



Inserto BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE STRUTTURE IMPEGNATE NEI SERVIZI DI PREVENZIONE (SISP) IN ITALIA

Edoardo D'Ippolito¹, Ilaria Giovannelli², Stefania Salmaso², Nicola Nante¹ e Alberto Perra²

¹*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Siena*

²*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

SUMMARY (*Survey of organization and performance of public health services involved in preventive health activities, Italy 2010-12*) - A web based survey on a convenience sample of 26 local health authorities (LHA) was carried out in 17 Italian regions to describe organization and performance of local services in charge for preventive health activities in three selected areas, prevention of overweight and obesity, disability in the elderly and promotion of physical activity. While the majority of LHA referred working population surveillance systems and health promotion activities, approaches to control inequalities and plans to monitor performance quality were less represented.

Key words: preventive service performance; web based survey; surveillance

edodippo@live.it

Introduzione

Le attività di prevenzione e promozione della salute, messe in atto per migliorare gli stili di vita della popolazione italiana e per diminuire il rischio e il peso delle malattie croniche non trasmissibili, oggi travalicano ampiamente i limiti del sistema sanitario, coinvolgendo sempre più partecipanti non istituzionali. Al contempo, il processo di devoluzione attivato dalla riforma del Titolo V della Costituzione ha prodotto una molteplicità di interventi nelle singole regioni, senza un adeguato sviluppo di strumenti per monitorare questi mutamenti. Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), nel quadro di un progetto finanziato (2011) dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), ha realizzato fra il 2012 e il 2013 un'indagine finalizzata alla descrizione dell'assetto e del funzionamento delle Strutture del sistema sanitario Impegnate nei Servizi di Prevenzione (SISP), dell'organizzazione e delle attività svolte, al fine di supportare la *governance* della prevenzione a livello regionale. In quest'articolo riportiamo alcuni risultati, il cui quadro completo è in parte pubblicato e in parte in via di pubblicazione (1, 2).

Materiali e metodi

Su richiesta dei principali gruppi di interesse (Ministero della Salute, regioni e CNESPS), l'indagine è stata focalizzata su 3 aree della prevenzione: sovrappeso e obesità (PSO), rischio di disabilità nell'anziano (RDA) e promozione dell'attività fisica (PAF). L'invito a partecipare è stato esteso a tutte le regioni e province autonome, cui è stato chiesto di identificare due ASL che, tramite il direttore sanitario e in base a organizzazione e organigram-

mi propri, segnalassero al CNESPS le strutture coinvolte nelle 3 aree di prevenzione studiate. Ai referenti di tali strutture è stato in seguito inviato un apposito questionario via web. I temi e le variabili in studio sono stati decisi considerando diverse esperienze documentate in letteratura (3, 4), in particolare il National Public Health Performance Standards Program (5), che individua un modello composto da 8 componenti o descrittori che le ASL dovrebbero possedere, o concentrate su singole SISP o realizzate sinergicamente da diverse SISP, a garanzia della qualità delle prestazioni offerte in tema di prevenzione e quindi di *governance*. In sintesi, a ogni ASL partecipante, relativamente a ciascuna delle 3 aree studiate (PSO, RDA e PAF), veniva chiesto di segnalare quali fossero le SISP coinvolte. Il questionario, oltre a una sezione che descriveva la struttura delle SISP, raccoglieva informazioni su ciascuno degli 8 descrittori: 1) sorveglianza della popolazione; 2) promozione della salute; 3) coinvolgimento della comunità e dei gruppi di interesse; 4) sviluppo di progetti/programmi; 5) riduzione delle disuguaglianze; 6) supporto, supervisione, formazione del personale; 7) monitoraggio e/o valutazione di qualità ed efficacia e/o ricerca e proposta di nuove soluzioni; 8) promozione, supporto e attività di rete. Le informazioni raccolte e soggettivamente riferite dai referenti delle SISP sono relative agli anni 2010-12. L'analisi dei dati si prefigge essenzialmente di descrivere la struttura e le caratteristiche delle SISP, ma soprattutto la distribuzione delle percentuali di ASL che presentano le 8 caratteristiche previste dal modello di studio. I dati sono stati raccolti tramite *web survey*, utilizzando il software SurveyMonkey e analizzati con Epi Info versione 3.5.3.

Risultati

Ha partecipato l'81% (17/21) delle regioni/province autonome (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Veneto). Al loro interno ha partecipato l'87% (26/30) delle ASL previste, e fra le ASL partecipanti il 66% (143/218) delle SISP attese ha fornito i dati per il *survey* via web.

