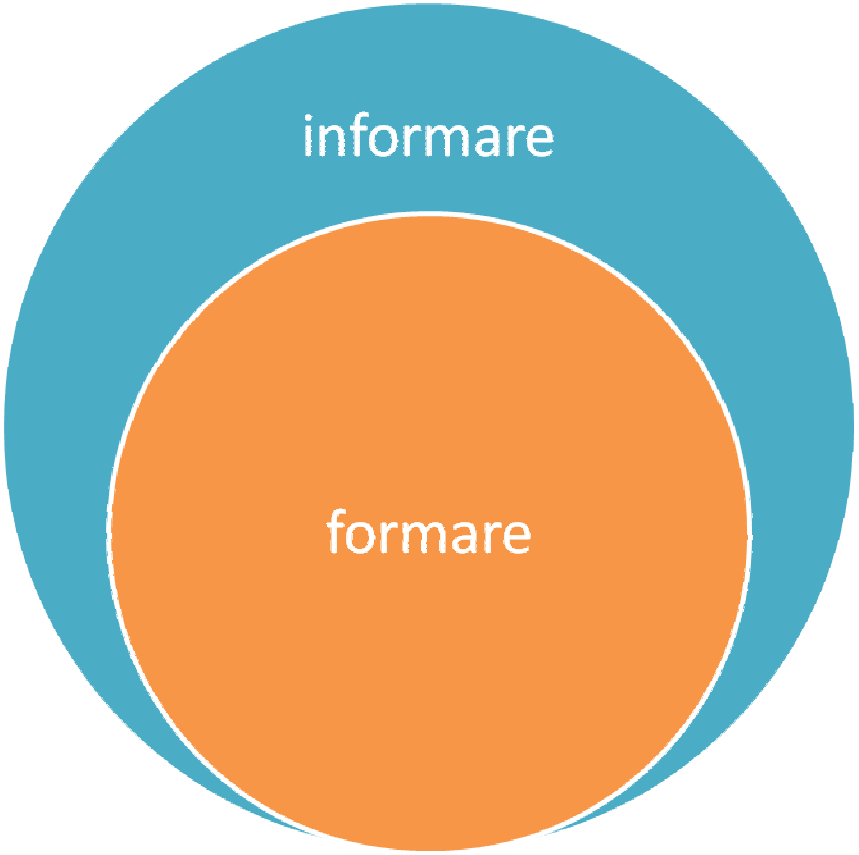
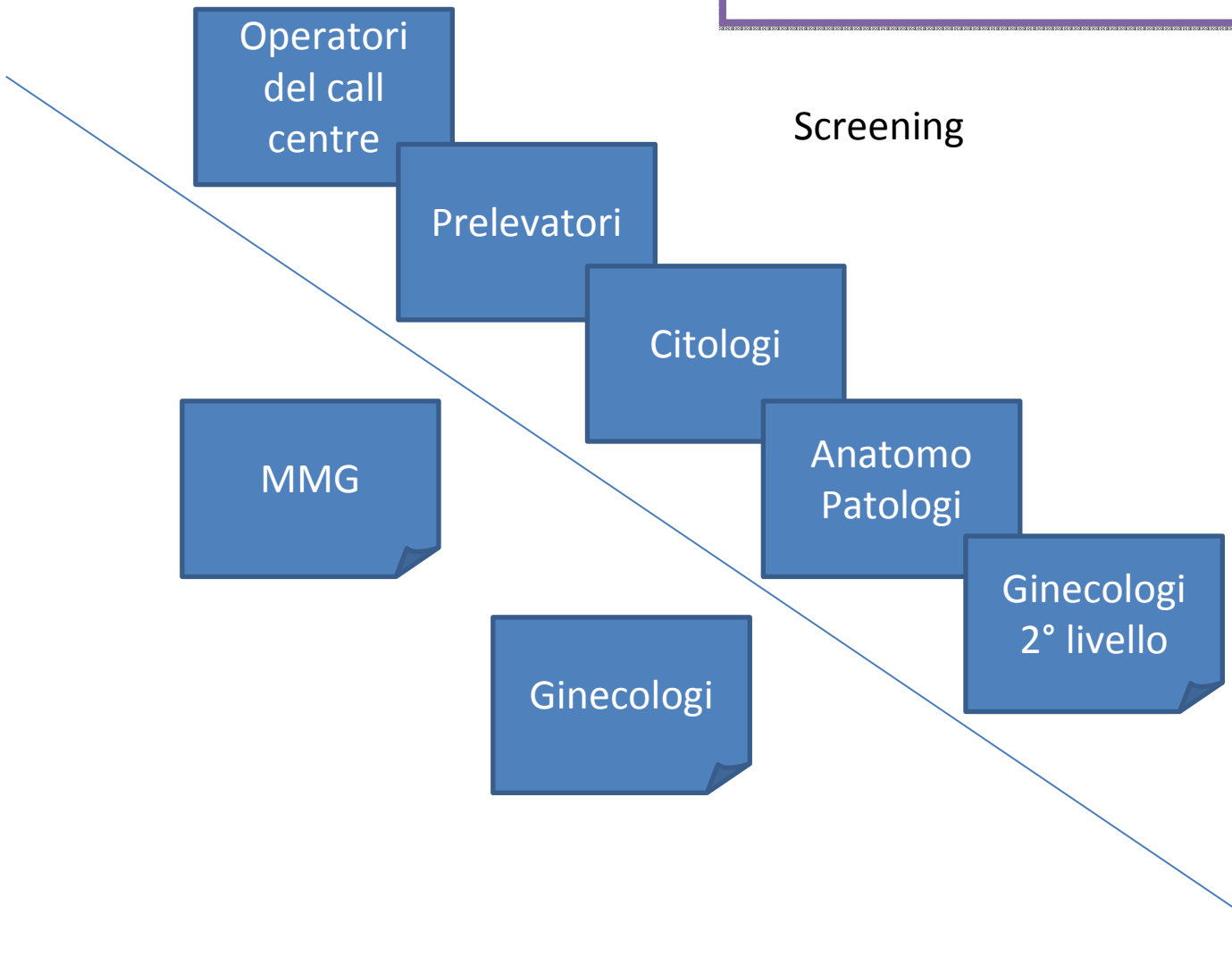
La formazione: chi come quando?

Livia Giordano – CPO Piemonte


informare
formare

CHI FORMARE ?

Formazione: chi



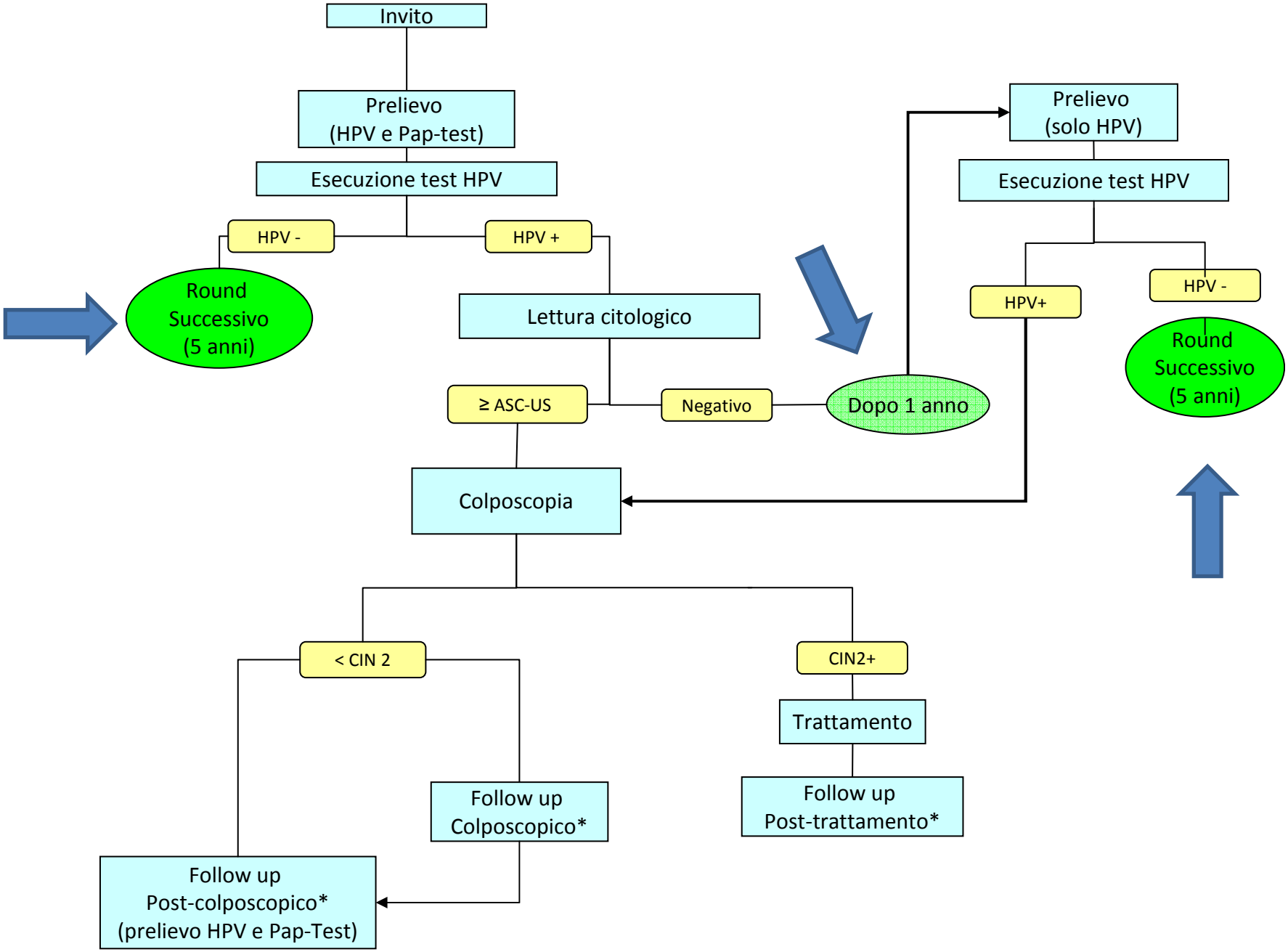
Formazione: chi

	Call centre	Ostetriche	Citologi	Patologi	Ginecologi (2° livello screening)	MMG	Ginecologi (extra screening)	Tot.
Dip. 1	30	30			17			
Dip. 2	4	10			8			
Dip. 3	12	30			7			
Dip. 4	2	28			5			
Dip. 5	5	15			7			
Dip. 6	4	23			5			
Dip. 7	5	16			8			
Dip. 8	2	12			3			
Dip. 9	10	26			6			
Tot. Piemonte	74	190	55	26	66	3321	???	411 (3732 con MMG)

Formazione: SU COSA?

