

800
1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**HPV E CERVICOCARCINOMA – SCREENING DELLA
CERVICE UTERINA NELLE DONNE IN GRAVIDANZA
FISIOLOGICA NEL 2021 – AZIENDA ULSS 2 MARCA
TREVIGIANA – REGIONE VENETO**

RELATORE: PROF. MAURO RAMIGNI

CORRELATORE: DR. GIANLUIGI LUSTRO

LAUREANDA: MIRIAM SUTTO

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

800
1222·2022
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**HPV E CERVICOCARCINOMA – SCREENING DELLA
CERVICE UTERINA NELLE DONNE IN GRAVIDANZA
FISIOLOGICA NEL 2021 – AZIENDA ULSS 2 MARCA
TREVIGIANA – REGIONE VENETO**

RELATORE: PROF. MAURO RAMIGNI

CORRELATORE: DR. GIANLUIGI LUSTRO

LAUREANDA: MIRIAM SUTTO

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

INDICE

ABSTRACT	1
PREMESSA	3
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	5
1.1 - Anatomia del collo dell’utero	
1.2 - HPV e cancro della cervice uterina	
1.3 - Il papillomavirus	
1.4 - Metodologie diagnostiche delle infezioni da HPV	
1.5 – Fisiologia del collo dell’utero in gravidanza fisiologica	
1.6 - Il cancro della cervice durante la gravidanza fisiologica	
1.7 - Screening della cervice uterina in gravidanza fisiologica	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	15
2.1 – Problema	
2.2 – Scopo dello studio	
2.3 - Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	19
3.1 - Campione di studio	
3.2 -Strumenti di ricerca e metodi di raccolta	
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	21
CAPITOLO 5 – JOB DESCRIPTION	33
CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE	41
BIBLIOGRAFIA	43
SITOGRAFIA	45
NORMATIVE	46
ELENCO GRAFICI	47
ELENCO TABELLE	48
ALLEGATI	49



ABSTRACT

LAUREANDO:

MIRIAM SUTTO

MATRICOLA:

1233127

TITOLO DELLA TESI: “HPV E CERVICOCARCINOMA – SCREENING DELLA CERVICE UTERINA NELLE DONNE IN GRAVIDANZA FISIOLÓGICA NEL 2021 – AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA – REGIONE VENETO”

TITOLO IN INGLESE: “HPV AND CERVICAL CANCER - SCREENING IN WOMEN IN PHYSIOLOGICAL PREGNANCY IN 2021 - LOCAL HEALTH UNIT 2 MARCA TREVIGIANA - VENETO REGION”

RELATORE: MAURO RAMIGNI

CORRELATORE: GIANLUIGI LUSTRO

INTRODUZIONE

Secondo studi scientifici riportati nel sito ufficiale del Ministero della Salute, circa il 10 % delle donne contagiate dall'infezione HPV appartenenti a gruppi ad alto rischio possono sviluppare, nel giro di dieci anni o poco più, una lesione tumorale alla cervice-uterina.

Nelle donne in gravidanza, l'incidenza del cancro cervicale stimata è tra 0,8 e 1,5 casi ogni 10.000 nascite, quindi, nonostante sia un tumore raro in termini assoluti, è uno dei più frequenti durante il periodo di gestazione. Tutt'ora è ancora discusso il fatto che la gravidanza possa accelerare la progressione del cancro cervicale, ma alcuni studi rilevano che i cambiamenti subiti durante la gravidanza a livello di ormoni, della circolazione linfatica, del flusso sanguigno, della dilatazione cervicale e altri fattori possono accelerare la metastasi dei tumori e di conseguenza lo sviluppo del cancro alla cervice uterina. L'approccio clinico alla donna in gravidanza può essere vantaggiosamente sfruttato per proporre attivamente l'adesione al programma di screening, una strategia efficace in particolare per le donne più a rischio di sviluppare il tumore e non aderenti al programma di screening cervicale.

MATERIALI E METODI

Per poter determinare il guadagno di salute ottenuto con l'introduzione nuove indicazioni operative regionali riportate nel DRG 1557 del 17_11_2020 circa l'effettuazione dello screening per la rilevazione precoce del carcinoma della cervice uterina in gravidanza fisiologica, sono state individuate le donne in gravidanza fisiologica nel 2021 nell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, sia di nazionalità italiana che straniera d'età compresa tra i 25 e i 64 anni, indagando sulla loro provenienza d'origine, sulla settimana di gravidanza, sulla storia di screening cervicale, sull'adesione all'offerta proposta e all'esito ottenuto.

RISULTATI

In base alla rielaborazione dei dati raccolti emerge che il 90,77% delle 845 donne in gravidanza fisiologica prese in esame, hanno aderito all'offerta proposta dalla Regione del Veneto. Non si sono rilevate differenze per nazionalità, distretto di residenza o provenienza da consultorio pubblico o da struttura privata. Le donne più anziane hanno aderito di meno, come pure quelle in gravidanza oltre la 30^a settimana. Le precedentemente scriniate hanno aderito in modo lievemente minore rispetto a quelle scriniate. Il 7,86% ha avuto esito positivo con differenze sensibili tra scriniate e non scriniate, e tra giovani e meno giovani.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dai risultati di tale analisi vi è la necessità di informare correttamente le donne in gravidanza riguardo le modificazioni che avvengono durante il periodo di gestazione. Inoltre, è anche importante ribadire l'importanza di aderire allo screening della cervice uterina, perciò, la comunicazione e il *marketing* sociale in questo contesto è fondamentale. Per tale motivo si inserisce opportunamente l'assistente sanitario, quale figura elettiva che si occupa di prevenzione, promozione e educazione alla salute, come indicato all'interno della delibera regionale.

PREMESSA

Il presente lavoro di ricerca ha origine dall'introduzione delle nuove indicazioni operative regionali riportate nel DRG 1557 del 17_11_2020 circa l'effettuazione dello screening per la rilevazione precoce del carcinoma della cervice uterina in gravidanza fisiologica. Il 10% circa delle donne contagiate dall'infezione con HPV appartenente ad un ceppo ad alto rischio possono sviluppare, nel giro di dieci anni o poco più, una lesione tumorale alla cervice-uterina.

Nonostante sia ritenuto un tumore raro con una stima tra 0,8 e 1,5 casi ogni 10.000 nascite, il cancro della cervice uterina è una delle neoplasie più comuni durante il periodo di gestazione.

L'elaborato è così strutturato:

- Nel primo capitolo viene proposta un'analisi dettagliata delle evidenze scientifiche pertinenti alla tematica trattata;
- Nel secondo capitolo viene presentato il progetto di tesi attraverso una rilevazione del problema e vengono descritti gli obiettivi e quesiti di tesi, facendo riferimento alle fonti e banche date utilizzate ai fini della stesura dell'elaborato;
- Nel terzo capitolo viene fornita una descrizione dettagliata delle modalità e degli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati e la loro rielaborazione;
- Il quarto capitolo prevede la rielaborazione dei dati rilevati in forma grafica e loro descrizione;
- Il quinto capitolo viene presentata una *Job Description* che evidenzia le competenze dell'Assistente sanitario ed eventuali strategie di *marketing* sociale che potrebbero essere adottate per mantenere una maggior adesione allo screening della cervice uterina;
- Nel sesto capitolo vengono presentate le conclusioni più rilevanti della ricerca.

CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE

1.1- Anatomia del collo dell'utero

L'apparato genitale femminile è composto da organi esterni posizionati sulla superficie corporea e organi interni situati nella piccola pelvi, parte più bassa della cavità addominale femminile, che comprendono la vagina, l'utero, le tube e le ovaie.

L'utero è un organo mobile, cavo, con una forma simile ad una piccola pera, posizionato nel piccolo bacino suddiviso in corpo dove la parte superiore prende il nome di fondo, la sua cavità interna è triangolare, delimitata da spesse pareti muscolari, che comunica superiormente con le tube e inferiormente con la cervice. Inoltre, è costituito da tre strati:

- Tessuto connettivo che si trova all'esterno detto perimetrio;
- Tessuto muscolare posizionato al centro chiamato miometrio;
- Membrana mucosa che si trova all'interno detto endometrio. ¹

La cervice, detta anche collo dell'utero, è l'altra componente dell'utero situata nella piccola pelvi tra la vescica e il retto. All'interno del canale cervicale è prodotto del muco denso che funge da tappo per impedire il passaggio di microorganismi.

È visibile sul fondo della vagina come una formazione cilindrica, presentando al centro l'estremità del canale cervicale che collega la cavità uterina alla cavità vaginale, chiamato orifizio uterino esterno, punto di passaggio tra le due porzioni della cervice:

- Endocervice, che si trova più vicino al corpo dell'utero ed ha cellule ghiandolari;
- Esocervice o ectocervice, formata da cellule squamose posizionata più vicina alla vagina. ²

1.2- HPV e cancro della cervice uterina

L'area di confine tra endocervice ed ectocervice è una sede privilegiata per la formazione del cancro cervicale, tumore che si posiziona al quarto posto tra i tumori più comuni diagnosticati nelle donne a livello globale secondo il rapporto “*Global Cancer Statistics 2020*”, prodotto in collaborazione dall'*American Cancer Society (ACS)* e dalla *International Agency for Research on Cancer (IARC)*. In questa casistica si è evidenziato che il numero dei cancri invasivi si presentano maggiormente nei Paesi in via di sviluppo rispetto ai Paesi industrializzati. La presenza del Papillomavirus ad alto rischio oncogeno si è dimostrata condizione necessaria, ma

¹ Settore scientifico e tecnico della Fabbri Editori; gli apparati della riproduzione; Milano; 1979.

² <https://www.eurocytology.eu/it>.

non sufficiente, per favorire lo sviluppo del tumore alla cervice uterina.³ Infatti, secondo studi scientifici, sono presenti dei cofattori che contribuiscono all'aumentare del rischio oncogeno⁴, ad esempio:

- Fumo di sigaretta: favorisce l'incidenza e la persistenza delle infezioni da HPV nelle donne fumatrici;
- Promiscuità sessuale ed età precoce del primo rapporto sessuale: incrementano fino a dieci volte il rischio di infezione;
- Utilizzo a lungo termine di contraccettivi orali a base di estrogeno e progesterone: sviluppa lesioni e cancro alla cervice uterina⁵;
- Elevata parità: le gravidanze multiple aumentano il rischio di progressione dell'infezione HPV⁶;
- Coinfezione con altri virus a trasmissione sessuale come citomegalovirus (CMV) o nelle donne HIV-positive, aumentano la progressione e persistenza del carcinoma invasivo⁷.

Attualmente sono stati identificati più di 120 genotipi di Papillomavirus umano, dei quali circa 40 provocano patologie del tratto genitale sia benigne che maligne. In particolare, diversi tipi di HPV sono distinti in basso rischio oncogeno (LR HPV) e alto rischio oncogeno (HR HPV). I tipi di HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 e 66 sono classificati come oncogeni, associati al cancro cervicale oltre ad altri tipi di tumore del tratto anogenitale, i genotipi HPV 53, 68, 73 e 82 sono al momento classificati come potenzialmente oncogeni e i tipi HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44/55 e 70 come a basso rischio oncogeno, responsabili di lesioni benigne, come i condilomi ano-genitali.^{8,9}

Grazie alla prevenzione primaria e secondaria, le mortalità per questo tipo di tumore sono diminuite, ma, nonostante ciò, in Italia ogni anno vengono diagnosticati circa tremilacinquecento nuovi casi e oltre millecinquecento decessi a causa di questo tumore.¹⁰

³ IEO Istituto Europeo di Oncologia; Lo screening cervicale; Milano

⁴ AIRC; <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-alla-cervice-uterina>

⁵ Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006; 24 Suppl 3: S3/1-10. Review.

⁶ Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2003; 31: 20-8. Review

⁷ Palefsky J. Human papillomavirus infection in HIV-infected persons. *Top HIV Med*. 2007; 15 (4): 130-3. Review.

⁸ Coglianò V, Baan R, Straif K, et al. Carcinogenicity of human papillomavirus. *Lancet Oncol* 2005;6(4):204.

⁹ Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-27.

¹⁰ <https://www.farmitalia.net/magazine/hpv-e-carcinoma-della-cervice-uterina-cause-e-prevenzione.html>

Alla luce di quanto detto, è la prevalenza del virus nella popolazione generale che rende l'infezione persistente associata al papillomavirus umano un'affezione statisticamente significativa.¹¹

1.3- Il papillomavirus

Il papillomavirus fa parte della famiglia dei Papillomaviridae, virus a DNA circolare a doppia elica, condizione necessaria per lo sviluppo delle lesioni, contenenti un capsido icosaedrico di 55 nm sprovvisto di involucro, possedendo tropismo per gli epitelio cutaneo e mucoso.

