale di categoria)  
(base: fanno pap test nel pubblico 272; fanno pap test nel privato 212; non fanno pap test 107)

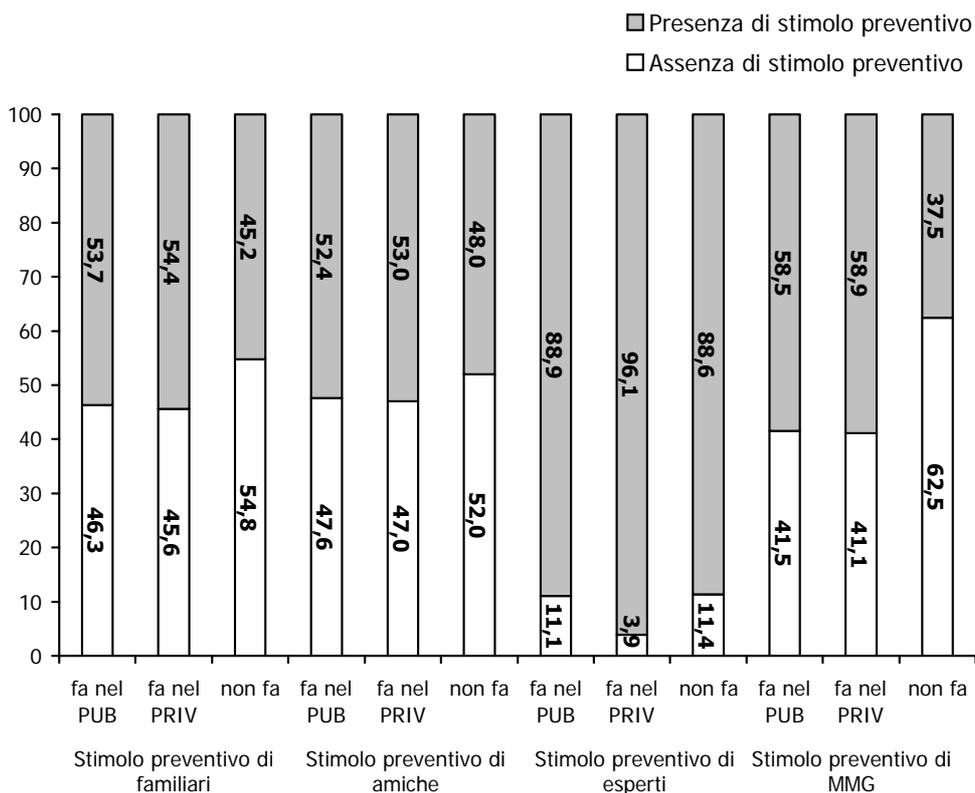


Una serie di otto domande era dedicata a capire quali sono le figure principali che possono influenzare le decisioni delle donne a sottoporsi al pap test (tra familiari, amiche care, esperti in TV e sui giornali e medici di medicina generale); in particolare si è cercato di capire quanto le intervistate siano esposte a stimoli preventivi (ovvero chi suggerisce loro di attuare comportamenti preventivi) e quanto le donne decidano in base a questi consigli o in modo autonomo (ovvero quali sono le figure più influenti).

Rispetto alla presenza di stimoli preventivi,<sup>10</sup> gli esperti in TV e sui giornali sono i soggetti che più di tutti suggeriscono alle donne di sottoporsi al pap test, mentre il medico di medicina generale, i familiari e le amiche mostrano una tendenza a consigliare comportamenti preventivi molto meno marcata e simile tra loro (Figura 12).

Le donne che non fanno il pap test sono il gruppo meno esposto a tutti gli stimoli, mentre non sembrano emergere particolari differenze tra chi lo fa nel privato o nei servizi pubblici.

**Figura 12.** Presenza o assenza di stimolo preventivo per tipologia di soggetti che suggeriscono di fare il pap test (valori %) (base: familiari 580; amiche 575; esperti in TV 581; MMG 583)

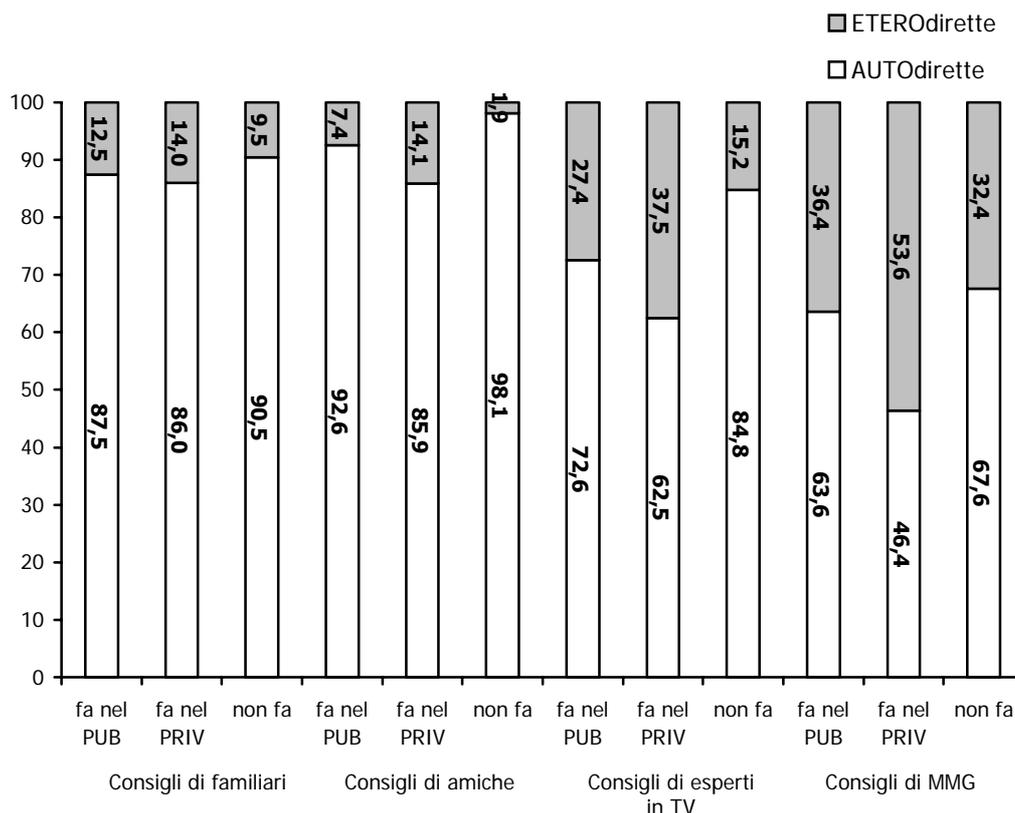


<sup>10</sup> Lo stimolo preventivo è stato considerato presente quando le donne hanno dichiarato che familiari, amiche, esperti, MMG dicono di fare il pap test moltissimo, molto o abbastanza; assente quando al contrario hanno risposto che familiari, amiche, esperti, MMG dicono di fare il pap test poco o per nulla.

In termini di auto o etero-direzione, ovvero di tendenza a decidere autonomamente (autodirezione<sup>11</sup>) o in base soprattutto a consigli/suggerimenti altrui (eterodirezione<sup>12</sup>), i dati mostrano che la donne che non fanno il pap test dichiarano di essere maggiormente autodirette rispetto alle altre, relativamente a tutte e quattro le figure di possibile influenza (familiari, amiche, esperti e MMG). Le differenze diventano estremamente significative tra i gruppi quando sono esperti in TV o medici a consigliare di sottoporsi al controllo.

In altre parole, le intervistate dichiarano di decidere in modo autonomo sostanzialmente rispetto ai consigli di familiari e amiche, mentre i livelli di autonomia decisionale si riducono sensibilmente nel caso in cui siano esperti e medici a suggerire controlli di salute, soprattutto per le donne che fanno il pap test, in particolare per quelle che fanno privatamente.

**Figura 14.** Auto ed eterodirezione per tipologia di soggetti che suggeriscono di fare il pap test (valori %) (base: familiari 584; amiche 581; esperti in TV 583; MMG 583)



<sup>11</sup> Sono state classificate come autodirette le donne che hanno dichiarato di seguire per nulla, poco o abbastanza i consigli di familiari/amiche/esperti/MMG.

<sup>12</sup> Sono state classificate come eterodirette le donne che hanno dichiarato di seguire molto o moltissimo i consigli di familiari/amiche/esperti/MMG.

Leggendo congiuntamente i dati relativi alla presenza di stimoli preventivi e alla tendenza a seguire i consigli altrui:

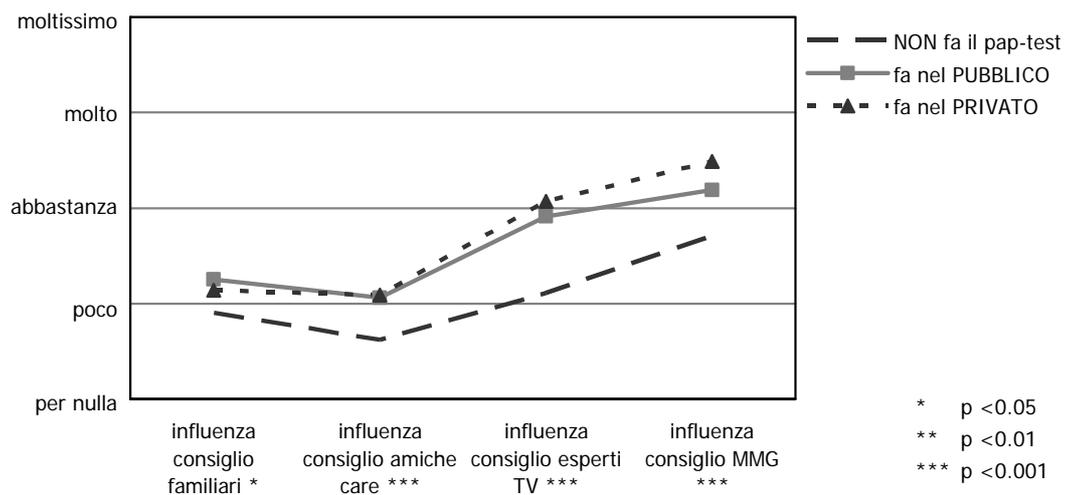
- gli esperti sono i soggetti che molto più dei medici di medicina generale e di familiari-amiche suggeriscono alle donne di sottoporsi ai controlli e al contempo appaiono anche un gruppo forte in termini di influenza;
- i MMG, sebbene appaiono meno attivi nel fornire stimoli preventivi, emergono come le figure più capaci di influenzare il comportamento delle donne;
- familiari e amiche sembrano soggetti molto più deboli sia in termini di suggerimenti forniti che di influenza.

Complessivamente quindi i dati sull'influenza sociale<sup>13</sup> indicano che le donne sono sensibili in modo diverso a seconda dei soggetti che forniscono loro il consiglio di sottoporsi al pap test: esperti in TV e medico di base appaiono le categorie che più incoraggiano e i cui suggerimenti sono maggiormente seguiti (medie pari rispettivamente a 3,68 e 2,64), mentre familiari e amiche care sembrano soggetti più deboli in termini di influenza sociale (medie rispettivamente pari a 2,54 e 2,42).

Le donne che non fanno il pap test sono significativamente meno sensibili - rispetto a chi lo fa - all'influenza di tutte le figure (familiari, amiche, esperti e medico di base). Al polo opposto di questo gradiente di influenza si collocano le donne che fanno il pap test nel privato, che avvertono più forte il peso dei consigli, anche rispetto alle donne che lo fanno nel pubblico.

Si ribadisce l'importanza dei *mass media* quale veicolo non solo di informazione ma anche di influenza nelle scelte, a differenza di familiari e amiche che in questo senso appaiono soggetti deboli.

**Figura 15.** Influenza sociale sul pap test (base: influenza consiglio di familiari 584, di amiche care 581, di esperti 583, del MMG 583)



<sup>13</sup> Il valore della variabile influenza sociale è il punteggio medio delle risposte alle domande "Generalmente seguo i consigli di familiari/amiche/esperti/MMG".

Come risulta dai dati fin qui illustrati, l'informazione è qualcosa di connesso ma di diverso dall'influenza sociale e dal comportamento preventivo: si può essere informate ed esposte a consigli di prevenzione, ma non seguire i consigli degli stessi soggetti che forniscono l'informazione e decidere comunque di non sottoporsi al pap test; così come si può decidere autonomamente e non in base ai suggerimenti altrui di sottoporsi a controlli periodici.

Ad esempio, come schematizzato in Tabella 6, le donne che fanno il pap test nel pubblico mostrano livelli di informazione piuttosto elevati e differenziati (sia canali scritti che *face to face*) e di influenza sociale che le rende contemporaneamente disponibili a seguire in pratica i consigli di esperti e MMG. Amiche e familiari appaiono pertanto in grado di veicolare messaggi informativi, ma non di incidere in modo significativo sulla decisione di sottoporsi al controllo, mentre il personale sanitario sì. Al contrario, le donne che non fanno il pap test utilizzano come canali informativi principali quelli della comunicazione di massa più semplice e orale, mostrano livelli complessivi di influenza sociale piuttosto bassi e sono quelle che hanno una tendenza sensibilmente minore di tutte le altre a seguire i consigli altrui. Le figure che dichiarano comunque di ascoltare di più sono il MMG, che però appaiono deboli come veicolo di informazione. Gli esperti in TV sembrano pertanto il principale canale informativo, ma non il più incisivo in termini di decisione. Amiche in primo luogo e familiari sono praticamente incapaci sia di veicolare messaggi di pura informazione che di orientare il comportamento di queste donne.

Le donne che fanno il pap test privatamente risultano quelle che privilegiano più delle altre i messaggi scritti di opuscoli e riviste come fonte informativa, ma essendo il gruppo più eterodiretto di tutti e il più soggetto all'influenza di altri soggetti, dichiarano di seguire in pratica soprattutto i suggerimenti del MMG e degli esperti. Amiche e familiari, sebbene deboli in termini di informazione, appaiono però forse più che negli altri casi in grado di attuare anche una certa influenza diretta sul comportamento.

**Tabella 6.** Informazione e influenza sociale

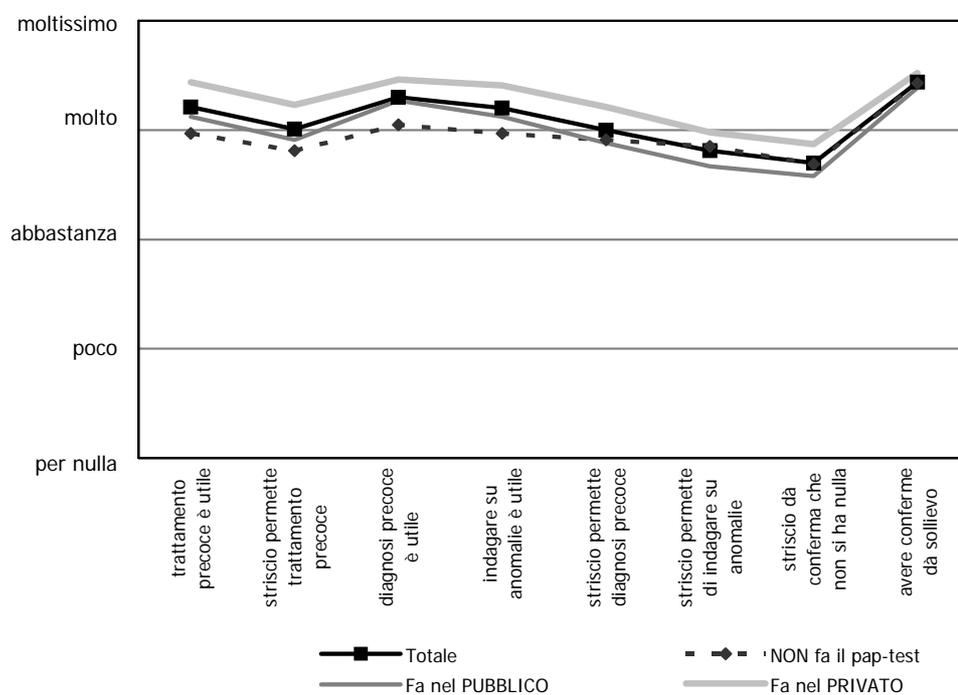
<b>Comportamento</b>	<b>Tipologia e canali di informazione</b>	<b>Influenza sociale</b>	<b>Ruolo dei servizi sanitari e domande aperte</b>
Faccio il pap test nel servizio pubblico	<i>Informazione plurale mediata</i> Donne informate da una pluralità di fonti, in grado di decifrare autonomamente le diverse tipologie di contenuti, anche i più tecnici, ma di accogliere anche informazioni e mediazioni provenienti da esperti e persone vicine	<i>Disponibilità all'influenza sociale ed eterodirezione</i> Donne che, pur decidendo in maniera autonoma rispetto ai consigli altrui, si mostrano piuttosto disponibili a seguire suggerimenti in primo luogo del MMG e poi degli esperti in TV Sensibilità principalmente ai consigli del MMG e degli esperti in TV; bassa quella dei familiari e amiche Mostrano livelli medio-alti di influenza sociale	<i>Apertura e scambio comunicativo, mediazione del face to face sul comportamento, fiducia nei medici</i>  In questo caso i servizi sanitari pubblici possono giocarsi una reale opportunità di confronto interpersonale, di supporto, di ribilanciamento informativo, rispetto ai messaggi dei <i>mass media</i>
Faccio il pap test privatamente	<i>Autonomia informativa</i> Donne informate tramite modalità indirette soprattutto tramite messaggi scritti, di riviste e opuscoli, in grado pertanto di selezionare e decifrare anche messaggi tecnici, ma poco inclini, nella loro autonomia informativa, a mediare le informazioni così ricevute con altre provenienti da personale sanitario e da amiche e familiari	<i>Marcata influenza sociale e spiccata eterodirezione</i> Donne che decidono in maniera molto marcata in base ai consigli del MMG e degli esperti Sensibilità principalmente ai consigli del MMG e degli esperti in TV; più bassa, ma non trascurabile, quella di familiari e amiche Mostrano livelli medio alti di influenza sociale	<i>Selezione autonoma dell'informazione, informazione mediata dal linguaggio scritto e tecnico, sul comportamento incidono sia il passaparola e il confronto tra pari, che la fiducia nei medici</i>  Rispetto a queste donne, le si può considerare o abbastanza autonome, colte e responsabili da non avere più un bisogno da parte dei servizi sanitari pubblici o potenzialmente bisognose di supporto
Non faccio il pap test	<i>Dis-informazione semplificata</i> Donne esposte ai rischi di dis-informazione, malinformazione o superficialità/semplificazione comunicativa dei media, che nascondono forse difficoltà nel decifrare i messaggi più complessi e tecnici della comunicazione scritta e mostrano una certa resistenza alla sensibilizzazione diretta e personalizzata, sia di sanitari che amiche-familiari	<i>Resistenza all'influenza sociale e marcata autodirezione</i> Donne che tendono a decidere in maniere autonoma rispetto ai consigli di tutte le figure di possibile influenza (familiari, amiche, esperti e MMG) Sensibilità principalmente ai consigli di esperti in TV e del MMG; quasi nulla quelle di familiari e amiche Mostrano bassi livelli di influenza sociale	<i>Isolamento comunicativo e resistenza ai consigli, rischio di delega informativa ai mass media, sul comportamento potrebbe incidere la fiducia nei medici</i>  Queste sono donne che vanno, prima ancora che informate, cercate e trovate, conosciute e soprattutto rassicurate e conquistate

### Variabili socio-cognitive

Complessivamente le donne intervistate mostrano livelli notevoli di fiducia nelle capacità diagnostiche dell'esame, come si nota dagli elevati punteggi medi<sup>14</sup> ottenuti dalle credenze positive sul pap test, che permette di scoprire che tutto va bene (media = 3,82), fare una diagnosi precoce (media = 4,00), indagare su anomalie anche non cancerose (media = 3,81), fare un trattamento precoce (media = 4,01) e avere conferma che non si ha nulla (media = 3,70).

Inoltre le donne affermano che è utile avere una diagnosi precoce (media = 4,30) così come avere un trattamento precoce (media = 4,21), indagare su anomalie non cancerose (media = 4,20), dà sollievo avere la conferma che non si ha nulla (media = 4,44).

**Figura 16.** Credenze positive pap test

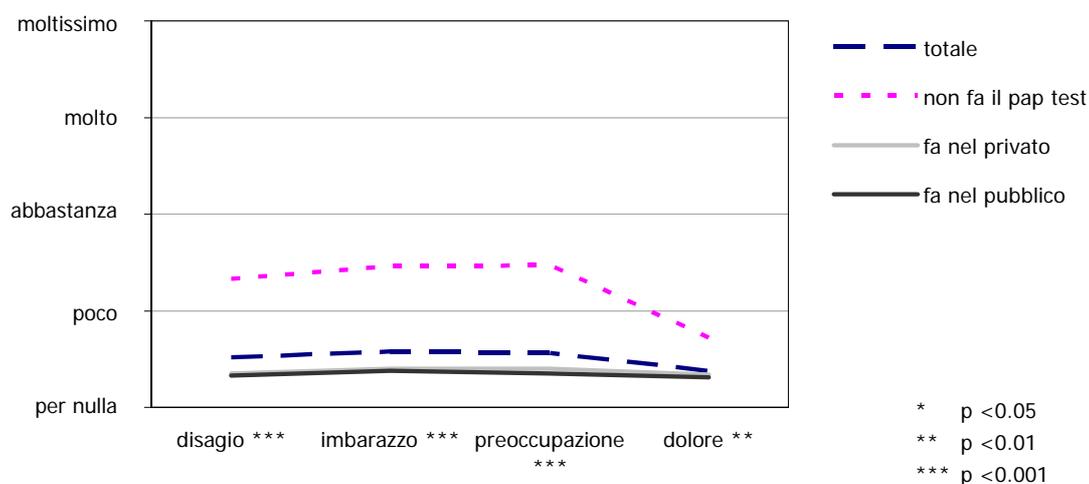


<sup>14</sup> Punteggio medio su una scala a 5 valori, dove 1 = per niente e 5 = moltissimo

Per quanto riguarda i costi emotivi le donne dichiarano livelli piuttosto bassi di resistenze e paure rispetto a tutti gli aspetti presi in considerazione, che ottengono infatti punteggi tra il "poco" e "per niente": "fare lo striscio mi provocherebbe imbarazzo" (media = 1,58), "mi preoccupa" (media = 1,56), "mi provocherebbe disagio" (media = 1,52), "è doloroso" (media = 1,38), "è una perdita di tempo" (media = 1,1).

Relativamente a questi aspetti emergono interessanti differenze tra gruppi di donne; in particolare le donne che non fanno il pap test credono nelle potenzialità dell'esame in misura leggermente minore di chi lo fa e soprattutto percepiscono costi emotivi significativamente più alti di chi fa il pap test.

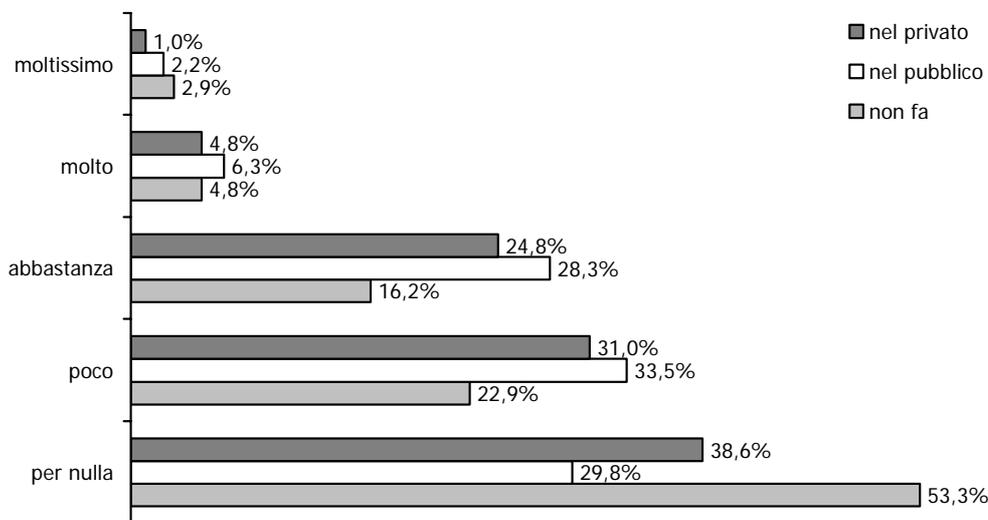
**Figura 17.** Costi emotivi associati al pap test



Un altro aspetto indagato dall'intervista è il grado di preoccupazione e di vulnerabilità percepita dalle donne rispetto alla possibilità di ammalarsi di un tumore al collo dell'utero. La ricerca evidenzia livelli moderati di preoccupazione delle donne, che in quasi il 70% dei casi si dichiarano poco o per nulla preoccupate, nonostante affermino che in generale le (altre) donne invece lo sono (a tutte le età o da anziane). Un quinto circa si dichiara invece abbastanza preoccupata, mentre solo il 6% circa molto o moltissimo.

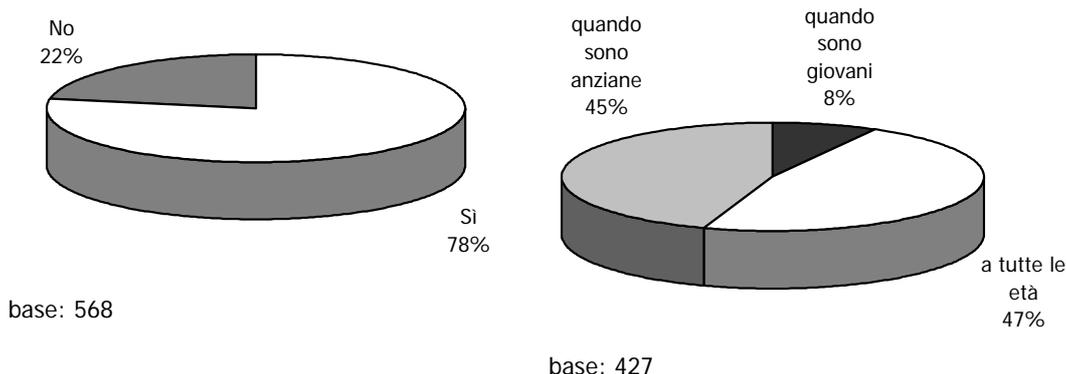
Le donne che non fanno il pap test sembrano meno preoccupate della possibilità di avere un tumore al collo dell'utero della altre [Chi-quadro 21,0 (8), p<0,01].

