



LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



REGIONE
LAZIO

Esigenze di sistema verso soluzioni ad hoc



screening femminile

Paolo Giorgi Rossi, Alessandra Barca, Barbara Giordani

Viterbo, 15 giugno 2011

Contenuti della presentazione

- *Dal report HTA dei metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening:*
 - *Estrazione dei risultati di efficacia di alcune strategie per le donne immigrate*
 - *Risultati impatto sulla riduzione delle diseguaglianze*
- *Dal progetto “Coinvolgimento delle donne immigrate nel programma di screening del cervicocarcinoma”:*
 - *Risultati*
 - *Considerazioni metodologiche*

Cos'è il report HTA

- *Obiettivo: sintetizzare le evidenze scientifiche sui metodi utilizzati per aumentare la partecipazione ai Programmi di Screening.*

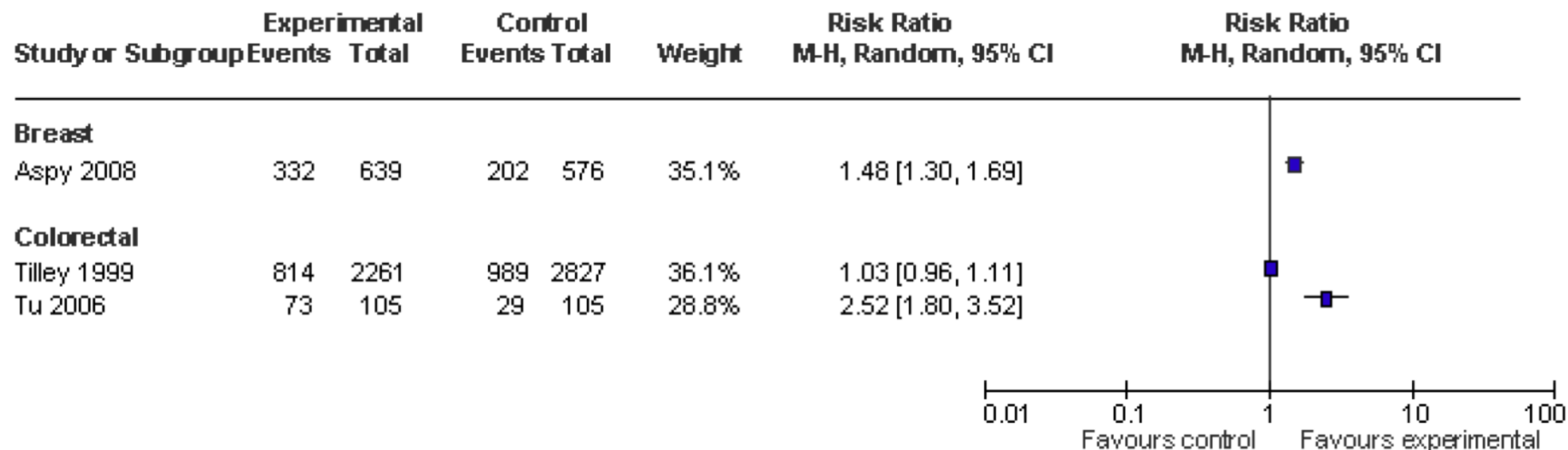
- *Ambiti:*
 - *Efficacia*
 - *Costo-efficacia*
 - *Impatto organizzativo*
 - *Impatto sociale, etico e legale*

- *Metodologia:*
 - *1 fase- definizione partecipanti:*
 - *Gruppo di lavoro (ricercatori)*
 - *Consulting committee (stakeholders)*
 - *2 fase – definizione dello scoping;*
 - *3 fase – processo di valutazione (revisioni sistematiche, meta-analisi, analisi economica, analisi qualitativa)*
 - *4 fase - produzione del report finale;*

Classificazione degli interventi

- Interventi rivolti alla popolazione target:
 - all'individuo: inviti e solleciti a soggetti già invitati non rispondenti (tramite lettera, chiamate telefoniche);
 - alla popolazione: educazione sanitaria, campagne informative tramite mass-media; **interventi di comunità;**
- Interventi che rendano più accettabile o più semplice il test di screening: nuovi test o nuove procedure; test autosomministrati; test offerti tramite struttura mobile;
- Interventi rivolti agli operatori sanitari: formazione su linee guida inerenti i programmi di screening; sollecitazione ai medici che incoraggino i loro assistiti a partecipare ai programmi di screening; *audit e feedback* nei confronti dei medici;
- Interventi diretti all'organizzazione del servizio sanitario: rimozione barriere finanziarie o di tipo economico, diffusione dei provider, modalità di offerta, appuntamenti fissi o aperti.