È un'infezione a trasmissione sessuale, che a seconda del tipo e della famiglia a cui appartiene il ceppo virale con cui si entra in contatto ha effetti diversi sull'organismo. I più pericolosi HPV sono quelli che provocano lesioni, con evoluzione maligna, all'apparato riproduttivo femminile colpendo la cervice uterina, l'utero, il perineo e la vagina e all'apparato riproduttivo maschile quindi al pene, al glande e allo scroto.¹²

Spesso l'infezione da papillomavirus è asintomatica e transitoria, circa l'80-90% dei casi, per cui l'organismo ha la capacità di eliminarla spontaneamente prima che provochi danni gravi,¹³ ma nel restante 10-20% il sistema immunitario non è in grado di fare ciò, provocando l'insorgenza di sintomi e di disturbi, persistendo in modo latente, portando alla progressione della malattia sfociando in varie forme di cancro invasivo.¹⁴ Infatti, i sintomi compaiono quando il tumore è già in fase di sviluppo. Il periodo di latenza per l'insorgenza di quest'ultimo può essere di decenni, a differenza del periodo intercorso tra l'infezione e l'insorgenza delle lesioni precancerose, che è di circa cinque anni.¹⁵ Il 10-20% delle infezioni persiste in modo latente, portando alla progressione della malattia e, in definitiva, a varie forme di cancro invasivo.¹⁶

Il virus sfrutta le cellule della cute e delle mucose per replicarsi, promuovendo l'iperplasia che provoca la formazione dei condilomi e dei papillomi della cute e delle mucose.

¹¹ Alison A. McBride; Mirare all'infezione persistente da papillomavirus umano; online 18 ago 2017; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580486/>

¹² <https://www.humanitas.it/malattie/infezione-da-hpv-papilloma-virus/>

¹³

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>

¹⁴ Alison A. McBride; Mirare all'infezione persistente da papillomavirus umano; online 18 ago 2017; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580486/>

¹⁵

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>

¹⁶ Karl Ulrich Petry (2014) HPV and cervical cancer, *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 74:sup244, 59-62, DOI: 10.3109/00365513.2014.936683

Si deve precisare che i ceppi che favoriscono la formazione delle verruche genitali, non sono gli stessi che provocano l'insorgenza del tumore della cervice uterina, quindi, non necessariamente un soggetto colpito da condilomi acuminati presenta il rischio di sviluppare neoplasie ano-genitali.¹⁷ I DNA dei papillomavirus che si trovano più frequentemente nel tessuto del cancro cervicale sono l'HPV-16 e l'HPV-18. Infatti, tra i cento tipi di papillomavirus umani che possono infettare l'uomo su duecento HPV circa che esistono, solo tredici/quindici di questi tipi si trovano nei tumori cervicali e in altri tumori maligni, chiamati HPV ad alto rischio (HPV-HR) e, come citato nella frase precedente, l'HPV-HR più frequente è l'HPV 16 presente nel 50% dei tumori cervicali nel mondo. Un altro tipo di HPV-HR è l'HPV 18, che si colloca al secondo posto ed entrambi sono associati a due terzi di tutti i tumori del collo dell'utero, nonché ai tumori della vulva, della vagina, del pene, dell'ano, dell'orofaringe e della pelle.¹⁸ Non è ancora chiaro come tutti i tipi di HPV ad alto rischio causino il cancro, quindi, studi scientifici hanno rilevato che la trasformazione maligna è coinvolta dai prodotti del gene virale E6 ed E7, i quali possono interferire con le proteine cellulari che regolano la crescita cellulare.¹⁹

Secondo studi scientifici riportati nel sito ufficiale del Ministero della Salute, l'infezione da HPV può diventare cronica nel 10% circa delle donne contagiate, quindi, le lesioni a livello genitale, soprattutto al collo dell'utero, se appartenenti alla categoria ad alto rischio possono trasformarsi nel giro di dieci anni o poco più in una lesione tumorale.²⁰

Per quanto riguarda le verruche genitali hanno dimensioni così piccole tanto da non essere visibili ad occhio nudo, quindi, si ricorre all'effettuazione dello screening per accertarsi della presenza del virus.

I condilomi acuminati o verruche genitali si manifestano dopo varie settimane o mesi dal contagio avvenuto tramite rapporti sessuali non protetti o con partner infetto, presentando escrescenze o protuberanze singole o raggruppate sulla mucosa o cute genitale maschile e femminile, sull'inguine, nella zona anale e nella cavità orale. Altri aggravamenti che si possono presentare quando il soggetto contrae l'infezione da papillomavirus sono lesioni alle vie

17

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>

¹⁸ Karl Ulrich Petry (2014) HPV and cervical cancer, *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 74:sup244, 59-62, DOI: 10.3109/00365513.2014.936683

¹⁹ Karl Ulrich Petry (2014) HPV and cervical cancer, *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 74:sup244, 59-62, DOI: 10.3109/00365513.2014.936683

20

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>

respiratorie superiori colpendo la laringe, faringe, lingua, tonsille, palato, naso e, nei casi più rari, si presenta la papillomatosi respiratoria²¹, causata dalla formazione di escrescenze nella zona laringea che vanno a bloccare la respirazione. Quest'ultima complicanza si può presentare nei bambini quando attraversano il canale del parto se la madre è infetta da HPV della regione genitale.

Oltre alle complicanze elencate precedentemente, c'è la possibilità che si manifestino dei sintomi e segni che collegano ad un'infezione uterina, non necessariamente alla presenza di un tumore, ma possono mettere in allerta, ad esempio, sanguinamento o flusso vaginale inconsueto, lombalgia, disuria, dispareunia.

1.4- Metodologie diagnostiche delle infezioni da HPV

Il carcinoma del collo dell'utero invasivo è la conseguenza dell'aggravamento delle lesioni caratterizzate da disturbi di maturazione cellulare, stratificazione e atipia nucleare. È il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come riducibile ad un'infezione ed eliminabile grazie a strategie di prevenzione primaria e secondaria.

Esistono dei metodi utilizzati per diagnosticare precocemente le infezioni da HPV, quali, citologia, colposcopia e analisi del DNA.

L'esame citologico, conosciuto come pap-test, è il più comunemente usato nella prevenzione secondaria per la diagnostica precoce del cancro della cervice uterina, permettendo di distinguere le cellule normali da quelle patologiche. Grazie ad esso, la sensibilità dell'incidenza e della mortalità per questo tipo di tumore si è ridotta del 50-70%²² nei paesi occidentali, purtroppo non si può dire lo stesso nei Paesi in via di sviluppo, ove la percentuale di tumori è alta a causa della mancata informazione e risorse che non ha permesso l'istituzione dello screening di massa.

Il pap-test è efficace perché riesce a riconoscere citologicamente le lesioni pre-cancerose che solitamente evolvono lentamente e possono essere eliminate con interventi mirati. Nonostante sia efficace, la sua sensibilità, riproducibilità e specificità non sono ottimali e possono dare risultati non certi, circa nel 5-10% dei casi, dove le cellule vengono definite ASCUS, cioè anomali. In questo caso il test dev'essere ripetuto ed eventualmente effettuare esami integrativi di conferma, quali la colposcopia e la biopsia, ma è bene precisare che anche questo metodo

²¹ <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/malattie-dell-orecchio-del-naso-e-della-gola-nei-bambini/papillomatosi-respiratoria-ricorrente>

²² https://medicinadilaboratorio.hsr.it/static/upl/ar/articolo_hpv.pdf

non è immune ad errori, di conseguenza, è possibile che escano risultati falsi negativi e falsi positivi.²³

Deve essere ripetuto regolarmente ogni tre anni nelle donne dai 25 ai 30. L'effettuazione del test consiste nell'applicazione dello speculum, uno strumento che dilata l'apertura vaginale permettendo di vedere il collo dell'utero e di effettuare un piccolo prelievo di materiale tramite uno scovolino, disponendo una piccola quantità di secrezioni su un vetrino fissandole con uno spray apposito. Successivamente in laboratorio verrà eseguito l'esame citologico sulle cellule esfoliate dal tessuto di rivestimento della cervice nella parte sporgente del canale vaginale, esaminando la colorazione con appositi metodi e materiali.²⁴

L'analisi del DNA o HPV test, detto anche DNA HPV test, consiste nel prelievo di una piccola quantità di cellule dalla cervice uterina, analizzate per verificare la presenza di Papillomavirus, in quanto le infezioni causate da questo virus possono essere responsabili del tumore del collo dell'utero.

Le modalità di esecuzione dell'HPV test sono analoghe a quelle del Pap test, l'unica differenza sta nell'utilizzo di un o strumento di prelievo in più oltre al bastoncino cotonato, ovvero una spatola che ha l'obiettivo di raccogliere cellule dal canale cervicale. Rispetto al Pap test, ha una sensibilità maggiore cioè è più efficace nel prevedere la possibilità di sviluppo di lesioni che potrebbero evolversi in tumori, ma meno specifico, quindi identifica infezioni capaci di regredire da soli, pertanto l'esame dev'essere eseguito nelle donne con età che va dai 30 ai 64 anni, poiché prima di questa età le infezioni da HPV sono molto frequenti ma regrediscono spontaneamente in un'alta percentuale di casi, come trascritto precedentemente, e non evolvono quasi mai in tumore. Questo tipo di test viene utilizzato anche nel caso di Pap-test ASCUS e nei controlli ginecologici successivi al trattamento delle lesioni preneoplastiche della cervice uterina.²⁵

Nel caso in cui i soggetti risultino positivi all'HPV ad alto rischio, devono eseguire la colposcopia, esame di secondo livello utilizzato nella diagnosi precoce della neoplasia cervicale. Tutti gli altri casi con Pap-test anomalo superiore ad ASCUS dovranno essere inviati ad esame colposcopico con eventuale biopsia mirata.²⁶

I casi con diagnosi di ASCUS hanno una previsione di circa il 5-17% di avere una diagnosi istologica di CIN II CIN III. Nel dettaglio, il carcinoma cervicale invasivo è percorso da lesioni

²³ (2008). Screening del carcinoma cervicale e diagnosi delle infezioni da HPV. In: Carcinoma della cervice uterina. Springer, Milano. https://doi.org/10.1007/978-88-470-0852-6_3

²⁴ <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-agli-esami/pap-test>

²⁵ <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-agli-esami/hpv-test>

²⁶ <https://win.mnlpublmed.com/public/0820A06.pdf>

classificate istologicamente come neoplasia intraepiteliale cervicale (CIN) o lesione intraepiteliale a cellule squamose, secondo la terminologia Bethesda. La classificazione secondo il sistema Bethesda (classificazione citologica dicotomica) indica le lesioni con il termine di Lesioni Intraepiteliali Squamose (*Squamous Intraepithelial Lesion, SIL*), suddivise in lesioni di basso grado, *Low SIL*, che corrispondono a CIN I (*Cervical Intraepithelial Neoplasm*) della classificazione di Ralph Richart, e lesioni di alto grado, *High SIL*, che includono CIN II e CIN III.²⁷

1.5– Fisiologia del collo dell’utero in gravidanza fisiologica

Durante una gravidanza fisiologica avvengono delle modificazioni dell’utero che iniziano fin dalla fecondazione. Il fondo uterino e a livello della zona di inserzione placentare è maggiore e l’aumento del volume dell’utero è dovuto da ipertrofia e stretching delle cellule muscolari per scarso aumento dei miociti. Aumentano sia il tessuto fibroso, soprattutto a livello degli strati esterni, che la componente elastica tissutale su tutta la parete, con l’obiettivo finale di generare forza durante il parto.

L’utero è formato da strato esterno, che fa da cappuccio su esso estendendosi ai legamenti, strato intermedio di fibre muscolari intrecciate fra loro in modo tale che subito dopo il parto contraendosi incarcerino le arteriole perforanti e riducano il sanguinamento, strato interno simil sfinteriale a livello degli orifizi delle tube uterine e a livello della cervice uterina.

Avviene anche un cambiamento del flusso ematico durante la gravidanza, che passa da 450 ml/min fino ad arrivare a 650 ml/min a termine, dovuto a un aumento della distensibilità venosa e del calibro. Inoltre, aumenta il flusso a livello delle arterie uterine con un raddoppiamento del calibro delle arterie a 20 w e la contrattilità delle arterie spirali si riduce con una scarsa resistenza per vasodilatazione delle stesse.

