

**ANALIZA SUBPROGRAMULUI DE PREVENȚIE
ȘI DEPISTARE PRECOCE A CANCERULUI DE
COL UTERIN ÎN RÂNDUL FEMEILOR DIN
ROMÂNIA (2012-2018)**

RAPORT DE CERCETARE

APRILIE 2019

Studiul a fost realizat în cadrul proiectului ”ReFormarea si Eficientizarea Managementului Oncologic în România (reFEM-Onco-Ro)”, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020.

Proiectul este implementat de Fundația Renașterea în parteneriat cu Institutul Național de Sănătate Publică în perioada august 2018 – decembrie 2019, iar scopul proiectului este creșterea gradului de conștientizare și recunoaștere în societatea noastră a importanței screening-ului în documentele legislative și nevoia de adoptare a unui comportament preventiv în afecțiuni oncologice în rândul populației generale.

Echipa de cercetare a fost formată din: Mirela Lotreanu (expert regional cercetare Constanța), Simona Macovei (expert regional cercetare Iași), Mihaela Albu (expert regional cercetare Râmnicu Vâlcea), Irina Petecel (expert regional cercetare Timișoara), Alexandra Hosszu (expert senior cercetare și prelucrare date).

Autor raport: Alexandra Hosszu

CUPRINS

INTRODUCERE	4
CLARIFICĂRI TERMINOLOGICE	6
POVARA CANCERULUI ÎN EUROPA ȘI ROMÂNIA	7
PROGRAME DE SCREENING LA NIVEL EUROPEAN	10
PROGRAMUL DE SCREENING PENTRU CANCERUL DE COL UTERIN ÎN ROMÂNIA	13
CONCLUZII DIN RAPORTUL ISTORIC: POLITICI PUBLICE NATIONALE SI RECOMANDARI INTERNATIONALE	25
METODOLOGIA CERCETĂRII	27
1. DATE CALITATIVE	30
1.1 CUNOAȘTEREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SCREENING.....	30
1.2 PUNCTE TARI ALE PROGRAMULUI NAȚIONAL DE SCREENING	31
1.3 PROVOCĂRI ÎN IMPLEMENTAREA PROGRAMULUI	33
1.4 RECOMANDĂRI PENTRU VIITOARE PROGRAME DE SCREENING.....	37
6.5 CONCLUZII	39
2. DATE CANTITATIVE	40
2.1 FEMEI – POPULAȚIE GENERALĂ	40
7.1.1 Starea de sănătate generală a femeilor respondente.....	41
7.1.2 Date despre consultațiile ginecologice.....	43
7.1.3 Afecțiuni oncologice și Programul Național de Screening pentru cancerul de col uterin	47
7.1.4 Concluzii.....	52
2.2 MEDICI DE FAMILIE ȘI GINECOLOGI.....	53
7.2.1 Atitudini și percepții ale medicilor	55
7.2.2 Cunoașterea și implicarea Programului Național de screening	55
7.2.3 Analiza Programului Național de screening din perspectiva medicilor	62
7.2.4 Concluzii	67
CONCLUZII	68
RECOMANDĂRI	73
REFERINȚE	75
LISTA FIGURILOR ȘI TABELELOR.....	76

Introducere

În prezent, România se află pe locul 3 în rândul Statelor membre UE-28 în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin. Rata standardizată cu vârsta a incidenței cancerului de col uterin este de 2,5 ori mai mare față de media UE-28 (figura 1)¹.

Dintre toate formele de cancer, cel de col uterin s-a dovedit a fi cel mai eficient controlat prin intermediul **screening-ului**. Astfel, incidența cancerului cervical poate fi redusă cu până la 80%² ca urmare a programelor de screening la nivel populațional, însă acest indicator poate fi atins prin calitatea proceselor începând cu invitarea populației și până la monitorizarea și evaluarea programului. Principalul obiectiv al programelor de screening pentru cancerul de col uterin este de a reduce mortalitatea cauzată de această boală și incidența bolii invazive.

În anul 2012, în cadrul Programului Național de Boli Netransmisibile, a fost înființat **Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening**. Subprogramul a fost planificat pentru 5 ani și a vizat femeile cu vârste între 25 și 64 de ani, indiferent de calitatea de asigurat a acestora, atât timp cât nu au diagnostic confirmat de cancer de col uterin sau antecedente sugestive pentru această patologie.