**Figura 18.** In che misura è preoccupata di avere un tumore al collo dell'utero?  
(base 587)



Nell'opinione delle intervistate la preoccupazione delle altre donne varia (in modo non statisticamente significativo) in base all'età di chi risponde: sono infatti le più giovani ad affermare in misura maggiore che le altre donne si preoccupano anche da giovani (11,5%), quelle adulte di età compresa tra i 35-44 anni e i 45-54 anni ad asserire che la preoccupazione riguarda tutte le età (rispettivamente 47,1 e 51,7%) e le ultra 55enni quelle secondo cui le donne si preoccupano soprattutto da anziane (47,1%).

**Figura 19.** Lei pensa che le donne si preoccupino di avere un tumore al collo dell'utero? Quando?



Emergono alcune interessanti e significative differenze anche rispetto all'età; in particolare la donne più giovani sono quelle che dichiarano i livelli medi di preoccupazione più significativi, le giovani adulte (35-44 anni) quelle che mostrano maggiore preoccupazione, seguite da quelle più anziane; le donne di età compresa tra i 45 e 54 anni i livelli più bassi di timore [Chi-quadro 10,4 (6),  $p < 0,1$ ].

**Tabella 7.** Livello di preoccupazione per età (base 586)

Fascia di età	Livello di preoccupazione (% di riga)*			Totale di riga
	basso	medio	alto	
Da 25 a 34	66,9	29,2	3,8	100
Da 35 a 44	66,7	21,1	12,2	100
Da 45 a 54	70,1	25,2	4,8	100
55 e oltre	67,3	24,7	8,0	100
Campione totale	67,7	24,9	7,3	100

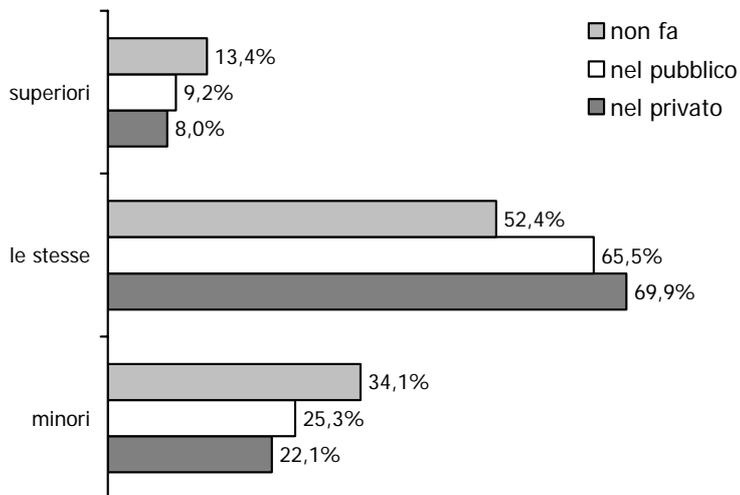
*Legenda*

\* Il livello di preoccupazione è stato riclassificato come basso quando le donne hanno risposto che sono poco o per nulla preoccupate, medio quando si dichiarano abbastanza preoccupate, alto se sono molto o moltissimo preoccupate.

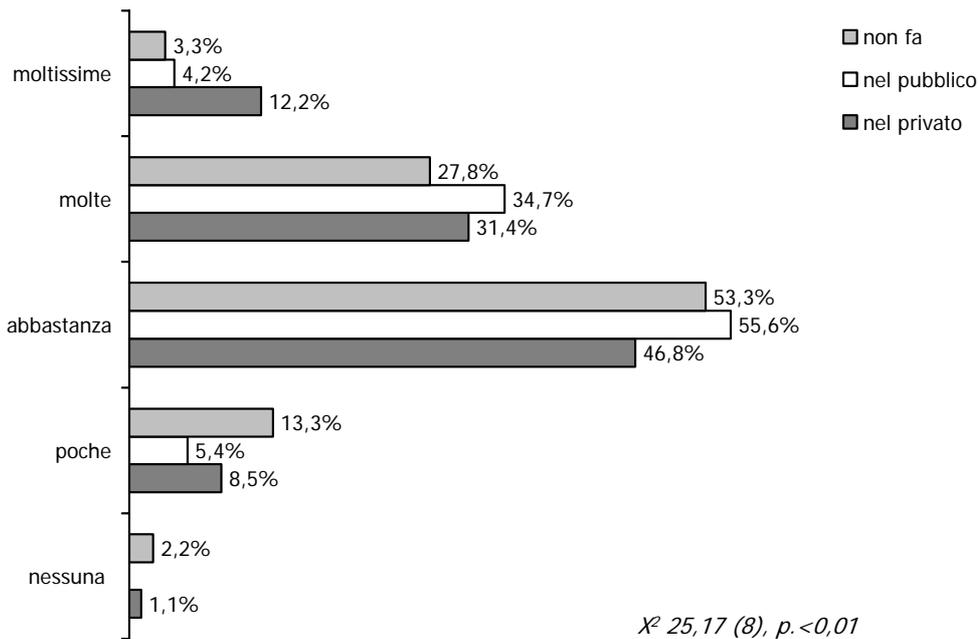
Rispetto alla percezione comparativa del rischio, un quinto del campione pensa di avere meno possibilità di ammalarsi rispetto alle coetanee (ottimismo irrealistico), il 65% le stesse possibilità (atteggiamento realistico) e il 9,5% possibilità superiori (pessimismo). Anche in questo caso le donne che non fanno il pap test appaiono le più ottimiste. Questo ottimismo non si conferma quando invece si chiede loro quante possibilità ci sono di guarire nel caso in cui dal pap test emergesse qualche cosa: le donne che non fanno il pap test sono più scettiche rispetto alla probabilità di guarire.

Complessivamente emerge un moderato ottimismo compartivo, che può essere letto anche in termini di ottimismo irrealistico.

**Figura 20.** Le possibilità di ammalarsi rispetto ad altre donne della stessa età sono (base 574)



**Figura 21.** Se il test è positivo, quante probabilità ci sono di guarire? (base 537)



Analizzando congiuntamente la percezione comparativa del rischio e la probabilità di guarire nel caso di malattia<sup>15</sup> risulta che più delle metà delle intervistate ha un atteggiamento che si potrebbe definire di realismo prudente (36,4%) o di realismo fiducioso nelle possibilità di guarigione (24%). Accanto a questo emerge una quota significativa di donne, pari complessivamente a circa il 23%, che invece mostra convinzioni di ottimismo irrealistico abbinato a fiducia nelle possibilità di cura: sono coloro che ritengono di avere meno possibilità delle coetanee di ammalarsi ed eventualmente medie o elevate possibilità di guarigione, rispettivamente pari al 12% e 10,7%.

Non emergono tuttavia grandi differenze tra gruppi di donne (rispetto al valore dell'intero campione):

- tra chi fa il pap test nel pubblico aumenta la quota delle realiste prudenti (dal 36,4 al 39,3%);
- nel gruppo di quelle che si rivolgono a medici privati invece la quota delle realiste prudenti (pari al 34%) si riduce a favore delle realiste fataliste (7,3%) o delle realiste fiduciose (27,3%);
- tra chi non fa il pap test appaiono assai più consistenti i gruppi di ottimiste prudenti (19,7%) e di pessimiste fataliste (6,6%) e sensibilmente meno numerose le realiste, sia prudenti che fiduciose (rispettivamente 32,9% e 13,2%).

**Tabella 8.** Possibilità di ammalarsi per probabilità di guarire per gruppi di intervistate (base 450)

Possibilità di ammalarsi	Probabilità di guarire %			Totale di riga
	Basse (fatalismo)	Medie (prudenti)	Alte (fiduciose)	
Minori (ottimismo)	3,1	12,0	10,7	25,8
fa nel PUBBLICO	2,2	11,6	10,7	24,6
fa nel PRIVATO	4,0	8,7	10,7	23,3
NON fa	3,9	<b>19,7</b>	10,5	34,2
Le stesse (realismo)	4,2	36,4	24,0	64,7
fa nel PUBBLICO	1,8	<b>39,3</b>	25,4	66,5
fa nel PRIVATO	<b>7,3</b>	34,0	<b>27,3</b>	68,7
NON fa	5,3	<b>32,9</b>	<b>13,2</b>	51,3
Superiori (pessimismo)	1,8	4,4	3,3	9,6
fa nel PUBBLICO	0,9	4,0	4,0	8,9
fa nel PRIVATO	0,7	4,7	2,7	8,0
NON fa	<b>6,6</b>	5,3	2,6	14,5
<i>Totale di colonna</i>	<i>9,1</i>	<i>52,9</i>	<i>38,0</i>	<i>100</i>

<sup>15</sup> Le opzioni di risposta della domanda sulle probabilità di guarire nel caso di malattia sono state riclassificate in basse (poche o nessuna), medie (abbastanza) e alte (molte o moltissime).

Volendo approfondire il rapporto tra preoccupazione e probabilità percepite di guarire, oltre la metà del campione di donne mostra livelli di preoccupazione bassi abbinati a medie o elevate probabilità di guarire (rispettivamente 34% e 26,3%); circa un quarto invece dichiara livelli di preoccupazione medi e contemporaneamente è fiduciosa nelle possibilità della medicina. Anche in questo caso, non emergono grandi differenze tra gruppi di donne, ma può essere comunque interessante evidenziare quanto segue:

- le donne che fanno il pap test nel pubblico mostrano livelli medi di preoccupazione abbinati a prudenza leggermente superiori alle altre (17,4%);
- le donne che fanno il pap test privatamente invece dichiarano bassa preoccupazione abbinata a prudenza in misura minore (29,8%) e a fiducia in misura maggiore (30,3%);
- le donne che non fanno il pap test sono quelle con i più significativi livelli di preoccupazione bassa abbinati a fatalismo (11,2%) e prudenza (39,3%) e meno significativi di preoccupazione media abbinata e prudenza o fiducia (rispettivamente 11,2% e 3,4%).

**Tabella 9.** Livelli di preoccupazione per probabilità di guarire per gruppi di donne (base 536)

Livello di preoccupazione	Probabilità di guarire %			Totale di riga
	Basse (fatalismo)	Medie (prudenti)	Alte (fiduciose)	
Basso	5,8	34,0	26,3	66,0
fa nel PUBBLICO	3,1	35,1	24,3	62,5
fa nel PRIVATO	6,9	<b>29,8</b>	<b>30,3</b>	67,0
NON fa	<b>11,2</b>	<b>39,3</b>	23,6	74,2
Medio	1,5	15,1	9,5	26,1
fa nel PUBBLICO	0,8	<b>17,4</b>	10,8	29,0
fa nel PRIVATO	2,1	13,8	10,6	26,6
NON fa	2,2	<b>11,2</b>	<b>3,4</b>	16,9
Alto	1,1	3,2	3,5	7,8
fa nel PUBBLICO	1,5	3,1	3,9	8,5
fa nel PRIVATO	0,5	3,2	2,7	6,4
NON fa	1,1	3,4	4,5	9,0
<i>Totale di colonna</i>	<i>8,4</i>	<i>52,2</i>	<i>39,4</i>	<i>100,0</i>

I dati appena descritti potrebbero delineare una diffusa situazione caratterizzata da quella che viene definita dissonanza cognitiva:<sup>16</sup> sebbene infatti più del 70% delle intervistate affermi che le altre donne sono preoccupate di ammalarsi (non solo da anziane, ma a tutte le età) e oltre la metà appaia realista rispetto alle proprie possibilità di ammalarsi (dichiarando di avere lo stesso rischio delle coetanee di contrarre un tumore al collo dell'utero), la stessa quota di donne (senza significative differenze rispetto ai comportamenti preventivi messi in atto) dichiara di essere poco e mediamente preoccupata e al contempo piuttosto fiduciosa nelle probabilità di guarire. Sembra quasi che queste donne cerchino di riaggiustare la propria incoerenza interna, giustificando la poca preoccupazione e sedando l'ansia non dichiarata legata alla probabilità di ammalarsi, attraverso una fiducia razionale nelle possibilità di cura della medicina (convincendosi cioè che poi tutto questo rischio in fondo non c'è).

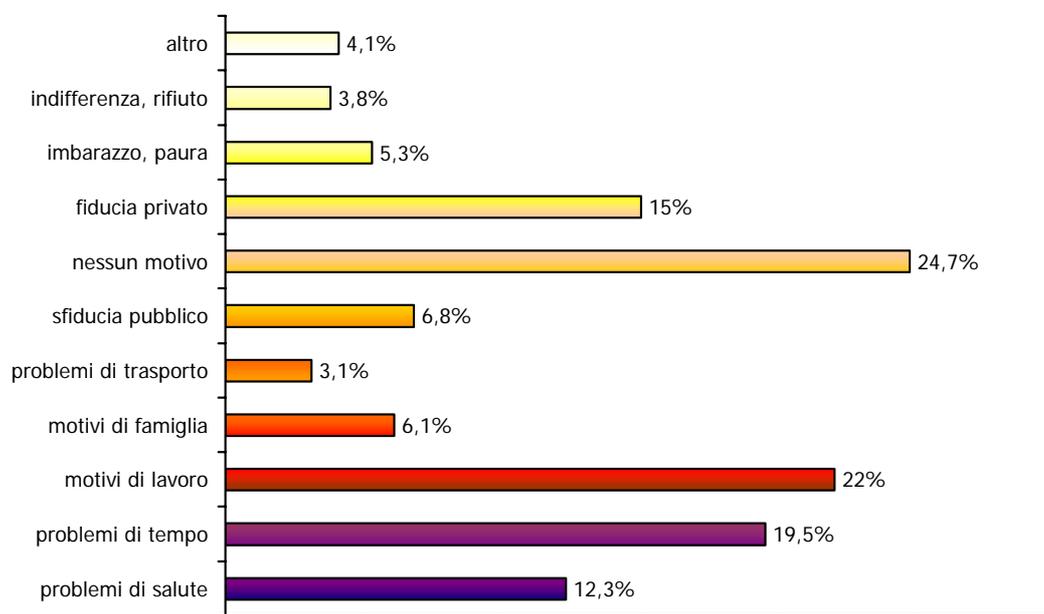
---

<sup>16</sup> Secondo la teoria di Festinger (1957), la dissonanza cognitiva è uno stato interiore di disagio derivato da ogni incoerenza percepita tra i vari aspetti della conoscenza, del comportamento e delle credenze, che il soggetto tende a ridurre tutte le volte che è possibile, nel tentativo ristabilire l'equilibrio e di fornire un'immagine di sé coerente, autonoma e razionale.

### **Rapporto con i servizi: ostacoli all'utilizzo e frequenza di utilizzo**

Rispetto agli ostacoli<sup>17</sup> che potrebbero impedire (o impediscono) alle donne di presentarsi all'appuntamento proposto dall'Azienda USL, le intervistate indicano in primo luogo motivi di lavoro (22%) e problemi di tempo (19,5%), quindi difficoltà organizzative, la fiducia nel proprio ginecologo privato (15%) o problemi di salute (12,3%). Altri motivi - come sfiducia nel pubblico, motivi di famiglia (presenza di un familiare non autosufficiente a carico), imbarazzo/paura, indifferenza/rifiuto o problemi di trasporto - vengono indicati da meno del 7% del campione. È da segnalare l'elevata quota di donne che non sono state in grado di indicare nessun motivo specifico (il 24,7% ha infatti risposto "nessun motivo in particolare").

**Figura 22.** Ostacoli all'uso (base 587)

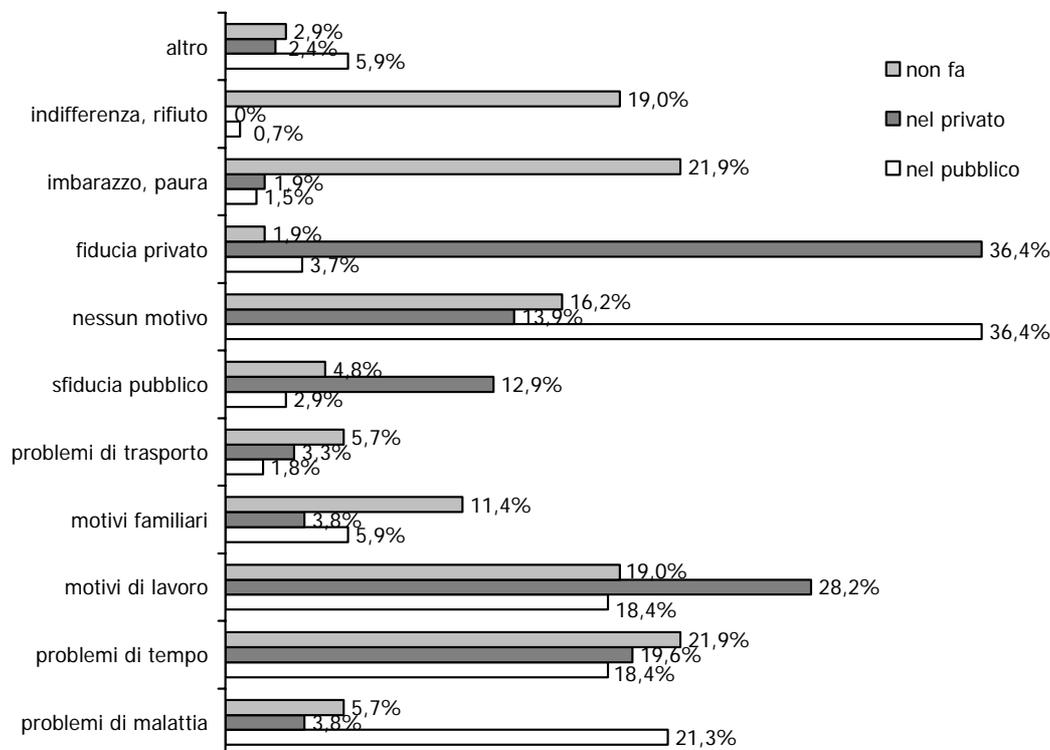


<sup>17</sup> La domanda su quali ostacoli potrebbero impedire di fare il pap test nel pubblico era a risposta multipla e dava la possibilità di scrivere commenti liberi, che sono stati moltissimi, classificati in nuove categorie. La domanda è stata rivolta a tutte le donne del campione: quelle che fanno l'esame nel privato, quelle che lo fanno nel pubblico, coloro che non lo fanno affatto; è quindi evidente che in alcuni casi (come per chi va già nel pubblico) gli ostacoli indicati più che reali e attuali, sono ipotetici, ma comunque sentiti come vicini e in tal senso probabili.

Emergono tuttavia differenze interessanti tra i gruppi di donne:

- le donne che fanno il pap test privatamente indicano soprattutto motivi di ordine lavorativo o di tempo (28,2% e 19,6%), fiducia nel privato (36,4%) e sfiducia nel pubblico (12,9%). La fiducia nel privato si riferisce non tanto alla struttura in sé, ma al professionista di preferenza della donna, che diventa punto di riferimento da anni per motivi di fiducia e abitudine. Non di rado emerge dai commenti anche un elemento di comodità legato al fatto che andare dal proprio ginecologo privato consente di effettuare più esami in una volta sola e quindi un *check up* completo, come loro stessi lo definiscono. Da quanto emerge dai commenti, le critiche verso la sanità pubblica sono legate a problemi di mancanza di *privacy* durante l'esame (troppi medici intorno), al fatto che bisogna attendere troppo e a problemi di servizio (lettere che giungono tardi, ...);
- chi va nel pubblico non vede ostacoli particolari, sembra convinto della sua scelta e non sembra metterla in discussione per nessun motivo, né per problemi di sfiducia nella struttura pubblica né sembra prendere in considerazione l'ipotesi di preferire ad un certo punto il privato. Si evidenziano invece problemi di salute o di tempo (21,3% e 18,4%);
- chi non fa il pap test afferma che sono soprattutto imbarazzo/paura o indifferenza/rifiuto a rappresentare gli ostacoli a presentarsi all'appuntamento (rispettivamente 21,9% e 19%), categorie che invece appaiono complessivamente come residuali.

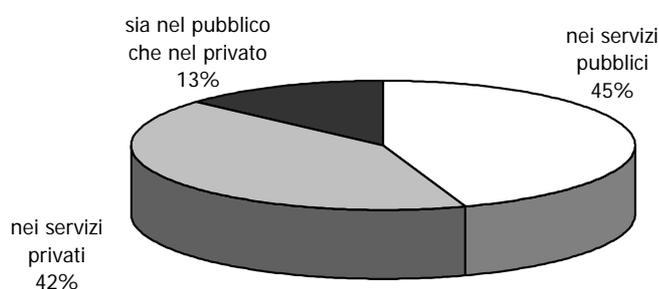
**Figura 23.** Ostacoli all'uso per gruppi di donne (base 587)



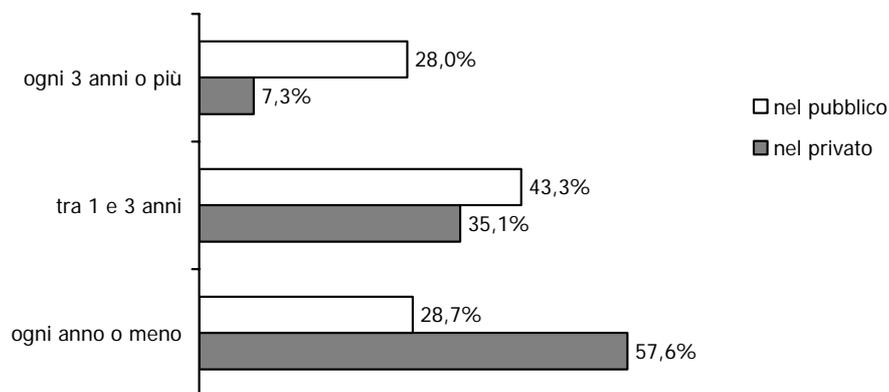
La maggioranza delle donne che si sottopongono al pap test sceglie di effettuarlo presso un solo servizio: lo studio ginecologico privato (scelto dal 92,9% di chi lo fa nel privato) o il consultorio (scelto 63% di chi si rivolge al pubblico). Da evidenziare la quota di donne (13% del totale) che utilizza entrambe le modalità e alterna l'uso di servizi privati a quelli pubblici (probabilmente proprio in occasione dell'invito triennale della campagne *screening*).<sup>18</sup>

Relativamente alla frequenza con cui le donne decidono di sottoporsi al pap test, i dati mostrano che le donne "del privato" fanno il pap test con una frequenza significativamente maggiore di chi si rivolge ai servizi pubblici, in particolare ogni anno o meno 57,6% nel privato vs 28,7% nel pubblico [Chi-quadro 50,9 (2),  $p < 0,001$ ].

**Figura 24.** Frequenza del controllo (base 482)



**Figura 25.** Frequenza del controllo (base 469)



<sup>18</sup> A questa domanda avevano inizialmente risposto anche le 26 donne che, avendo fatto un solo pap test nella vita, sono state successivamente considerate non aderenti; va segnalato che 13 di queste lo avevano effettuato presso i servizi pubblici e 13 nel privato.

### ***Relazioni tra variabili***

Attraverso un'analisi fattoriale realizzata con il metodo delle componenti principali, i 16 *item* sugli atteggiamenti verso il pap test sono stati sintetizzati nei due fattori "credenze positive"<sup>19</sup> e "costi emotivi".<sup>20</sup>

La matrice delle correlazioni tra le variabili misurate evidenzia interessanti legami:

- età e titolo di studio appaiono negativamente correlati, quindi all'aumentare della prima cala il secondo;
- l'età è negativamente correlata con l'autovalutazione dello stato di salute, mentre all'aumentare del titolo di studio migliora l'autovalutazione dello stato di salute;
- tanto più alti sono l'imbarazzo, il disagio, la preoccupazione e il dolore, tanto meno si apprezzano le potenzialità diagnostiche dello striscio (correlazione negativa tra costi emotivi percepiti e credenze positive sul pap test);
- tanto più le donne percepiscono come elevate le possibilità di guarire da un eventuale patologia, tanto più sono consapevoli delle potenzialità del pap test (correlazione positiva tra possibilità di guarire e credenze positive);
- all'aumentare dell'età cala la fiducia nelle capacità diagnostiche del test e aumentano i costi emotivi percepiti (età negativamente correlata con le credenze positive e positivamente correlata con i costi emotivi);
- al crescere del titolo di studio si realizza invece il fenomeno opposto: cresce la fiducia nella diagnosi e calano i costi emotivi (titolo di studio positivamente correlato con le credenze positive e negativamente con i costi);
- tanto più le donne sono soggette all'influenza e ai consigli altrui, tanto più sono preoccupate di ammalarsi e consapevoli dei benefici del pap test (sia in termini di credenze positive che di possibilità di guarire) e tanto meno percepiscono i costi emotivi dell'esame (correlazione positiva tra influenza sociale e credenze positive, preoccupazione e rischio percepito e correlazione negativa con costi emotivi);
- tanto più le donne descrivono come positivo il proprio stato di salute tanto più mostrano elevati livelli di fiducia e bassi livelli di costi, tanto meno dichiarano di essere preoccupate della possibilità di avere un tumore e tanto meno si percepiscono a rischio rispetto alle coetanee (correlazione positiva dell'autopercezione dello stato di salute con le credenze positive e correlazione negativa con i costi emotivi, preoccupazione e rischio comparativo).