Nella zona vaginale si presenta vascolarizzazione con iperemia, aumentano le secrezioni vaginali tendendo a diventare più soffice per aumento del tessuto connettivo.

L’ovulazione e la maturazione follicolare si interrompono in questo periodo e a livello delle ovaie è presente il corpo luteo che produce progesterone fondamentale per il mantenimento della gravidanza nelle prime settimane. Esso produce anche la relaxina ormone indispensabile per le modificazioni in corso di gravidanza.

²⁷ Documento operativo GISCI per l'applicazione nei programmi di screening del sistema bethesda 2001; a cura del gruppo di lavoro “test di primo livello” (coordinatori: Maria Luisa Schiboni - Galliano Tinacci).

Nella cervice avvengono varie modificazioni legate alla vascolarizzazione, quindi aumento dei vasi sanguigni e linfatici e all'edema del tessuto, lo stroma diviene più soffice oltre a ipertrofia delle ghiandole cervicali con formazione del tappo mucoso che ostruisce il canale cervicale, con una funzione protettiva fino a poco tempo prima del parto. Questa proliferazione cellulare e vascolare produce il più delle volte estroflessione escocervicale dell'epitelio colonnare rendendo più visibile la giunzione squamo-colonnare.

Lo stroma può arrivare a produrre dei veri e propri pseudo polipi deciduali. Quindi, tutte le modificazioni che avvengono nell'apparato femminile in gravidanza giustificano il più facile campionamento delle cellule della componente endocervicale così come quelle giunzionali.

1.6- Il cancro della cervice durante la gravidanza fisiologica

L'incidenza di gravidanze complicate da cancro del collo dell'utero è bassa e rappresenta circa l'1-3% del totale di queste neoplasie. In metà dei casi la neoplasia viene diagnosticata in fase prenatale mentre l'altra metà viene diagnosticata nei 12 mesi successivi al parto. Il cancro cervicale è una delle neoplasie maligne più comuni in gravidanza, con un'incidenza stimata tra 0,8 e 1,5 casi ogni 10.000 nascite,²⁸ sebbene sia ritenuto un tumore raro.

Il fatto che la gravidanza possa accelerare la progressione del cancro è ancora discusso, ma alcuni studiosi hanno scoperto che i livelli di estrogeni, progesterone e gonadotropina corionica umana durante la gravidanza sono correlati positivamente con l'infezione da papillomavirus umano (HPV) 16 e 18, il che suggerisce velatamente che la gravidanza può promuovere la progressione del cancro cervicale, inoltre, altri studi hanno dimostrato che la circolazione linfatica e il flusso sanguigno degli organi riproduttivi delle donne in gravidanza aumenta come riportato nell'argomentazione precedente, l'immunità del corpo diminuisce nella fase iniziale della gravidanza, la dilatazione cervicale dopo il parto e altri fattori possono accelerare la metastasi dei tumori accelerando di conseguenza lo sviluppo del cancro alla cervice uterina.²⁹ Il fatto che le variazioni ormonali e l'immunosoppressione locale in gravidanza possano

²⁸ Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Med.* 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864.

²⁹ Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Med.* 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864.

promuovere una riattivazione virale del papillomavirus, si presenta anche il rischio di infezione fetale.³⁰

La gravidanza con cancro cervicale in fase iniziale spesso non ha sintomi clinici evidenti. Tuttavia, alcuni pazienti sintomatici mostrano perdite vaginali con fetore, secrezioni purulente o sanguinolente e sanguinamento vaginale irregolare. La gravidanza con cancro cervicale tardivo mostra principalmente dolore causato da tumori o anemia cronica generata da sanguinamento vaginale irregolare a lungo termine. A causa del fatto che i soggetti presi in esame sono in gravidanza o dopo il parto, i sintomi di cui sopra vengono facilmente scambiati per altre malattie durante il periodo di gestazione o sintomi del puerperio.³¹ Pertanto, nelle pazienti in gravidanza e in quelle postpartum con sanguinamento vaginale si dovrebbe essere molto vigili ed eseguire lo screening cervicale regolarmente in epoca pre-concezionale o durante la gravidanza, come raccomandano di fare le linee guida nazionali e internazionali,³² in quanto è essenziale per diagnosticare la malattia del collo dell'utero.

1.7- Screening della cervice uterina in gravidanza fisiologica

Le linee guida nazionali e internazionali³³ raccomandano di effettuare lo screening durante qualsiasi periodo di gravidanza fisiologica, dato che studi hanno confermato essere accurato con assenza di rischio nell'effettuare tale test in questo periodo.³⁴

Inoltre, l'esame iniziale prenatale è il momento ideale per far sì che le donne in gravidanza che non hanno mai praticato lo screening cervicale agli intervalli di tempo prestabiliti lo eseguano. La tecnica di esecuzione del Pap-test in gravidanza non è differente da quella utilizzata con le donne non gravide, con l'unica differenza che verrà utilizzata un po' più di delicatezza, in quanto è probabile che il tessuto sanguigni più facilmente.

Come strumenti per la raccolta del campione vengono utilizzate sia la spazzola che la spatola di Ayre con *cytobrush* per la raccolta escervicale, evitando di utilizzare il tampone umido di cotone, in quanto è meno sensibile degli altri due strumenti³⁵ e mediante *brush* per la raccolta

³⁰ Perrone AM, Bovicelli A, D'Andrilli G, Borghese G, Giordano A, De Iaco P. Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches. J Cell Physiol. 2019;234:14975–14990. <https://doi.org/10.1002/jcp.28340>

³¹ Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. Cancer Med. 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864.

³² DGR 1557 del 17_11_2020- Procedure regionali screening.pdf

³³ Queensland Health Guidelines 2010; Rerucha 2018; linee guida ISS Donne in Gravidanza Fisiologica; Manfredi 2012.

³⁴ Stonehocker 2013; GISCI 2016.

³⁵ Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXXI – n.4; aprile 2009.

endocervicale. Il prelievo con la tecnica del *brushing* aumenta l'adeguatezza del campionamento delle cellule endocervicali del 96-70%, rispetto alle tecniche tradizionali, con assenza di rischi per la madre e il feto individuando possibili lesioni premaligne e maligne sia esocervicali che endocervicali. È possibile fare il prelievo anche con un solo dispositivo che grazie alla sua forma consente il doppio campionamento.³⁶

L'approccio clinico alla gestante può essere vantaggiosamente sfruttato per proporre attivamente l'adesione al programma di screening. Questa strategia è efficace in particolare per le donne in gravidanza a rischio di sviluppare il tumore e non aderenti al programma di screening cervicale.

³⁶ www.gisci.it; indicazioni per il prelievo nello screening del carcinoma cervicale; Anna Iossa e gruppo di lavoro; 2016.

CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 – Problema

Con l'introduzione delle nuove indicazioni operative regionali riportate nel DRG 1557 del 17_11_2020 in merito all'esecuzione dello screening della cervice uterina nelle donne in gravidanza, riportate nell'Allegato B di tale deliberazione della giunta regionale, si è vista la necessità di eseguire uno studio su tale popolazione dell'anno 2021 dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana per individuare il guadagno di salute ottenuto con tali modifiche di offerta.

In particolare, nelle Aziende ULSS del Veneto viene estesa l'offerta alle donne in gravidanza fisiologica di eseguire lo screening in ogni epoca gestazionale, in quanto, sulla base di studi scientifici, durante la gravidanza gli ormoni della crescita necessari per lo sviluppo fetale e altre modificazioni accelerano la crescita del tumore della cervice uterina, poiché questi cambiamenti possono promuovere una riattivazione virale del papillomavirus, presentando anche il rischio di infezione fetale. In tal caso, è opportuno proporre attivamente l'adesione al programma di screening a partire dal primo controllo ostetrico che, secondo degli studi, è risultato essere adeguato e altamente sicuro e potrebbe essere un'occasione per individuare i casi non partecipanti all'offerta attiva e inserirli nel programma screening cervicale.

2.2 – Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è andare a osservare il guadagno di salute ricavato con l'introduzione delle nuove direttive della Regione riguardo all'esecuzione dello screening della cervice uterina nelle donne in gravidanza fisiologica nell'anno 2021 dell'AULSS2 Marca Trevigiana, andando a rilevare quante di esse hanno aderito e partecipato all'offerta di salute.

Ho avuto la possibilità grazie all'U.O.S. Servizio Screening di Treviso, presso il Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina", di poter indagare sul campione oggetto di studio sulla prevenzione del cancro della cervice uterina in gravidanza fisiologica. Attraverso la rilevazione dei dati offerti dal servizio attraverso la piattaforma Screening ho indagato sulla composizione sociodemografica del campione e la rispettiva storia di screening personale del campione.

Gli obiettivi specifici dell'indagine sono:

- Ricercare le migliori fonti bibliografiche inerenti all'efficacia dell'esecuzione dello screening HPV in gravidanza;

- Rilevare il tasso di adesione del campione preso in esame dell'offerta proposta al primo controllo ostetrico;
- Evidenziare eventuali differenze di adesione rispetto le caratteristiche socio demografiche del campione;
- Indagare sulla storia di screening delle utenti in gravidanza fisiologica prese in esame;
- Proporre eventuali strategie innovative di marketing sociale a sostegno della maggior adesione.

I quesiti di ricerca sono:

- Le utenti in gravidanza prese in esame hanno una storia di screening?
- Quante donne del campione aderiscono allo screening al primo controllo ostetrico?
- Quante donne del campione mai scrinate aderiscono allo screening al primo controllo ostetrico?
- Esistono differenze di adesione rispetto alla nazionalità di origine del campione?
- Esistono differenze di adesione rispetto le diverse fasce di età?
- Quali sono le strategie di marketing sociale da implementare per la maggior adesione possibile?

2.3- Revisione della letteratura

La revisione bibliografica che è stata condotta è stata realizzata inizialmente mediante l'utilizzo del motore di ricerca GOOGLE. Le parole libere di ricerca utilizzate sono state:

- Apparato riproduttore femminile;
- Papillomavirus umano;
- Gravidanza;
- Screening cervice uterina.

I siti maggiormente utilizzati per ricercare gli argomenti di tesi sono: OMS, Ministero della Salute, Gruppo Italiano Screening del Carcinoma (GISCI), Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC). Inoltre, sono state consultate Linee Guida disponibili della Regione del Veneto inerenti all'argomento trattato.

Successivamente la ricerca è stata approfondita utilizzando il motore di ricerca GOOGLE SCHOLAR attraverso le parole di ricerca libera "screening della cervice uterina in gravidanza" trovando un articolo dal titolo "Screening del cancro cervicale in gravidanza"³⁷

³⁷ Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXXI – n.4; aprile 2009.

che attraverso la rielaborazione di vari studi scientifici, ha riportato i motivi per il quale è importante effettuare lo screening cervicale in età gestazionale e tecniche e strumenti di prelievo adeguati a questa categoria.

La ricerca in PubMed ha preso avvio utilizzando le parole chiave “*pregnancy*” e “*cervical cancer*”, ottenendo 995 records applicando il filtro risultati per anno dal 2018 al 2022.

Search detail:

("pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[All Fields] OR "pregnancies"[All Fields] OR "pregnancy s"[All Fields]) AND ("uterine cervical neoplasms"[MeSH Terms] OR ("uterine"[All Fields] AND "cervical"[All Fields] AND "neoplasms"[All Fields]) OR "uterine cervical neoplasms"[All Fields] OR ("cervical"[All Fields] AND "cancer"[All Fields]) OR "cervical cancer"[All Fields])

La revisione critica della letteratura è stata esposta nell'introduzione.

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

Il progetto di studio è stato strutturato attraverso un'analisi sintetizzata sulla sinossi in Allegato n.1.

Questa tesi è stata redatta al fine di rilevare il guadagno di salute ottenuto con l'introduzione delle nuove indicazioni operative regionali riportate nel DRG 1557 del 17_11_2020 circa l'effettuazione dello screening per la rilevazione precoce del carcinoma della cervice uterina in gravidanza fisiologica.

3.1- Campione di studio

Per questo studio sono state prese in considerazione le donne in gravidanza fisiologica nell'anno 2021 dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, di nazionalità italiana e straniera d'età compresa tra i 25 e i 64 anni, periodo in cui si esegue lo screening cervicale.

Sono stati analizzati i dati relativi a 845 donne registrati nel database dell'U.O.S. Servizio Programmi di Screening del Dipartimento di Prevenzione "La Madonnina".

