RAPPORTI ISTISAN 17|26

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

# Salvate Eva in Sicilia: indagine conoscitiva 2016 sull'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma

Gruppo di Lavoro SES
(Salvate Eva in Sicilia)

EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

# Salvate Eva in Sicilia: indagine conoscitiva 2016 sull'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma

Gruppo di Lavoro SES
(Salvate Eva in Sicilia)

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**
**17/26**

Istituto Superiore di Sanità
**Salvate Eva in Sicilia: indagine conoscitiva 2016 sull'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma.**
Gruppo di Lavoro SES (Salvate Eva in Sicilia)
2017, v, 73 p. Rapporti ISTISAN 17/26

In Sicilia, a fronte di un incremento dell'estensione dello screening organizzato del cervicocarcinoma, non corrisponde un aumento dell'adesione. Nei mesi di gennaio-giugno 2016 è stata condotta un'indagine trasversale somministrando un questionario standardizzato a un campione di 365 donne, per descrivere le ragioni del fenomeno e promuovere interventi mirati. Per le variabili di atteggiamento e conoscenza è stato utilizzato l'*Health Belief Model*, che ha esplorato la percezione della donna della suscettibilità (rischio di sviluppare il cancro), della gravità della patologia e dei benefici derivanti dal pap-test. Dai risultati emerge che il 66,6% delle intervistate ha effettuato un pap-test nell'ultimo triennio (valore nazionale 79,2%); il consiglio da parte di un operatore sanitario e la suscettibilità percepita sono associati a una maggiore adesione allo screening. Il potenziamento dei programmi organizzati di screening e l'intervento attivo del medico di medicina generale rappresentano strategie efficaci di promozione dello screening.

*Parole chiave*: Screening; Cervicocarcinoma; Adesione; Rischio; *Health belief model*

Istituto Superiore di Sanità
**Save Eve in Sicily: a 2016 survey on adherence to organized cervical cancer screening.**
SES Working Group (Save Eve in Sicily)
2017, v, 73 p. Rapporti ISTISAN 17/26 (in Italian)

In Sicily, although the increasing extent of organized cervical carcinoma screening, there has not been a corresponding increase in adherence. From January to June 2016, a cross-sectional study was conducted on a sample of 365 women using a standardized questionnaire to describe the reasons for this phenomenon and promote targeted interventions. The Health Belief Model was used for attitude and knowledge variables, exploring women's perception of susceptibility (risk of developing cancer), disease severity and benefits deriving from the pap-test. The results indicate that 66.6% of the interviewees has carried out a pap-test in the last three years (national value 79.2%); the advice from a healthcare professional and the perceived susceptibility are associated with a higher adherence to the screening. The strengthening of the organized screening programmes and the active intervention of the general practitioner are effective strategies for screening promotion.

*Key words*: Screening; Cervical cancer; Adherence; Risk; Health belief model

Si ringraziano Pietro Maiozzi e Silvia Andreozzi per le attività di supporto grafico.

Per informazioni su questo documento scrivere a: angela.giusti@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:
Gruppo di Lavoro SES (Salvate Eva in Sicilia). *Salvate Eva in Sicilia: indagine conoscitiva 2016 sull'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/26).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*
Redazione*: Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© *Istituto Superiore di Sanità 2017*
viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

## COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO SES (SALVATE EVA IN SICILIA)

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, Roma

*Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute*
*(già Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute)*

Angela Giusti (*responsabile scientifico*)
Sofia Colaceci
Sandra Mallone
Alberto Perra[*]
Paola Scardetta

*Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione pre-clinica e clinica dei Farmaci*
*(già Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute)*

Stefania Spila Alegiani

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO, Palermo

*Dipartimento di Scienze per la PROmozione della SAlute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro"*
Alessandra Casuccio (*responsabile scientifico*)
Walter Mazzucco
Francesco Vitale

REGIONE SICILIANA, ASSESSORATO DELLA SALUTE, Palermo

*Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico*

Salvatore Scondotto (*responsabile scientifico*)
Achille Cernigliaro
Gabriella Dardanoni
Silvana Milici

CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO, Caltanissetta

Pier Sergio Caltabiano (*responsabile scientifico*)
Letizia Drogo
Daniela Falconeri
Luisa Zoda

PARTECIPANTI AL MASTER IN "PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE ED EPIDEMIOLOGIA APPLICATA ALLA PREVENZIONE - PROSPECT"

| | |
|---|---|
| Concetta Anzalone | *Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa Semplice Programmazione, verifica e controllo, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, Palermo* |
| Franco Belbruno | *Servizio Igiene Ambienti di Vita e Sanità Pubblica, Area Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento Prevenzione Salute, Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, Enna* |
| Francesca Bella | *Registro Tumori della Provincia di Siracusa, Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa, Siracusa* |
| Luigia Bellina | *Unità Operativa Complessa Igiene degli Ambienti di Vita e Sanità Pubblica, Centro Gestionale Screening, Dipartimento Prevenzione Salute, Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, Enna* |
| Monica Di Giorgi | *Staff - Controllo di gestione, Trasparenza e Anticorruzione, Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana, Palermo* |

[*] *ora Dipartimento di Prevenzione, Unità Operativa Complessa Igiene Pubblica Ambientale, ASL Roma 5*

| | |
|---|---|
| Maria Paola Ferro | *Unità Operativa 9.1 "Sorveglianze dei Determinanti e delle Dipendenze - Comitato di Bioetica", Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana, Palermo* |
| Provvidenza Ficano | *Unità Operativa Aziendale per l'Educazione e Promozione della Salute - Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Palermo* |
| Carlo Roberto Gambino | *Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute Aziendale, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, Palermo* |
| Rosalia Lo Gerfo | *Unità Operativa Complessa Assistenza Sanitaria di Base, area Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, Azienda Sanitaria Provinciale di Catania, Catania* |
| Salvatore Madonia | *Servizio Igiene Ambienti di Vita e Sanità Pubblica, Area Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento Prevenzione Salute, Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, Enna* |
| Antonello Marras | *Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Assessorato della Salute, Regione Siciliana, Palermo* |
| Maria Barbara Ottaviani | *Ufficio Educazione alla Salute, Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello, Palermo* |
| Paola Nunzia Rita Pesce | *Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna, Catania* |
| Maria Angela Randazzo | *Unità Operativa Semplice Coperture Vaccinali, Unità Operativa Complessa di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva, Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, Palermo* |
| Giovanna Ripoli | *Dipartimento di Salute Mentale, Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche, Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze, Azienda Provinciale di Palermo, Palermo* |
| Giuseppa Rudisi | *Registro Tumori di Palermo e provincia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Palermo* |
| Nicoletta Salviato | *Unità Operativa di Educazione e Promozione della Salute, ARNAS-Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione Ospedali "Civico Di Cristina e Benfratelli", Palermo* |
| Sabrina Scelfo | *Unità Operativa di Diabetologia e Obesità in Età Evolutiva, Azienda Sanitaria Provinciale di Caltanissetta, Caltanissetta* |
| Tiziana Scuderi | *Registro Tumori di Trapani, Dipartimento di Prevenzione della Salute, Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, Trapani* |
| Elisa Eleonora Tavormina | *Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana, Palermo* |
| Antonella Usticano | *Registro Tumori dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa e Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico, Regione Siciliana, Palermo* |
| Massimo Varvarà | *Registro Tumori Integrato Catania-Messina-Siracusa-Enna, Catania* |

SPECIALIZZANDI IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA - UNIVERSITÀ DI PALERMO

Stefania Bono
Claudio Costantino
Giorgio Graziano
Maria Luisa Maniglia
Valentina Marchese
Claudia Marotta
Giuseppe Napoli
Sara Palmeri
Sandro Provenzano
Daniele Domenico Raia
Vincenzo Restivo
Giusy Russo Fiorino
Omar Enzo Santangelo
Laura Saporito
Gianmarco Ventura

# INDICE

**Premessa** ..... v

**Capitolo 1.**
**Studio "Salvate Eva in Sicilia": descrizione e presentazione dei risultati**

Quadro introduttivo ..... 1
Tumore della cervice uterina: dati internazionali, nazionali, regionali ..... 1
Screening del cervicocarcinoma e razionale dello studio ..... 2
Contesto dell'indagine: il Master PROSPECT ..... 3
Obiettivo dello studio ..... 4

Materiali e metodi ..... 4
Questionario e svolgimento dell'indagine ..... 5
Variabili in studio ..... 5
Analisi dei dati ..... 7
Etica e privacy ..... 8

Risultati ..... 8
Descrizione del campione ..... 8
Caratteristiche demografiche delle donne intervistate ..... 9
Informazione ..... 13
Conoscenza altri programmi di prevenzione ..... 15
Adesione al pap-test ..... 15
Efficacia dell'informazione ricevuta ..... 16
Ostacoli percepiti: mancata esecuzione pap-test ..... 17
Atteggiamenti, convinzioni e opinioni delle donne ..... 17
Determinanti dell'adesione al pap-test ..... 19

Conclusioni ..... 21

Bibliografia ..... 22

**Capitolo 2.**
**Studio "Salvate Eva in Sicilia": aspetti metodologici e *SWOT analysis***

Introduzione ..... 24

Materiali e metodi ..... 25

Risultati ..... 27
Punti di forza interni ..... 27
Punti di debolezza interni ..... 28
Opportunità esterne ..... 28
Minacce/rischi esterni ..... 29

Discussione ..... 29

Conclusioni ..... 30

Bibliografia ..... 31

## Capitolo 3.
## Studio “Salvate Eva in Sicilia”: effetti della condizione di svantaggio sull’adesione delle donne allo screening del cervicocarcinoma in Sicilia

Introduzione ..... 33
Materiali e metodi ..... 34
Risultati ..... 35
Discussione ..... 36
Conclusioni ..... 37
Bibliografia ..... 38

## Appendice A.
## Materiale di supporto per l’Indagine SES

A1. Protocollo dell’indagine “Salvate Eva in Sicilia” ..... 39
A2. Distribuzione del campione per ASP ..... 55
A3. Lettera informativa alle donne titolari ..... 56
A4. Lettera informativa ai medici di medicina generale delle donne ..... 57
A5. Lettera informativa alle donne sostitute ..... 58
A6. Questionario dell’indagine SES “Salvate Eva in Sicilia” ..... 59
A7. La piattaforma *Survey-Monkey* per il caricamento dei dati dello studio ..... 68

# PREMESSA

Il Centro Nazionale Prevenzione delle malattie e Promozione della Salute (CNaPPS, già Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE) dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, il Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile "G. D'Alessandro" (PROSAMI) dell'Università degli Studi di Palermo e il Centro per la Formazione permanente e l'aggiornamento del personale del Servizio Sanitario della Regione Siciliana (CEFPAS), sta realizzando il Progetto "Rafforzamento della rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione (PRP)", al fine di migliorare l'efficacia delle attività di prevenzione e garantire la disponibilità di un pool di operatori dell'area della sanità pubblica per coordinare e supportare lo sviluppo, il monitoraggio e la valutazione del nuovo PRP 2014-2018.

Il progetto include l'attuazione di un Master biennale di II livello in "Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia Applicata alla Prevenzione - PROSPECT", rivolto a 22 operatori dell'area della prevenzione e della sanità pubblica delle Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) della Regione Siciliana, ai quali si sono affiancati 15 medici in formazione della scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Palermo.

Le attività del Master includono corsi in presenza con esercitazioni abbinati ad esperienze pratiche sul campo, in cui la rete di professionisti in formazione si sperimenta in indagini *ad hoc* con raccolta ed elaborazione di dati, sviluppa nuovi progetti e strumenti per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

In questo rapporto sono presentati i risultati della prima indagine trasversale ("Salvate Eva in Sicilia", SES) realizzata nei primi mesi del 2016, relativa all'adesione delle donne siciliane allo screening organizzato del cancro del collo uterino tramite il pap-test.

Il rapporto è suddiviso in tre capitoli principali. Il primo è dedicato alla descrizione dello studio e alla presentazione dei relativi risultati. Il secondo capitolo descrive la valutazione del processo dell'indagine, individuandone i punti di forza e le criticità attraverso l'analisi SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats*). Infine, nell'ultimo capitolo sono descritti i dati relativi all'influenza dello svantaggio del contesto territoriale sull'adesione delle donne allo screening del collo uterino in Sicilia.

## Capitolo 1.

# STUDIO “SALVATE EVA IN SICILIA”: DESCRIZIONE E PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

## Quadro introduttivo

### Tumore della cervice uterina: dati internazionali, nazionali, regionali

Il tumore della cervice uterina rappresenta nel sesso femminile la terza neoplasia in termini di incidenza nel mondo e ne costituisce la quarta causa di morte; esprime circa il 9% del totale dei tumori femminili, con 529.800 nuovi casi e 275.100 morti nel 2008; più dell’85% dei casi insorge nei Paesi in via di sviluppo (1).

Rappresenta la prima neoplasia ad essere riconosciuta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad un’infezione.

Il fattore etiologico di questa neoplasia è costituito, infatti, da un pool di ceppi ad alto rischio del papilloma virus umano (*Human Papilloma Virus*, HPV), a trasmissione per via sessuale, il cui DNA è stato riscontrato nella quasi totalità dei casi di carcinoma della cervice uterina (2).

La cancerogenesi è di lunga durata e il carcinoma rappresenta la fase evolutiva finale di una serie di lesioni a rischio progressivamente più alto.

I fattori di rischio riguardano fondamentalmente tutte le condizioni di trasmissione del virus e di progressione delle lesioni pre-maligne, quali l’inizio precoce dell’attività sessuale, il numero elevato di partner, la giovane età alla prima gravidanza e la multiparità; a questi fattori si aggiungono il basso livello socio-economico (con difficoltà di accesso alle misure preventive), il fumo di sigaretta, la contraccezione orale e gli stati immunodepressivi, che creano le condizioni per l’instaurarsi di un’infezione persistente da HPV (3-5).

In Italia si stima che nel corso dell’intera vita 1 donna su 162 contrarrà un carcinoma della cervice uterina, con un numero di 2.200 casi attesi nel 2016.

L’incidenza del cervicocarcinoma tende ad aumentare a partire dai 25 anni di età con tassi che raggiungono un massimo intorno ai 35 anni, senza particolari variazioni nelle età successive.

Tra le donne al di sotto dei 50 anni di età il carcinoma della cervice uterina occupa il quinto posto in termini di frequenza (rappresentando il 4% di tutte le neoplasie di questa fascia di età).

I tassi standardizzati di incidenza, secondo i dati dell’Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) 2007-2011, non evidenziano sostanziali differenze tra Nord e Centro (tasso 6,7x100.000 al Nord, 6,6x100.000 al Centro e 6,0x100.000 al Sud), a fronte però di tassi per tutte le sedi più bassi al Sud.

Dal rapporto congiunto dell’Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM) e dell’AIRTUM “I numeri del cancro in Italia 2016” (6), emerge che nel nostro Paese, grazie alla diffusione dei programmi di diagnosi precoce, l’incidenza è in costante diminuzione nell’ultimo decennio (-2,2%/anno). Relativamente ai dati di mortalità è storicamente nota la difficoltà nel discriminare la sottosede (cervice, corpo) nei decessi per neoplasia maligna dell’utero, causa la scarsa precisione nella compilazione della scheda di morte dell’ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica). L’andamento della mortalità è meno omogeneo e nel meridione si stimano livelli un po’ più alti rispetto al resto d’Italia, con un differenziale che tende a ridursi nel tempo. Ciò è dovuto ad una più bassa sopravvivenza, compatibile con il documentato ritardo nell’attivazione dei programmi di screening al Sud e con un contemporaneo processo di graduale miglioramento dell’accesso alla

diagnosi precoce. La mortalità globale è in ogni caso in calo negli ultimi due decenni (-1,0%/anno).

Il numero di donne a cui è stato diagnosticato un tumore del collo dell'utero è di circa 60.000 donne; le strategie di prevenzione ormai diffuse hanno permesso di far sì che ben il 50% ha avuto una diagnosi da oltre venti anni.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è passata, negli ultimi venti anni, dal 63% al 71%, con un incremento di otto punti percentuali e con evidenza di differenze geografiche, seppur non significative (67% al Nord, 70% al Centro, 65% al Sud) (7).

Entrando più nel dettaglio, nella Regione Sicilia ogni anno si ammalano per carcinoma alla cervice uterina, in media, 185 donne, con un Tasso Standardizzato Europeo di 6,2 per 100.000 donne, dato che risulta in linea con quello osservato nelle altre regioni meridionali.

Per quanto riguarda la mortalità, in media ogni anno (periodo 2007-2015) si registrano 29 decessi, con un tasso medio annuo pari a 0,80 per 100.000 (8).

## Screening del cervicocarcinoma e razionale dello studio

L'andamento temporale dei tassi di incidenza e mortalità per il tumore del collo dell'utero stimati in Italia dal 1980 al 2015, evidenzia una marcata riduzione in tutto il Paese (9).

Si sta assistendo, inoltre, negli anni, a un miglioramento, seppur lento, della sopravvivenza e della qualità della vita delle persone affette da tale patologia e ciò è riconducibile alla diagnosi precoce realizzata attraverso i programmi di screening, la cui attivazione in Italia è consigliata dal 1996 (10). La diagnosi precoce rappresenta l'arma più efficace nella prevenzione del carcinoma alla cervice uterina. La lunga fase preclinica della malattia e la possibilità di asportare le lesioni precancerose che ne caratterizzano la progressione, costituiscono i punti di forza dei programmi di prevenzione secondaria utilizzati, che raggiungono un rapporto costo/beneficio estremamente favorevole.

Prima del 1996 il ricorso allo screening avveniva prevalentemente su base spontanea e ancora oggi lo screening spontaneo costituisce una quota rilevante della copertura, ma non offre gli stessi vantaggi di quello organizzato (sistema organizzato di inviti, controllo di qualità, equità e rapporto favorevole tra costi necessari per la gestione del programma e benefici ottenuti). Diversi dati di letteratura confermano che i programmi di screening organizzato sono correlati a una maggiore efficacia della prevenzione rispetto allo screening spontaneo (11).

Lo screening del cervicocarcinoma è un programma di prevenzione secondaria, messo in atto dalle aziende sanitarie che invitano direttamente le donne dai 25 ai 64 anni asintomatiche, residenti nel proprio territorio di competenza, offrendo con cadenza triennale un percorso gratuito che prevede un primo test ed eventuali accertamenti diagnostici e trattamenti successivi (12).

Lo screening di popolazione, che consente di fare diagnosi precoce, affiancato alla vaccinazione anti HPV può contribuire efficacemente a ridurre l'impatto di questo tumore che rappresenta, come già evidenziato, la prima forma tumorale riconosciuta come totalmente riconducibile all'infezione da Papilloma virus umano (13).

I programmi regionali di screening oncologici ormai da anni rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), essendo valutati come interventi di sanità pubblica di provata efficacia, in grado di evitare l'insorgenza di tali tumori e di ridurre, quindi, l'incidenza e la mortalità per queste patologie.

Nello screening si individuano le seguenti fasi:

1. *organizzazione*: informazione, reclutamento della popolazione;
2. *primo livello*: esecuzione del test di screening;
3. *secondo livello*: esecuzione degli approfondimenti diagnostici, quando necessari;
4. *terzo livello*: esecuzione dei trattamenti e follow-up, quando necessari.

Dai dati del sistema di sorveglianza PASSI 2012-2015 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (14) risulta che in Italia circa il 79,2% delle donne in età fra 25 e 64 anni, si sottopone, a scopo preventivo, allo screening cervicale tramite programmi organizzati o per iniziativa volontaria; nonostante si registri nel tempo un incremento statisticamente significativo in tutte le aree del Paese e una lenta riduzione del divario tra Nord e Sud, la Sicilia si attesta al di sotto della media nazionale (69,1%).

Valori più bassi emergono dall'indagine campionaria ISTAT sulla salute del 2013 (15) che mostra una copertura del pap-test (almeno uno negli ultimi 3 anni) del 62,1% delle donne in fascia di età target. La copertura all'interno del Servizio Sanitario Nazionale è del 38,9% mentre quella nei Programmi di Screening è pari al 22,2%. La copertura varia con un forte gradiente Nord-Sud, dal 79,8% in Friuli Venezia Giulia al 36,6% in Campania, in Sicilia risulta del 43,2%.

In Sicilia varie Direttive regionali riguardanti gli screening oncologici, in particolare il Decreto Assessoriale n. 1845 del 18 settembre 2012, la Circolare n. 1308 del 30 ottobre 2013 e la Circolare n. 5 del 16 marzo 2016, hanno implementato gli screening oncologici (mammografico, cervice uterina e colon-retto) in tutto il territorio regionale; i tre programmi di screening oncologici in atto sono stati attivati in tutte le nove ASP della Regione e, dal 2012 ad oggi, si è assistito ad un graduale miglioramento rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda lo screening organizzato del cervicocarcinoma, la *survey* del Gruppo Italiano Screening Cervicocarcinoma invasivo (GISCi) dell'anno 2013 (16), ha rilevato in Italia:

- un'estensione media dell'87%, che scende al 60% circa al Sud e nelle Isole;
- un'adesione media del 41,5%, che si riduce al 29,3% al Sud, Isole comprese e al 21,4% per quanto riguarda la Sicilia esaminata singolarmente.

Nel corso degli ultimi anni in Sicilia si è registrato un notevole incremento dell'estensione dello screening organizzato del cervicocarcinoma, non controbilanciato dall'aumento dell'adesione ad esso.

I dati evidenziano quanto sia necessario identificare le motivazioni sia di tipo organizzativo sia di tipo individuale che possano essere alla base dei più bassi livelli di adesione in Sicilia.

## Contesto dell'indagine: il Master PROSPECT

Nella Regione Sicilia nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione, è stato avviato il Master Universitario di II livello in "Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia Applicata alla Prevenzione - PROSPECT", che vede la collaborazione di diverse istituzioni quali l'Istituto Superiore della Sanità, l'Università degli studi di Palermo, il Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del Personale del Servizio Sanitario (CEFPAS) di Caltanissetta e il Dipartimento per le Attività Sanitarie e osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato Salute della Regione Siciliana (DASOE).

Lo scopo del Master è quello di sostenere l'implementazione dei Piani di prevenzione e la costruzione di una rete epidemiologica e di salute di popolazione della Sicilia, per la quale si identificano diversi obiettivi formativi quali:

1. Identificare l'opportunità di studi trasversali di popolazione;
2. Identificare e condividere gli obiettivi e le modalità dello studio;
3. Preparare un piano di analisi e interpretare congiuntamente i dati;
4. Pianificare interventi comunicativi mirati o di salute consequenziali ai risultati dell'indagine.

Uno degli obiettivi previsti nel Piano di Prevenzione è quello di implementare l'adesione agli screening oncologici.

Nell'ambito delle attività del master e grazie al coinvolgimento dei medici in formazione della scuola di Specializzazione in Igiene e medicina Preventiva è stato condotto lo studio trasversale "Salvate Eva in Sicilia" (SES).

### Obiettivo dello studio

Le finalità previste dallo studio sono state, da una parte, quelle di descrivere la prevalenza dell'adesione allo screening organizzato del cervicocarcinoma, di rilevare le ragioni addotte dalle donne riguardo la loro adesione o mancata adesione, il livello di informazione delle utenti, reali o potenziali e, dall'altra, di rendere mirata ed efficace una campagna di comunicazione, nonché individuare strategie operative che possano portare a una maggiore adesione allo screening organizzato, contribuendo, nel tempo, a una maggiore riduzione della mortalità per questa neoplasia.

## Materiali e metodi

Lo studio trasversale SES è stato coordinato e condotto dai partecipanti al Master Universitario biennale di II livello PROSPECT, attivato a supporto della realizzazione del PRP 2014-2018, e dai seguenti partner:

- ISS-CNESPS/ CNaPPS;
- Assessorato della Salute Regione Siciliana-DASOE;
- PROSAMI dell'Università degli Studi di Palermo;
- CEFPAS.

Lo studio è stato svolto nel periodo gennaio-giugno del 2016. La popolazione oggetto dello studio è stata definita nel protocollo (Appendice A1) come: donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (età calcolata al 1° gennaio 2015), residenti in Sicilia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle 9 ASP siciliane al momento del reperimento delle liste anagrafiche. La fonte di riferimento della popolazione delle ASP è stata l'anagrafe degli assistiti SOGEI (Società Generale d'Informatica), utilizzata anche per il calcolo della proporzione di unità campionarie da comprendere per ciascuna ASP. Il campione è stato selezionato secondo il metodo casuale semplice. La numerosità campionaria è stata calcolata considerando una prevalenza attesa della copertura dello screening del 50%, un livello di confidenza al 95% e una precisione di ± 4,5%. Le unità campionarie sono state estratte in maniera proporzionale alla popolazione residente di ogni ASP (Appendice A2).

Per ciascuna ASP è stato identificato un referente, che ha provveduto alla ricerca del numero telefonico e alla spedizione della lettera informativa sia alle donne (Appendice A3) che al loro Medico di Medicina Generale (MMG) (Appendice A4). Per ogni donna inclusa nel campione, definita "titolare", sono state estratte altre 4 donne appaiate per ASP di appartenenza e per età (± 5 anni), definite "sostitute". Qualora una titolare presentasse uno dei criteri di esclusione, si è proceduto alla sostituzione, scegliendo dalla lista delle potenziali sostitute la prima donna appartenente allo stesso gruppo di età. I dati della sostituta sono stati comunicati al referente ASP che si è occupato della ricerca del numero telefonico, qualora non fornito in fase iniziale, e della spedizione della lettera informativa (Appendice A5).

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- impossibilità di reperimento del numero telefonico;
- non reperibilità dopo il numero definito di tentativi previsti dalle procedure;
- residenza o domicilio al di fuori della ASP di appartenenza;
- isterectomia;

- rifiuto a rispondere al questionario;
- istituzionalizzazione: convento, prigione, ospedale, altro;
- incapacità a sostenere una conversazione in italiano;
- gravi disabilità psico-fisiche;
- decesso.

## Questionario e svolgimento dell'indagine

Gli intervistatori hanno contattato le donne titolari con almeno 3 telefonate: 2 tentativi in orario mattina/pomeriggio; 1 tentativo in orario serale (ore 19:00-21:00). Prima di iniziare l'intervista è stata letta una dichiarazione sugli obiettivi dell'indagine, sulle modalità di realizzazione e sui metodi adottati per garantire la riservatezza dei dati, ed è stato chiesto il consenso a procedere con l'intervista, precisando la possibilità di rifiutarla o interromperla in qualunque momento.

Il questionario standardizzato utilizzato per l'indagine (Appendice A6) era composto da una Sezione Iniziale, comune per tutte le intervistate; una Sezione A, da compilare se l'intervistata dichiarava di aver eseguito un pap-test negli ultimi 3 anni; una Sezione B, da compilare per tutte le altre donne; e una Sezione Conclusiva, riguardante i dati socio-anagrafici. Il questionario è stato preventivamente validato attraverso la somministrazione a un campione di convenienza pari a circa il 10% del campione casuale.

Le interviste sono state realizzate telefonicamente dai medici in formazione specialistica e dai dottorandi della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Palermo, che hanno seguito un training sulle modalità e le procedure di somministrazione del questionario e del trattamento dei dati personali. Le interviste raccolte telefonicamente sono state inserite su supporto informatico attraverso un software dedicato online, *Survey-Monkey* (Appendice A7). L'inserimento dei dati è stato realizzato dagli intervistatori, seguendo delle procedure atte a ridurre i possibili errori di digitazione.

## Variabili in studio

Le variabili in studio, di seguito riportate, sono state selezionate sulla base di un'ampia ricerca di letteratura e buone pratiche nazionali, considerando l'obiettivo specifico dello studio: stimare la proporzione di donne che ha aderito allo screening del pap-test, nelle ASP siciliane, nei tre anni precedenti il 2016, e descriverne le caratteristiche.

