

Progetto ASS-ITER ETS  
"Contributo alla politica nazionale eritrea a difesa della salute delle donne  
Programma AID 5/ERI/12631/2023  
Report 13 settembre-23 settembre 2024  
Attività svolta dai ginecologi colposcopisti  
Paolo Cristiani (Bologna) Paola Garutti (Ferrara)

**Prima fase.** Abbiamo cercato di cogliere il contesto in cui si doveva svolgere la nostra attività. Grazie ad ASS-ITER abbiamo visitato Asmara e dintorni, cercando di capire il territorio, il tessuto sociale-economico, lo stile di vita, la gente. Abbiamo visitato i tre centri Edaga Hamus, Villaggio, Godaif. Abbiamo incontrato l'Ambasciatore Italiano e il Responsabile Nazionale delle malattie infettive e della prevenzione, con cui si è affrontata la possibilità di attivare un programma di screening organizzato su tutto il territorio utilizzando le risorse strutturali ed umane esistenti, formate e in via di formazione. Abbiamo avuto un incontro preliminare con i Direttori dei tre ospedali e i Citotecnici, con cui si è condivisa la reciproca esperienza.

**Seconda fase. Obiettivo specifico 1** Formazione del personale sanitario per la prevenzione diagnosi e cura del cancro della cervice uterina.

Abbiamo espletato quanto previsto dal progetto sia come formazione che come training. L'attività si è svolta principalmente presso l'ospedale di Edaga Hamus.

*Intervento:* la Sessione 1 era stata trattata in un intervento precedente. Pertanto abbiamo completato la Sessione 2 e la Sessione 3-

Le lezioni teoriche sono state di circa 90 minuti per tre giorni, la durata è stata condizionata dalla disponibilità dei medici già impegnati nella attività quotidiana.

Hanno partecipato quattro medici (il Direttore, il Vicedirettore, uno Specializzando al primo anno e un Medico anziano generico) inoltre due Ostetriche e una Infermiera dell'ambulatorio salute donna.

In questa fase teorica sono stati condivisi i seguenti temi:

1. Inquadramento dello screening attuale, prevenzione primaria con vaccino antiHPV, prevenzione secondaria con screening organizzato sia con Pap test, sia con HPV DNA test come test primario e confronto con VIA screening, citando dati e opinione del WHO in progress a favore dello screening con HPV test per le donne  $\geq 30$  anni.
2. Diagnosi colposcopica: abbiamo somministrato un test di controllo di qualità in colposcopia creato dal gruppo di lavoro screening organizzato Regione Emilia-Romagna e applicato anche in Italia a tutti i colposcopisti di screening (vedi sito GISCi): sono state mostrate 50 immagini di casi reali con relativi dati clinici, in cui i partecipanti dovevano dare il loro giudizio colposcopico da confrontare poi con il giudizio del panel di esperti che lo aveva creato. L'interattività ha creato grande interesse e partecipazione.
3. Trattamenti: sottolineata l'importanza di una diagnosi colposcopica il più certa possibile, abbiamo mostrato il protocollo post diagnosi colposcopica attuale, che prevede la osservazione nei casi a minore rischio di progressione (LSIL-Negativi) o trattamento nei casi a rischio di progressione a carcinoma (HSIL,AIS). Il trattamento escissionale con LEEP (loop electrosurgical excision procedure) è stato presentato come preferito rispetto ad altre tecniche (cono con lama a freddo, laser, terapia distruttiva) per la capacità di conservare la funzione cervicale con minor rischio di effetti collaterali. La tecnica è stata presentata nel minimo dettaglio delle sue fasi. Inoltre sono stati discussi i benefici e gli effetti collaterali, e la necessità di mantenere in follow-up le donne trattate, per rischio di recidiva.  
Al termine abbiamo fornito due check list ( colposcopia e LEEP), linee guida internazionali, e la presentazione teorica in diapositive completa, che tutti i medici hanno chiesto di scaricare nei loro dispositivi elettronici personali.

La fase di training pratica è stata svolta in Edaga Hamus, in ambulatorio salute donna sistemato strutturalmente e fornito di strumentazione da parte di ASS-ITER. I Medici hanno partecipato solo in parte perché impegnati. Abbiamo supervisionato l'attività delle Ostetriche durante il campionamento del Pap test opportunistico in donne che si presentavano spontaneamente nel loro ambulatorio. Abbiamo notato una discreta quota di prelievi insoddisfacenti o da ripetere dopo terapia, che può essere ridotta con monitoraggio e forse con introduzione di innovazioni (*ad esempio prelievo su strato sottile THIN Prep*) che comunque

richiede ulteriore strumentazione specifica.

