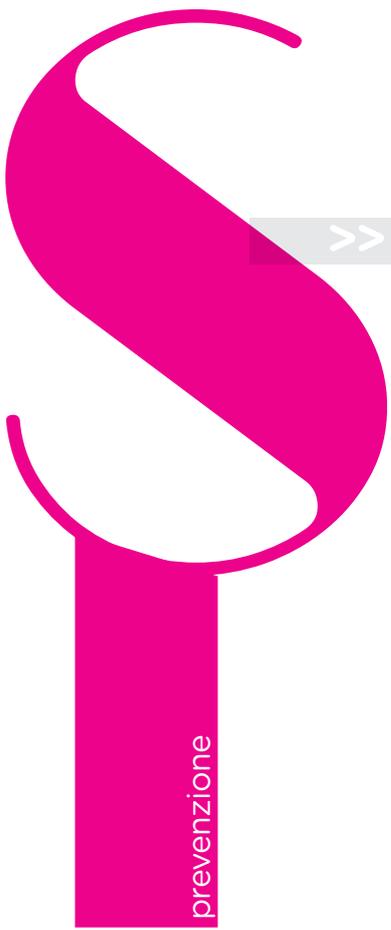




# CONTINUA... PREVENZIONE E SCREENING SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

## A cura dell'AULSS 3 Serenissima con AVAPO-Mestre uniti per la PREVENZIONE ONCOLOGICA

A cura della Dott. ssa Melania Lorio e del Dott. Francesco Marchiori  
U.O.S.D. Screening Oncologici Dipartimento di Prevenzione



Lo screening del carcinoma della cervice uterina è dedicato a tutte le donne tra i 25 e i 64 anni. Per molte donne ormai non è più una novità, **dal 1° luglio 2015 infatti su precisa indicazione della Regione Veneto, ha preso avvio il nuovo screening con HPV-DNA come test primario.** Questa decisione è frutto delle evidenze scientifiche che hanno confermato il ruolo causale del Papilloma Virus Umano (HPV) nell'insorgenza del tumore della cervice uterina. Ci sono moltissimi tipi di Papilloma Virus, ma solo alcuni sono collegati al tumore e sono detti HPV ad Alto Rischio. Gli studi hanno dimostrato che il punto chiave è l'infezione della mucosa della cervice uterina da parte del virus, che si contrae principalmente per via sessuale: la maggior parte di queste infezioni regredisce spontaneamente nel giro di uno o due anni.

Una donna può infettarsi più volte nel corso della vita fertile e la maggior parte delle infezioni si contrae nell'età più giovane, dove però la guarigione è anche molto più frequente. Solo una piccolissima parte di queste infezioni persiste ed è proprio allora che scatta l'interruttore per la trasformazione tumorale.

**Come possiamo prevenire l'insorgenza di questo tumore?** oggi abbiamo a disposizione due possibilità: il vaccino contro l'HPV e lo Screening. Il vaccino oggi utilizzato è diretto contro 9 ceppi di HPV, sia ad Alto rischio che a Basso Rischio che causano i fastidiosi condilomi. Se l'infezione è già avvenuta, possiamo difenderci con lo Screening, che consente di identificare le donne a maggior rischio di sviluppare il tumore e di iniziare dei controlli e trattamenti precocemente.



**Il nuovo Programma di screening si chiama anche “a doppio binario”** perché prevede una doppia offerta in base alla fascia d'età di appartenenza che riflette la differente frequenza di infezioni:

- **Donne 25-29 anni: esecuzione di un PAP test ogni 3 anni**
- **Donne 30-64 anni: esecuzione di HPV-DNA test con intervallo ogni 5 anni**

Vediamo brevemente i due tipi di test:

**Il Pap test è un esame utilizzato per analizzare le cellule che rivestono il collo dell'utero.**

La sigla deriva dal nome del medico Georges Papanicolaou che molti anni fa, nel lontano

1928, propose l'utilizzo del test per la diagnosi del tumore del collo dell'utero. Da test diagnostico è poi passato a diventare un importantissimo test di screening ed è tutt'oggi molto diffuso.

**L'altro test oggi molto più utilizzato è il Test HPV DNA.** Anche nello screening con test HPV DNA l'esame è effettuato su un campione di cellule prelevate dal collo dell'utero: di fatto per la donna l'esecuzione del prelievo nei due test è esattamente lo stesso. La differenza è nelle metodiche di analisi in laboratorio.

**Se desiderate ulteriori informazioni, potrete cercarle nel documento “Le 100 domande sull'HPV”,** preparato dal GISCI, il Gruppo Italiano dello Screening del Cervicocarcinoma ([www.gisci.it](http://www.gisci.it)), oppure **contattare il servizio Screening** chiamando il nostro call-center attivo ai numeri **041-2607120 e 041-2608481**, dal lunedì al giovedì, dalle 9.00 alle 12.30 e il mercoledì anche dalle 14.30 alle 16.30. **Potete anche scrivere all'indirizzo [screening.prev@aulss3.veneto.it](mailto:screening.prev@aulss3.veneto.it)** lasciando il proprio nome e cognome, la data di nascita e un numero telefonico dove essere richiamati.

# COSA FRENA LE PERSONE NEL DECIDERE DI ADERIRE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING?

di Federica Dogliotti

La dottoressa Federica Dogliotti, psicologa-psicoterapeuta operante in AVAPO- Mestre ci aiuta a prendere coscienza di ciò che influenza la decisione di aderire o di non accettare i programmi di screening.