- Evidenze di efficacia
- Protocolli
- Modalità organizzative
- [tecniche di prelievo e di lettura]
- Impatto sociale
- Impatto sulla comunicazione

Gestione dello screening cervicale con test HPV come test primario

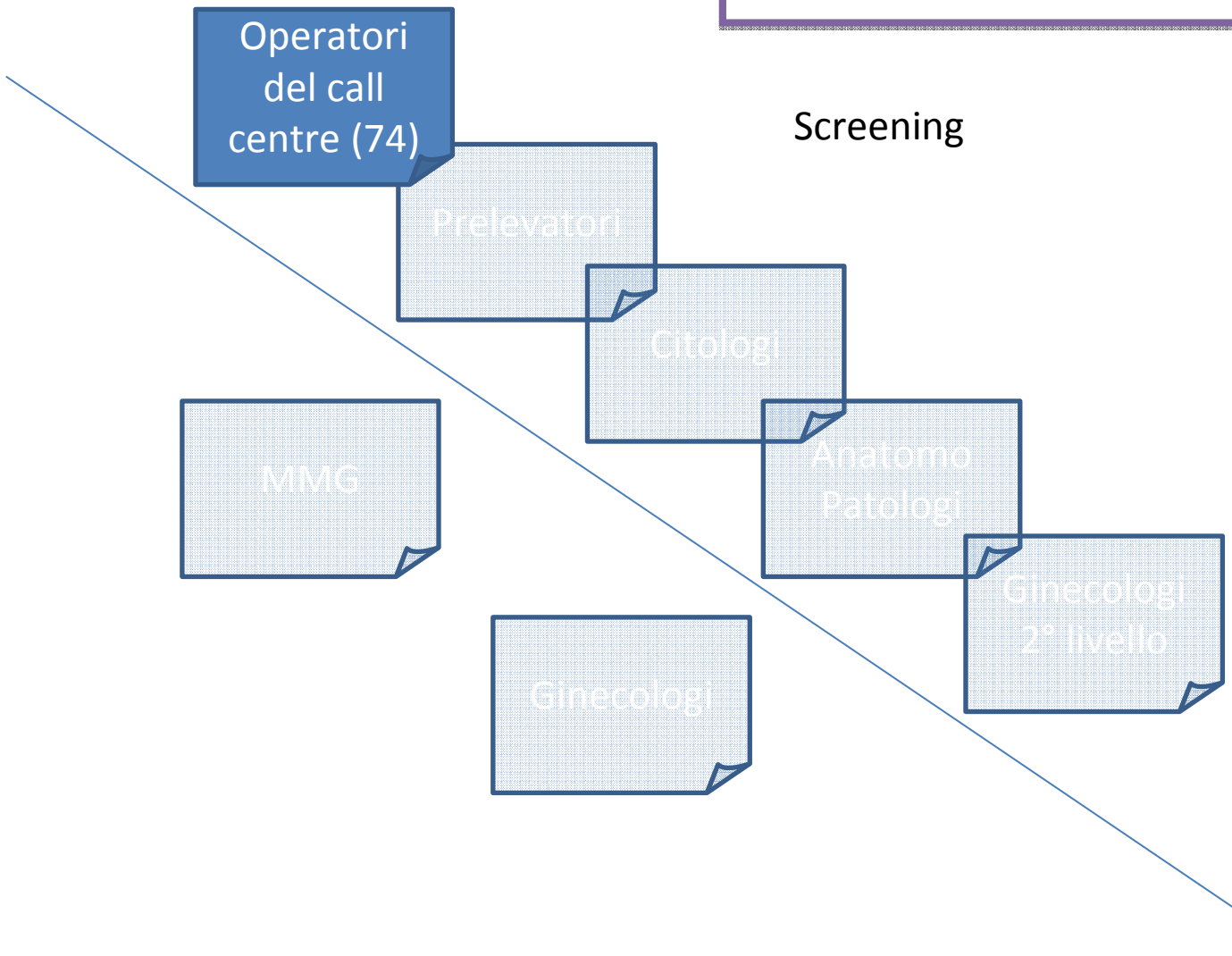


Periodo di transizione

PAP-TEST

HPV

Formazione: chi



Formazione: operatori call centre

SU CHE COSA:

- Evidenze di efficacia
- Protocolli
- Modalità organizzative
- [tecniche di prelievo e di lettura]
- Impatto sociale
- Impatto sulla comunicazione

COME:

Materiale didattico cartaceo
(Le 100 domande sull'HPV)

Didattica frontale (a piccoli gruppi)

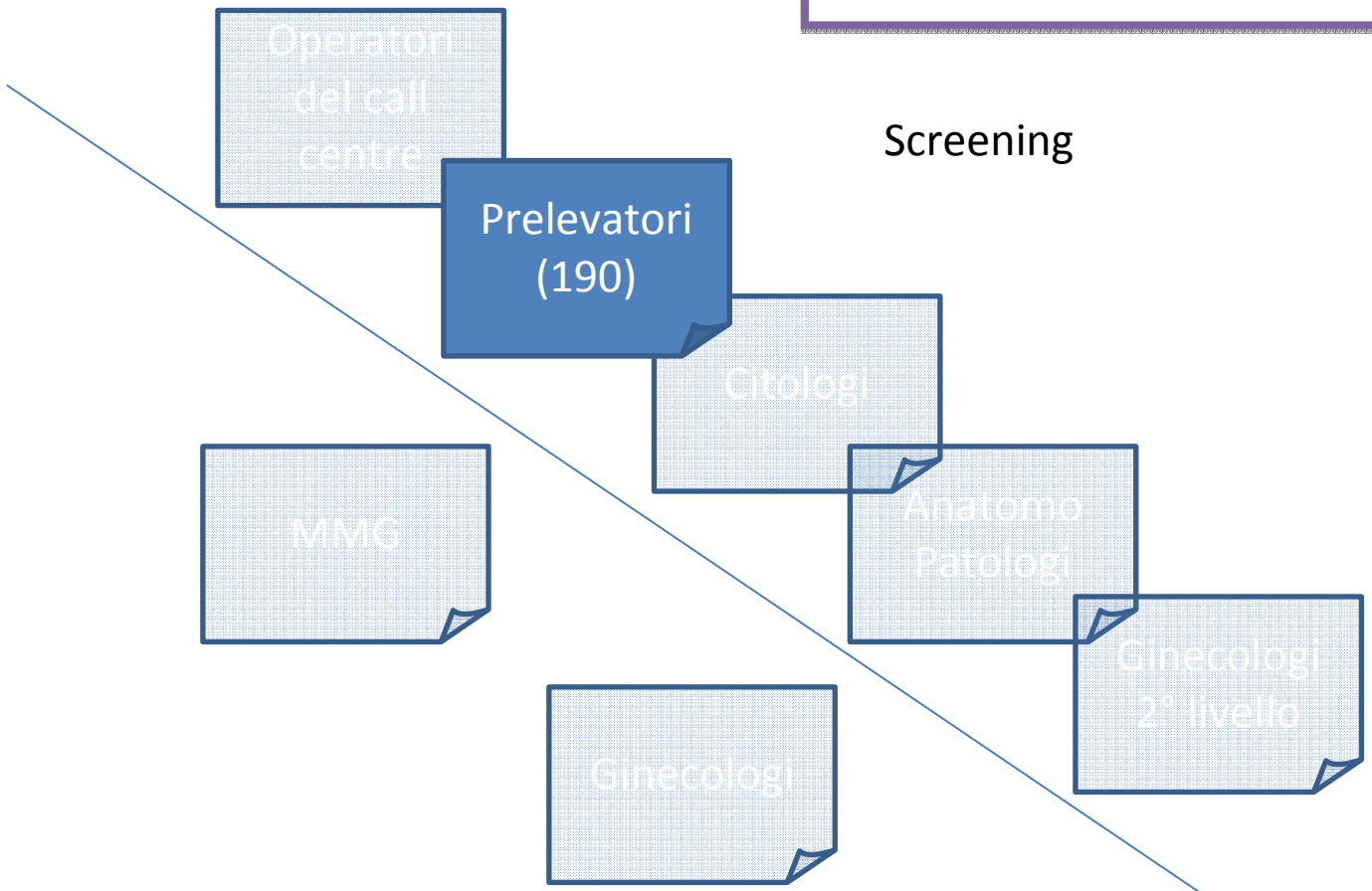
CRITICITA':

dispersione sul territorio
turnover elevato
difficoltà a monitorarne l'impatto

Le 100 domande sull'HPV

www.gisci.it
www.osservatorionazionalescreening.it

Formazione: chi



Formazione:prelevatori

SU CHE COSA:

- Evidenze di efficacia
- Protocolli
- Modalità organizzative
- [tecniche di prelievo e di lettura]
- Impatto sociale
- Impatto sulla comunicazione

COME:

Materiale didattico cartaceo
(Le 100 domande sull'HPV)

Corsi teorici specifici (per gruppi di ostetriche)

CRITICITA':

necessità di monitorare gli outcomes (help desk)
impatto sull'attività routinaria

Formazione:prelevatori

CPO
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

REGIONE PIEMONTE

CORSO

HPV test come test primario di screening.
Preparazione del personale prelevatore dello screening del cervico-carcinoma
Prevenzione Serena

DIRETTORE
dott. Guglielmo Ronco

date: 1° ed.10 dicembre 2013
2° ed.17 dicembre 2013

SEDE: Biblioteca – Ospedale San Giovanni Antica Sede – via Cavour, 31 - TORINO

Programma:

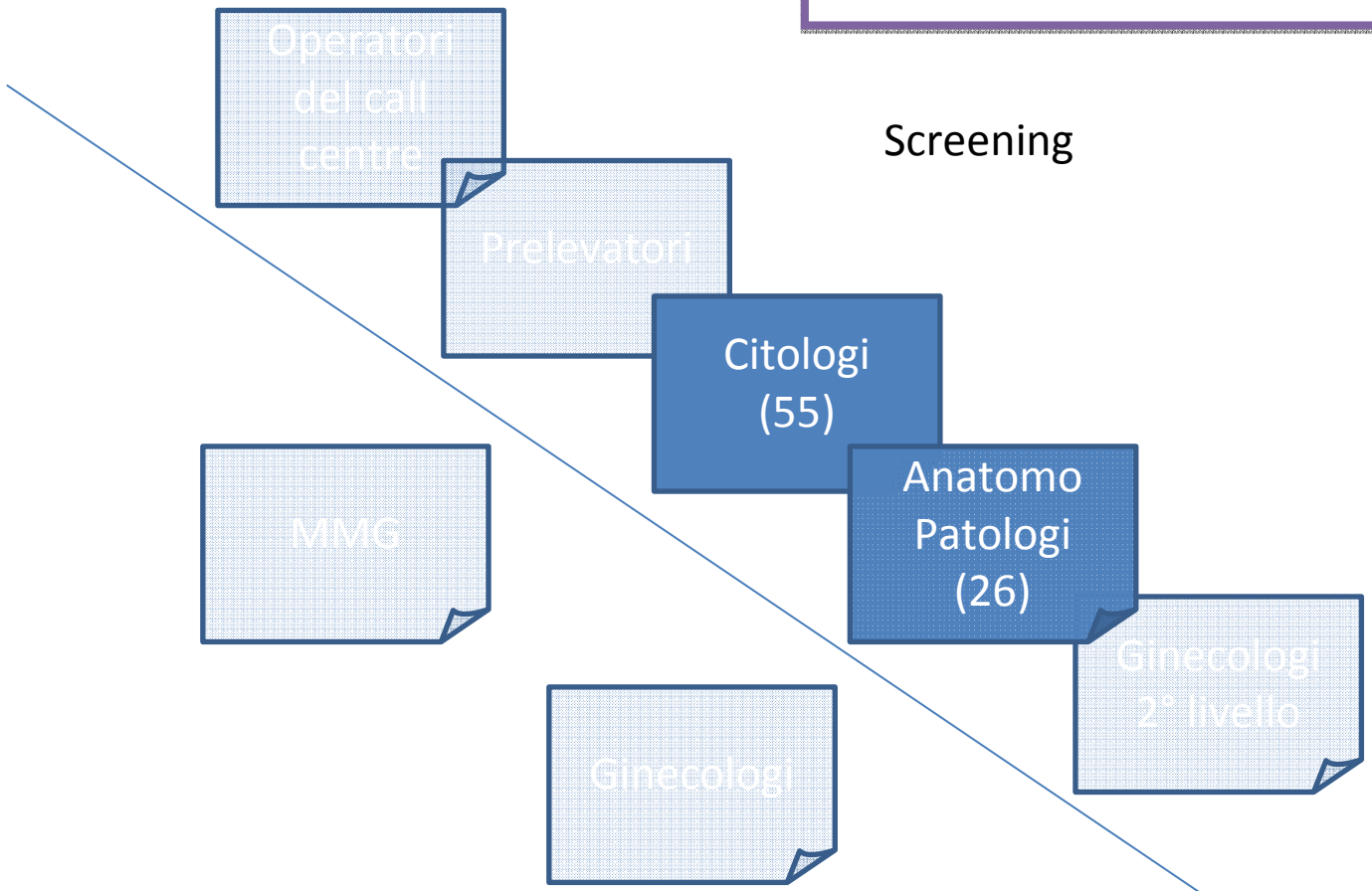
09.00 – 09.10	Registrazione dei partecipanti
09.10 – 09.40	Lo studio NTCC e gli altri trials randomizzati sull'uso del test HPV per lo screening primario dei precursori del cancro cervicale. (Guglielmo Ronco)
09.40 – 10.00	Introduzione del test HPV come test primario di screening secondo la DGR 23 aprile 2013 n. 21-5705. (Guglielmo Ronco)
10.00 – 10.45	Il progetto Pilota HPV a Torino: l'esperienza dell'ostetrica. (Fulvia Ranzani - Madama Maria Cristina)
10.45 – 11.00	*Pausa*
11.00 - 11.30	Il Papillomavirus umano: storia naturale e diagnostica dell'infezione. (Laura De Marco)
11.30 – 12.00	Il test HPV nello screening primario: l'esperienza pilota del Centro Unificato Screening di Torino. (Anna Gillio Tos)
12.00 – 12.30	Discussione
12.30 – 13.30	*Pausa pranzo*
13.30 – 14.00	I criteri citologici in ambito della DGR. Devono cambiare? (Bruno Ghiringhello)
14.00 – 14.30	Gestione informatica e aspetti organizzativi. (Cristina Larato)
14.30 – 15.15	L'importanza della comunicazione nel passaggio al test HPV Le 100 domande sull'HPV (Livia Giordano)
15.15 – 15.45	Discussione
15.45 – 16.00	Test finale e chiusura

OSTETRICHE DIPARTIMENTI 2-3-4

2 edizioni: 10 e 17 dicembre 2013

Altre edizioni in fase di allestimento

Formazione: chi



Screening

Extra Screening

Formazione:prelevatori

SU CHE COSA:

- Evidenze di efficacia
- Protocolli
- Modalità organizzative
- [tecniche di prelievo e di lettura]
- Impatto sociale
- Impatto sulla comunicazione

COME:

Materiale didattico cartaceo
(Le 100 domande sull'HPV)

Corsi teorici specifici (per gruppi di citologi)

CRITICITA':

necessità di instaurare dei controlli sulla qualità della lettura
impatto sull'attività routinaria

Formazione: citologi

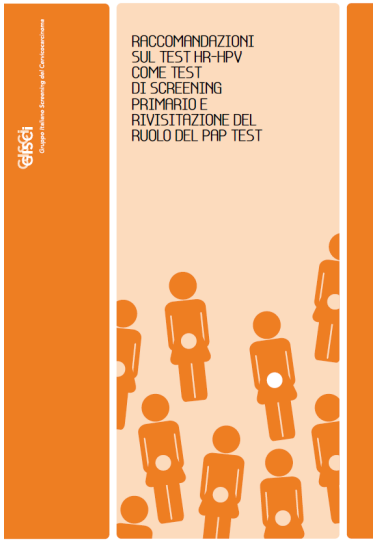
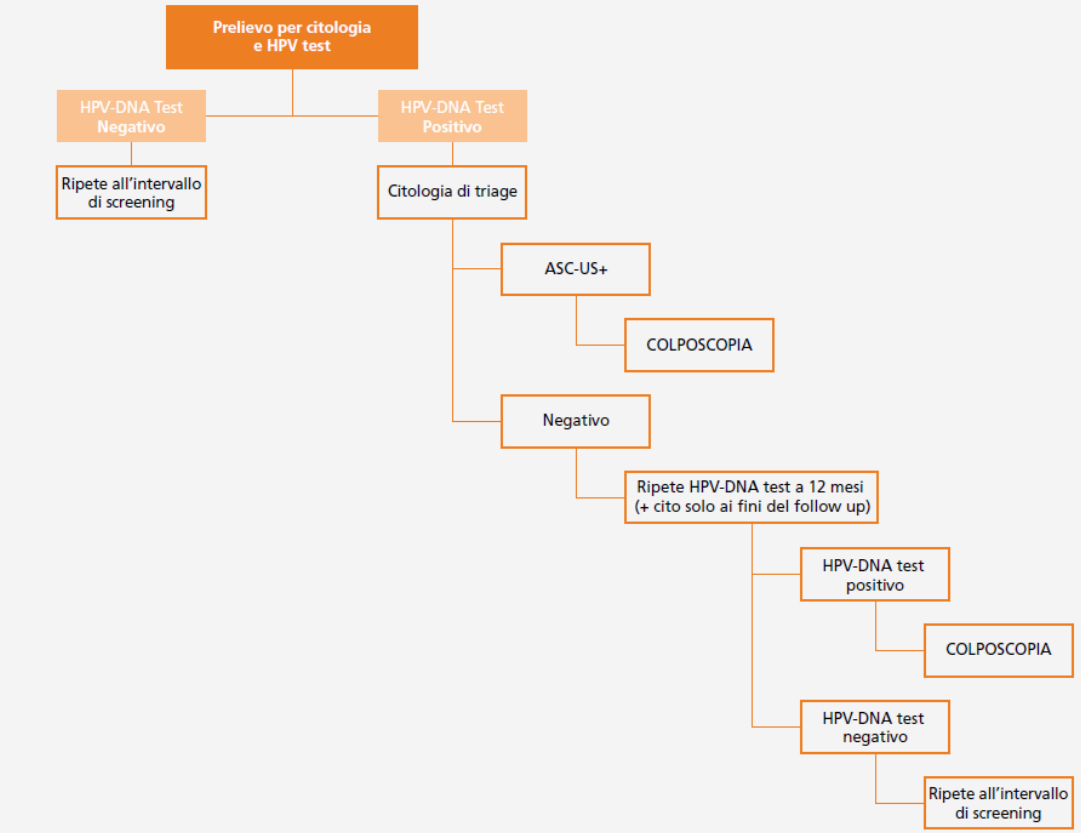
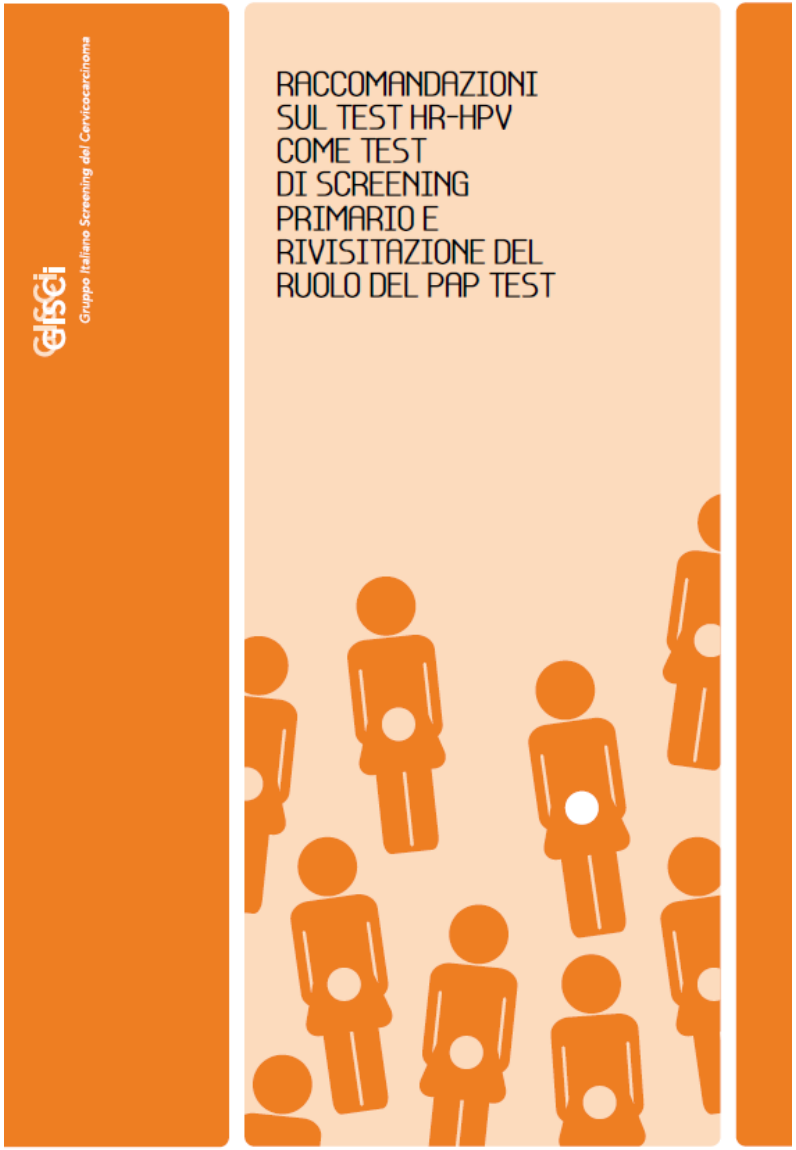


Figura 1:
Algoritmo dello screening con test HR-HPV come test di screening primario.