Poiché la partecipazione allo screening non vuole essere semplicemente il risultato di un'attività di informazione, ma l'esito atteso di un empowerment delle donne target, alcune variabili sono state costruite allo scopo di esplorare gli elementi che evidenziano la conoscenza e la consapevolezza delle donne riguardo alla prevenzione della patologia:

1. *Profilo della popolazione*: età, titolo di studio, stato civile, convivenza, occupazione, parità.
2. *Copertura*: prevalenza di donne che ha eseguito un pap-test a scopo preventivo spontaneamente o a seguito del ricevimento della lettera d'invito; tempistica (negli ultimi 3 anni); esecuzione del pap-test in una struttura pubblica o privata; pagamento o meno per la prestazione.
3. *Informazione ricevuta*: attraverso lettera d'invito, consiglio del medico, campagna informativa.
4. *Atteggiamenti, convinzioni e opinioni*: gli atteggiamenti, le conoscenze e le opinioni delle donne sono stati valutati mediante il modello dell'*Health Belief Model* che esplora

opinioni e convinzioni dell'intervistata secondo diverse componenti: la percezione della suscettibilità, intesa come rischio di sviluppare il cancro; la comprensione della gravità della patologia e delle sue conseguenze; la conoscenza dei benefici legati alla prevenzione e delle barriere che si oppongono alla sua realizzazione. A tal fine sono state proposte una serie di frasi (*item*) finalizzate ad esplorare atteggiamenti, convinzioni e opinioni riguardo tali aspetti, che sono stati misurati con la scala Likert a cinque punti a seconda del grado d'accordo (per niente, poco, abbastanza, molto, moltissimo). Le risposte a tali frasi sono state successivamente raggruppate, ai fini dell'analisi, nelle seguenti variabili: benefici percepiti, suscettibilità percepita, gravità percepita e ostacoli percepiti (quest'ultima specifica solo per le donne che non avevano effettuato il pap-test negli ultimi 3 anni).

I *benefici percepiti* sono stati evidenziati con il grado d'accordo alle seguenti frasi:

B1. Fare il pap-test mi permetterebbe di fare un trattamento precoce;
B2. Fare un pap-test mi fa stare bene perché significa che mi prendo cura della mia salute;
B3. Il pap-test può salvarmi la vita.

Ad ogni risposta è stato attribuito un punteggio: 1 se molto o moltissimo; 0 se niente o poco o abbastanza. È stata quindi calcolata la somma dei punteggi e definita la percezione di ottenere benefici se tale somma era >1 e la non percezione di ottenere benefici se ≤1.

La *suscettibilità percepita* è stata rilevata con il grado d'accordo alle seguenti frasi:

S1. So bene a quale età è necessario fare il pap-test;
S2. So bene ogni quanto tempo ho bisogno di fare il pap-test;
S3. Una donna ha bisogno del pap-test solo se ha sintomi;
S4. Una donna ha bisogno del pap-test solo se ha avuto bambini;
S5. Una donna ha bisogno del pap-test solo se ha avuto rapporti sessuali;
S6. Tutte le donne sono a rischio per lo sviluppo del cancro all'utero.

Alle risposte S1, S2 e S6 è stato attribuito un punteggio: 1 se molto o moltissimo; 0 se niente o poco o abbastanza; alle risposte S3, S4 e S5 è stato attribuito un punteggio: 0 se abbastanza o molto o moltissimo; 1 se niente o poco. È stata quindi calcolata la somma dei punteggi e definita una donna suscettibile se tale somma era >3 e una donna non suscettibile se ≤3.

La *gravità percepita* è stata valutata con il grado d'accordo alle seguenti frasi:

G1. Il cancro all'utero è uno dei più comuni cancri tra le donne di 25-64 anni;
G2. Il cancro all'utero è un serio problema di salute;
G3. Il cancro all'utero può portare alla morte;
G4. Il cancro all'utero può portare una donna ad avere un'isterectomia;
G5. Se una donna ha il cancro all'utero può morire.

Ad ogni risposta è stato attribuito un punteggio: 1 se molto o moltissimo; 0 se niente o poco o abbastanza. È stata quindi calcolata la somma dei punteggi e definita la percezione della gravita se tale somma era >2 e la non percezione della gravita se ≤2.

Gli *ostacoli percepiti* dalle donne che non avevano effettuato il pap-test negli ultimi 3 anni sono stati rilevati con il grado d'accordo alle seguenti frasi:

O1. Non ho tempo per fare un pap-test;
O2. Non ho fatto un pap-test perché mi trattano male nel consultorio o ospedale;
O3. Non ho fatto un pap-test perché quando sono andata ho dovuto attendere a lungo per essere visitata;
O4. Non ho fatto un pap-test perché ho paura di scoprire di avere un cancro;
O5. Non ho fatto un pap-test perché il consultorio o l'ospedale è aperto solo nelle ore in cui io non posso andare;
O6. Non ho fatto un pap-test perché è difficile prendere un appuntamento;

O7. Non ho fatto un pap-test perché sono imbarazzata a fare una visita ginecologica;
O8. Non ho fatto un pap-test perché nessuno me l'ha consigliato.

Per descrivere meglio le donne in studio, nel questionario erano riportate una serie di domande sulla conoscenza del test HPV e del vaccino anti-HPV; su un eventuale consiglio da dare ad un'amica riguardo il vaccino HPV (solo per le donne che erano a conoscenza del vaccino anti-HPV); sulla fonte utilizzata per la ricerca di informazioni sul tumore della cervice; su altri screening e pratiche sanitarie effettuati (mammografia; ricerca del Sangue Occulto nelle Feci, SOF test; assunzione di antibiotici nell'ultimo anno).

## Analisi dei dati

Per la descrizione del campione e l'analisi dell'adesione al programma di screening sono state utilizzate tutte le informazioni raccolte durante l'intervista telefonica, alcune di queste sono state successivamente trasformate come riportato in Tabella 1.1.

**Tabella 1.1. Variabili trasformate**

| Variabile | Descrizione |
|---|---|
| **Classe d'età** | 25-44 anni; 45-64 anni |
| **Titolo di studio** | Basso (nessuno; licenza elementare; licenza media); Alto (corso professionale dopo la terza media; diploma di scuola media superiore; laurea; altro) |
| **Stato civile** | Coniugata; Non coniugata (nubile; vedova; separata o divorziata) |
| **Convivenza** | Sola; Non sola (con Suo marito/compagno; con marito/compagno e figli; con i Suoi genitori o altri parenti; con amici; altro) |
| **Occupazione** | Sì (pensionata; occupata stabilmente; occupata saltuariamente; in cerca di occupazione); No (casalinga; studentessa) |
| **Pap-test entro 3 anni** | Sì (ultimi 3 anni); No (tutte le altre donne) |
| **Luogo esecuzione del pap-test*** | Struttura pubblica (Consultorio; Ospedale); Struttura privata (Ginecologo privato; Altro) |
| **Pagamento per la prestazione*** | Sì (sì il ticket; sì il costo era completamente a mio carico; non so/non ricordo); No (no nessuna spesa) |
| **Lettera d'invito** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **Consiglio MMG** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **Campagna informativa** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **Benefici percepiti** | Pochi benefici (punteggio >1); Molti benefici (punteggio ≤1) |
| **Suscettibilità percepita** | Suscettibili (punteggio >3); Non suscettibili (punteggio ≤3) |
| **Gravità percepita** | Gravità sì (punteggio >2); Gravità no (punteggio ≤2) |
| **Conoscenza test HPV** | Sì; No-Sì ma non ho capito di cosa si tratta |
| **Conoscenza vaccino anti-HPV** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **Consiglio vaccino**** | Sì; No-Non so |
| **Informazioni sul tumore della cervice** | Operatori sanitari (Consultorio; medico di famiglia; ginecologo); Altri (amiche; Internet; altro) |
| **Mammografia** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **SOF test** | Sì; No-Non so/non ricordo |
| **Uso antibiotici nell'ultimo anno** | Sì; No-Non so/non ricordo |

* informazioni raccolte solo nelle donne che hanno eseguito un pap-test negli ultimi 3 anni
** informazione raccolta solo nelle donne che hanno dichiarato di conoscere il vaccino anti-papillomavirus

Come variabile esito è stata scelta la prevalenza di donne che hanno effettuato il pap-test entro gli ultimi 3 anni. È stata anche valutata la prevalenza delle donne che hanno effettuato lo

screening all'interno del sistema sanitario regionale (effettuato senza sostenere alcuna spesa). È stata analizzata l'associazione tra la variabile esito e le variabili in studio (classe d'età, titolo studio, stato civile, convivenza, occupazione, parità, lettera, consiglio MMG, campagna informativa, benefici, suscettibilità, gravità, informazioni su tumore della cervice,), attraverso il test chi-quadrato per variabili qualitative e il test *t-student* per quelle quantitative, al fine di studiare i possibili fattori determinanti l'adesione o meno allo screening. È stato inoltre stimato un modello di regressione logistica multivariato per individuare gli elementi che potrebbero influenzare l'adesione allo screening tramite pap-test ed escludere l'interferenza di eventuali fattori confondenti. Nel modello di analisi logistica multivariata sono state inserite le variabili che all'analisi bivariata risultavano statisticamente associate all'esito con $p<0,25$ e con almeno una numerosità di 20 donne in ogni sottogruppo della variabile. Per l'analisi sono stati utilizzati i software statistici SPSS (IBM SPSS statistics, versione 22) e EpiInfo (versione 7.2).

### Etica e privacy

Il consenso informato all'intervista è stato esplicitamente chiesto alle donne all'inizio della telefonata, specificando l'anonimato del questionario, gli obiettivi dell'indagine, le sue modalità di realizzazione e i metodi adottati per garantire la riservatezza dei dati. È stata sempre precisata la possibilità di rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Al termine dell'intervista, sono state fornite le informazioni sanitarie sui temi di prevenzione, nel caso in cui richieste dalle donne durante la somministrazione del questionario.

I dati sono stati elaborati e comunicati sempre in forma aggregata e pertanto anonima, in nessun caso è possibile risalire all'identità delle intervistate.

L'indagine è stata svolta nel rispetto delle norme che tutelano la privacy nel trattamento dei dati personali e sanitari (DL.vo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali e s.m.i.).

L'informatizzazione dei dati raccolti attraverso il questionario cartaceo è avvenuta utilizzando uno specifico database nel quale è stato previsto che ogni record inserito rimanesse anonimo e individuato univocamente dal numero di estrazione.

Gli elenchi delle persone da intervistare (titolari e sostitute) e i questionari compilati, contenenti il nome delle intervistate, sono rimasti custoditi, sotto la responsabilità del coordinatore dell'indagine, fino alla loro distruzione avvenuta subito dopo la validazione e l'analisi dei dati.

## Risultati

### Descrizione del campione

Durante il periodo gennaio-giugno 2016, sono state intervistate 365 donne nella fascia di età 25-64 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle 9 ASP della Sicilia, selezionate con campionamento proporzionale stratificato per sesso e classi di età dalle anagrafi sanitarie su un totale di 1.395.866 donne residenti.

Le donne che sono risultate non reperibili per numero di telefono errato o non risposta dopo 3 contatti sono state sostituite. Il tasso di rispondenza è stato del 79,4% mentre il 20,6% delle donne, titolari o sostitute, ha rifiutato l'intervista.

La distribuzione delle donne intervistate per ASP è sostanzialmente sovrapponibile a quella della popolazione femminile residente (17). È da notare però che le ASP di Palermo, Messina,

Siracusa, Ragusa, Caltanissetta e Enna hanno campionato in proporzione un numero di donne lievemente superiore rispetto alle residenti in ciascuna ASP. Come atteso, data la diversa numerosità delle aziende, l'ASP di Palermo ha fatto registrare la percentuale più alta di donne interpellate (27,4% per un totale di 100 interviste) seguita dall'ASP di Catania (17,5% per un totale di 64 interviste) e da quella di Messina (15,3% per un totale di 56 interviste) (Figura 1.1).

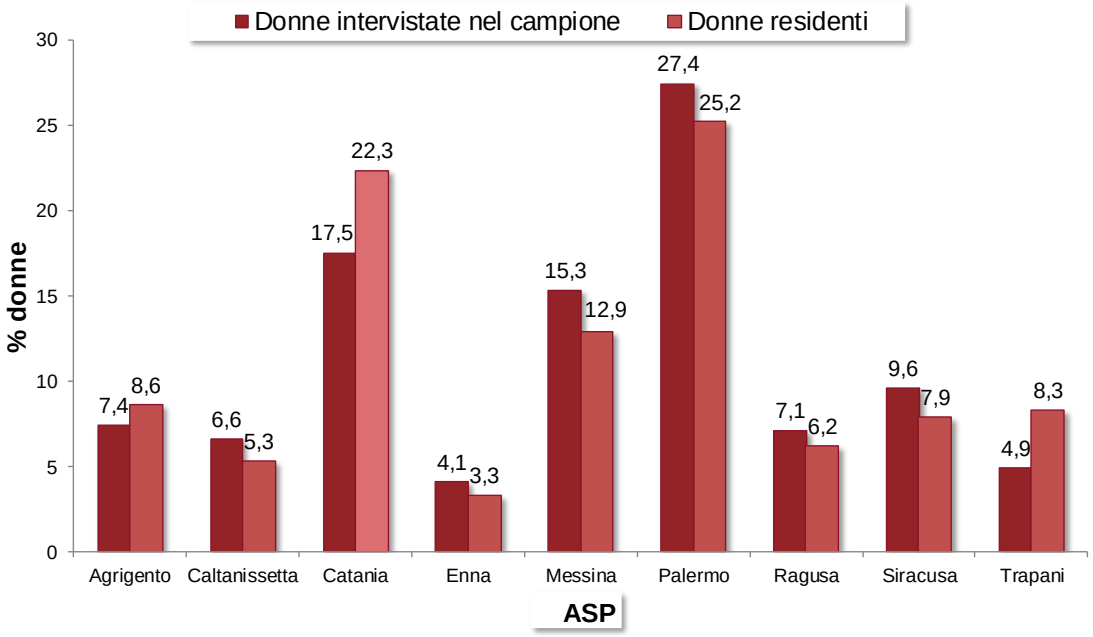



**Figura 1.1. Donne (%) intervistate nel campione (Indagine SES 2016, n. 365) e donne (%) residenti in Sicilia (Demoistat 1/1/2016) per ASP**

## Caratteristiche demografiche delle donne intervistate

Come rappresentato in Figura 1.2, il campione intervistato, rispetto alla popolazione residente nella Regione Sicilia, è risultato essere sbilanciato verso le donne meno giovani. L'età media del campione è di 49 anni. La fascia di età più anziana, infatti, è costituita per il 43,8% da donne di 55-64 anni (160 donne siciliane interpellate), il 21,9% da donne nella fascia 45-54 anni (80 donne), il 18,4% da donne nella fascia 35-44 anni (67 donne) e infine il 15,9% da donne nella fascia 25-34 anni (58 donne).

Tra le donne che hanno aderito all'indagine, 131 hanno dichiarato di essere in possesso di un diploma di scuola media superiore (35,9%), 126 donne della licenza media (34,5%), 10 donne di un corso professionale (2,7%), 55 hanno invece dichiarato di avere conseguito un diploma di laurea (15,1%) (Figura 1.3). Le donne con basso titolo di studio o che ne sono addirittura prive rappresentano il 11,7% del campione intervistato (11,2% quelle con la licenza elementare, sotto l'0,5% le donne che invece non possiedono un titolo di studio, per un totale di 43 donne).

Nella Indagine SES 4 donne su 5 (n. 287), nella fascia di età 25-64 anni, sono risultate coniugate (Figura 1.4), il 13,4% di essere nubile e il 4,4% di essere vedova. La percentuale di donne siciliane separate o divorziate si attesta invece sotto il 3,6%.

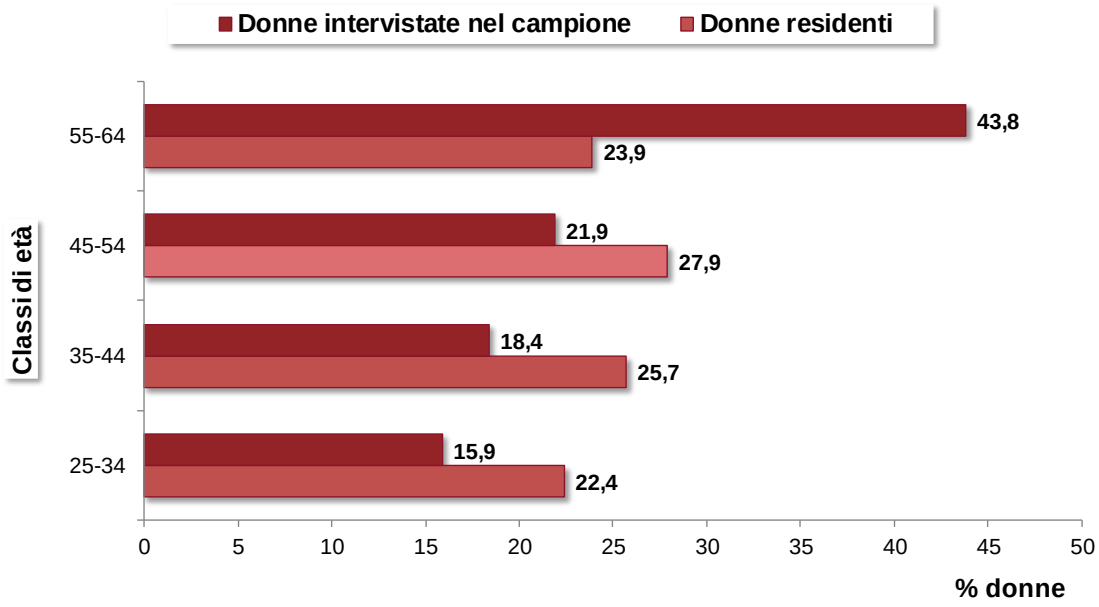



**Figura 1.2. Donne (%) intervistate nel campione (Indagine SES 2016, n. 365) e donne residenti (%) in Sicilia (Demoistat 1/1/2016) per classe di età**

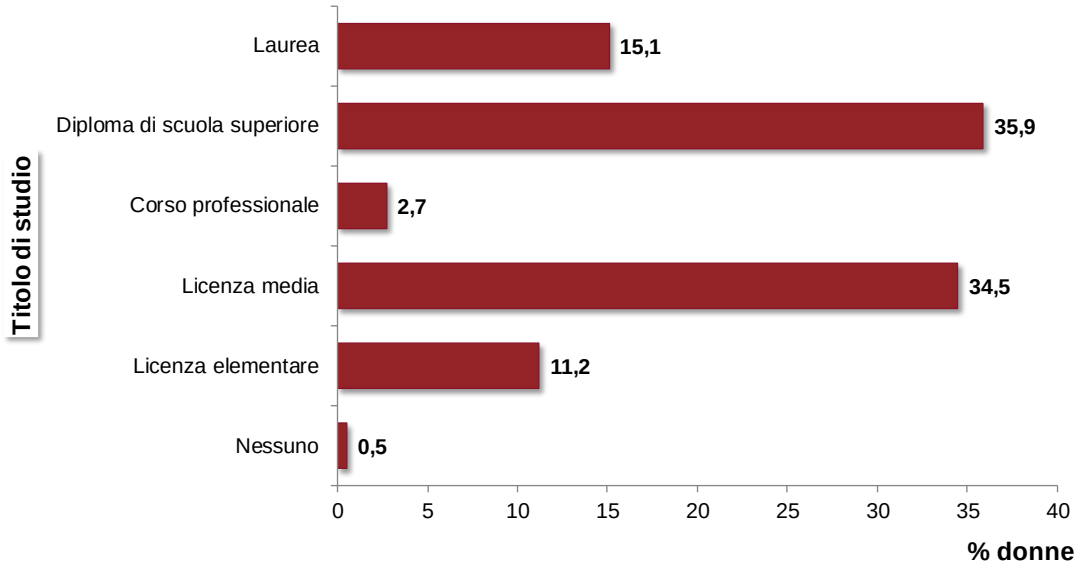



**Figura 1.3. Donne (%) intervistate nel campione per titolo di studio (Indagine SES 2016, n. 365)**

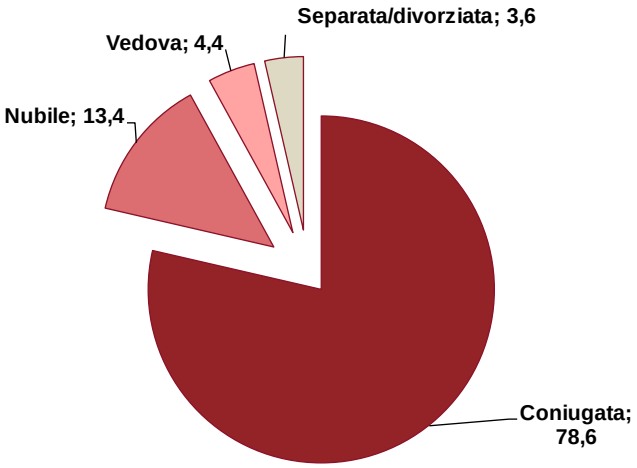



**Figura 1.4. Donne (%) intervistate nel campione per stato civile (Indagine SES 2016, n. 365)**

Più della metà (57,3%) delle donne interpellate ha riferito di coabitare insieme al marito o compagno e ai figli (Figura 1.5). Le donne che hanno dichiarato nel corso dell'intervista di coabitare solamente con il marito o compagno sono 83 (22,7% del campione). Le donne che coabitano con i genitori o con altri familiari sono pari al 14,0%; mentre le donne che vivono da sole sono il 5,5%.

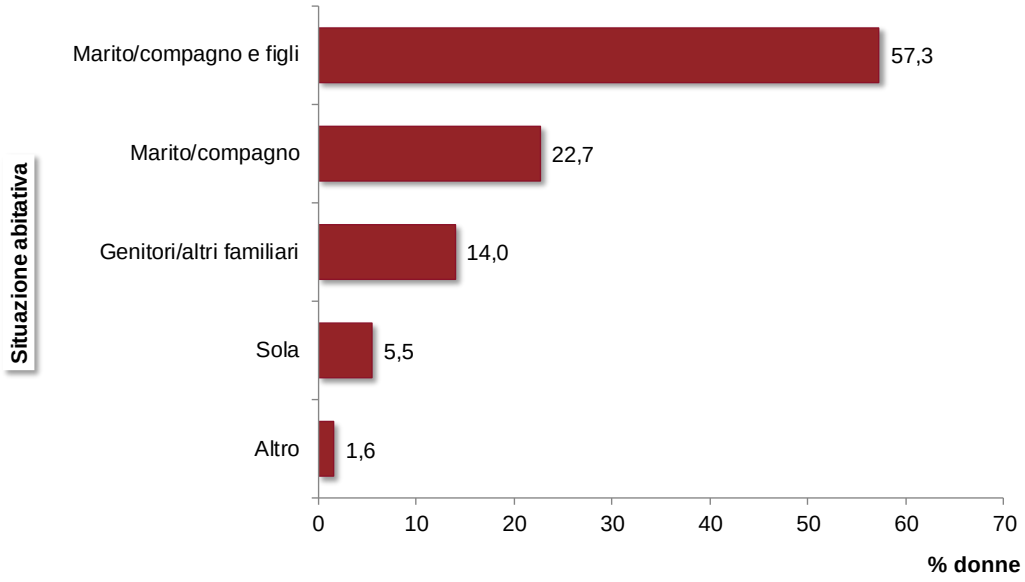



**Figura 1.5. Donne (%) intervistate nel campione per situazione abitativa (Indagine SES 2016, n. 365)**

Nella Regione Sicilia circa 4 donne su 10 riferiscono di essere occupate (n.130), mentre 166 donne hanno riferito di essere casalinghe (46,5% del campione regionale) (Figura 1.6). Le donne sono risultate "occupate stabilmente" nel 29,3% dei casi, mentre circa il 9,9% al momento dell'intervista ha dichiarato di essere in cerca di occupazione. Le pensionate sono il

7,1%, mentre le studentesse si attestano all'1,4%. Nel complesso il 64,4% del campione risulta essere senza un'occupazione stabile o saltuaria.

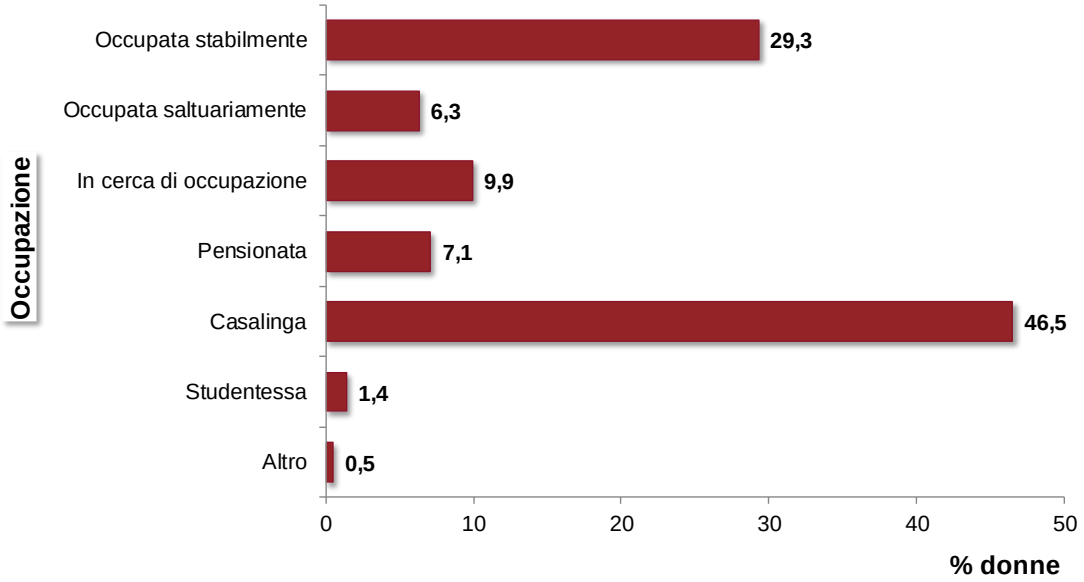



**Figura 1.6. Donne (%) intervistate nel campione per tipologia di occupazione (Indagine SES 2016, n. 365)**

Tra le 130 donne occupate, 90 donne intervistate nella fascia di età 25-64 anni hanno riferito di avere un impiego (69,2%) (Figura 1.7). Le donne che hanno dichiarato nel corso dell'intervista di svolgere un lavoro autonomo sono state 13 (10,0%). Le operaie sono state pari al 6,2%, mentre le donne che hanno intrapreso la carriera dirigenziale sono state di poco superiori al 3%.

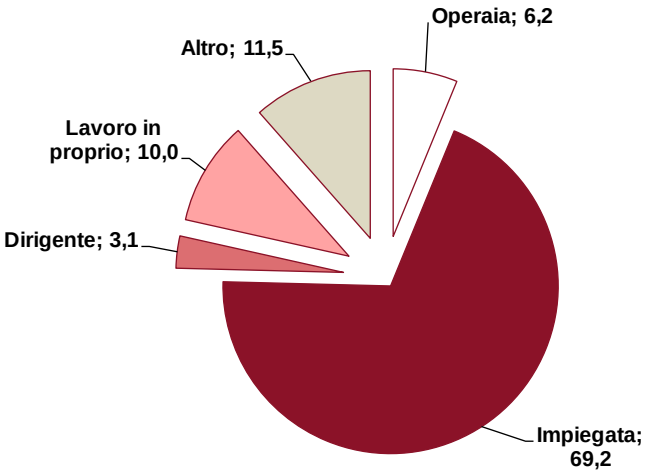



**Figura 1.7. Donne (%) intervistate nel campione per attività svolta (Indagine SES 2016, n. 130)**

Nel campione intervistato 4 donne su 5 hanno riferito di avere avuto almeno un parto (n. 295) (Figura 1.8).

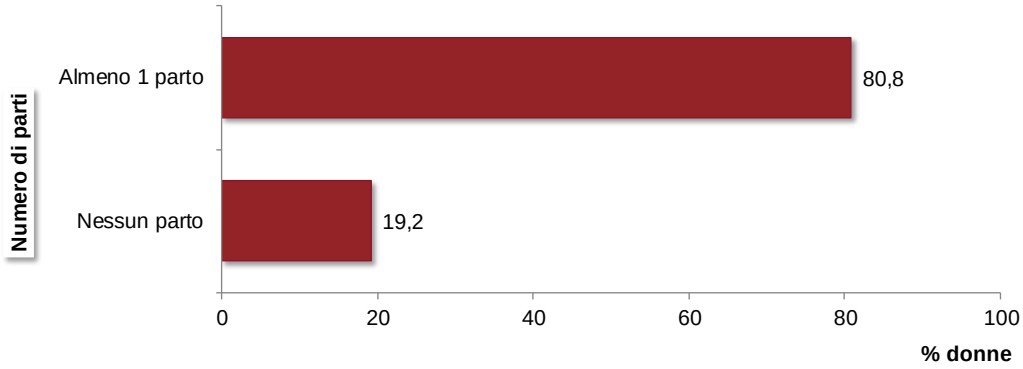



**Figura 1.8. Donne (%) intervistate nel campione per numero di parti (Indagine SES 2016, n. 365)**

Tra le donne intervistate, il 64,9% (n. 237) ha dichiarato di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso della loro vita, mentre circa un quinto (n. 77) ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto a scopo preventivo (SOF test). Il 62,5% delle donne (n. 228) ha riferito di aver assunto antibiotici durante l'ultimo anno (Figura 1.9).

