



Studi dal territorio

LE DONNE TORINESI E IL PAP-TEST NELL'AMBITO DEL PROGRAMMA DI SCREENING "PREVENZIONE SERENA"

Francesca Abbona¹, Mauro Albore¹,
Francesco Anoletti¹, Gabriella Anzaldi¹, Silvia Bellini¹,
Loredana Benigno¹, Rosetta Borghese¹,
Valeria Di Legami¹, Giuseppe Catapano¹,
Salvatore Di Gioia¹, Umberto Fiandra¹,
Giovanni Foti¹, Elena Kolomoets¹, Gisella Lanci¹,
Emanuela Pastorelli¹, Anna Quori¹, Marco Rapellino¹,
Federico Scienza¹, Rosella Zerbi¹, Livia Giordano²,
Ettore Mancini², Roberto Diecidue³, Federica Mathis³
e Giuseppe Salamina³

¹*Scuola di Specializzazione in Igiene*

e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Torino

²*Centro di Prevenzione Oncologica, ASL1, Torino*

³*Servizio di Epidemiologia, ASL5, Grugliasco (TO)*

Il cancro della cervice uterina è responsabile di circa il 3% di tutte le morti per tumore nelle donne ed è uno dei tumori più frequenti sotto i 50 anni di età (1). In Italia si diagnosticano ogni anno circa 3 500 nuovi casi, e la mortalità è stimata in circa 1 700 decessi l'anno (2-4). L'esecuzione del Pap-test ogni 3 anni nella fascia d'età 25-64 anni comporta una riduzione della mortalità del 90% (5).

Dal 1992 è attivo a Torino il programma di screening gratuito "Prevenzione Serena", la cui organizzazione e valutazione viene effettuata dal Centro di Prevenzione Oncologica del Piemonte (CPO) (6). Questi ha commissionato alla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università degli Studi di Torino un'indagine sul grado di soddisfazione delle donne afferenti al programma di screening, per individuare eventuali elementi di insoddisfazione su cui intervenire.

A tutte le donne che si sono presentate, il 6 e 19 giugno 2003, presso i sette Centri di "Prevenzione Serena" è stato consegnato un questionario auto-somministrato che veniva compilato nella sala d'attesa dopo aver effettuato il Pap-test. Per aumentare la numerosità del campione, sempre nel mese di giugno, l'indagine è stata ripetuta nei sette Centri per una terza giornata. Le informazioni raccolte sono state analizzate con il software EPI Info 6.04d.

Durante i tre giorni dell'indagine, 459 donne sono state invitate a rispondere al questionario nei sette Centri di prelievo (range 46-80 donne); 9 donne (2,0%) non hanno voluto compilarlo, nella maggior parte dei casi per la fretta di andar via.

L'età mediana delle donne è di 49 anni. Il 2,2% è di nazionalità straniera. Il 53,3% ha un'attività lavorativa. Il 52,6% ha il titolo di scuola media superiore o la laurea. Questa percentuale è superiore a quella (46,5%) che si osserva nelle donne torinesi residenti della stessa fascia d'età (25-64 anni). Anche la distribuzione delle classi d'età non riflette quella delle donne torinesi: tra le afferenti allo screening la proporzione di donne di 25-44 e di 45-64 anni è rispettivamente di 39,0% e 61,0%, nelle torinesi è di 51,3% e 48,7%.

Il 6,4% delle donne effettua il Pap-test per la prima volta (età mediana 34 anni; range 25-62). Tra le donne che hanno effettuato un Pap-test in precedenza, il 52,4% lo ha fatto con "Prevenzione Serena", il 16,2% presso altri ambulatori. Quest'ultimo gruppo è significativamente più giovane delle prime (47 vs 52 anni di età mediana; $p < 0,001$). Il gruppo di donne restanti (24,7%) ha effettuato il Pap-test sia con "Prevenzione Serena" che in altri ambulatori (età mediana 47 anni). Indipendentemente dalla sede di esecuzione, il 13,2% ha effettuato il precedente Pap-test più di tre anni prima, il 66,5% l'ha effettuato 2-3 anni prima e il 20,4% l'ha effettuato meno di due anni prima. L'esecuzione di Pap-test dopo meno di due anni è più frequente tra le donne con meno di 49 anni (27,9% vs 13,7%; $p < 0,001$).