RACCOMANDAZIONI SUL TEST HR-HPV COME TEST DI SCREENING PRIMARIO E RIVISITAZIONE DEL RUOLO DEL PAP TEST

Formazione: citologi



La formazione del citologo

Il personale impegnato nella lettura di esami citologici di triage deve ricevere una adeguata formazione
mirata ad un corretto atteggiamento diagnostico, rivolto a donne non più di screening
(popolazione apparentemente sana), ma a donne ad elevato rischio di patologia. Il passaggio fondamentale
è la formazione di una figura professionale che, partendo dall'esperienza maturata
nello screening primario, sia in grado di selezionare fra le pazienti HR-HPV positive quelle con
anormalità citologiche a reale rischio di presenza di lesioni CIN2+.

Formazione: citologi patologi

CPO
Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

Regione Piemonte

CORSO

"HPV test primario: preparazione teorico-pratica alla sua introduzione in ambito di screening del cervico-carcinoma."

edizione	data	*Termine scadenza iscrizione*
edizione 1	23 Ottobre 2013	*09 ottobre 2013*
edizione 2	20 Novembre 2013	*06 novembre 2013*
edizione 3	18 Dicembre 2013	*04 dicembre 2013*

DIRETTORI: Dott. B. Ghiringhello, Dott. S. Arnaud

SEDE: Centro unificato dell'attività diagnostica citologica da screening, 2° piano – Ospedale San Giovanni Antica Sede – via Cavour, 31 – TORINO

PROGRAMMA:
1° SESSIONE

09.45 – 10.00 Registrazione dei partecipanti

10.00 – 11.00 Teoria dell'HPV-test come test primario nello screening del cervico-carcinoma. (Sergio Arnaud - Bruno Ghiringhello – Luigia Macrì)

11.00 – 12.00 Comunicazione di quanto si sta attuando nella Regione Piemonte per introdurre HPV-test come test primario. (Sergio Arnaud - Bruno Ghiringhello – Luigia Macrì)

12.00 – 13.00 Presentazione e discussione di casi HPV-test+/cito+ confermati al 2° livello. (Sergio Arnaud - Bruno Ghiringhello – Luigia Macrì)

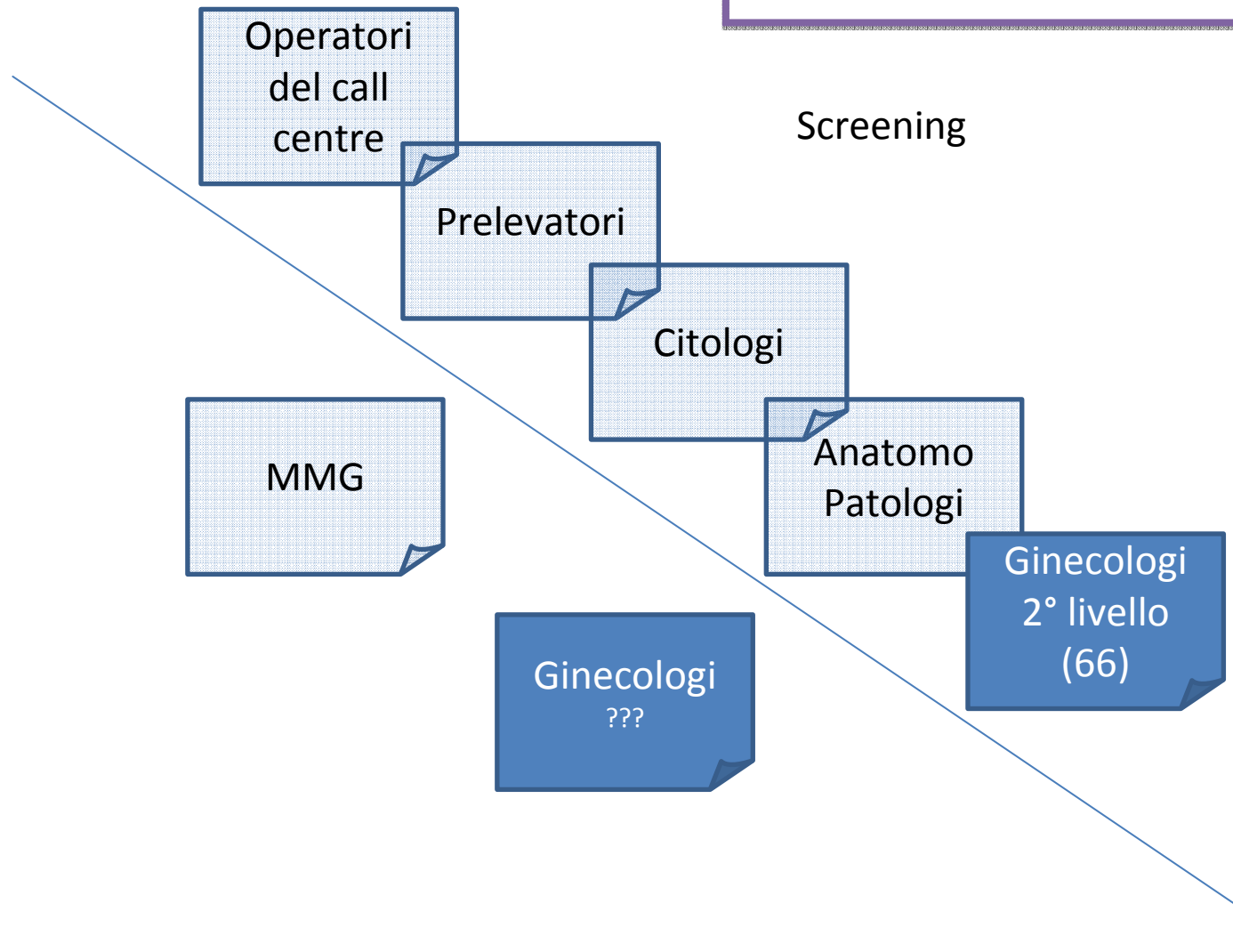
2° SESSIONE

14.00 – 16.30 Presentazione e discussione di casi HPV-test+/cito-, confermati al 2° livello. (Sergio Arnaud - Bruno Ghiringhello – Luigia Macrì)

16.30 – 17.00 Test di fine corso (Sergio Arnaud - Bruno Ghiringhello – Luigia Macrì)

Crediti ECM: 6 (medico, biologo, tecnico di laboratorio biomedico)

Formazione: chi



Formazione: ginecologi

•GINECOLOGI ENTRO E FUORI DEL PROGRAMMA DI SCREENING : RUOLO CHIAVE nel far accettare i protocolli di screening e nell'accompagnare la transizione Pap-test-HPV test .

• Problema dello SCREENING OPPORTUNISTICO:

- •Nello screening spontaneo ci sono intervalli più brevi mentre con HPV l'intervallo di screening è allungato
- •La ripetizione di un test HPV dopo poco tempo rispetto ad un test neg. non solo abbassa il VPP del test ma probabilmente individua lesioni di alto grado meno rilevanti da un punto di vista clinico con una più alta probabilità di regressione rispetto a quelle rilevate dopo intervalli più lunghi.
- •Mancanza di sistemi informativi adeguati per tener conto delle donne vaccinate

CRITICITA':

elevato numero sul territorio
necessità di creare sinergie
necessità di monitorare il fenomeno

www.sigo.it

RAPPORTO HTA:
USO DEL TEST PER IL DNA DI PAPILLOMAVIRUS UMANO (HPV) COME TEST PRIMARIO PER LO SCREENING DEI PRECURSORI DEL CANCRO DEL COLLO UTERINO: UN RAPPORTO DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Report del gruppo di lavoro SIGO sull'introduzione del test HPV nello screening del cervicocarcinoma. (Prof. Antonio Perino, Prof. Fabio Parazzini, Dr. Carlo Stigliano, Dr. Mario Sideri).

Il gruppo di lavoro, analizzato il testo del HTA nella attuale versione, concorda con la necessità di introdurre il test HPV al posto del pap test nello screening cervicale come unico test primario; in particolare condivide le ragioni di efficacia e sicurezza clinica, e di economicità ed appropriatezza.
Il gruppo condivide anche il parere che il cambiamento dal sistema basato sul pap test al nuovo sistema richieda uno sforzo organizzativo, formativo e culturale notevole. Per il ginecologo il pap test è strumento clinico di contatto con la donna, che permette di approcciare la diagnostica dell'apparato genitale femminile a tutto tondo e quindi ben inserito nella pratica quotidiana. Il nuovo test invece si pone come esclusivo strumento di screening, e risponde per questo ad esigenze più di tipo epidemiologico che non clinico; inoltre il nuovo test introduce un cambiamento di approccio culturale radicale, introducendo il concetto di stato di rischio.

Formazione: ginecologi

D’altra parte come ripreso dal rapporto HTA, i ginecologi italiani svolgono un ruolo determinante nella gestione della salute femminile e quindi sono indispensabili nella transizione al nuovo sistema. I ginecologi invitano pertanto il gruppo di lavoro a valutare, limitatamente all’ambito del cosiddetto screening opportunistico, una fase di transizione che preveda la diffusione del HPV test in associazione al pap test. Tale fase pilota permetterebbe la riorganizzazione del sistema di screening opportunistico, l’informazione alle donne, e la formazione dei ginecologi alla gestione della nuova modalità di screening. L’utilizzo del co-testing, permetterebbe comunque nel breve periodo la diminuzione del numero di screening, allungando l’intervallo a 3-5 anni, e costituirebbe una vantaggio nell’immediato sulla salute femminile con una rassicurazione di negatività molto più potente dell’attuale, sulla base dell’alto valore predittivo negativo del test HPV rispetto all’uso del solo pap test. Per la gestione dei test HPV negativi ma citologici positivi i ginecologi stanno già utilizzando il test HPV come test di triage, per cui gli effetti indesiderati potrebbero essere limitati dall’introduzione di protocolli specifici. Infine la fase di transizione potrebbe venire utile nell’attesa che nuovi test più specifici del test HPV siano stati messi a punto. Alcuni dei test candidati, tra l’altro, utilizzano come base la citologia.

Formazione: ginecologi

Una ulteriore ragione di una introduzione graduale del test
HPV viene da un'altra area di criticità legata alla necessità di utilizzare due modalità differenti di screening in funzione dell'età, in quanto l'introduzione del test HPV è limitato alle età superiori ai 30-35 anni. Questo aspetto, già sottolineato nel rapporto HTA, viene giudicato dal gruppo di lavoro SIGO un punto che necessita una soluzione scientifica prima di implementare completamente il passaggio alla nuova modalità di screening.

In conclusione il parere del gruppo di lavoro SIGO sul rapporto HTA:
concorda con la necessità di avviare il cambiamento nel test primario di screening del cervicocarcinoma, utilizzando il test HPV come unico test di screening;
invita a considerare una fase di transizione pilota in cui il nuovo test si affianca al tradizionale pap test, limitatamente allo screening opportunistico nelle donne di età superiore ai 30-35 anni;
si impegna a sostenere la diffusione, la formazione e l'educazione dei ginecologi all'uso corretto delle nuove tecnologie nello screening del cervicocarcinoma.

IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Lo screening cervicale.