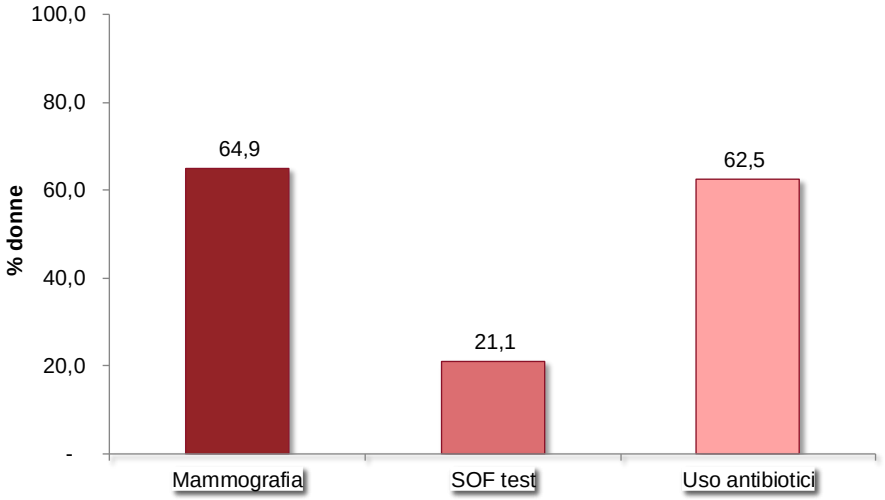



**Figura 1.9. Donne (%) intervistate nel campione che hanno effettuato una mammografia o il SOF test a scopo preventivo e hanno assunto antibiotici nell'ultimo anno (Indagine SES 2016, n. 365)**

## Informazione

Le donne intervistate per richiedere informazioni sul tumore del collo dell'utero si rivolgono prevalentemente a operatori sanitari: il 51,2% al ginecologo (n. 187), il 34,5% all'MMG (n. 126) e in misura minore al Consultorio, 6,8% (n. 25) e via Internet, 6,3% (n. 23). Solo una piccola quota di donne richiede tali informazioni ad amiche (0,3%) (Figura 1.10).

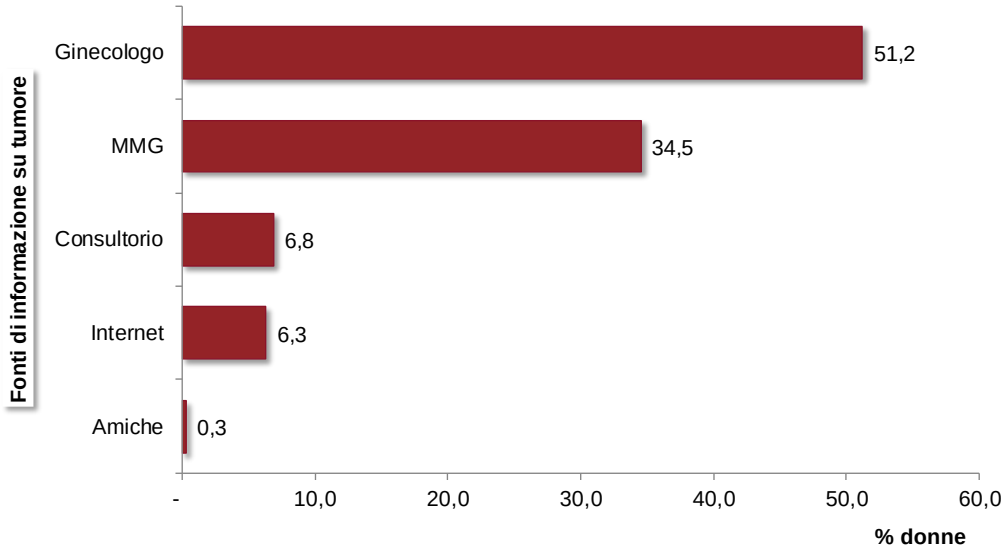



**Figura 1.10. Donne (%) intervistate nel campione che hanno richiesto informazioni sul tumore del collo dell'utero (Indagine SES 2016, n. 365)**

Il 58,9% delle donne intervistate (n. 215) ha ricevuto una lettera di invito all'esecuzione del pap-test dalla propria ASP, il 53,2% (n. 194) ha visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening, il 48,5% (n. 177) ha ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening (Figura 1.11).

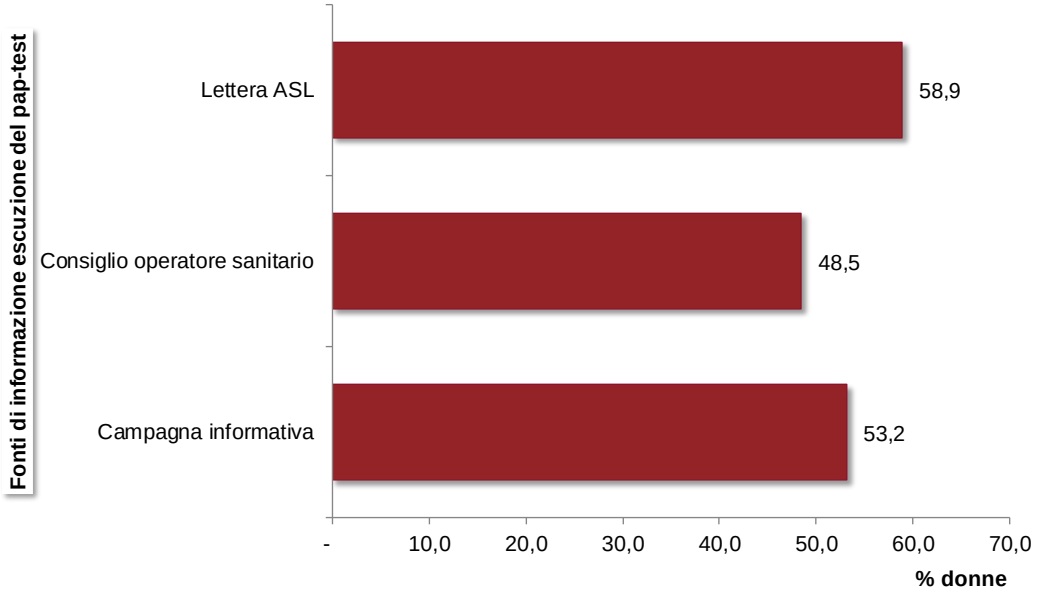



**Figura 1.11. Donne (%) intervistate nel campione per fonte di informazione all'esecuzione del pap-test (Indagine SES 2016, n. 365)**

## Conoscenza altri programmi di prevenzione

Il 67,9% delle donne (n. 248) dichiara di essere a conoscenza della vaccinazione anti-HPV rivolta alle adolescenti e il 55,3% (n. 202) dichiara di aver sentito parlare del Test HPV per la rilevazione della presenza del papillomavirus (Figura 1.12).

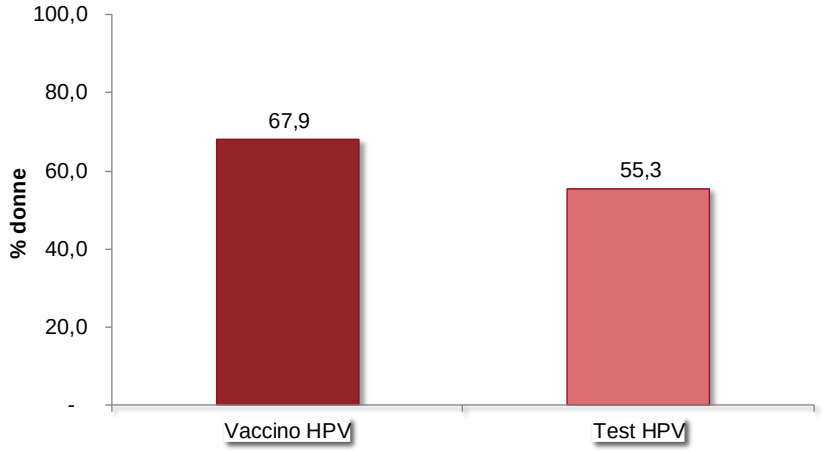



**Figura 1.12. Donne (%) intervistate nel campione a conoscenza di altri programmi di prevenzione (Indagine SES 2016, n. 365)**

## Adesione al pap-test

Il 66,6% delle donne (n. 243) partecipanti all'Indagine SES ha dichiarato di aver eseguito il pap-test nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali (12, 18). Le donne che hanno fatto trascorrere più di 3 anni dall'esecuzione dell'ultimo pap-test sono il 18,1% (n. 66) mentre le donne che hanno riferito di non aver mai eseguito il pap-test sono il 14,0% (n. 51) (Figura 1.13).

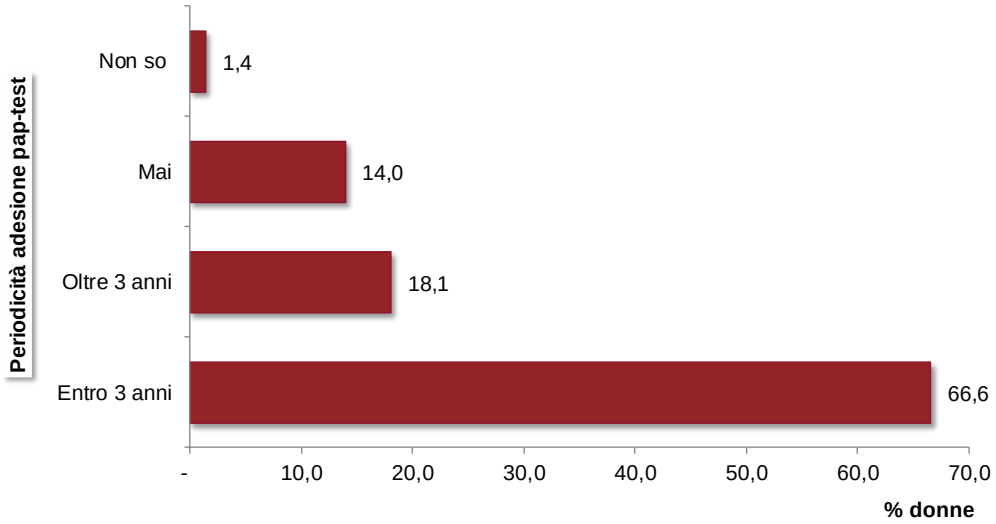



**Figura 1.13. Donne (%) intervistate nel campione per periodicità adesione al pap-test (Indagine SES 2016, n. 365)**

La percentuale di donne partecipanti all'indagine "Salvate Eva Sicilia" che ha eseguito il pap-test nei tempi raccomandati è sovrapponibile a quella rilevata in Sicilia dal sistema di sorveglianza PASSI 2012-2015, ma inferiore al valore di riferimento nazionale (79,2%) (Figura 1.14).

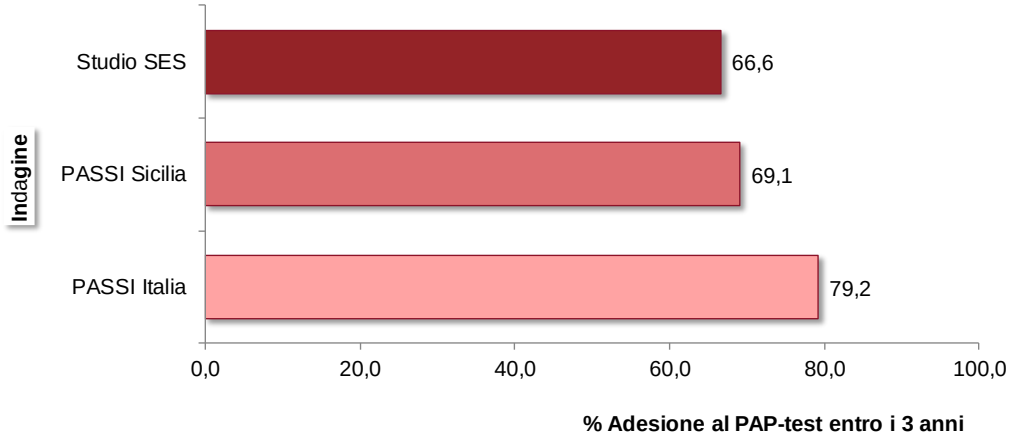



**Figura 1.14. Adesione al pap-test (%) entro i 3 anni: confronto tra i dati dell'Indagine SES 2016 e i dati del PASSI 2012-2015 di Italia e Regione Siciliana**

## Efficacia dell'informazione ricevuta

Alle donne che hanno fatto il pap-test negli ultimi 3 anni e che hanno ricevuto la lettera d'invito (n. 151), il consiglio del medico o di un operatore sanitario (n. 139) o che sono state esposte ad una campagna informativa (n. 124) è stata chiesto quale influenza abbiano avuto tali interventi di promozione del pap-test nel favorire la loro adesione allo screening. L'intervento più influente è risultato essere il consiglio del medico/operatore sanitario (84,2%). In aggiunta, il 68,9% ha ritenuto determinante la lettera d'invito ricevuta dalla propria ASP e il 56,5% si è convinta a partecipare attraverso le campagne informative di promozione del test di screening della cervice uterina (Figura 1.15).

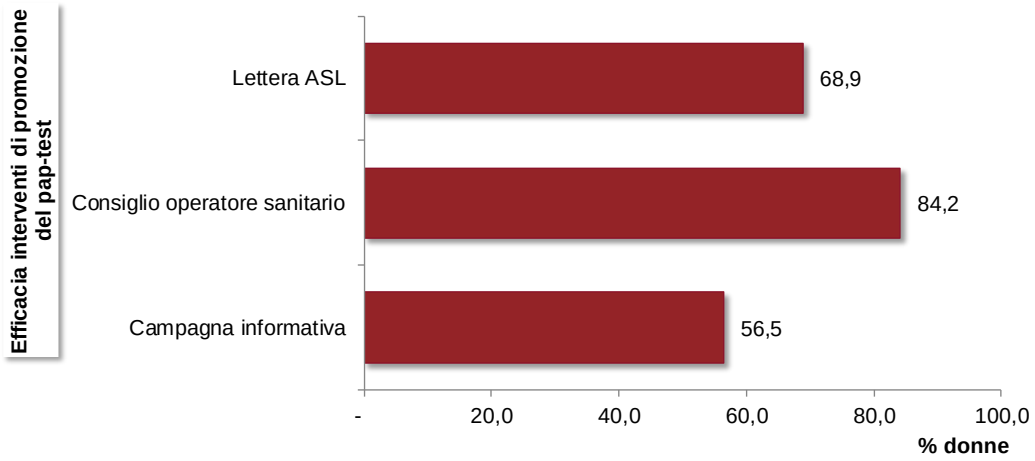
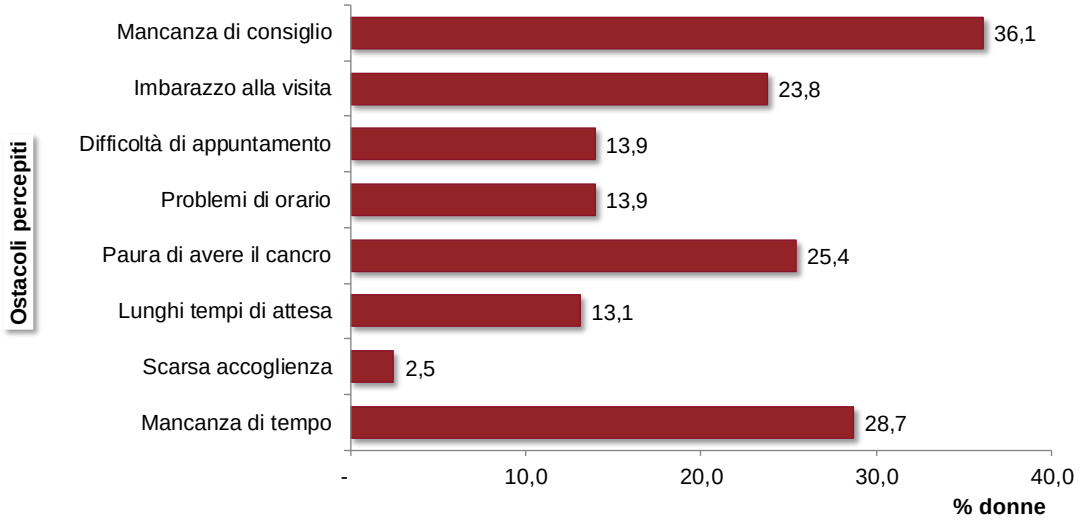



**Figura 1.15. Donne (%) intervistate nel campione che hanno effettuato il pap-test in relazione all'influenza degli interventi di promozione del pap-test (Indagine SES 2016, n. 243)**

Le donne che hanno aderito allo screening dopo aver ricevuto la lettera di invito da parte dell'ASP sono il 41,4% (n. 151) rispetto al 25,2% che ha aderito spontaneamente (n. 92). Nel complesso 139 donne (38,1%) hanno effettuato il pap-test senza nessuna spesa. Una stima dello screening organizzato (dopo il ricevimento lettera di invito e senza nessun costo a carico della donna) risulta essere di circa il 28%.

## Ostacoli percepiti: mancata esecuzione pap-test

La Figura 1.16 mostra le principali motivazioni alla base della mancata effettuazione del pap-test delle donne intervistate.




La percentuale è calcolata su singola domanda quindi il totale non corrisponde al 100%

**Figura 1.16. Donne (%) intervistate nel campione che non hanno effettuato il pap-test per ostacoli percepiti alla esecuzione del pap-test (Indagine SES 2016, n. 122)**

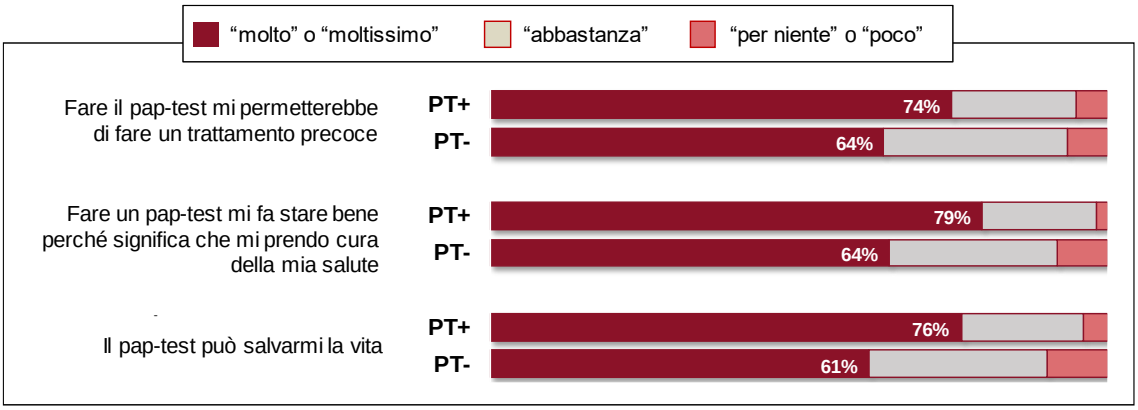
I principali ostacoli percepiti sono la mancanza di consiglio da parte del proprio MMG o di un qualsiasi operatore sanitario (36,1%), seguiti dalla mancanza di tempo (28,7%), dal timore da parte della donna di ricevere una diagnosi di tumore durante lo screening (25,4%) e dall'imbarazzo della visita ginecologica (23,8%). In secondo piano, altre motivazioni meno considerate ma che sono tutte dipendenti dal servizio offerto dai centri screening delle ASP siciliane sono: la difficoltà di prendere un appuntamento (13,9%), gli orari poco flessibili (13,9%), i tempi di attesa lunghi (13,1%) e la scarsa accoglienza ricevuta (2,5%).

## Atteggiamenti, convinzioni e opinioni delle donne

La Figura 1.17 confronta le risposte alle frasi (*item*) del questionario relative alle opinioni sul pap-test e sul cancro del collo dell'utero sia delle donne che hanno effettuato il pap-test entro gli ultimi 3 anni che delle donne che non hanno aderito allo screening. Il grado d'accordo, misurato con la scala Likert a 5 punti, è stato riclassificato in tre punti: 1: "per niente" o "poco"; 2: "abbastanza"; 3: "molto" o "moltissimo". I grafici sembrano evidenziare una buona consapevolezza delle problematiche legate al cancro al collo dell'utero e della relativa campagna

di screening da parte delle donne intervistate, con alcune differenze tra quelle che effettuano e che non effettuano regolarmente il pap-test.

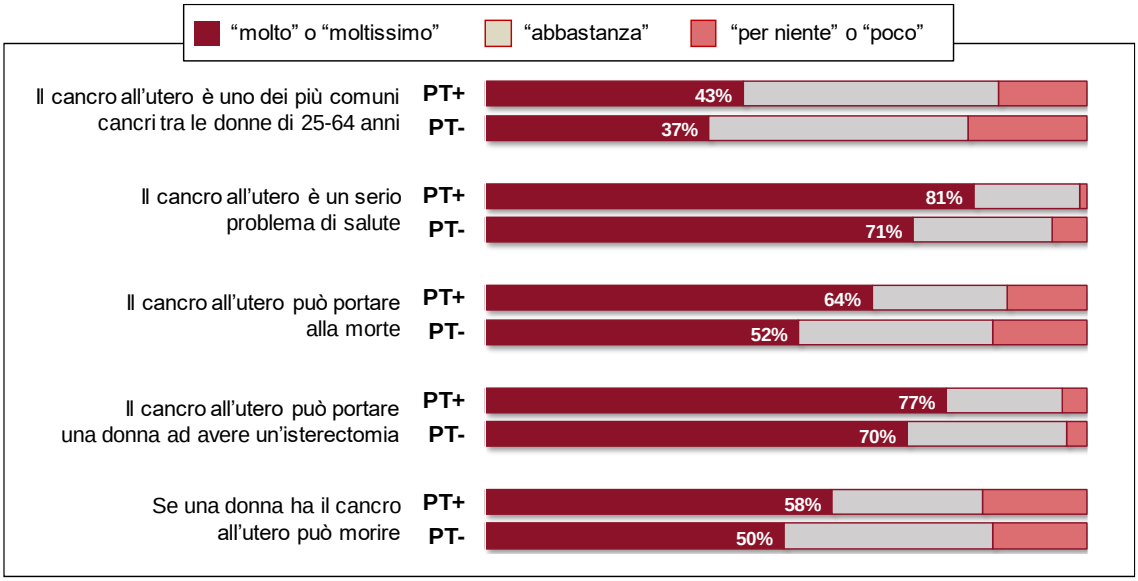
In particolare, le intervistate ritengono il pap-test un valido strumento di prevenzione e ne comprendono l'importanza per la propria salute (benefici percepiti) (Figura 1.17).




PT+: pap-test effettuato negli ultimi 3 anni; PT-: pap-test non effettuato negli ultimi 3 anni

**Figura 1.17. BENEFICI PERCEPITI: grado d'accordo sul pap-test (%) nelle donne intervistate in base all'adesione al programma di screening (Indagine SES 2016, n. 365):**

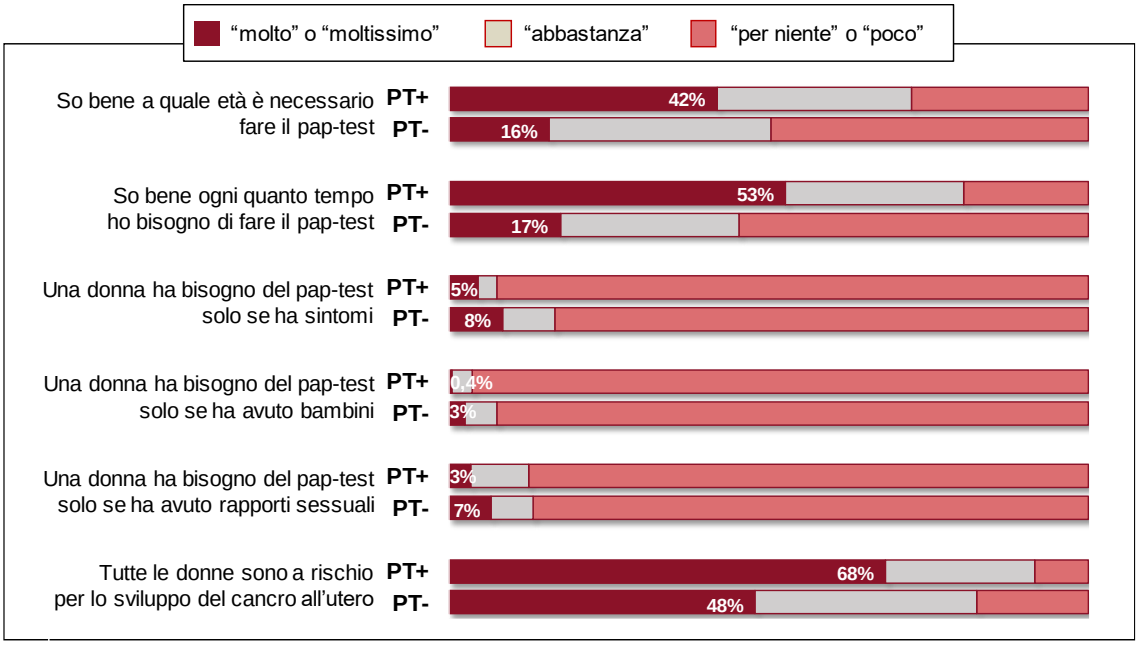
Le donne che effettuano regolarmente il pap-test mostrano un grado d'accordo più elevato di circa il 10-15% ($p<0,05$) rispetto alle donne che non effettuano il test. La maggior parte di esse riconosce nel cancro al collo dell'utero un serio problema di salute ed è cosciente delle conseguenze alle quali può portare (gravità percepita) (Figura 1.18).




PT+: pap-test effettuato negli ultimi 3 anni; PT-: pap-test non effettuato negli ultimi 3 anni

**Figura 1.18. GRAVITÀ PERCEPITA: grado d'accordo su pap-test e cancro del collo dell'utero (%) nelle donne intervistate in base all'adesione al programma di screening (Indagine SES 2016, n. 365)**

Anche per questi *item* le donne che effettuano il pap-test entro i tre anni mostrano un grado di accordo superiore alle donne che non lo effettuano, ma solo gli *item* "Il cancro dell'utero è un serio problema di salute" e "Il cancro dell'utero può portare alla morte" mostrano differenze statisticamente significative ($p<0,05$). Per quanto riguarda le tempistiche e le modalità di esecuzione del test (Suscettibilità percepita, Figura 1.19), si evincono maggiori differenze (superiori al 20%) tra coloro che aderiscono regolarmente allo screening e quelle che non lo hanno eseguito negli ultimi tre anni: le prime ritengono di averne un'adeguata conoscenza, le seconde si dimostrano meno informate al riguardo ($p<0,01$). La quasi totalità delle donne sembra però essere bene informata sulla necessità di partecipare allo screening, indipendentemente dal proprio stato di salute, dallo stile di vita o dalla eventuale gravidanza (suscettibilità percepita) (Figura 1.19).




PT+: pap-test effettuato negli ultimi 3 anni; PT-: pap-test non effettuato negli ultimi 3 anni

**Figura 1.19. SUSCETTIBILITÀ PERCEPITA: grado d'accordo su pap-test e cancro del collo dell'utero (%) nelle donne intervistate in base all'adesione al programma di screening (Indagine SES 2016, n. 365)**

Considerando i raggruppamenti degli *item* sopra descritti emerge che la percezione di ottenere dei benefici in termini di mantenimento e guadagno di salute dall'esecuzione del pap-test (benefici=74,5%), la percezione della gravità del cancro dell'utero (gravità=66,0%), la suscettibilità e la consapevolezza sull'importanza di questo test nel prevenire il cancro cervicale, ossia la percezione della donna del rischio di sviluppare il cancro e dei suoi tempi e modalità di esecuzione (suscettibilità=70,1%) si riscontrano in una larga quota delle donne intervistate, sia che esse partecipino regolarmente allo screening organizzato sia che non vi prendano parte.

## Determinanti dell'adesione al pap-test

In Tabella 1.2 è riportata l'aderenza al pap-test in relazione alle caratteristiche socio-demografiche, all'informazione ricevuta sulle campagne di screening, alla percezione dei

benefici dello screening, della gravità della patologia e della suscettibilità a contrarre la stessa nel campione di donne in studio (n. 365).