---

<sup>19</sup> Fattore credenze positive: fare lo striscio mi permette di fare un trattamento precoce, poter fare un trattamento precoce è utile, fare lo striscio consente una diagnosi precoce, avere la possibilità di una diagnosi precoce è utile, fare lo striscio permette di indagare su anomalie anche non cancerose, indagare su anomalie non cancerose è bene, facendo lo striscio posso avere conferma che non ho nulla, fare il pap test mi permette di scoprire che tutto va bene, la conferma che non ho nulla dà sollievo, essere preoccupata non serve (Alpha di Cronbach 0.84).

<sup>20</sup> Fattore costi emotivi: fare lo striscio mi provocherebbe disagio, sarei molto imbarazzata se dovessi fare uno striscio, la sola idea di fare lo striscio mi preoccupa, fare lo striscio è doloroso (Alpha di Cronbach 0.83).

**Tabella 10.** Correlazioni tra variabili

	Fa o non fa pap test	Credenze	Costi	Preoccupazione altre donne	Preoccupazione	Probabilità di guarire	Possibilità di ammalarsi	Età	Titolo di studio	Autovalutazione stato di salute	Influenza sociale	In coppia o no
Fa o non fa pap test												
Credenze	,107 **											
Costi	-,449 **	-,093 *										
Preoccupazione altre donne	-,034	,038	-,039									
Preoccupazione	,109 **	,053	,008	-,013								
Probabilità di guarire	,120 **	,248 **	-,065	,053	,000							
Possibilità di ammalarsi	,043	,051	,016	-,111 **	,186 **	-,038						
Età	-,095 *	-,117 **	,115 **	-,136 **	-,015	-,007	-,055					
Titolo studio	,173 **	,159 **	-,125 **	,084 *	,014	,084 *	-,014	-,531 **				
Autovalutazione stato di salute	,035	,119 **	-,119 **	-,023	-,147 **	,028	-,169 **	-,151 **	,121 **			
Influenza sociale	,262 **	,218 **	-,196 **	-,046	,160 **	,168 **	,022	-,019	-,027	,083 *		
In coppia o no	-,095 *	,011	,126 **	,087 *	,057	-,045	,011	-,247 **	,158 **	-,050	-,045	

*Legenda*

\* Correlazione significativa a 0,05

\*\* Correlazione significativa a 0,01

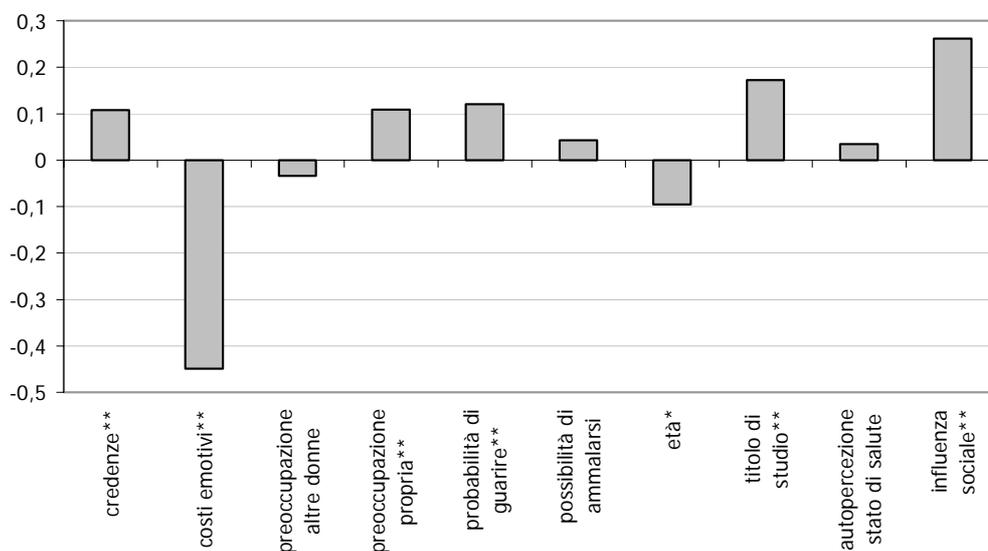
Fare o non fare il pap test appare positivamente correlato (in modo statisticamente significativo) con influenza sociale, titolo di studio, possibilità di guarire, livello preoccupazione e credenze positive, mentre è negativamente correlato ai costi emotivi percepiti e all'età.

È interessante notare a questo proposito come la significativa correlazione (negativa) tra costi emotivi e tendenza a fare il pap test si rafforza col crescere dell'età e raggiunge i suoi livelli massimi per la classe 45-54 anni. In altre parole tanto più è elevata l'età della donna, tanto più la scelta di sottoporsi regolarmente al controllo è legata ai costi emotivi percepiti.

Accanto a questa tendenza, emerge anche che la significativa correlazione (positiva) tra tendenza a fare il pap test e livello di influenza sociale si rafforza al crescere dell'età e si indebolisce all'aumentare del titolo di studio. In altri termini, tanto più l'età è elevata tanto più la decisione di sottoporsi al controllo è legata in modo significativo al consiglio di MMG, esperti, ecc., mentre al crescere del titolo di studio la decisione è meno condizionata dai consigli altrui.

In sintesi è possibile affermare che età e titolo di studio agiscono come variabili che moderano il legame tra i comportamenti di salute attuati dalle intervistate e costi emotivi percepiti e i livelli di influenza sociale che esse dichiarano.

**Figura 26.** Correlazione tra fare e non fare il pap test e altre variabili

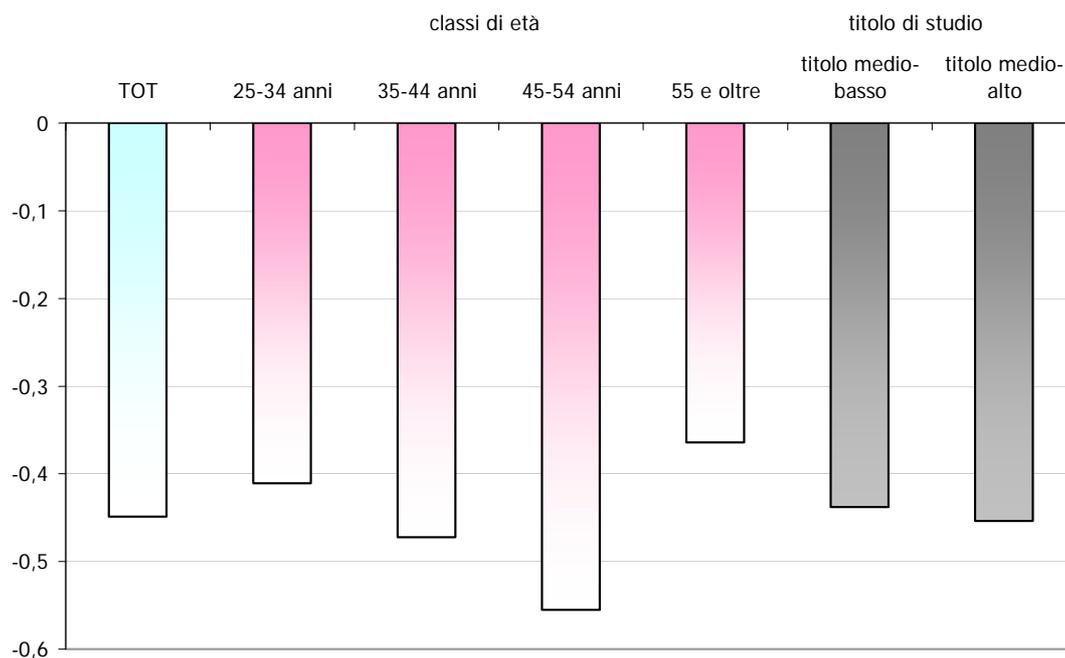


*Legenda*

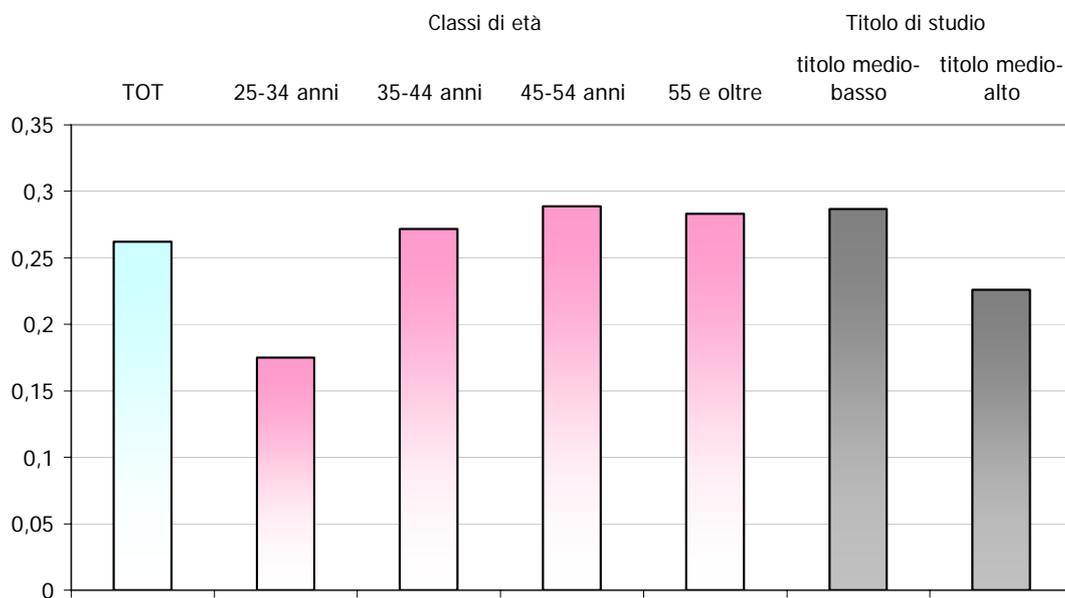
\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

**Figura 27.** Correlazione negativa tra fare e non fare il pap test e costi emotivi



**Figura 28.** Correlazione (positiva) tra fare e non fare il pap test e costi emotivi



### **3.7. Tracce per un identikit**

#### ***Primo identikit***

##### ***Donne che non fanno il pap test vs donne che lo fanno***

Le donne che non fanno il pap test sono meno giovani, con livelli di istruzione meno elevati, in condizione lavorativa in percentuali minori, con le quote più alte di casalinghe, pensionate e disoccupate.

Rispetto all'influenza sociale appaiono meno sensibili all'influenza sia dei *mass media* e dei medici sia delle persone più vicine (amiche, familiari).

Hanno una percezione del rischio più bassa: ritengono infatti di avere minori probabilità di ammalarsi rispetto alle donne della stessa età, sono meno preoccupate di ammalarsi e hanno una percezione più buona della salute (ottimismo irrealistico). Sulle potenzialità del test sono più scettiche rispetto alla possibilità di guarire se l'esame evidenzia qualcosa e sottoponendosi alle cure adeguate

Percepiscono costi emotivi più elevati (imbarazzo, dolore, disagio preoccupazione) e dichiarano, come ostacoli a presentarsi all'appuntamento proposto dall'Azienda USL, imbarazzo e paura da un lato, indifferenza e disinteresse dall'altro.

È un quadro che in qualche modo sembra delineare un atteggiamento di chiusura e una condizione di isolamento di queste donne verso il mondo esterno, e un approccio fatalista nei confronti della salute e della malattia.

#### ***Secondo identikit***

##### ***Donne che fanno il pap test nel privato vs donne che lo fanno nel pubblico***

Le donne che fanno il pap test nel privato hanno un'età leggermente più bassa, presentano un livello di istruzione più elevato, lavorano in percentuali superiori. Mostrano livelli significativamente più elevati di influenza sociale e di sensibilità ai consigli di familiari, amiche, esperti e medici di base e sono pertanto più propense a seguire i consigli.

Rispetto alle percezioni del rischio mostrano un atteggiamento più realistico e informato. Sulle potenzialità del test, tra chi aderisce nel privato si trovano le più ottimiste rispetto alle probabilità di guarire. Percepiscono bassi costi emotivi e chi fa il test nel privato dichiara di essere impedito a farlo nel pubblico per ostacoli di natura prevalentemente pratica e organizzativa e per sfiducia nel servizio pubblico

In questo caso sembra emergere un atteggiamento di maggiore apertura e autonomia nella gestione della propria salute, che può sfociare in scelte per così dire indipendenti (ad esempio decidere di fare il pap test più spesso) o in atteggiamenti di autocura (fare il pap test più spesso e magari più di quanto sia necessario ed appropriato).

### **3.8. Conclusioni e proposte operative per il miglioramento**

I risultati della ricerca hanno messo in evidenza significative differenze tra donne che non fanno il pap test (non aderenti alla campagna), donne che fanno il pap test utilizzando i servizi pubblici (aderenti alla campagna di *screening*) e donne che fanno il pap test privatamente (false non aderenti), rispetto alla maggior parte delle variabili indagate (anagrafiche, esperienziali, cognitive e di rapporto coi servizi).

Inoltre sembra che alcune delle variabili socio-cognitive, in particolare i costi emotivi percepiti (paura, imbarazzo, dolore e preoccupazione) e l'influenza sociale ai consigli altrui (MMG, esperti, familiari e amiche care) siano maggiormente "predittive" del comportamento preventivo, di quanto non siano le altre caratteristiche indagate. Nello specifico, emerge che le donne che mostrano bassi costi emotivi associati al pap test, livelli elevati nei benefici attesi e di sensibilità ai consigli altrui ed elevato senso di vulnerabilità, sono più propense delle altre a sottoporsi regolarmente all'esame. Età e titolo di studio hanno invece una funzione di moderazione-mediazione rispetto al comportamento di salute analizzato.

Di seguito vengono evidenziate le conclusioni ritenute più significative ed elencate le relative proposte operative per il miglioramento delle attività di prevenzione e per aumentare l'adesione alla campagna di *screening*. Le proposte sono la sintesi e la rielaborazione delle riflessioni scaturite in alcuni gruppi di lavoro tematici in occasione del 3° *workshop* regionale "Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi screening" (Ferrara, 24 maggio 2005) del ciclo *Sanità, il diritto debole*, durante il quale sono stati presentati i risultati della ricerca qui esposta.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Gruppi di lavoro:

- Gruppo 1: la campagna di *screening* del tumore al collo dell'utero come esempio di politica attiva di equità di accesso ai servizi di prevenzione
- Gruppo 2: fattori psicosociali alla base delle differenze: suggerimenti per accrescere la opportunità di chi non aderisce
- Gruppo 3: servizi di prevenzione: quali indicazioni operative da implementare, quali da abbandonare per una coerente strategia di equità
- Gruppo 4: strategie di pari opportunità per le nuove e vecchie fragilità sociali

### **PREVENZIONE, AUTODETERMINAZIONE E AUTOCURA**

La campagna di *screening* si rivolge a tutte le donne residenti sul territorio regionale. Molte di queste però non si presentano all'appuntamento.

Alcune (nel nostro caso la minoranza) non rispondono all'invito e non fanno mai il pap test. Ed è stato estremamente difficile riuscire a contattare questa donne.

Molte invece (nel nostro caso la maggioranza) non si presentano all'invito, ma in realtà si sottopongono privatamente al controllo presso studi medici/ambulatori privati. Le donne che fanno il pap test privatamente lo fanno con una frequenza significativamente superiore (ogni anno o meno) a quelle che invece accettano l'invito pubblico (una volta ogni 3 anni).



*distinguere tra adesione alla campagna e abitudine alla prevenzione*

per

- non interpretare semplicisticamente la non risposta all'invito di sottoporsi alle *screening* come sinonimo di rifiuto della prevenzione o tendenza a trascurare la propria salute: spesso infatti la non adesione rimanda addirittura a un comportamento opposto
- non considerare il relativamente basso numero di vere non rispondenti contattate dalla ricerca come rappresentativo del fatto che questo gruppo sia effettivamente poco numeroso, perché potrebbe essere la punta di un iceberg di donne particolarmente fragili e isolate, non solo in termini di salute
- non dare per scontato che l'autonomia nella gestione della propria salute, che caratterizza le donne che fanno il pap test privatamente, sia un comportamento positivo in assoluto e privo di rischi: quanto la loro capacità di comprensione dei messaggi preventivi è reale o presunta? Quanto sono esposte a possibili derive di autodiagnosi e autocura (come fare il pap test più di frequente e magari più di quanto non sia necessario e appropriato)? Quanto la loro marcata autonomia informativa rischia di espellere dalla comunicazione la dimensione relazione? Quanto è rischiosa o equa una delega totale della tutela della loro salute al settore privato? Quanto sono esposte a un possibile isolamento comunicativo? A chi si rivolgono queste donne se si ammalano e come affrontano un'eventuale malattia? Come si rapportano ai medici e cosa si aspettano da questi in caso di malattia (salvezza e guarigione a tutti i costi o supporto emotivo?)

### **POLITICA DI SANITÀ PUBBLICA**

La campagna di *screening* si rivolge oggi a tutte le donne residenti sul territorio regionale e pertanto “esclude automaticamente” tutte le donne non residenti, come ad esempio le domiciliate, sia italiane che straniere, che oggi rappresentano una quota sempre più consistente della popolazione.



*estendere la campagna a nuovi gruppi di donne*

in particolare potrebbe essere strategico in termini di sanità pubblica estendere l'invito a

- donne immigrate domiciliate (ma non residenti) nel territorio regionale (in questa direzione sono stati sollecitati interventi direttamente da parte dell'Assessorato regionale alle politiche per la salute (vedi *Allegato 2*)
- donne italiane domiciliate nel territorio regionale, ma non residenti (studentesse, lavoratrici, ...)

### **POPOLAZIONI-OBIETTIVO DELLA CAMPAGNA**

La ricerca ha messo in evidenza significative differenze tra donne che non fanno il pap test, donne che lo fanno nel pubblico e donne che lo fanno nel privato rispetto alla maggior parte delle variabili indagate, tanto che è possibile delineare degli *identikit*.



*declinare la campagna di prevenzione in base a diversi target di donne*

secondo le diverse

- generazioni di donne (per le giovani ad esempio, si potrebbero sperimentare campagne *ad hoc* nelle scuole, nei Consultori giovani, nei luoghi di aggregazione e ritrovo, per sensibilizzarle e fidelizzarle fin dai primi anni)
- nazionalità (potenziare il servizio di mediazione linguistico-culturale, sia presso i servizi che all'interno delle singole comunità)
- condizioni di vulnerabilità sociale (ad esempio prostitute, immigrate irregolari, nomadi, senza fissa dimora, povertà estreme, gruppi etnici particolarmente chiusi come cinesi, rumeni, ...)
- situazioni territoriali e condizioni socio-economiche (agire in modo differenziato, ad esempio in base ai distretti socio-sanitari, ai quartieri, alle zone centrali/periferiche o cittadine/montane)
- tipologia di risposta alla campagna di *screening* (aderenti nel pubblico, aderenti nel privato, non aderenti, aderenti sia nel pubblico che nel privato)

### **CONTENUTI DELLA CAMPAGNA SCREENING**

La maggior parte delle intervistate afferma di essere in un buono stato di salute (confermato anche dal fatto che oltre l'86% non ha mai subito interventi all'utero), dichiara di essere poco o per nulla preoccupata di ammalarsi, di avere le stesse probabilità di coetanee di ammalarsi e buone possibilità di guarire in caso di malattia.

Le donne che non fanno il pap test mostrano però un più diffuso atteggiamento di ottimismo irrealistico: si dichiarano meno preoccupate, pensano di avere meno probabilità delle coetanee di contrarre un tumore e appaiono più scettiche rispetto alle possibilità di guarigione.

Tutte le donne intervistate dichiarano elevati livelli di fiducia nelle potenzialità diagnostiche del pap test e bassi livelli di costi emotivi (paura, imbarazzo, dolore), ma le donne che non fa il pap test percepiscono costi emotivi elevati e affermano che sono soprattutto imbarazzo/paura o indifferenza/rifiuto a rappresentare gli ostacoli a presentarsi all'appuntamento.



#### *ricalibrare i contenuti della campagne educative e informative*

- contribuire ad aumentare, fino a rendere realistico, il sentimento di vulnerabilità personale alla malattia e ridurre l'eventuale dissonanza cognitiva tra comportamenti, livelli di rischio percepiti, preoccupazione e fiducia nelle possibilità di guarigione
- non limitarsi a rinforzare l'idea, già adeguatamente condivisa, che il pap test ha la funzione di cautelarsi rispetto al tumore del collo dell'utero
- focalizzarsi su una gestione del carico emotivo associato all'esecuzione dell'esame, cercando di alleviare il disagio legato alla rappresentazione del pap test, come imbarazzo e paura del dolore
- non trascurare di informare anche sui limiti dello *screening*, sui possibili rischi (ad esempio diagnosi di casi che non giungerebbero mai all'osservazione clinica, falsi positivi, ...) e soprattutto sull'efficacia e accettabilità di eventuali terapie in caso di anomalie (Segnan, Armaroli, 2004)

### COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE

Rispetto ai canali informativi e alla divulgazione delle notizie sul pap test, domina la comunicazione massmediatica, indiretta, globale e impersonale di giornali, TV-radio, piuttosto che quella diretta, individuale dei rapporti *face to face* con amiche, familiari e personale sanitario. Emergono interessanti differenze tra gruppi di donne, in particolare la comunicazione scritta (giornali, settimanali, materiale divulgativo) è incisiva soprattutto per le donne che fanno il pap test; quella orale di massa di TV e radio per la donne che non fanno il pap test.

Sembra delinearci una situazione di sovraccarico di informazioni impersonali e di massa, in particolare di informazioni scritte, che in alcuni casi (ad esempio nel caso delle non aderenti, delle straniere, delle meno colte) rischia di essere inefficace perché troppo tecnica, non comprensibile, non tradotta e mediata dalla comunicazione *face to face*.



*differenziare e personalizzare la comunicazione*

sperimentando

- campagne comunicative tramite radio e TV locali
- campagne in lingua straniera a seconda dei gruppi etnici
- passaparola, educazione tra pari, mediazione linguistico-culturale e di comunità, soprattutto per le donne straniere, ma anche per le italiane
- interventi di sensibilizzazione sui luoghi di lavoro (in coordinamento ad esempio con la medicina del lavoro)
- interventi di sensibilizzazione nelle comunità locali (sia straniere che italiane)
- sviluppo di strumenti innovativi di comunicazione (ad esempio *soap opera*, fumetti, uso di *testimonial* locali e non solo di personaggi famosi a livello nazionale)

### **RUOLO DEI MMG**

Rispetto a chi consiglia di sottoporsi al pap test, sono in primo luogo gli esperti in TV e sui giornali a fornire i maggiori stimoli di prevenzione, mentre MMG, familiari e amiche sono figure molto meno incisive. Parallelamente le donne dichiarano di seguire i consigli del medico di medicina generale e degli esperti, molto meno quello che dicono familiari e amiche. Il MMG, se da un lato appare cruciale per tutti i gruppi di donne in termini di reale capacità di orientare i comportamenti preventivi, non sembra tuttavia una categoria così propensa a fornire informazioni sul pap test e stimoli preventivi.



*coinvolgere maggiormente i MMG in tutte le fasi della campagna di prevenzione*

- pensare ai MMG come figure centrali nella presa in carico della donna anche rispetto alla campagna *screening* in tutte le sue fasi (sensibilizzazione, informazione, rassicurazione, supporto e cura in caso di malattia ...)
- sperimentare forme di invito meno anonime, più personalizzate e dirette di quelle attuali (ad esempio inviti telefonici o durante le visite da parte del medico curante, lettere che inizino con "Cara + nome della donna", lettere con la firma autografa del medico ...)

### **RUOLO DEGLI OPERATORI DEI SERVIZI**

Relativamente ai canali informativi utilizzati per reperire notizie sul pap test, i mezzi di comunicazione di massa come giornali e TV/radio appaiono i più efficaci (60% e 53%), mentre risultano assai meno incisive le modalità informali di passaparola tra amiche e familiari (22% e 9%) o le informazioni fornite dal sistema sanitario attraverso i MMG e gli altri operatori (18% e 12%).



*sapere comunicare non solo le informazioni*

- rafforzare le competenze comunicative degli operatori con formazione *ad hoc* che dia loro gli strumenti per calibrare al meglio le informazioni, tradurre i contenuti, mediare in caso di dubbi, timori, resistenze, rifiuti ...
- rafforzare le capacità di ascolto attivo degli operatori, con una formazione *ad hoc* che fornisca loro sia elementi per decifrare i bisogni della donna, sia strumenti per valorizzare le risorse dell'utente, non solo le sue vulnerabilità
- fornire agli operatori informazioni e occasioni di discussione/approfondimento sugli esiti del loro lavoro, per motivarli a proseguire sulle linee di azione efficaci e a migliorare nel caso di criticità

### **OFFERTA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

Le donne che fanno il pap test privatamente dichiarano di non rivolgersi ai servizi pubblici soprattutto per motivi di ordine lavorativo o di tempo (28% e 20%) e sfiducia nel pubblico (13%); le donne che invece aderiscono alla campagna evidenziano problemi di salute o di tempo (21% e 19%).