La raccolta dei dati ha avuto inizio nei mesi di giugno e luglio e si è conclusa nel mese di agosto. Si è svolta in totale anonimato per garantire la privacy dell'utente secondo il D. Lgs 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" integrato con le modifiche del D. Lgs 10 agosto 2018 "Disposizione per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

3.2-Strumenti di ricerca e metodi di raccolta

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale di tesi sono stati rilevati, registrati ed elaborati i dati forniti dal Servizio Screening creando un database personalizzato nell'applicativo Excel.

Il database è stato suddiviso in vari campi che comprendono:

- Richiedente: è stato suddiviso in zone territoriali come "Treviso Consultori", "Asolo Consultori" e "Pieve di Soligo Consultori" in modo da ripartire le richieste d'appuntamento effettuate dai professionisti sanitari specializzati che lavorano nei consultori dei medesimi Distretti, rivolgendosi ai Servizi Screening dell'Azienda ULSS

2 Marca Trevigiana circa l'esecuzione dello screening della cervice uterina per le donne in gravidanza fisiologica prese in carico.

Oltre ai consultori territoriali, i richiedenti riportati sono "Treviso non consultori", "Asolo non consultori" e "Pieve di Soligo non consultori" poiché le richieste ai Servizi Screening arrivano anche da parte dei professionisti sanitari di strutture private, come i ginecologi o richieste effettuate direttamente dalle donne in gravidanza fisiologica;

- Nazionalità: è stata ricercata per ogni singola donna in gravidanza nel Software Screening e riportata nel file Excel creato, successivamente, a seconda dei risultati rilevati, è stata effettuata una suddivisione tra italiane e straniere e per continenti, utile per ricercare eventuali differenze;
- Fasce d'età: sono state rilevate attraverso la data di nascita presente nei database dei Servizi Screening dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, successivamente è stata calcolata l'età mediante l'utilizzo di formule nell'applicativo Excel per provvedere successivamente alla suddivisione in fasce d'età;
- Settimana di gravidanza: è stata rilevata attraverso il Software presente nei Servizi Screening dei territori presi in esame, riportati successivamente nel database personale di studio, anch'esse suddivise per fasce di settimana.
- Adesione allo screening: è stata rilevata attraverso l'utilizzo del Software di Screening l'adesione delle donne prese in esame circa la rilevazione precoce del tumore della cervice uterina.
- Esito: corrisponde al risultato dell'ultimo test di screening effettuato nell'anno 2021
- Già scrinata: nel Software sono state rilevate anche informazioni riguardo alla storia di screening della cervice uterina.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

Con lo scopo di indagare sul guadagno di salute ottenuto con l'introduzione delle nuove indicazioni operative regionali riportate nel DRG 1557 del 17_11_2020, circa l'effettuazione dello screening per la rilevazione precoce del carcinoma della cervice uterina in gravidanza fisiologica, attraverso il Software di Screening e i database forniti dai Servizi di Screening dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, sono stati raccolti i dati relativi a 845 donne in gravidanza fisiologica alle quali era stato prenotato un accesso allo screening dai servizi, pubblici o privati, presso i quali si erano rivolte per un controllo.

Questo delinea una prima fotografia generale della situazione, a partire dalle caratteristiche socio demografiche del campione.

È possibile osservare successivamente nel grafico n. 1, il quale riporta il numero di donne in gravidanza fisiologica nell'anno 2021 dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, suddividendo in nazionalità italiana e straniera con rispettiva percentuale.

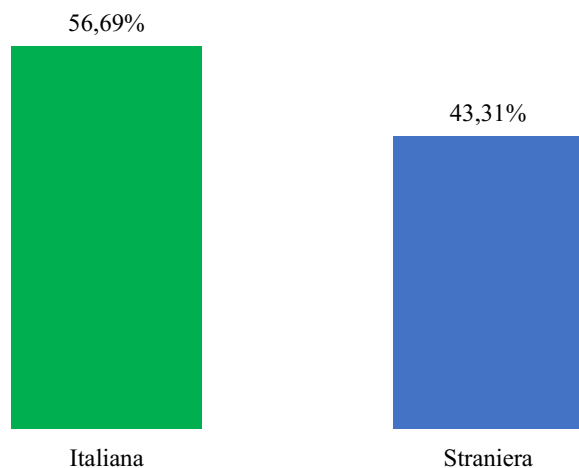


Grafico 1: Rappresentazione percentuale donne prese in esame italiane e straniere

Le donne in gravidanza fisiologica sono in totale 845, di cui il 43,31% di nazionalità straniera e 56,69% di nazionalità italiana del totale complessivo occupando la maggioranza.

Analizzando nel dettaglio il campione, la maggioranza delle donne in gravidanza fisiologica straniere proviene dall'Europa (21,78%), poi dall'Africa (14,91%) e dall'Asia (6,63%) ed è possibile verificarlo nel grafico n. 2 riportato successivamente.

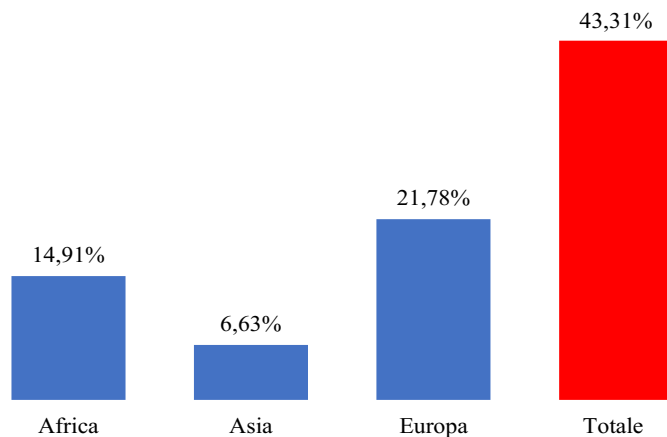


Grafico 2: Rappresentazione grafica in numero percentuale dei continenti di provenienza delle donne straniere in gravidanza fisiologica dell'AULSS 2 nel 2021.

Le donne straniere in gravidanza fisiologica più numerose sono quelle provenienti dal Marocco con l'8,52%, seguite dall'Albania che rappresenta il 5,09% e dalla Romania con il 4,38%. Prosegue il Kosovo con il 3,91%, la Cina Repubblica Popolare con il 2,96%, la Spagna con il 2,25%, l'India e la Nigeria con l'1,78%. Le nazionalità rimanenti rappresentano una bassa percentuale compresa tra lo 0,1% e l'1,50%. È possibile osservare quanto detto nel grafico n. 3 riportato a seguire.

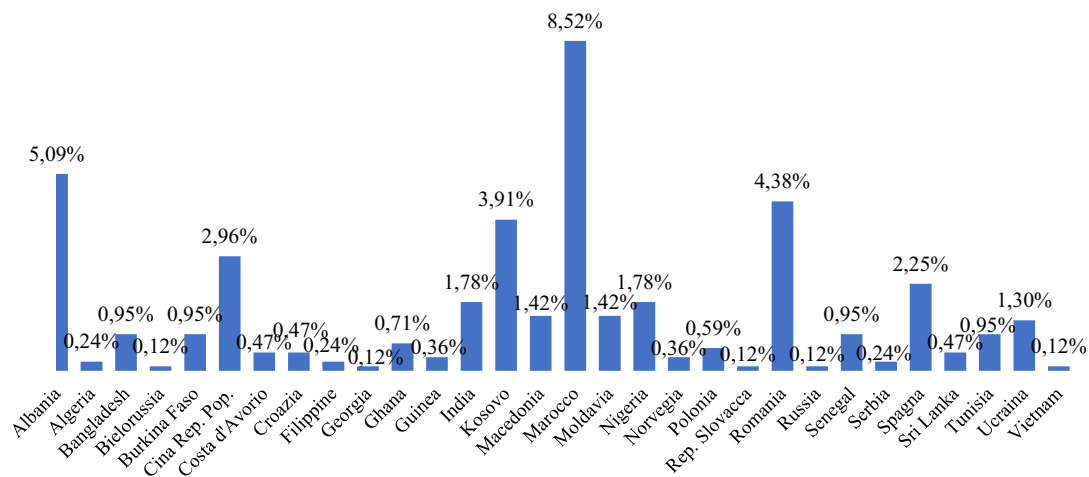


Grafico 3: Rappresentazione grafica percentuale delle nazionalità straniere da cui proviene il campione.

Il grafico n. 4 a seguire, riporta le varie fasce d'età delle donne in gravidanza fisiologica dell'Azienda ULSS 2 nel 2021 nel momento in cui sono state registrate per effettuare lo screening alla cervice uterina.

È possibile osservare che l'età predominante va dai 30 ai 34 anni, 341 donne ovvero il 40,36% del totale complessivo, a seguire quelle dai 25 ai 29 anni che rappresentano il 34,44% e dai 35 ai 39 il 19,64%.

Si può notare che con l'avanzare dell'età il numero delle donne si riduce, ciò non significa che non rispondono all'offerta, bensì che le donne che intraprendono una gravidanza tra i 40 e i 45 anni sono sempre meno, in questo caso rappresentano il 5,56% del totale.

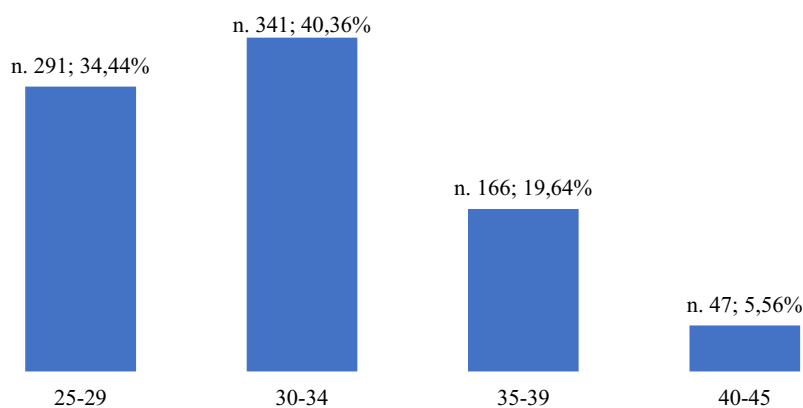


Grafico 4: Rappresentazione grafica in numero assoluto e % delle fasce d'età delle donne in gravidanza fisiologica dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, 2021

Successivamente nel grafico 5., è stato rilevato il numero percentuale delle donne di nazionalità italiana e straniera per fascia d'età, in modo tale da osservare qual è l'età prevalente a seconda della provenienza.

Si può ricavare che la fascia d'età predominante delle donne di nazionalità italiana è quella che va dai 30 ai 34 anni del 42,38%, mentre quella delle donne di nazionalità straniera è quella che va dai 25 ai 29 anni del 41,80% del totale complessivo. Come rilevato in precedenza nei grafici, è evidente che la fascia d'età che va dai 40 ai 45 anni è quella meno dominante del campione rispetto alle altre.

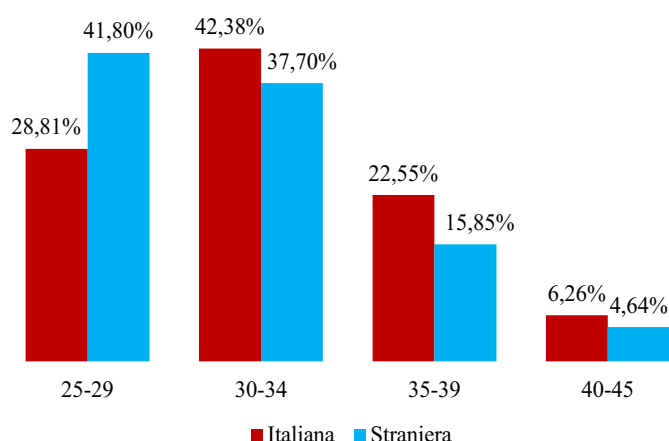


Grafico 5: donne in gravidanza fisiologica di nazionalità italiana e straniera suddivise per fasce d'età

Nel grafico n. 6, è possibile osservare le adesioni per fasce d'età delle donne in gravidanza fisiologica dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.