**Tabella 1.2. Determinanti dell'adesione al pap-test (Indagine SES 2016)**

| Variabili | Tutte le donne (n. 365) | Donne aderenti al pap-test (n. 243) | | OR (IC 95%) | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | | |
| **Classi di età** | | | | | |
| *≥45* | 240 | 158 | 65,8 | *1* | |
| *<45* | 125 | 85 | 68,0 | 1,10 (0,70-1,75) | 0,68 |
| **Istruzione** | | | | | |
| *Bassa* | 169 | 107 | 63,3 | *1* | |
| *Alta* | 196 | 136 | 69,4 | 1,31 (0,85-2,03) | 0,22 |
| **Stato civile** | | | | | |
| *Non coniugata* | 78 | 47 | 60,3 | *1* | |
| *Coniugata* | 287 | 196 | 68,3 | 1,42 (0,85-2,83) | 0,18 |
| **Convivenza** | | | | | |
| *Non sola* | 345 | 227 | 65,8 | *1* | |
| *Sola* | 20 | 16 | 80,0 | 2,08 (0,68-6,36) | 0,19 |
| **Occupazione** | | | | | |
| *Non occupata* | 171 | 110 | 64,3 | *1* | |
| *Occupata (sì + in cerca)* | 192 | 133 | 69,3 | 1,25 (0,81-1,94) | 0,32 |
| **Parto** | | | | | |
| *No* | 70 | 44 | 62,9 | *1* | |
| *Sì* | 295 | 199 | 67,5 | 1,23 (0,71-2,11) | 0,46 |
| **Lettera** | | | | | |
| *No* | 150 | 92 | 61,3 | *1* | |
| *Sì* | 215 | 151 | 70,2 | 1,49 (0,96-2,31) | 0,08 |
| **Consiglio** | | | | | |
| *No* | 188 | 104 | 55,3 | *1* | |
| *Sì* | 177 | 139 | 78,5 | 2,95 (1,87-4,68) | <0,01 |
| **Campagna** | | | | | |
| *No* | 171 | 119 | 69,6 | *1* | |
| *Sì* | 194 | 124 | 63,9 | 0,77 (0,50-1,20) | 0,25 |
| **Informazioni su tumore della cervice** | | | | | |
| *Amiche, Internet* | 24 | 13 | 54,2 | *1* | |
| *Consultorio, medico, ginecologo* | 340 | 230 | 67,6 | 1,78 (0,77-4,08) | 0,18 |
| **Benefici** | | | | | |
| *No* | 93 | 51 | 54,8 | *1* | |
| *Sì* | 272 | 192 | 70,6 | 1,98 (1,22-3,21) | <0,01 |
| **Gravità** | | | | | |
| *No* | 123 | 76 | 61,8 | *1* | |
| *Sì* | 241 | 167 | 69,3 | 1,40 (0,89-2,20) | 0,15 |
| **Suscettibilità** | | | | | |
| *No* | 108 | 49 | 45,4 | *1* | |
| *Sì* | 256 | 194 | 75,8 | 3,77 (2,34-6,06) | <0,01 |

**OR**: Odds Ratio; **IC**: Intervallo di confidenza

Dall'analisi bivariata emerge che le variabili maggiormente associate all'aderenza al pap-test sono: il consiglio da parte di un operatore sanitario (OR=2,95 IC95% 1,87-4,68), la percezione dei benefici dello screening (OR=1,98 IC95% 1,22-3,21), la suscettibilità sull'importanza di

questo test nel prevenire il cancro cervicale (OR=3,77 IC95% 2,34-6,06) e la ricezione della lettera d'invito (OR=1,49 IC95% 0,96-2,31).

Nel modello logistico multivariato che ha considerato l'effetto dell'età, dell'istruzione, dello stato civile, della lettera di invito, del consiglio da parte di un operatore sanitario, della fonte di informazione sul tumore della cervice, dei benefici, della gravità e della suscettibilità sull'aderenza al pap-test, è risultato che soltanto il consiglio da parte di un operatore sanitario (OR aggiustato=2,52 IC 95% 1,54-4,13) e la suscettibilità percepita sull'importanza del pap-test nel prevenire il cancro cervicale (OR aggiustato=3,18 IC 95% 1,87-5,40) sono associate ad una maggiore adesione al pap-test (Figura 1.20).

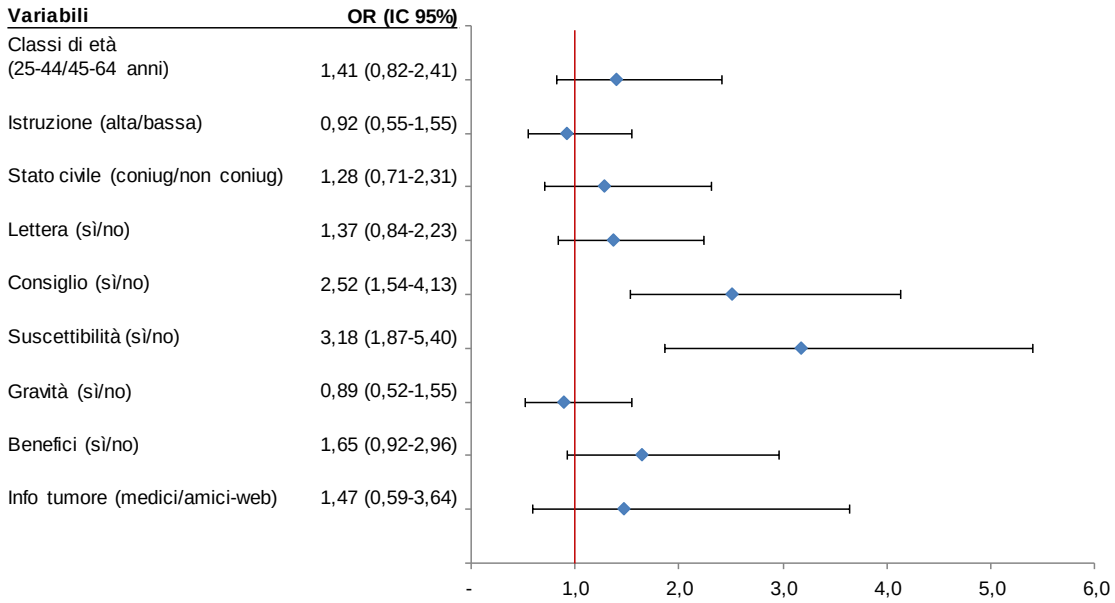



**Figura 1.20. Determinanti dell'adesione al pap-test, risultati dell'analisi logistica multivariata (Indagine SES 2016, n. 365)**

# Conclusioni

In Sicilia, così come raccomandato dalle linee guida (12, 18), il 66,6% delle donne intervistate ha eseguito il pap-test nell'ultimo triennio, dato sovrapponibile a quello rilevato dal sistema di sorveglianza PASSI Sicilia 2012-2015 ma sostanzialmente minore rispetto al valore rilevato a livello nazionale (79,2%).

Nell'Indagine SES l'intervento più efficace nel promuovere l'adesione allo screening è risultato il consiglio del medico o dell'operatore sanitario.

La lettera d'invito, pur non rappresentando singolarmente nell'indagine una condizione statisticamente significativa per incrementare l'adesione, rappresenta un importante fattore promuovente se associata al consiglio del medico o dell'operatore sanitario.

In coerenza con quanto riportato in letteratura, infatti, il consiglio e la lettera d'invito della ASP rappresentano un determinante positivo, non solo perché incidono, verosimilmente, sulla sensibilità delle donne intervistate, ma anche perché, con il contatto individuale, forniscono un supporto empatico nella decisione della donna.

La conoscenza di altri programmi di prevenzione quali l'esecuzione del test HPV, la conoscenza della vaccinazione anti HPV e l'effettuazione di altri screening (mammografia e SOF test), rappresentano una condizione capace di influire in maniera positiva sullo screening del cervicocarcinoma. Di contro, le giustificazioni che le donne adducono per non aver effettuato il test di screening sono riconducibili a una non appropriata percezione del rischio e testimoniano la necessità di intervenire per aumentarne la consapevolezza.

I programmi organizzati che tengono conto di un approccio informativo e formativo, opportunamente pianificati tenendo conto del determinante intervento degli operatori sanitari e in particolare del medico di medicina generale, si confermano correlati a una maggior adesione e a una maggiore probabilità di riuscita.

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (2014-2018) prevede che entro il 2018 tutte le Regioni passino al test HPV-DNA come test di screening primario. La Regione Siciliana con il Decreto del 3 gennaio 2017 prevede l'introduzione di tale test per le donne di età compresa tra 34 e 64 anni, mentre le donne di età 25-34 anni continueranno a essere sottoposte a pap-test come test primario (19).

In occasione di questo cambiamento nel programma di screening organizzato del cervicocarcinoma è di fondamentale importanza potenziare i servizi per aumentare il numero di donne target raggiunte e migliorare la qualità del counselling attraverso un intervento più attivo da parte del medico di medicina generale e dei professionisti sanitari coinvolti.

## Bibliografia

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69-90. Erratum in: *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):134.
2. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. *IARC Monographs on the evalutation of carcinogenic risks to humans. Human Papillomaviruses. Vol 64.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1995.
3. Berrington de Gonzales A, Sweetland S, Green J. Comparison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2004;90(9):1787-91.
4. Long HJ 3rd, Laack NN, Gostout BS. Prevention, diagnosis, and treatment of cervical cancer. *Mayo Clin Proc* 2007;82(12):1566-74.
5. Appleby P, Beral V, Berrington de Gonzalez A *et al*. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007;370(9599):1609-21.
6. Gruppo di lavoro AIOM-AIRTUM. *I numeri del cancro in Italia 2016*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
7. AIRTUM Working Group. I tumori in Italia, rapporto 2011: Sopravvivenza. *Epidemiol Prev* 2011:26(5-6):Suppl. 1.
8. Assessorato Regionale della Salute, Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico. *Dati di mortalità del Registro Nominativo delle cause di morte (ReNCaM) della Regione Sicilia 2007-2015*. Palermo: Regione Siciliana; 2016.
9. Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori. *I tumori in Italia. Incidenza, mortalità e prevalenza per tumore della cervice uterina in Italia*. Milano: Istituto Nazionale dei Tumori; 2016. Disponibile all'indirizzo: www.tumori.net/it3/rapporti%20sedi/Cervice.pdf; ultima consultazione 15/10/17.
10. Cadeddu C, Lovato E, Ferriero AM, Specchia ML. Lo screening del tumore della cervice uterina in Italia dal 2007 ad oggi. *QIJPH* 2014;3(8):30-37.

11. AGENAS. Progetto CCM 2012 Azioni Centrali. Implementazione dei programmi si screening: analisi delle barriere e dei fattori facilitanti, modificabili e non. Executive Summary. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali; 2016.

12. Ministero della Salute. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto. Roma: Ministero della Salute; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_774_allegato.pdf; ultima consultazione 15/10/2017.

13. Ministero della Salute. *Vaccinazione contro il Papillomavirus umano*. Roma: Ministero della Salute, 2014. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=31&area=Vaccinazioni; ultima consultazione 15/10/17.

14. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. *La sorveglianza PASSI Screening cervicale. Indicatori PASSI 2012-15*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp; ultima consultazione 15/10/17.

15. Costa G, Crialesi R, Migliardi A, Gargiulo L, Sebastiani G, Ruggeri P, Menniti Ippolito F (Ed.). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/26).

16. Giubilato P, Ronco G, Giorgi Rossi P. La survey 2013: estensione e adesione. In: *Convegno Nazionale GISCi. Uno screening, due percorsi: Test HPV e Pap-test a confronto nella pratica. Valutazione e analisi della co-esistenza dei due percorsi nella pratica corrente*. Finalborgo (SV), 21-22 maggio 2015.

17. Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT. Statistiche demografiche ISTAT - Demo-Geodemo Istat. Demografia in Cifre. Popolazione Residente per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2016. Roma; ISTAT: 2016. Disponibile all'indirizzo: http://demo.istat.it/pop2016/index.html; ultima consultazione 13/12/16.

18. Anttila A, Ronco G, Lynge E, Fender M, Arbyn M, Baldauf JJ, Patnick J, McGoogan E, Hakama M, Miller AB. Epidemiological guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. In: Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Daniel J, von Karsa L (eds). *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening - second edition*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008. p. 11-68. Disponibile all'indirizzo: http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf; ultima consultazione 15/10/2017.

19. Regione Siciliana. Decreto Assessorato della salute 3 gennaio 2017. Passaggio dal Pap test all'HPV-DNA come test primario per lo screening del cervicocarcinoma. *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana - Parte I* n. 4, (2017.2.72)102, 27 gennaio 2017

## Capitolo 2.

# STUDIO "SALVATE EVA IN SICILIA": ASPETTI METODOLOGICI E SWOT ANALYSIS

## Introduzione

L'intervista telefonica è spesso utilizzata in sanità pubblica come strumento di raccolta dati per indagini sia qualitative che quantitative. Rispetto all'intervista di persona, le *survey* telefoniche hanno il vantaggio di essere più brevi, meno costose, più standardizzate, di richiedere meno formazione (1) e permettono di raggiungere soggetti dispersi geograficamente, anche in aree rurali (2). Tuttavia, presentano anche alcune possibili limitazioni: bassa rappresentatività, escludendo coloro che possiedono solo la linea mobile o che non sono presenti nei registri telefonici; alto tasso di rifiuto a causa dell'elevato numero di ricerche di mercato che si avvalgono della stessa metodologia; bassa responsività, qualora i familiari blocchino il contatto con il soggetto da intervistare; difficoltà nella somministrazione di domande con gran numero di risposte (3). Inoltre, l'utilizzo del questionario come strumento di raccolta dati per indagini epidemiologiche, presenta, nella standardizzazione della sua formulazione, sia un punto di forza necessario ai fini della validità scientifica che, allo stesso tempo, un limite per la poca adattabilità ai diversi gradi di *health literacy* che si riscontrano nella popolazione (4).

Un basso grado di *health literacy* può rappresentare un importante determinante negativo all'accesso ai servizi di screening, proprio per la complessità del concetto stesso di prevenzione (5, 6). L'*health literacy*, infatti, secondo la definizione riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è quell'insieme di "abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute" (7); è una competenza necessaria sia per la salute individuale, per accedere ai servizi sanitari, utilizzarli e interagire efficacemente con i professionisti sanitari, sia per il miglioramento delle condizioni di vita nelle comunità, dove implica la capacità di prendersi cura della propria salute e di quella degli altri e la partecipazione al dibattito e ai processi decisionali che coinvolgono la salute dei cittadini (6).

Le persone con basso grado di *health literacy* hanno una ridotta accessibilità ai servizi per la prevenzione, un basso livello di aderenza al trattamento farmacologico, scarsa comprensione delle etichette (farmaci e alimenti) e delle comunicazioni relative alla salute (8-11). In Italia, con particolare riferimento al Sud e alle Isole, è stato riportato un livello molto basso di *literacy* e *numeracy* nella popolazione adulta rispetto ai Paesi membri dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) (12, 13).

Questi aspetti rendono necessaria un'attenzione maggiore agli aspetti comunicativi e all'uso del questionario per la raccolta dati nelle indagini rivolte alla popolazione generale, sia come strumento autosomministrato sia nell'intervista diretta. Alla luce di queste riflessioni, una volta ultimata l'Indagine "Salvate Eva in Sicilia" (SES), i ricercatori hanno deciso di condurre una valutazione qualitativa della fase di raccolta dati tramite interviste, basata sull'analisi SWOT (*Strenghts, Weaknesses, Opportunities and Threats*).

Obiettivo dell'analisi è stato rilevare i punti di forza e i punti di debolezza interni al processo di raccolta dati dell'indagine e, ancora, le opportunità e le minacce/i rischi emersi dal contesto esterno di questa fase dell'Indagine SES. Rispondendo a queste domande, sono state identificate

le aree di criticità, al fine di potenziare la validità metodologica della raccolta dati della *survey* e ridurre i possibili *bias* nell'eventuale riproduzione della stessa metodologia in altri contesti.

# Materiali e metodi

L'approccio qualitativo utilizzato è stato quello della SWOT *analysis*, strumento di pianificazione strategica nato negli anni cinquanta (14) che si basa sull'analisi di quattro macro-aree:

- i punti forti (*Strenghts*) sono elementi legati alle attività interne del progetto, come risorse e competenze, che lo rendono efficace;
- i punti deboli (*Weaknesses*) sono elementi interni al progetto, alla sua articolazione, che necessitano di modifiche;
- le opportunità (*Opportunities*) sono elementi legati o generati da fattori esterni, riguardanti il contesto, che vanno a vantaggio del progetto stesso, facilitandone il raggiungimento degli obiettivi;
- i rischi (*Threats*) sono elementi legati o generati da fattori esterni, che possono ostacolare la realizzazione del progetto. Essi sono meno facilmente modificabili, rispetto ai punti deboli interni.

Al termine della fase di raccolta dati dell'Indagine SES, il gruppo di ricerca ha predisposto uno schema SWOT comprendente 10 categorie di valutazione relative alla realizzazione delle interviste. Ciascun intervistatore ha quindi trascritto la propria esperienza riguardo ai diversi aspetti dell'intervista. Lo schema è stato compilato dagli intervistatori individualmente o in gruppo per ciascuna provincia, ad eccezione della ASP di Catania per la quale sono state redatte tre schede in relazione al notevole quantitativo di informazioni emerse.

Le categorie di valutazione dell'intervista e di codifica dei dati dell'analisi SWOT sono:

1. lettera informativa (le donne avevano capito di quale lettera si trattava? altro?);
2. informazione sulla *survey* da parte del MMG (le donne avevano ricevuto l'informazione da parte del MMG? Come avevano interpretato l'informazione ricevuta?);
3. interazione con i familiari (filtro, facilitazione/negazione accesso, commenti fatti all'intervistatore, negazione dell'intervista per il genere dell'intervistatore, accento non siciliano, ecc.);
4. propensione della donna all'intervista (collaborativa, diffidente, familiari con cervicocarcinoma o altri tumori, racconto di aneddoti, vostre impressioni, ecc.);
5. intervista come occasione per la donna per porre altre domande (sulla prevenzione, altro);
6. difficoltà nella comprensione di alcuni termini/concetti medici (es. termini complessi, uso di espressioni dialettali);
7. atteggiamento nell'affrontare domande su cancro e morte (atteggiamento di apertura, di chiusura, altri temi su cui si sono riscontrati atteggiamenti particolari);
8. atteggiamento nell'affrontare domande sulla sfera sessuale (linguaggio idoneo al dialogo e alla comunicazione);
9. altri aspetti che ritenete rilevanti;
10. fattori favorenti/ostacolanti l'intervista (se non inclusi nelle categorie precedenti).

Si è poi proceduto alla lettura trasversale di tutte le schede SWOT utilizzando il metodo della *long table analysis* descritto da Kruger e Casey (15), e quindi all'analisi SWOT multidimensionale *ex-post*.

Il metodo della *long table* richiede esclusivamente una tavola di grandi dimensioni o una stanza con ampi spazi su cui procedere alla categorizzazione e classificazione dei contenuti. Si tratta di un approccio sistematico, sequenziale, verificabile e continuo, realizzabile senza l'ausilio di tecnologie informatiche.

Le tappe del lavoro sono state le seguenti:

1. stampa di due copie di ogni scheda SWOT compilata, una da tagliare per la classificazione dei contenuti e una da usare come riferimento;
2. categorizzazione dei contenuti di ogni scheda SWOT, attribuendo alle diverse categorie di valutazione un colore diverso; la stessa codifica dei colori è stata applicata a tutte le schede (Figura 2.1);
3. preparazione di quattro poster, uno per ogni macro-area della SWOT *analysis* (forza, debolezza, opportunità, rischi);
4. ritaglio delle diverse frasi categorizzate e classificazione in una delle quattro macro-aree, secondo quanto indicato dai rispondenti (Figura 2.1);
5. rilettura e verifica della coerenza interna delle diverse categorie e delle macro-aree, attraverso discussione interna al gruppo di ricerca; eventuale ricodifica e riclassificazione;
6. prima sintesi dei risultati, discussione e revisione.

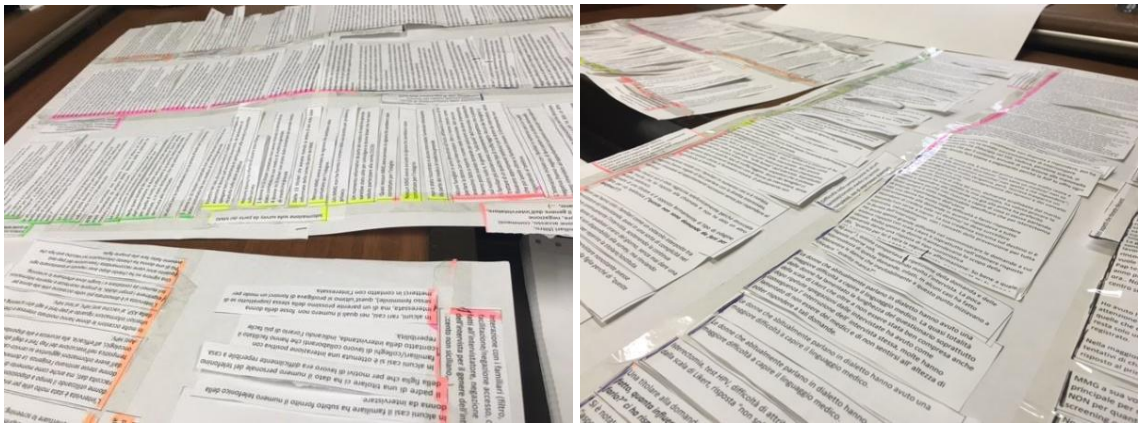


**Figura 2.1. *Long table analysis*: esempio di categorizzazione e classificazione dei dati raccolti**

Gli elementi univocamente attribuibili ad un unico ambito sono stati sintetizzati in Tabella 2.1. Le categorie che includevano sia punti di forza sia di debolezza sono state indicate con il simbolo (+/-).

Il gruppo di ricerca che ha condotto l'analisi qualitativa includeva i medici intervistatori. Questo aspetto, se da un lato ha potuto favorire il rischio di *reflexivity bias*, dall'altro ha fatto sì che la discussione della *long table analysis* fosse un'ulteriore occasione di riflessione sull'esperienza che ha coinvolto i ricercatori. Ciò ha consentito di comprendere meglio alcuni punti del protocollo e proporre modifiche per un utilizzo successivo del questionario.

**Tabella 2.1. Analisi SWOT della raccolta dati tramite intervista nell'ambito dell'Indagine SES 2016**

| | FORZA | DEBOLEZZA |
|---|---|---|
| **INTERNI** | • Invio preliminare di lettera di avviso dell'indagine<br>• Presentazione dell'intervistatore in qualità di medico appartenente a un ente istituzionale (ASP, Università, Assessorato alla Salute)<br>• Riferimento all'avvenuto coinvolgimento del MMG della donna all'inizio dell'intervista<br>• Atteggiamento facilitante dell'intervistatore<br>• Possibilità di posticipare l'intervista ad altra data/orario (+/-)<br>• Richiesta di partecipazione finalizzata al miglioramento del servizio di screening | • Layout della lettera di avviso simile alla lettera di invito per lo screening<br>• Alcune domande di difficile comprensione (livello di accordo/disaccordo con scala Likert)<br>• Alcune domande percepite come ripetitive<br>• Scarso coinvolgimento dei MMG in fase di elaborazione del protocollo di indagine<br>• Possibilità di posticipare l'intervista ad altra data/orario (+/-) |
| | **OPPORTUNITÀ** | **RISCHI/MINACCE** |
| **ESTERNI** | • Interesse per la materia e necessità/desiderio di approfondire da parte delle intervistate<br>• Interazione preliminare con familiari della donna da intervistare (+/-)<br>• Storia personale o familiare legata a patologia neoplastica (+/-)<br>• Momento di offerta informativa personalizzata (al termine dell'intervista) | • Mancata disponibilità dei recapiti telefonici di una quota di donne da intervistare<br>• Ritardo o mancata consegna della lettera d'avviso<br>• Interazione preliminare con familiari della donna da intervistare (+/-)<br>• Storia personale o familiare legata a patologia neoplastica (+/-)<br>• Basso livello di *health literacy*<br>• Background socio-culturale<br>• Sfiducia nel servizio sanitario da parte di alcune donne intervistate |

# Risultati

## Punti di forza interni

La *lettera d'avviso* è stata considerata dalla maggior parte degli intervistatori uno strumento utile ai fini dell'indagine per "vincere la diffidenza e nell'agevolare il consenso all'intervista". In qualche caso, questa è stata ritenuta efficace nel trasmettere il contenuto dell'indagine e la finalità della stessa.

*Presentarsi come operatore di un Ente istituzionale* (Università, Regione, ASP) è risultato utile al fine di guadagnare la fiducia della donna.

*Citare all'inizio dell'intervista il nome dell'MMG* della donna "la rassicurava rendendola più propensa a rispondere alle domande del questionario". Questo dato è confermato da un risultato dello studio trasversale SES, che ha evidenziato come i MMG costituiscano il principale punto di riferimento delle donne per i problemi legati allo screening cervicale (Capitolo 1, pag. 19).

L'*atteggiamento empatico dell'intervistatore*, predisposto all'ascolto e alla comprensione delle donne e delle loro difficoltà nel parlare di alcuni argomenti, ha agevolato l'instaurarsi di un rapporto di fiducia, con positive ricadute sull'esito delle interviste.

Il *sentirsi coinvolte al fine di migliorare un servizio per la salute*, espresso dall'intervistatore all'inizio della chiamata, ha incoraggiato l'adesione all'intervista.

L'intervista telefonica era strutturata e prevedeva, al termine della fase di raccolta delle informazioni, un momento dedicato alle eventuali domande da parte delle donne. Questa fase è stata vista come un momento d'incontro tra l'ASP e il cittadino, in quanto si è rivelata un'occasione utile per fugare dubbi e rispondere a domande irrisolte, ed è stata percepita dalla donna come una dimostrazione di interesse da parte del servizio sanitario verso i bisogni della persona.

## Punti di debolezza interni

Durante il colloquio con le donne è emerso che la *lettera d'avviso* in qualche caso sia stata scambiata con la lettera d'invito per lo screening, probabilmente a causa della *veste grafica simile*. Infatti, al momento della domanda "Ha mai ricevuto una lettera dall'ASP che la invitava a fare un pap-test?", la risposta affermativa a volte si rivelava sbagliata poiché la donna si riferiva alla lettera d'avviso della *survey*.

È stata riscontrata grande difficoltà nell'ottenere risposte coerenti alle cinque opzioni ordinate della scala Likert. Molto spesso le donne fraintendevano lo scopo della domanda dando una risposta di tipo nozionistico (es. "Quanto per lei è vera la seguente affermazione: So bene a quale età è necessario fare il pap-test: per niente, poco, ecc.?". Risposta: "Si fa dopo i 40 anni"). Questo comportava la ripetizione della domanda e delle risposte diverse volte, appesantendo e allungando i tempi dell'intervista e, in alcuni casi, provocandone l'interruzione. La formulazione di queste domande spesso intimidiva la donna che, non sentendosi all'altezza di poter rispondere, replicava con frasi tipo "Non sono un medico".

È emersa la difficoltà a comprendere la differenza tra alcune *domande apparentemente simili tra loro* come ad esempio "so bene a quale età è necessario fare il pap-test" e "so bene ogni quanto tempo ho bisogno di fare il pap-test". Queste ripetizioni, in alcuni casi hanno suscitato fastidio, dando la sensazione di "far perdere tempo".

Il *livello di coinvolgimento degli MMG* nella lettera informativa a loro inviata era limitato all'eventuale reperimento dei numeri non rintracciati tramite altre fonti e alla disponibilità a dare informazioni qualora le donne si fossero rivolte a loro per chiarimenti. Nei casi in cui il MMG si sia prodigato nel sensibilizzare le donne sull'adesione alla *survey*, esse si sono mostrate più propense a rispondere alle domande e più consapevoli circa la finalità del questionario. Tuttavia, l'atteggiamento attivo dei MMG nel sensibilizzare le donne è stato demandato alla spontanea iniziativa personale, non essendo stato esplicitamente richiesto nella lettera informativa.