Risultati: interventi educativi di comunità vs nessun intervento (1): RCT



Autore	anno	intervento
Aspy	2008	intervention practice on physicians
Tilley	1999	personally tailored educational booklet and telephone call
Tu	2006	bicultural health educator and bilingual materials (video, pamphlets and FOBT instructions) and free FOBT

Risultati: interventi educativi di comunità vs nessun intervento (2): pre / post

	intervention		control	
Breast	pre-test	post-test	pre-test	post-test
Fox 1998	12%	27%	23%	24%
Jenkins 1999	52.6%	55.1%	46.6%	45.6%
Fletcher 1993	35%	55%	30%	40%
Cervical				
Jenkins 1999	54.4%	47.7%	43.6%	37.0%

Risultati: lettera + interventi educativi di comunità vs lettera

Clover (1996), mammografia:

- 1) annuncio via media (giornali e tv locali) dell'arrivo in città dell'unità di screening;
- 2) il secondo partecipazione della comunità con formazione di comitati;
- 3) coinvolgimento e formazione dei MMG.

Risultati: MMG > partecipativo > media.

King (1998), mammografia:

- 1) educazione basata su leaflet e incontri di comunità
- 2) rimozione delle barriere logistiche: trasporto all'ambulatorio ecc.
- 3) combinazione dei due interventi.

Risultati: l'intervento educativo non ha effetto, così come l'intervento combinato, un effetto non significativo di +7% ($p=0.08$) per la rimozione delle barriere logistiche.

Brown (1996) cervice:

- 1) Intervento sostenuto da medici e infermiere con incontri con gruppi di donne, annunci su giornali locali e poster
- 2) coprogramma di screening

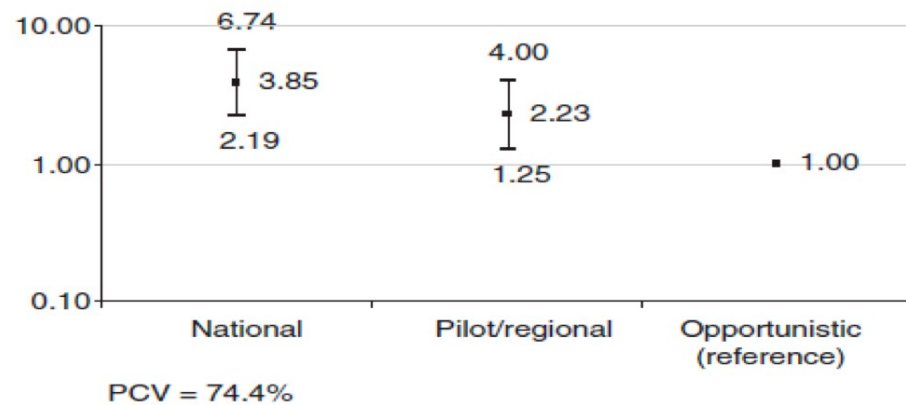
Risultati: aumento significativo di aumento della copertura nelle aree randomizzate all'intervento (+22%).