*personalizzare l'offerta, qualificare l'esistente e integrare i percorsi*

- ampliare l'offerta e renderla più flessibile, personalizzata e compatibile con i tempi di vita (ad esempio permettendo di poter scegliere giorno e orario)
- sperimentare "pacchetti di prevenzione" che permettano di effettuare nello stesso appuntamento sia il pap test che altri controlli (come visita ginecologica, ecografia, mammografia)
- agire sull'immagine e sull'opinione pubblica dei servizi sanitari

### **PRESA IN CARICO E PARTNERSHIP TRA SERVIZI**

Le donne che fanno il pap test mostrano una fidelizzazione spiccata verso il servizio scelto, sia esso consultorio pubblico o professionista privato



*puntare sulla fidelizzazione e sulla presa in carico complessiva*

- attuare *partnership* e coordinamenti tra servizi (consultori, MMG, ambulatori, ospedale, ginecologi privati) per evitare che la campagna *screening* si riduca a una semplice erogazione *spot* di prestazione (il pap test ogni tre anni), ma diventi occasione per una reale presa in carico complessiva, sia nel caso di diagnosi favorevole, sia soprattutto nel caso di diagnosi negativa
- coinvolgere nelle attività di sensibilizzazione/prevenzione il terzo settore e le comunità locali (associazioni culturali, di assistenza, di categoria)

## **4. Condizioni socio-culturali e accesso ai servizi di prevenzione**

### ***Screening* del tumore alla cervice uterina nell'Azienda USL di Ferrara<sup>22</sup>**

#### **4.1. Lo *screening* del tumore alla cervice uterina: perché?**

I servizi di prevenzione rappresentano un elemento di qualità nella sanità pubblica, e una garanzia sia per la popolazione di riferimento, sia per l'intero sistema. È noto come l'efficacia dei programmi di prevenzione, vale a dire la capacità di migliorare lo stato di salute di una comunità, è strettamente correlata con l'adesione della popolazione e con la frazione percentuale tendente alla totalità del *target* di popolazione rispondente.

Nei programmi vaccinali, infatti, la percentuale di adesione della popolazione, la copertura vaccinale, rappresenta un fattore di difesa in quanto condiziona la circolazione dell'agente eziologico, ed è quindi protettivo anche per i non vaccinati, gli immunodepressi, i neonati. Nel caso dello *screening*, una larga adesione migliora la qualità dello *screening* e del valore predittivo del test.

Gli interventi di prevenzione sono inoltre sostenuti da una valutazione rischi-benefici che li valida e giustifica l'investimento dal punto di vista strategico ed economico, gratuiti per la popolazione bersaglio.

L'importanza del contesto culturale e locale condiziona i comportamenti, e porta alcune fasce di popolazione a non approfittare dei benefici dell'intervento.

Come si connotano le differenze e le specificità della popolazione in oggetto, e quali elementi impattano maggiormente nei comportamenti?

Da tali considerazioni è nato lo studio orientato ad individuare eventuali differenze nell'adesione allo *screening* del tumore della cervice uterina, programma ormai consolidato nella realtà dell'Azienda USL di Ferrara con modalità che ne garantiscono la diffusione e l'informazione alle aventi diritto, con la chiamata attiva su base anagrafica e accesso telefonico facilitato da un numero verde.

---

<sup>22</sup> A cura di Maria Caterina Sateriale e Aldo De Togni, Azienda USL di Ferrara.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione prof. Pasquale Gregorio, dott. Dino Davi, dott.ssa Maria Cristina Carpanelli, dott. Alessandro Cucchi, dott. Luca Minghini, dott. Giovanni Ravasini.

## 4.2. Caratteristiche dello studio

I dati oggetto della ricerca sono riferiti al secondo *round* di *screening*, che copre il periodo 1 ottobre 1999 - 30 settembre 2002, indirizzato alla popolazione femminile residente nella provincia di Ferrara di età compresa tra 25 e 64 anni di età, per un totale di popolazione obiettivo di 113.690 e di popolazione eligibile<sup>23</sup> pari a 103.971. Il numero di non aderenti allo *screening* è stato di 46.246, pari al 44,48%.

Per affrontare il tema delle disuguaglianze socio-economiche e dell'impatto di queste sui comportamenti dei singoli, si è proceduto per fasi che rappresentano successive focalizzazioni di sottopopolazioni obiettivo.

## 4.3. Le differenze: dove?

Lo studio ha focalizzato inizialmente differenze di area geografica della provincia.

L'Azienda USL di Ferrara copre l'intera provincia e si articola in tre distretti. La divisione negli attuali distretti,<sup>24</sup> al momento del secondo *round* non si era ancora realizzata e la storia recente della sanità ferrarese ricorda in tempi non lontani la presenza di cinque USL, con organizzazioni indipendenti, che secondo gli autori hanno determinato contesti differenti ed esperienze diversificate di servizi sanitari.

La provincia presenta aree differenziate anche per altri servizi essenziali, presenza di risorse endogene, riferimenti culturali, e il senso di identità e appartenenza della popolazione. Questi elementi giustificano le disparità emerse nell'area di Codigoro rispetto al resto della provincia.

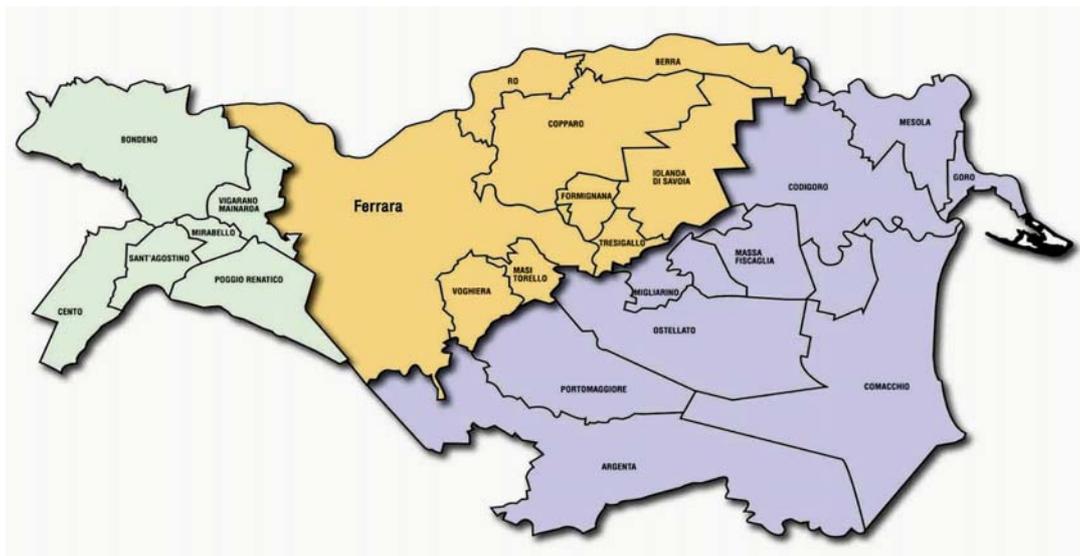
La Tabella 11 e la Figura 30 mostrano le differenze tra le percentuali di non aderenti allo *screening* tra aree della provincia, con un massimo nell'area di Codigoro, che tuttavia non risulta statisticamente rilevante.

---

<sup>23</sup> Si intende per popolazione eligibile la popolazione compresa nella fascia di età prescelta, residente nell'area oggetto del programma di screening, che non rientra nei criteri di esclusione. Nell'area della provincia di Ferrara ha comportato l'esclusione dal programma di 9.719 donne.

<sup>24</sup> Le cinque USL sono diventati cinque distretti, e solo nel 2003 sono state individuate nei 3 distretti attuali: Centro-Nord, con Ferrara capoluogo; Sud-Est, il cui capoluogo è Codigoro; Ovest che si centra sulla città di Cento.

**Figura 29.** I tre Distretti della provincia di Ferrara

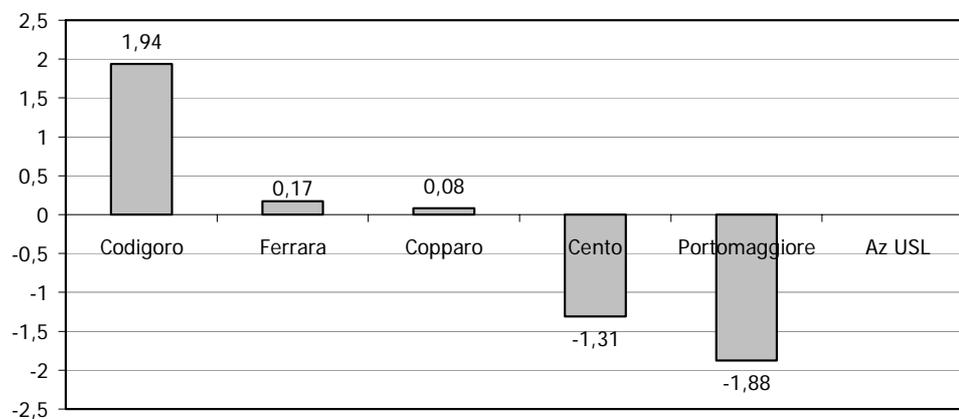


Fonte: Archivio CTSS di Ferrara

**Tabella 11.** Percentuale di adesione allo *screening*, per area della provincia

	% non aderenti	IC 95%
Codigoro	46,42	45,3 - 47,4
Ferrara	44,65	43,1 - 46,0
Copparo	44,56	43,4 - 45,3
Cento	43,17	41,4 - 44,3
Portomaggiore	42,60	41,2 - 43,4
Azienda USL	44,48	

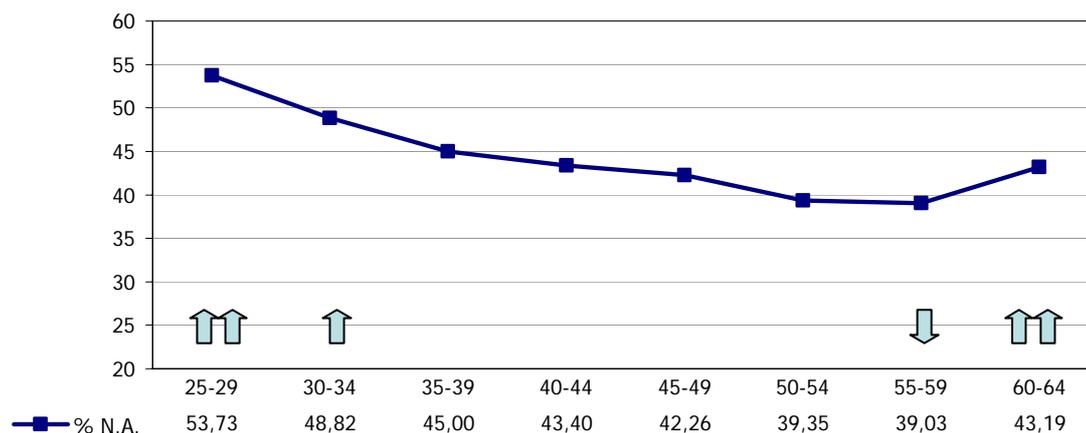
**Figura 30.** Non aderenti. Scostamento dalla media provinciale per area



#### 4.4. Le differenze: a che età?

La fase che segue orienta l'analisi sull'età delle non aderenti, con i risultati mostrati in Figura 31 che evidenziano a livello provinciale un andamento disomogeneo, con perdite maggiori nelle età giovanili (25-34 anni) e nelle età più avanzate (60-64 anni), e con una partecipazione massima delle età intermedie (40-59 anni), in cui si raggiunge più del 67% di adesione.

**Figura 31.** Non aderenti per età, dati provinciali



#### 4.5. I comportamenti diversi sono omogenei sul territorio?

Nello studio delle disuguaglianze di salute, è importante verificare se i dati medi di popolazione sono distribuiti in modo omogeneo in tutte le sottopopolazioni che si riescono ad analizzare, e inevitabilmente emergono differenze che rispecchiano disuguali opportunità delle persone o di parti della comunità in situazioni di svantaggio sociale, culturale, economico, di offerta di servizi.

La fase successiva focalizza l'analisi per area ed età, ed emerge la disparità dei comportamenti delle donne dell'area di Codigoro, e viene confermata una differenza statisticamente significativa per le tre fasce di età più attestate, con un differenziale maggiore di 10 punti percentuali nella fascia 60-64 anni (*Tabella 12*).

**Tabella 12.** Percentuale di non aderenti per area, età e residenza

Età	Codigoro	Azienda USL	$\Delta$
50 - 54	42,60	39,35	+3,25 *
55 - 59	45,62	39,05	+6,57 **
60 - 64	53,44	43,19	+10,25 ***

*Legenda*

\* significatività statistica

## 4.6. Quali ipotesi?

L'evidenza e l'oggettività dei dati sottolineano la disparità dell'area di Codigoro rispetto al resto della provincia e la necessità di predisporre programmi con modalità diverse di comunicazione con la popolazione per tutti i livelli di cura.

La difficoltà che si presenta nello studio delle disuguaglianze è dovuta alla molteplicità dei fattori che vi concorrono, e alla impossibilità di sintetizzarli e oggettivarli con pochi indicatori o indici condivisi.

La tipicità del *target* studiato impone di esplorare i determinanti legati alla specificità della popolazione femminile dell'area di Codigoro, nate tra il 1935 e il 1949, in un territorio con notevole dispersione, fortemente depresso, e con una storia di svantaggio che è iniziata sui banchi di scuola. La catena causale dello svantaggio, ben descritta da Wadsworth (1996), evidenzia che fin dalle prime età della vita si accumula uno svantaggio che può diventare incolmabile e addirittura proiettarsi sulle generazioni successive (*Tabella 14*).

**Tabella 13.** Fattori determinanti per la non adesione allo *screening* nella popolazione obiettivo

Fattori sociali e culturali	Reddito familiare Occupazione Scolarità e livello culturale Ambiente sociale
Fattori geografici	Dispersione sul territorio Isolamento
Servizi	Viabilità e comunicazione
Sevizio sanitario	Orari Sedi <i>Turnover</i> del personale
False non aderenti	Accesso a servizi privati Accesso a servizi pubblici, non comunicanti con l'anagrafe dello <i>screening</i>
Svantaggio di genere	Istruzione Autonomia di spostamento Responsabilità di cura familiare

**Tabella 14.** Fattori che influenzano il capitale di salute (tratto da Wadsworth, 1996)

<b>Fasi della vita</b>	<b>Condizioni di svantaggio sociale</b>	<b>Effetti</b>	<b>Rischi aumentati</b>
VITA FETALE NASCITA	Malnutrizione materna	Prematurità Sviluppo prenatale ritardato	Mortalità perinatale e neonatale Basso peso neonatale
<b>Costruzione del capitale di salute</b>	Fumo Bassa scolarità	Ritardo di maturazione tissutale Scarsa frequenza di allattamento al seno	Aumento del rischio di malattie respiratorie, metaboliche e cardiovascolari
INFANZIA E ADOLESCENZA	Bassa scolarità materna	Basso livello di istruzione Abitudini alimentari errate	Comportamenti a rischio Ipostaturalismo
<b>Costruzione del capitale educativo</b>	Povertà dell'ambiente domestico Fumo	Fumo in età precoce e altri comportamenti a rischio Scarsa prevenzione	Obesità Carie Malattie respiratorie
VITA ADULTA	Salute scadente Comportamenti a rischio: fumo, ...	Basso livello di posizione sociale Basso reddito	Comportamenti a rischio per la salute Ipertensione
<b>Costruzione del capitale sociale</b>	Basso livello di istruzione	Scarse capacità di interagire e negoziare	Malattie croniche Rischio per la prole

L'indagine si è orientata sulla scolarità della popolazione, ritenendo la percentuale di non conseguimento della scuola dell'obbligo un indicatore *proxy* della disuguaglianza sociale, sufficientemente rappresentativo.

La Tabella 15 mostra come si colloca la provincia di Ferrara rispetto a questo importante indicatore, e lo scostamento dalla media regionale, ma il dato che merita di essere sviluppato in questo studio è la differenza tra i generi, con un differenziale di 1,52%.

**Tabella 15.** Percentuale di non conseguimento della scuola dell'obbligo (Censimento ISTAT 2001)

	<b>% non conseguimento scuola dell'obbligo</b>
Ferrara (provincia)	9,45
	Maschi 8,70
	Femmine 10,22
Regione Emilia-Romagna	7,92
Bologna (minimo regionale)	6,45
Modena (massimo regionale)	9,63

## 4.7. Esiste una disuguaglianza di genere?

L'analisi dei dati dell'ultimo censimento ISTAT (2001) per l'indicatore "Mancato conseguimento della scuola dell'obbligo" mostra una costante differenza di genere a svantaggio delle femmine, che si ripropone in tutti i 26 comuni della provincia (*Tabella 16*). Il dato riguarda le generazioni con età tra 15 e 52 anni. È stato scelto questo indicatore poiché è il più recente e si ritiene che nelle generazioni precedenti all'obbligo scolastico (>52 anni) la differenza tra i sessi nell'istruzione di base non possa essere inferiore ad oggi.

La Tabella evidenzia inoltre come i comuni dell'area considerata presentino i valori più alti di abbandono scolastico delle ragazze (prima della licenza di scuola media), con un massimo nei comuni contigui di Comacchio, Goro, Mesola, Migliaro, Lagosanto, Migliarino e Iolanda di Savoia, in cui circa una ragazza su 4-5 è stata sottratta all'istruzione di base negli anni tra il 1963 e il 1986.

La situazione non è tanto migliore per i coetanei maschi, e testimonia un isolamento effettivo di queste popolazioni, dovuto a difficoltà oggettive e complesse. Appare evidente tuttavia come nella situazione di deprivazione e svantaggio, le famiglie non hanno investito sul genere femminile nella costruzione del capitale educativo, il cui impatto sulla salute è stato ampiamente dimostrato.

Nei singoli comuni la correlazione tra livello di istruzione e non adesione allo *screening* non è così evidente e significativa; tuttavia l'impatto di tale determinante deve far parte delle analisi dei bisogni della popolazione in tutte le programmazioni.

**Tabella 16.** Non conseguimento della scuola dell'obbligo, per comune della provincia e per genere (Censimento ISTAT 2001)

<b>Comune</b>	<b>maschi</b>	<b>femmine</b>	<b>totale</b>
Ferrara	5,66	6,56	5,11
Mirabello	6,51	10,28	8,30
Cento	8,23	8,82	8,42
S. Agostino	8,03	9,44	8,71
Masi Torello	6,36	11,15	8,74
Vigarano Mainarda	8,89	10,49	8,89
Tresigallo	8,15	10,07	9,12
PoggioRenatico.	9,41	9,65	9,53
Voghiera	8,58	11,23	9,88
Bondeno	9,58	10,80	10,18
Argenta	9,48	11,09	10,28
Portomaggiore	8,68	12,20	10,40
Formignana	7,77	13,24	10,40
Ro	9,43	12,94	11,16
Copparo	11,03	11,45	11,44
Massafiscaglia *	9,73	13,45	11,51
Codigoro *	11,55	11,72	11,83
Berra	11,17	13,37	12,23
Migliarino *	9,83	16,05	12,85
Ostellato	12,71	14,87	13,66
Lagosanto *	13,90	15,85	14,88
Jolanda di Savoia	14,34	16,35	15,34
Comacchio *	13,87	16,93	15,40
Migliaro *	15,12	18,20	16,58
Mesola *	15,82	17,58	16,68
Goro *	14,60	23,21	18,87
<i>Totale</i>	<i>8,70</i>	<i>10,22</i>	<i>9,45</i>

*Legenda*

\* Comuni dell'area di Codigoro.

## 4.8. Conclusioni

Numerosi sono i quesiti che restano aperti per individuare le caratteristiche della popolazione non rispondente allo *screening*, e saranno da sviluppare ulteriormente le correlazioni tra utilizzo dei servizi di prevenzione e disuguaglianze. Un tema ancora aperto è l'entità vera della quota di non adesione, che è inquinata dalla percentuale di donne che si rivolgono ad altre strutture.

Lo *screening* del tumore alla cervice in Emilia-Romagna figura come un intervento di prevenzione, modello di buona pratica organizzativa con scelte di tipo comunicativo e di chiamata attiva della popolazione bersaglio, che ne aumentano l'efficacia.

L'importanza del contesto culturale e locale condiziona i comportamenti, e porta alcune fasce di popolazione a non trarre vantaggio dai benefici dell'intervento.

Le disuguaglianze di salute e le disuguaglianze di accesso producono inefficienza e inappropriatazza, e possono essere ridotte da un atteggiamento di tutela da parte dei servizi, soprattutto dei servizi della prevenzione

Lo studio si conclude con un'ipotesi di diversità di area geografica a sfavore dell'area di Codigoro, con una diversità a svantaggio delle età più anziane, con un differente investimento delle famiglie sull'istruzione delle ragazze. Il 30 settembre 2005 si è concluso il terzo *round*, che sarà oggetto della prosecuzione delle ricerche. L'attesa non impedisce di promuovere nuove alleanze locali per sperimentare modalità diversificate, di inventare messaggi e approcci più efficaci per una quota di popolazione che richiede osservazione e ricerca attiva.



## 5. La valutazione del programma di *screening* per il carcinoma della cervice uterina<sup>25</sup>

### 5.1. Introduzione

È ormai consolidato il parere che un programma di *screening* venga predisposto dopo aver constatato in via preliminare l'esistenza dei seguenti elementi:

- azione di sanità pubblica che riguarda una comunità;
- intervento individuale che può anche comportare disagi per la singola persona;
- gratuità per il riconoscimento del significato sociale dello *screening*;
- non solo promessa di diagnosi, ma complessiva presa in carico della persona come insieme unitario di più fasi di intervento;
- proposta a persone, per definizione sane, di sottoporsi al test dalle precise responsabilità etiche, che vanno dal primo invito fino al sostegno alla paziente e alla famiglia durante l'eventuale momento del trattamento e del decorso della malattia;
- offerta ad una popolazione composita per valori, cultura e interessi, di cui bisogna tenere conto nel rapporto che si va a costruire con i soggetti interessati;
- assicurazione in tutte le fasi dei requisiti fondamentali della comunicazione, quali informazione, supporto per la piena consapevolezza, massima riservatezza.

Bisogna sottolineare però che anche se il programma risponda a tali requisiti, vantaggi reali si ottengono soltanto se la copertura è ampia e se nella programmazione e nella pianificazione vi è un'elevata conformità relativamente a fattori di natura etica, giuridica, sociale, clinica, organizzativa ed economica.

Vi è da dire poi che di solito la verifica finale del programma come raggiungimento degli obiettivi si ferma a una misura di parametri (di efficacia) quali:

- eventi diagnosticati/popolazione *target*,
- modifica del decorso e riduzione degli esiti
- aumento della sopravvivenza,
- miglioramento della qualità della vita,

---

<sup>25</sup> A cura di Pasquale Gregorio, C. Adamo, R. Bentivegna, R. Carfora, K. Cervato, A. Cucchi, F. Gigli, C. Lazzara, F. Pizzo, G. Rauli, G. Ravasini, R. Rizzello, M. Tramontina, F. Zaccardi, Università degli studi di Ferrara; Orazio Buriani, Aldo De Togni, Maria Cristina Carpanelli, Azienda USL di Ferrara.

mentre andrebbero misurati anche altri indicatori (di efficienza), come:

- organizzazione e pianificazione dello *screening*,
- stesura del protocollo e sviluppo operativo,
- disponibilità di risorse e accessibilità ai servizi, adeguate all'offerta,
- informazione/educazione della popolazione *target* finalizzata alla percezione del valore della salute, all'accettazione e all'adesione allo *screening*.

Un'attenta analisi di come tali indicatori debbano confrontarsi con le caratteristiche complessive della popolazione *target* (nello specifico di quella femminile) evidenzia il ruolo che può avere sia sull'efficacia che sull'efficienza l'approccio sistematico, in particolare per lo *screening* dei tumori delle cervice uterina.

Si è parlato di informazione ed educazione; in tal senso va orientato l'approfondimento conoscitivo della donna coinvolta, già dal primo contatto, con informazioni quali:

- le morti per cancro della cervice uterina sono morti evitabili;
- la prevenzione di tale neoplasia è in grado di evitare in assoluto la malattia o, almeno, la forma invasiva;
- il pap test o striscio cervico-vaginale, semplice e poco costoso, va effettuato periodicamente, con inizio all'età di 25 anni;
- l'esame dello striscio consente di individuare precocemente anomalie citologiche a livello del collo dell'utero;
- il trattamento precoce delle lesioni intraepiteliali della cervice, anche con sistemi conservativi, impedisce l'evoluzione verso il carcinoma invasivo;
- il completamento del processo ha una dimostrata capacità di ridurre la mortalità specifica connessa alla malattia e la stessa sua comparsa;
- tutto il programma di *screening* possiede un accettabile rapporto costo/efficacia, con benefici e rischi ben noti.

L'intervento raggiunge nel suo complesso elevati livelli di efficacia se l'operatività permette di raggiungere una copertura pari all'85% della popolazione femminile fra i 25 e i 64 anni (Branca, 2003) (eseguendo un pap test gratuito ogni 3 anni; IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programs, 1986) e se tutte le donne vi partecipano e tutte le lesioni individuate vengono adeguatamente seguite (Consiglio nazionale delle ricerche, Associazione italiana per la ricerca sul cancro, 1996). Sebbene non siano mai state effettuate prove randomizzate su interventi di diagnosi precoce dei tumori della cervice mediante pap test, in diversi Paesi europei è stata dimostrata l'efficacia di tale procedura (Arbyn *et al.*, 1997; Sasieni, Adams, 1999).

I programmi organizzati di *screening* cervicale sono stati introdotti su scala nazionale a partire dal 1996, con raccomandazioni (Peducci *et al.*, 1990) che hanno normalizzato le iniziative regionali esistenti, e con le Linee guida della Commissione oncologica nazionale istituita presso il Ministero della sanità.

Secondo il Rapporto GISCI (Gruppo italiano per lo *screening* del cervicocarcinoma), nel corso del 2002 in Italia la popolazione obiettivo dei programmi organizzati ha

superato la metà della popolazione della fascia di età *target* (Ronco *et al.*, 1991); Segnan e coll. (2000) stimano al 52% la copertura con programmi di *screening* organizzato.

Vi è da dire però che dopo un iniziale aumento dell'adesione, è stata registrata una stasi che lascia esclusa dall'accesso quasi la metà delle donne italiane interessate, soprattutto in quelle regioni in cui, da quanto emerge dall'Indagine multiscopo dell'ISTAT del 1999-2000, l'attività di diagnosi precoce del carcinoma cervicale persiste a livelli di copertura bassi, anche nelle fasce di donne giovani con alti livelli di istruzione (Commissione oncologica nazionale, 1996).