In rari casi, la *modalità telefonica* dell'intervista veniva considerata inadeguata rispetto alla delicatezza dei contenuti affrontati ("… queste non sono domande da fare per telefono"). Talvolta è stata richiesta una particolare capacità comunicativa da parte degli intervistatori per superare e limitare l'iniziale diffidenza; l'intervista si inseriva, infatti, in un contesto caratterizzato da un'esasperante quantità di contatti telefonici quotidiani per attività di marketing di vario genere. Ciò si è riscontrato più frequentemente nel caso di intervistatori con un accento non siciliano o diverso dalla provincia di residenza della donna, che confusi con operatori di *call center*, suscitavano maggior sospetto.

## Opportunità esterne

Durante le interviste sono stati percepiti molto frequentemente grande *curiosità e bisogno di informazioni*, sia in termini di conoscenze sia di informazioni pratiche, *sulle tematiche della prevenzione* (es. dove si possono fare gli screening, gratuità, utilità, tempistiche e modalità

dell'esame). Questo atteggiamento interessato ha agito come elemento motivante e ha consentito di condurre l'intervista in maniera partecipata e molto scorrevole.

Talvolta il primo contatto telefonico è avvenuto con un familiare della donna. In alcuni di questi casi il *ruolo del familiare è stato facilitante*, sia nel reperire la persona (suggerendo un orario o numero esatto) sia sollecitando l'adesione all'intervista. Tuttavia, l'interazione con i familiari non sempre è risultata un'opportunità, ma ha assunto ruoli ambivalenti (vedi oltre, minacce/rischi esterni).

Nel corso dello studio trasversale SES, lo spazio previsto al termine dell'intervista per eventuali commenti da parte della donna è stato spesso utilizzato anche come momento di ascolto e di counselling, per fornire chiarimenti e informazioni sui temi della prevenzione, suggerendo anche numeri telefonici (numero verde) da contattare e siti Internet istituzionali da consultare (siti ASP).

### Minacce/rischi esterni

Le fonti a disposizione delle ASP dalle quali attingere i recapiti telefonici delle donne sono risultate poco aggiornate. I numeri forniti erano spesso sbagliati, inesistenti o non più attivi, e talvolta non si è riuscito ad attribuire un recapito telefonico alle donne. La difficoltà a reperire in itinere i numeri di telefono delle donne ha prolungato i tempi e ha ridotto il tasso di rispondenza, aumentando il numero di sostituzioni.

Non avere ricevuto la lettera d'avviso in alcuni casi ha comportato diffidenza nell'adesione all'intervista da parte della donna.

Talvolta, alcuni termini medici sono stati non compresi o fraintesi (test HPV, SOF).

Le domande in cui ricorrevano le parole "morte" e "cancro" o inerenti la sfera sessuale ad alcune donne sono risultate sgradite, suscitando imbarazzo e chiusura ("non voglio rispondere a queste domande intime"). Con una donna è stata riscontrata molta difficoltà a ottenere risposte coerenti con le domande, in quanto convinta che la nostra condizione di salute sia predestinata ("credo solo nel destino, se deve succedere succede, non serve a niente").

La sfiducia nel sistema sanitario regionale, soprattutto rispetto ai tempi di attesa e al costo dei servizi offerti, ha più volte ostacolato la propensione della donna all'intervista.

La possibilità prevista dal protocollo di fissare un successivo appuntamento per l'intervista ha avuto un ruolo ambivalente. In alcuni casi si è rivelata un elemento negativo per l'indagine, in quanto poteva essere utilizzata come occasione per negare l'intervista, rifiutando le successive chiamate o non facendosi trovare. Tuttavia, in molti casi l'appuntamento è stato indispensabile per evitare di perdere una parte considerevole di donne, che al primo contatto erano impossibilitate a completare l'intervista.

Molti familiari si sono dimostrati titubanti nel mettere l'intervistatore in contatto con la donna da intervistare per diversi motivi: paura che fosse una truffa e diffidenza in relazione al possesso del numero di telefono ("ma chi vi ha dato il numero di mia figlia?") o per ritrosia rispetto all'argomento ("queste non sono domande da farsi per telefono", "di queste cose a casa mia non parliamo").

## Discussione

Tra gli aspetti organizzativi che sono risultati rilevanti per l'indagine emerge la necessità di disporre di indirizzari e numeri di telefono aggiornati; questo ha influito sia sul raggiungimento delle donne mediante lettera d'avviso sia sulla possibilità di contattarle telefonicamente. La

lettera d'avviso non è arrivata a destinazione per due possibili ragioni: disservizi postali e mancanza di disponibilità di indirizzi validi o aggiornati nei data base utilizzati (Centro Unico di Prenotazione CUP, anagrafica assistiti ASP, database dei Centri screening e dei medici di Medicina generale). Emerge quindi anche una potenziale difficoltà a raggiungere una parte della popolazione target interessata dai programmi di screening organizzato. Dal punto di vista della qualità dello studio, la mancata disponibilità di numeri di telefono aggiornati aumenta il ricorso alle sostituzioni, introducendo un possibile *bias* di selezione.

L'intervista telefonica per la raccolta dati è uno strumento efficace per raggiungere le persone ma presenta dei limiti: risulta difficile guadagnarsi la fiducia degli intervistati che ricevono ogni giorno molteplici chiamate da call center e alcuni argomenti, come la morte, la malattia e la sfera sessuale, possono suscitare diffidenza. Il coinvolgimento attivo da parte del medico di medicina generale è risultato decisivo nel superare questo ostacolo.

Queste difficoltà sono almeno in parte riconducibili ad aspetti socio-culturali (ad esempio, credenze, superstizioni e tabù), ad esperienze personali o familiari dolorose, ma anche al livello di *health literacy* della popolazione femminile che comporta anche una mancanza di consapevolezza sul concetto di prevenzione (8).

Negli studi trasversali l'intervista ha l'obiettivo primario della raccolta dati, tuttavia può rappresentare un'opportunità di ascolto e di comunicazione diretta con i cittadini, soprattutto quando è rivolta a grandi fasce di popolazione ed è condotta in maniera sistematica e strutturata. Infatti, nel corso dello studio trasversale SES, la fase conclusiva dell'intervista ha costituito un momento di contatto diretto e un'occasione preziosa di offerta informativa che le donne hanno particolarmente apprezzato.

Sarebbe utile, infine, poter interpretare i risultati di un'indagine di questo tipo, che riguarda atteggiamenti e comportamenti sui temi della prevenzione, alla luce del grado di *health literacy* dei rispondenti inserendo nel questionario una serie di *item* in grado di rilevarlo, soprattutto laddove non sia noto questo dato per il contesto in cui si sta svolgendo lo studio (16-17).

Collegata al livello di *health literacy* risulta essere anche la propensione a rispondere alle domande espresse con scale di Likert che possono essere più faticose e di difficile comprensione dal punto di vista dell'intervistata. Tuttavia l'uso delle scale Likert risulta utile per standardizzare i quesiti e ottenere risposte confrontabili.

# Conclusioni

Per le reti epidemiologiche regionali le indagini trasversali sono strumenti insostituibili per la loro semplicità e per i tempi contenuti della loro realizzazione, per i costi limitati e per le ricadute operative sul funzionamento della rete stessa e la rilevazione delle condizioni di salute della popolazione e dei suoi determinanti.

La mediazione del proprio medico di fiducia in fase di arruolamento è fondamentale, così come la possibilità di calibrare il linguaggio in base alle esigenze dell'intervistata. La non adesione all'indagine potrebbe essere influenzata da tabù culturali o altri aspetti, la cui gestione da parte dell'intervistatore è determinante per aumentare la rispondenza e limitare il *bias* da selezione. Per questo, la formazione degli intervistatori è uno degli elementi chiave ai fini della qualità complessiva dell'indagine.

Dall'analisi SWOT della Indagine SES emergono le seguenti raccomandazioni utili per migliorare il processo dell'intervista, che possono essere trasferite anche in altri contesti:

1. predisporre una lettera di avviso per informare anticipatamente la donna della partecipazione allo studio;

2. coinvolgere attivamente i medici di medicina generale nel raggiungimento delle donne da intervistare, prevedendo incontri specifici prima dell'inizio dell'indagine;
3. curare la formazione degli intervistatori, con particolare attenzione all'aspetto comunicativo ed empatico;
4. promuovere l'interesse e l'adesione delle intervistate, sottolineando l'importanza della loro partecipazione e del loro punto di vista ai fini del miglioramento di un servizio sanitario a loro dedicato;
5. predisporre una parte finale dedicata all'offerta informativa e di counselling sul tema della prevenzione;
6. includere nelle indagini che riguardano la prevenzione e la promozione della salute delle domande che consentano di costruire degli indici di *health literacy*.

## Bibliografia


1. Rahman R. Comparison of telephone and in-person interviews for data collection in qualitative human research. *Interdisciplinary Undergraduate Research Journal* 2015;1(1):10-3.
2. Boland M, Sweeney MR Scallan E, Harrington M, Staines A. Emerging advantages and drawbacks of telephone surveying in public health research in Ireland and the UK. *BMC Public Health* 2006;6(208).
3. Artinian NT, Denison D, Nordstrom CK. Collecting data by telephone from low-income African Americans. *Appl Nurs Res* 2007;20(4):195-199.
4. Novick G. Is there a *bias* against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health* 2008;31(4):391-8.
5. Talley CH, Yang L, Williams KP. Breast cancer screening paved with good intentions: application of the information-motivation-behavioral skills model to racial/ethnic minority women. *J Immigr Minor Health* 2016;2:1-10.
6. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA. Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* 2016;132:3-12.
7. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. 2nd ed. Geneva: WHO; 1998. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf. ; ultima consultazione 15/10/17.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;19;155(2):97-107.
9. Aspden T, Wolley MJ, Ma TM, *et al*. Understanding barriers to optimal medication management for those requiring long-term dialysis: rationale and design for an observational study, and a quantitative description of study variables and data. *BMC Nephrol* 2015;16:102.
10. Kim K, Han HR. Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psychooncology* 2016;25(2):122-30.
11. Farooqui M, *et al*. A qualitative exploration of Malaysian cancer patients' perceptions of cancer screening. *BMC Public Health* 2013;13:48.
12. OECD. *Human development report 2009. Overcoming barriers: human mobility and development. Table I2 Human and income poverty: OECD countries. People lacking functional literacy skills (% aged 16-65)*. New York: United Nations Development Programme; 2009. Disponibile all'indirizzo: http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/269/hdr_2009_en_complete.pdf; ultima consultazione 11/08/16.

13. ISFOL. *PIAAC-OCSE. Rapporto Nazionale sulle competenze degli adulti*. Roma: Istituto per lo sviluppo della formazione professionale dei lavoratori; 2014. (Temi & Ricerche 5). Disponibile all'indirizzo: http://www.isfol.it/piaac/Rapporto_Nazionale_Piaac_2014.pdf; ultima consultazione 11/08/16.
14. Humphrey AS. SWOT analysis for management consulting. *SRI Alumni Association Newsletter* 2005:7-8.
15. Krueger RA, Casey MA. *Focus Groups: a practical guide for applied research*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000.
16. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013;13:658.
17. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Fam Med* 2004;36(8)588-94.

## Capitolo 3.

# STUDIO "SALVATE EVA IN SICILIA": EFFETTI DELLA CONDIZIONE DI SVANTAGGIO SULL'ADESIONE DELLE DONNE ALLO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA IN SICILIA

## Introduzione

Lo screening organizzato del tumore del collo dell'utero, insieme a quello del tumore della mammella e del colon retto, rappresenta uno dei programmi di prevenzione della malattia oncologica riconosciuti e attivi sul territorio (1). L'adesione allo screening del cervicocarcinoma, eseguito attraverso l'esecuzione del pap-test, si distribuisce in modo differente e dipende da diversi fattori. Le donne possono ricorrere ad uno screening spontaneo o richiedere l'inclusione nel programma organizzato dalle aziende sanitarie territoriali. Ancora, possono rispondere o rifiutare l'adesione allo screening organizzato sul territorio. I fattori sociali ed economici, individuali e di contesto, possono concorrere ad orientare l'accesso ai servizi di screening, siano essi organizzati o spontanei.

I dati di copertura a livello nazionale indicano una distribuzione non omogenea sul territorio ed esprimono un gradiente nord-sud con una tendenza alla diminuzione dell'adesione nelle regioni meridionali. In Sicilia i valori si mantengono più bassi rispetto alla media nazionale (2).

L'indagine SES, condotta su un campione rappresentativo di donne residenti in Sicilia, ha confermato i bassi livelli di adesione rilevati con le altre fonti disponibili. L'avvio di una indagine *ad hoc*, costruita specificamente per descrivere gli effetti dei principali determinanti sull'adesione allo screening, ha individuato nel mancato consiglio da parte del medico di medicina generale o comunque di un altro operatore sanitario il principale fattore di rischio della mancata adesione della donna al pap-test. Sebbene la deprivazione individuale, espressa principalmente attraverso il livello di istruzione, rappresenti uno dei principali fattori di rischio per numerosi esiti di salute della popolazione, attraverso l'indagine SES è emerso che il titolo di studio delle donne non modifica il loro ricorso allo screening. Oltre allo svantaggio individuale, l'accesso da parte della popolazione ai principali programmi di prevenzione, così come il ricorso all'assistenza sanitaria, può essere associato anche allo svantaggio del contesto territoriale. Una popolazione che vive in un contesto deprivato sperimenta una minore adesione ai corretti stili di vita e una maggiore morbosità e mortalità. Gli indici sintetici di posizione socioeconomica sono spesso usati per descrivere la distribuzione dello svantaggio in uno specifico *setting* territoriale e possono essere usati anche in sostituzione o a integrazione delle variabili individuali di diseguaglianze per descriverne l'associazione con diversi esiti di salute (3).

Con la recente disponibilità dei dati derivanti dall'ultimo censimento ISTAT sulle famiglie e le abitazioni del 2011, è stato costruito un nuovo indice sintetico di posizione socioeconomica, calibrato su base regionale, con un livello di dettaglio comunale. Per la costruzione dell'indice sono state utilizzate diverse variabili che esploravano le seguenti dimensioni dello svantaggio: istruzione; occupazione; abitazioni; famiglie. Utilizzando la statistica Z, la distribuzione dei diversi indicatori è stata riportata nella medesima scala e l'indice lineare è stato suddiviso in quintili di popolazione residente, da molto ricca a molto deprivata (Figura 3.1) (4).

L'obiettivo dell'indagine è stato quello di descrivere l'influenza dello svantaggio del contesto territoriale sull'adesione delle donne allo screening del cervicocarcinoma in Sicilia.

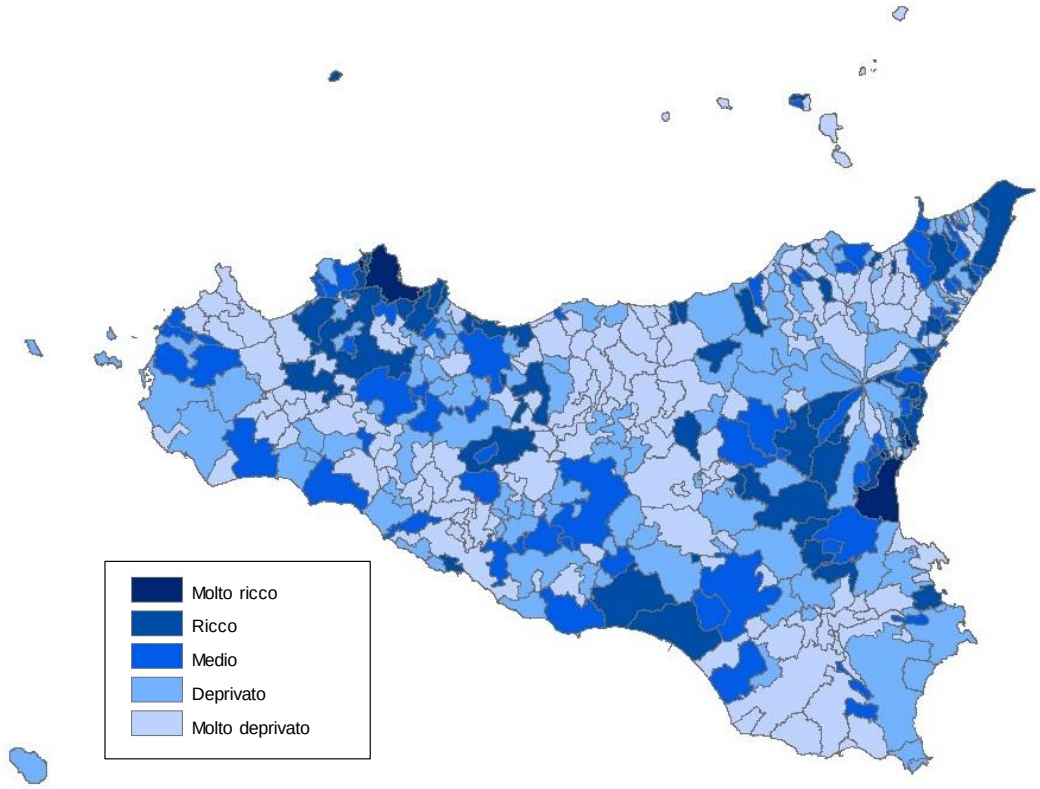



**Figura 3.1. Distribuzione comunale dell'indice sintetico di posizione socioeconomica in Sicilia**

# Materiali e metodi

Per la descrizione dei diversi determinanti dell'adesione delle donne siciliane al pap-test, tra cui le caratteristiche delle donne e le variabili previste dall'*Health Belief Model*, sono stati utilizzati i dati derivanti dall'Indagine SES ("Salvate Eva in Sicilia"). Nell'ambito del Master Universitario di II livello PROSPECT, che vede la collaborazione dell'Istituto Superiore della Sanità, l'Università degli Studi di Palermo, il CEFPAS di Caltanissetta e il DASOE, sono previste attività di sostegno all'implementazione dei Piani di Prevenzione e la costruzione di una rete epidemiologica e di salute di popolazione della Sicilia. Uno degli obiettivi previsti nel Piano di Prevenzione è quello di implementare l'adesione agli screening oncologici. Tra le attività del Master e grazie al coinvolgimento dei medici in formazione della scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva è stato condotto lo studio trasversale SES.

La *survey*, realizzata nel primo semestre del 2016, è stata condotta attraverso delle interviste telefoniche ad un campione rappresentativo di donne siciliane di età compresa tra i 25 e i 64 anni. Per la descrizione dello svantaggio di contesto è stato usato il più aggiornato indice sintetico di posizione socioeconomica, o indice di deprivazione, disponibile per la Sicilia, associando ciascun valore dell'indice al comune di residenza di ciascuna delle donne campionate. L'indice sintetico di posizione socioeconomica dei comuni è classificato in 5 categorie: 1 molto ricco; 2 ricco; 3 medio; 4 deprivato; 5 molto deprivato (3-5). Per ciascuno dei cinque livelli sono stati calcolati i diversi livelli di prevalenza di adesione delle donne allo screening del tumore del collo dell'utero, accompagnando le stime con i corrispondenti IC 95%. Inoltre, le informazioni derivanti

dall'indagine sono state incluse in un modello logistico nel quale, oltre ai fattori di rischio e ai determinanti dell'adesione al pap-test, è stato inserito anche l'indice di posizione socioeconomica di contesto, per valutare gli effetti dello svantaggio territoriale nell'adesione al pap-test, al netto degli altri fattori individuali delle donne. Per ciascuna delle condizioni di svantaggio di contesto sono stati calcolati i diversi livelli di rischio delle donne nella mancata adesione allo screening attraverso l'OR sulla base del livello di adesione per la categoria di posizione socioeconomica più elevata per l'esito indagato, accompagnando ciascuna delle stime da un corrispondente IC 95%.

# Risultati

Il campione di donne selezionate era rappresentativo delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni iscritte nelle liste anagrafiche delle aziende sanitarie territoriali della Sicilia. Il tasso di rispondenza all'indagine è risultato pari al 79,4%. L'indagine ha evidenziato una prevalenza di adesione al pap-test del 64% (IC95% 53-75) nelle residenti in contesto a condizione socioeconomica "molto ricco" e del 74% (IC95% 63-84) nelle residenti in contesto "molto deprivato" (Tabella 3.1).

**Tabella 3.1. Caratteristiche delle donne per indice di posizione socioeconomica (Indagine SES)**

| Variabile | Modalità | Numero di donne (%) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Molto ricco | Ricco | Medio | Deprivato | Molto deprivato |
| **Classi di età** | *<45* | 24 | 29 | 18 | 29 | 21 |
| | *≥45* | 53 (68,8%) | 42 (59,2%) | 46 (71,9%) | 51 (63,8%) | 47 (69,1%) |
| **Istruzione** | *Bassa* | 41 | 34 | 35 | 34 | 24 |
| | *Alta* | 36 (46,8%) | 37 (52,1%) | 29 (45,3%) | 46 (57,5%) | 44 (64,7%) |
| **Stato civile** | *Non coniugata* | 12 | 18 | 9 | 17 | 21 |
| | *Coniugata* | 65 (84,4%) | 53 (74,6%) | 55 (85,9%) | 63 (78,8%) | 47 (69,1%) |
| **Convivenza** | *Sola* | 3 | 2 | 3 | 5 | 7 |
| | *Non sola* | 74 (96,1%) | 69 (97,2%) | 61 (95,3%) | 75 (93,8%) | 61 (89,7%) |
| **Occupazione** | *Non occupata* | 33 | 32 | 37 | 40 | 27 |
| | *Occupata** | 44 (57,1%) | 39 (54,9%) | 27 (42,2%) | 38 (48,7%) | 41 (60,3%) |
| **Parto** | *No* | 11 | 15 | 6 | 17 | 20 |
| | *Sì* | 66 (85,7%) | 56 (78,9%) | 58 (90,6%) | 63 (78,8%) | 48 (70,6%) |
| **Lettera** | *No* | 23 | 27 | 30 | 37 | 32 |
| | *Sì* | 54 (70,1%) | 44 (62,0%) | 34 (53,1%) | 43 (53,8%) | 36 (52,9%) |
| **Consiglio** | *No* | 41 | 37 | 32 | 41 | 36 |
| | *Sì* | 36 (46,8%) | 34 (47,9%) | 32 (50,0%) | 39 (48,8%) | 32 (47,1%) |
| **Campagna** | *No* | 35 | 35 | 31 | 43 | 24 |
| | *Sì* | 42 (54,5%) | 36 (50,7%) | 33 (51,6%) | 37 (46,3%) | 44 (64,7%) |
| **Informazioni su tumore cervice** | *Amiche, Internet* | 2 | 7 | 2 | 5 | 8 |
| | *Consultorio, MMG, ginecologo* | 75 (97,4%) | 64 (90,1%) | 62 (96,9%) | 75 (93,8%) | 59 (88,1%) |
| **Benefici** | *No* | 19 | 21 | 12 | 26 | 12 |
| | *Sì* | 58 (75,3%) | 50 (70,4%) | 52 (81,3%) | 54 (67,5%) | 56 (82,4%) |
| **Gravità** | *No* | 29 | 19 | 19 | 32 | 21 |
| | *Sì* | 48 (62,3%) | 51 (72,9%) | 45 (70,3%) | 48 (60,0%) | 47 (69,1%) |
| **Suscettibilità** | *No* | 26 | 20 | 14 | 28 | 18 |
| | *Sì* | 51 (66,2%) | 50 (71,4%) | 50 (78,1%) | 52 (65,0%) | 50 (73,5%) |
| **Aderenza pap-test** | *No* | 27 | 22 | 24 | 30 | 18 |
| | *Sì* | 49 (64,5%) | 49 (69,0%) | 40 (62,5%) | 50 (62,5%) | 50 (73,5%) |
| **Totale** | | **76** | **71** | **64** | **80** | **68** |

* sì + in cerca

Il modello logistico, usato per la descrizione degli effetti dello svantaggio di contesto sullo screening, è stato aggiustato per le stesse variabili utilizzate per l'indagine SES (età, istruzione, stato civile, lettera di invito, consiglio da parte di un operatore sanitario, fonte di informazione sul tumore della cervice, benefici, gravità e suscettibilità).

I risultati dell'applicazione del modello logistico non hanno evidenziato un'associazione tra l'adesione delle donne al pap-test e il livello di posizione socioeconomica. Il rischio attribuito ai diversi livelli di svantaggio rispetto alla condizione di posizione ritenuta più vantaggiosa per l'esito di salute esplorato non ha evidenziato un andamento lineare e le stime ottenute non risultano statisticamente significative.

L'analisi multivariata ha evidenziato che le donne residenti in zone con indice di posizione socioeconomica "ricco" o "molto deprivato" hanno una maggiore aderenza al pap-test rispetto alle donne con indice "molto ricco" (OR=1,37; IC95% 0,64-2,95 e OR=1,88; IC95% 0,84-4,25 rispettivamente) (Figura 3.2). Tuttavia nessuna delle succitate differenze raggiunge un livello di significatività statistica.

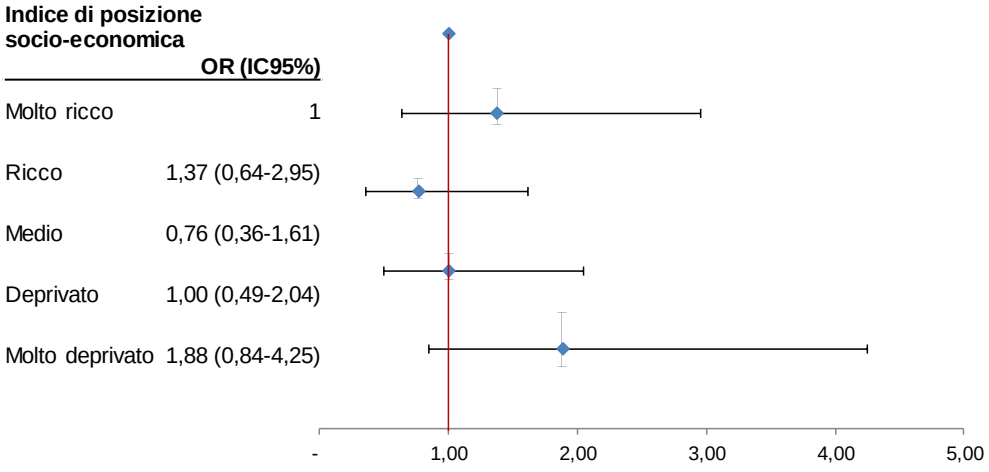



**Figura 3.2. Rischio della mancata adesione allo screening del carcinoma del collo dell'utero e indice di deprivazione di contesto in Sicilia**

# Discussione

L'analisi dei dati dell'indagine campionaria sull'adesione delle donne allo screening oncologico del collo dell'utero, che ha incluso anche la dimensione dello svantaggio del contesto, sembra evidenziare, a differenza di altri esiti di salute, che l'adesione al programma di screening non dipenda dalla deprivazione dell'area di residenza delle donne. Anche l'analisi aggiustata per alcune condizioni della donna e dei diversi determinanti sull'adesione al pap-test esplorati attraverso la rilevazione pare non modificare l'associazione dell'adesione allo screening delle donne per ciascuno dei diversi livelli di svantaggio territoriale.

La stessa analisi logistica, anche includendo l'aspetto dello svantaggio del contesto, conferma quanto evidenziano i risultati dell'analisi dell'indagine campionaria, e cioè l'assenza di associazione dell'adesione allo screening con la posizione socioeconomica individuale

espressa attraverso il titolo di studio delle donne e l'associazione tra l'adesione allo screening del cervicocarcinoma con lo stato civile delle donne e comunque con lo stato di convivenza. Si conferma, inoltre, determinante il consiglio del medico o di un operatore sanitario nell'eseguire il pap-test, che risulta associato anche alla conoscenza degli effetti benefici delle attività di prevenzione delle malattie oncologiche, con particolare riferimento al tumore del collo dell'utero, e l'adesione agli altri screening oncologici.

Sebbene questo studio sembri non evidenziare alcuna associazione tra lo svantaggio socioeconomico del territorio con l'adesione allo screening del tumore del collo dell'utero e conferma ulteriormente l'assenza di associazione anche con lo svantaggio individuale, numerosi esiti di salute nella popolazione sono comunque associati con le condizioni di svantaggio. Pertanto si suggerisce un'opportuna riflessione rispetto ad alcuni possibili fattori che a vario modo possono avere modificato l'effetto dello svantaggio del contesto sull'adesione al pap-test.

Uno dei fattori da esplorare è l'aspetto della numerosità campionaria, infatti l'uso dei dati derivanti da una indagine campionaria calibrata per la descrizione dell'effetto dei principali determinanti individuali sull'adesione allo screening del cervicocarcinoma potrebbe non essere sufficiente per esplorare anche l'aspetto dello svantaggio del contesto che ha per costruzione stratificato il campione in cinque sottogruppi di popolazione che tendenzialmente perdono in rappresentatività.