La Figura riporta la distribuzione percentuale delle 143 SISP, fra le strutture dell'organigramma aziendale, relativamente a PSO (68 SISP), PAF (38 SISP) e RDA (37 SISP).

In generale, la maggior parte delle SISP (64%) è all'interno del Dipartimento di Prevenzione che, più specificamente, include circa il 60% delle SISP nella PSO e PAF e il 40% nella RDA. In quest'ultima area, tuttavia, il Distretto è impegnato in maniera significativa, rappresentando circa il 20% delle SISP. Riguardo all'organico delle SISP, la figura professionale più frequentemente operante nelle 3 aree è quella del medico (rispettivamente nell'82%, 97% e 81% delle SISP), seguita dall'assistente sanitario (rispettivamente nel 38%, 32% e 45% delle SISP) e dall'infermiere (rispettivamente nel 29%, 27% e 41% delle SISP).

La Tabella illustra la percentuale di ASL che erogano le 8 componenti della prevenzione studiate per area.

Sebbene per alcune componenti la frequenza riportata potrebbe non coincidere con quella effettiva, a causa della mancata o parziale risposta ai questionari di alcune SISP, si rilevano i seguenti elementi di interesse. ►

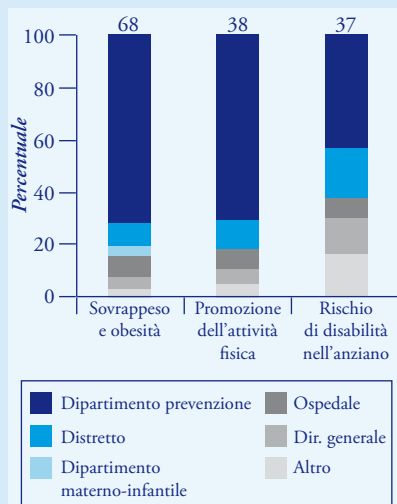


Figura - Distribuzione delle SISP per settore di ASL per le 3 aree di prevenzione studiate

Nell'area del PSO tutte le ASL, grazie alle proprie SISP, offrono sorveglianza di popolazione e promozione della salute, mentre solo poco più della metà (54%) mette in atto misure per controllare o prevenire le disuguaglianze o un monitoraggio strutturato o la valutazione della qualità o dell'efficacia dei propri interventi.

Nell'area del PAF, le ASL hanno livelli inferiori di offerta di sorveglianza e promozione della salute (rispettivamente, 81% e 96%), mentre i livelli più bassi sono rappresentati dal controllo o prevenzione delle disuguaglianze, dal monitoraggio strutturato e/o dalla valutazione della qualità, dall'efficacia dei propri interventi.

Nell'area dell'RDA, l'offerta di sorveglianza è presente in meno di una ASL su due (45%), come le attività sulle disuguaglianze o il monitoraggio strutturato e la valutazione, mentre la promozione della salute, il coinvolgimento dei gruppi di interesse e lo sviluppo di progetti/programmi è presente tra l'81% e l'88% delle ASL.

La Tabella mostra che, da un confronto delle 3 aree di prevenzione, esiste un gradiente di offerta complessiva di ser-

vizi di prevenzione delle SISP all'interno della ASL che, nell'ordine PSO, PAF e RDA, rispondono meno bene agli standard utilizzati nell'indagine.

Approfondendo alcune modalità di analisi dal punto di vista delle SISP, si rileva che fra coloro che realizzano la sorveglianza di popolazione, il 71% aderisce al sistema nazionale OKkio alla SALUTE, l'80% alla sorveglianza PASSI e il 61% al PASSI d'Argento. Il 52% delle SISP dichiara di aver implementato sorveglianze diverse dalle summenzionate. Nel 50% dei casi il destinatario dei dati di sorveglianza è il decisore politico-sanitario. Circa l'85% dei referenti delle SISP impegnate nella sorveglianza riferisce la necessità di ulteriore formazione, in particolare (circa il 92%) sul tema della comunicazione. Fra le SISP che realizzano la promozione della salute, circa la metà riferisce una copertura inferiore al 30% della popolazione prioritaria. Anche in quest'area, oltre il 90% dei referenti delle SISP intervistati esprime l'esigenza di maggiore formazione, in particolare per la comunicazione (75%) e per il monitoraggio e la valutazione (81%).