Acoperirea populației prin program de screening pentru cancerul de col uterin în România a fost limitată. Conform datelor din raportul anual de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2017, în perioada 2012 – 2017, au fost efectuate în total 611.630 de teste în cadrul acestui subprogram (reprezentând 10.8% din populația de vârstă eligibilă)³.

În vederea completării datelor existente cu privire la implementarea programului de screening pentru cancerului de col uterin în România, Fundația Renașterea a demarat o analiză extinsă a acestuia generând astfel propunerii de îmbunătățire pentru programul actual. **Scopul** cercetării a fost analiza *Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening*.

Cercetarea a fost realizată în perioada octombrie 2018 – aprilie 2019, în mediul urban mare, în localitățile București, Constanța, Iași, Râmnicu –Vâlcea și Timișoara utilizând o **abordare mixtă**, îmbinând metode calitative și cantitative. Astfel, au fost aplicate 600 de chestionare pentru populație feminină, 120 de chestionare pentru personal medical relevant pentru programul de screening. De asemenea, au fost realizate 12 interviuri și 6 focus grupuri cu stakeholderi relevanți pentru programul de screening (medici de familie, ginecologici, femei

¹ Joint Research Centre; European Cancer Information System, 2018; <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/> (accesat nov.2018)

² IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARCPress, Lyon

³ Ministerul Sănătății, raport Anual de Activitate al Agenției Naționale Programe de Sănătate, pg. 170. <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2018/08/Raport-de-activitate-MS-2017-.pdf>(accesata nov.2018)

care au beneficiat de program, femei care nu au beneficiat de program, reprezentanți DSP, reprezentanți INSP).

Limitele cercetării vizează următoarele aspecte:

- Aria geografică pentru aplicarea chestionarelor a fost urbană (mare) ceea ce a determinat o structură a respondenților cu nivel de educație ridicat și statut socio-economic peste medie;
- Numărul respondentelor care au beneficiat de programul de screening este redus (ca urmare a procentului redus din populație care a participat la program, sub 10%, a fost dificil să identificăm acele persoane care au beneficiat);

Acoperirea populației feminine prin programul național de screening în perioada 2012-2018 a fost limitată (puțin peste 10%), însă această primă rundă a programului cu baze populaționale reprezintă un punct de pornire pentru dezvoltarea programelor viitoare. Acest program de 5 ani poate fi considerat un „program de screening cu baze populaționale pilot” din care putem extrage o serie de lecții învățate.

Deși, din răspunsurile participanților la interviuri și focus grupuri, a fost mai ușor să identificăm provocările programului, în analiza acestuia am inclus și punctele tari ale programului care vin în sprijinul continuității acestuia: crearea unor seturi de practici instituționale și crearea unui nucleu de profesioniști în domeniul screening-ului pentru cancerul de col uterin.

De asemenea, a fost remarcat un **trend descendent în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin** în România (de la 34.9 femei la 100000 în anul 2012 la 31.2 femei la 100000 în anul 2018), România ajungând pe locul a 3-lea în topul statelor europene cu incidență mare a cancerului de col uterin (după Letonia și Estonia). Această îmbunătățire cu siguranță nu poate fi atribuită doar programului de screening, ci unui set complex de factori care au determinat o **mai mare prevenția și rutină a controalelor ginecologice** pe care femeile din România le au. Femeile au interiorizat o rutină a consultului ginecologic regulat (aproximativ 1 dată pe an), acest lucru poate fi influențat și de faptul că 42% dintre respondente au cunoscut cel puțin 1 persoană diagnosticată cu cancer de col uterin ceea ce înseamnă că informațiile au fost transmise informal. În continuare însă, incidența cancerului de col uterin și mortalitatea cauzată de aceasta în România sunt printre cele mai mari din Europa.

Deși un procent ridicat dintre femeile participante la componenta cantitativă a studiului au auzit de programul de screening (71%), doar 7% dintre ele au beneficiat de acesta, iar dificultățile întâmpinate de acestea sunt legate de neclaritatea procesului și lipsa unor informații coerente, dar și necesitatea de a vizita mai mulți medici.

Principalele provocări ale programului au fost legate de ownership-ul acestuia (Ministerul Sănătății fiind cel care asigură bugetul și continuitatea legislativă, în timp ce INSP coordonează implementarea programului), supra reglementare, finanțare instabilă, resurse

umane insuficiente sau insuficient pregătite, comunicare neclară și netransparentă atât către medicii implicați în program, cât și către populația eligibilă, calitate scăzută a recoltării și interpretării rezultatelor, neurmărirea pacienților după identificarea leziunilor pre canceroase.