Efficacia interventi diretti alla comunità: conclusioni

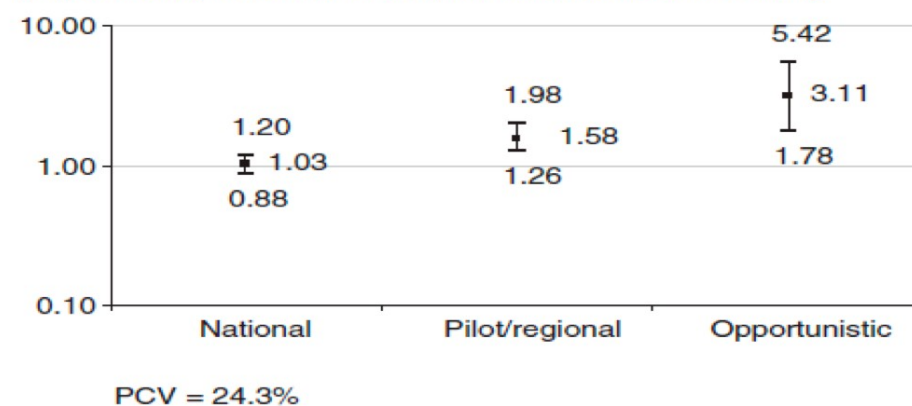
1. Di circa 40 studi individuati, solo 9 validi per analisi quantitativa
2. Vi è una forte evidenza di efficacia per gli interventi di riduzione dei problemi economici
3. Vi sono alcune evidenze di efficacia degli interventi educativi di comunità, anche se i risultati sono eterogenei
4. Per tutti gli studi le analisi condotte non tengono conto della randomizzazione a cluster.

Impatto degli interventi sulla riduzione delle diseguaglianze: effetto dei programmi organizzati

(c) Prevalence ratios and 95% CI of breast cancer screening



(d) Relative index of inequality and 95% CI by educational level (highest compared with lowest) for breast cancer screening



Impatto degli interventi sulla riduzione delle diseguaglianze: effetto dei programmi organizzati

MAMMOGRAFIA

TITOLO DI STUDIO	Totale 50-69 anni	35-49	70 e più
Laurea e diploma di scuola media superiore	79,3	42,7	52,8
Licenza media	73,6	37,7	47,6
Licenza elementare e nessun titolo	65,5	31,9	36,1
Totale	71,0	39,4	39,2
	1,21	1,35	1,48

PAP TEST

TITOLO DI STUDIO	Totale 25-64 anni	65-74	75 anni e più
Laurea e diploma di scuola media superiore	72,3	75,4	48,8
Licenza media	71,7	68,5	43,2
Licenza elementare e nessun titolo	66,1	56,5	34,6
Totale	70,9	61,1	36,9
	1,10	1,34	1,42

Impatto degli interventi sulla riduzione delle diseguaglianze

- Revisione sistematica condotta da Spadea et al (2006)* e aggiornata per il report.
- Interventi diretti all'intera popolazione:
 - All'interno dei programmi di screening (5)
 - In setting opportunistico (7)
- Interventi diretti a gruppi a rischio
 - In-reach (6)
 - Out-reach (3)
 - Media (1)
 - Lay health workers (4)
 - Mixed (3)

Impatto degli interventi sulla riduzione delle diseguaglianze: conclusioni

- I programmi di screening aumentano la copertura, diminuendo le diseguaglianze di accesso.
- Vi sono alcune evidenze che i programmi di screening diminuiscono il gradiente di copertura per stato socioeconomico anche in modo diretto.
- Il coinvolgimento dei MMG nell'invito aumenta l'adesione tra le donne delle classi sociali più basse.
- Lettere d'invito più lunghe e dettagliate sono meno efficaci nelle donne meno istruite.
- I solleciti telefonici sono più efficaci dei solleciti via lettera nelle donne svantaggiate.
- Alcuni interventi più intensivi mirati alle donne più svantaggiate possono essere efficaci nell'aumentare la copertura.

Progetto

Bando per Progetti di ricerca applicata ai Programmi di Screening finanziato dal Ministero della Salute e gestito dall'ASR Abruzzo

Regione Lazio: ASL RmA, RmC, RmD, RmH

ASL Pescara: Ambulatorio Immigrati

Obiettivo generale

Individuazione di luoghi idonei e metodologie efficaci, alternative al sistema di chiamata standard, per la promozione del programma di screening cervicale.

Target:

Immigrate e donne in difficoltà residenti e non

Sottoprogetto b) donne immigrate

AASSLL e comunità coinvolte

- ASL Roma A: rumena-moldova, filippina, cinese, ucraina, sud-americana.
- ASL Roma C: rumena, filippina, cinese, bengalese.
- ASL Roma D: rumena, filippina.
- ASL Roma H: rumena, bulgara, nigeriana, indiana.
- ASL Pescara: russa, ucraina, nord-africana, nigeriana.