Abbiamo eseguito la colposcopia in 5 casi su circa 20 Pap test anormali in lista rilevati nelle fasi precedenti. Le pazienti non si sono presentate nonostante la chiamata da parte delle ostetriche. In un caso positivo di particolare importanza abbiamo sollecitato la diagnosi istologica, grazie ad una ottimale collaborazione con un referente ASS-ITER del laboratorio centrale, la diagnosi finale di Carcinoma in situ è stata discussa con il Direttore di Edaga Hamus per decidere insieme la strategia opportuna.

Nello stesso ambulatorio abbiamo messo a punto e condiviso con il Direttore e il Vicedirettore l'uso dello strumentazione fornita da ASS-ITER per eseguire la LEEP, con simulazione pratica eseguita da entrambi i professionisti.

Constatato che i medici non avevano messo in pratica né la colposcopia né la LEEP, strumenti già forniti da ASS-ITER in precedenza, principalmente perché non era stato avviato nessun programma di screening organizzato, ASS-ITER ha preso contatti con "Asmara Textile Factory-Dolce vita" e impostato un **programma pilota di screening**: circa 700 lavoratrici, tre pomeriggi e un sabato mattina, due Ostetrica/co, allestimento di un punto prelievi nell'ambulatorio della fabbrica, invio dei prelievi al laboratorio di Edaga Hamus. Sono stati eseguiti 93 prelievi citologici dalle Ostetrica/co con la nostra supervisione per monitorare la correttezza del campionamento e dell'allestimento del vetrino.

Per completare, si è ipotizzato di proseguire in tempi successivi con una seduta di prelievi ogni sabato mattina fino ad esaurimento, previa condivisione del progetto con il Direttore clinico di Villaggio che aveva fornito il personale e il materiale.

### **Punti di forza e di debolezza**

Il progetto ASS-Iter è ben strutturato, gli strumenti forniti sono all'avanguardia.

La realizzazione di un programma di screening organizzato *sembra fattibile* in questo paese soprattutto perché il numero totale di donne da raggiungere non è molto alto e il territorio non è vasto.

ASS-Iter ha fatto molto perché ha fornito strumentazione, materiale di consumo e ristrutturato ambienti e formato operatori; ora occorre che il paese, ovvero i responsabili di salute proseguano con progetti organizzati locali, che prevedano l'impiego delle strutture, delle strumentazioni, e delle persone formate.

Certamente ci sono punti cruciali risultati deboli come l'igiene, la sterilità, l'ordine, la privacy, il tracciamento del percorso completo della donna, la rendicontazione dell'attività, l'esperienza solo iniziale- per questo sarebbe utile introdurre la figura del "Coordinatore di screening" risultata in Italia fondamentale per il buon funzionamento dello screening.

Altro punto su cui intervenire è l'adesione delle donne. Peraltro noi abbiamo avuto la percezione che le donne apprezzino l'offerta di prevenzione- Forse l'adesione potrebbe essere raggiunta in tempi brevi, con la *obbligatorietà della partecipazione allo screening* (come è stato fatto con il vaccino antiHPV), e con la distribuzione di una rete di sedi di prelievo che raggiunga anche il territorio periferico delle città, per avvicinarsi alle donne, magari utilizzando gli stessi ambulatori periferici già esistenti.

Ipotizzabile anche l'autoprelievo, come suggerisce oggi WHO, se si riuscisse a introdurre il nuovo screening con HPV DNA test per le donne sopra i 30 anni al posto del Pap test (In Italia inserito dal piano nazionale di prevenzione 2014-19), sempre con necessità di strumentazione dedicata

Per quanto riguarda *l'attività del secondo livello di approfondimento diagnostico-terapeutico*, di nostra maggiore competenza, i medici sono risultati interessati ad acquisire nuova competenza in questo campo e poiché inizialmente probabilmente bastano pochi centri di colposcopia e terapia, forse i Direttori dovrebbero individuare medici, magari giovani, da dedicare a questa attività (almeno in parte) poiché richiede esperienza, e assoluta precisione nell'esecuzione, anche degli interventi.

***Segnaliamo che al termine del nostro intervento i Medici e le Ostetriche/ci hanno chiesto di proseguire questa formazione e collaborazione, e sono stati interessati alla acquisizione dell'innovazione proposta.***

A latere, abbiamo raccolto anche il loro desiderio di acquisire una altra competenza in Isteroscopia, per la diagnosi di patologia endometriale, che richiede strumentazione dedicata ed esperienza specifica



27 settembre 2024