Quanto ai fattori che influenzano l'adesione al programma di *screening*, oltre a quelli strettamente legati all'organizzazione - errori di indirizzo o imprecisioni nell'invio che possono rappresentare una causa di esclusione; in Emilia-Romagna tale numero è inferiore al 2,5% (Regione Emilia-Romagna, 2003) -, altri sono legati alla tipologia della popolazione femminile bersaglio - le non rispondenti appartengono a uno stato socio-economico più modesto (Escoyez, Mairiaux, 2003), hanno un livello di scolarità più basso (Simoes *et al.*, 1999), sono di età più avanzata (Neilson, Jones, 1998), hanno di solito un atteggiamento critico verso la stessa organizzazione del programma (Murru, 2001).

Da non sottovalutare sono anche gli aspetti psicologici che influenzano sia l'adesione sia il rifiuto delle donne interessate al programma (percezione della propria suscettibilità e vulnerabilità, percezione della gravità, percezione degli ostacoli a partecipare alle politiche degli *screening*, come la vicinanza o meno degli ambulatori, il costo, la lista di attesa, ecc.). Non è da trascurare però che, come è risultato da uno studio sui motivi della non adesione effettuato nell'Azienda USL Bologna Nord (intervistando un campione di donne che non si erano presentate al consultorio) (Ronco *et al.*, 1999), una parte consistente delle donne non rispondenti aveva effettuato il pap test al di fuori dell'offerta del Servizio sanitario nazionale.

Nell'Azienda USL di Ferrara (che ha aderito all'iniziativa regionale con un programma destinato alla popolazione femminile di età compresa tra i 25 e i 64 anni, articolato in *round* triennali) il secondo *round*, svoltosi tra il 1999 e il settembre 2002, ha coinvolto 103.971 donne (popolazione eligibile) ma ha registrato una percentuale di adesione (55,51%) inferiore a quella considerata bassa secondo gli standard del Ministero della salute. [Si veda anche il *Capitolo 4* nel presente volume].

L'analisi delle informazioni reperibili nell'archivio dell'Unità operativa Organizzazione oncologia - Centro *screening* dell'Azienda e relative al secondo *round* ha consentito di evidenziare alcuni dati di un certo interesse<sup>26</sup> a partire dalla distribuzione territoriale della popolazione.

All'epoca il territorio dell'Azienda USL di Ferrara era suddiviso in cinque Distretti; in Tabella 17 sono riportati, opportunamente ripartiti, il numero complessivo delle donne eligibili, quello delle aderenti e non, e le corrispondenti percentuali.

---

<sup>26</sup> I risultati di questa parte dello studio sono stati presentati anche in occasione della VIII Conferenza nazionale di sanità pubblica tenutasi a Roma nel novembre 2003 (De Togni *et al.*, 2003).

**Tabella 17.** Livelli di aderenza per Distretto

Distretti	Popolazione eligibile	Aderenti		Non aderenti	
		N.	%	N.	%
Codigoro	18.933	10.144	53,58	8.789	46,42
Copparo	11.438	6.341	55,44	5.097	44,56
Cento	15.747	8948	56,82	6.799	43,18
Ferrara	44.999	24.905	55,35	20.094	44,65
Portomaggiore	12.854	7.378	57,40	5.476	42,60
<i>AUSL Ferrara</i>	<i>103.971</i>	<i>57.716</i>	<i>55,51</i>	<i>46.255</i>	<i>44,49</i>

L'analisi dei dati ha consentito di evidenziare che nei Distretti di Cento e di Portomaggiore le percentuali di non adesione erano inferiori al valore aziendale, mentre nei Distretti di Codigoro, Copparo e Ferrara il comportamento era opposto.

La distribuzione per classi quinquennali (donne eligibili, aderenti e non) ha fatto rilevare che la non adesione è stata maggiore nelle donne sotto i 40 anni (in particolare tra i 25 e i 29 anni), è diminuita nelle fasce intermedie e ha mostrato una tendenza all'aumento dopo i 64 anni.

**Tabella 18.** Livelli di aderenza per classi di età

Classi di età	Popolazione eligibile	Aderenti			Non aderenti		
		n. totale	% su eligibili	% sul tot. aderenti	n. totale	% su eligibili	% sul tot. non aderenti
25-29	13.138	6.078	46,26	10,53	7.060	53,74	15,26
30-34	13.788	7.056	51,17	12,22	6.732	48,83	14,55
35-39	13.981	7.689	55,00	13,32	6.292	45,00	13,60
40-44	13.178	7.458	56,59	12,92	5.720	43,41	12,36
45-49	12.115	6.995	57,74	12,11	5.120	42,26	11,06
50-54	13.629	8.265	60,64	14,32	5.364	39,36	11,59
55-59	11.083	6.757	60,97	11,70	4.326	39,03	9,35
60-64	13.059	7.418	56,80	12,85	5.641	43,20	12,19
<i>Totale</i>	<i>103.971</i>	<i>57.716</i>	<i>55,51</i>	<i>100,00</i>	<i>46.255</i>	<i>44,49</i>	<i>100,00</i>

La distribuzione disomogenea della mancata risposta per classi di età ha mostrato inoltre un andamento diverso da Comune a Comune, e singolare è apparso il comportamento nelle due classi di età estreme:

- le non adesioni nella classe 25-29 anni hanno presentato un andamento centrifugo rispetto al Comune e al Distretto di Portomaggiore, area oggetto di precedenti campagne di sensibilizzazione sulle problematiche sanitarie e di educazione alla salute;
- le non adesioni nella classe 60-64 anni hanno presentato un andamento crescente dall'alto ferrarese alla costa (dove si trova il Distretto di Codigoro, con la più alta prevalenza di non adesioni). Si è osservata così una certa concordanza tra la distribuzione della non adesione nelle donne >60 anni e quella dell'indice di deprivazione nel ferrarese.

Il confronto tra la struttura della popolazione *target* e quella delle donne non aderenti, pur avendo confermato significative differenze per classi di età e per area di residenza, non ha consentito di raggiungere un approfondimento sulle reali motivazioni di aderenza e di non aderenza (ad esempio la distanza dal centro di prelievo e il grado di istruzione).

Pertanto, sulla base di questi dati e in considerazione del fatto che l'adesione al programma di *screening* del tumore della cervice uterina è tra i maggiori determinanti della sua efficacia, la Sezione di igiene e l'annessa Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva dell'Università di Ferrara, in collaborazione con il Dipartimento di sanità pubblica e l'Unità operativa Organizzazione oncologia - Centro *screening* dell'Azienda USL di Ferrara, hanno proposto una nuova indagine volta a valutare le motivazioni di adesione o non, tramite un questionario da somministrare a un campione delle donne coinvolte nel corso del terzo *round*.

## 5.2. Materiali e metodi

La complessità organizzativa dell'indagine ha fatto sì che l'intervento si sviluppasse a partire dal secondo semestre del 2004 attraverso le seguenti fasi operative:

- elaborazione di un questionario destinato sia alle donne aderenti che non aderenti;
- individuazione delle modalità di somministrazione;
- effettuazione di uno studio pilota per la validazione del questionario;
- valutazione dello studio pilota e pianificazione della successiva indagine estesa;
- somministrazione del questionario contattando le donne invitate a partire dal mese di aprile 2005;
- valutazione dei risultati;
- stesura del rapporto finale.

Dopo aver preso visione di un questionario elaborato dal Dipartimento di sociologia dell'Università di Trento (approvato dal Coordinamento regionale dello *screening* dei tumori della cervice uterina), il gruppo di lavoro ne ha elaborato uno proprio, strutturandolo in modo da ricercare elementi che consentissero di studiare il livello

di coinvolgimento all'offerta dello *screening* e allo stesso tempo di conoscere le caratteristiche socio-culturali della popolazione femminile. Con questa prospettiva si è ritenuto che l'articolazione delle domande dovesse seguire una logica che coinvolgesse sia le aderenti che le non aderenti.

Nella fase di progettazione, dopo un'attenta analisi delle possibilità di selezione del campione da analizzare, si è ritenuto opportuno procedere a una selezione sistematica in rapporto alle settimane e al mese di chiamata per l'esecuzione del pap test. Si è anche deciso di effettuare la somministrazione del questionario per via telefonica, rilevando il numero di chiamata nell'archivio informatico della popolazione assistibile dell'Azienda USL di Ferrara.

Per facilitare il contatto con le donne coinvolte e per costruire sin dall'inizio un rapporto fiduciale è stato attivato presso la Sezione di igiene e medicina del lavoro (Dipartimento di medicina clinica e sperimentale dell'Università di Ferrara) un centro di riferimento telefonico dotato di due linee con il numero verde 800501323 gratuito per chiamate dall'esterno.

Le interviste sono state condotte dagli allievi della Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva dell'Università di Ferrara. Tutti hanno effettuato prove di simulazione sull'uso del questionario per stabilire una modalità di approccio telefonico che suscitasse immediato interesse e piena collaborazione da parte delle donne. Al termine dei test di simulazione è stato concordato di seguire una procedura con la seguente successione informativa:

- qualifica del chiamante;
- struttura di appartenenza;
- comunicazione del numero verde gratuito per un'eventuale verifica della correttezza della chiamata;
- motivazione della telefonata e riferimento al programma di *screening*;
- richiesta di disponibilità all'intervista;
- svolgimento dell'intervista.

Definita la procedura operativa, nel mese di marzo 2005 è stato condotto uno studio pilota contattando 100 delle donne invitate per l'esecuzione del test nella seconda settimana del mese. Al termine di questa fase si è potuto constatare un'alta adesione (>90%) all'intervista telefonica, associata alla completezza nella compilazione del questionario. Nonostante il soddisfacente risultato dell'indagine pilota sono state effettuate una revisione dell'articolato delle domande e una messa a punto delle modalità di approccio telefonico.

L'indagine vera e propria è iniziata nel mese di aprile e ha preso in considerazione le donne che, nel corso di ciascun mese, erano inserite negli elenchi delle invitate dal Centro *screening* nella seconda e terza settimana e per le quali era reperibile il recapito telefonico.

### 5.3. Risultati e considerazioni

Vengono qui presi in considerazione alcuni dati preliminari emersi dopo aver contattato complessivamente 1.100 donne tra aprile e luglio 2005 e con la metodologia di lavoro descritta (*Tabella 19*).

Come primo dato emerge che tutte quelle che si sono rese disponibili a rispondere alle domande (1.000), hanno dichiarato di aver ricevuto l'invito a presentarsi presso il Centro. Delle altre 100 (che hanno immediatamente declinato l'invito alla compilazione del questionario), 26 hanno riferito di non aver avuto alcuna lettera e 74 si sono rifiutate di rispondere anche a questa domanda.

**Tabella 19.** Invito recapitato

	sì		no		non risponde		
	N.	%	N.	%	N.	%	
Rispondenti	1.000	1.000	100,00				
Non rispondenti	100		26	26,00	74	74,00	
<i>Totali</i>	<i>1.100</i>	<i>1.000</i>	<i>90,90</i>	<i>26</i>	<i>2,37</i>	<i>74</i>	<i>6,73</i>

Considerando che oltre il 90% delle donne contattate ha accettato di partecipare all'intervista, non si può non sottolineare l'evidente successo delle procedure adottate e, di concerto, l'elevata attenzione che la popolazione femminile ferrarese pone ai problemi della salute. Queste considerazioni assumono un particolare rilievo anche per il fatto che l'intervista è stata proposta prima dell'accesso agli ambulatori di prelievo, ed è stata accettata favorevolmente anche da quelle donne (vedi oltre) che avevano già deciso di rivolgersi a strutture diverse da quelle dell'Azienda USL o che non ritenevano necessario sottoporsi al test di *screening*. È anche da sottolineare che solo una piccola quota delle donne contattate non avevano ricevuto l'invito, segno del buon livello organizzativo del programma stesso.

In Tabella 20 è riportata la distribuzione per fasce di età quinquennali del campione contattato, con la distinzione tra le donne che hanno accettato e quelle che hanno rifiutato di rispondere all'intervista. Esaminando i dati, nel complesso risulta molto basso il numero delle donne appartenenti alla prima classe (<30 anni), mentre maggiori sono le percentuali delle donne in età compresa tra i 30 e i 45 anni (17,91%, 19,73%, 14,36%) e quelle oltre i 55 anni (11,64% e 16,27%).

Per quanto attiene le donne che non si sono lasciate intervistare (pur se il numero totale è modesto), circa il 50% di esse ha un'età inferiore ai 40 anni, quasi a significare che le più giovani sono maggiormente restie ad un approccio conoscitivo, probabilmente per una particolare tutela della loro *privacy*.

**Tabella 20.** Composizione per fasce di età del campione di donne raggiunto telefonicamente

Rispondenti	Classi di età																
	totale	25-29 a.		30-34 a.		35-39 a.		40-44 a.		45-49 a.		50-54 a.		55-59 a.		60-65 a.	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Si	1.000	13	1,30	181	18,10	191	19,10	144	14,40	91	9,10	94	9,40	118	11,80	168	16,80
No	100	6	6,00	16	16,00	26	26,00	14	14,00	10	10,00	7	7,00	10	10,00	11	11,00
<i>Totali</i>	<i>1.100</i>	<i>19</i>	<i>1,73</i>	<i>197</i>	<i>17,91</i>	<i>217</i>	<i>19,73</i>	<i>158</i>	<i>14,36</i>	<i>101</i>	<i>9,18</i>	<i>101</i>	<i>9,18</i>	<i>128</i>	<i>11,64</i>	<i>179</i>	<i>16,27</i>

Un'ulteriore analisi preliminare del campione di donne riguarda la loro distribuzione per area distrettuale di residenza. Per consentire un successivo confronto con la precedente indagine sull'adesione all'offerta di *screening* del secondo *round*, si è ritenuto di utilizzare la vecchia ripartizione geografica dell'Azienda in 5 distretti (Ferrara, Cento, Codigoro, Copparo e Portomaggiore) invece degli attuali 3 (Ferrara, Cento, Portomaggiore).

La distribuzione territoriale è riportata in Tabella 21, dalla quale si rileva che la più alta percentuale di donne contattate risiede nel distretto di Ferrara (55,6%) e i valori decrescono progressivamente in quelli di Cento, Codigoro, Copparo e Portomaggiore (dal 18,5% al 6,7%).

È da notare però che tra le donne che hanno rifiutato di rispondere al questionario, tali percentuali, pur mantenendo lo stesso andamento, tendono ad aumentare nei distretti periferici della provincia rispetto a quello del capoluogo. Questo comportamento va preso come un ulteriore segnale dell'attenzione alle problematiche della salute che vede le donne del capoluogo maggiormente partecipi.

**Tabella 21.** Distribuzione tra i distretti (esistenti nell'Azienda USL prima del 2003) del campione di donne raggiunte telefonicamente

Distretti	Ferrara		Cento		Codigoro		Copparo		Portomagg.		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
Rispondenti	1.000	573	57,30	180	18,00	98	9,80	80	8,00	69	6,90
Non rispondenti	100	38	38,00	23	23,00	18	18,00	16	16,00	5	5,00
<i>Totali</i>	<i>1.100</i>	<i>611</i>	<i>55,54</i>	<i>203</i>	<i>18,45</i>	<i>116</i>	<i>10,55</i>	<i>96</i>	<i>8,73</i>	<i>74</i>	<i>6,73</i>

Passando all'esame degli aspetti di maggiore interesse rispetto alla valutazione del programma di prevenzione, così come impostato dall'Azienda di Ferrara nel contesto regionale, di estremo interesse è il risultato della richiesta di un giudizio sull'efficacia informativa della lettera di invito. Circa il 99% delle donne intervistate (987 su 1.000) ha valutato chiare ed esaurienti le informazioni ricevute (*Tabella 22*).

Questo dato potrebbe eliminare il dubbio che la bassa adesione registrata nei precedenti *round* sia da addebitare all'invio di una nota dai contenuti insufficienti e poco chiari. Vi è da dire anche che lo stesso giudizio è stato espresso da quelle donne che hanno dichiarato che comunque non avrebbero effettuato il pap test.

**Tabella 22.** Giudizio sulla validità della lettera di invito

	<b>N. donne</b>	<b>% sul totale</b>
Contenuto chiaro ed esauriente	987	98,70
Contenuto non sufficientemente chiaro	13	1,30
<i>Totale</i>	<i>1.000</i>	<i>100,00</i>

La disponibilità al controllo laboratoristico è stata oggetto di un'apposita domanda (*Tabella 23* e *Figura 32*). Dalle dichiarazioni espresse risulta che il 68,7% si sarebbe recato presso il centro di prelievo dell'area di residenza (aderendo quindi all'offerta aziendale), il 15,4% si sarebbe rivolto ad altra struttura (privata o pubblica al di fuori dell'Azienda USL di Ferrara) e solo il 15,9% non avrebbe effettuato il controllo. Questi dati assumono due significati importanti:

- crescita dell'adesione all'offerta dell'Azienda USL di Ferrara che passa dal 55,5% (definitiva del secondo *round*) a un prevedibile 68,7% dell'attuale terzo *round*;
- copertura complessiva (che si prevede di raggiungere) dell'84,1% delle donne coinvolte, dal momento che circa la metà (15,4% sul totale) di quelle che hanno dichiarato di non accettare l'offerta aziendale avrebbe comunque eseguito il pap test rivolgendosi a professionisti di fiducia.

Alle 841 donne che hanno manifestato la volontà di eseguire il pap test è stato chiesto il motivo che le aveva convinte (*Figura 33*).

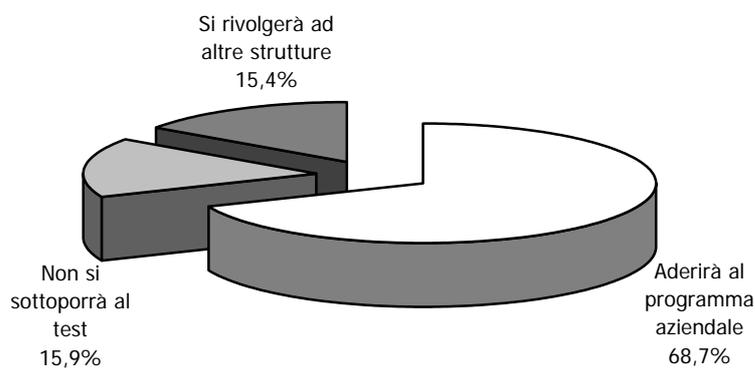
Come si può notare, il 75,1% (632 donne) riconosce che l'esecuzione periodica del test ha un ruolo fondamentale nella prevenzione del carcinoma della cervice uterina, il 13,8% (116 donne) ha dichiarato che l'esecuzione del test è tranquillizzante rispetto alla preoccupazione che la malattia suscita, il 7,6% (64 donne) viene stimolata dal consiglio del proprio medico curante, e il rimanente 3,5% (29 donne) ha dato ascolto a chi ha già affrontato il problema.

Si potrebbe affermare quindi che nella popolazione femminile la disponibilità a sottoporsi al controllo periodico è sostenuta da motivazioni che denotano il raggiungimento di una particolare attenzione alle problematiche della salute e la piena partecipazione agli interventi di prevenzione.

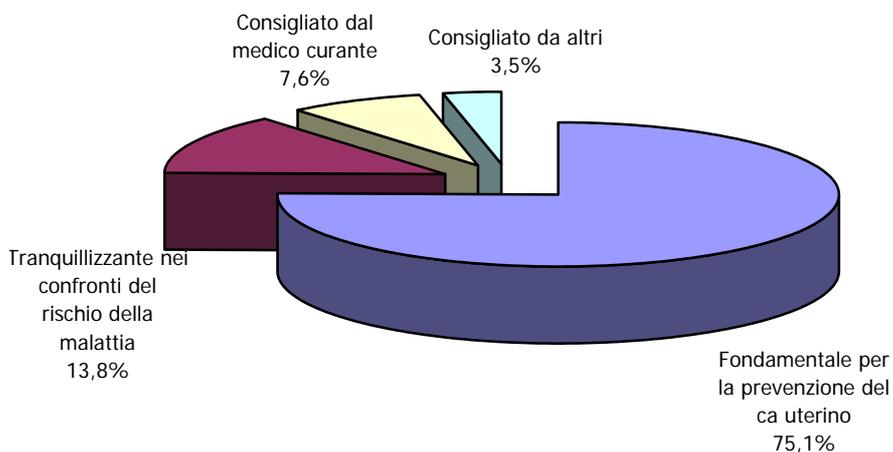
**Tabella 23.** Disponibilità a seguire il programma di prevenzione del carcinoma uterino

	N. donne	% sul totale
Aderirà al programma aziendale	687	68,70
Si rivolgerà ad altre strutture	154	15,40
Non si sottoporrà al test	159	15,90
<i>Totale</i>	<i>1.000</i>	<i>100,00</i>

**Figura 32.** Disponibilità a seguire il programma di prevenzione del carcinoma uterino



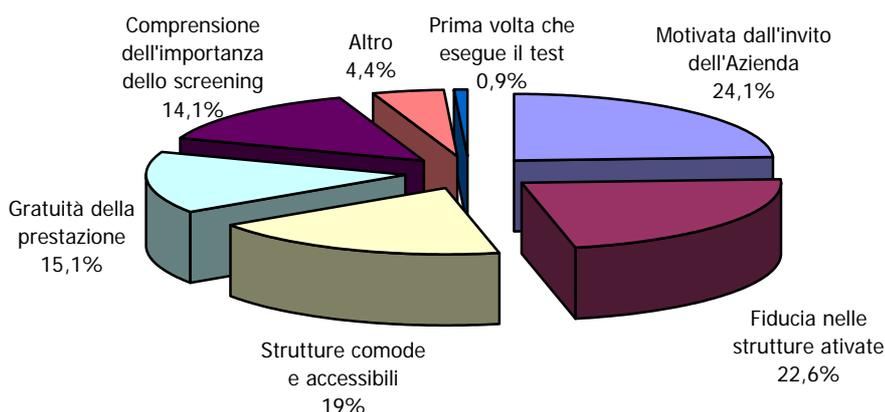
**Figura 33.** Motivi che inducono ad effettuare il pap test



Nei grafici successivi vengono illustrate le motivazioni che le donne intervistate hanno dato per sostenere le loro decisioni di aderire al programma aziendale, rivolgersi ad altro professionista di propria fiducia, non effettuare alcun controllo. In Figura 34 sono presentati i motivi che spingono 687 donne ad aderire al programma dell'Azienda USL di Ferrara:

- il 24,1% (166 donne) si dichiara motivata dall'invito dell'Azienda;
- il 22,6% (155 donne) è sostenuto dalla fiducia che ha nelle strutture attivate;
- il 18,8% (129 donne) ritiene comode ed accessibili tali strutture rispetto alle proprie esigenze;
- il 15,1% (104 donne) è indotto dalla gratuità della prestazione;
- il 14,1% (97 donne) ribadisce di avere compreso l'importanza dello *screening* soprattutto dopo aver letto la lettera di invito
- lo 0,9% (6 donne) dichiara che aderisce perché è la prima volta che esegue il test;
- il rimanente 4,4% (30 donne) esprime motivazioni diverse (spesso poco significative).

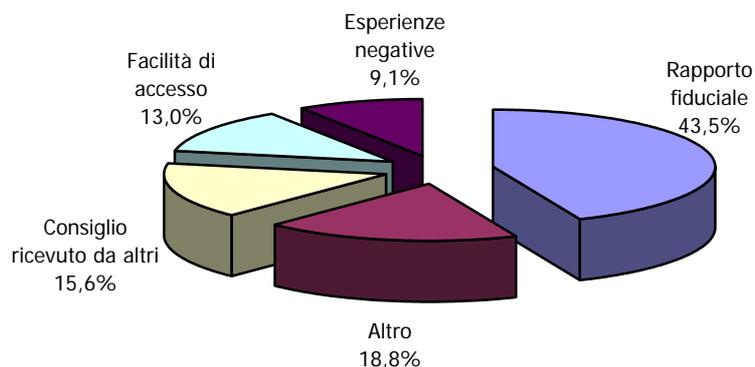
**Figura 34.** Motivi che spingono ad aderire al programma dell'Azienda USL



Per quanto attiene le 154 donne che hanno dichiarato che si sarebbero rivolte ad altra struttura (pubblica esterna all'Azienda di Ferrara, o privata), le motivazioni addotte sono (Figura 35):

- per il 43,5% (67 donne) il rapporto fiduciale con la stessa;
- per il 15,6% (24 donne) il consiglio ricevuto da altri (in genere dal medico curante);
- per il 13% (20 donne) la facilità di accesso alla struttura prescelta;
- per il 9,1% (14 donne) il risultato di esperienze negative avute con le strutture dell'Azienda USL di Ferrara;
- per il rimanente 18,8% (29 donne) la scelta è dipesa da varie motivazioni, difficilmente inquadrabili.

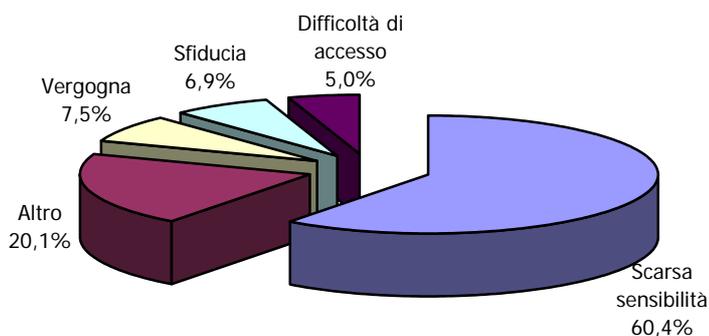
**Figura 35.** Motivi che spingono a rivolgersi ad altro servizio



In Figura 36 sono presentate in percentuale le motivazioni addotte dalle 159 donne che hanno dichiarato che non avrebbero effettuato lo *screening*:

- per il 60,4% (96 donne) si trattava di difficoltà di tipo casuale ed estemporaneo (scarsa sensibilità al problema?);
- per il 7,6% (12 donne) prevaleva una difficoltà di carattere psicologico (vergogna);
- per il 6,9% (11 donne) era la sfiducia nel test a condizionare la decisione;
- per il 5% (8 donne) si trattava di difficoltà di accesso;
- per il rimanente 20,1% (32 donne) le motivazioni addotte erano difficilmente raggruppabili (scarsa sensibilità al problema?).