FIGURE COINVOLTE

- Mediatrice interculturale
- Leader religioso
- *Natural help givers*
- Insegnante di lingua italiana
- Rappresentanti delle associazioni rumene
- Ambasciatore / attaché
- Ostetrica, ginecologa, infermiera

Il modello organizzativo

In entrambi i casi, l'organizzazione delle sessioni si è svolta secondo le seguenti fasi:

Fase 1. Organizzazione e pubblicizzazione della sessione informativa

Fase 2. Somministrazione questionari

Fase 3. Sessione informativa

Le sessioni informative sono stati **seminari di educazione alla salute** e hanno informato le donne straniere su:

- servizi consultoriali e relativa distribuzione territoriale (mappe)
- diritti della donna (regolare o priva di un permesso di soggiorno) in gravidanza
- leggi nazionali e regionali in materia sanitaria
- ambulatori immigrati e tessere STP/ENI.

Materiali utilizzati durante le sessioni

Preparazione di un *Information tool box* costituito da:

- Slides in lingua (sui Programmi di Screening, percorso di screening, sul perché partecipare, vantaggi dello screening, Pap test e possibili risposte)
- Immagini stilizzate/plastici dell'apparato genitale femminile
- Cytobrush, speculum, vetrino
- Materiale informativo cartaceo in lingua

OFFERTA PAP TEST

Pap test
eseguiti subito dopo
la sessione

Pap test eseguiti su
appuntamento

NUMERO
SESSIONI
INFORMATIVE

24

29

NUMERO PAP
TEST EFFETTUATI

293

429

ADESIONE
CORRETTA

87%

90% fissa un
appuntamento

68% EFFETTIVA

Numero di donne che effettuano il test_

Numero di donne in fascia target presenti alla
sessione, al netto delle donne escluse per
qualsiasi motivo

475 Pap test sono stati effettuati direttamente alle donne che si sono rivolte al consultorio per qualsiasi motivo

Alcuni indicatori di processo

Donne
immigrate
Progetto

LAZIO
Anno 2009

Referral rate

Denominatore: numero di donne
screenate

Numeratore: numero di donne
screenate e inviate in colposcopia per
qualsiasi motivo

4.7%

2.5%

Detection rate grezza per CIN2+

Denominatore: numero di donne
screenate

Numeratore: numero di queste donne
cui è stata individuata una lesione CIN2
o più grave.