L'altro aspetto da considerare quando si descrive una condizione di contesto è l'introduzione del *bias* ecologico, che diventa tanto più rilevante quanto più basso è il livello di disaggregazione territoriale. L'aver usato un indice di contesto calibrato sul livello comunale ha infatti introdotto un possibile effetto di confondimento soprattutto per i comuni con maggiore ampiezza di popolazione. Una recente indagine che ha esplorato gli effetti del *bias* ecologico negli studi sulle diseguaglianze di contesto per diversi esiti di salute, ha evidenziato che in generale l'effetto del *bias* ecologico diventa importante tanto da modificare gli effetti delle associazioni con gli esiti indagati quando la numerosità dei gruppi di popolazione residenti in uno specifico territorio sia intorno ai 50.000 abitanti, così come accade per numerosi comuni della Sicilia (6). Lo stesso evidenzia, inoltre, che tale valore non può essere generalizzabile in quanto tende a modificarsi in relazione alla regione di appartenenza, al genere e soprattutto rispetto all'esito di salute indagato. Si suggerisce quindi la possibilità dell'avvio di un'ulteriore specifica indagine calibrata su una numerosità campionaria che permetta di esplorare gli effetti del contesto sull'adesione allo screening, e di includere la possibilità di costruire un indice sintetico di posizione socioeconomica calibrato sulla regione, ma con maggiore livello di dettaglio (sezione di censimento) al fine di minimizzare gli effetti del confondimento dovuti al *bias* ecologico.

# Conclusioni

Il presente contributo necessita di ulteriori approfondimenti per una stima definitiva dell'associazione tra la deprivazione territoriale e l'accesso ai servizi di screening. In un'ottica di sanità pubblica, i risultati dell'analisi suggeriscono comunque la possibile implementazione di programmi di comunicazione efficaci e orientati a tutte le donne residenti sul territorio regionale, indipendentemente dalla loro condizione culturale, sociale ed economica, capace di produrre l'effetto di "donne informate". Sebbene in un'ottica di razionalizzazione delle risorse, i programmi di comunicazione potrebbero essere modulati sulla base delle condizioni di svantaggio della popolazione.

## Bibliografia

1. Regione Siciliana. *Il Piano di Prevenzione Regionale 2014-2018 e il Progetto SES*. Palermo: Regione Siciliana; 2016. Disponibile all'indirizzo: http://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR_LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_AreeTematiche/PIR_ProgettoSES; ultima consultazione 13/12/16.
2. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. *La sorveglianza PASSI Screening cervicale. Indicatori PASSI 2012-15*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp. ultima consultazione 15/10/17
3. Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. 1ª edizione 2014. Milano: Franco Angeli Editore; 2014.
4. Cernigliaro A, Caranci N, Migliardi A, Marras A, Pollina Addario S, Scondotto S. Mortalità e svantaggio sociale ed economico in Sicilia (anni 2004-2014): uso di due indicatori sintetici a confronto in un'applicazione di sanità pubblica. In: *Atti del XXXIX Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*. *Alimentazione e salute nell'era della Globalizzazione*. Milano, 27-30 ottobre 2015. p. 149.
5. Caranci N, Biggeri A, Grisotto L, Pacelli B, Spadea T, Costa G. L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità. *Epidemiol Prev* 2010;34(4):167-76.
6. Minichilli F, Pasetto R, Santoro M, De Santis M, Caranci N, Bianchi F. La valutazione dell'uso dell'indice di deprivazione socio-economica a livello di area negli studi ecologici su ambiente e salute. In: *Atti del XL Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Le evidenze in epidemiologia: una storia lunga 40 anni*. Torino, 19-21 ottobre 2016. p. 250

# APPENDICE A
# Materiale di supporto per l'Indagine SES

## A1. Protocollo dell'indagine "Salvate Eva in Sicilia"

Università di Palermo, Regione Siciliana, Istituto Superiore di Sanità, CEFPAS
SALVATE EVA in Sicilia

**Indagine sull'adesione allo screening organizzato del cancro del collo uterino gennaio-giugno 2016**

# SCHEDA PROTOCOLLO

## Premessa

Le autorità sanitarie regionali hanno segnalato una bassa adesione delle donne residenti allo screening organizzato del carcinoma del collo uterino tramite pap-test. Nell'ambito del progetto regionale mirante a rinforzare l'efficacia del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 della Regione Siciliana, è parso opportuno far coincidere la realizzazione di uno studio trasversale di prevalenza con la necessità di conoscenza di questo fenomeno, necessaria e preliminare a qualsiasi azione correttiva.

## Background

### Situazione nazionale

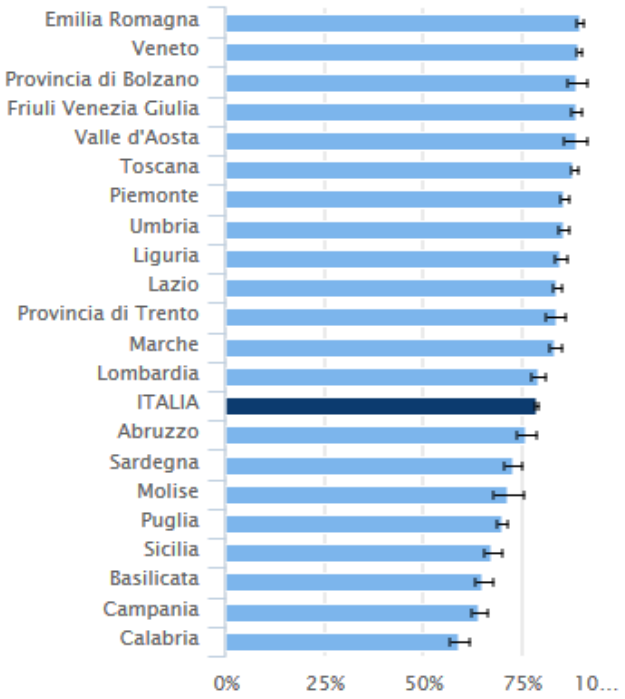
Secondo i dati AIRTUM (Associazione italiana dei registri tumori), in Italia, si stima che nel 2012 si siano verificati 1.515 nuovi casi di cervicocarcinoma (tasso d'incidenza: grezzo 5,3 per 100.000 donne – standardizzato per età 4 per 100.000 donne) e 697 decessi (tasso di mortalità: grezzo 2,4 per 100.000 donne – standardizzato per età 1,5 per 100.000 donne).
Incidenza e mortalità mostrano una tendenza continua alla riduzione nel tempo. Migliora lentamente anche la sopravvivenza: il tasso standardizzato di incidenza passa da 14 per 100.000 donne nel 1980 a 6 e 4 per 100.000 rispettivamente nel 2002 e nel 2012; il tasso standardizzato di mortalità scende invece da 7 per 100.000 donne nel 1980 a circa 2 per 100.000 nel 2012.
Eppure la mortalità per cancro del collo dell'utero sarebbe del tutto evitabile grazie alla diagnosi precoce con HPV test o con pap-test, la cui esecuzione è raccomandata alle donne ogni tre anni dalle linee guida europee e italiane, a partire dai 25 anni fino ai 64 anni di età, nell'ambito dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL.
I programmi regionali di screening per il cancro della cervice uterina rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, essendo stati valutati come interventi di provata efficacia, in grado di evitare in molti casi l'insorgenza di tali tumori e di ridurre quindi l'incidenza e la mortalità per queste patologie.
Lo screening è un insieme complesso di attività che comprende oltre all'esecuzione del test, l'informazione alla popolazione bersaglio, l'implementazione di misure che facilitino l'accesso al test e, per le persone con test positivo, la predisposizione di protocolli diagnostici, terapeutici e di *follow up*.
Il Sistema di Sorveglianza PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle donne, se lo screening cervicale è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Asl oppure su iniziativa personale. Dal 2011, il questionario PASSI, registra le informazioni fornite dalle donne che sono state sottoposte al test con HPV, in alternativa o in aggiunta al pap-test. A partire dal rapporto nazionale PASSI 2011 si parla quindi di test di screening per le diagnosi precoci del tumore della cervice intendendo l'esecuzione del pap-test e/o del HPV test.
Dai dati PASSI 2011-2014 risulta che in Italia circa il 79% delle donne in età fra 25 e 64 anni, si sottopone a scopo preventivo allo screening cervicale, tramite programmi organizzati o per iniziativa volontaria.
È evidente un chiaro gradiente Nord-Sud nella copertura dello screening cervicale, infatti la copertura complessiva nazionale raggiunge valori significativamente maggiori al Nord (87%) e al centro (85%) rispetto al Sud e Isole (68%).
Per quanto riguarda i dati socio-anagrafici, la copertura al test di screening è maggiore nelle donne di 35-49 anni (82,7%), in quelle coniugate (82,7%), nelle conviventi (82,1%), in quelle con un livello d'istruzione più elevato (81,9%) e nelle donne che riferiscono di non avere difficoltà economiche (83,3%).
Oltre al cancro della cervice uterina, anche il tumore della mammella e del colon-retto sono tra i principali tumori che colpiscono la popolazione italiana e per i quali esistono appositi screening. In Italia, lo screening del tumore della mammella prevede l'esecuzione di una mammografia ogni due anni nelle donne tra i 50 e i 69 anni. Per lo screening del tumore del colon-retto sono impiegati due tipi di test: la ricerca del SOF e la rettosigmoidoscopia (RSS). In Italia, lo screening per il tumore del colon retto prevede l'esecuzione della ricerca del SOF ogni due anni per le donne e gli uomini tra i 50 e i 70 o i 74 anni, oppure una RSS tra i 58 e i 60 anni (da ripetere eventualmente ogni dieci anni). Dai dati PASSI 2011-2014 risulta che in Italia la copertura totale dello screening mammografico è del 71% e la copertura totale dello screening colorettale è del 40,8%.

## Situazione della Regione Siciliana

La Regione Siciliana al fine di garantire in tutto il territorio regionale l'accessibilità agli screening ha adottato le "Direttive regionali per l'esecuzione degli screening oncologici in Sicilia", emanate con Decreto Assessoriale n. 1845 del 18 settembre 2012. Gli screening previsti dalla normativa sono tre (mammografico, cervice uterina e colon-retto). Nello screening si individuano le seguenti fasi:

1. organizzazione: informazione, reclutamento della popolazione
2. primo livello: esecuzione del test di screening
3. secondo livello: esecuzione degli approfondimenti diagnostici, quando necessari
4. terzo livello: esecuzione dei trattamenti e follow-up, quando necessari.

In seguito all'attuazione di tale normativa, si è assistito ad un netto miglioramento rispetto alla situazione di partenza per tutti e tre gli screening. Attualmente tutte le 9 ASP hanno attivato lo screening del cervicocarcinoma, con un notevole incremento del numero di inviti e di test eseguiti sul territorio regionale. Si registra, infatti, una progressiva crescente estensione degli inviti, che nel 2014 ha raggiunto l'88% della popolazione target (Fonte: Coordinamento screening oncologici e di popolazione).
Tuttavia, non sono ancora raggiunti gli standard richiesti dal Ministero della Salute soprattutto per quanto riguarda l'adesione all'invito per lo screening cervicale organizzato. Infatti, in Sicilia la copertura totale dello screening per neoplasia cervicale scende al 67% (rispetto al 79% nazionale). Se consideriamo la copertura dello screening cervicale all'interno dei programmi organizzati, il dato regionale si attesta al 35% rispetto al 42% nazionale.




Fonte: Dati PASSI 2011-2014, www.epicentro.iss.it/passi

**Figura 1. Copertura screening per neoplasia cervicale totale per regione di residenza**

**Copertura screening per neoplasia cervicale**

| | Regione n = 2102 | | | Italia n = 61112 | | | Valore più basso — 25% percentile — 75% percentile — Valore più alto; valore nazionale; peggiore — simile rispetto al valore nazionale — migliore |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | IC95% inf | IC95% sup | % | IC95% inf | IC95% sup | |
| Copertura screening per neoplasia cervicale totale | 67.0 | 64.7 | 69.3 | 78.7 | 78.3 | 79.1 | |
| Copertura screening per neoplasia cervicale organizzato | 35.0 | 32.6 | 37.4 | 41.7 | 41.3 | 42.2 | |
| Copertura screening per neoplasia cervicale spontaneo | 31.2 | 28.9 | 33.5 | 36.5 | 36.0 | 37.0 | |

Fonte: Dati PASSI 2011-2014, www.epicentro.iss.it/passi

**Figura 2. Confronto Sicilia-Italia - Copertura screening per neoplasia cervicale**

Si riportano di seguito i principali dati PASSI 2011-2014 relativi alla Sicilia che permettono di evidenziare alcuni aspetti caratteristici dell'adesione regionale allo screening cervicale.
Il 22,9% delle donne intervistate dichiara di non aver mai eseguito un test di screening per neoplasia cervicale, rispetto al 13% nazionale. Il 34,8% ha riferito di averlo effettuato nell'ultimo anno (dato nazionale: 40,2%), il 32,3% (dato nazionale: 38,5%) da uno a tre anni prima e il 10,0% (dato nazionale: 8,3%) da più di tre anni.
In merito alla mancata effettuazione del test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni, il motivo principalmente addotto è la convinzione di non averne bisogno (dato regionale: 43,8%; dato nazionale: 31,4%).
Quanto al coinvolgimento delle donne con i mezzi di comunicazione previsti dal programma, il 38,7% (dato nazionale: 57,2%) delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL, il 67,1% (dato nazionale: 67,8%) ha riferito di aver ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di eseguire con periodicità il pap-test o il test per l'HPV e il 59,3% (dato nazionale: 65%) ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.
In Sicilia, infine, la copertura dello screening mammografico totale si attesta al 54,6% (dato nazionale: 71,4%) mentre quella riferita allo screening organizzato risulta pari al 37,5% (dato nazionale: 51,4%). La copertura dello screening colorettale totale si attesta al 18,1% (dato nazionale: 40,48%) mentre quella riferita allo screening organizzato risulta del 12,3% (dato nazionale: 32,8%).
Dati di letteratura confermano che i programmi di screening organizzati sono correlati ad una maggior adesione. Lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci e, nelle donne raggiunte da questi interventi, la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

## Obiettivi

L'obiettivo dello studio è di descrivere la prevalenza dell'adesione e della non adesione allo screening tramite pap-test, delle ragioni addotte dalle donne, del livello di informazione delle utenti, reali o potenziali, al fine di rendere mirata ed efficace una campagna di comunicazione.

All'interno di questo obiettivo di sistema si inserisce la costruzione della rete epidemiologica e di salute di popolazione della Sicilia, per la quale si identificano diversi obiettivi formativi quali:

1. Identificare l'opportunità di studi trasversali di popolazione
2. Identificare e condividere gli obiettivi e le modalità dello studio
3. Preparare un piano di analisi e interpretare congiuntamente i dati
4. Pianificare interventi comunicativi mirati o di salute consequenziali ai risultati dell'indagine.

## Materiale e metodi

### Tipo di studio

Lo studio trasversale, o di prevalenza, si propone di completare le informazioni provenienti da studi precedenti e dalle basi di dati correnti attualmente in uso in Sicilia sul tema in studio.

### Popolazione in studio

La popolazione in studio comprenderà le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni (età calcolata al 1° gennaio 2015) residenti in Sicilia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle 9 ASP al momento del reperimento delle liste anagrafiche.

Criteri di inclusione. Saranno incluse nell'analisi tutte le donne che abbiano un recapito telefonico e siano capaci di sostenere una conversazione in Italiano (o in altra lingua ufficiale della Regione/PA).

Criteri di esclusione. Saranno, invece, escluse dall'analisi le donne:

- per le quali non è stato possibile reperire il numero telefonico
- che si rifiutano a rispondere al questionario
- non reperibili dopo i tentativi previsti dalle procedure
- residenti o domiciliate al di fuori della ASP di appartenenza
- istituzionalizzate (convento, prigione, ospedale, altro)
- decedute
- incapaci di sostenere una conversazione in Italiano
- con gravi disabilità psico-fisiche
- che sono state sottoposte ad isterectomia.

Le donne con le suddette caratteristiche saranno sostituite secondo le modalità successivamente descritte.

### Fonti dei dati

L'anagrafe degli assisti SOGEI sarà utilizzata come fonte di riferimento della popolazione delle ASP usata per calcolare la proporzione di titolari da estrarre in ciascuna ASP.

### Selezione del campione

Il campione sarà selezionato con le modalità abituali della sorveglianza PASSI. Il campionamento previsto per PASSI si fonda su un campionamento proporzionale per ASP. Non è opportuno stratificare ulteriormente la popolazione di campionamento in quanto la distribuzione dei 4 gruppi di età interessati (25-34, 35-44, 45-54, 55-64) ha grossolanamente la stessa consistenza numerica. I Responsabili del Centro Gestionale Screening di ogni ASP saranno responsabili dell'uso del file di estrazione/campionamento che sarà effettuato in sede Regionale.

### Raccolta e inserimento dei dati

La raccolta delle informazioni sarà svolta da personale appositamente formato, mediante la somministrazione di un questionario (fornito dal CNaPPS in formato PDF) per via telefonica. Il questionario sarà composto da due sezioni finalizzate a rilevare informazioni sull'adesione ai programmi di screening dei tumori del collo dell'utero con il pap-test, sul coinvolgimento delle donne con i mezzi di comunicazione previsti, sulla percezione del problema, sui motivi della eventuale mancata adesione, i dati socio-demografici.

Il questionario prevedrà domande specifiche sulla conoscenza del HPV-test, sull'atteggiamento verso il vaccino anti-HPV, sulla propensione a ricercare informazioni in merito alla prevenzione del tumore al collo dell'utero. Saranno inoltre richieste informazioni circa l'adesione allo screening mammografico e colorettale per misurare l'atteggiamento verso la prevenzione oncologica in generale.

Le interviste raccolte per telefono saranno inserite su supporto informatico attraverso un software dedicato on-line, SurveyMonkey. La base di dati contiene una serie di controlli atti a diminuire la probabilità di errori di battitura.

L'inserimento dei dati verrà realizzato solo dopo validazione dei questionari (in particolare si verificherà il corretto riempimento di tutti i campi previsti). Ogni questionario dovrà essere inserito ad opera di 2 persone, una che detta e l'altra che digita, in maniera tale che la prima possa verificare anche la corretta digitazione dei dati. I dati raccolti con questionario cartaceo verranno inseriti preferibilmente dallo stesso operatore che ha effettuato l'intervista.

## Procedure operative

Gli intervistatori dovranno seguire le procedure sotto riportate:

- almeno 3 telefonate durante la settimana, in fasce orarie diverse, durante l'orario di servizio dell'intervistatore
- 2 tentativi in orario mattina/pomeriggio
- almeno 1 tentativo in orario serale (indicativamente ore 19-21)
- andranno previste modalità appropriate per gestire un eventuale rifiuto dell'intervistato e favorire un ripensamento
- durante la telefonata, prima di iniziare a somministrare il questionario, verrà letta una dichiarazione sui metodi adottati per garantire la riservatezza dei dati e si richiederà il consenso a procedere con l'intervista, precisando la possibilità per la persona intervistata di rifiutarla o di interromperla in qualunque momento
- per ogni contatto telefonico effettuato, gli intervistatori sono tenuti a compilare il "Diario dell'indagine" (in appendice) le cui informazioni riportate saranno funzionali al calcolo dei tassi di qualità (risposta, sostituzione, non reperibilità, eleggibilità) dello studio.

Oltre alla lista delle titolari viene predisposta una lista delle sostitute di numerosità quadrupla rispetto alla prima, per consentire il rimpiazzo delle persone, presenti nella lista anagrafica, ma non aventi i requisiti di inclusione nella popolazione indagata (es. senza recapito telefonico) che andranno effettuate nello stesso gruppo di età (+- 5 anni).
Le sostituzioni verranno effettuate dagli intervistatori all'interno della lista delle potenziali sostitute campionate entro + o – 5 anni rispetto all'età della donna titolare da sostituire.
Le ragioni che saranno registrate per la sostituzione sono le seguenti:

- rifiuto a rispondere al questionario
- non reperibile dopo i tentativi previsti dalle procedure
- numero di telefono non è stato reperito
- residente o domiciliata al di fuori della ASP di appartenenza
- istituzionalizzata (convento, prigione, ospedale, altro)
- deceduta
- non conoscenza della lingua
- grave disabilità psico-fisica
- isterectomia.

Le prime 2 ragioni saranno computate ai fini del tasso di sostituzione, mentre le seguenti saranno considerate ai fini della non eleggibilità.
Per ogni ASP sarà individuato un unico intervistatore responsabile delle sostituzioni che dovrà collaborare con il referente ASP dell'indagine (ovvero il Responsabile del Centro Gestionale Screening dell'ASP).

## Variabili in studio

La selezione delle variabili è stata effettuata in base a un'ampia ricerca di letteratura e a delle buone pratiche realizzate nel nostro Paese. La partecipazione agli screening organizzati è l'esito atteso di un empowerment delle donne target e non semplicemente outcome di un'attività di informazione e la loro partecipazione è effetto dell'acquisizione di una conoscenza e consapevolezza sul tema (vedere bibliografia). Lo studio degli atteggiamenti e delle conoscenze verrà fatta seguendo il modello ampiamente utilizzato dell'Health Belief Model, che prevede di esplorare opinioni e convinzioni dell'intervistato secondo diverse componenti, in particolare registrandone, rispetto al cancro del collo dell'utero e della prevenzione con il pap-test, la percezione della suscettibilità e della gravità del problema, dei benefici legati alla prevenzione e delle barriere per realizzarla.

Le variabili in studio sono:

1. Profilo della popolazione:
   - Età (domanda 4.1)
   - Titolo di studio: Nessuno, licenza elementare, licenza media, corso professionale dopo la terza media, diploma di scuola media superiore, laurea, altro (domanda 4.2)
   - Tipo attività svolta: Pensionata, occupata stabilmente, occupata saltuariamente, in cerca di occupazione, casalinga, studentessa, altro (domanda 4.3)
   - Occupazione: Operaia, impiegata, dirigente, lavoro proprio, altro (domanda 4.4)
   - Coabitazione: Marito/compagno, marito/compagno e figli, genitori o altri parenti, amici, sola, altro (domanda 4.5)
   - Stato civile: Coniugata, nubile, vedova, separata/divorziata (domanda 4.6)
   - Parità (domanda 4.7)

2. Copertura:
   - Effettuazione pap-test secondo linee guida (domanda 1.01 e domanda 1.02)
   - Effettuazione secondo linee guida all'interno del programma di screening (domanda 1.04)

3. Informazione ricevuta:
   - Sarà chiesto se ha mai ricevuto una lettera dalla ASL che la invitava a fare un pap-test (domanda 2.01/3.01)
   - In caso di ricezione che influenza abbia avuto sulla decisione dello screening: nessuna, poca, abbastanza, molta (domanda 2.02)
   - Consiglio del medico o di un altro operatore sanitario per il pap-test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi (domanda 2.03/3.02) e influenza del consiglio: nessuna, poca, abbastanza, molta (domanda 2.04)
   - Informazione attraverso i mass media (domanda 2.05/3.03) e relativa influenza: nessuna, poca, abbastanza, molta (domanda 2.06)
   - Influenza del consiglio delle amiche (domanda 2.07.8/3.04.8)

4. Atteggiamenti, convinzioni e opinioni
   Gli atteggiamenti saranno misurati registrando le affermazioni secondo una scala di Likert a 5 punti: le risposte saranno categorizzate, ai fini dell'analisi, in 3 gruppi:
   - suscettibilità percepita
   - gravità percepita
   - benefici percepiti

5. Definizioni di variabili costruite ai fini dell'indagine (si fa riferimento al numero delle domande del questionario):
   - Prevalenza copertura screening secondo linee guida: donne che hanno fatto lo screening entro i 3 anni precedenti (screening organizzato e screening spontaneo);

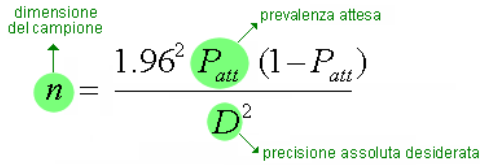
- Prevalenza copertura screening secondo linee guida e all'interno del sistema sanitario regionale: donne che hanno fatto lo screening entro i 3 anni precedenti e che non hanno sostenuto nessuna spesa per farlo;
- Donna informata: la variabile sarà definita tenendo conto delle domande 2.07.1, 2.07.3, 2.07.4, 2.07.5, 2.07.6, 2.07.7, 2.10.1, 2.08.2, 2.08.3, 2.08.4, 2.08.5, 2.08.7 (sezione A) oppure 3.04.1, 3.04.3, 3.04.4, 3.04.5, 3.04.6, 3.04.7, 3.05.1, 3.05.2, 3.05.3, 3.05.4, 3.05.5, 3.05.7 (sezione B);
- Suscettibilità percepita: la variabile sarà definita considerando le domande 2.07.2, 2.07.4, 2.08.1, 2.08.2, 2.08.3, 2.08.4 (sezione A) oppure 3.04.2, 3.04.4, 3.05.1, 3.05.2, 3.05.3, 3.05.4 (sezione B);
- Gravità percepita: la variabile sarà definita tenendo conto delle domande 2.07.1, 2.07.3, 2.07.5, 2.07.6, 2.08.5 (sezione A) oppure 3.04.1, 3.04.3, 3.04.5, 3.04.6, 3.05.5 (sezione B);
- Benefici percepiti: la variabile sarà definita tenendo conto delle domande 2.07.7, 2.08.6, 2.08.7 (sezione A) oppure 3.04.7, 3.05.6, 3.05.7 (sezione B);
- Barriere percepite: saranno considerate le domande 3.06.1, 3.06.2, 3.06.3, 3.06.4, 3.06.5, 3.06.6, 3.06.7, 3.06.8.

## Dimensione del campione

Per calcolare la dimensione del campione sono state considerate:

- La precisione desiderata, cioè il valore approssimativo del parametro da misurare espresso attraverso l'errore massimo tollerabile che nell'indagine è fissata al (+ o -) 5%.
- Il livello di confidenza che dice quanto è probabile che il valore di un parametro che misureremo cadrà nei limiti previsti: per una confidenza del 95% è pari a 1,96.

La prevalenza attesa di un parametro deriva dalla stima disponibile in letteratura da studi precedenti con caratteristiche utili per la nostra indagine.
La dimensione può essere calcolata, con un livello di confidenza 95%, attraverso la seguente formula:




Ipotizzando una copertura con screening secondo le linee guida pari a 50% e sostituendo i valori appropriati nella formula, si ottiene

$$n = 1.96^2 * 0.50 * (1-.50) / 0.045^2 = 474$$

Il campione estratto sarà di oltre 463 donne in età da 25 a 64 anni (titolari): agli effetti della sostituzione delle eleggibili e delle non eleggibili sarà estratto un campione complessivo di circa 2.200 donne.

| Prov | Titolari | % | Sostitute | % | Totale |
|---|---|---|---|---|---|
| AG | 37 | 19,7 | 151 | 80,3 | 188 |
| CL | 24 | 20,2 | 95 | 79,8 | 119 |
| CT | 98 | 19,8 | 397 | 80,2 | 495 |
| EN | 15 | 19,7 | 61 | 80,3 | 76 |
| ME | 56 | 20,0 | 224 | 80,0 | 280 |
| PA | 112 | 19,8 | 453 | 80,2 | 565 |
| RG | 26 | 19,7 | 106 | 80,3 | 132 |
| SR | 35 | 20,1 | 139 | 79,9 | 174 |
| TP | 36 | 19,8 | 146 | 80,2 | 182 |
| **Totale** | **439** | **20,9** | **1.772** | **79,1** | **2.211** |

Sulla base della numerosità campionaria e considerando un intervallo di confidenza del 95% ci aspettiamo, per le variabili principali, la seguente precisione:

| Prevalenza (%) | Intervallo di confidenza (95%) | Variabili |
|---|---|---|
| 56 | 51,4-60,6 | Donne intervistate che hanno riferito di aver effettuato un pap-test degli ultimi tre anni |
| 40 | 35,4-44,6 | Donne intervistate che hanno riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASP |
| 39 | 34,4-43,6 | Donne intervistate che hanno riferito da un operatore sanitario il consiglio di eseguire con periodicità il pap-test o il test per l'HPV |
| 36 | 31,5-40,5 | Donne intervistate che hanno riferito di aver effettuato un pap-test degli ultimi tre anni all'interno dei programmi di screening |
| 27 | 22,8-31,2 | Donne intervistate che hanno riferito di aver visto o sentito una campagna informativa |
| 20 | 16,3-23,7 | Donne intervistate che hanno riferito di aver effettuato un pap-test degli ultimi tre anni come screening spontaneo |
| 13 | 9,9-16,1 | Donne intervistate che riferiscono di non essere stato informato da nessun intervento di promozione tra quelli considerati |

### Analisi dei dati

L'analisi verterà sul calcolo delle prevalenze sopra menzionate.
In un primo momento si procederà all'esame dettagliato separato delle variabili (**analisi univariata**), col proposito di individuare i dati anomali e le distorsioni. Verrà studiata la distribuzione di frequenza di ogni variabile e alcune misure di sintesi, quali la media, mediana o moda.
Può essere opportuno analizzare le relazioni tra diverse variabili attraverso l'**analisi bivariata** in termini di covariazione e causalità. L'obiettivo è quello di capire se esiste una correlazione più o meno forte tra una variabile dipendente e una indipendente.
Un livello di analisi che coinvolge gruppi di variabili (**analisi multivariata**) tenterà di far emergere le componenti strutturali comuni ricorrendo successivamente a tecniche di aggregazione e disaggregazione, in modo che le componenti residuali non interferiscono con l'interpretazione delle regolarità riscontrate.