**Visti gli innumerevoli vantaggi offerti dalle campagne di screening, ci si aspetterebbe un'alta adesione da parte delle persone. Ma non sempre è così. Cosa frena le persone nel decidere di aderire alle campagne di screening?**

Per comprendere questo meccanismo di funzionamento ci viene incontro la psicologia della salute, che è l'area della psicologia che si interessa dei comportamenti connessi alla salute, poiché, nella presa di decisioni, intervengono anche variabili psicologiche che possono spostare l'ago della bilancia a favore della non aderenza.

Zani e Pietrantonio (2000) nelle loro ricerche hanno verificato il ruolo che possono avere alcuni fattori di natura psicologica e sociale nell'influenzare tali scelte.

Secondo tali autori, l'intenzione ad eseguire lo screening è influenzata da variabili socio-cognitive quali i benefici derivanti, i costi emotivi, l'influenza sociale, la percezione di vulnerabilità e la percezione del rischio, influenzati, a loro volta, da variabili socio anagrafiche quali l'età, lo stato relazionale, il titolo di studio, nonché da variabili esperienziali quali la sintomatologia passata, le conoscenze sull'esame clinico, la conoscenza personale di donne affette da una malattia neoplastica.

**Gli aspetti dello screening che possono generare resistenza possono andare dall'ansia di effettuare il test** (che può mettere in gioco aspetti importanti della

propria vita), alla possibilità di essere richiamati per ulteriori approfondimenti diagnostici.

**Quali sono le implicazioni psicologiche di sottoporsi ad uno screening preventivo?** Si corre il rischio di diventare improvvisamente malati, e malati "di un brutto male" ancora innominabile per molti, partendo da una situazione in cui spesso si sta bene (assenza di sintomi). Psicologicamente affrontare lo screening può essere come varcare la linea di confine tra l'essere sani e l'essere malati, si può scoprire improvvisamente di essere malati.

Inoltre non tutte le persone sono convinte che la propria salute dipenda dal tipo di azioni protettive che si possono fare.

**In psicologia si parla di due tipologie di persone: le persone con locus of control interno**, che credono che gli eventi siano conseguenza delle proprie azioni e si sentono personalmente responsabili di ciò che accade loro; **e soggetti con locus of control esterno**, che credono che gli eventi accadano come conseguenza di fattori esterni, al di fuori del proprio controllo personale, come il caso e/o altre persone (Rotter, 1996). Queste due tipologie di persone avranno approcci diversi alle campagne di screening.





**Altro costrutto psicologico importante è quello di autoefficacia**, cioè la convinzione soggettiva di avere le risorse e le capacità emotive, psicologiche sufficienti a gestire adeguatamente le situazioni che si incontrano. Il senso di auto efficacia (Bandura, 1995), esercita importanti effetti sulla salute in almeno tre ambiti: nel fronteggiare gli eventi stressanti (coping), nel modificare comportamenti disfunzionali per la salute e nel tenere alta la motivazione al cambiamento.

Questa convinzione non dipende solo dalla valutazione circa le proprie abilità, ma è largamente influenzata dal giudizio delle persone che riteniamo importanti. Dunque l'incoraggiamento e l'approvazione di persone significative quali i familiari o il medico di fiducia se c'è un buon rapporto di alleanza, hanno un ruolo importante nella scelta di adesione o meno agli screening.

Altra variabile psicologica significativa nel processo decisionale è la **percezione soggettiva di vulnerabilità alla malattia, cioè la convinzione di essere personalmente vulnerabili nei confronti di una determinata malattia.**

Tale percezione è il pre requisito ad azioni e comportamenti protettivi e preventivi. Più alta è la percezione del proprio rischio, più alta è la probabilità di partecipare ai programmi di screening.

**Esistono, poi, i "costi emotivi" cioè aspetti legati alle**

**modalità dell'esecuzione dell'esame diagnostico** che portano a imbarazzo, disagio, paura di provare dolore fisico e ansia.

**Ogni accertamento clinico comporta un costo emotivo** per chi vi si sottopone, porre attenzione nella gestione e riduzione di questi "costi" aiuta le persone ad avvicinarsi maggiormente a programmi di screening.

Si potrebbe concludere, dunque, rifacendosi al modello delle credenze sulla salute di Rosenstock e poi modificato da Becker e Maiman (1975), che la probabilità che una persona adotti comportamenti sani, tra i quali rientra l'adesione alle campagne di screening, sia il risultato di una valutazione congiunta del grado di minaccia associato a una malattia, e dei benefici e dei costi dell'azione preventiva.

**La percezione della minaccia della malattia è influenzata dalla misura in cui la persona si sente vulnerabile** (percezione di vulnerabilità) **e dalle credenze circa la gravità delle conseguenze associate alla malattia** (percezione di gravità). Data una certa minaccia alla salute, la probabilità di adottare un particolare comportamento preventivo dipenderà, anche, da quanto l'individuo ritiene che i benefici dell'azione (es riduzione del rischio, senso di sicurezza) siano superiori ai costi (di tipo fisico, psicologico, finanziario) e alle barriere all'azione preventiva (Zani, Cicognai, 2000), tenendo conto del proprio concetto di self efficacy.