6.9 x1000

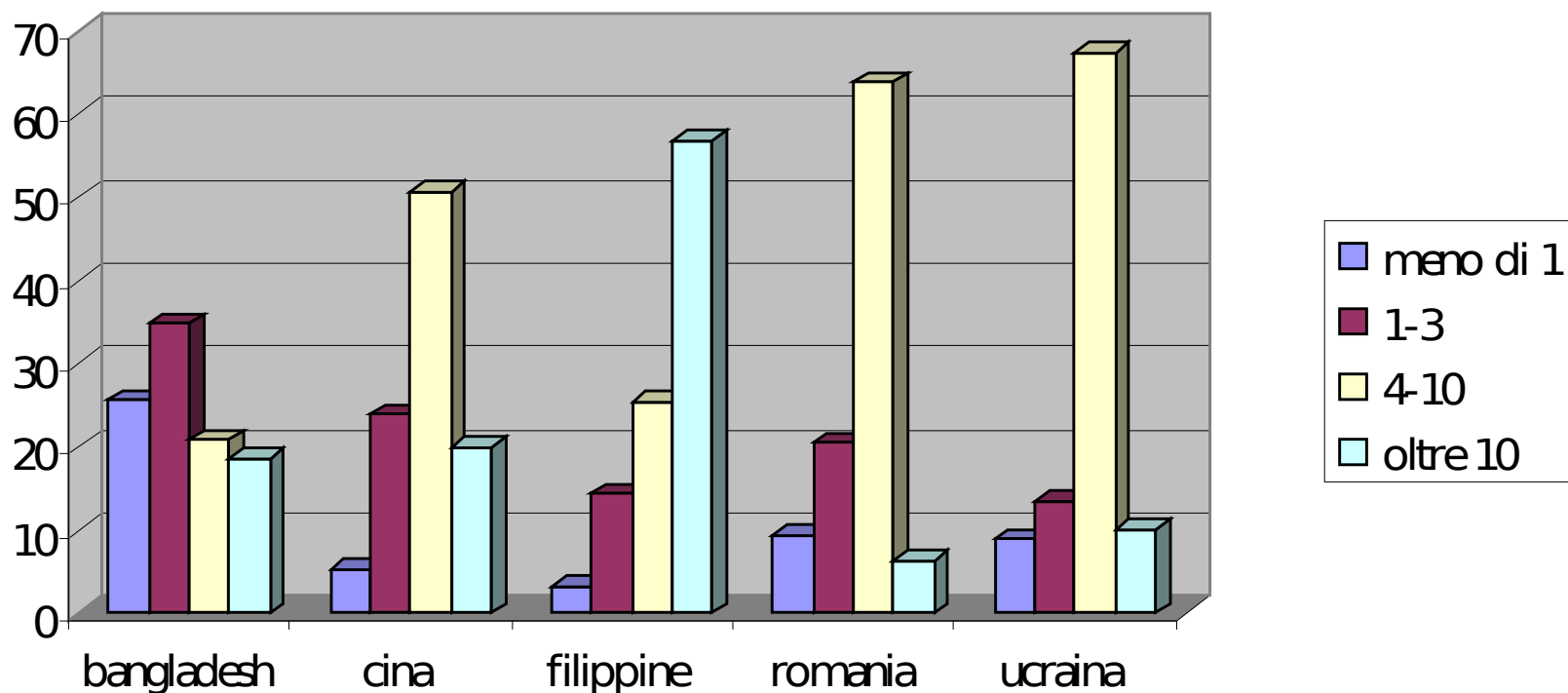
2.9 x1000

Alcuni risultati

Numero di questionari correttamente compilati: **1015**

Età media delle donne contattate: **42 anni**

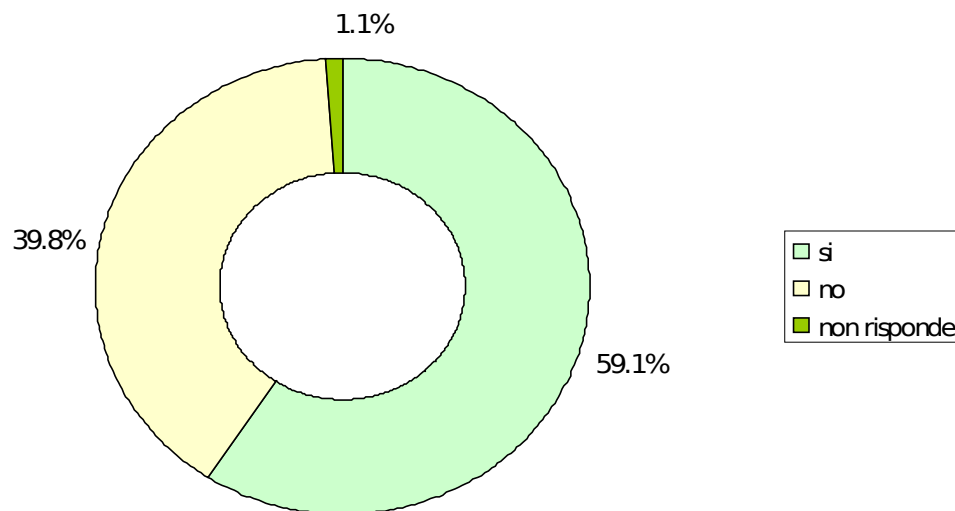
Fig. 6 bis Permanenza in Italia per cittadinanza