IEO Booklets
Una guida per i pazienti

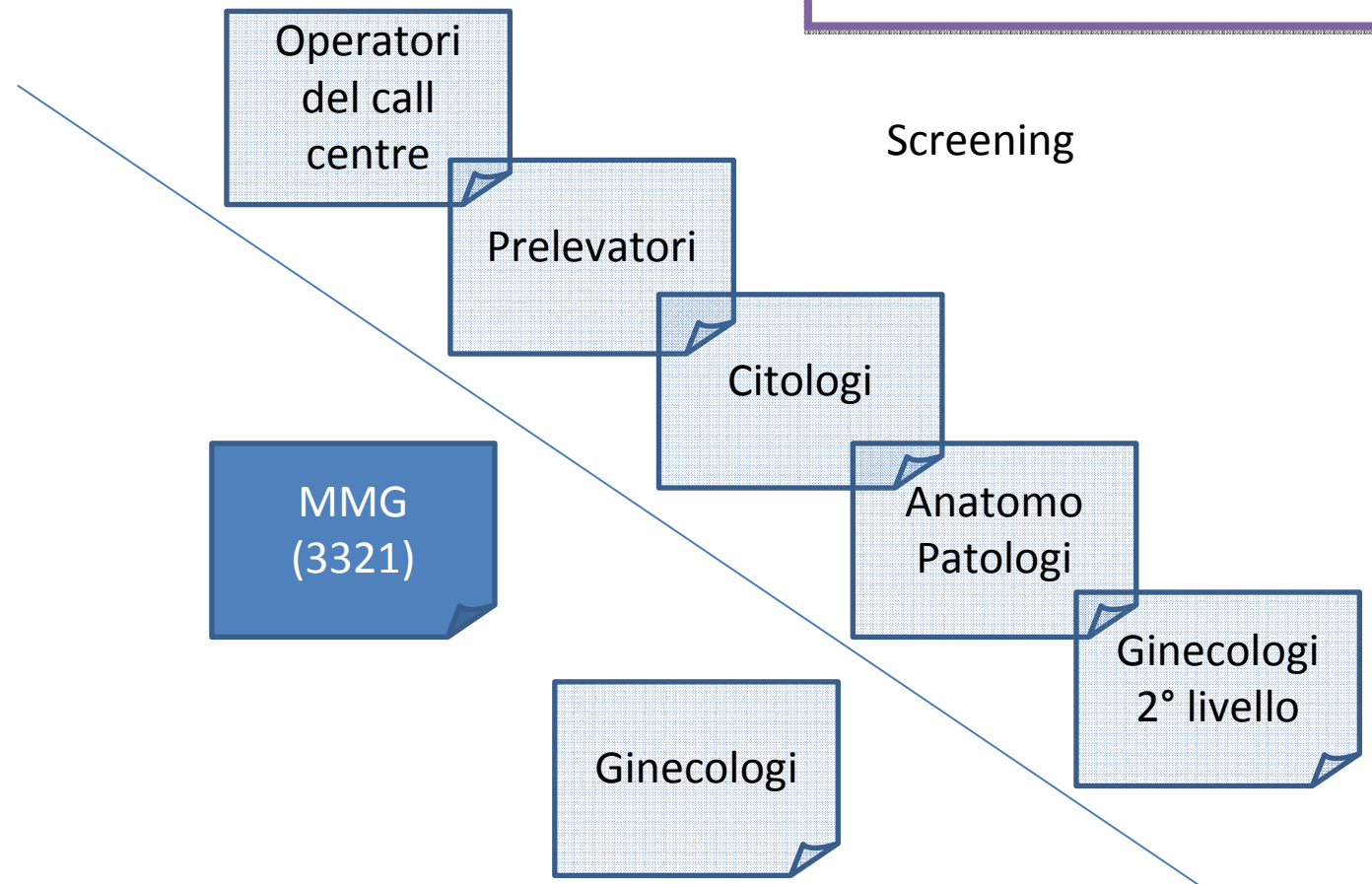
IEO
Istituto Europeo di Oncologia

Il tumore al collo dell'utero (o "cervice uterina") è una malattia frequente che colpisce le donne di tutte le età.
I fattori di rischio principali sono il fumo di sigaretta e la promiscuità sessuale.
Recentemente è stato scoperto che la presenza del virus HPV è indispensabile per sviluppare il tumore.

L'introduzione del Pap Test ha diminuito la mortalità per questa neoplasia perché il test è in grado di identificare non solo i tumori quando sono ancora piccoli e quindi guaribili, ma anche e soprattutto le lesioni benigne (CIN, L-SIL, H-SIL) che possono trasformarsi col tempo in tumore maligno. Con le nuove conoscenze chi non è portatore del virus ha un rischio bassissimo di sviluppare queste lesioni.

Per poter sfruttare appieno le potenzialità, il Pap Test deve essere ripetuto a intervalli regolari e noi consigliamo di ripetere il Pap Test tutti gli anni. In conseguenza delle nuove conoscenze si può eseguire, assieme al Pap Test, il test per il virus HPV (HPV-DNA test) nelle donne di età superiore ai 30 anni; in caso di negatività per il Pap Test e per l'HPV la sicurezza è tale che il controllo successivo può essere spostato a tre anni. Per le pazienti positive al virus HPV e con Pap Test negativo si consiglia il controllo annuale di entrambi i test in quanto la semplice positività non è sinonimo di presenza di lesione.
È importante sottolineare che Pap Test ed HPV-DNA test permettono di identificare solo i tumori e le lesioni pre-tumorali del collo dell'utero. Una patologia che interessi il corpo dell'utero o le ovaie non è individuabile attraverso questi test.
Lo screening cervicale NON SOSTITUISCE quindi la visita ginecologica.

Formazione: chi



Formazione:MMG

SU CHE COSA:

- Evidenze di efficacia
- Protocolli
- Modalità organizzative
- [tecniche di prelievo e di lettura]
- Impatto sociale
- Impatto sulla comunicazione

COME:

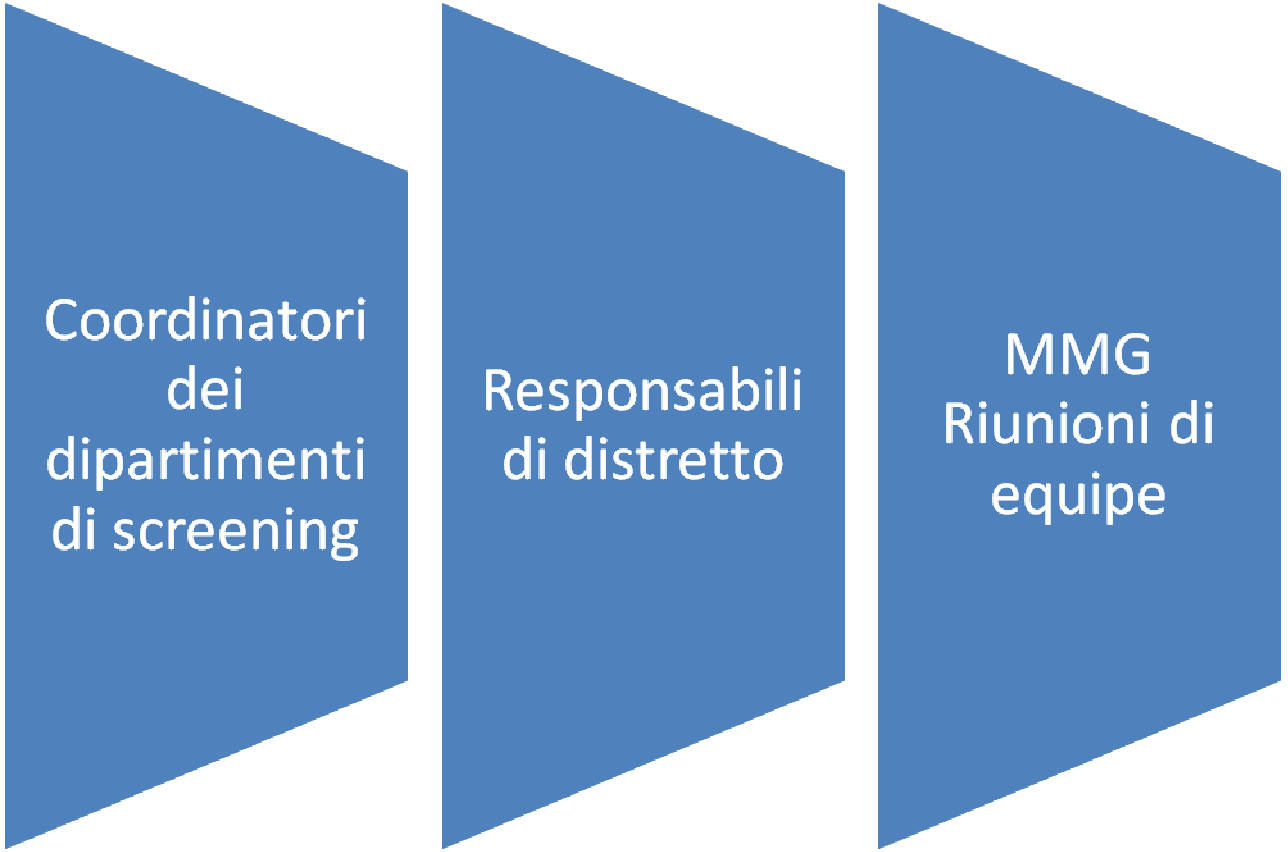
Informazioni sui protocolli tramite i distretti sanitari/Ordini provinciali/FIMMG ecc ecc

Corso FAD?