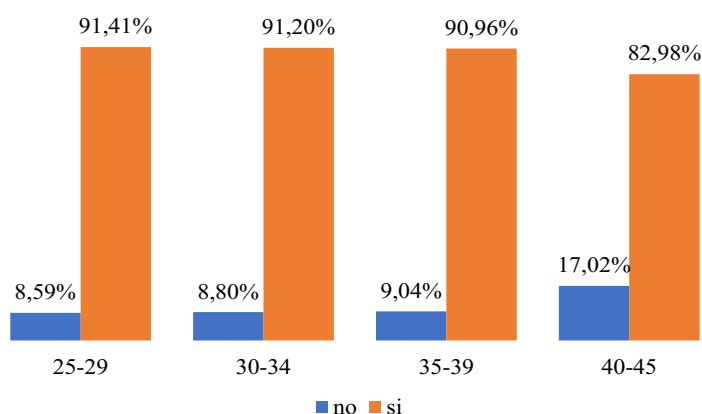


Grafico 6: Rappresentazione grafica percentuale dell'adesione per fascia d'età

Si rileva dal grafico n. 6 riportato sopra che la fascia d'età con maggiori adesioni è quella che va dai 25 ai 29 anni con il 91,41%, mentre quella tra i 40 e i 45 anni risulta essere quella con maggiori non adesioni, ovvero il 17,02%, probabilmente perché prima di intraprendere una gravidanza hanno effettuato il richiamo del test HPV.

Nel grafico n. 7 riportato sotto, è possibile osservare la percentuale per nazionalità delle adesioni all'esame offerto durante il periodo di gestazione. Analizzando i dati, i Si rappresentano il 90,77% del totale. (Nelle adesioni sono incluse anche le donne in gravidanza fisiologica che preferiscono eseguire l'esame dopo il parto su propria richiesta o su consiglio del proprio ginecologo, mentre nelle non adesioni sono incluse le donne che hanno annullato e che non si sono presentate all'appuntamento). La differenza tra donne italiane e straniere è minima: aderisce il 91,44% delle italiane e l'89,89%, delle straniere.

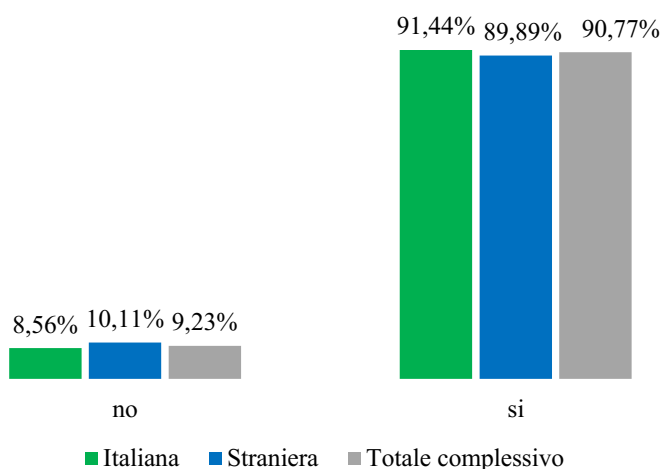


Grafico 7: percentuale di adesioni delle donne italiane e straniere in gravidanza fisiologica dell'AULSS 2, 2021

Nel grafico n. 8 riportato successivamente, è possibile osservare le donne prese in esame già scrinare suddivise per fasce d'età. L'attenzione va alla fascia d'età tra i 35 e i 39 anni, dove il 45,18% delle donne del campione non ha mai eseguito lo screening, mentre nelle altre fasce d'età si nota una piccola differenza tra non scrinare e scrinare, avendo comunque per la maggiore quest'ultime. La fascia d'età tra i 40 e i 45 rappresenta il 72,34% delle donne che hanno eseguito lo screening, maggiore rispetto alle altre fasce d'età, successivamente la fascia tra i 30 e i 34 con il 62,76% e tra i 25-29 anni con il 58,08%.

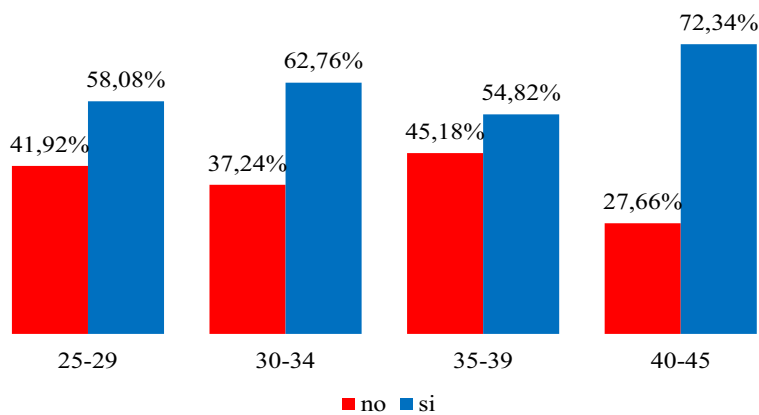


Grafico 8: Rappresentazione grafica percentuale delle donne già scrinare per fascia d'età

Successivamente, è possibile osservare il grafico n.9 riportante le percentuali delle donne in gravidanza fisiologica già scrinare in passato e quelle che non hanno mai eseguito il test di screening.

Nel complesso le donne in gravidanza fisiologica già scrinare rappresentano il 60,12%, mentre quelle mai scrinare il 39,88%.

Anche in questo caso la differenza per nazionalità è minima: le donne mai scrinare tra le italiane rappresentano il 40,71% e il 38,80% tra le straniere.

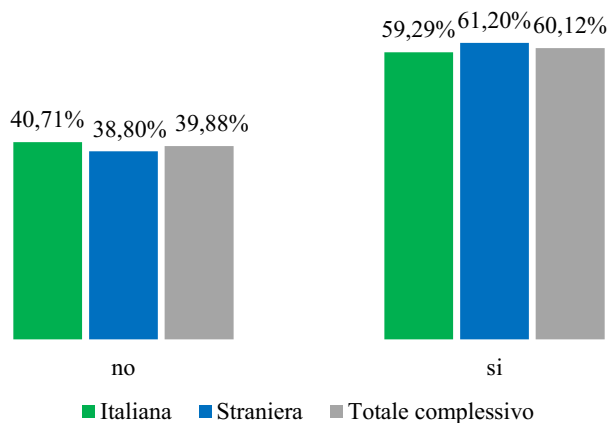


Grafico 9: percentuale delle donne italiane e straniere prese in esame già scrinare

La tabella I. riportata sotto rappresenta la settimana di gravidanza suddivisa in fasce delle donne in gravidanza fisiologica nell'Azienda ULSS 2 nel 2021 nel periodo in cui hanno prenotato o sono state prenotate per effettuare il test di screening cervicale.

Fasce settimana di gravidanza	% donne in gravidanza fisiologica
aborto	0,12%
0-9	42,72%
10-19	41,66%
20-29	11,83%
30-39	3,67%
Totale complessivo	100%

Tabella I: percentuale donne prese in esame suddivise per fasce settimanali di gravidanza

Si osserva nella tabella I, che la fascia di settimana gestazionale predominante è quella compresa tra la 0 e la 9^a rappresentando il 42,72% del totale complessivo. Al secondo posto si osserva il 41,66% delle donne di età gestazionale compresa tra la 10^a e la 19^a settimana. A seguire l'11,83% delle donne è alla 20-29^a settimana di gravidanza e solo il 3,67% tra la 30 e la 39^a settimana. Si osserva che lo 0,12% delle donne prese in esame ha avuto un aborto.

Da questi dati si può dedurre che molte donne in gravidanza effettuano lo screening della cervice uterina già nelle prime settimane, meno quelle in età gestazionale più avanzata soprattutto tra la 30^a e la 39^a settimana.

Il grafico n. 10 a seguire, riporta il numero delle adesioni e non adesioni delle donne suddivise per fasce di settimana di gravidanza. Tra le aderenti è bene precisare che sono incluse le donne prese in esame che hanno specificato di voler eseguire lo screening cervicale dopo il parto o per loro volere o su suggerimento del proprio ginecologo.

Particolare attenzione va alla voce aborto in cui tutte le donne che l'hanno avuto hanno aderito ugualmente all'effettuazione dello screening HPV, inoltre, si osserva che il 92,52% delle donne alle prime settimane di gravidanza, ovvero dalla 0 alla 9^a, hanno aderito all'effettuazione del test di screening, a seguire il 91% delle donne tra la 20^a e la 29^a settimana di gravidanza.

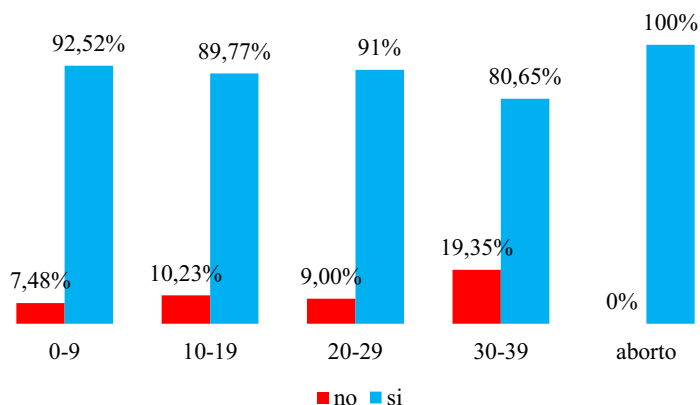


Grafico 10: percentuale delle adesioni per fasce settimanali di gravidanza

Il grafico n. 10 rappresenta la percentuale delle donne in gravidanza fisiologica, suddivise per fasce settimanali, che sono state già scrinate o no in passato.

È possibile notare che i Sì prevalgono soprattutto nelle prime settimane di gravidanza e che tra la 30^a e la 39^a settimana prevalgono i No con il 51,61%, a seguire il 43,47% tra la 10^a e la 19^a settimana.

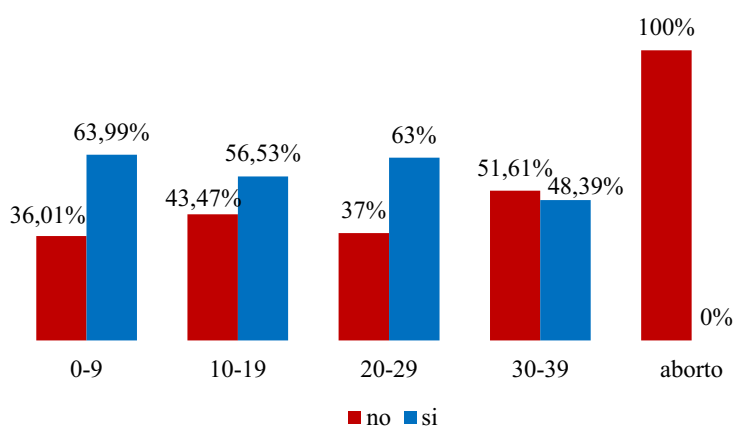


Grafico 11: percentuale delle donne già scrinate per fasce settimanali di gravidanza

Alla luce di quanto detto, si ritiene opportuno effettuare uno studio più dettagliato suddividendo le donne in gravidanza fisiologica prese in esame per i vari Distretti dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana alla quale appartengono.

Nella tabella II. riportata successivamente, si possono osservare gli operatori sanitari (richiedenti) dei vari Distretti dell'AULSS 2 dei Consultori, ovvero strutture pubbliche, e Non Consultori, ovvero strutture private, con rispettiva percentuale delle donne in gravidanza fisiologica ai quali si sono rivolte per la prima visita ostetrica.

Richiedente	% donne in gravidanza
Treviso Consultori	21,78%
Asolo Consultori	18,82%
Pieve di Soligo Consultori	9,35%
Treviso non Consultori	28,05%
Asolo non Consultori	11,72%
Pieve di Soligo non Consultori	10,30%
Totale complessivo	100%

Tabella II: suddivisione per richiedente dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana e rispettiva percentuale delle donne in gravidanza fisiologica ai quali hanno fatto riferimento.

Si può osservare che le donne in gravidanza fisiologica del territorio di Treviso prevalgono su tutti gli altri, precisamente Treviso Consultori rappresenta il 21,78% e Treviso non Consultori il 28,05% del totale, quest'ultima percentuale la più alta rispetto a tutte le altre.

Nel complesso metà delle donne in gravidanza fisiologica ha avuto accesso al test di screening dopo la prenotazione effettuata dagli operatori sanitari dei consultori, l'altra metà ha contattato autonomamente o tramite ginecologi privati il Servizio Screening per prenotare l'esame.

Nel grafico n. 12 a seguire, sono state analizzate le fasce d'età delle donne prese in esame in correlazione ai richiedenti Consultori e Non Consultori.