Il campione non è rappresentativo

Conoscenza del Pap test

Fig. 10 - Conoscenza del paptest



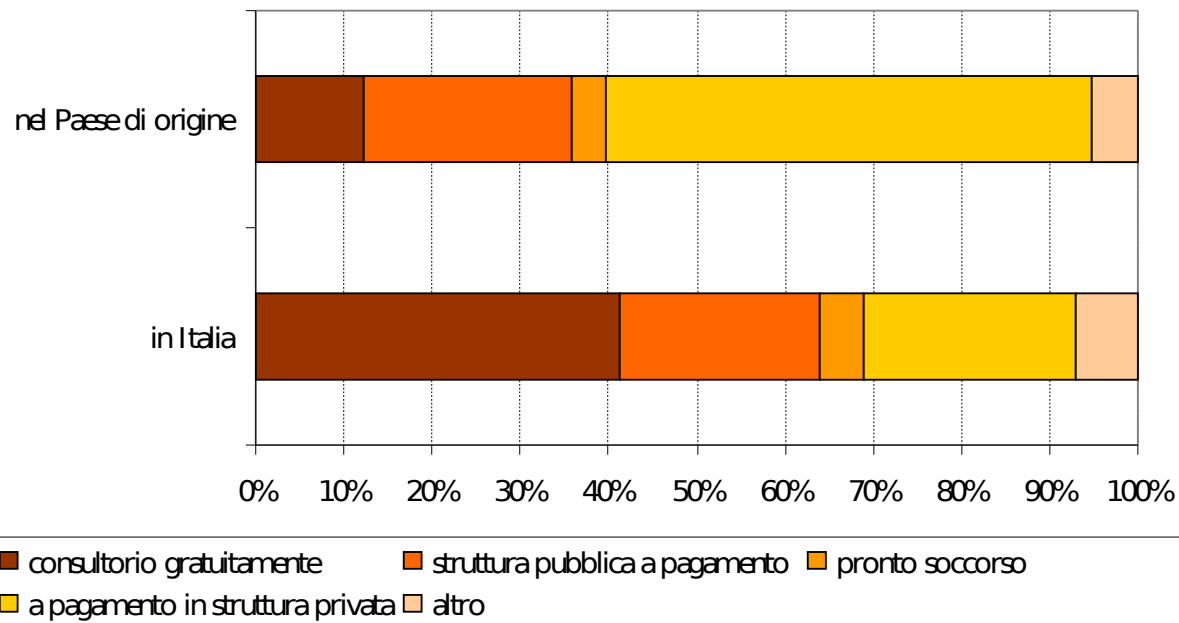
DOVE RIVOLGERSI

anni in Italia	si
meno di 1	35%
1-3	43%
4-10	57%
oltre 10	72%
Totale	52,2%

Copertura e luogo di effettuazione dell'ultimo Pap test per comunità

Cittadinanza	lo ha fatto nel privato	lo ha fatto nel pubblico	non lo ha mai fatto
Bangladesh	4.7%	27.9%	67.4%
Cina	14.7%	8.0%	77.3%
Filippine	41.8%	25.5%	32.7%
Romania	15.7%	25.1%	59.1%
Ucraina	9.0%	27.0%	64.0%
Totale	20.5%	23.5%	56.0%