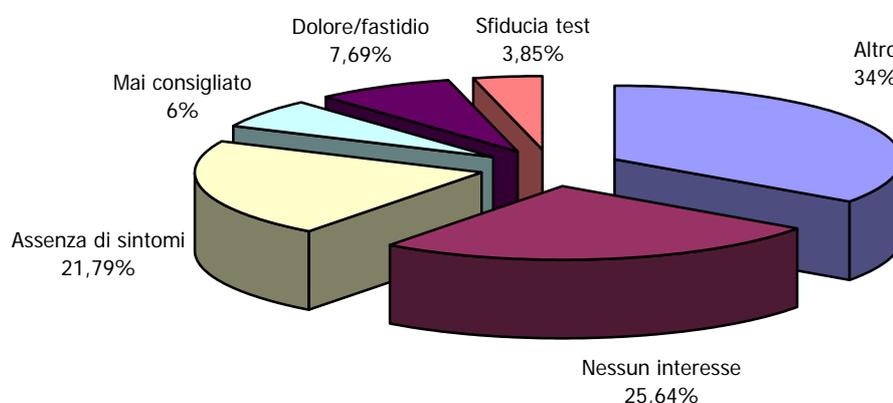
**Figura 36.** Motivi che spingono a non effettuare il pap test



Nel corso delle interviste è risultato che 78 donne non avevano effettuato in precedenza il pap test per i seguenti motivi (Figura 37):

- il 25,6% (20 donne) non ha mai avvertito interesse verso lo *screening*;
- il 21,8% (17 donne) non ha mai praticato il test per l'assenza di qualsiasi sintomatologia;
- il 7,7% (6 donne) si è astenuto per il timore di avvertire dolore;
- il 6,4% (5 donne) ha dichiarato di non essere mai stata convinta a sottoporsi al test;
- il 3,9% (3 donne) non ha avuto fiducia nel test;
- per l'altro 34,6% (27 donne) le motivazioni addotte sono state piuttosto diversificate (ancora scarsa sensibilità al problema?).

**Figura 37.** Motivi che hanno indotto le donne a non eseguire il test in passato



Un ultimo aspetto che viene preso in considerazione in questa occasione riguarda il titolo di studio posseduto dalle donne intervistate. L'analisi di questa caratteristica della popolazione vuole verificare se il diverso orientamento riportato in precedenza (adesione al programma dell'Azienda USL di Ferrara, richiesta rivolta ad altra struttura pubblica o privata, decisione di non sottoporsi al test) potesse essere subordinato agli studi effettuati, quale espressione anche di un livello socio-culturale diverso. La diversa distribuzione sulla scorta del diploma conseguito (scuola elementare, scuola media inferiore o superiore, laurea) è riportata in Tabella 24 e nelle Figure 38, 39 e 40.

Analizzando le frequenze registrate si evidenzia nel complesso che le percentuali minori compaiono nel titolo di studio minimo (diploma di licenza elementare: 19,2%) e in quello più elevato (diploma di laurea: 12,6%). Ovviamente, mentre è un dato negativo che una discreta percentuale di donne non abbia completato la scuola dell'obbligo, abbastanza accettabile è quella, seppure limitata, delle donne che frequentano corsi universitari, e del tutto coerenti con le scelte della popolazione rispetto al bisogno di istruzione sono i valori riferiti alla scuola media, sia inferiore che superiore.

Con attenzione va poi considerato l'orientamento espresso dalle donne in merito all'offerta di *screening*. Infatti, la percentuale delle donne con diploma di scuola elementare che hanno dichiarato che si sarebbero rivolte alle strutture dell'Azienda USL

di Ferrara (22,85%) è risultata di circa il doppio rispetto agli altri due gruppi (10,39% e 11,95%, rispettivamente). Sulla scorta delle motivazioni addotte, questi dati farebbero pensare che su questo gruppo abbiano avuto maggior peso la gratuità dell'esame e l'efficacia dell'informazione.

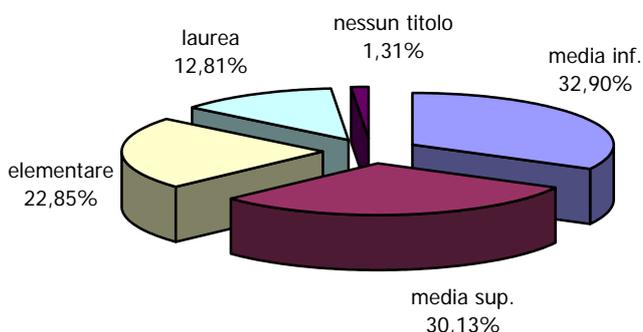
Nessuna rilevanza viceversa sembra avere il conseguimento del diploma di laurea, considerata la scarsa significatività delle differenze riscontrate, per cui si ridimensiona l'ipotesi che il livello culturale abbia una qualche influenza sulla decisione.

Per quanto attiene il possesso del diploma di scuola media, mentre questo sembra di scarsa rilevanza tra le donne aderenti, le maggiori percentuali riscontrate negli altri due gruppi sembrano dare una certa spiegazione allo scarso significato delle motivazioni addotte e precedentemente riportate. Si potrebbe azzardare l'ipotesi che il livello medio di istruzione favorisca più una scarsa attenzione al significato dell'impegno preso dall'Azienda nell'elaborazione del programma e nell'offerta gratuita della prestazione, che un interesse per il significato che lo *screening* ha nella difesa della salute della donna.

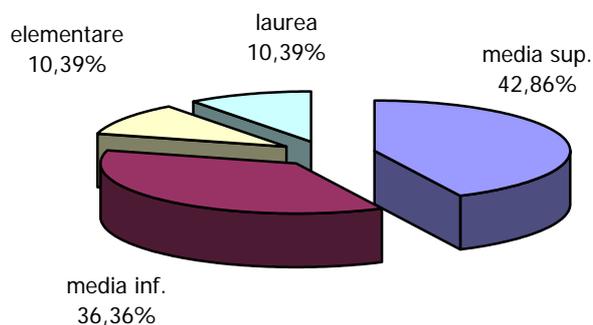
**Tabella 24.** Titolo di studio posseduto dalle donne intervistate

	N. totale	Dipl. scuola elementare		Dipl. scuola media inf.		Dipl. scuola media sup.		Dipl. laurea		Nessun titolo	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Donne che aderiranno al programma dell'AUSL	687	157	22,85	226	32,90	207	30,13	88	12,81	9	1,31
Donne che aderiranno ad altre strutture	154	16	10,39	56	36,36	66	42,86	16	10,39	0	0
Donne che non eseguiranno il pap test	159	19	11,95	64	40,25	50	31,44	22	13,84	4	2,52
<i>Totale</i>	<i>1.000</i>	<i>192</i>	<i>19,20</i>	<i>346</i>	<i>34,60</i>	<i>323</i>	<i>32,30</i>	<i>126</i>	<i>12,60</i>	<i>13</i>	<i>1,30</i>

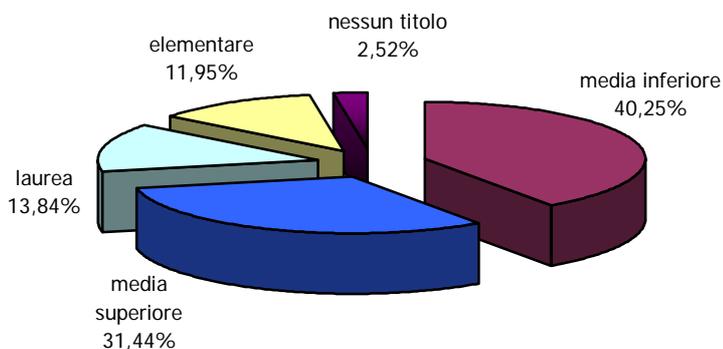
**Figura 38.** Titolo di studio posseduto dalle donne che hanno dichiarato che avrebbero aderito all'offerta dell'Azienda USL di Ferrara



**Figura 39.** Titolo di studio posseduto dalle donne che hanno dichiarato di accedere a strutture diverse da quelle dell'Azienda USL di Ferrara



**Figura 40.** Titolo di studio posseduto dalle donne che hanno dichiarato che non avrebbero eseguito lo *screening*



È ovviamente un'ipotesi tutta da confermare e questa relazione, redatta in via preliminare e quando l'indagine conoscitiva non è ancora conclusa, lascia senza risposta alcuni quesiti e non completati alcuni riscontri analitici.

È da chiarire in primo luogo se la dichiarata disponibilità ad eseguire il pap test presso le strutture aziendali si è poi trasformata nell'effettivo accesso alle stesse. È da completare l'analisi della distribuzione territoriale dei tre gruppi di donne per un confronto con il comportamento emerso nel secondo *round*. Sono da mettere in relazione con il titolo di studio posseduto le motivazioni che ciascun gruppo ha fornito per chiarire le proprie scelte.

Queste ed altre eventuali valutazioni saranno effettuate con la chiusura del terzo *round*.



# **Donne immigrate e prevenzione**



## 6. I programmi di *screening* a Cesena <sup>27</sup>

I dati riferiti alla realtà cesenate evidenziano la presenza di una disuguaglianza statisticamente significativa tra il tasso di adesione delle donne italiane (54%) e di quelle straniere con particolare riferimento a quelle provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (37%).

Tale differenza, in realtà, potrebbe essere anche maggiore di quella registrata. Il dato relativo alla bassa adesione delle donne immigrate è infatti probabilmente ancora più basso del 37%, se si considera che i dati della popolazione di riferimento si riferiscono alle sole donne straniere residenti e non a quelle presenti domiciliate o irregolari (STP).

Viceversa nelle italiane, come è stato verificato da alcune ricerche, le donne che risultano non aderenti (alla banca dati del centro *screening*) spesso non sono vere non aderenti, in quanto si sottopongono al pap test presso ginecologi privati senza comunicarlo al centro *screening*. Questo percorso alternativo, che prevede un costo economico, probabilmente non è praticato, o lo è in un numero limitato di casi, dalle donne straniere.

**Tabella 25.** Adesione allo *screening* per il tumore del collo dell'utero per cittadinanza (italiana e straniera). Azienda USL di Cesena, anni 2003-2004

	Aderenti allo <i>screening</i>					
	no N.	sì N.	tot N.	no %	sì %	tot %
italiane	16.246	19.312	35.558	46	54	100
straniere provenienti da:						
Paesi a forte pressione migratoria	1.928	1.122	3.050	63	37	100
Paesi a sviluppo avanzato	657	514	1.171	56	44	100
totale straniere	2.585	1.636	4.221	61	39	100
<i>totale</i>	<i>18.831</i>	<i>20.948</i>	<i>39.779</i>	<i>47</i>	<i>53</i>	<i>100</i>

<sup>27</sup> A cura di Mauro Palazzi, Azienda USL di Cesena. Titolo originale "La partecipazione delle donne straniere al Programma di screening per la prevenzione del tumore dell'utero nel territorio di Cesena". Tratto da Azienda USL di Cesena, Associazione Salem, 2006.

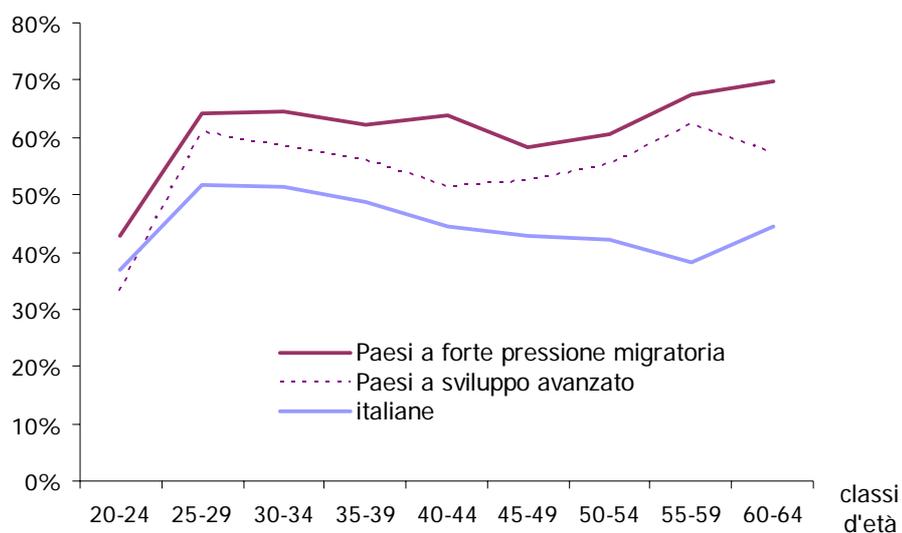
Come si vede in Tabella 26, la percentuale di non aderenti varia a seconda delle diverse nazioni di provenienza: aderiscono di più le donne provenienti da alcuni Paesi dell'Est Europa e soprattutto da alcuni Paesi sud americani (Argentina e Venezuela) e dal Senegal.

**Tabella 26.** Adesione allo *screening* per il tumore del collo dell'utero per i principali Paese di provenienza delle residenti con cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria. Azienda USL di Cesena, anni 2003-2004

Paesi a forte pressione migratoria	Aderenti allo <i>screening</i>					
	no N.	sì N.	tot N.	no %	sì %	tot %
<i>totale</i>	1.928	1.122	3.050	63	37	100
Albania	266	130	396	67	33	100
Ucraina	171	121	292	59	41	100
Marocco	188	93	281	67	33	100
Polonia	152	111	263	58	42	100
Bulgaria	151	75	226	67	33	100
Romania	147	76	223	66	34	100
Cina	90	48	138	65	35	100
Brasile	65	37	102	64	36	100
Tunisia	67	30	97	69	31	100
Argentina	52	43	95	55	45	100
Jugoslavia (Serbia Montenegro)	58	21	79	73	27	100
Nigeria	54	23	77	70	30	100
Moldavia	39	30	69	57	43	100
Russia (ex Unione sovietica)	43	18	61	70	30	100
Perù	25	13	38	66	34	100
Cuba	25	12	37	68	32	100
Senegal	18	18	36	50	50	100
Venezuela	14	21	35	40	60	100
Colombia	19	13	32	59	41	100
Repubblica dominicana	18	12	30	60	40	100
Algeria	18	9	27	67	33	100
Filippine	15	11	26	58	42	100
Bangladesh	16	9	25	64	36	100
Bosnia-Erzegovina	15	10	25	60	40	100

Anche l'andamento rispetto all'età è diverso, in quanto nelle italiane le non aderenti sono soprattutto le più giovani e tendono a diminuire con l'età, mentre per le straniere il livello di non adesione si mantiene con un andamento quasi costante per tutte le età.

**Figura 41.** Percentuale di donne che non hanno aderito allo *screening* del carcinoma della cervice uterina nelle diverse classi d'età. Azienda USL di Cesena, anni 2003-2004





## 7. I programmi di *screening* a Bologna<sup>28</sup>

### Adesione, criticità, spazi di intervento

Il Laboratorio dei cittadini per la salute dell'Azienda USL di Bologna,<sup>29</sup> nell'ambito di un progetto di promozione della prevenzione oncologica<sup>30</sup> ha svolto un'indagine per approfondire il rapporto tra le popolazioni straniere presenti nel territorio dell'Azienda USL di Bologna e gli *screening*.

Obiettivo del progetto è infatti quello di accrescere le conoscenze dei cittadini rispetto ai comportamenti adeguati e agli strumenti utili e appropriati di prevenzione oncologica, favorire un accesso informato e consapevole ai programmi regionali di *screening* e incrementare l'adesione a questi in virtù della loro efficacia, partendo dai bisogni informativi specifici delle popolazioni interessate (fasce bersaglio). Sulla base di questo presupposto, il Laboratorio ha effettuato un'analisi delle fasce bersaglio dei tre programmi di *screening*, rivolgendo una particolare attenzione alle fasce deboli e alla popolazione straniera immigrata.

L'analisi ha permesso di stimare, tra le altre cose, sia i dati relativi al peso - numerico e percentuale - che le popolazioni straniere hanno oggi all'interno delle fasce bersaglio dei programmi, sia in modo più dettagliato la presenza e la distribuzione delle popolazioni maggiormente interessate dai programmi stessi nel territorio dell'Azienda USL di Bologna.

---

<sup>28</sup> A cura di Mary Benedettini, Davide Medici, Azienda USL di Bologna.

<sup>29</sup> Il Laboratorio dei cittadini per la salute è un'esperienza di partecipazione nata nel 2004 nell'Azienda USL di Bologna. È composto da cittadini e operatori sanitari che lavorano insieme per favorire la partecipazione della comunità alle scelte per la salute e per sviluppare strategie di *empowerment* sul territorio, ovvero per offrire ai cittadini, a partire dai loro bisogni informativi specifici, le conoscenze necessarie ad utilizzare i servizi sanitari con maggiore consapevolezza.

<sup>30</sup> Il progetto è intitolato "La diagnosi precoce delle malattie: il Programma regionale degli screening oncologici e i protocolli spontanei di diagnosi precoce".

**Tabella 27.** Fasce bersaglio degli *screening*. Numerosità delle popolazioni straniere nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

<b>Programma di screening</b>	<b>Fascia bersaglio del programma</b>	<b>Popolazione target dello screening</b>	<b>di cui stranieri (residenti e domiciliati)</b>	<b>Peso percentuale degli stranieri</b>
<i>Screening</i> collo dell'utero	Donne 25-64 anni	235.000	22.007	9,3%
<i>Screening</i> mammografico	Donne 50-69 anni	110.000	3.349	3,1%
<i>Screening</i> colon retto	Donne e uomini 50-69 anni	210.000	5.971	2,8%

Fonte: Anagrafe sanitaria Azienda USL di Bologna, dicembre 2005.

Coinvolgere le popolazioni straniere per stimolarne l'adesione ai programmi di *screening* presenta un insieme complesso di variabili e problematiche, spesso legate tra loro. Oltre a barriere di carattere socio-economico, a livello di scolarizzazione o culturali, le difficoltà di accesso possono riguardare in primo luogo la comunicazione, o caratterizzarsi per barriere di tipo linguistico. Oppure possono manifestarsi aspetti più profondi e radicati, caratteristici all'interno del contesto culturale di provenienza: cura del sé, propensione al concetto stesso di prevenzione, ruolo della donna nella società, e via dicendo.

L'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna già nel 2003 invitava a porre, rispetto al Programma di *screening* per la prevenzione del tumore del collo dell'utero "una particolare attenzione per monitorare e migliorare l'adesione delle donne, promuovendo specifici interventi in gruppi ad alto rischio e a bassa partecipazione" (Regione Emilia-Romagna, 2003a), e per quanto riguarda il Programma di *screening* mammografico indicava la necessità di "un ulteriore sforzo per migliorare l'adesione delle donne" (Regione Emilia-Romagna, 2003b). Questi concetti sono stati ulteriormente ribaditi dal Piano regionale della prevenzione (AA.VV., 2006, pp. 16 e 20), e rafforzati dall'indicazione di estendere l'invito a partecipare agli *screening* anche a tutte le persone e domiciliate nel territorio, oltre che a quelle residenti, compresi i cittadini stranieri. Ciò comporta la necessità di un ulteriore impegno da parte dei servizi ad ampliare il proprio raggio verso queste persone, attività che prevede un notevole sforzo iniziale in termini di comunicazione, coinvolgimento e miglioramento dei percorsi di accesso.

In tal senso, il Laboratorio si propone di sviluppare un tipo di comunicazione mirata, mediante la messa a punto e lo sviluppo di strumenti di comunicazione non tradizionali - passaparola, utilizzo di reti sociali di relazione come canali di trasmissione dell'informazione e dei messaggi - e il coinvolgimento di specifici *stakeholder*, associazioni e *testimonial* significativi di riferimento per le diverse popolazioni. Anche per questo motivo si è rivelata indispensabile un'analisi particolarmente dettagliata della presenza delle popolazioni numericamente più interessate dai programmi e della loro distribuzione nel territorio e nei Distretti dell'Azienda USL.

**Tabella 28.** Programma di *screening* per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero. Popolazioni straniere *target* dello *screening* (donne tra i 25 e i 64 anni) prevalenti<sup>31</sup> nei Distretti dell'Azienda USL

<b>Distretto Città di Bologna</b>	<b>Distretto Pianura Est</b>	<b>Distretto Pianura Ovest</b>	<b>Distretto San Lazzaro di Savena</b>	<b>Distretto Casalecchio di Reno</b>	<b>Distretto Porretta Terme</b>
Filippine 1.386	Marocco 471	Marocco 398	Marocco 180	Marocco 291	Marocco 471
Ucraina 1131	Ucraina 306	Romania 142	Romania 165	Romania 259	Romania 200
Romania 728	Romania 265	Cina 100	Ucraina 120	Albania 199	
Marocco 716	Albania 190		Albania 105	Filippine 185	
Moldova 667			Polonia 98	Ucraina 184	

**Tabella 29.** Programma di *screening* per la prevenzione del tumore della mammella. Popolazioni straniere *target* dello *screening* (donne tra i 50 e i 69 anni) prevalenti nei Distretti dell'Azienda USL

<b>Distretto Città di Bologna</b>	<b>Distretto Pianura Est</b>	<b>Distretto Pianura Ovest</b>	<b>Distretto San Lazzaro di Savena</b>	<b>Distretto Casalecchio di Reno</b>	<b>Distretto Porretta Terme</b>
Ucraina 383	Ucraina 130	Marocco 40	Ucraina 36	Ucraina 52	Marocco 48
Filippine 285	Marocco 51	Polonia 28	Marocco 28	Polonia 47	Ucraina 29
Polonia 150	Polonia 43	Ucraina 25	Albania 23	Marocco 36	Albania 26
			Polonia 23	Filippine 32	

**Tabella 30.** Programma di *screening* per la prevenzione del tumore del colon retto. Popolazioni straniere *target* dello *screening* (uomini e donne tra i 50 e i 69 anni) prevalenti nei Distretti dell'Azienda USL

<b>Distretto Città di Bologna</b>	<b>Distretto Pianura Est</b>	<b>Distretto Pianura Ovest</b>	<b>Distretto San Lazzaro di Savena</b>	<b>Distretto Casalecchio di Reno</b>	<b>Distretto Porretta Terme</b>
Filippine 438	Ucraina 135	Marocco 121	Marocco 71	Marocco 98	Marocco 144
Ucraina 393	Marocco 131	Polonia 32	Albania 39	Albania 62	Albania 44
Marocco 317	Albania 72	Albania 31	Ucraina 37	Ucraina 54	
Albania 190			Pakistan 27	Polonia 50	

<sup>31</sup> Per popolazioni prevalenti si intendono le popolazioni che raggiungono il 50% +1 delle 15 popolazioni più numerose, in ciascuno dei sei Distretti dell'Azienda USL.

## **7.1. Percentuali di adesione ai programmi di *screening* nell'anno 2004**

Un primo elemento utile per valutare il grado di conoscenza degli *screening* delle popolazioni straniere, e per saggiare i potenziali bisogni informativi specifici di queste popolazioni, si può ottenere verificando le percentuali di risposta all'invito a partecipare. Il tasso di adesione rappresenta quindi una prima misura di come le popolazioni straniere reagiscono al sistema oggi in uso per promuovere la partecipazione agli *screening*, che si compone di campagne di comunicazione studiate per la popolazione italiana e di lettere di invito in lingua italiana.

Si riportano di seguito le cifre relative all'adesione ai programmi di *screening* per l'anno 2004 delle quindici popolazioni straniere che presentano al loro interno le fasce *target* degli *screening* più numerose nel territorio dell'Azienda USL di Bologna.

La programmazione degli inviti a partecipare si basava sui dati dell'anagrafe sanitaria del 2003, e le lettere erano comunque indirizzate unicamente alle donne residenti e non a quelle domiciliate. È un dato che si può confrontare con l'adesione per l'anno 2004 di tutta la popolazione interessata dai programmi. Questo confronto può fornire spunti per valutare il grado di efficacia della lettera di invito a partecipare rispetto a ciascuna popolazione straniera.

**Tabella 31.** Programma di *screening* per la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

<b>Popolazione</b>	<b>Numero donne invitate anno 2003</b>	<b>Numero donne aderenti (risposte all'invito)</b>	<b>Percentuale di adesione</b>
Ucraina	326	174	53,4%
Russia	196	99	50,5%
Centro e Sud America <sup>32</sup>	354	178	50,3%
Moldova	132	63	47,7%
Polonia	273	118	43,2%
Romania	441	185	42,0%
Albania	345	142	41,2%
Marocco	910	341	37,5%
Tunisia	267	99	37,1%
Cina	200	70	35,0%
Filippine	483	166	34,4%
Bangladesh	72	24	33,3%
Serbia - Montenegro	242	80	33,1%
Pakistan	141	46	32,6%
Sri Lanka	110	35	31,8%
<i>Totale</i>			<i>40,5%</i>

<sup>32</sup> La popolazione peruviana risulta al quindicesimo posto per numero di presenze nella provincia di Bologna. Secondo quanto riferito da mediatrici culturali che collaborano con il Laboratorio, le associazioni peruviane rappresentano talvolta un punto di riferimento anche per persone provenienti da altri paesi del Centro e Sud America (soprattutto per ragioni di carattere linguistico). Fanno eccezione, rispetto a quanto appena affermato, le popolazioni dell'Argentina (presenti sul territorio con associazioni culturali proprie, e spesso legate all'Italia da vincoli di parentela: una fetta consistente della popolazione argentina ha infatti radici nel Paese), quelle provenienti dall'area dei Caraibi (Cuba, Repubblica Dominicana, ecc.) e ovviamente la popolazione brasiliana (unico paese dell'America Latina nel quale la lingua ufficiale è il portoghese). Si è ritenuto perciò opportuno procedere accorpando a quella peruviana le popolazioni provenienti dagli altri paesi ispano-americani, tenendo presenti le eccezioni appena menzionate. Una volta messe a punto, le eventuali azioni di comunicazione (in lingua spagnola, ad esempio) risulterebbero fruibili per tutto quel contesto. L'accorpamento effettuato ha lo scopo di stimare una misura del potenziale bacino di fruizione di questi interventi.