CRITICITA':

grossa dispersione sul territorio
elevato numero
difficoltà ad incrementare l'agenda formativa dei MMG

Formazione: MMG



Formazione: MMG

16/11/13 SI APRE UNA NUOVA ERA NELLA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO GRAZIE ALLO SCREENING CON TES

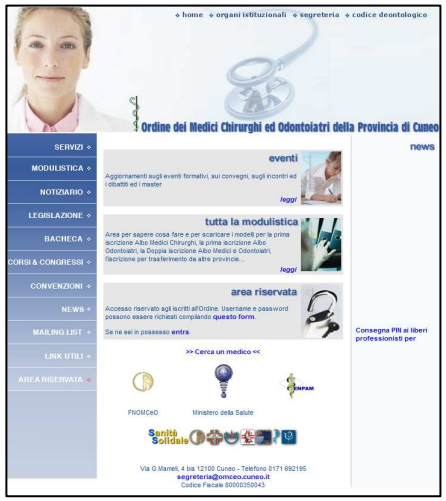
TORINO MEDICA .COM
(http://www.torinomedica.org/torinomedica)

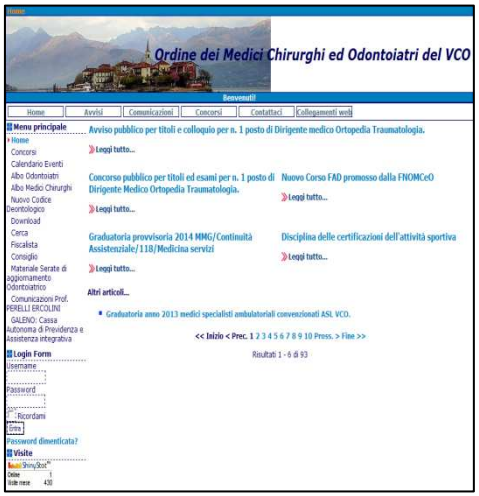
LA RIVISTA ONLINE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TORINO
comunicazione informazione formazione

SI APRE UNA NUOVA ERA NELLA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLLO DELL'UTERO GRAZIE ALLO SCREENING CON TEST HPV

09 novembre 2013

Formazione: MMG





La comunicazione

La comunicazione

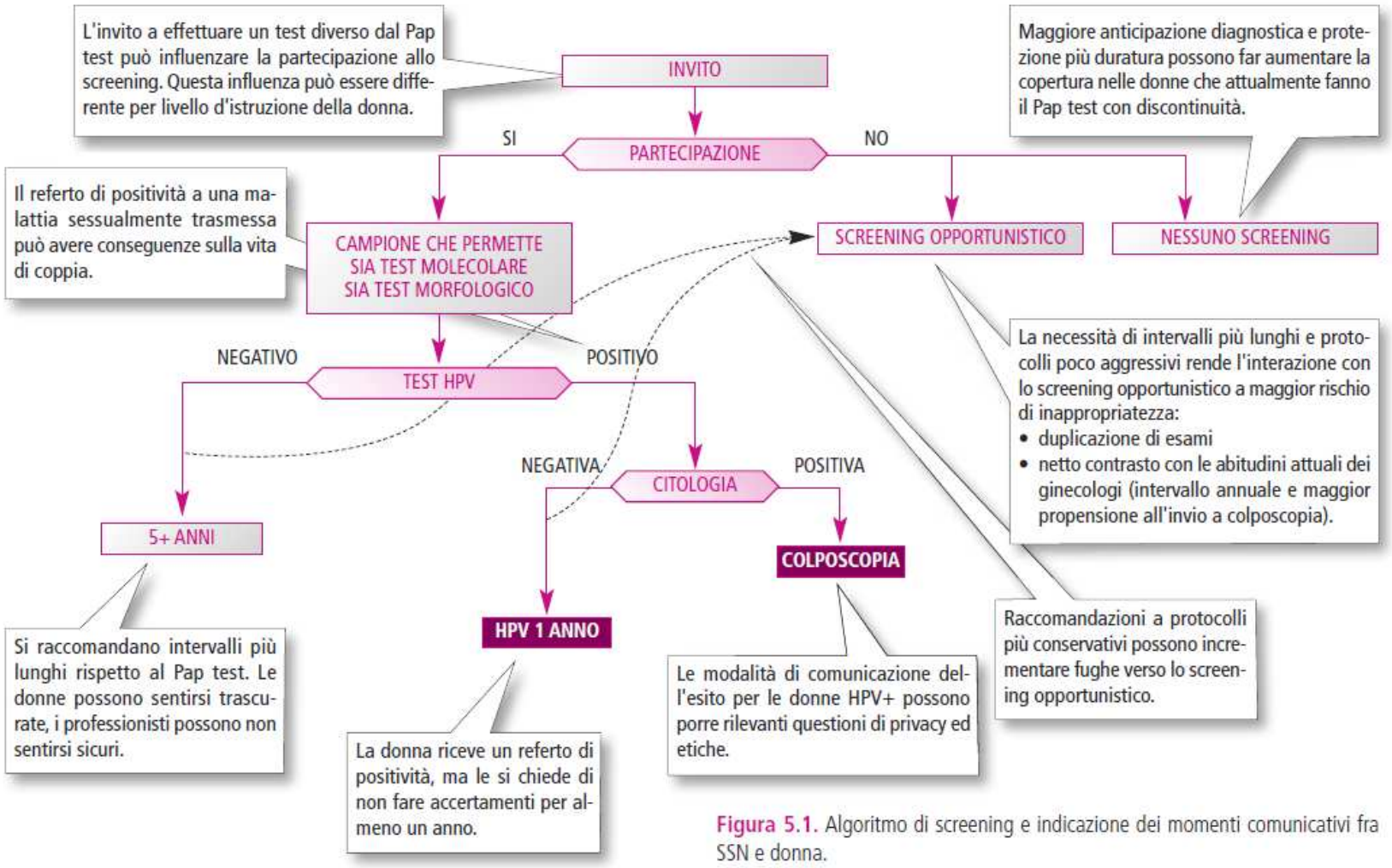


Figura 5.1. Algoritmo di screening e indicazione dei momenti comunicativi fra SSN e donna.
Figure 5.1. Screening algorithm and information on communicative moments between National Healthcare System and screened woman.

La comunicazione

LA COMUNICAZIONE DELL'ESITO POSITIVO

1. problemi di privacy
2. problemi di adesione agli accertamenti proposti
3. problemi di effettuamento di accertamenti non raccomandati
   - ❖per hpv +/cito - con accertamento dopo un anno
   - ❖per hpv – con accertamento dopo 5 anni

INTERAZIONI NEGATIVE CON LO SCREENING SPONTANEO

Test percepito come innovativo!

Intervalli percepiti come inadeguati!

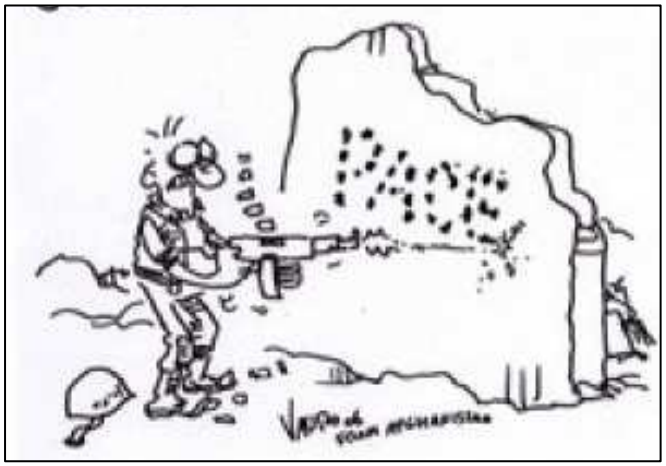
La comunicazione

HPV COME MALATTIA SESSUALMENTE TRASMESSA

- stigmatizzazione delle positive da parte del partner
- inibizione della vita sessuale
- sospetto nei confronti della fedelta' del partner

La comunicazione

Fondamentale la coerenza tra le informazioni scritte e verbali



Da che livello partiamo?

Cosa sanno le donne

Table 1. Weighted percentages and 95% CIs of HPV knowledge items for women with no history of cervical cancer ages 18 to 75 yrs old (*n* = 3,076)—HINTS 2005

Variables	*N*	Weighted % (95% CIs)
Heard of HPV		
Yes	1,248	40.1 (38.4-41.8)
No	1,846	59.9 (58.2-61.6)
Missing	14	
Knows HPV causes cervical cancer*		
Yes	605	47.8 (44.2-51.3)
No	642	52.2 (48.7-55.8)
Missing	1	
Knows HPV is an STI*		
Yes	806	63.9 (60.6-67.0)
No	441	36.2 (33.0-39.5)
Missing	1	
Knows HPV causes abnormal Pap*		
Yes	962	79.2 (76.0-82.0)
No	285	20.8 (18.0-24.0)
Missing	1	
Knows HPV is *not* rare (reverse coded)*		
Yes	872	70.3 (66.7-73.7)
No	375	29.7 (26.3-33.3)
Missing	1	
Knows HPV often resolves without treatment*		
Yes	43	3.8 (2.5-5.7)
No	1,204	96.2 (94.3-97.6)
Missing	1	
Knows HPV does *not* affect chances of getting pregnant (reverse coded)*		
Yes	127	13.4 (10.6-16.7)
No	1,120	86.6 (83.3-89.4)
Missing	1	
Summary knowledge scale about other HPV issues*		
Zero out of five items correct	135	9.1 (7.4-11.3)
One out of five items correct	177	14.9 (12.3-18.0)
Two out of five items correct	276	22.7 (19.3-26.4)
Three out of five items correct	569	44.4 (40.6-48.2)
Four out of five items correct	76	7.4 (5.3-10.2)
Five out of five items correct	14	1.5 (0.8-3.1)
Missing	1	

*Questions about HPV knowledge were only asked among the 1,248 women who reported having heard of HPV.

What Do Women in the U.S. Know about Human Papillomavirus and Cervical Cancer?

Jasmin A. Tiro, Helen I. Meissner, Sarah Kobrin, et al.

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2007;16:288-294.

Cosa sanno le donne

Vaccine 30 (2012) 2075–2082

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine

Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women

Serena Donati[a,*], Cristina Giambi[b], Silvia Declich[b], Stefania Salmaso[c], Antonietta Filia[b], Marta Luisa Ciofi degli Atti[d], Maria Pia Alibrandi[e], Silvia Brezzi[f], Francesca Carozzi[g], Natalina Collina[h], Daniela Franchi[i], Amedeo Lattanzi[l], Margherita Meda[m], Maria Carmela Minna[n], Roberto Nannini[o], Giuseppina Gallicchio[p], Antonino Bella[b], The PreGio Working group[1]

Table 3
Women's kowledge about HPV, Pap-smear and HPV vaccine.

	Correct answer		Wrong answer		Do not know	
	n	%	*n*	%	*n*	%
HPV may cause cervical cancer	494	74.1	173	25.9	–	–
HPV infections are preventable	505	75.7	33	5.0	129	19.3
HPV is a sexualy transmitted disease	433	64.9	88	13.2	146	21.9
HPV infections are frequent	423	63.4	72	10.8	172	25.8
Sometimes an HPV infection can last years	389	58.4	30	4.5	247	37.1
HPV may infect both, men and woman	276	41.4	197	29.6	193	29.0
Most HPV infections resolve spontaneously	140	21.0	302	45.4	224	33.6
HPV may infect you without symptoms	497	74.6	37	5.6	132	19.8
HPV may cause genital warts	59	8.8	608	91.2	–	–
HPV may cause other anogenital cancers (penis, anus)	57	8.5	610	91.5	–	–
Pap-smear prevents cervical cancer	418	62.9	204	30.3	45	6.8
Pap-smear is very or relatively effective in preventing cervical cancer	590	88.6	12	1.8	64	9.6
Pap-smear every 3 years	182	27.5	401	60.7	78	11.8
HPV vaccine prevents around 70 of cervical cancers	142	38.7	109	29.7	116	31.6

Fonti informative

Table 2
Information sources about Pap-smear, HPV and vaccine.

	Pap-smear		HPV		Vaccine (reported)		Vaccine (expected)	
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Friends/family members	403	60	181	27	134	20	28	4
Media	76	11	151	23	185	28	–	–
Gynaecologist	204	31	89	13	56	8	366	55
General Practitioner	83	12	50	8	52	8	324	49
Maternal & Child Health Centers	20	3	20	3	17	3	108	16
Vaccination Centers	–	–	–	–	–	–	81	12
Pharmacist	–	–	–	–	–	–	5	1
Internet	10	2	32	5	24	4	31	5
Do not know, do not remember	8	1	14	2	13	2	–	–

Censis 2011 - **LE DONNE ITALIANE E LA PREVENZIONE DELL'HPV**
La conoscenza delle patologie da Papillomavirus umano e la propensione alla vaccinazione

L'indagine ha fatto luce su questi aspetti evidenziando una serie di punti cruciali.