## Interpretazione dei dati

L'interpretazione dei dati sarà realizzata integrando i risultati dell'analisi alle conoscenze provenienti dalla letteratura scientifica e le informazioni provenienti dalla conoscenza del territorio dove è stata realizzata l'analisi.

## Limiti dello studio

L'area di indagine coperta dallo studio attiene alla domanda del pap-test e non all'offerta. Non si produrranno quindi indicazioni relative ai problemi incontrati dai servizi nell'offrire lo screening.
I ritardi dell'aggiornamento di tale anagrafe e la non costante coincidenza fra residenza e domicilio delle donne che vivono nelle ASP introduce qualche approssimazione all'atto dell'inferenza dei risultati dell'indagine.
La non meticolosa applicazione delle procedure standard per i contatti con le donne da intervistare potrà costituire un *bias* di selezione. Tale distorsione potrà anche crearsi a causa della variabilità nell'applicazione delle procedure di sostituzione delle titolari in caso di non disponibilità per l'intervista.
Tassi di sostituzione o di rifiuti elevati dovranno suggerire cautela in termini di rappresentatività dei risultati e quindi per l'inferenza alla popolazione generale.

## Aspetti normativi ed etici

Assicurare la riservatezza delle informazioni personali raccolte è un elemento centrale dell'indagine. I metodi per raggiungere questo obiettivo vanno attuati a diversi livelli (organizzativo, strutturale, formativo).

Nell'informazione degli intervistatori sarà enfatizzata l'importanza di questo aspetto e condivisi gli aspetti necessari per salvaguardare confidenzialità, riservatezza e anonimato.
Le persone selezionate per l'intervista saranno informate per lettera sugli obiettivi e le modalità di realizzazione dell'indagine e sulle modalità adottate dallo studio per garantire privacy e confidenzialità.
Prima dell'intervista l'intervistatore spiegherà gli obiettivi dello studio, vantaggi e svantaggi per l'intervistato e le misure prese per garantire la privacy. In ogni momento l'intervistato potrà decidere di interrompere l'intervista.
Sono stati preparati archivi sicuri per le liste di campionamento e per assicurare la riservatezza dei questionari cartacei, prevedendo procedure per distruggerli dopo la validazione.
I supporti informatici (computer, server, memorie e dischi portatili, ecc.) dedicati alla raccolta, alla conservazione -anche temporanea- e all'elaborazione dei dati della sorveglianza, sono stati dotati di adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.
Per reperire il numero telefonico degli intervistati, si farà ricorso all'anagrafe sanitaria degli assistiti e ad altre fonti informative disponibili all'interno delle ASP, all'elenco telefonico, all'anagrafe comunale e al medico di medicina generale della persona selezionata, preliminarmente avvertito dell'indagine e delle sue finalità.
I dati direttamente nominativi sono contenuti in una lista separata dal questionario nel quale non è riportato nessun dato direttamente o indirettamente nominativo. Dopo la validazione del questionario da parte del coordinatore la lista dei nominativi cui corrisponde il numero di estrazione sarà distrutta. Nessun dato direttamente nominativo sarà inserito nel supporto informatico per la costituzione della base di dati.

## Divulgazione dei risultati

La disseminazione dei risultati dell'indagine è subordinata alla preparazione di un piano di comunicazione che prevede un'accurata identificazione dei gruppi di interesse, la definizione di obiettivi comunicativi specifici per ciascuno di essi, l'elaborazione di strumenti comunicativi e di mezzi di comunicazione adeguati.
Una comunicazione preliminare dei risultati sarà effettuata il 19 febbraio al termine della fase di raccolta dei dati, a Caltanissetta, alla presenza dei principali gruppi di interesse.
Nei mesi successivi i responsabili dell'indagine realizzeranno in piccoli gruppi l'elaborazione del rapporto d'indagine che verrà pubblicato sui siti dedicati della Regione.
Le altre modalità di comunicazione saranno studiate nel piano di comunicazione.

## Implicazioni per l'azione

L'analisi dei risultati ottenuti utilizzando il frame concettuale del Health Belief Model potrà dare indicazioni alle ASP della Regione Siciliana utili alla costruzione di campagne di comunicazioni mirate alla fine di promuovere conoscenza e consapevolezza nelle donne target.

## Costi dell'indagine

I costi saranno sostenuti prevalentemente dalla Regione, dalle ASP, dal CNaPPS dell'ISS e dal CEFPAS.
Tutti gli operatori impegnati nell'indagine presteranno la loro opera a titolo gratuito.

## Partner nella realizzazione dello studio

Lo studio è realizzato all'interno e per conto delle ASP e della Regione Siciliana, con la partecipazione degli iscritti al Master "Promozione della Salute della Popolazione ed Epidemiologia applicata orientata alla prevenzione" sostenuto dal progetto "Rafforzamento della rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del PRP".

## Tempi dell'indagine

Le attività principali si svolgeranno tra gennaio e giugno 2016. Consultare la Matrice delle responsabilità (RAM) in appendice.

## Bibliografia


1. Vernon SW, Briss PA, Tiro JA, Warnecke RB. some methodologic lessons learned from cancer screening research. *Cancer* 2004;101(5 Suppl):1131-45.
2. Health Belief Model. Disponibile all'indirizzo: http://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Health%20Communication/Health_Belief_Model.doc/.
3. Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(5):CD002834.
4. Fylan F. Screening for cervical cancer. a review of women's attitudes, knowledge and behaviour. *Br J Gen Pract* 1998;48:1509-14.
5. Rezaie-Chamani S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S. Knowledge, Attitudes and Practice about Pap Smear among Women Referring to A Public Hospital. *Journal of Family and Reproductive Health* 2012 6(4):177-82.
6. Urrutia MT. Development and testing of a questionnaire: beliefs about cervical cancer and pap-test in Chilean Women. University of Miami, Scholarly Repository. Disponibile all'indirizzo: http://scholarlyrepository.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1308&context=oa_dissertations.
7. Giusti A, Pesce A, Perra A. Uno studio CAP (conoscenze, atteggiamenti e pratiche) sull'adesione allo screening del carcinoma della cervice uterina in un campione di donne della ASL 2 di Potenza. *Not Ist Super Sanità* 2011;24(7-8):i-ii.
8. Sateriale MC, Nicoli MA, Calderone B, Capizzi S. Dossier n. 138/2006 - Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna: Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia Romagna; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss138.
9. Rizzo L, Bisbano A, Teti V, Macchioni D per il Gruppo Resp Calabria. Salvate Eva: screening citologico e motivi di non adesione in Calabria. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(4):i-ii.
10. Demirtas B. Review of strategies in promoting attendance for cervical screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(5):3263-7.
11. Acar GB, Pinar G. Perspectives of women during reproductive years for cervical cancer scans and influencing factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(16):7171-8.

## DIARIO - Indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite il pap-test

| Sigla intervistatore | N. estrazione intervistata | Titolare o Sostituta T/S | Età | Comune | n. telefono | Isterectomia Si/No | Tentativo 1 | | | Tentativo 2 | | | Tentativo 3 | | | ESITO* (apporre numero corrispondente) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Data | Ora | Contatto S/N | Data | Ora | Contatto S/N | Data | Ora | Contatto S/N | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

* ESITO (ultima colonna):
**1** rifiuto a rispondere al questionario; **2** non reperibile dopo i tentativi previsti dalle procedure; **3** numero di telefono non è stato reperito; **4** residente o domiciliata al di fuori della ASP di appartenenza; **5** istituzionalizzata (convento, prigione, ospedale, altro); **6** deceduta; **7** non conoscenza della lingua; 8 grave disabilità psico-fisica

## Matrice delle responsabilità

Questa matrice è stata pensata per registrare e assegnare ad ogni singolo membro del team le responsabilità di esecuzione di attività e compiti

| | Attività | ISS | Reg | UniPA | Cefpas | Gennaio | | | | Febbraio | | | | Marzo | | | | | Aprile | | | | Maggio | | | | Giugno | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Formalizzazione indagine** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 1.1 | Decisione area d'indagine | C | R | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2 | Identificazione responsabili regionali | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3 | Identificazione responsabili aziendali | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 | Definizione protocollo preliminare e tempi realizzazione | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5 | Comunicazione iniziale a decisori regionali e locali | C | R | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 | Notifica responsabilità nella realizzazione indagine | R | C | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Preparazione strumenti indagine** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 2.1 | Revisione letteratura sull'argomento | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2 | Reperimento domande ISTAT per confronto nazionale | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3 | Condivisione domande ISTAT con DASOE/UNIPA | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4 | Preparazione protocollo | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.5 | Preparazione questionario | R | C | C | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 | Condivisione protocollo e strumenti d'indagine | R | C | C | C | | 11-12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.7 | Test del questionario | C | R | R | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.8 | Preparazione base di dati | R | | | | | 11-13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.9 | Informatizzazione base di dati | R | | | | | 10-13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.10 | Preparazione area di lavoro sul sito | R | I | I | I | | 8-13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | **Formazione intervistatori** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 3.1 | Formazione intervistatori (fase a) | C | R | C | | | | 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 | Formazione masteristi (fase b) | R | C | C | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4** | **Preparazione raccolta dati** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 23-27 |
| 4.1 | Identificazione e nomina responsabili aziendali per l'indagine | I | R | I | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2 | Appaiare gli intervistatori e i referenti aziendali | C | R | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Attività | ISS | Reg | UniPA | Cefpas | Gennaio | | | | Febbraio | | | | Marzo | | | | | Aprile | | | | Maggio | | | | Giugno | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4.3 | Estrazione campione | C | R | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4 | Reperimento numeri telefono | | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5 | Informazione iniziale ai MMG | I | R | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.6 | Informazione iniziale alle donne e consenso informato | I | R | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.7 | Organizzazione gestione delle sostituzioni | C | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.8 | Logistica delle interviste (parte a) | I | C | R | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.9 | Logistica delle interviste (parte b) | I | C | I | R | | | | | | | 16-17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5** | **Raccolta dati** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 5.1 | Raccolta dati interviste (parte a) | C | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2 | Gestione sostituzioni (parte a) | C | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3 | Raccolta dati interviste (parte b) | R | I | C | I | | | | | | | 16-17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4 | Gestione sostituzioni (parte b) | R | I | C | I | | | | | | | 16-17 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6** | **Inserimento dati** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 6.1 | Inserimento dati (parte a) | C | I | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2 | Inserimento dati (parte b) | R | C | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7** | **Analisi dei dati preliminari (durante il modulo)** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 7.1 | Validazione e pulizia dei dati | R | I | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2 | Analisi preliminare dei dati | R | I | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.3 | Interpretazione dei dati | R | I | C | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8** | **Comunicazione dei dati preliminari** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 8.1 | Invito dei MMG e altri coinvolti | I | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.2 | Informazione dei decisori | I | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Analisi definitiva dei dati** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 9.1 | Validazione dei dati dell'indagine (confronto dati PASSI, ONS) | R | I | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.2 | Analisi multivariata dei dati | R | I | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | **Comunicazione finale** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 10.1 | Elaborazione rapporto conclusivo dell'indagine | C | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Settembre 2016 | |
| **11** | **Disseminazione** | | | | | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 1-5 | 8-12 | 15-19 | 22-26 | 29-4 | 7-11 | 14-18 | 21-25 | 28-1 | 4-8 | 11-15 | 18-22 | 25-29 | 2-6 | 9-13 | 16-20 | 23-27 | 30-3 | 6-10 | 13-17 |
| 11.1 | Disseminazione dei risultati a livello regionale, aziendale e di gruppi d'interesse | C | C | R | I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Settembre 2016 |

## A2. Distribuzione del campione per ASP

| ASP | Donne Titolari | | Donne Sostitute | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|
| | n. | % | n. | % | |
| Agrigento (AG) | 37 | 19,7 | 151 | 80,3 | 188 |
| Caltanissetta (CL) | 24 | 20,2 | 95 | 79,8 | 119 |
| Catania (CT) | 98 | 19,8 | 397 | 80,2 | 495 |
| Enna (EN) | 15 | 19,7 | 61 | 80,3 | 76 |
| Messina (ME) | 56 | 20,0 | 224 | 80,0 | 280 |
| Palermo (PA) | 112 | 19,8 | 453 | 80,2 | 565 |
| Ragusa (RG) | 26 | 19,7 | 106 | 80,3 | 132 |
| Siracusa (SR) | 35 | 20,1 | 139 | 79,9 | 174 |
| Trapani (TP) | 36 | 23,0 | 122 | 67,0 | 182 |
| **Totale** | **463** | **20,9** | **1.748** | **79,1** | **2.211** |

## A3. Lettera informativa alle donne titolari

Ministero della salute

AGGIUNGERE LOGO ASP

Città, data

Sig. ra Nome Cognome
Indirizzo

Gentile Signora,

La Regione Sicilia e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Città stanno conducendo un'indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite il Pap Test, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il carcinoma del collo dell'utero è tra i tumori più frequenti nelle donne ma può essere diagnosticato precocemente e curato efficacemente: nell'ASP di Città è attivo un programma di screening per questo tumore.

Allo scopo di capire come migliorare l'attuale servizio, **le chiediamo di dedicarci un po' del Suo tempo per rispondere ad** alcune domande molto semplici, per la durata di circa 10 minuti, che un nostro operatore le farà telefonicamente nei prossimi giorni.

**Il suo medico di famiglia è al corrente dell'iniziativa.**

Le informazioni che Lei potrà fornirci saranno raccolte in un questionario completamente anonimo e utilizzate solamente per questa indagine. **Le ricordiamo che rispondere alle domande è facoltativo, se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.**

Se, trascorso qualche giorno dal ricevimento della presente lettera, nessun operatore si sarà messo in contatto con Lei, le chiediamo gentilmente di contattarci ai numeri telefonici riportati. Il motivo potrebbe essere che il suo recapito telefonico è stato registrato male per cui non riusciamo a prendere contatto con Lei.

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e le ricordiamo che per qualsiasi chiarimento può contattarci negli orari xx.00 – xx.00 dal lunedì al venerdì ai seguenti numeri: 0000/000000 – 000000 e chiedere del dott. Nome Cognome, della Dott.ssa Nome Cognome o della dott.ssa Nome Cognome.

Cordiali saluti,

Il Direttore Generale ASP di Città
*F.to Dott. Nome Cognome*

1

## A4. Lettera informativa ai medici di medicina generale delle donne

Ministero della salute

AGGIUNGERE LOGO ASP

Città, data

Al Dott. Nome, indirizzo

Gentile Collega,

La Regione Sicilia e l'Azienda Sanitaria Provinciale stanno conducendo nella nostra provincia un'indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite il Pap Test, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità.

Come sai nella nostra Azienda Sanitaria è attivo un programma di screening per questo tumore, ma l'adesione della donne non ha ancora raggiunto i livelli attesi. L'indagine si prefigge, attraverso un'analisi delle possibili cause della scarsa adesione, la finalità di migliorare l'attuale servizio.

Per ottenere le informazioni necessarie verranno rivolte alcune domande ad un campione rappresentativo di donne della fascia di età 25-64, estratto in modo casuale dalle liste dell'anagrafe della nostra Azienda Sanitaria. Tra le persone estratte sono presenti Tue assistite, di cui ti alleghiamo l'elenco.

Un operatore del nostro Servizio procederà a intervistarle telefonicamente. L'intervista si baserà interamente su un questionario anonimo messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità. La durata di somministrazione del questionario è stimata intorno ai 10 minuti.

Chiediamo la Tua collaborazione nel momento in cui verrai contattato dall'operatore della ASP per facilitare la ricerca del numero telefonico dell'assistita campionata, qualora non sia stato possibile rintracciare tale numero attraverso altre fonti, e per sostenere l'adesione all'intervista nei confronti delle assistite che eventualmente si rivolgessero a Te per chiarimenti.

A tutela della privacy, ti informiamo che analogamente a quanto avviene per altri interventi di sanità pubblica, sono state adottate tutte le misure previste per garantire l'assoluta riservatezza delle informazioni raccolte. In particolare i dati tratti dalle interviste saranno trasferiti su supporto informatico privi degli identificativi delle persone intervistate (cognome, nome, indirizzo) e aggregati con quelli relativi ad altre assistite; contestualmente, sarà distrutto il supporto cartaceo contenente i dati anagrafici dell'intervistata.

Per chiarimenti ti invitiamo vivamente a contattare il dott. Nome Cognome o la dott.ssa Nome Cognome presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Città tel. 0000/000000 - 000000, e-mail nomecognome@estensione.it e nomecognome@estensione.it

La raccolta di dati sarà effettuata nelle prossime settimane e terminerà il 20 febbraio; successivamente sarà fatta una comunicazione pubblica sui principali risultati preliminari, alla quale sarai invitato a partecipare.

Ringraziando sin d'ora, Ti porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Il Direttore Generale ASP di Città
*F.to Dott. Nome Cognome*

## A5. Lettera informativa alle donne sostitute

Ministero della salute

AGGIUNGERE LOGO ASP

Città, data

Sig. ra Nome Cognome
Indirizzo

Gentile Signora,

La Regione Sicilia e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Città stanno conducendo un'indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite il Pap Test, con il supporto dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il carcinoma del collo dell'utero è tra i tumori più frequenti nelle donne ma può essere diagnosticato precocemente e curato efficacemente: nell'ASP di Città è attivo un programma di screening per questo tumore.

Allo scopo di capire come migliorare l'attuale servizio, la informiamo che **potrebbe essere contattata entro e non oltre il 14 febbraio per rispondere ad** alcune domande molto semplici, per la durata di circa 10 minuti, che un nostro operatore le farà telefonicamente nei prossimi giorni.

**Il suo medico di famiglia è al corrente dell'iniziativa.**

Le informazioni che Lei potrà fornirci saranno raccolte in un questionario completamente anonimo e utilizzate solamente per questa indagine. **Le ricordiamo che rispondere alle domande è facoltativo, se vuole può interrompere l'intervista in ogni momento.**

La ringraziamo fin da ora per il tempo e la preziosa collaborazione che ci offrirà e le ricordiamo che per qualsiasi chiarimento può contattarci negli orari xx.00 – xx.00 dal lunedì al venerdì ai seguenti numeri: 0000/000000 – 000000 e chiedere del dott. Nome Cognome, della Dott.ssa Nome Cognome o della dott.ssa Nome Cognome.

Cordiali saluti,

Il Direttore Generale ASP di Città
*F.to Dott. Nome Cognome*

## A6. Questionario dell'indagine SES "Salvate Eva in Sicilia"

| A CURA DELL'INTERVISTATORE: riempire con i dati forniti | | | |
|---|---|---|---|
| ASP<br>_____ | Codice intervistatori<br>\|_\|_\| | Numero estrazione<br>\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\|_\| | Titolare ☐<br>Sostituta ☐ |

# QUESTIONARIO

## Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite il Pap-Test

*Regione Sicilia*

*Gennaio - Giugno 2016*

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

CEFPAS

Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia

1

## *Istruzioni per l'uso del questionario*

**Simboli e caratteri tipografici utilizzati nel questionario**

- Leggi le domande e le rispettive risposte a meno che non sia diversamente segnalato
- **NLR** = Non Leggere la Risposta: specifica che le risposte indicate non devono essere lette all'intervistato
- Le parti scritte in **grassetto** vanno lette all'intervistato; le parole sottolineate vanno lette con più enfasi
- Le parti in *grassetto* e *corsivo* nel riquadro tratteggiato non vanno lette perché sono istruzioni per l'intervistatore
- **La freccia** → indica la sezione o domanda a cui passare

## *Note informative sulla privacy*

*Prima di procedere con l'intervista telefonica leggi questa informativa.*

↳ **Gentile Signora, buongiorno! Mi chiamo _____ e sono un/una _____. Le sto telefonando perché stiamo conducendo un'indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino per capire meglio come l'ASP di ..... può offrire un servizio di migliore qualità alle donne.**

↳ **Per questo motivo le farò alcune domande molto semplici che la impegneranno per circa 10 minuti.**

↳ **Prima di cominciare, le ricordo che il questionario è anonimo e che le informazioni che mi darà saranno assolutamente riservate, serviranno solo per questa indagine e non saranno fornite a nessun altro. Se vuole, può interrompere l'intervista in ogni momento.**

↳ **A questo punto possiamo cominciare. In generale per ogni domanda le dirò anche le risposte. Le chiedo di scegliere la risposta più giusta per lei. Alla fine dell'intervista prenderò nota dei commenti o suggerimenti che vorrà indicarmi.**

↳ **La ringrazio fin da ora del suo tempo e della sua disponibilità.**

↳ **Innanzitutto, mi può dire se ha già avuto un intervento di isterectomia (asportazione dell'utero)?** ☐ Sì ☐ No

*(Se Si)*

↳ **La ringraziamo per la sua disponibilità e le facciamo i nostri auguri, ma facciamo l'intervista solo alle donne che non hanno avuto questa operazione. Grazie in ogni caso e buona giornata.**

*(Se No) Proseguire*

## *Screening Tumore Collo dell'Utero (donne 25-64 anni)*

*Data __/__/____ Ora di inizio ____:____*

**Per iniziare, Le faccio qualche domanda sulla prevenzione dei tumori del collo dell'utero con il Pap-Test, che si esegue attraverso un prelievo fatto con un tampone vaginale.**

**1.01** **Nel corso della sua vita ha eseguito un Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?**

- ☐ 1 - Sì
- ☐ 2 - No → **Sezione B**
- ☐ 3 - Non so/non ricordo → **Sezione B**
- ☐ 4 - Ho fatto un tampone, ma non so se Pap-Test o HPV → **Sezione B**

NLR

**1.02** **Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test a scopo preventivo?**

- ☐ 1 - Negli ultimi 3 anni
- ☐ 2 - Più di 3 anni fa → **Sezione B**
- ☐ 3 - Non so/non ricordo → **Sezione B**

NLR

**1.03** **Dove ha fatto l'ultimo Pap-test?**

- ☐ 1 - Consultorio
- ☐ 2 - Ospedale
- ☐ 3 - Ginecologo privato
- ☐ 4 - Altro (specificare) .....

**1.04** **Ha dovuto pagare per quest'ultimo Pap-test?**

- ☐ 1 - Sì, il ticket
- ☐ 2 - Sì, il costo era completamente a mio carico
- ☐ 3 - No, nessuna spesa
- ☐ 4 - Non so/non ricordo

NLR

**1.05** **Che risultato ha ricevuto all'ultimo Pap-Test?**

- ☐ 1 - Negativo
- ☐ 2 - Positivo
- ☐ 3 - Non ho ricevuto alcuna risposta
- ☐ 4 - Non so/non ricordo
- ☐ 5 - Altro (specificare) .....

NLR

## *SEZIONE A*

**2.01** **Ha mai ricevuto una lettera dall'ASL che la invitava a fare un Pap-Test?**

- ☐ 1 - Sì
- ☐ 2 - No → **2.03**
- ☐ 3 - Non so/non ricordo →**2.03**

NLR

**2.02** **Pensando all'ultimo Pap-test che ha fatto, quanta influenza ha avuto questa lettera per decidere di farlo?**

- ☐ 1 - Molta
- ☐ 2 - Abbastanza
- ☐ 3 - Poca
- ☐ 4 - Nessuna

**2.03** **Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolarmente l'esame del Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?**

- ☐ 1 - Sì
- ☐ 2 - No →**2.05**
- ☐ 3 - Non so/non ricordo →**2.05**

NLR

**2.04** **Pensando all'ultimo Pap-test che ha fatto, quanta influenza ha avuto questo consiglio per decidere di farlo?**

- ☐ 1 - Molta
- ☐ 2 - Abbastanza
- ☐ 3 - Poca
- ☐ 4 - Nessuna

3

**2.05** **Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione del Pap-Test?**

☐ 1 - Sì

☐ 2 - No → **2.07**

☐ 3 - Non so/non ricordo → **2.07** **NLR**

**2.06** **Pensando all'ultimo Pap-test che ha fatto, quanta influenza hanno avuto queste campagne per decidere di farlo?**

☐ 1 - Molta

☐ 2 - Abbastanza

☐ 3 - Poca

☐ 4 - Nessuna

**2.07** **Le propongo diverse frasi sul Pap-test e sul cancro del collo dell'utero (carcinoma della cervice uterina) e le chiedo di dirmi, per ciascuna affermazione, quanto per lei è vera.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Il cancro all'utero è uno dei più comuni cancri tra le donne di 25-64 anni | | | | | |
| 2. So bene a quale età è necessario fare il Pap-test | | | | | |
| 3. Il cancro al collo dell'utero è un serio problema di salute | | | | | |
| 4. So bene ogni quanto tempo ho bisogno di fare il Pap-test | | | | | |
| 5. Il cancro al collo dell'utero può portare alla morte | | | | | |
| 6. Il cancro al collo dell'utero può portare una donna ad avere un'isterectomia (asportazione dell'utero) | | | | | |
| 7. Fare il Pap-test mi permetterebbe di fare un trattamento precoce | | | | | |
| 8. Le mie amiche più care dicono che dovrei fare il Pap-test | | | | | |

**2.08** **Le chiedo, per ciascuna frase che le propongo, di dirmi quanto lei è d'accordo.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha sintomi | | | | | |
| 2. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha avuto bambini | | | | | |
| 3. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha avuto rapporti sessuali | | | | | |
| 4. Tutte le donne sono a rischio per lo sviluppo del cancro all'utero | | | | | |
| 5. Se una donna ha il cancro all'utero può morire | | | | | |
| 6. Fare un Pap-test mi fa stare bene perché significa che mi prendo cura della mia salute | | | | | |
| 7. Il Pap-test può salvarmi la vita | | | | | |

4

**2.09** **Ha mai sentito parlare di un altro esame, per le donne adulte, che permette di rilevare la presenza del papillomavirus, detto anche test HPV?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - No
☐ 2 - Sì, ma non ho capito di cosa si tratta **NLR**

**2.10** **È a conoscenza del vaccino anti-papillomavirus per prevenire il tumore al collo dell'utero che si fa alle ragazze adolescenti?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - Non so → **2.12** **NLR**
☐ 2 - No → **2.12**

**2.11** **Consiglierebbe a un'amica di vaccinare la propria figlia con il vaccino anti-papillomavirus?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - Non so **NLR**
☐ 2 - No

**2.12** **Se avesse bisogno di informazioni sul tumore del collo dell'utero a chi si rivolgerebbe prima di tutto?**

☐ 1 - Consultorio
☐ 4 - Amiche
☐ 2 - Medico di famiglia
☐ 5 - Internet
☐ 3 - Ginecologo
☐ 6 - Altro (specificare ) .....