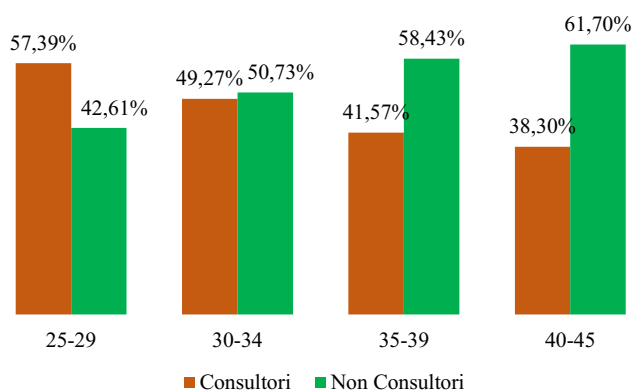


Grafico 12: percentuale fasce d'età delle donne prese in esame per richiedenti Consultori e Non Consultori

La differenza è minima, nel dettaglio, il 57,39% delle donne d'età tra i 25 e i 29 anni si appoggiano maggiormente ai Consultori, mentre il 61,70% rappresenta la fascia d'età tra i 40 e i 45, la quale preferisce rivolgersi ai Non Consultori.

Nel grafico n. 13 di seguito, è possibile osservare la percentuale delle donne in gravidanza fisiologica di nazionalità italiana e straniera che si sono rivolte ai consultori e non consultori.

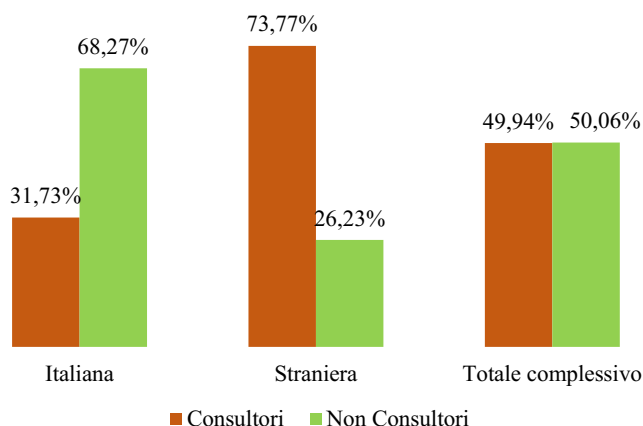


Grafico 13: percentuale donne in gravidanza fisiologica di nazionalità italiana e straniera per consultori e non consultori

Si osserva che le donne italiane prediligono le strutture private, probabilmente perché preferiscono essere seguite dal ginecologo di fiducia durante la gravidanza, mentre le donne straniere si appoggiano maggiormente alle strutture pubbliche. Nello specifico si osserva che le donne italiane per il 68,27% si appoggiano ai Non consultori, mentre le donne straniere per un 73,77% sono seguite dai Consultori.

È possibile osservare successivamente il grafico n.14, il quale riporta la percentuale di donne in gravidanza fisiologica nell'anno 2021 dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, suddividendole per richiedente e distretto e associando la nazionalità.

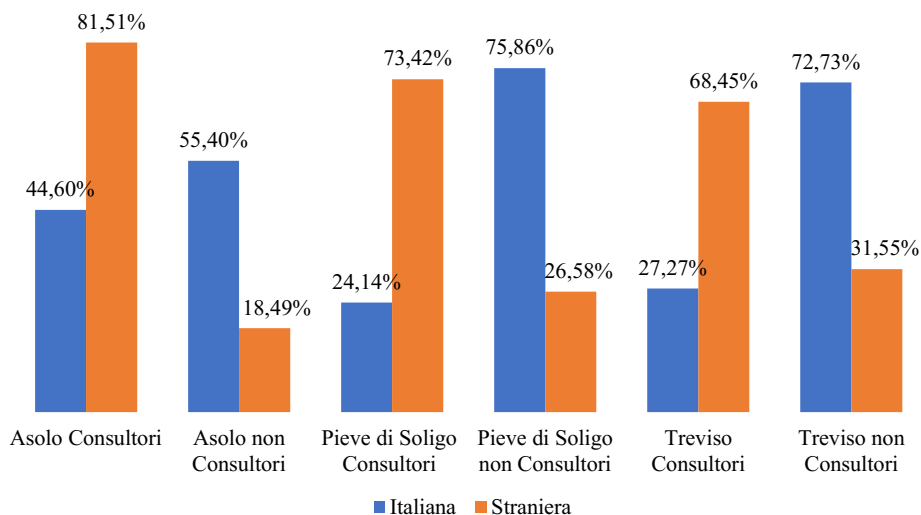


Grafico 14: rappresentazione grafica in numero percentuale dei richiedenti per nazionalità italiana e straniera

È possibile notare che la differenza tra le donne italiane e straniere rimane, anche analizzando i dati distretto per distretto. Tuttavia, nel distretto di asolo la percentuale di donne italiane che

si rivolge ai consultori pubblici è nettamente più alta di quella degli altri due distretti (45% Asolo, 24% Pieve di Soligo e 27% Treviso).

Per quanto riguarda i non Consulteri prevalgono quelle di nazionalità italiana, nel dettaglio primeggia Treviso non Consulteri con il 38,41%, a seguire Asolo non Consulteri con il 16,08% e infine Pieve di Soligo non Consulteri con il 13,78%.

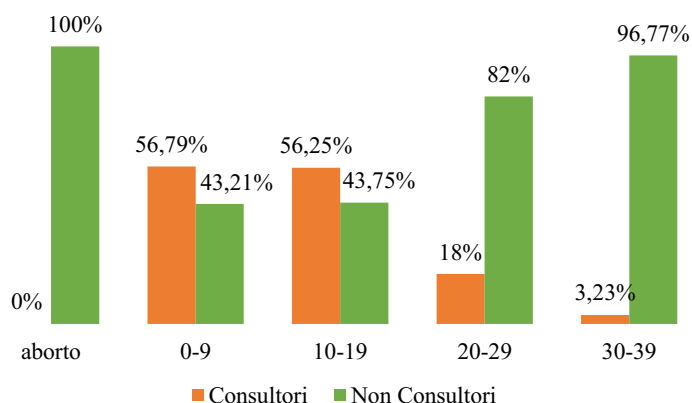


Grafico 15: percentuale fasce settimana di gravidanza delle donne prese in esame per richiedenti Consultori e Non Consulteri

Nel grafico n.15 riportato sopra si possono osservare le fasce settimanali di gravidanza per richiedente Consultori e Non consultori.

Si può osservare la fascia tra la 0 e la 9^a prevale sui Consultori del 56,79%, mentre nei Non Consulteri prevale la fascia settimanale di gravidanza che va dalla 30 alla 39^a del 96,77%.

Per quanto riguarda le donne del campione che hanno avuto conseguenze d'aborto, il 100% di esse si sono state prenotate dagli operatori sanitari del Privato.

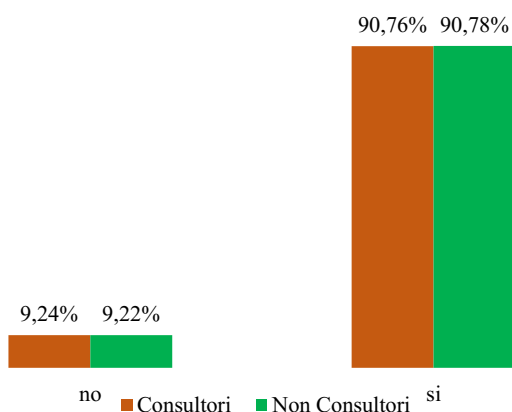


Grafico 16: percentuale adesioni delle donne che provengono dai Consultori e Non Consulteri

Nel grafico n.16 riportato sopra, si possono osservare le adesioni allo screening a seconda della provenienza dai Consulteri pubblici o dai servizi privati. Non c'è alcuna differenza di adesione tra servizio pubblico e privato.

Analizzando i dati per territorio di provenienza, grafico n. 17 qui sotto, si può notare come nel Distretto di Pieve di Soligo la percentuale di adesione tra le donne che si sono rivolte ai consulteri pubblici sia nettamente superiore a quella di chi si è rivolto al privato. Simili differenze non si vedono negli altri due distretti.

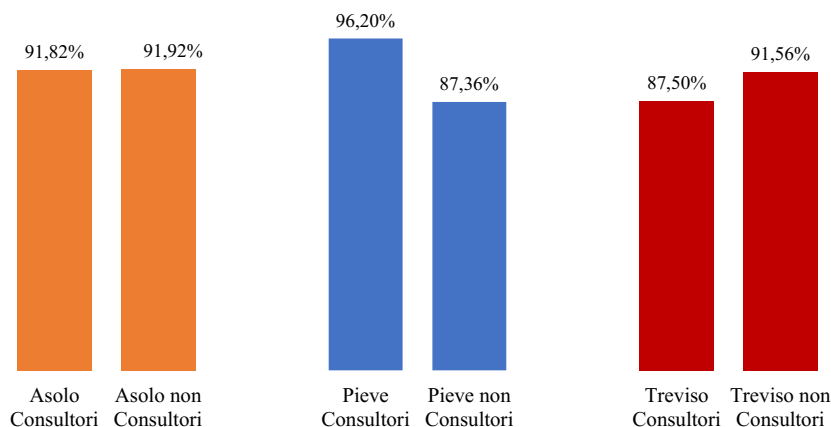


Grafico 17: adesione donne per territorio e servizio di provenienza

Nel grafico n.18 riportato sotto, si possono osservare le donne già scriate che si sono appoggiate ai Consulteri e Non Consulteri. Anche in questo caso non c'è alcuna differenza tra pubblico e privato.

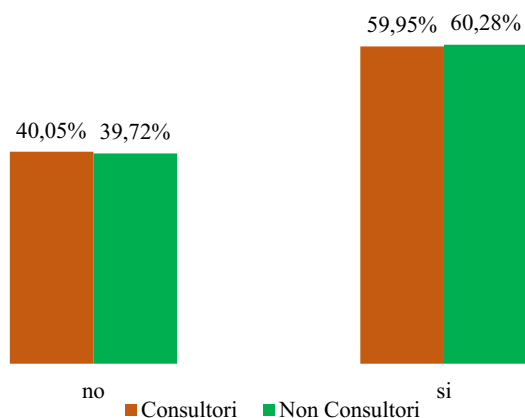


Grafico 18: percentuale donne prese in esame già scriate suddivise per Richiedente

Di seguito nella tabella III., sono riportati i dati delle donne già scriate in correlazione con le adesioni all'offerta regionale.

Si osserva che le donne mai scrinate che non hanno aderito all'offerta sono il 10,68% contro l'8,27% di quelle con una storia di screening: una differenza interessante ma non statisticamente significativa.

Adesioni	Già scrinate		Totale complessivo
	no	si	
no	10,68%	8,27%	9,23%
si	89,32%	91,73%	90,77%
Totale complessivo	100%	100%	100%

Tabella III: percentuale delle donne già scrinate per adesione

Nella tabella IV. riportata a seguire, si possono osservare gli esiti del test di screening correlati con le adesioni e la storia di screening.

Le donne con esito positivo che hanno aderito sono il 7,86%, di cui l'9,30% sono state già scrinate mentre il 5,63% non hanno mai fatto l'esame: una differenza importante che potrebbe essere dovuta a particolari situazioni di rischio presenti nelle donne che si erano già sottoposte all'esame di screening. Inoltre, la frequenza di test positivi aumenta con l'età passando dal 5,47% tra i 25 ai 29, a più dell'11% dopo i 35 anni. non si notano differenze andando a controllare per settimana di gravidanza e nazionalità.

L'esito del test inadeguato flogistico sta a significare che nel prelievo sono assenti o scarse le cellule squamose, che la fissazione è impropria o c'è la presenza di striscio ematico.

In questo studio le donne in gravidanza fisiologica che hanno un risultato di inadeguato flogistico rappresentano il 3%. Si può notare che gli esiti negativi sono l'89,10%, 87% tra le scrinate e il 92% tra le non scrinate. Il 4,85% delle donne prese in esame ha espresso il desiderio di eseguire lo screening alla cervice uterina nel post-parto per volere personale o su indicazione del proprio ginecologo.

Già scrinate	Esito			Totale complessivo
	inad. flogistico	neg	Pos	
no	2,11%	92,25%	5,63%	100%
si	3,63%	87,07%	9,30%	100%
Totale complessivo	3,03%	89,10%	7,86%	100%

Tabella IV: percentuale esiti dello screening per precedente storia di screening.

CAPITOLO 5 – JOB DESCRIPTION

Secondo il D.M. 17 gennaio n.69 “*l’Assistente Sanitario è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell’iscrizione all’albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione e all’educazione per la salute. La sua attività è rivolta alla persona, alla famiglia, alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità d’intervento preventivo, educativo e di recupero.*”³⁸”

La figura dell’assistente sanitario riveste un ruolo centrale e attivo nelle attività preventive e la relazione comunicativa diviene elemento cardine per la trasmissione d’informazioni.