Sull'organizzazione e sulla qualità del servizio offerto, sono state raccolte le seguenti opinioni: il 18,4% riferisce difficoltà nel raggiungere la sede, principalmente difficoltà di parcheggio (12,7%); l'89,3% è soddisfatto delle condizioni igieniche della sala d'attesa; il 74,2% è soddisfatto delle condizioni igieniche della stanza del prelievo; l'87,8% trova che i locali del Centro di prelievo siano sufficientemente confortevoli. Il 78,4% delle donne riferisce di aver aspettato non più di 15 minuti per effettuare il prelievo. Il 90,4% si è sentita a proprio agio con l'ostetrica durante l'esecuzione del prelievo, l'89,8% ritiene di aver ricevuto dall'ostetrica tutte le informazioni necessarie, e durante l'esecuzione del prelievo il 90,2% dichiara di non aver provato nessun fastidio o tutt'al più un po' di fastidio e il 96,0% riferisce che tornerà a fare il Pap-test in occasione del prossimo invito di "Prevenzione Serena".

Tra le donne che si sono presentate allo screening, il 18,3% ha ricevuto la lettera di invito meno di una set-

timana prima dell'appuntamento indicato e il 2,7% meno di quattro giorni prima. Comunque, l'89,1% ritiene di aver ricevuto l'invito con sufficiente anticipo. Il 47,6% ha tentato di spostare l'appuntamento, di queste l'85,0% ci riesce, ma il 22,4% dichiara che spostare l'appuntamento è stato difficile. Il 14,5% delle donne che si presenta allo screening non sono riuscite a spostare l'appuntamento; la probabilità di insuccesso è più frequentemente associata all'uso del risponditore automatico, con un *risk ratio* di 13,6 (1,9-98,2).

In conclusione, le donne che aderiscono al programma di screening "Prevenzione Serena" sembrano più istruite e appartengono a fasce d'età più elevate delle donne residenti torinesi a cui il programma si indirizza. Pur non essendo totalmente rappresentativo, il campione di donne interpellato offre utili informazioni sulla qualità percepita di un servizio di cui hanno fruito.

Il livello di soddisfazione sembra piuttosto elevato e la quasi totalità delle donne dichiara di voler ritornare al prossimo invito. Un punto critico nell'organizzazione del Programma sembra tuttavia essere rappresentato dalla possibilità di spostare l'appuntamento indicato nella lettera di invito.

Malgrado la periodicità di tre anni nell'esecuzione del test sia giudicata la più efficiente ai fini preventivi (5), un numero considerevole di donne, per lo più giovani, effettua il test con frequenza più elevata. Una sensibilizzazione a un uso più efficiente del Pap-test dovrebbe essere incentivata, oltre che con campagne informative, anche mediante il coinvolgimento dei ginecologi, dei medici di famiglia e delle loro associazioni.

L'elevato livello di partecipazione all'indagine e la relativa semplicità di realizzazione confermano la validità di indagini di questo tipo per l'acquisizione di informazioni utili alla programmazione e di ausilio al monitoraggio della qualità in sanità pubblica. L'utilizzo di indagini di questo tipo a fini didattici è sempre più frequente e si configura come un ottimo compromesso tra le esigenze del committente dell'indagine e i bisogni formativi degli operatori di sanità pubblica.

Il commento

Serena Donati e Michele Grandolfo
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

L'indagine offre spazio per una duplice riflessione:

- *l'importanza della periodica rilevazione della qualità percepita da parte della popolazione coinvolta per la valutazione di processo e di esito dei programmi di depistage e per l'implementazione di appositi correttivi alle criticità rilevate;*
- *l'efficacia e l'esemplarità pedagogica di indagini conoscitive realizzate da operatori sanitari in formazione che oltre a produrre dati qualitativamente affidabili si cimentano sul campo nella realizzazione delle indagini campionarie.*

Le evidenze circa l'efficacia e l'efficienza dei programmi organizzati di screening nella prevenzione del cervico carcinoma sono ormai incontestabili, tuttavia

il coinvolgimento dell'intera popolazione a rischio rimane l'area critica fondamentale nella gran parte dei programmi di prevenzione oncologica.