- Sul tema generale della *prevenzione*, sebbene sia consolidata nella popolazione femminile la regolarità nell'accesso alle visite ginecologiche (il 66,5% dichiara di effettuarne almeno una l'anno) ed al Pap test (54,2%), l'informazione sulle finalità di quest'ultimo risulta generica, con meno di una donna su tre che sa esattamente a cosa serva l'esame, ossia a diagnosticare in modo rapido e precoce la presenza di un eventuale tumore al collo dell'utero.

- La *conoscenza delle patologie da Papillomavirus umano* tra le donne italiane appare parziale, se non superficiale: è vero, infatti, che l'80% delle intervistate dichiara di sapere che cosa sia l'HPV e la maggioranza di esse ne conosce le caratteristiche essenziali ed è al corrente delle conseguenze più gravi dell'infezione, ma meno della metà delle donne collega l'HPV ai condilomi genitali e quasi il 70% ritiene che colpisca solo le donne (Tab. 1).

Tab. 1 - Definizioni di Papillomavirus Umano o HPV, per area geografica *(val.%)*.

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
È il virus responsabile di diversi tumori, soprattutto di quello al collo dell'utero	93,8	93,9	94,4	94,7	94,2
È un virus che causa diverse patologie dell'apparato genitale, sia benigne che maligne, ma che molto spesso rimane completamente asintomatico	84,0	80,0	82,9	83,1	82,7
È un virus che colpisce solo le donne	68,1	65,0	67,8	69,2	67,8
E' il virus responsabile dei condilomi genitali	47,5	41,9	43,4	52,2	47,2
È il virus responsabile dell'AIDS	7,3	6,2	6,1	11,1	8,1
È il virus responsabile dei tumori della pelle	7,6	8,2	7,0	7,7	7,6
È il virus responsabile dell'epatite C	5,9	5,3	5,3	8,9	6,7

Tab. 2 - Le modalità di trasmissione dell'HPV, per area geografica *(val. %)*.

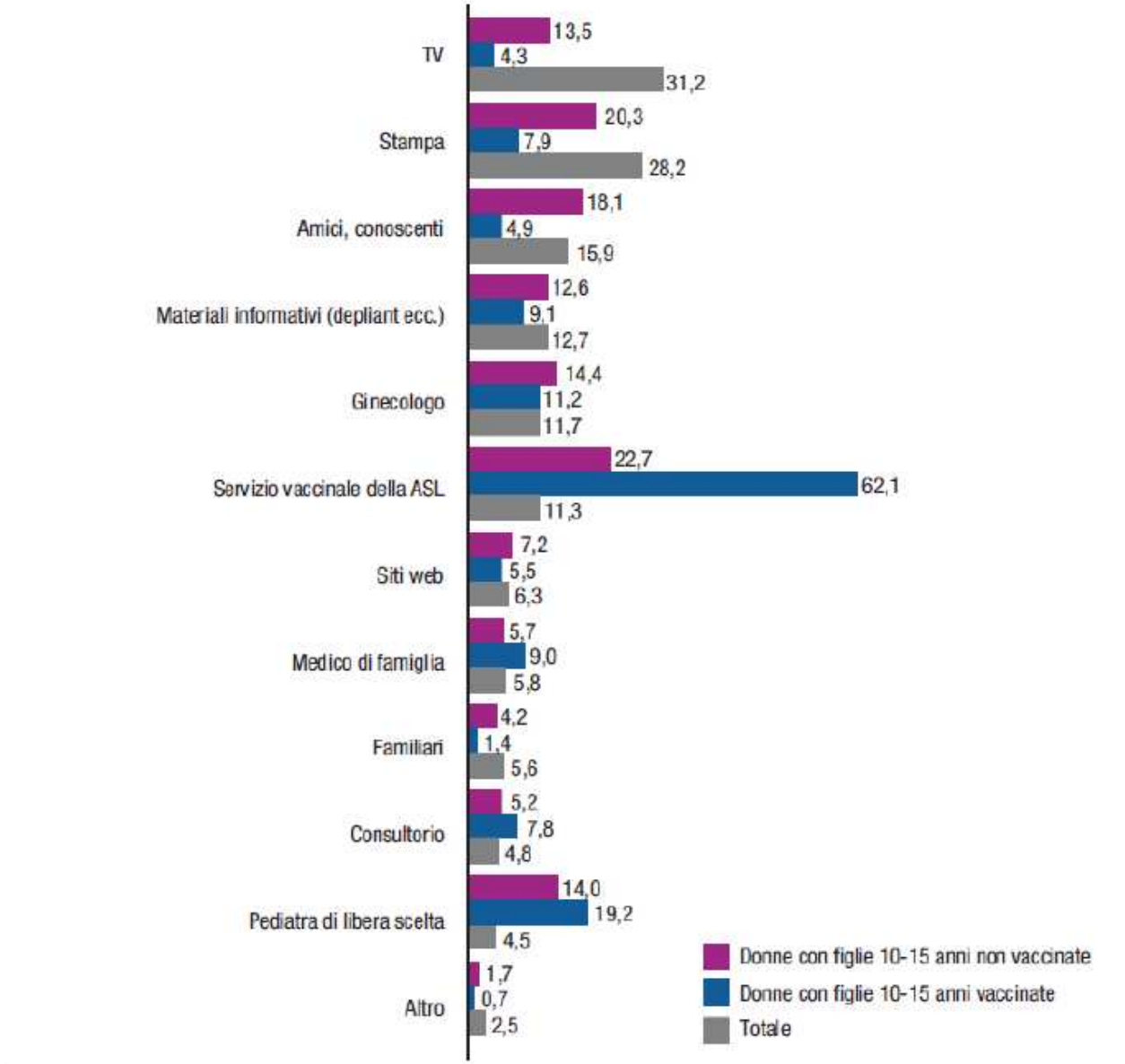
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Attraverso i rapporti sessuali completi	69,0	70,0	64,4	66,9	67,5
Attraverso i rapporti sessuali anche non completi (Petting -contatto mucose parti intime)	37,8	39,3	26,2	41,7	37,0
Attraverso l'uso di servizi igienici comuni (toilette, doccia, sauna, etc.)	9,8	11,6	10,7	12,0	11,1
Mediante l'uso o il contatto con oggetti contaminati (asciugamani)	8,5	10,7	10,9	9,4	9,7
Attraverso trasfusioni di sangue, o scambio di siringhe	4,1	4,2	4,1	7,4	5,3
Attraverso il contatto ravvicinato con una persona infetta (stretta di mano, bacio, starnuto, etc.)	4,2	2,9	7,3	2,8	4,1
Altro	2,6	1,3	3,7	1,4	2,2
Non sa	12,5	15,5	12,8	13,0	13,3

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: Indagine Censis 2011

Prevale l'idea che il virus si diffonda mediante
il rapporto sessuale completo e che pertanto l'uso del preservativo rappresenti una protezione sufficiente (solo il 20% delle rispondenti sa che non è possibile eliminare completamente i rischi di contagio quando si è sessualmente attivi) (Tab. 2).

Ben 4 donne su 5 sostengono che ci sia una *scarsa chiarezza delle informazioni* che circolano riguardo all'HPV

Fig. 1 - Principali fonti d'informazione sulla vaccinazione HPV, per presenza di figlie 10-15 anni vaccinate o meno *(val.%)*.



Fonte: indagine Censis 2011

L’allungamento dell’intervallo

Preventive Medicine 57 (2013) 641–645

Contents lists available at ScienceDirect

Preventive Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ypmed

Patient knowledge and beliefs as barriers to extending cervical cancer screening intervals in Federally Qualified Health Centers☆,☆☆

Nikki A. Hawkins [a,*], Vicki B. Benard [a], April Greek [b], Katherine B. Roland [a], Diane Manninen [b], Mona Saraiya [a]

[a]
[b]

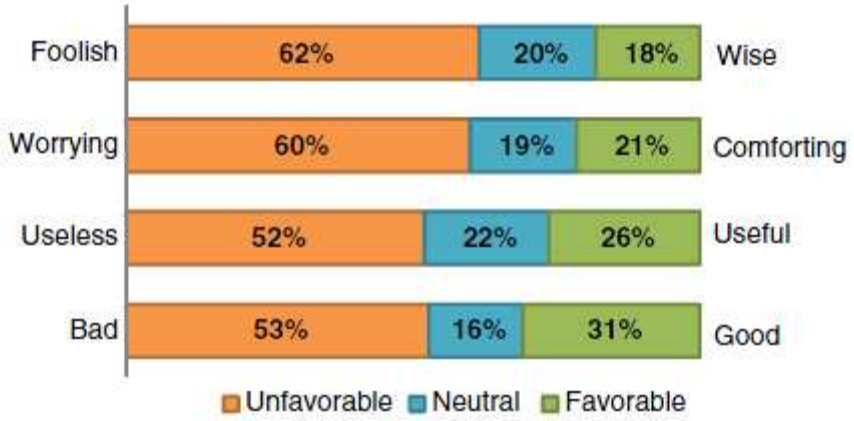


Fig. 2. Beliefs about waiting three years between Pap tests (n = 600–618). (Study was conducted in 15 Federally Qualified Health Center clinics in Illinois, USA, 2009–2011.)

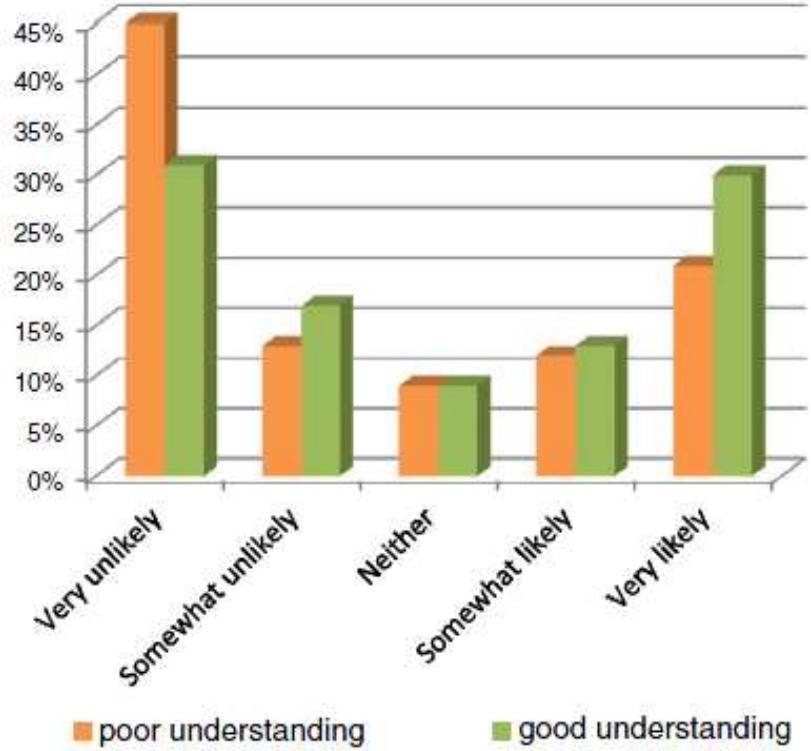


Fig. 3. Intentions to wait three years before the next Pap test by general understanding of the Pap test's purpose (n = 608). (Study was conducted in 15 Federally Qualified Health Center clinics in Illinois, USA, 2009–2011.)