Discussione e conclusioni

L'alta partecipazione allo studio, espressa su base volontaria dalle regioni, mostra l'interesse per il tema studiato e per le modalità con cui oggi viene offerta la prevenzione dal nostro sistema sanitario. A questo proposito, i risultati mostrano che il Dipartimento di Prevenzione, tradizionalmente considerato fin dalla sua istituzione, con specifica legge risalente al 1992, il fulcro dell'azione di prevenzione delle aziende sanitarie, condivide nella realtà con altre strutture dell'azienda la responsabilità della prevenzione; in particolare, nella prevenzione degli anziani, il suo ruolo è stimato nella misura di appena il 42%. Fra i vari aspetti rilevati dallo studio sulle caratteristiche e sull'assetto dei servizi di prevenzione, di particolare importanza è la presenza di tutte

le 8 componenti che, seppur realizzate da diverse SISP, si integrano all'interno della stessa ASL per fornire un servizio di qualità. Lo studio ha evidenziato che alcune componenti sono poco rappresentate (in media per una sola azienda su due) come, trasversalmente alle tre aree studiate (PSO, PAF, RDA), la prevenzione e la riduzione delle disuguaglianze e il monitoraggio e/o la valutazione di qualità ed efficacia dei servizi. Altre componenti (l'attività e la promozione delle reti, lo sviluppo di progetti/programmi, il coinvolgimento dei gruppi di interesse) mostrano valori elevati e simili per le 3 aree di prevenzione studiate, altre (sorveglianza della popolazione e supporto/formazione al personale sanitario) hanno valori molto differenti a seconda delle aree, con un gradiente in negativo PSO, PAF e RDA. Ai fini di un miglioramento delle attività di prevenzione dei servizi, i risultati dell'indagine indicano la necessità di mettere in atto azioni concrete per il controllo delle disuguaglianze e di rinforzo del monitoraggio delle attività, mentre in particolare l'area di prevenzione della disabilità negli anziani, oltre agli aspetti comuni alle altre aree, necessita di strutturare o rinforzare diverse componenti, quali la sorveglianza di popolazione e il monitoraggio della qualità dei servizi offerti.

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Boccia A, Cislighi C, Federici A, et al. Rapporto Prevenzione 2011. *Le attività di prevenzione*. Bologna: Il Mulino; 2011.
2. Boccia A, Cislighi C, Federici A, et al. Rapporto Prevenzione 2012. *La governance della prevenzione*. Bologna: Il Mulino; 2013.
3. WHO. *Pathways to health system performance assessment - a manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
4. Perra A, Salmaso S. Valutazione qualitativa di processo del PNP e dei PRP 2010-2012. Rapporto Sintetico (www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/pdf/1%20-%20Report_Valut_PNP2010-12.pdf).
5. Centers for Disease Control and Prevention. National Public Health Performance Standards Program (NPHP-SP). Local Public Health System Performance (www.cdc.gov/nphpsp/).

Tabella - Distribuzione percentuale di ASL (n. 26) per le 8 componenti (per area di prevenzione)

	Sovrappeso e obesità (%)	Promozione attività fisica (%)	Rischio disabilità nell'anziano (%)
Sorveglianza popolazione	100	81	45
Promozione della salute	100	96	81
Coinvolgimento gruppi di interesse	96	81	85
Sviluppo di progetti/programmi	92	88	81
Riduzione delle disuguaglianze	54	39	46
Supporto, supervisione, formazione del personale	92	73	62
Monitoraggio e/o valutazione di qualità ed efficacia	54	62	54
Promozione, supporto, attività di rete	92	85	73

"SALVATE EVA": SCREENING CITOLOGICO E MOTIVI DI NON ADESIONE IN CALABRIA

Liliana Rizzo¹, Alessandro Bisbano², Valeria Teti³, Dario Macchioni¹ per il Gruppo Resp Calabria*

¹Dipartimento Tutela della Salute, Regione Calabria, Catanzaro; ²ASP di Crotone; ³ASP di Catanzaro

SUMMARY ("Save EVE": cytological screening and reasons for non-adherence in Calabria) - In March 2013, a random sample of 295 women aged 25-64 years residing in the local health authority of Cosenza was selected to assess adherence to the pap-test screening offered by the public health system and to identify reasons for non-adherence in order to improve effectiveness of communication campaigns. In multivariate data analysis risk perception (OR 3.29, $p = 0.0449$), medical advice (OR 3.83, $p = 0.0000$) and invitation letter (OR 1.84, $p = 0.0137$) were found associated to screening adherence. Targeting next communication campaign to healthcare professionals and to increase risk awareness in women would be strongly advised.