**Tabella 32.** Programma di *screening* per la diagnosi precoce del tumore della mammella

<b>Popolazione</b>	<b>Numero donne invitate anno 2003</b>	<b>Numero donne aderenti (risposte all'invito)</b>	<b>Percentuale di adesione</b>
Filippine	127	82	64,6%
Romania	93	40	43,0%
Polonia	145	62	42,8%
Cina	54	22	40,7%
Serbia - Montenegro	92	36	39,1%
Ucraina	60	21	35,0%
Albania	129	39	30,2%
Marocco	182	42	23,1%
Russia	46	10	21,7%
Centro e Sud America	141	29	20,6%
Sri Lanka	30	12	40,0%
Tunisia	19	4	21,1%
Moldova	12	6	50,0%
Pakistan	10	0	0,0%
Bangladesh	1	1	100,0%
<i>Totale</i>			<i>35,6%</i>

Nel 2004 l'adesione complessiva allo *screening* del collo dell'utero è stata del 57%. La media di adesione della popolazione straniera ha raggiunto invece il 40,5%, mostrando però differenze evidenti al proprio interno: si passa infatti dal 53,4% di adesione della popolazione ucraina (dato molto vicino alla percentuale di adesione complessiva) al 31,8% delle donne provenienti dallo Sri Lanka.

Per quello che riguarda lo *screening* mammografico, l'adesione complessiva nel 2004 è stata del 57,5%. In questo caso l'adesione media della popolazione straniera è stata del 35,6%, con un massimo del 64,4% delle donne filippine e un minimo del 20,6% delle donne provenienti da paesi del Centro e del Sud America.<sup>33</sup>

Da questi dati si evince che lo *screening* mammografico risulta nella maggior parte dei casi e presso le due popolazioni più numerose tra quelle prese in esame (Marocco e Ucraina) più disatteso rispetto allo *screening* del collo dell'utero, con differenze percentuali anche abbastanza consistenti. In alcuni casi le percentuali sono invece paragonabili (Romania, Polonia e Cina). La popolazione filippina si distingue per una maggiore risposta allo *screening* mammografico, percentualmente quasi doppia rispetto a quella del collo dell'utero. Per altre popolazioni - per esempio quelle che vedono al

<sup>33</sup> Considerato il numero poco significativo di donne invitate di Sri Lanka, Tunisia, Moldova, Pakistan e Bangladesh, è sembrato inopportuno inserirle in un confronto di questo tipo.

proprio interno popolazione *target* dello *screening* mammografico poco significative sotto il profilo numerico - risulta poco opportuno un confronto tra le percentuali di adesione ai due programmi di *screening* femminili.

Il fattore di rilievo che contraddistingue i *target* dei due *screening* è l'età. Si può avanzare l'ipotesi che siano le donne più avanti con l'età ad incontrare maggiori difficoltà di accesso all'informazione o al servizio stesso. O piuttosto che esista un differente grado di familiarità verso il pap test rispetto alla mammografia.

Inoltre, questa analisi permette di osservare l'esistenza di comportamenti abbastanza comuni e omogenei tra le diverse aggregazioni (geografiche e culturali) rispetto alla prevenzione oncologica.

- Nelle popolazioni dell'Est europeo (Albania, Moldova, Polonia, Russia, Serbia - Montenegro, Ucraina) è possibile osservare le percentuali di adesione più elevate rispetto allo *screening* del collo dell'utero. Si passa infatti da un 53,4% di partecipazione delle donne ucraine a un 33,1% delle serbo-montenegrine. Per quello che riguarda lo *screening* mammografico, queste popolazioni si caratterizzano per avere al loro interno un consistente numero di donne interessate, soprattutto quelle provenienti da Ucraina e Polonia. I tassi di adesione variano tra il 43% della popolazione polacca e il 30,2% di quella albanese. Quando si prendono in esame queste popolazioni (soprattutto Moldova, Polonia e Ucraina) occorre sottolineare che una loro fetta consistente non è residente in provincia ma solo domiciliata. Ciò determina il fatto che molte donne nel 2004 non erano comprese nella popolazione cui spedire l'invito a partecipare. Inoltre queste popolazioni si caratterizzano per una presenza non continuativa sul territorio, legata a possibilità di lavoro anch'esse non necessariamente continuative. Non è quindi assurdo ipotizzare, anche se non è possibile documentarlo, che queste donne effettuino esami - tra cui quelli di diagnosi precoce - nel loro paese di provenienza.
- Le popolazioni provenienti dall'Africa del Nord (Marocco e Tunisia) mostrano un'analoga percentuale di adesione allo *screening* del collo dell'utero, rispettivamente del 37,5% e del 37,1%. Più ridotte sono invece le percentuali di adesione allo *screening* mammografico (23,1% nelle donne marocchine, 21,1% nelle tunisine).
- Le donne provenienti dalle Filippine compongono una comunità piuttosto cospicua, quarta per numerosità del *target* dello *screening* del collo dell'utero (1.730 donne) e seconda per lo *screening* mammografico (346 donne). Per quello che riguarda lo *screening* del collo dell'utero, la percentuale di adesione è del 34,4%. In controtendenza è invece il dato di adesione allo *screening* mammografico: nel 2004 il 64,4% delle donne ha risposto all'invito ad effettuare l'esame.
- Le altre popolazioni provenienti da paesi asiatici (Bangladesh, Cina, Pakistan, Sri Lanka) mostrano un grado di adesione ai programmi più ridotto. Si tratta di popolazioni prevalentemente giovani, interessate soprattutto dallo *screening* del collo dell'utero, con l'eccezione delle donne provenienti dalla Cina. Queste ultime mostrano percentuali di adesione a entrambi gli *screening* piuttosto vicine (35% per quello del collo dell'utero, 40,7% per quello mammografico). Le altre tre popolazioni mostrano

basse percentuali di adesione allo *screening* del collo dell'utero (33,3% per quanto riguarda le donne bengalesi, 32,6% le donne pakistane e 31,8% le donne cingalesi).

- Per quanto riguarda le popolazioni del Centro e Sud America, nel 2004 una donna su due ha risposto positivamente all'invito a partecipare allo *screening* del collo dell'utero (50,3% di adesione). Diversa è la situazione per lo *screening* mammografico, dove solo una donna su cinque di quelle invitate (20,6%) ha risposto.

## **7.2. Quali interventi: comunicazione partecipata e passaparola**

Metodologia del Laboratorio è quella di adottare differenti percorsi di comunicazione e coinvolgimento a favore del più ampio numero delle componenti delle fasce bersaglio degli *screening*, cercando di fare proprie le diverse esigenze informative derivanti dall'appartenenza a fasce di popolazione differenti. In questo senso, il coinvolgimento attivo delle comunità (attraverso il contatto con *leader* di riferimento, con *testimonial* significativi e i servizi di mediazione culturale) rappresenta una componente fondante nel processo e nello sviluppo di azioni di *empowerment* da realizzarsi attraverso le reti di relazione nel territorio.

Oltre agli strumenti di comunicazione tradizionali, il Laboratorio mira a valorizzare la relazione e la comunicazione diretta. I legami di comunità presenti all'interno del tessuto sociale rappresentano pertanto, nell'ottica metodologica del Laboratorio, un elemento strategico attraverso il quale può prendere forma un tam tam virtuoso, e l'informazione può essere veicolata grazie al passaparola.

Come accennato in precedenza, il Laboratorio sta collaborando con *stakeholder* di riferimento (responsabili e operatori di sportelli per l'immigrazione, associazioni per l'accoglienza degli immigrati, associazioni di stranieri, mediatrici culturali, medici di medicina generale) per rendere le attività di comunicazione personalizzate e adeguate alle diverse esigenze delle popolazioni presenti sul territorio. Per meglio dire, obiettivi della collaborazione sono la produzione di strumenti di informazione adeguati (per esempio in lingua), la costruzione dei messaggi, la pianificazione partecipata di strategie e interventi comunicativi efficaci, l'individuazione di reti di relazione capillari all'interno delle comunità stesse.

Contemporaneamente, un tema al centro del dialogo tra il Laboratorio e gli operatori dei servizi sanitari riguarda la facilitazione dell'accesso di queste popolazioni, al fine di individuare possibili azioni di miglioramento.

È importante tenere presente che molte popolazioni provengono da paesi nei quali le attività di prevenzione sono estremamente ridotte, generalmente limitate a campagne di vaccinazione (Mazzetti, 2001, p. 60). Pertanto gli *screening* e la prevenzione oncologica risultano per molte donne una novità, un elemento non immediato da fare proprio, specialmente se l'approccio con la realtà italiana è complesso e disagiato, condizionato da ostacoli di natura sociale, economica, linguistica e culturale.

L'ipotesi di svolgere interventi modulati per le diverse popolazioni non deriva unicamente dai risultati di adesione che si dimostrano in molti casi non adeguati o comunque lontani dalle soglie di accettabilità. Si sa che un elemento fondamentale per la buona riuscita di uno *screening* è la prima fase, quella relativa alla comunicazione (Biocca *et al.*, 1997)<sup>34</sup> e alla sensibilizzazione delle popolazioni *target* a partecipare.

Un'indagine effettuata presso le popolazioni femminili del Nord Africa pubblicata nel 2004 rivela come la campagna di comunicazione in essere all'epoca, messa in atto dalla Regione Emilia-Romagna per promuovere gli *screening* del collo dell'utero e mammografico, abbia avuto effetti limitati (Fergola, 2004). Le donne intervistate dichiaravano di non percepire il messaggio della campagna come rivolto a loro, che lo slogan era poco chiaro, il *testimonial* sconosciuto, le informazioni sugli opuscoli comprensibili solo da parte di quante conoscevano l'italiano ed erano già a conoscenza del problema. Venivano invece sottolineate l'importanza della gratuità dell'esame e la necessità di una comunicazione diretta con gli operatori. Un fattore trainante infine era quello del passaparola da parte di donne che avevano risposto all'invito.

Ciò che si evince da un'indagine come questa è che un'unica modalità di comunicazione e un unico messaggio standard non sono in grado di raggiungere tutta la popolazione *target* - nella sua diversità e complessità<sup>35</sup> - cui si rivolgono.

---

<sup>34</sup> Vedi anche *La comunicazione degli screening. Documento di Bertinoro in Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili. Secondo Rapporto*. 2003.

Documento scaricabile dal sito

<http://www.regione.emilia-romagna.it/screening/documentazione/documentazione.htm>

<sup>35</sup> È sempre utile ricordare che in Italia ci sono voluti decenni perché nella popolazione femminile si sedimentasse il concetto di prevenzione (Mazzetti, 2001, p. 61).



## 8. I programmi di *screening* a Reggio Emilia<sup>36</sup>

Nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia la popolazione interessata allo *screening* per la diagnosi precoce del tumore della mammella è attualmente di circa 57.000 donne. Il programma è partito nel 1995 e con il 2000 l'estensione è stata completata a tutto il territorio provinciale.

La popolazione interessata allo *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero è attualmente di circa 135.000 donne. Il programma è partito nel 1996 su tutto il territorio provinciale.

La popolazione interessata allo *screening* per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto è attualmente di circa 115.000 persone. Il programma è partito nel marzo 2005 su tutto il territorio provinciale.

L'opportunità di partecipare ai programmi di *screening* è stata offerta a tutte le persone residenti a prescindere dalla cittadinanza; l'adesione ai programmi è il primo indicatore che permette di capire quanto l'equità di offerta si trasformi in equità di accesso.

L'anagrafe assistiti, base informativa utilizzata per invitare la popolazione *target* a partecipare ai programmi di prevenzione e diagnosi precoce, mostra la seguente composizione per cittadinanza.

**Tabella 33.** Composizione della popolazione invitata a partecipare ai programmi di *screening* nel territorio dell'Azienda USL di Reggio Emilia

	<b>Donne 50-69 anni (agosto 2005) <i>screening</i> mammella</b>	<b>Donne 25-64 anni (agosto 2005) <i>screening</i> collo utero</b>	<b>Donne e uomini 50-69 anni (maggio 2006) <i>screening</i> colon retto</b>
popolazione residente	57.087	135.286	114.720
cittadinanza italiana	55.659	124.498	111.263
cittadinanza straniera	1.428	10.788	3.457
% cittadinanza straniera	2,5	8,0	3,0

<sup>36</sup> A cura di Luisa Paterlini, Cinzia Campari e Antonella Cattani, Azienda USL di Reggio Emilia.

## 8.1. *Screening* per la diagnosi precoce del tumore della mammella

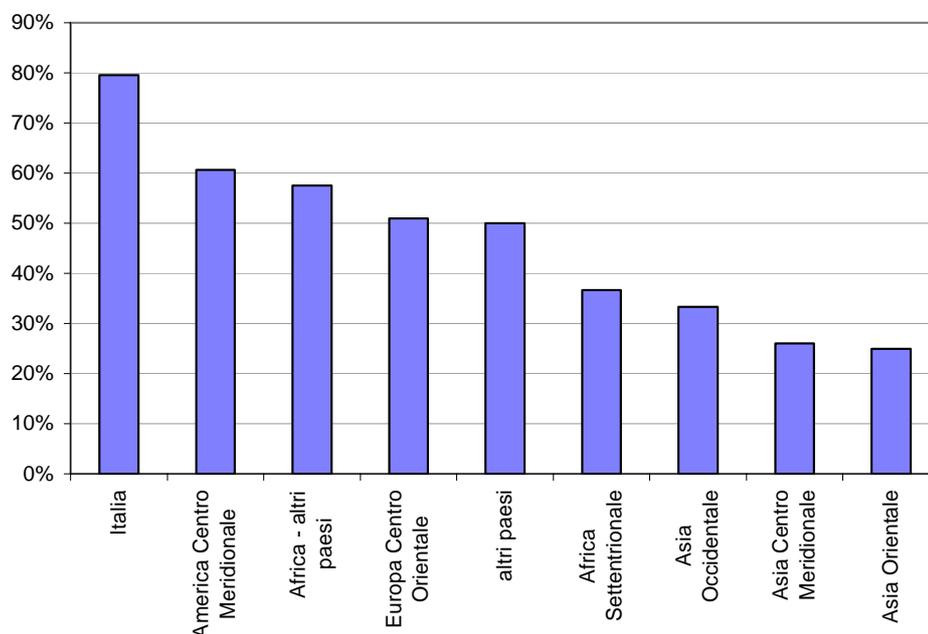
Sono state quasi 55.000 le donne invitate nel periodo luglio 2003 - giugno 2005 (2 anni è il periodo in cui tutte le donne *target* potenziali del programma devono essere raggiunte); non vengono invitate le donne già in *follow up* per precedente diagnosi di tumore alla mammella.

Il 97,3% delle donne invitate risulta di cittadinanza italiana, il restante 2,7% di cittadinanza straniera; tra queste sono particolarmente rappresentate le donne dell'Europa centro-orientale, seguite da quelle di Africa settentrionale (Marocco, Egitto) e Asia centro-meridionale (India, Pakistan, Sri Lanka).

La partecipazione al programma, in termini di adesione all'invito e pertanto di esecuzione della mammografia di *screening*, è stata nei 2 anni analizzati complessivamente pari al 78,6%.

Si notano differenze tra le donne appartenenti a paesi diversi. Mentre le donne dell'America centro-meridionale hanno una buona adesione (60%), questa inizia a decrescere nelle donne dell'Europa centro-orientale (51%), per arrivare a quote decisamente inferiori per le cittadine di Marocco ed Egitto (37%) e India, Pakistan, Sri Lanka, Cina e Filippine (25-26%). Per altri gruppi la numerosità assoluta è decisamente scarsa.

**Figura 42.** Percentuale di adesione allo *screening* mammografico, per cittadinanza



## 8.2. **Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero**

Sono state più di 133.000 le donne coinvolte nel periodo luglio 2002 - giugno 2005 (3 anni è il periodo in cui tutte le donne *target* potenziali del programma devono essere raggiunte); non vengono invitate le donne che risultano isterectomizzate.

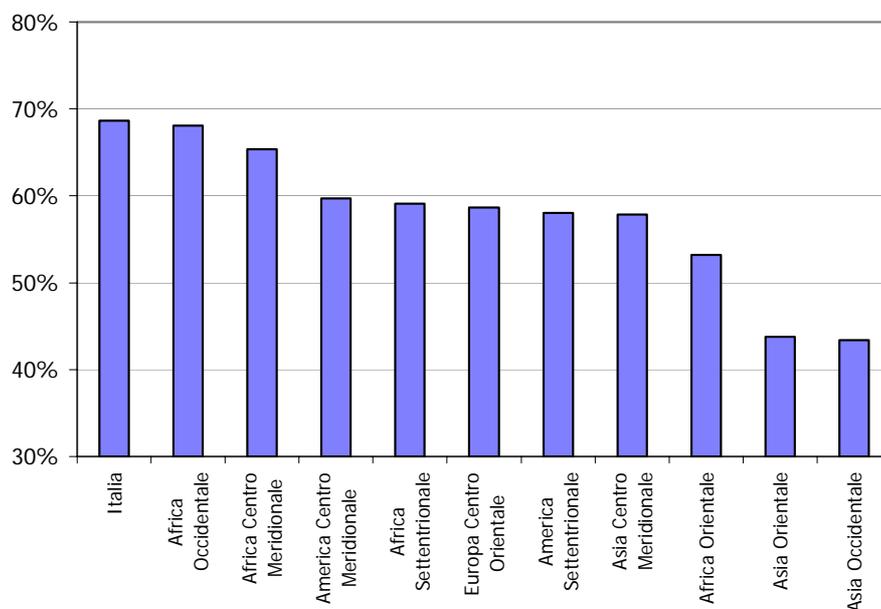
Il 91% delle donne è di cittadinanza italiana, il restante 9% di cittadinanza straniera; tra queste sono particolarmente rappresentate le donne dell'Europa centro-orientale, dell'Africa settentrionale (Marocco, Egitto), dell'Asia centro-meridionale (India, Pakistan, Sri Lanka), dell'Asia orientale (Cina, Filippine), dell'Africa occidentale e dell'America centro-meridionale.

La partecipazione al programma, in termini di esecuzione del pap test di *screening*, è stata nei 3 anni analizzati complessivamente pari al 67,8%.

Si notano differenze tra le donne appartenenti a paesi diversi. Le donne dei paesi dell'Africa occidentale mostrano risultati analoghi alle donne italiane; le donne dei paesi dell'America centro-meridionale, Africa settentrionale, Europa centro-orientale e Asia centro-meridionale hanno una buona adesione (58-60%); questa è decisamente inferiore nel gruppo ancorché numeroso delle donne dell'Asia orientale (44%).

È verosimile che i discreti risultati raggiunti siano da ascrivere al fatto che la rete dei consultori nella provincia costituisce già da diversi anni un buon punto di riferimento per le donne di cittadinanza straniera, in tutto il percorso che le accompagna nell'età riproduttiva.

**Figura 43.** Percentuale di adesione allo *screening* per il tumore del collo dell'utero, per cittadinanza



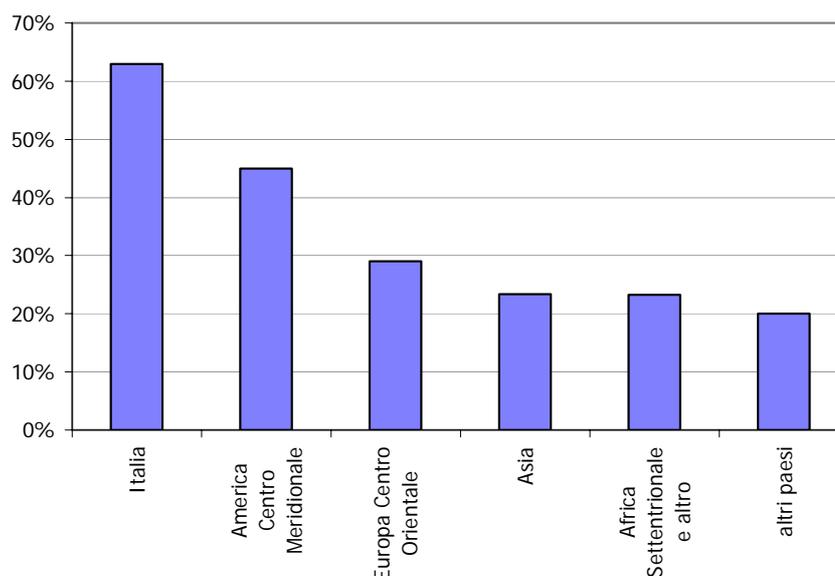
### 8.3. **Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto**

Sono state più di 45.000 le persone coinvolte nel periodo marzo 2005 - febbraio 2006 (primo anno di attività dello *screening*); non vengono invitate le persone già in *follow up* per precedente diagnosi di tumore del colon retto o con colonscopia effettuata nei 5 anni precedenti l'invito.

Il 99% delle persone coinvolte è di cittadinanza italiana, il restante 1% di cittadinanza straniera; queste percentuali si spiegano col fatto che nel primo anno del programma sono state invitate soprattutto le persone nella fascia 60-69 anni, e in questa fascia le persone con cittadinanza non italiana sono meno dell'1%.

La partecipazione al programma, in termini di esecuzione del test per la ricerca di sangue occulto, è stata complessivamente pari al 62,5%. Mentre le persone con cittadinanza italiana hanno partecipato per un 62,9%, le persone con cittadinanza straniera hanno aderito soltanto per un 26,6% senza particolari differenze tra paesi di origine.

**Figura 44.** Percentuale di adesione allo *screening* per il tumore del colon retto, per cittadinanza



#### *Conclusioni*

Anche se i risultati osservati sono nel complesso abbastanza soddisfacenti, si ritiene che per garantire l'equità di accesso anche alla rete della prevenzione si possano e si debbano attuare iniziative mirate ad alcune etnie, per favorirne un più ampio accesso.

# Bibliografia

- AA.VV. *Il Piano regionale della prevenzione dell'Emilia-Romagna. Intesa Stato-Regioni e Province autonome, 23 marzo 2005*. Collana Contributi, n. 44. Regione Emilia-Romagna, 2006.  
[http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/servizio\\_sanitario\\_regionale/prevenzione\\_malattie/documentazione/allegati\\_piano\\_prevenzione/pagina\\_piano\\_prevenzione/allegati\\_parte1/prev\\_1.pdf](http://www.saluter.it/wcm/saluter/sanitaer/servizio_sanitario_regionale/prevenzione_malattie/documentazione/allegati_piano_prevenzione/pagina_piano_prevenzione/allegati_parte1/prev_1.pdf)
- Ajzen I. *Attitudes, personality and behaviour*, Open University press, Milton, Keynes, 1988.
- Arbyn M., Quataert P., Van Hal G., Van Oyen H. Cervical cancer screening in the Flemish region (Belgium): measurement of the attendance rate by telephone interview. *European Journal of Cancer Prevention*, 6 (4): 389-398, 1997.
- Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17 (3): 393-404, 1995.
- Azienda USL di Bologna. *Indagine sul bisogno informativo delle donne che aderiscono al programma regionale di screening oncologici*. Report di ricerca, 2006a.
- Azienda USL di Bologna. *Le popolazioni straniere interessate dai programmi regionali di screening oncologici. Analisi quantitativa e distribuzione sul territorio della provincia di Bologna*. Report di ricerca, 2006b.
- Azienda USL di Cesena, Associazione Salem. *Profilo di salute della popolazione immigrate nei Comuni del territorio cesenate, 2006*.
- Bandura A. *Self-efficacy in hanging societies*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995.
- Barnes B. Biotechnology as expertise. In O'Mahony P. (ed.). *Nature, Risk and Responsibility*. London, Macmillan, 1999.
- Baron R.M., Kenny D.A. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 6: 1173-1182, 1986.
- Becker H. The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monograph*, 2: 324-508, 1974.
- Bedetti C., Geraci S., Guerra R. Atti del convegno "Esclusione e marginalità: scelte programmatiche e misure di contrasto alle disuguaglianze sociali nella salute". Roma, 14 dicembre 2000. Rapporti ISTISAN 01/30, Istituto superiore di sanità, 2001.
- Bertozzi N., Vitali P., Guidi S., Bakken E., Righi F., Molino N., Prati E., Palazzi M., Finarelli A.C., Furini A., Angelini P., Mignani R., Carrozzì G., Goldoni C.A., Del Giovane C., Agostini D., Pandolfi P. *PASSI. Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia. Emilia-Romagna. Indagine 2005*. Collana Contributi, n. 45. Regione Emilia-Romagna, 2006.