Medicii consideră că obiectivele programului național de screening au fost îndeplinite parțial, deși s-a confruntat cu o serie de dificultăți printre care: neclaritatea procedurilor instituționale, neîncrederea pacienților în program, slaba implicare a medicilor de familie și ginecologi în program sau existența mai multor rețele de screening la nivel regional.

Cea mai mare parte a medicilor consideră că este nevoie de includerea testării HPV în programul de screening, dar și că ar trebui realizată o mai bună informare a populației atât cu privire la riscurile implicate de cancerul de col uterin, cât și cu privire la beneficiile depistării precoce prin screening.

Clarificări terminologice⁴

- **Subprogramul de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin** (denumit în text program adeseori) - ansamblu de acțiuni multianuale organizate pe o perioadă de 5 ani, în scopul prevenirii și combaterii acestei afecțiuni maligne;
- **Screeningul pentru cancerul de col uterin** - testarea prin metoda frotiului cervical Babeș-Papanicolaou a populației feminine
- **Comisia națională pentru prevenirea cancerului de col uterin** – instituție la nivelul Ministerului Sănătății care coordonează methodologic activitățile specifice subprogramului
- **Unitatea națională de management** - ca structură funcțională, fără personalitate juridică, în cadrul Institutului Național de Sănătate Publică București
- **Unități regionale de management** - structuri fără personalitate juridică în cadrul unor unități sanitare din subordinea Ministerului Sănătății care asigură coordonarea activităților specifice subprogramului într-o regiune teritorială arondată.

⁴ Conform ORDIN nr. 537 din 5 iunie 2012 privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin

Povara cancerului în Europa și România

Cancerul reprezintă a doua cauză de morbiditate și mortalitate la nivel mondial. Povara globală a bolii este estimată la 18.1 milioane de cazuri noi și 9.6 milioane decese în anul 2018. Unul din 5 bărbați și una din 6 femei dezvoltă cancer de-a lungul vieții și unul din 8 bărbați și una din 11 femei mor din cauza cancerului. Acești indicatori, în creștere, la nivel global, au mai multe cauze: creșterea populației și fenomenul de îmbătrânire, dar și modificări ale prevalenței unor factori de risc specifici dezvoltării economice și sociale⁵.

Numărul de cazuri noi de cancer în Europa reprezintă 20,3% din totalul cancerelor înregistrate, deși ponderea populației europene este de doar 9% din populația globului.¹

Principalele cauze de cancer în 2018 sunt reprezentate de cancerul pulmonar, cancerul de sân la femei și cancerul colo-rectal. Aceste trei localizări reprezintă primele trei cauze de cancer și sunt clasificate în primele cinci cauze de deces prin cancer.

Rata totală a incidenței, pentru multe tipuri de cancer, este de 2-3 ori mai ridicată în țările cu un index al dezvoltării umane (HDI) ridicat, față de cele cu HDI mediu sau scăzut. Cu toate acestea diferențele între ratele de mortalitate între statele dezvoltate și cele cu dezvoltare medie sau scăzută sunt mai mici, pe de-o parte din cauza faptului că în statele cu HDI scăzut se înregistrează anumite tipuri de cancere cu o rată de supraviețuire scăzută și, pe de altă parte pentru că accesul populației la servicii de depistare precoce și tratament este mai redus în statele cu dezvoltare medie și scăzută.

În România, se estimează că în anul 2018, au fost diagnosticate 83.461 de cazuri noi de cancer, cele mai frecvente tipuri de cancer fiind: cancerul pulmonar (13.6% din total), colo-rectal (13.3%), de sân (11.5%), de prostată (7.2%), de vezică urinară (4.7%)². Din numărul total de cazuri noi de cancer în 2018, 38.439 sunt femei (tabel 1)⁶.