Il numero di Pap-test eseguiti annualmente in Italia, pari a 3,5-4 milioni, sarebbe sufficiente per coprire l'intera popolazione a rischio secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tuttavia l'adesione allo screening del cervico-carcinoma in Italia è pari a circa il 40% (range 25-50%) e le donne che si avvalgono meno di questa opportunità sono quelle con basso grado di istruzione, le disoccupate e le residenti al Sud, ovvero quelle di livello socio-economico più svantaggiato che in base alla letteratura sono a maggior rischio di sviluppare la patologia da prevenire.

La città di Torino è stata una delle prime realtà italiane a promuovere lo screening organizzato del carcinoma della cervice uterina con documentata riduzione dell'incidenza della neoplasia e appropriatezza nei percorsi diagnostico-terapeutici.

I risultati dell'indagine descrivono un grado di soddisfazione elevato per quanto riguarda le modalità di offerta attiva e di esecuzione della misura di prevenzione, denunciando poco più di un 30% di utilizzo inappropriato del Pap-test (sovra o sottoutilizzo rispetto alla periodicità raccomandata) e confermano le difficoltà nel coinvolgere l'intera popolazione bersaglio. Le donne che rispondono all'invito sono difatti caratterizzate da un livello di istruzione più elevato rispetto alla popolazione residente e da una minore proporzione di età sotto i 44 anni. Sarebbe pertanto importante promuovere la realizzazione di indagini che coinvolgano non solo le donne che aderiscono allo screening, ma anche quelle che, seppur invitate, non si sottopongono alla misura di prevenzione neanche in altre strutture sanitarie (dato rilevato nella città di Torino), in modo da studiare i determinanti della "mancata rispondenza" e facilitare il coinvolgimento delle donne più difficili da raggiungere.

Riferimenti bibliografici

1. WHO, IICC. Hakama M, Miller AB, Day N.E. Screening for cancer of the uterine cervix. IARC Lyon. 1986.
2. Zanetti R, Crosignani P, Rosso S, et al. (Ed.) Il cancro in Italia. I dati di incidenza del Registro Tumori. Volume secondo: 1988-1992. Lega italiana per la lotta contro i Tumori - Associazione italiana registri Tumori. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. 1997.
3. Zanetti R, Buiatti E, Federico M, et al. (Ed.). Fatti e cifre dei Tumori in Italia. Associazione italiana Registri Tumori. - Lega italiana per la lotta contro i Tumori. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. 1998.
4. Miller AB, Chamberlain J, Day N, et al. Report on a workshop of the UICC project on evaluation of screening for cancer. Int J Cancer 1990; 46: 761-9.
5. 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. Br Med J 1986; 293: 659-64.
6. Segnan N. Il programma di screening del carcinoma della mammella e del collo dell'utero "Prevenzione Serena". Sanità Pubblica e Medicina Pratica 1999; 8: 8-11.

VARIABILITÀ DELLA PRATICA MEDICA IN AMBITO CHIRURGICO: IL CASO ISTERECTOMIA

Giovanni Villone¹, Matteo Balzan¹, Francesca Pavanello¹, Angelo Degaetano², Mila Monica Masorgo³,
Fabiola Fabris¹, Fabio Perina⁴ e Alba Maria Rosito¹

¹Azienda ULSS 17, Este (PD)

²Casa di Cura 'Madonna della Salute', Porto Viro (RO)

³Casa di Cura 'Città di Rovigo', Rovigo

⁴Servizio Sistema Informativo Socio Sanitario e Tecnologie Informatiche della Regione Veneto

In letteratura sono noti esempi di notevole variabilità della pratica medica. Considerando il confronto tra popolazioni epidemiologicamente omogenee, oppure "depurando" i fattori di confondimento riconducibili a peculiarità di popolazione, tale variabilità rimane. Ciò significa che per problemi analoghi sono applicate soluzioni diverse (1-4).

Nell'ambito del progetto della regione Veneto "Approfondimenti su analisi di casistica", nel periodo 1997-2001, è stata studiata la frequenza di alcuni interventi (isterectomia, cataratta, colecistectomia, ecc.) per verificare l'esistenza e l'entità della variabilità della pratica clinica e formulare ipotesi sui possibili determinanti.