Fig. 19 - Luogo di effettuazione dell' ultimo paptest per Paese di effettuazione



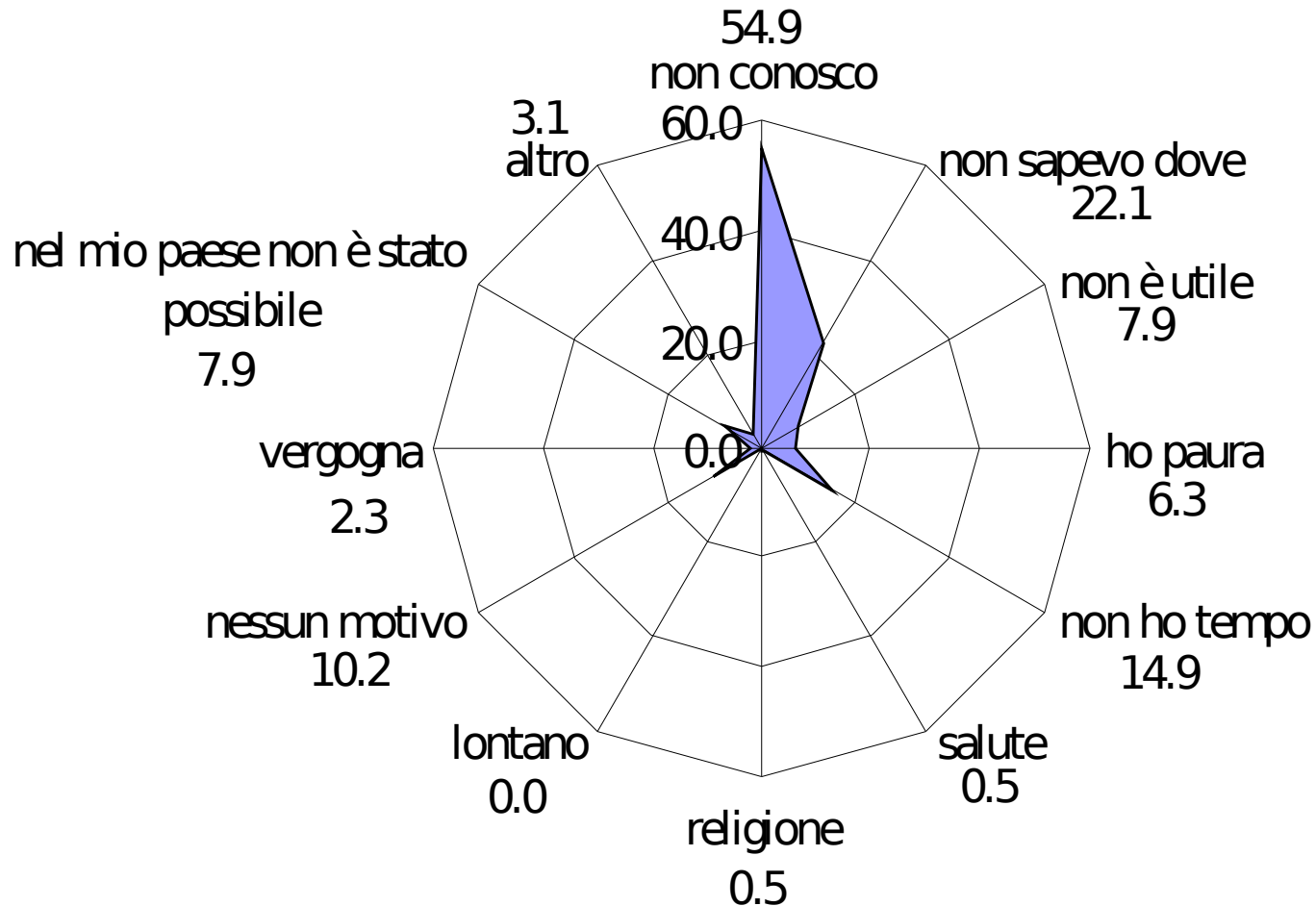
DOVE PAPTEST

anni in Italia	consultorio	Struttura pubblica a pagamento	pronto soccorso	a pagamento in struttura privata	Totale
meno di 1	12.5%	29.2%	8.3%	50.0%	100.0%
1-3	26.9%	30.8%	7.7%	34.6%	100.0%
4-10	33.2%	29.1%	3.6%	34.1%	100.0%

[Chi-quadro 18,21 p=0,0328]

Motivi di non effettuazione del Pap test

Fig. 20 - Motivi di non effettuazione del paptest



DISCUSSIONE

- Il modello dell'offerta immediata in luoghi non sanitari, di difficile organizzazione, non sempre favorisce la fidelizzazione e la conoscenza dei servizi offerti nei consultori familiari.
- Le donne cinesi richiedono una mediazione nelle strutture sanitarie per abbattere le barriere linguistiche.
- Le donne bengalesi chiedono maggior diffusione di informazione presso la loro comunità.
- Le donne dell'Europa centro-orientale aderiscono volentieri ad un test a loro già noto.

Spunti metodologici generali

- Difficoltà intrinseca di valutazione quantitativa degli interventi:
 - Difficoltà nel disegno
 - Impossibilità a randomizzare per motivi logistici e culturali
 - Arretratezza della comunità scientifica di riferimento
- Difficile distinguere l'effetto dello specifico intervento dall'effetto aspecifico dell'intensità dell'intervento
- Nessuna valutazione di sostenibilità, fattibilità e costo efficacia degli interventi
- Valutazioni più rigorose e di effectiveness solo per rimozione barriere logistiche e interventi sulle modalità organizzative dei programmi organizzati

Spunti metodologici generali

- I risultati cambiano a seconda di:
 - Contesto
 - Screening proposto
 - Comunità target
 - Motivazione degli operatori
- Forte motivazione e coinvolgimento di non professionisti rendono ogni forma di valutazione distorta in partenza
- Necessitiamo di nuovi strumenti epistemologici per la valutazione quantitativa, oltre il trial randomizzato.
- In questi ambiti la ricerca qualitativa dovrebbe acquisire un maggiore peso nell'HTA.