Tabel 1. Principalele 5 cauze de cancer la femei- România, 2018

Localizare femei	Cazuri noi înregistrare (nr.)	Pondere
Sân	9.629	25.1%
Colo-rectal	4.576	11.9%
Col uterin	3.308	8.6%
Plămîn	2.761	7.2%
Corp uterin	2.470	6.4%
Alte tipuri	15.695	40.8
TOTAL	38.439	100%

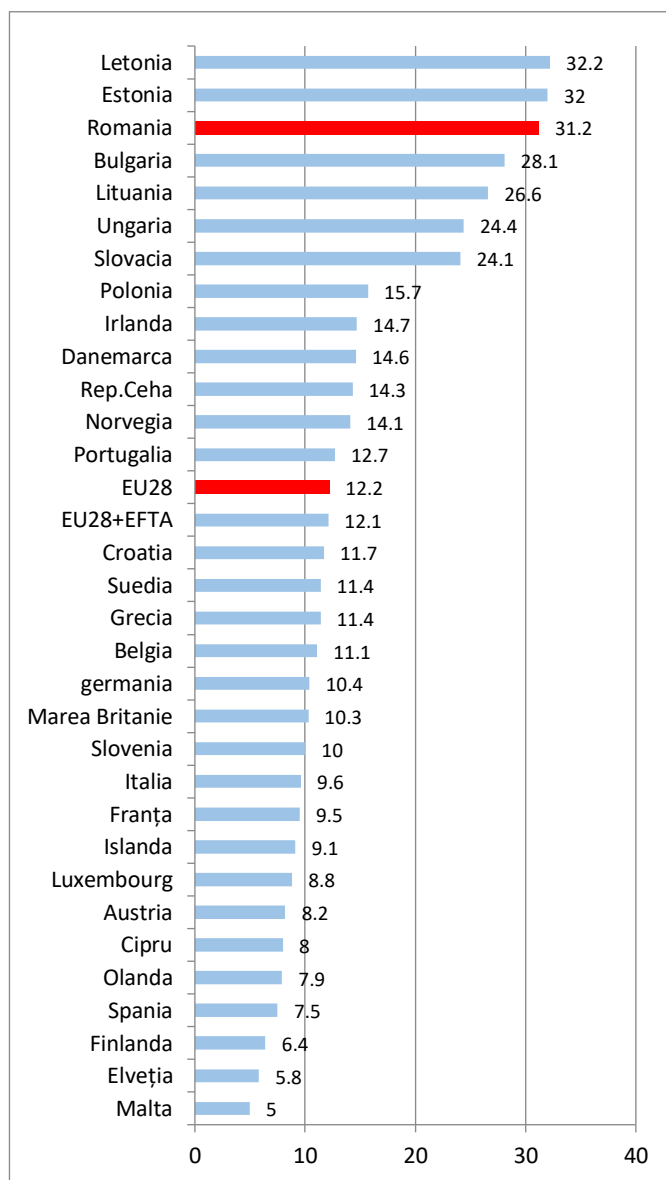
Sursa: Global Cancer Observatory: Cancer Today

⁵ Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel L. R., Torre A. L., Jemal A.; Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries; CA: A cancer Journal for Clinicians; Volume 68, Issue 6, November/December 2018, Pages 394-424; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492> (accesat nov. 2018)

⁶ International Agency for Research of Cancer; Globocan 2018; Cancer Fact sheets; <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/642-romania-fact-sheets.pdf> (accesat nov. 2018)

România se află pe locul 3 în rândul Statelor membre UE-28 în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin. Rata standardizată cu vârsta a incidenței cancerului de col uterin este de 2,5 ori mai mare față de media UE-28 (grafic 1).

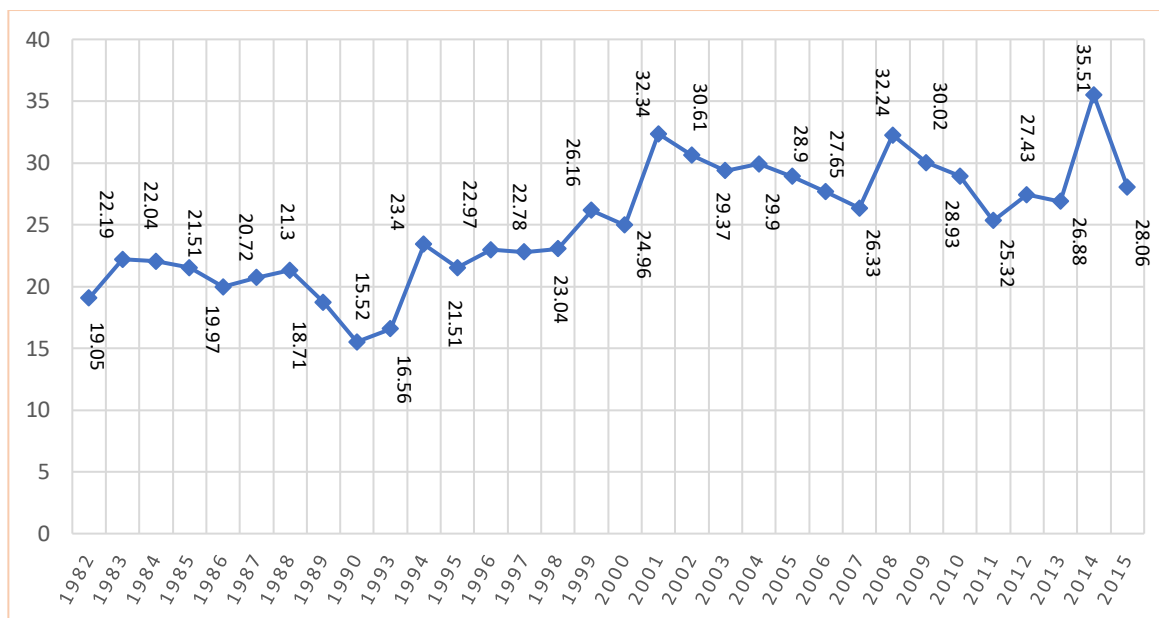
Figura 1. Incidența cancerului de col uterin – UE 28, 2018