In questo studio vengono riportati i dati relativi agli interventi di isterectomia eseguiti nella regione Veneto nel 1999. I dati derivano dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) relative agli istituti di cura pubblici e privati accreditati della Regione. Non sono disponibili i dati relativi agli istituti privati non accreditati e alla mobilità passiva extra regionale. Sono stati selezionati i codici di intervento ICD9CM per isterectomia, indipendentemente dalla posizione nel campo della SDO, relativi alla popolazione femminile con età compresa fra 20 e 90 anni. I dati sono stati standardizzati per età. Tutte le dimissioni del 1999, contenenti codici d'intervento di isterectomia, sono state analizzate secondo il sistema di classificazione *Disease Staging* che raggruppa i pazienti in base alla severità clinica avvalendosi dei dati routinari della SDO (5).

Le prime due categorie diagnostiche in ordine di frequenza, GY08-Leiomiomi uterini e GY17-prolasso utero-vaginale, rendono conto di circa il 70% della casistica. I tumori maligni giustificano circa l'8,5% delle isterectomie, valore confrontabile con quanto riportato in letteratura (7-10%).

L'analisi del tasso di ospedalizzazione per isterectomia, standardizzato per età, ha evidenziato una variabilità notevole nonostante l'elevata selettività dell'estrazione: dal 3,9% della ULSS/E all'1,9% della ULSS J.

La distribuzione di frequenza dei tassi di isterectomia stratificati per stadio di gravità, per la sola categoria diagnostica GY17-prolasso utero-vaginale (Figura), mostra un'accentuata differenza tra le ULSS D ed E. Si tratta di

due aziende confinanti con caratteristiche socio-demografiche simili e con popolazioni numericamente simili (Tabella). Nonostante la popolazione femminile di età compresa tra 20 e 90 anni sia simile nelle due aziende, il tasso di ospedalizzazione per isterectomia è più elevato nell'azienda E e, dato più rilevante, è evidente un'importante differenza nell'attribuzione dello stadio di gravità. L'offerta ospedaliera è maggiore nell'azienda E che pur avendo un numero più elevato di consultori, effettua un numero di prestazioni ginecologiche decisamente inferiore a quello dell'azienda D (Tabella).

I dati esaminati suggeriscono che laddove si privilegia l'attività ospedaliera consentendo la duplicazione di strutture con funzioni assimilabili, l'offerta ha un effetto di induzione sugli interventi e, considerando valida la stratificazione per stadio, risulta dubbia l'appropriatezza clinica. Laddove, invece, c'è un uso razionale ed efficiente delle risorse, testimoniato dal numero di prestazioni non proporzionale al numero dei servizi, e si investe nell'attività ambulatoriale delle strutture territoriali, queste svolgono una funzione specialistica senza l'interventismo tipico delle strutture ospedaliere.

Questo lavoro ha focalizzato l'attenzione sull'isterectomia per la quale anche in Veneto è stata evidenziata una significativa variabilità nei tassi di intervento. Infatti, nonostante la condivisione e la diffusione di linee guida, non si rileva ancora un'importante inversione di tendenza riscontrata come per altre procedure chirurgiche (ad esempio, tonsillectomia). Gli interventi per isterectomia sono stati in Italia 38 000 nel 1994 e 69 000 nel 1998, in Veneto sono passati da 5 909 del 1993 a 6 381 del 1998.

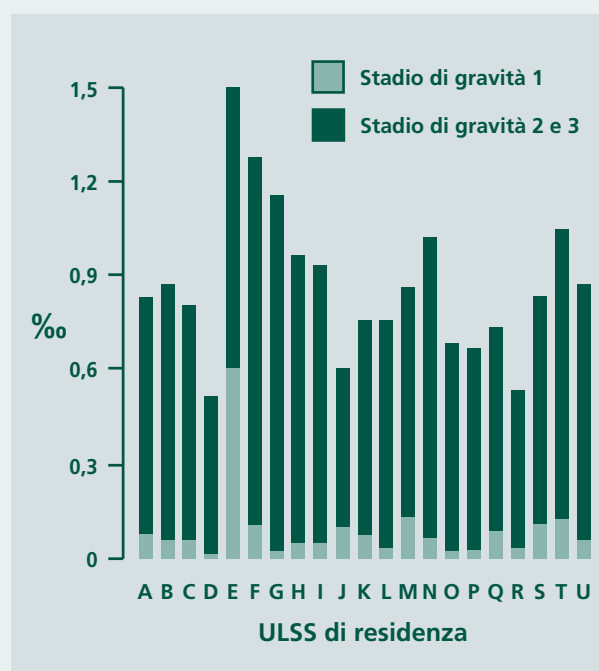


Figura - Frequenza di interventi per isterectomia nelle ULSS della regione Veneto nel 1999. Categoria diagnostica GY17-prolasso utero-vaginale