Mediante la comunicazione si può esprimere un’azione preventiva atta a promuovere strategie che indirizzano verso comportamenti e scelte di riduzione del rischio nelle donne in gravidanza fisiologica al fine di prevenire l’insorgenza del tumore alla cervice uterina.

Essendo l’Assistente Sanitario il professionista addetto alla promozione e prevenzione della salute, la cooperazione tra questa figura e gli altri professionisti dell’équipe multidisciplinare impiegati nell’attività di screening oncologici arricchisce l’intervento comunicativo, sottolineando l’importanza della prevenzione nella sua totalità, come indicato all’interno della delibera regionale.³⁹

La *Job Description* che segue descrive le attività che l’Assistente Sanitario esegue in un Servizio di Screening Oncologici.

L’Assistente Sanitario in virtù del proprio profilo professionale D.M. 17 gennaio 1997 n.69, svolge le seguenti funzioni:

1. Funzione di prevenzione e promozione;
2. Funzione educativa-formativa;
3. Funzione epidemiologica e di ricerca sanitario-sociale;
4. Funzione di raccordo interprofessionale;
5. Funzione di sostegno, lavoro di rete
6. Funzione organizzativa;
7. Funzione di sorveglianza e vigilanza.

Funzione di prevenzione e promozione

Attività

³⁸ D.M. 17 gennaio 1997 n.69. Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’assistente sanitario.

³⁹ DGR n.1736 del 2 nov. 2016. Nuove linee guida regionali riorganizzazione screening oncologici

Per quanto di sua competenza, realizza la consulenza e guida l'utenza a tutte le fasi della procedura collaborando con le Ostetriche, Infermieri e Medico Igienista per individuare i soggetti a rischio di malattia.

Azioni

- Attraverso l'attività di *counseling* offre informazioni riguardanti il rischio di malattia derivante dall'infezione dell'HPV
- Attraverso l'identificazione della storia personale della persona, spiega le motivazioni per il quale il test viene consigliato in un'ottica di prevenzione e riduzione del rischio;
- Con gli altri membri dell'*équipe* identifica i bisogni della persona e comunica le eventuali strategie di abbattimento del rischio;
- Se la persona risulta positiva al test provvede a contattarla telefonicamente applicando il *counseling*;

Strumenti: *counseling*, computer, telefono

Funzione educativa-formativa

Attività

L'Assistente Sanitario progetta e attua interventi di educazione alla salute per la prevenzione dei fattori di rischio che possono aumentare la possibilità di insorgenza del tumore della cervice uterina e promuove stile di vita sani.

Azioni

- Individua la popolazione eleggibile;
- Offre indicazione riguardanti la promozione di stili di vita sani;
- Offre indicazioni sui fattori di rischio che possono predisporre all'insorgenza di tumore della cervice uterina;
- Per favorire la comunicazione e la comprensione di questo tema crea dei *dépliant* informativi da distribuire all'utenza e attraverso il sito web del servizio pubblica delle pillole informative;
- Partecipa a corsi di aggiornamento e si impegna per la sua continua formazione professionale, allo scopo di aggiornare e aumentare costantemente le proprie conoscenze e al fine di poter rispondere alle richieste lavorative e all'utenza nel modo più efficace completo possibile.

Attività

L'Assistente Sanitario partecipa a corsi di aggiornamento per aumentare e rafforzare le proprie abilità e capacità comunicative e professionali.

Azioni

- Si aggiorna costantemente sulle nuove evidenze scientifiche;
- Partecipa a seminari e convegni riguardanti le tecniche comunicative più efficaci, il tumore del collo dell'utero e le nuove evidenze in campo oncogenetico e preventivo;

Strumenti: Webinar, conferenze, protocolli, rapporti, linee guida, recenti evidenze scientifiche disponibili, nuove leggi e normative, computer, slide, *counseling*, *dépliant* informativi, diapositive e slide, proiettore.

Funzione epidemiologica e di ricerca sanitario-sociale

Attività

L'Assistente Sanitario rielabora dati epidemiologici della popolazione che risponde all'offerta di Screening della Regione Veneto, individua i fattori di rischio per il tumore della cervice uterina e identifica il bisogno di salute.

Azioni

- Svolge attività epidemiologiche e di ricerca, allo scopo di elaborare e valutare significativamente i dati legati agli accessi screening;
- Accurata anamnesi personale;
- Osservazione e confronto con l'*équipe*;
- Identifica i bisogni di salute dell'utenza ricavati dall'attività di *counseling*.

Strumenti: Scheda anamnestica, computer, sistema informatico dello Screening, *counseling*.

Funzione di raccordo interprofessionale

Attività

L'A.S. si confronta e collabora con altre figure professionali per svolgere le attività nel modo più completo, appropriato ed efficace possibile, garantendo serietà e competenza professionale.

Azioni

- Collabora e si confronta con i colleghi e le altre figure professionali presenti all'interno del servizio allo scopo di svolgere le attività nel modo più completo e appropriato possibile.
- Partecipa agli incontri di *équipe* per l'accreditamento, ovvero in merito alla gestione qualitativa dei programmi di screening.
- Progetta dei *dépliant* informativi da distribuire all'utenza;

- Richiede il parere e intervento del medico della struttura su diverse tematiche organizzative e medico-sanitarie;
- Collabora con colleghi, enti e strutture aziendali ed extra rispetto le varie attività del Servizio.
- Partecipa alla attività di *équipe* multidisciplinare per attuare metodo di lavoro efficace per il raggiungimento degli obiettivi professionali grazie al confronto e alla condivisione delle informazioni rilevate.

Strumenti: telefono, mail, protocolli, linee guida, tecniche di ascolto e comunicative.

Funzione di sostegno, lavoro di rete

Attività

L'Assistente Sanitario collabora con gli altri professionisti della salute presenti all'interno della struttura e nel territorio, per un'efficace omogenea conduzione delle sedute.

Azioni

- Collabora con altri servizi e strutture esterne per garantire una maggiore aderenza agli screening, di conseguenza prevenire l'insorgenza di un eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente facilitando la guarigione e riducendo la mortalità;
- Si relaziona e coopera con altre figure professionali quali medico, infermieri professionali, operatori sociosanitari.

Strumenti: conoscenza dei Servizi presenti sul territorio, tecniche di ascolto e *counseling*

Funzione organizzativa

Attività

L'Assistente Sanitario coordina le attività organizzative ed ambulatoriali del servizio. Provvede al funzionamento del Servizio, alla gestione dell'utenza, documenta le attività svolte, raccoglie ed archivia dati relativi alle attività del servizio. Organizza e pianifica le proprie attività lavorative allo scopo di svolgere il proprio lavoro nel modo più efficace ed efficiente.

Azioni

- Gestione degli inviti e dei successivi richiami;
- Gestione call center per informazioni e cambio appuntamento;
- Gestione degli esiti dell'esame di primo livello;
- Gestione flussi SDO/SPS – caricamento prestazioni fuori screening;
- Gestione flussi import ed export prenotazioni, inviti e risposte;

Strumenti: Sistema informatico, computer, telefono, consenso informato.

Funzione di sorveglianza e vigilanza

Attività

L'Assistente Sanitario monitora la frequenza di partecipazione agli appuntamenti

Azioni

- Controlla le prenotazioni;
- Controlla le presenze e la corrispondenza, quindi, ogni giorno verifica le effettive presenze e il numero delle donne presentatisi il giorno precedente, rispetto alle donne in lista. Nel caso in cui la presenza non sia stata registrata, l'AS invia un sollecito all'utente;
- Controlla le refertazioni dello screening cervicale;
- Gestisce la posta non recapitata di primi inviti, solleciti ed esiti negativi dei programmi di screening oncologici attivi, apportando le modifiche nel software gestionale di screening. Inoltre, indica le varie modifiche da effettuare all'Anagrafe Unica Regionale;
- Controlla e modifica sul software gestionale di screening le correzioni dei numeri di telefono, indirizzi e numeri civici presenti nei Piani di Lavoro.

Strumenti: computer, gestionali informatici, protocolli, capacità organizzative, capacità di *counseling* e comunicazione.

Eventuali strategie di *marketing* sociale

La comunicazione viene tradotta come un insieme di capacità umane e strumenti tecnologici per la trasmissione e circolazione dei messaggi e delle informazioni per il raggiungimento di specifici obiettivi. Ad oggi è sempre più intesa come un sistema per la creazione di reti e relazioni sociali, come modalità per conoscere, capire, creare ed interpretare la realtà.

Negli ultimi anni il web ha subito un'evoluzione senza precedenti, passando da strumento statico di comunicazione da uno a molti a strumento dinamico in cui gli utenti sono i veri protagonisti, coinvolgendo ora moltissimi aspetti della vita quotidiana e una vasta fetta di popolazione in tutto il mondo, offrendo la possibilità di creare nuovi contatti, reperire con facilità informazioni e condividerle.

L'utilizzo di internet e dei social media da parte del personale sanitario riguarda la necessità professionale di entrare in contatto con la popolazione e il singolo per instaurare con loro una relazione di fiducia, promuovendo il proprio profilo professionale, le proprie competenze e capacità.

Il *marketing* sociale è definito da una serie di principi e concetti basati sull'esperienza e sulle evidenze estrapolati dal campo del *marketing*, sviluppando e integrando questi concetti con le tecniche più usuali di promozione della salute, è possibile comportamenti in grado di apportare benefici agli individui e alle comunità per un bene comune più grande.⁴⁰

In particolare, al giorno d'oggi, per diffondere informazioni e promuovere interventi e offerte sanitarie, in questo caso sostenere il maggior numero di adesioni alla partecipazione dello screening della cervice uterina, è importante sfruttare il *viral marketing*, un approccio di marketing dove *Viral* è il meccanismo di propagazione virale che agisce come un virus, contagiando una persona che a sua volta andrà a trasmettere l'agente infettante ad altre persone della propria rete sociale.

In questo caso il passaparola si attiva facilmente se le persone condividono le leve emotive che fanno scatenare il desiderio di passare il virus informativo.

Alla luce di quanto detto, una buona strategia di *marketing* da attuare per diffondere l'offerta regionale della rilevazione precoce del cancro uterino è la divulgazione scientifica tramite l'utilizzo dei *social media* per informare le utenti sull'importanza della prevenzione. In generale sfruttando questa risorsa, potrebbe aumentare la percentuale del target a disposizione, riuscendo

⁴⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health managers and practitioners. Stockholm: ECDC; 2014.

a raggiungere anche le utenti che non si sono sottoposte a tale esame, in modo da aumentare man mano negli anni le persone scriniate. Attraverso i social, si potrebbero attuare delle promozioni durante i mesi della prevenzione che potrebbero consistere in consulenze e visite gratuite presso ambulatori o il Dipartimento di Prevenzione, rivolte a tutte le donne che desiderano presentarsi senza appuntamento, oppure dedicare giornate di formazione sull'argomento presso le biblioteche comunali, polivalenti o piazze, sempre ad accesso gratuito, fornendo inoltre dei *dépliant* semplici ma d'impatto con trascritte tutte le informazioni necessarie riguardanti l'infezione HPV e lo screening cervicale, con la possibilità di renderli a disposizione in varie lingue straniere, in modo tale da agevolare anche chi non è a conoscenza della lingua italiana. Un'eventuale strategia di *marketing* sociale potrebbe essere l'organizzazione di giornate dedicate all'informazione sull'argomento presso le scuole superiori, in quanto si ritiene opportuno informare quanto prima le giovani donne sull'argomento completo, a partire dal papillomavirus fino ad arrivare allo screening per la diagnosi precoce del tumore alla cervice uterina.

CAPITOLO 6 – CONCLUSIONE

Si è constatato che la maggior parte delle donne prese in esame è di origine italiana, ovvero il 56,69% del campione, mentre il restante 43,31% è di origine straniera, in particolare sono per la maggiore di origine europea. L'età che prevale nelle italiane è quella tra i 30 e i 34 anni, mentre nelle straniere va dai 25 ai 29 anni. Il 60,12% è già stato scrinato in passato. Inoltre, si è rilevato che la popolazione straniera è quella che si rivolge maggiormente ai consultori, mentre quella italiana preferisce appoggiarsi agli enti privati, ma nel complesso non vi è molta differenza di adesione tra Consultori e non Consultori.

Nel complesso, le donne prese in esame hanno aderito del 90,77% all'offerta regionale; in particolare le donne mai scriniate che non hanno aderito all'offerta sono il 10,68% contro l'8,27% di quelle con una storia di screening: una differenza interessante ma non statisticamente significativa. Inoltre, si è constatato che non vi è differenza di adesioni tra le donne di origine italiana e straniera.