Key words: cervical cancer; screening program barrier; patient compliance

li.rizzo@regcal.it

Introduzione

Secondo i dati AIRTUM (Associazione Italiana dei Registri Tumori), in Italia, tra il 1998 e il 2002, l'incidenza del tumore della cervice uterina ha registrato 9,8 casi/100.000 donne per anno (1). La prevalenza stimata nel 2006 è stata pari al 2% di tutti i tumori maligni femminili e nel 2008 si sono avuti 1,2 decessi ogni 100.000 donne (2). Le stime indicano, nel corso degli anni, una lenta e continua riduzione dell'incidenza e della mortalità, con un miglioramento della sopravvivenza: si stima che a 5 anni dalla diagnosi sopravviva il 68% delle donne colpite (3). L'andamento positivo di questi indicatori riflette l'incremento che si è registrato, a partire dal 1994, nel ricorso al pap-test come esame di screening, conseguente, almeno in parte, all'avvio su gran parte del territorio nazionale dei programmi organizzati.

I programmi organizzati, ossia fondati sull'invito attivo e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, nel 2010 hanno raggiunto, pur con evidenti differenze territoriali, una estensione del 65% della popolazione target (4). Nell'area del Sud Italia, gli elevati valori di mortalità, compatibili con il documentato ritardo nell'attivazione dei programmi di screening, si associano negli ultimi anni a un progressivo e graduale miglioramento dell'accesso alla diagnosi precoce, basato prevalentemente sull'iniziativa personale piuttosto che sull'adesione a programmi di screening.

In Calabria, i dati GISCI (Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma) e PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) evidenziano una copertura ancora insufficiente. Soltanto il 55% delle donne ha effettuato un pap-test preventivo negli ultimi tre anni (2010-12): il 33% entro programmi organizzati e il 22% come screening spontaneo (5).

La Rete Epidemiologica Regionale ha ritenuto opportuno realizzare, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, uno studio trasversale di prevalenza con l'obiettivo di stimare l'adesione allo screening organizzato e di descrivere i motivi che stanno alla base della non adesione, al fine di rendere mirata ed efficace una campagna di comunicazione.

Materiali e metodi

L'indagine "Salvate EVA" si è svolta, nel marzo 2013, su un campione di 295 donne, 25-64enni, residenti in Calabria e iscritte all'anagrafe sanitaria dell'ASP di Cosenza. Utilizzando i criteri della sorveglianza PASSI, il campione è stato selezionato secondo il metodo del campionamento casuale semplice e ha incluso le donne con disponibilità di un recapito telefonico e capaci di sostenere una conversazione in italiano; sono state escluse le donne isterectomizzate, istituzionalizzate, decedute. Le donne intervistate, sul totale delle eleggibili, sono state il 77%; il tasso di sostituzione è risultato pari al 23%.

Le informazioni sono state raccolte grazie a un questionario standardizzato somministrato tramite intervista telefonica da personale addestrato. Sono state studiate le caratteristiche socioanagrafiche del campione, la copertura e le variabili che, come indicato dalla letteratura, possono influenzare l'adesione allo screening: informazione ricevuta, atteggiamenti, opinioni e convinzioni. L'area di indagine coperta dallo studio ha riguardato la domanda del pap-test e non l'offerta. Per le variabili relative ad atteggiamenti e conoscenze è stato utilizzato l'Health Belief Model (6), che ha esplorato, rispetto al cancro del collo dell'utero e alla prevenzione con il pap-test, la suscettibilità, intesa come percezione della donna del rischio di sviluppare il cancro, la gravità percepita del problema, la percezione

dei benefici legati alla prevenzione e le barriere che si oppongono alla sua realizzazione. È stata effettuata dapprima un'analisi univariata e bivariata dei dati raccolti, utilizzando il software EPI Info 3.5.1 e, successivamente, i risultati di questa sono stati analizzati con il modello di regressione logistica.