Tabella - Caratteristiche di due ULSS confinanti

	Azienda D	Azienda E
Popolazione femminile residente 20-90 anni	70 415	65 373
Residenti operate per isterectomia	162	249
Tasso di osped. standardizzato di isterectomia (%)	2,3	3,9
(%) stadio di gravità 1 (GY17-prolasso utero-vaginale)	2,8	40,4
Dimissioni	27 909	33 758
(%) dimissioni da Ostetricia e Ginecologia	15,4	15,8
Reparti di Ostetricia e Ginecologia	1	2
Posti letto di Ostetricia e Ginecologia	52	68
Consultori	5	8
Medici ginecologi	3	3
Prestazioni ostetrico-ginecologiche	14 432	7 975
n. donne visitate	3 112	1 642

In Svizzera, nel Canton Ticino, i cittadini sono stati oggetto di una campagna di sensibilizzazione tramite i media, con il risultato che, tra il 1984 ed il 1995, c'è stata una riduzione del 25% degli interventi di isterectomia, nonostante l'incremento del 14%, nello stesso periodo, di ginecologi. Ciò sembra indicare che laddove non hanno avuto successo i protocolli e le linee guida, hanno invece ottenuto risultati l'informazione agli utenti e l'introduzione di elementi di trasparenza nel settore della sanità.

Il commento

Pierluigi Morosini

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

Questo lavoro appartiene alla categoria degli studi di variabilità delle prestazioni sanitarie. Lavori di questo genere cominciano a essere numerosi anche nel nostro Paese, fortunatamente. Dico fortunatamente perché penso che siano molto utili, probabilmente i più utili, per promuovere le iniziative di valutazione e miglioramento della qualità professionale, se non altro dirette a ridurre la variabilità inaccettabile.

Il lavoro rappresenta un intelligente utilizzo a livello regionale dei dati della Scheda di Dimissione Ospedaliera e di integrazione di questa rilevazione con quella delle prestazioni specialistiche. Dimostra che anche a livello di una regione si possono mettere in luce grosse differenze nei tassi di isterectomia tra i residenti delle varie Aziende Sanitarie Locali.

Per approfondire l'analisi, gli Autori hanno scelto di confrontare le due Aziende con i valori estremi, una con un tasso di 2,3 per 1 000 residenti e una con un tasso di 3,9 per 1 000. Mettono in rilievo che il numero più elevato di isterectomie nella seconda azienda è associato con un numero più elevato di ricoveri per tutte le cause in ginecologia, con un minor numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali e con una minore gravità dei quadri clinici. Questa ultima osservazione va considerata favorevolmente, in quanto in contrasto con gli sconcertanti risultati di un lavoro (6), che la percentuale di ricoveri inappropriati era più o meno la stessa nelle zone ad alte e bassa frequenza di ricoveri.

Gli Autori concludono che la principale causa delle differenze è probabilmente la presenza di un solo reparto di ginecologia nella prima zona e di due reparti nella seconda. Va però notato che non sempre si riscontra la relazione tra maggiore frequenza di interventi e maggiori risorse e che spesso sembrano essere in gioco anche o soprattutto fattori di "scuola" medica o di incentivi locali.

Lo studio sembra comunque replicare in piccolo, con le inevitabili differenze, i risultati del confronto tra la Health Maintenance Organisation californiana Kaiser Permanente e il servizio sanitario inglese (7), che giustamente suscita tanto interesse nella stampa internazionale. Chi indovina a quale delle due zone corrisponde la Kaiser Permanente?

Riferimenti bibliografici

1. Broder MS, Kanouse DE, Mittman BS et al. The appropriateness of recommendations for hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95(2): 199.
2. Domenighetti G et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1998; 1470-3.
3. Donzelli A. Sistemi sanitari a confronto. Milano: Franco Angeli Editore; 1997.
4. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB et al. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, And Norway. *NEJM* 1982; 307: 1310-4.
5. Taroni F. DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 1996.
6. Leape LL, Park RE, Solomon DH, et al. Does inappropriate use explain small-area variations in the use of health care services? *JAMA* 1990; 263: 3149-50.
7. Editorial. Lessons for the NHS from Kaiser Permanente. *BMJ* 2003; 327:1241-2.

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it