**2.13** **Nel corso della sua vita ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**
☐ 2 - No

**2.14** **Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**
☐ 2 - No

**2.15** **Nell'ultimo anno le è capitato di assumere un antibiotico?**

☐ 1 - Sì
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**
☐ 2 - No

*Passare ai Dati socio-anagrafici dell'intervistata, saltando la SEZIONE B*

## SEZIONE B

**3.01** **Ha mai ricevuto una lettera dall'ASL che la invitava a fare un Pap-Test?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

**3.02** **Le è mai stato consigliato da un medico o da un operatore sanitario di fare regolarmente l'esame del Pap-Test a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

**3.03** **Ha visto o sentito campagne informative o pubblicitarie di promozione del Pap-Test?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

**3.04** **Le propongo diverse frasi sul Pap-test e sul cancro del collo dell'utero (carcinoma della cervice uterina) e le chiedo di dirmi, per ciascuna affermazione, quanto per lei è vera.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Il cancro all'utero è uno dei più comuni cancri tra le donne di 25-64 anni | | | | | |
| 2. So bene a quale età è necessario fare il Pap-test | | | | | |
| 3. Il cancro al collo dell'utero è un serio problema di salute | | | | | |
| 4. So bene ogni quanto tempo ho bisogno di fare il Pap-test | | | | | |
| 5. Il cancro al collo dell'utero può portare alla morte | | | | | |
| 6. Il cancro al collo dell'utero può portare una donna ad avere un'isterectomia (asportazione dell'utero) | | | | | |
| 7. Fare il Pap-test mi permetterebbe di fare un trattamento precoce | | | | | |
| 8. Le mie amiche più care dicono che dovrei fare il Pap-test | | | | | |

6

**3.05 Le chiedo, per ciascuna frase che le propongo, di dirmi quanto lei è d'accordo.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha sintomi | | | | | |
| 2. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha avuto bambini | | | | | |
| 3. Una donna ha bisogno del Pap-test solo se ha avuto rapporti sessuali | | | | | |
| 4. Tutte le donne sono a rischio per lo sviluppo del cancro all'utero | | | | | |
| 5. Se una donna ha il cancro all'utero può morire | | | | | |
| 6. Fare un Pap-test mi fa stare bene perché significa che mi prendo cura della mia salute | | | | | |
| 7. Il Pap-test può salvarmi la vita | | | | | |

**3.06 Le chiedo, per ciascuna frase che le propongo, di dirmi quanto lei è d'accordo.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Non ho tempo per fare un Pap-test | | | | | |
| 2. Non ho fatto un Pap-test perché mi trattano male nel consultorio o ospedale | | | | | |
| 3. Non ho fatto il Pap-test perché quando sono andata ho dovuto attendere a lungo per essere visitata | | | | | |
| 4. Non ho fatto il Pap-test perché ho paura di scoprire di avere un cancro | | | | | |
| 5. Non ho fatto il Pap-test perché il consultorio o l'ospedale è aperto solo nelle ore in cui io non posso andare | | | | | |
| 6. Non ho fatto il Pap-test perché è difficile prendere un appuntamento | | | | | |
| 7. Non ho fatto il Pap-test perché sono imbarazzata a fare una visita ginecologica | | | | | |
| 8. Non ho fatto il pap-test perché nessuno me l'ha consigliato | | | | | |

**3.07** **Ha mai sentito parlare dell'esame che permette di rilevare la presenza del papillomavirus, detto anche test HPV?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - Sì, ma non ho capito di cosa si tratta **NLR**
☐ 3 - No

**3.08** **È a conoscenza del vaccino anti-papillomavirus per prevenire il tumore al collo dell'utero che si fa alle ragazze adolescenti?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No → **3.10**
☐ 3 - Non so → **3.10** **NLR**

**3.09** **Consiglierebbe a un'amica di vaccinare la propria figlia con il vaccino anti-papillomavirus per prevenire il tumore al collo dell'utero?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so **NLR**

**3.10** **Se avesse bisogno di informazioni sul tumore del collo dell'utero a chi si rivolgerebbe prima di tutto?**

☐ 1 - Consultorio
☐ 2 - Medico di famiglia
☐ 3 - Ginecologo
☐ 4 - Amiche
☐ 5 - Internet

**3.11** **Nel corso della sua vita ha mai fatto una mammografia a scopo preventivo cioè in assenza di sintomi o altri disturbi?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

**3.12** **Ha mai fatto la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo, cioè in assenza di sintomi o disturbi?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

**3.14** **Nell'ultimo anno le è capitato di assumere un antibiotico?**

☐ 1 - Sì
☐ 2 - No
☐ 3 - Non so/non ricordo **NLR**

8

## *Dati socio-anagrafici dell'intervistata*

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

**4.01** **Qual è la sua età?** _____

**4.02** **Quale titolo di studio possiede?**

- ☐ 1 - Nessuno
- ☐ 2 - Licenza elementare
- ☐ 3 - Licenza media
- ☐ 4 - Corso professionale dopo la terza media
- ☐ 5 - Diploma di scuola media superiore
- ☐ 6 - Laurea
- ☐ 7 - Altro

**4.03** **Quale attività svolge?**

- ☐ 1 - Pensionata → **4.05**
- ☐ 2 - Occupata stabilmente
- ☐ 3 - Occupata saltuariamente
- ☐ 4 - In cerca di occupazione → **4.05**
- ☐ 5 - Casalinga → **4.05**
- ☐ 6 - Studentessa → **4.05**
- ☐ 7 - Altro → **4.05**

**4.04** **Che tipo di occupazione svolge?**

- ☐ 1 - Operaia
- ☐ 2 - Impiegata
- ☐ 3 - Dirigente
- ☐ 4 - Lavoro in proprio
- ☐ 5 - Altro (specificare) .....

**4.05** **Le chiediamo ora qual è la composizione del Suo nucleo famigliare. Lei attualmente con chi vive?**

- ☐ 1 - Con Suo marito/compagno
- ☐ 2 - Con Suo marito/compagno e figli
- ☐ 3 - Con i Suoi genitori o altri parenti (compresi figli)
- ☐ 4 - Con amici
- ☐ 5 - Sola
- ☐ 6 - Altro

*È possibile PIÙ di una risposta*

**4.06** **Lei è:**

- ☐ 1 - Coniugata
- ☐ 2 - Nubile
- ☐ 3 - Vedova
- ☐ 4 - Separata o Divorziata

**4.07** **Ha mai partorito?**

- ☐ 1 - Sì
- ☐ 2 - No

***Osservazioni o opinioni delle intervistate:***

_____

_____

_____

_____

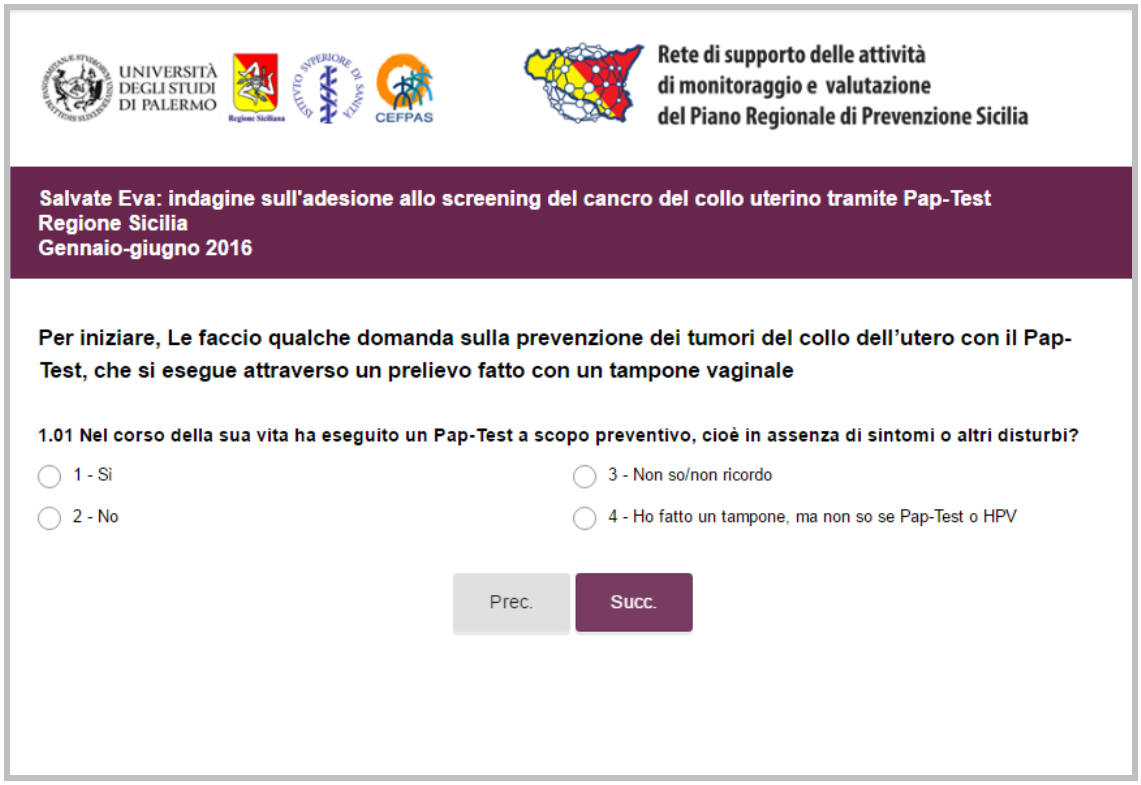
_____

Ora di fine intervista ____/_____

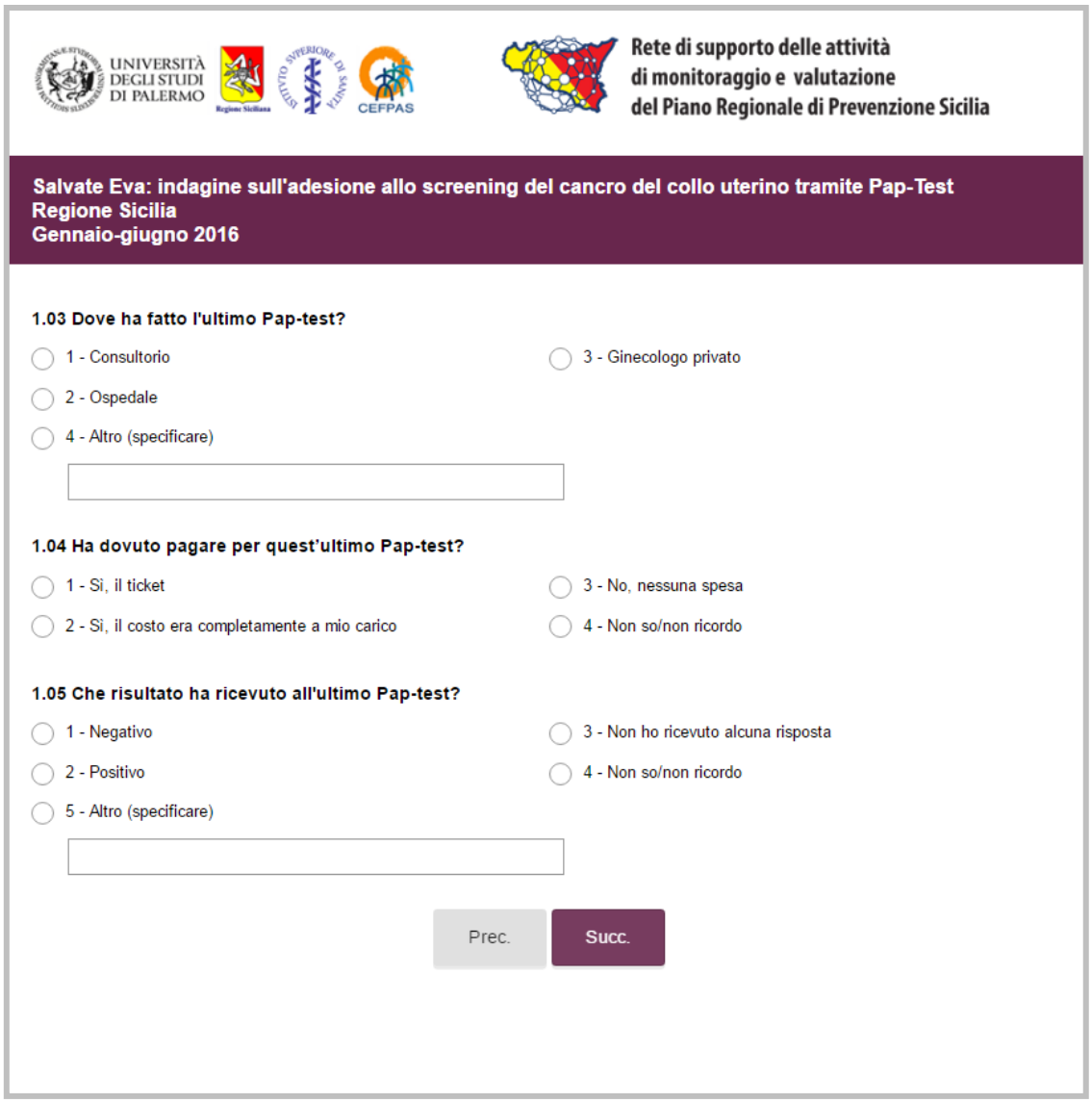
**L'intervista è finita. Grazie molte per la sua pazienza.**

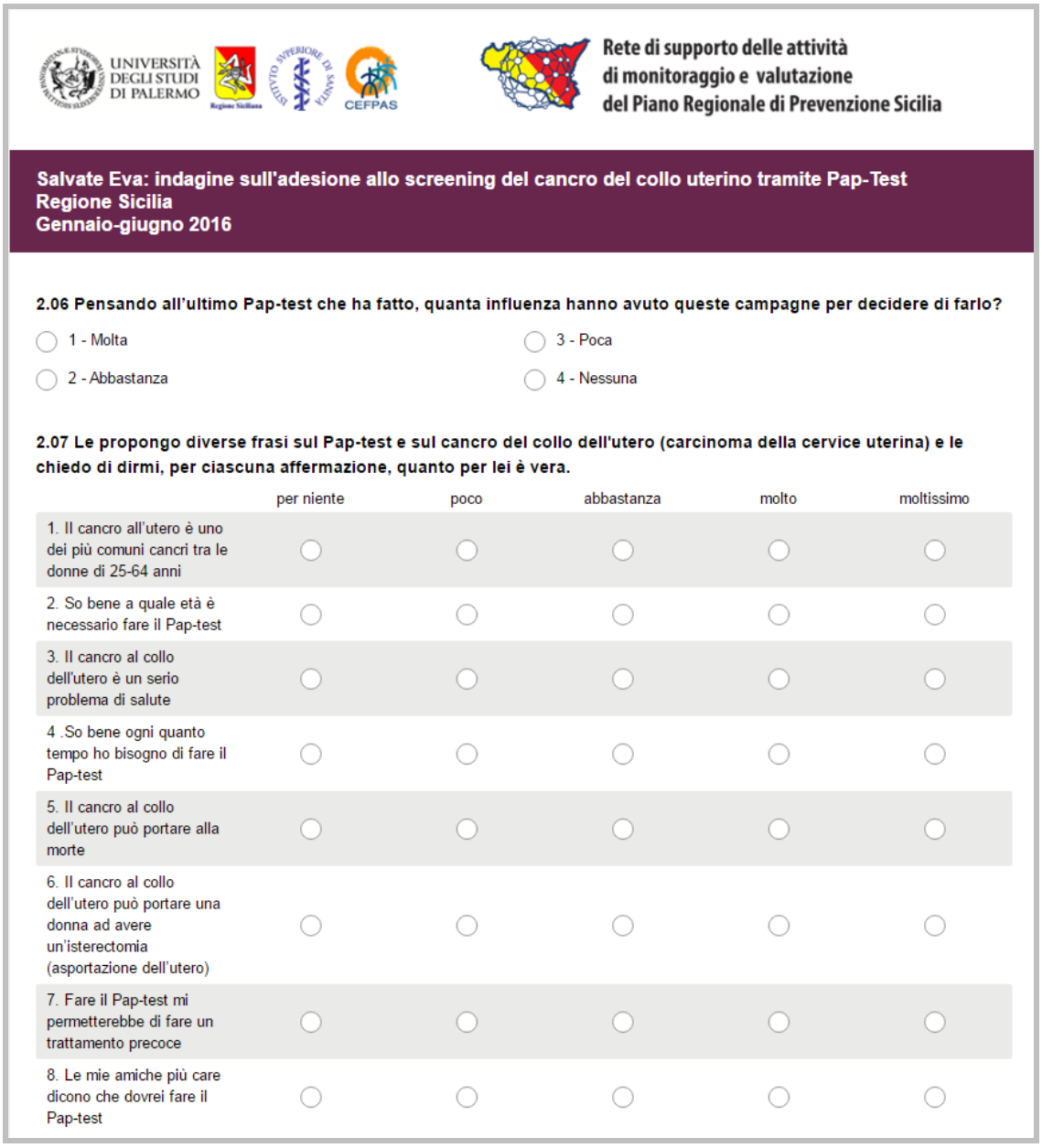
9

## A7. La piattaforma Survey-Monkey per il caricamento dei dati dello studio



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
CEFPAS
Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia
Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite Pap-Test
Regione Sicilia
Gennaio-giugno 2016
1.02 Quando è stata l'ultima volta che ha fatto il Pap-Test a scopo preventivo?
1 - Negli ultimi 3 anni
2 - Più di 3 anni fa
3 - Non so/non ricordo
Prec.
Succ.


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO
CEFPAS
Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia
Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite Pap-Test
Regione Sicilia
Gennaio-giugno 2016
1.03 Dove ha fatto l'ultimo Pap-test?
1 - Consultorio
2 - Ospedale
3 - Ginecologo privato
4 - Altro (specificare)
1.04 Ha dovuto pagare per quest'ultimo Pap-test?
1 - Si, il ticket
2 - Si, il costo era completamente a mio carico
3 - No, nessuna spesa
4 - Non so/non ricordo
1.05 Che risultato ha ricevuto all'ultimo Pap-test?
1 - Negativo
2 - Positivo
3 - Non ho ricevuto alcuna risposta
4 - Non so/non ricordo
5 - Altro (specificare)
Prec.
Succ.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

CEFPAS

Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia

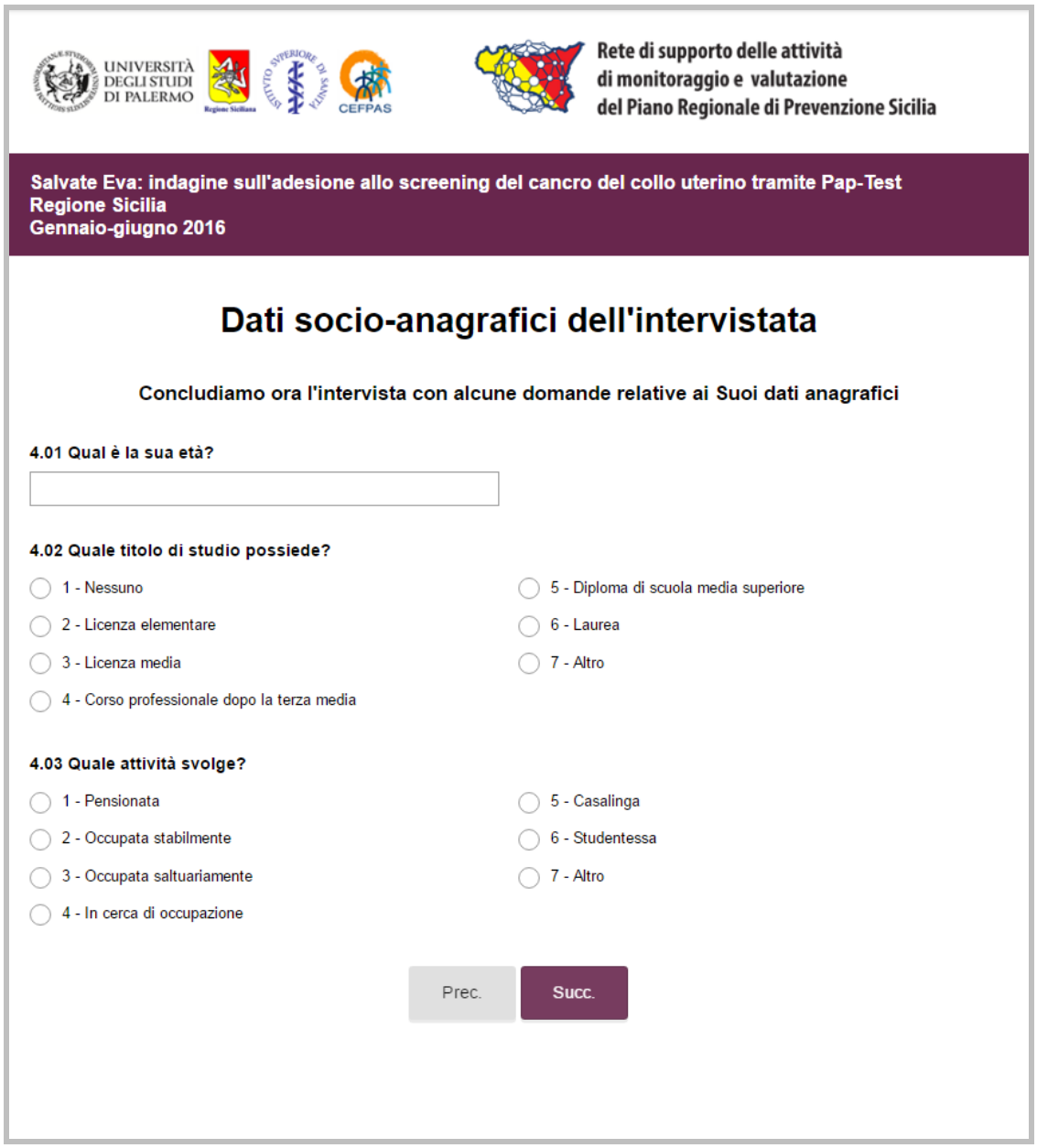
**Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite Pap-Test**
**Regione Sicilia**
**Gennaio-giugno 2016**

**2.06 Pensando all'ultimo Pap-test che ha fatto, quanta influenza hanno avuto queste campagne per decidere di farlo?**

- ◯ 1 - Molta
- ◯ 2 - Abbastanza
- ◯ 3 - Poca
- ◯ 4 - Nessuna

**2.07 Le propongo diverse frasi sul Pap-test e sul cancro del collo dell'utero (carcinoma della cervice uterina) e le chiedo di dirmi, per ciascuna affermazione, quanto per lei è vera.**

| | per niente | poco | abbastanza | molto | moltissimo |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Il cancro all'utero è uno dei più comuni cancri tra le donne di 25-64 anni | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 2. So bene a quale età è necessario fare il Pap-test | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 3. Il cancro al collo dell'utero è un serio problema di salute | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 4 .So bene ogni quanto tempo ho bisogno di fare il Pap-test | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 5. Il cancro al collo dell'utero può portare alla morte | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 6. Il cancro al collo dell'utero può portare una donna ad avere un'isterectomia (asportazione dell'utero) | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 7. Fare il Pap-test mi permetterebbe di fare un trattamento precoce | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| 8. Le mie amiche più care dicono che dovrei fare il Pap-test | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

CEFPAS

Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia

**Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite Pap-Test**
**Regione Sicilia**
**Gennaio-giugno 2016**

## Dati socio-anagrafici dell'intervistata

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

**4.01 Qual è la sua età?**

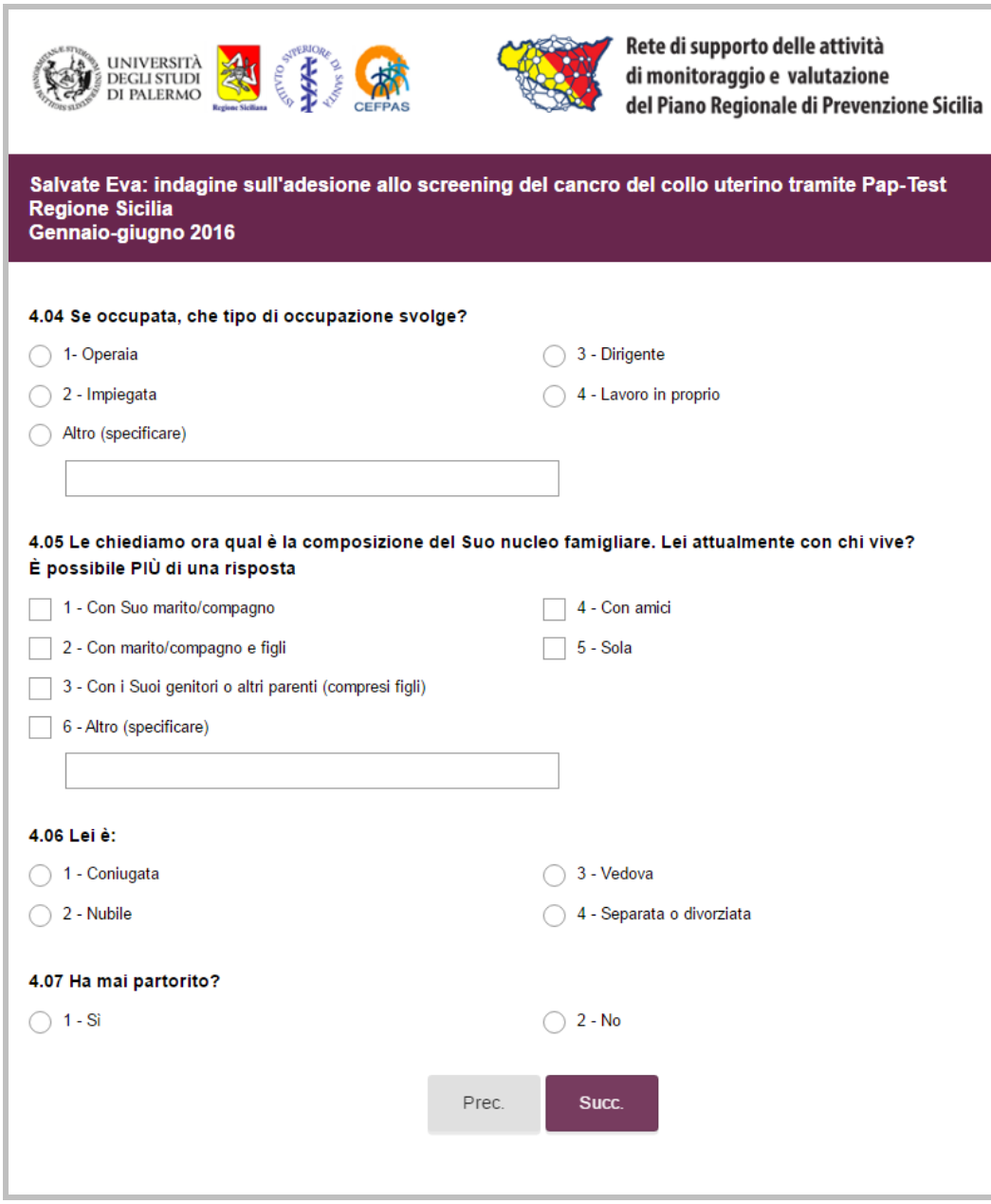
**4.02 Quale titolo di studio possiede?**

- 1 - Nessuno
- 2 - Licenza elementare
- 3 - Licenza media
- 4 - Corso professionale dopo la terza media
- 5 - Diploma di scuola media superiore
- 6 - Laurea
- 7 - Altro

**4.03 Quale attività svolge?**

- 1 - Pensionata
- 2 - Occupata stabilmente
- 3 - Occupata saltuariamente
- 4 - In cerca di occupazione
- 5 - Casalinga
- 6 - Studentessa
- 7 - Altro

Prec. Succ.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PALERMO

CEFPAS

Rete di supporto delle attività di monitoraggio e valutazione del Piano Regionale di Prevenzione Sicilia

**Salvate Eva: indagine sull'adesione allo screening del cancro del collo uterino tramite Pap-Test**
**Regione Sicilia**
**Gennaio-giugno 2016**

**4.04 Se occupata, che tipo di occupazione svolge?**

- ○ 1- Operaia
- ○ 2 - Impiegata
- ○ Altro (specificare)
- ○ 3 - Dirigente
- ○ 4 - Lavoro in proprio

**4.05 Le chiediamo ora qual è la composizione del Suo nucleo famigliare. Lei attualmente con chi vive?**
**È possibile PIÙ di una risposta**

- ☐ 1 - Con Suo marito/compagno
- ☐ 2 - Con marito/compagno e figli
- ☐ 3 - Con i Suoi genitori o altri parenti (compresi figli)
- ☐ 6 - Altro (specificare)
- ☐ 4 - Con amici
- ☐ 5 - Sola

**4.06 Lei è:**

- ○ 1 - Coniugata
- ○ 2 - Nubile
- ○ 3 - Vedova
- ○ 4 - Separata o divorziata

**4.07 Ha mai partorito?**

- ○ 1 - Si
- ○ 2 - No

Prec. Succ.

*Serie Rapporti ISTISAN*
*numero di novembre 2017*

*Stampato in proprio*
*Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, novembre 2017*