Risultati

La popolazione in studio è rappresentata da donne di età media 50 anni, la maggior parte è coniugata (73%), vive con altre persone (75%) e il 76% ha avuto almeno un parto. Riguardo al titolo di studio, il 58% del campione possiede un titolo medio-alto (diploma e laurea) e il 42% un titolo medio-basso (licenza elementare, media e corso professionale). Rispetto alla condizione lavorativa, il 66%, delle donne intervistate non lavora e il 34% ha un'occupazione stabile. Nel campione intervistato, 184 donne su 282 (65%) riferiscono di aver effettuato un pap-test a scopo preventivo nell'ultimo triennio (il 41% entro programmi di screening organizzati e il 24% su iniziativa personale). Relativamente ai canali informativi, il 56% delle donne ha dichiarato di aver ricevuto una lettera d'invito della ASP, il 57% di aver avuto un consiglio da un medico o da un operatore sanitario e il 69% ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione del pap-test. Rispetto alla percezione del proprio rischio di sviluppare un cancro cervicale (suscettibilità), le donne intervistate mostrano un buon livello di conoscenza (90%) dei principi generali che attengono lo screening del cervico-carcinoma; riferiscono, infatti, di essere a conoscenza della fascia di età in cui è bene fare il pap-test di screening e della frequenza rispetto alla quale è indicato farlo e dimostrano di sapere che il test è rivolto a tutte le donne, indipendentemente dalle condizioni ►

(*) Gruppo Resp Calabria, gruppo di lavoro della Rete Epidemiologica Regionale: E.A.R. Ciconte, C. Dell'Isola, R. Di Lorenzo, G. Donati, A. Sutura Sardo, V. Teti (ASP Catanzaro); G. De Foresta, C. De Stefano, F. Zappia (ASP Reggio Calabria); C. Bianchi, V. Gigli, F. Masotti, M.T. Pagliuso, P. Pizzino, A. Troisi, I. Valentini (ASP Cosenza); A. Cernuzio, C.G. La Greca, A. Bisbano (ASP Crotone); D. Cocciolo, M.B. Grasso, E. Morano (ASP Vibo Valentia); C. Azzarito, G.A. De Biase, D. Gullà, D. Macchioni, A.D. Mignuoli, L. Rizzo (Dipartimento Tutela Salute, Regione Calabria, Catanzaro).

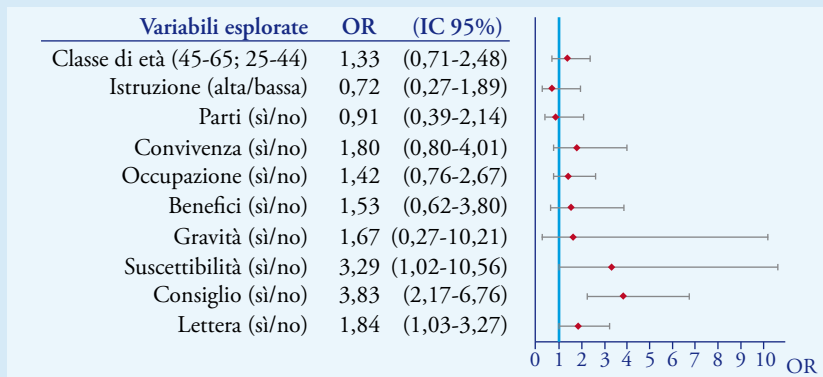


Figura - Risultati del modello logistico multivariato. Variabile dipendente: esecuzione pap-test; variabili indipendenti: classe di età, istruzione, parti, convivenza, occupazione, benefici, gravità, suscettibilità, consiglio, lettera. Donne 25-64 anni, Progetto "Salvate EVA", marzo 2013, Cosenza

personali in cui possono trovarsi: sintomi, gravidanze, rapporti sessuali. Allo stesso modo, le donne percepiscono in maniera rilevante la gravità del cancro dell'utero (96%) e i benefici derivanti dall'esecuzione del pap-test (86%).

Le donne che non hanno praticato una prevenzione ottimale per il cancro della cervice (35%) hanno addotto le seguenti motivazioni: mancanza di tempo (29%), paura di scoprire di avere un cancro (27%), imbarazzo alla visita (26%) e mancanza di consigli (26%) e, poi, problematiche legate all'organizzazione del servizio pubblico, quali la difficoltà ad avere un appuntamento (16%) e i tempi di attesa lunghi (14%). L'analisi bivariata volta a indagare la correlazione esistente tra la variabile di *outcome* (aver fatto il pap-test negli ultimi tre anni) e le diverse variabili di esposizione considerate (caratteristiche socioanagrafiche, suscettibilità, gravità e benefici) ha dimostrato come l'adesione allo screening è maggiore nelle donne che hanno ricevuto la lettera d'invito della ASP (OR 1,9; 95% IC = 1,1-3,1; p 0,009) e il consiglio di un operatore sanitario (OR 3,2; 95% IC = 1,9-5,3; p 0,00004), che hanno maggiore percezione del rischio (OR 5,3; 95% IC = 2,2-12; p 0,00003), della gravità (OR 6,4; 95% IC = 1,7-24; p 0,001) e dei benefici (OR 2,9; 95% IC = 1,5-5,8; p 0,001).