- Biavati P., Perlangeli V., Baldazzi P., Collina N. Studio sulla non adesione al programma di screening del tumore della cervice uterina nell'Azienda USL di Bologna Nord. *Atti della XXVII Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia "Epidemiologia clinica e valutazione dei servizi sanitari". Bologna, 20-22 ottobre 2003.* Sessione Poster. 2003
- Biocca M., Corciolani E., Gasperetti G., Paci E., Salmaso R., Vandelli P., Venturini A. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida.* Collana Dossier, n. 33. Regione Emilia-Romagna - CDS, Ravenna, 1997.  
[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss033.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss033.htm)
- Biocca M., Zappa M. *La comunicazione sugli screening. Documento di Bertinoro.* 2003  
[http://www.regione.emilia-romagna.it/screening/pdf/documento\\_Bertinoro.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/screening/pdf/documento_Bertinoro.pdf)
- Blakely T., Hales S., Woodward A. *Poverty. Assessing the distribution of health risks by socioeconomic position at national and local levels.* WHO, Geneva, 2004.
- Branca M. Screening del cervico-carcinoma e formazione continua. Il Progetto Leonardo da Vinci-Cytotrain. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 16 (4): 9-10, 2003.
- Bull J., Hamer L. *Closing the gap: setting local targets to reduce health inequalities.* NHS Health Development Agency, 2001.
- Clarke A. Population screening for genetic susceptibility to disease. *British Medical Journal*, 311 (1 July): 35-38, 1995.
- Commissione oncologica nazionale. Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale. Prevenzione e cura delle malattie oncologiche. *Gazzetta Ufficiale* n. 127, Supplemento Ordinario n. 88, 1 giugno 1996.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche. Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro. *Consenso sugli screening in oncologia: Indirizzo per la ricerca e raccomandazioni al Servizio sanitario nazionale.* Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma, Italia, 1996.
- Costa G, Perucci C, Dirindin N. Le disuguaglianze nella salute e il Piano sanitario. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23: 133-140, 1999.
- De Togni A., Simioli P., Sateriale M.C., Menghini L., Cucchi A., Ravasini G., Lupi S., Buriani O., Gregorio P. L'osservatorio delle disuguaglianze dell'Azienda USL di Ferrara. *Italian Journal of Public Health*, 1: 123, 2003.
- Domenighetti G., Quaglia J., Inderwildi Bonivento L. *I determinanti eco-socio-economici della salute. Una prima analisi concernente il Cantone Ticino.* Dipartimento delle spese sociali, Bellinzona, 2000.
- Escoyez B., Mairiaux P. Breast and cervical cancer screening: beliefs and behaviours among the female population of the city of Liegi (Belgium). *Rev Med Liege*, 58 (5): 319-326, 2003.
- Fergola F. *Social marketing, immigrazione e campagne di prevenzione socio-sanitaria. Il caso delle donne nordafricane, in Islam e Bologna. Un anno di ricerche di tirocinio all'Osservatorio provinciale delle Immigrazioni (sintesi 2003),* ottobre 2004.
- Festinger L. *A Theory of Cognitive Dissonance.* Stanford, Stanford University Press, 1957.

- Fin M., Finarelli A.C., Naldoni C. *Il programma di screening per la prevenzione dei tumori*. Regione Emilia-Romagna, 2004.
- Fishbein M., Ajenz I. *Beliefs, attitude, intention and behavior*, Reading, Mass, Addison-Wesley, 1975.
- Giddens A. *Modernity and Self Identity*. Cambridge, Polity Press, 1991.
- Giordano L., Segnan N., Stefaniti V., Marra V., Dal masso M., Mari S., Frigerio A. Eurotrial 40: effetti di diverse strategie comunicative nell'adesione all'invito allo screening. *Atti della XXVII Riunione annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia "Epidemiologia clinica e valutazione dei servizi sanitari" Bologna, 20-22 ottobre 2003*. Relazione. 2003
- Holger-Maehle A. The search for objective communication: Medical photography in the XIX century. In Mazzolini R. (a cura di). *Non Verbal Communication in Science Prior to 1900*. Firenze, Olschki, 1993.
- Hughes B. Medicalized bodies. In Hancock P., Hughes B., Jagger E., Paterson K., Russell R., Tulle-Winton E., Tyler M. (eds.). *The Body, Culture and Society*. Buckingham, Open University Press, 2000.
- IARC Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. *British Medical Journal*, 293: 659-664, 1986.
- ISTAT. *La povertà in Italia nel 2001*. Note rapide, anno 7, n. 2, 17 luglio 2002.
- Last J.M. The clinical iceberg. *The Lancet*, 2: 28-30, 1963.
- Majani G. *Introduzione alla psicologia della salute*. Trento, Erickson, 1999.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365: 1099-1104, 2005.
- Mazzetti M. *Il dialogo transculturale in medicina*. Percorsi editoriali di Carocci Editore, Roma, 2001,
- Mechanic D., Volkart E.H. Illness behaviour and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behaviour*, 1: 86-90, 1960.
- Murru L. Corpi medici e risorse vitali. *Tempo Medico*, n. 707, 2001.
- Neilson A., Jones R.K.J. Women's lay knowledge of cervical cancer /cervical screening: accounting for non attendance at cervical screening clinics. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (3): 571-575, 1998.
- Oakley A. *The Captured Womb*. London, Blackwell, 1984.
- Perucci C.A., Rapiti E., Davoli M., Lagorio S., Arcà M., Miller A.B. Rome Women's Screening Study: Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Screening for Breast and Cervical Cancer. *Tumori*, 76: 365-369, 1990.
- Pinell P. Modern medicine and the civilising process. *Sociology of Health & Illness*, 18 (1): 1-16, 1996.

- Pizzini F. La costruzione sociale della gravidanza e del parto. In Bucchi M., Neresini F. (a cura di). *Sociologia della salute*. Roma, Carocci, 2001.
- Prior L. Review article. *Sociology of Health & Illness*, 23 (2): 251-252, 2001.
- Rapiti E., Perucci C.A., Agabiti N., Ancona C., Arca M., Di Lallo D., Forastiere F., Miceli M., Porta D. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. Tre esempi nel Lazio. *Epidemiologia e Prevenzione*, 23: 153-160, 1999.
- Regione Emilia-Romagna, Assessorato alla sanità. *Rapporto sul programma regionale di screening per la diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero*. Regione Emilia-Romagna luglio 2003a.
- Regione Emilia-Romagna. *Rapporto sul programma regionale di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella*. luglio 2003b.
- Regione Emilia Romagna. Assessorato alla sanità. *Rapporto sul programma regionale di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero*, 2004a.
- Regione Emilia-Romagna - Servizio sanitario regionale. *Il programma di screening per la prevenzione dei tumori femminili*. 2004b.
- Ronco G., Segnan N., Ponti A. Who has pap tests? Variables Associated with the Use of Pap- Tests in Absence of Screening Programmes. *Int J Epidemiol*, 20: 349-353, 1991.
- Ronco G., Zappa M., Naldoni C., Iossa A., Berrino F., Anghinoni E., Dalla Palma P., Maggino T., Vettorazzi M., Segnan N. Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro del collo dell'utero. *Epidemiologia e prevenzione*, 23 (Suppl.): 1-32, 1999.
- Rosselli del Turco M., Zappa M. (a cura di). *Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili. Secondo rapporto*. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma, 2003.
- Rosselli del Turco M., Zappa M. (a cura di). *Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili. Terzo rapporto*. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma, 2004.
- Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, n. 80, 1966.
- Rutter D., Quine L., Chesam D.J. *Social psychological approaches to health*. Harvester, New York, 1993
- Sasieni P.D., Adams J. Effect of screening on cervical cancer mortality in England and Wales: analysis of trends with age period cohort model. *British Medical Journal*, 318: 1244-1245, 1999.
- Sassoli de' Bianchi P., Finarelli A.C., Naldoni C., Landi P., Falcini F., Bucchi L., Ravaioli A., Colamartini A., Foca F., Vattiato R. *I programmi di screening oncologici. Emilia-Romagna. Report al 2005*. Collana Contributi, n. 48. Regione Emilia-Romagna, 2006.
- Segnan N., Armaroli P. Lo screening: cautele metodologiche e attenzioni organizzative. *Tendenze Nuove*, Il Mulino, Bologna, 2: 155-164, 2004.

- Segnan N., Mancini E., Sabbadini L., Ronco G., Frigerio A. Pap test e mammografia in Italia attraverso i risultati dell'indagine Multiscopo dell'anno 2000: diseguaglianze da ridurre e risorse riallocare. In Rosselli del Turco M., Zappa M. (a cura di). *Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili. Secondo rapporto*. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Roma, 2003, pp. 70-73.
- Selvin E., Brett K. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among white, black and hispanic women. *Am J Public Health*, 93: 618-623, 2003.
- Simoes E.J., Newschafer C.J., Hagdrup N., Ali-Abarghoui F., Tao X. Mack N., Brownson R.C. Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: a population based study. *J Community Health*, 24 (2): 115-130, 1999.
- Sutton S., Rutherford C. Sociodemographic and attitudinal correlates of cervical screening uptake in a national sample of women in Britain. *Social science and medicine*, n. 61, 2005.
- Wadsworth M. Family and education as determinants of health. In Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (eds.). *Health and Social Organization*. London, Routledge, 1996, pp. 152-170.
- Wardle J., McCaffery K., Nadel M., Atkin W. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Social science and medicine*, n. 59, 2004.
- Webster A. Innovative health technologies and the social: Redefining health, medicine and the body. *Current Sociology*, 50 (3): 443-457, 2002.
- Wee C.C., McCarthy E.P., Davis R.B., Phillips R.S. Screening for cervical and breast cancer: is obesity an unrecognized barrier to preventive care? *Am Intern Med*, 132 (9): 697-704, 2000.
- Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO, 1990.
- Zani B., Cicognani E. *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Zani B., Pietrantoni L. Donne e salute: un modello per predire l'intenzione ed eseguire il pap-test. In Zani B., Cicognani E. (a cura di). *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Zani B., Signani F., Braghini S. Donne e screening oncologico. Una ricerca-intervento sulla promozione della salute. *Psicologia della salute*, 4: 102-103, 1998.



# Allegati



## **Allegato 1.**

### **Questionario.**

### **Indagine sull'adesione alla campagna di *screening* per la prevenzione del tumore al collo dell'utero**





AZIENDA U.S.L. di CESENA  
Distretto Cesena-Savio  
**Dipartimento Cure Primarie**



**Screening prevenzione tumore collo dell'utero**  
U.O. Materno Infantile - U.O. Ginecologia - U.O. Anatomia Patologica

Via Cavalcavia, 288 – 47023 Cesena  
Tel. 0547/29125 – Fax 0547/24732

## QUESTIONARIO

Indagine sulla adesione alla campagna di screening  
per la prevenzione del tumore al collo dell'utero

L'Azienda USL di Cesena sta svolgendo, in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, un'indagine rivolta alle donne tra i 25 e i 64 anni destinatarie del Programma di screening tumore al collo dell'utero, per cercare di capire i motivi delle eventuali non adesioni al programma e migliorare così i servizi sanitari di prevenzione oncologica.

A tale scopo si è deciso di effettuare nel periodo marzo-aprile 2004 alcune interviste utilizzando il presente questionario.

I dati raccolti saranno elaborati e restituiti in forma aggregata e assolutamente anonima e utilizzati unicamente ai fini della presente indagine.

Distretto Cesena-Valle Savio  
Dipartimento Cure primarie  
Piazza Anna Magnani - Scala A - 47023 San Mauro in Valle (FC)  
**Segreteria screening: tel. 0547/394220 - fax 0547/394215**  
e-mail [scrutero@ausl-cesena.emr.it](mailto:scrutero@ausl-cesena.emr.it)  
Regione Emilia-Romagna - Servizio Sanitario Regionale

**Data** \_\_\_\_\_

**Intervistatrice** \_\_\_\_\_

**Intervista n.** \_\_\_\_\_

## SEZIONE 1. STATO DI SALUTE ATTUALE

### 1.1. Come descriverebbe il suo stato di salute negli ultimi dodici mesi?

molto buona  1      buona  2      mediamente buona  3      cattiva  4      molto cattiva  5

non risponde  9

### 1.2. Conosce donne che hanno effettuato il pap test (lo striscio)?

sì  1      no  2      non ricordo  3

non risponde  9

### 1.3. Secondo Lei a cosa serve il pap test o striscio?

---

---

---

non risponde  9

### 1.4. Lei ha mai fatto un pap test?

sì  1      no  2      non ricordo  3

↓

non risponde  9

#### 1.4.a. (Se sì) Ogni quanto tempo lo fa?

- 1 l'ha fatto una sola volta
- 2 tra 1 e 3 anni
- 3 ogni ..... anni (indicare ogni quanti anni fa lo striscio)

non risponde  9

#### 1.4.b. (Se sì) Mi saprebbe dire dove l'ha fatto?

- 1 consultorio familiare
- 2 studio ginecologico privato
- 3 ambulatorio dell'AUSL
- 4 a pagamento in struttura privata

non risponde  9

### 1.5. Ha mai fatto interventi di qualsiasi tipo all'utero?

sì  1      no  2      non ricordo  3

↓

non risponde  9

#### 1.5.a. (Se sì) Mi potrebbe dire di quali interventi si tratta?

---

---

---

---

non risponde  9

**1.6. Dove ha letto, sentito o visto notizie sul tumore del collo dell'utero? (anche più di una risposta)**

- 1 giornali o settimanali
- 2 TV o radio
- 3 materiale divulgativo, opuscoli
- 4 personale sanitario
- 5 amiche
- 6 familiari
- 7 medico di base

non risponde  
 9

**SEZIONE 2. IL PAP TEST**

Le propongo ora alcune affermazioni che riguardano il pap test (o striscio). Per ciascuna affermazione Le chiedo di dirmi quanto è d'accordo.

	per niente	poco	abbastanza	molto	moltissimo	non risponde
<b>2.1. Fare il pap test mi permetterebbe di scoprire che tutto va bene</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.2. Fare lo striscio per me è una perdita di tempo</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.3. Fare lo striscio mi provocherebbe disagio</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.4. Fare lo striscio mi consentirebbe una diagnosi precoce di tumore</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.5. Avere la possibilità di una diagnosi precoce è utile</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.6. Fare uno striscio può essere doloroso</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.7. Fare lo striscio mi permette di indagare su anomalie anche non cancerose</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.8. Indagare su anomalie anche non cancerose, se le ho, è bene</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.9. La sola idea di fare lo striscio mi preoccupa</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.10. Essere preoccupata non serve</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.11. Sarei molto imbarazzata se dovessi fare uno striscio</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.12. Fare lo striscio mi permetterebbe di fare un trattamento precoce</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.13. Poter fare un trattamento precoce è utile</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.14. Facendo lo striscio posso avere conferma che non ho nulla</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.15. La conferma di non avere nulla dà sollievo</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.16. Non mi piace andare a fare esami perché ti trovano sempre qualcosa</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

A volte siamo influenzati da ciò che gli altri (marito, famiglia, genitori, amici) dicono che noi dovremmo fare. Ora Le chiedo cosa gli altri dicono che Lei dovrebbe fare. Dovrà dirmi quanto è vera, nel Suo caso, ciascuna delle affermazioni che ora Le proporrò.

	per niente	poco	abbastanza	molto	moltissimo	non risponde
<b>2.17. I miei famigliari dicono che io dovrei fare il pap test</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.18. Generalmente faccio ciò che i miei famigliari dicono che io debba fare</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.19. Le mie amiche più care dicono che io dovrei fare lo striscio</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.20. Generalmente io seguo i loro consigli</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.21. Gli esperti in televisione e sui giornali affermano che bisogna fare lo striscio</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.22. In genere io seguo i consigli degli esperti</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.23. Il mio medico di base mi consiglia di fare lo striscio</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
<b>2.24. In genere seguo i consigli del mio medico di base</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

**2.25. Alcune donne non possono andare all'appuntamento proposto dall'AUSL per lo striscio per vari motivi**

Nel Suo caso quali ostacoli Le potrebbero impedire di fare lo striscio? Può esprimere fino a 3 scelte

- 1 una malattia
- 2 un orario per Lei scomodo
- 3 perché richiede un permesso dal lavoro
- 4 un familiare non autosufficiente a carico
- 5 problemi di trasporto
- 6 non ha fiducia nella sanità pubblica
- 7 altri motivi (indicarli)

---



---



---

non risponde  
 9

### SEZIONE 3. TUMORE AL COLLO DELL'UTERO

Le faccio ora alcune domande che riguardano il tumore del collo dell'utero.

#### 3.1. Lei pensa che le donne si preoccupino di avere un tumore al collo dell'utero?

sì                      no

1                       2

↓

non risponde  
 9

##### 3.1.a. (Se sì) Secondo Lei, quando si preoccupano?

- 1    quando sono giovani
- 2    a tutte le età
- 3    quando sono anziane

non risponde  
 9

#### 3.2. Alcune donne sostengono di essere preoccupate della possibilità di aver un tumore al collo dell'utero. Lei in che misura è preoccupata?

per nulla              poco              abbastanza              molto              moltissimo

1                       2                       3                       4                       5

non risponde  
 9

#### 3.3. Ha conosciuto personalmente qualcuno con un tumore al collo dell'utero?

sì                      no                      non ricordo

1                       2                       3

non risponde  
 9

#### 3.4. Secondo Lei, se dal pap test emerge qualcosa, sottoponendosi alle terapie disponibili, quante probabilità ci sono di guarire?

nessuna              poche              abbastanza              molte              moltissime

1                       2                       3                       4                       5

non risponde  
 9

#### 3.5. Secondo Lei, le possibilità che Lei ha di ammalarsi di tumore al collo dell'utero rispetto ad altre donne della Sua stessa età sono

molto minori              minori              le stesse              superiori              molto superiori

1                       2                       3                       4                       5

non risponde  
 9

## SEZIONE 4. ALCUNI DATI ANAGRAFICI

Concludiamo ora l'intervista con alcune domande relative ai Suoi dati anagrafici.

### 4.1. In che anno è nata?

\_\_\_\_\_

non risponde

9

### 4.2. Quale è il Suo Comune di residenza?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

non risponde

9

### 4.3. Quale titolo di studio possiede?

- 1 licenza elementare
- 2 licenza media
- 3 corso professionale dopo la terza media
- 4 diploma di scuola media superiore
- 5 laurea

non risponde

9

### 4.4. Quale attività svolge?

- 1 pensionata
- 2 disoccupata
- 3 casalinga
- 4 operaia
- 5 impiegata
- 6 dirigente
- 7 lavoro in proprio
- 8 altro

non risponde

9

### 4.5. L'ultima domanda riguarda la composizione del Suo nucleo familiare, in particolare la tipologia di convivenza. Lei attualmente con chi vive?

- 1 con Suo marito/compagno
- 2 con marito/compagno e figli
- 3 con i Suoi genitori o altri parenti (compresi i figli)
- 4 con amici
- 5 sola

non risponde

9

***L'intervista è conclusa. Grazie per aver partecipato.***

## **Allegato 2.**

### **“Interventi per favorire la partecipazione ai programmi di *screening* oncologici”**

**Lettera dell' Assessore Bissoni, 14 giugno 2005**





L'Assessore

Prot. n. ASS/SAS/05/ 22286

Bologna, **14 GIU. 2005**

Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sanitari

**delle Aziende sanitarie**

Ai Presidenti delle  
Conferenze territoriali sociali  
e sanitarie

LORO SEDI

**Oggetto: Interventi per favorire la partecipazione ai programmi di screening oncologici.**

L'attenzione posta dai cittadini ai programmi di screening oncologici avviati in questa Regione ha comportato un progressivo affinamento del sistema delle chiamate, per assicurare a tutti i residenti nella regione uguali opportunità di accesso.

Successivamente si è fatta più evidente la necessità di accompagnare gli inviti con iniziative mirate, volte a migliorare l'accesso di fasce di popolazione che sono più lontane dai Servizi e che meno rispondono a sollecitazioni delle istituzioni.

Il problema dell'accesso ai programmi di sanità pubblica è apparso rilevante, in particolare, per la popolazione immigrata che *non è residente* ma solo *domiciliata*, e che in una prima fase non era stata inclusa nel sistema di chiamata per gli screening.

Si ritiene pertanto necessario adottare ovunque e sistematicamente una serie di interventi tesi a favorire la partecipazione delle popolazioni immigrate a programmi di sanità pubblica, che rafforzino ulteriormente le iniziative già in atto di offerta di test di screening, con particolare riferimento al Pap-test, ma ormai anche alla mammografia e alla ricerca del sangue occulto nelle feci.

Tali interventi specifici potranno consistere in inviti mirati con il supporto di mediatori culturali, in contatti con i rappresentanti dei diversi gruppi etnici, in interventi "opportunistic", ossia approfittando di contatti con il Servizio sanitario per proporre l'esecuzione del test, etc.

40127 Bologna, Viale Aldo Moro, 21 – Tel. 051.6397150 – 051-6397151 – Telefax 051.6397050  
E-mail: [sanita@regione.emilia-romagna.it](mailto:sanita@regione.emilia-romagna.it)

Non si può nascondere che l'atteggiamento attivo che viene qui proposto è particolarmente difficile, anche perché la popolazione immigrata è più soggetta a frequenti cambiamenti di domicilio non riportati nell'anagrafe assistiti, nonostante ciò, le esperienze sviluppate in diverse Aziende Usl testimoniano che è possibile essere efficaci.

Facendo pertanto seguito a quanto già più volte portato all'attenzione dei responsabili aziendali dei programmi di screening da parte dei Servizi regionali, si invitano tutte le Aziende sanitarie ad operare col massimo impegno per favorire la partecipazione delle fasce di popolazione più svantaggiate ed emarginate e della popolazione immigrata ai programmi di screening oncologici della regione Emilia-Romagna.

Cordiali saluti

Giovanni Bissoni



## **Allegato 3.**

**“Programmi di screening:  
modalità di partecipazione alle  
spese e accertamenti successivi  
al primo test; richiesta di  
prestazioni in persone in età di  
screening”**

**Circolare n. 5 dell'Assessore Bissoni  
23 maggio 2006**





L'Assessore

Prot. n. ASS/SAS/06/ 18894

Bologna, 23 MAG 2006

ACF-AP

Ai Direttori Generali

Ai Direttori Sanitari

**delle Aziende USL ed Ospedaliere**

**della Regione Emilia-Romagna**

e p.c. Ai Presidenti delle Conferenze Territoriali  
Sociali e Sanitarie

Ai Direttori di Distretto

Ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri

Ai Direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie

Ai Direttori dei Dipartimenti di Sanità Pubblica

Ai Responsabili dei programmi di screening  
oncologici

**delle Aziende USL**

**della Regione Emilia-Romagna**

**LORO SEDI**

**Circolare n. 5**

**Oggetto: Programmi di screening: modalità di partecipazione alle spese e accertamenti successivi al primo test; richiesta di prestazione in persone in età di screening.**

40127 Bologna, Viale Aldo Moro, 21 – Tel. 051.6397150 – 051-6397151 – Telefax 051.6397050  
E-mail: [sanita@regione.emilia-romagna.it](mailto:sanita@regione.emilia-romagna.it)

Già con la circolare dell'Assessore alla Sanità n. 30 del 30.07.96 e le successive n. 1/2001 e 1/2002, in riferimento agli screening mammografico e citologico cervicale, gli esami conseguenti a un test di screening dubbio o positivo sono stati esclusi dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

Successivamente, con circolare dell'Assessore alla Sanità n. 5 del 24.02.2005<sup>1</sup>, è stato precisato che tale diritto si applica anche per eventuali approfondimenti, incluso la visita senologica, che si rendano necessari a seguito di mammografia in donne di età compresa tra i 45 ed i 49 anni, in quanto la presa in carico complessiva è riferita all'intero percorso diagnostico, e comprende anche eventuali controlli ravvicinati richiesti dallo specialista.

Il nuovo programma di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, avviato con circolare dell'Assessore alla Sanità n. 11 del 19.07.2004, prevede la gratuità per tutti gli esami, dalla ricerca del sangue occulto nelle feci e dalla colonscopia come test di screening, agli esami di approfondimento diagnostico successivi e di follow-up a seguito di interventi terapeutici (compresi i kit di preparazione dell'intestino per gli esami endoscopici o radiologici). Ci si riferisce, pertanto, sia al progetto di screening di popolazione con ricerca di sangue occulto nelle feci - rivolto a maschi e femmine di età compresa fra i 50 ed i 69 anni -, sia al progetto riguardante i familiari di primo grado di persone riscontrate affette da tumore maligno intestinale, sia a quello rivolto alle persone comprese nella fascia di età 70-74, prioritariamente per quelle che non hanno mai eseguito una colonscopia.

Per quest'ultimo programma, si precisa che, così come nel 1996 si è inteso favorire la partecipazione delle persone in età di screening riconducendo anche gli accessi spontanei o su richiesta dei Medici di Medicina Generale al programma, così in questa fase occorre assicurare che tutti i cittadini in età 50-69 anni che effettuano il test del sangue occulto o esami endoscopici (colonscopia o sigmoidoscopia) abbiano un percorso facilitato e che sia garantita la gratuità della colonscopia e degli eventuali approfondimenti successivi compresi gli esami istologici.

Si fa presente che la legge n. 338/2000 ha previsto la gratuità della colonscopia ogni 5 anni per le persone di età superiore ai 45 anni. Pertanto anche per la popolazione 45-49 anni deve essere assicurata la gratuità prevista e, con la gradualità richiesta dalle condizioni organizzative attuali, anche l'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico e comunque fin da subito la gratuità di tutti gli accertamenti conseguenti ad un primo esame dubbio o positivo.

Distinti saluti.

Giovanni Bissoni

---

<sup>1</sup> «In particolare si richiama alla Vostra attenzione la necessità di assicurare alle donne di età compresa tra i 45 e i 49 anni la possibilità di fruire del diritto, previsto da specifiche norme (Legge 338/2000 e Legge 448/2001 e relative Circolari regionali, n. 1 del 2001 e n. 1 del 2002), di effettuare un esame mammografico gratuito ogni due anni, oltre agli eventuali approfondimenti necessari e conseguenti. In particolare è necessario che le Aziende sanitarie assicurino una presa in carico effettiva e complessiva delle donne interessate, anche per gli eventuali accertamenti mammografici ravvicinati (early recall) che lo specialista ritiene di proporre anticipando la normale scadenza biennale. Pertanto anche in tali casi, deve essere assicurato un percorso specifico che eviti alla donna di dover riprendere ab initio tutto l'iter di accesso, e l'esenzione dalla partecipazione alla spesa ai sensi dell'art. 1 comma 4 lettera a) del Decreto Legislativo n. 124 del 29-4-1998.»

# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (\*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (\*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (\*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (\*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (\*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (\*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (\*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (\*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (\*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (\*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (\*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (\*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)