La fascia d'età con maggiori adesioni è quella che va dai 25 ai 29 anni con il 91,41%, mentre quella tra i 40 e i 45 anni risulta essere quella con maggiori non adesioni (17,02%), probabilmente perché prima di intraprendere una gravidanza hanno effettuato il richiamo del test HPV.

Secondo le settimane di gravidanza, si è riconosciuto che la maggior parte delle donne prese in esame ha aderito all'esecuzione dello screening alla cervice uterina entro la 9^a settimana. Inoltre, le donne alle prime settimana di gravidanza per la maggior parte hanno eseguito un test di screening della cervice uterina almeno una volta nella loro vita e fanno più riferimento ai consultori, quindi alle strutture pubbliche, mentre con l'avanzare delle settimane preferiscono rivolgersi alle strutture private.

Si è riscontrato che gli esiti positivi sono il 7,86%, di cui l'9,30% sono state già scriniate mentre il 5,63%: questa è una differenza importante che potrebbe essere dovuta a particolari situazioni di rischio presenti nelle donne che si erano già sottoposte all'esame di screening. Inoltre, la frequenza di test positivi aumenta con l'età passando dal 5,47% tra i 25 ai 29, a più dell'11% dopo i 35 anni; non si notano differenze andando a controllare per settimana di gravidanza e nazionalità.

Alla luce di quanto rilevato è possibile dichiarare dall'introduzione delle nuove direttive regionali, si è ottenuto un guadagno di salute nelle donne in gravidanza fisiologica nel 2021. Si è ritenuto opportuno, per sostenere una maggior adesione all'offerta, stilare delle eventuali strategie di *marketing* sociale. È bene precisare la fondamentale importanza di quest'ultimo e

della comunicazione che l'Assistente Sanitario, quale figura elettiva riportato nella delibera regionale, mette in atto per promuovere ed educare alla salute attraverso tecniche professionali come l'ascolto attivo, la comprensione, il *counseling* e l'empatia per individuare i bisogni delle utenti laddove non sono manifestati, cercando di capire i loro dubbi e perplessità con il fine di far prendere delle decisioni autonome e consapevoli, esercitando la sua attività lavorativa con alta professionalità, rispettando l'etica e la deontologia professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Settore scientifico e tecnico della Fabbri Editori; gli apparati della riproduzione; Milano; 1979;
- Giorn. It. Ost. Gin. Vol. XXXI – n.4 Aprile 2009;
- Muñoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006; 24 Suppl 3: S3/1-10. Review;
- Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2003; 31: 20-8. Review;
- Palefsky J. Human papillomavirus infection in HIV-infected persons. *Top HIV Med*. 2007; 15 (4): 130-3. Review;
- Coglianò V, Baan R, Straif K, et al. Carcinogenicity of human papillomavirus. *Lancet Oncol* 2005;6(4):204;
- Muñoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-27;
- Alison A. McBride; Mirare all'infezione persistente da papillomavirus umano; online 18 ago 2017;
- Karl Ulrich Petry (2014) HPV and cervical cancer, *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 74:sup244, 59-62, DOI: 10.3109/00365513.2014.936683;
- European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health managers and practitioners. Stockholm: ECDC; 2014;
- Documento operativo GISCI per l'applicazione nei programmi di screening del sistema Bethesda 2001; a cura del gruppo di lavoro "test di primo livello" (coordinatori: Maria Luisa Schiboni - Galliano Tinacci);
- Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Med*. 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864;
- Perrone AM, Bovicelli A, D'Andrilli G, Borghese G, Giordano A, De Iaco P. Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches. *J Cell Physiol*. 2019;234:14975–14990.

- Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Med.* 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864.
- DGR 1557 del 17_11_2020- Procedure regionali screening.pdf
- Beharee N, Shi Z, Wu D, Wang J. Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Med.* 2019 Sep;8(12):5425-5430. doi: 10.1002/cam4.2435. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31385452; PMCID: PMC6745864. Queensland Health Guidelines 2010; Rerucha 2018; linee guida ISS Donne in Gravidanza Fisiologica; Manfredi 2012.
- Stonehocker 2013; GISCi 2016.
- (2008). Screening del carcinoma cervicale e diagnosi delle infezioni da HPV. In: *Carcinoma della cervice uterina.* Springer, Milano.

SITOGRAFIA

- <https://www.ieo.it/>
- <https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/guida-ai-tumori/tumore-alla-cervice-uterina>
- <https://www.eurocytology.eu/it>.
- <https://www.farmitalia.net/magazine/hpv-e-carcinoma-della-cervice-uterina-cause-e-prevenzione.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580486/>
- <https://www.humanitas.it/malattie/infezione-da-hpv-papilloma-virus/>
- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580486/>
- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>
- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>
- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=14&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=2>
- <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-agli-esami/hpv-test>
- <https://win.mnlpublmed.com/public/0820A06.pdf>
- <https://www.msdmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/malattie-dell-orecchio-del-naso-e-della-gola-nei-bambini/papillomatosi-respiratoria-ricorrente>
- https://medicinadilaboratorio.hsr.it/static/upl/ar/articolo_hpv.pdf
- <https://doi.org/10.1002/jcp.28340>
- www.gisci.it; indicazioni per il prelievo nello screening del carcinoma cervicale; Anna Iossa e gruppo di lavoro; 2016.
- <https://www.airc.it/cancro/affronta-la-malattia/guida-agli-esami/pap-test>
- https://doi.org/10.1007/978-88-470-0852-6_3

NORMATIVE

- D.M. 17 gennaio 1997, n. 69. Profilo Professionale dell'Assistente sanitario;
- DGR n.1736 del 2 nov. 2016. Nuove linee guida regionali riorganizzazione screening oncologici;

ELENCO GRAFICI

Grafico 1: Rappresentazione percentuale donne prese in esame italiane e straniere	21
Grafico 2: Rappresentazione grafica in numero percentuale dei continenti di provenienza delle donne straniere in gravidanza fisiologica dell'AULSS 2 nel 2021.	22
Grafico 3: Rappresentazione grafica percentuale delle nazionalità straniere da cui proviene il campione.	22
Grafico 4: Rappresentazione grafica in numero assoluto e % delle fasce d'età delle donne in gravidanza fisiologica dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, 2021	23
Grafico 5: donne in gravidanza fisiologica di nazionalità italiana e straniera suddivise per fasce d'età	23
Grafico 6: Rappresentazione grafica percentuale dell'adesione per fascia d'età	24
Grafico 7: percentuale di adesioni delle donne italiane e straniere in gravidanza fisiologica dell'AULSS 2, 2021	24
Grafico 8: Rappresentazione grafica percentuale delle donne già scriate per fascia d'età	25
Grafico 9: percentuale delle donne italiane e straniere prese in esame già scriate	26
Grafico 10: percentuale delle adesioni per fasce settimanali di gravidanza	27
Grafico 11: percentuale delle donne già scriate per fasce settimanali di gravidanza	27
Grafico 12: percentuale fasce d'età delle donne prese in esame per richiedenti Consulteri e Non Consulteri	28
Grafico 13: percentuale donne in gravidanza fisiologica di nazionalità italiana e straniera per consulteri e non consulteri	29
Grafico 14: rappresentazione grafica in numero percentuale dei richiedenti per nazionalità italiana e straniera	29
Grafico 15: percentuale fasce settimana di gravidanza delle donne prese in esame per richiedenti Consulteri e Non Consulteri	30
Grafico 17: percentuale adesioni delle donne che provengono dai Consulteri e Non Consulteri	30
Grafico 17: adesione donne per territorio e servizio di provenienza	31
Grafico 18: percentuale donne prese in esame già scriate suddivise per Richiedente	31

ELENCO TABELLE

Tabella I: percentuale donne prese in esame suddivise per fasce settimanali di gravidanza	26
Tabella II: suddivisione per richiedente dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana e rispettiva percentuale delle donne in gravidanza fisiologica ai quali hanno fatto riferimento.	28
Tabella III: percentuale delle donne già scriate per adesione	32
Tabella IV: percentuale esiti dello screening per precedente storia di screening.	32

ALLEGATI

Allegato 1 – Sinossi progetto di tesi



CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

SINOSSI PROGETTO DI TESI CON RICHIESTA RACCOLTA DATI STUDENTE: SUTTO MIRIAM - MATRICOLA: 1233127

ARGOMENTO DI TESI	La prevenzione del tumore del collo dell'utero nelle donne in gravidanza fisiologica in Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana.
TIPOLOGIA DI TESI	Teorico-pratica
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>Lo screening della cervice uterina è un programma di prevenzione che ha l'obiettivo di ridurre la mortalità per tumore specie specifica permettendo una diagnosi precoce o più spesso l'identificazione di lesioni precancerose. Grazie a questa prevenzione, il tumore della cervice uterina è diventato un tumore raro in Italia, ed è diagnosticato in gravidanza o nel post partum con una incidenza tra 0,8 e 1,5 casi ogni 10.000 nascite.</p> <p>Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano l'esecuzione del test di screening anche per tutto il periodo della gravidanza fisiologica. Anche nelle Aziende ULSS del Veneto, dal gennaio 2021, viene offerta tale possibilità, a partire dal primo controllo ostetrico, quale occasione irripetibile per intercettare casi non rispondenti all'offerta attiva dello screening cervicale.</p> <p>Tale modifica di offerta di salute comporta la necessità di informare correttamente l'utente per una scelta più consapevole, con personale appositamente formato. In tale contesto si inserisce opportunamente l'assistente sanitario, quale figura elettiva come indicato da delibera regionale. Si evidenzia la necessità di verificare l'adesione al programma di prevenzione del tumore della cervice uterina in gravidanza fisiologica, dall'applicazione delle linee guida.</p>
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none">1. Quali sono le evidenze in letteratura che supportano l'efficacia dell'esecuzione del test HPV in gravidanza?2. Le utenti in gravidanza prese in esame hanno una storia di screening?3. Quante donne del campione aderiscono allo screening al primo controllo ostetrico?4. Quante donne del campione mai scrinate aderiscono allo screening al primo controllo ostetrico?5. Esistono differenze di adesione rispetto alla nazionalità di origine del campione?6. Esistono differenze di adesione rispetto le diverse fasce di età?7. Quali sono le strategie di marketing sociale da implementare per la maggior adesione possibile?
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBV GENERALE: Individuare il guadagno di salute, nelle donne in gravidanza fisiologica dell'Azienda ULSS 2 a seguito dell'introduzione delle nuove indicazioni regionali in merito all'esecuzione del test HPV in gravidanza.</p> <p>OBV SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Rilevare il tasso di adesione delle donne in gravidanza fisiologica che eseguono il test proposto al primo controllo ostetrico.2. Evidenziare eventuali differenze di adesione rispetto le caratteristiche socio demografiche del campione.3. Indagare sulla storia di screening delle utenti in gravidanza prese in esame.

	4. Proporre eventuali strategie innovative di marketing sociale a sostegno della maggior adesione.	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	Donne di nazionalità italiana e straniera, d'età dai 25 ai 64 anni, in gravidanza fisiologica che nell'anno 2021 hanno aderito allo screening ed hanno effettuato il test. CRITERI DI ESCLUSIONE: <ul style="list-style-type: none"> • donne < 25 anni e > 64 anni • donne con gravidanza patologica
	STRUMENTI	Dati in archivio presso il servizio
	DURATA	Da giugno a ottobre 2022
METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato Excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni	
UU.OO. COINVOLTE	U.O.S Servizio Programmi di Screening - Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana	

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, desidero dedicare questo spazio a coloro che mi hanno sostenuta e indirizzata, con dedizione e pazienza, nella realizzazione della tesi.

In primis, ringrazio il relatore Dottor Ramigni Mauro e il correlatore Dottor Lustro Gianluigi per avermi guidato, con infinita disponibilità, in ogni step della realizzazione dell'elaborato e per avermi fornito ogni materiale utile alla stesura della tesi.

*Ringrazio infinitamente i miei genitori che mi hanno sempre appoggiato, incoraggiato e sostenuto durante questo percorso in tutti i modi possibili e immaginabili. A loro devo tutto!
Ai miei fratelli, al mio fidanzato Leonardo, al mio amico Mauro e alla mia collega Elizabeta, un grazie di cuore per avermi sempre aiutato a superare i momenti più difficili rendendoli più spensierati e per avermi sostenuto fino alla fine di questo percorso.*

Infine, dedico questo traguardo a me stessa, ai miei sacrifici e alla mia tenacia che mi hanno permesso di arrivare fin qui.