Testando tutte queste variabili in un modello di regressione logistica, per correggere l'influenza dei diversi fattori tra di loro, soltanto la suscettibilità (p = 0,0449), il consiglio sanitario (p = 0,0000) e la lettera d'invito (p = 0,0137) si sono confermati associati in maniera statisticamente significativa con l'adesione allo screening, mentre la gravità (p = 0,5533) e i benefici (p = 0,4262) non sembrano influire sulla decisione della donna di effettuare il pap-test (Figura).

Conclusioni

Nella ASP di Cosenza il 65% delle donne intervistate ha eseguito il pap-test nell'ultimo triennio: quasi 4 donne su 10 non sono coperte rispetto all'effettuazione dell'esame preventivo. Con riferimento ai dati del sistema di sorveglianza PASSI 2010-12, tale percentuale è più alta rispetto a quella registrata in Calabria (55%), ma sostanzialmente sovrapponibile a quella dell'Italia meridionale (64%) (5).

I risultati dello studio evidenziano che solo le donne con un buon grado di conoscenza e quindi con una maggiore percezione del rischio di contrarre il cancro manifestano atteggiamenti favorevoli all'esecuzione del pap-test. Le donne che hanno la percezione della gravità del cancro e dei benefici derivanti dalla diagnosi precoce - fattori che a un primo livello d'analisi sembravano essere facilitanti - sono meno propense a sottoporsi all'esame. Le diverse giustificazioni che le donne adducono per non aver effettuato il test di screening, in linea con le conclusioni del sistema di sorveglianza di popolazione, potrebbero essere riconducibili a un'errata percezione del rischio e testimoniano la necessità di intervenire per aumentare la consapevolezza del rischio tra le donne.

In coerenza con quanto riportato in letteratura, il consiglio di un operatore sanitario e la lettera d'invito della ASP rappresentano un determinante positivo, non solo perché incidono, verosimilmente, sulla suscettibilità dimostrata dalle donne intervistate, ma anche perché, con il contatto individuale, forniscono un supporto empatico alla decisione della donna.

Sebbene l'area di indagine abbia esplorato, limitatamente a una sola ASP, la domanda e non l'offerta, e la disponibilità di un'anagrafe sanitaria non sufficientemente completa e aggiornata abbia condizionato il tasso di sostituzione, lo studio ha

comunque permesso di caratterizzare la popolazione target e ha suggerito di realizzare una campagna di comunicazione per promuovere conoscenza e consapevolezza nelle donne. Tale azione, la cui efficacia risulta transitoria se lasciata isolata dal contesto, trova nella regione Calabria, quale fattore favorente e rafforzante, la presenza di programmi di screening già attivi su tutto il territorio regionale (7). ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. AIRT Working Group. I Tumori in Italia. Rapporto 2006. I dati di incidenza e mortalità dei Registri tumori per il periodo 1998-2002. Schede specifiche per tumore. Tumore della cervice uterina. *Epidemiol Prev* 2006;30(1)Suppl 2: 64-65.
2. La sorveglianza PASSI. Rapporto nazionale PASSI 2011: screening cervicale (www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/ScreeningCervicale.asp).
3. AIRTUM Working Group. I Tumori in Italia. Rapporto 2011. Sopravvivenza. Schede specifiche per tumore. Tumore della cervice uterina. *Epidemiol Prev* 2011;35 (5-6)Suppl 3:109.
4. Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. La diffusione dei programmi di screening in Italia, anno 2010. *Epidemiol Prev* 2012;36(6)Suppl 1:3-7.
5. Osservatorio Nazionale Screening. I programmi di screening in Italia (www.osservatorionazionalescreening.it/sites/default/files/allegati/Screening_2014_web.pdf).
6. University of Twente. Health Belief Model. (www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/).
7. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Utilizzo delle campagne di comunicazione di massa per la modifica di comportamenti di salute. Barbera A, Tosco E. (Ed.). Sintesi e adattamento dell'articolo "Use of mass media campaigns to change health behaviour". *Lancet* 2010;376(9748):1261-71 (www.dors.it/alleg/newfocus/201106/revisiione_massmediait.pdf).

Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it