Cosa vorrebbero sapere

What Questions do People Ask on a Human Papillomavirus Website? A Comparative Analysis of Public and Private Questions

Sung-Jong Lee[1], Hae-Jung Yun[2], Keun-Ho Lee[3], Chan-Joo Kim[3], and Jong-Sup Park[3]

1. Department of Obstetrics and Gynecology, St. Vincent's Hospital, The Catholic University of Korea, Suwon, Korea
2. Graduate School of Information, Yonsei University, Seoul, Korea
3. Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

Table 2. Comparative analysis of the type and frequency of public and private questions

Categories	Public questions (N=2,330)			Private questions (N=732)		
	Number	%	Rank	Number	%	Rank
1. Treatment of HPV and cervical dysplasia	964	41.4%	1	192	26.2%	2
2. HPV transmission	478	20.5%	2	206	28.1%	1
3. HPV remission	429	18.4%	3	52	7.1%	5
4. Genital warts	62	2.7%	8	112	15.3%	3
5. Risk of cervical cancer	113	4.8%	4	34	4.6%	7
6. HPV vaccination	72	3.1%	7	44	6.0%	6
7. Prevention of HPV	79	3.4%	5	11	1.5%	10
8. Vaginal discharge	74	3.2%	6	12	1.6%	9
9. HPV & pregnancy	25	1.1%	10	56	7.7%	4
10. Laryngeal cancer & HPV	34	1.5%	9	13	1.8%	8
Total	2,330	100%		732	100%	

The chi-square test was performed to evaluate the distribution of categories between public and private questions; significant differences were observed ($p < 0.001$).

I medici

Contents lists available at ScienceDirect

Preventive Medicine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ypmed

Primary care provider practices and beliefs related to cervical cancer screening with the HPV test in Federally Qualified Health Centers

K.B. Roland [a,*], V.B. Benard [a], A. Greek [b], N.A. Hawkins [a], D. Manninen [b], M. Saraiya [a]

[a] Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Cancer Prevention and Control, Epidemiology and Applied Research Branch, 4770 Buford Hwy NE, MS K-55, Atlanta, GA 30341, USA
[b] Battelle, Health & Analytics, 1100 Dexter Ave N, Suite 400, Seattle, WA 98109, USA

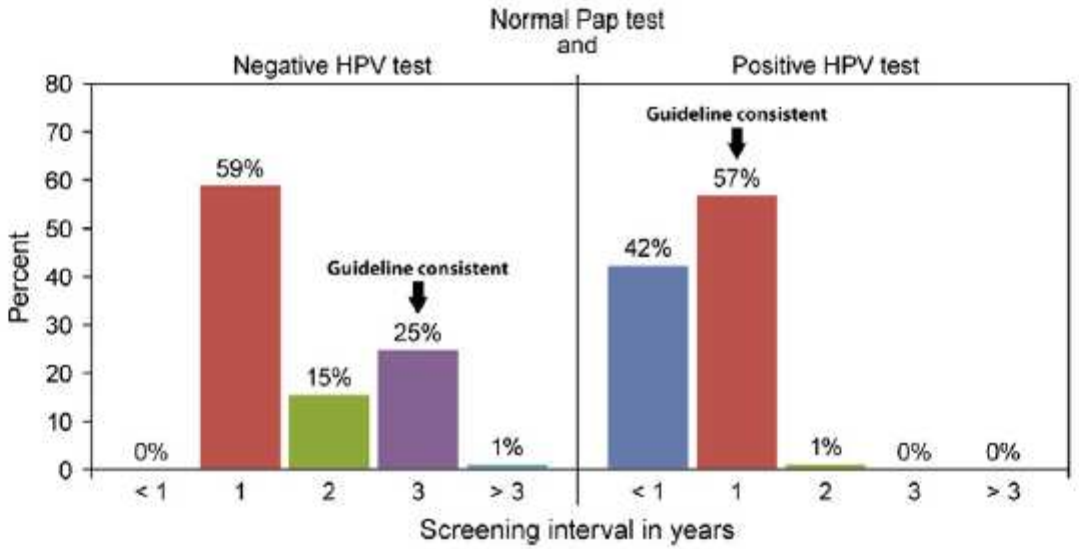


Fig. 1. Primary care provider recommended screening intervals based on the co-test result for a woman 35 years of age (n = 97), 2009–2010. (Study was conducted in 15 Federally Qualified Health Center clinics in Illinois, USA, 2009–2010). HPV = human papillomavirus.

I medici

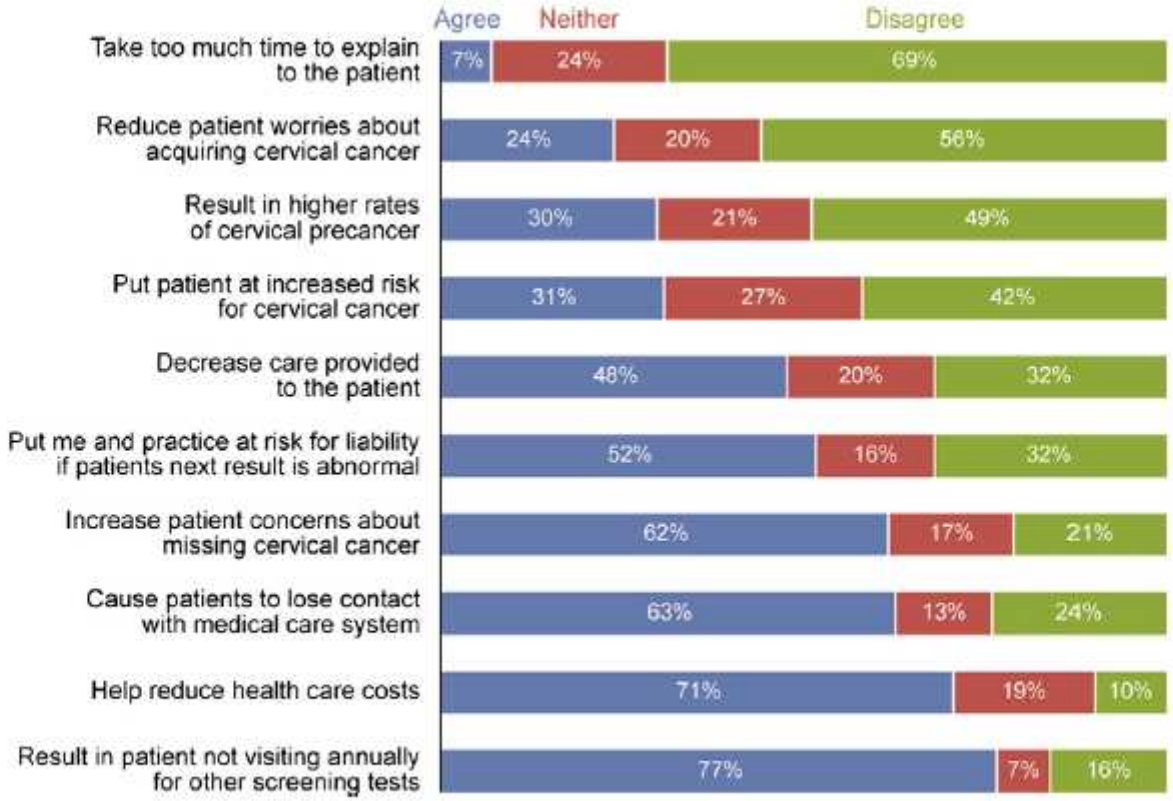


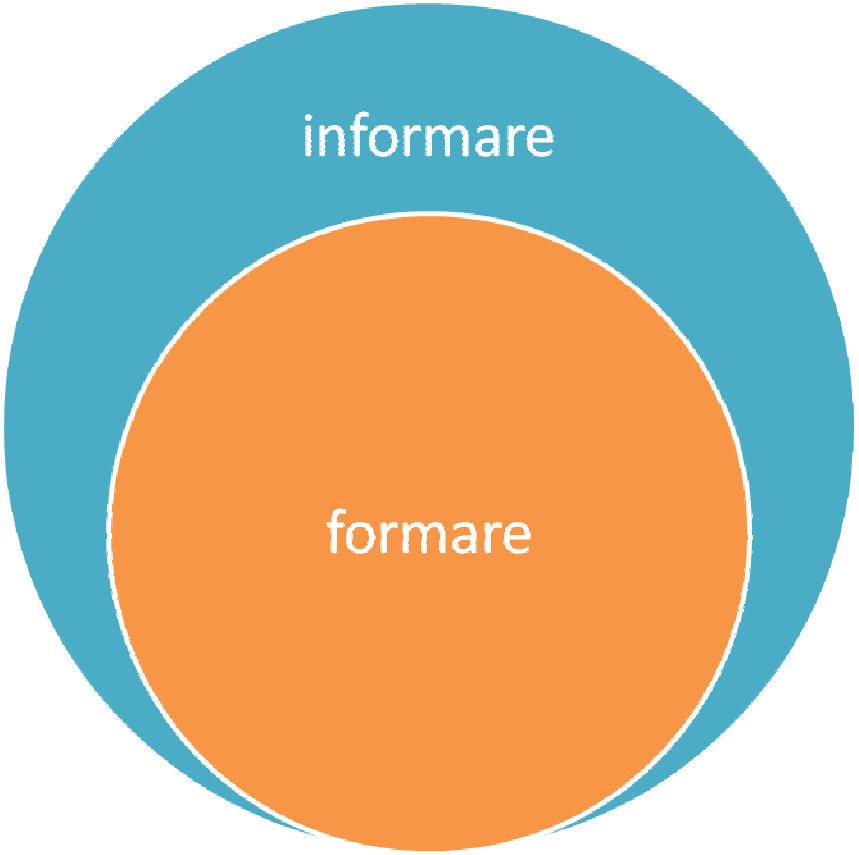
Fig. 4. Primary care provider perceived risks and benefits to extending the screening interval for a 30 year old woman with a normal co-test result, 2009–2010. (Study was conducted in 15 Federally Qualified Health Center clinics in Illinois, USA, 2009–2010). The total n for all measures = 97, except for "help reduce healthcare costs", and "increase patient concerns about missing cervical cancer" where n = 96.

Sito web PREVENZIONE SERENA

Mass media

leaflet

Help line?



Corsi didattica frontale

Tirocini pratici

Workshop tematici

Fad?

quando?

grazie