Joint Research Centre; European Cancer Information System,
2018; <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

În ultimii 25 de ani, incidența cancerului de col uterin în România, a crescut de la 19 cazuri la 100000 de femei în anul 1983 la 35 la 100000 în 2014 (cel mai mare număr înregistrat). Între 2014 și 2015, se observă o scădere de la 35 la 28 de cazuri noi de cancer cervical la 100000 de femei (grafic2)⁴.

Figura 2. Incidența cancerului de col uterin, Romania 1982-2015



Sursa: World Health Organization, Regional Office for Europe, European Health Information System Gateway; https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_377-2360-incidence-of-cervix-uteri-cancer-per-100-000/visualizations/#id=19308&tab=table

Statul român a recunoscut problema de sănătate publică pe care incidența ridicată a cancerului de col uterin o reprezintă și a inclus în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 obiectivul specific **”Reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat”**⁷.

Obiectivul este operaționalizat prin direcția de acțiune: Consolidarea programului de screening pentru cancerul de col uterin pentru atingerea în cel mai scurt timp a standardelor minime de performanță programatică recomandate la nivel european și implementarea acestuia pe plan național, în paralel cu intervențiile vizând prevenirea primară a acestei forme de cancer prin vaccinare HPV⁸.

⁷ Ministerul Sănătății; Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 ”Sănătate pentru prosperitate”; pg.40

⁸ Ministerul Sănătății; Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 ”Sănătate pentru prosperitate”; pg.40

Programe de screening la nivel european

La nivelul Uniunii Europene, încă din 2003, Consiliul Uniunii Europene a stabilit un set de recomandări privind screening-ul pentru cancer⁹. Recomandările din 2003 menționează **necesitatea implementării unor programe de screening** pentru cancer cu baze populaționale, asigurându-se și **proceduri de diagnostic complementar**, tratament, sprijin psihologic pentru persoanele cu rezultate pozitive. De asemenea, statele trebuie să analizeze și să decidă dacă programul este la **nivel național sau regional** în baza incidenței bolii, resurselor existente, posibilelor efecte adverse și **ținând cont de experiențe anterioare din proiecte pilot** și experimente clinice. În ceea ce privește, înregistrarea și managementul datelor, Recomandările din 2003 au în vedere existența unui **sistem centralizat de date** pentru programele de screening. Instituțiile responsabile de programele de screening trebuie să se asigure prin toate mijloacele că toate persoanele care sunt țintă ale programelor sunt invitate să ia parte în program, oferind acces egal la screening pentru toate grupurile socio-economice. Pentru a asigura calitatea procesului este nevoie de formarea personalului implicat.

Deși cancerul afectează în general persoane în vârstă, cancerul de col uterin se regăsește la femeile adulte cu vârste cuprinse între 35 și 50 de ani. La nivelul Uniunii Europene, anual sunt înregistrate aproximativ 34000 de noi cazuri de cancer de col uterin și peste 16000 de decese cauzate de cancerul de col uterin¹⁰.

Screening-ul este recomandat doar în cazul anumitor tipuri de cancer. Dintre toate formele de cancer, cel de col uterin s-a dovedit a fi cel mai eficient controlat prin intermediul screening-ului. Astfel, incidența cancerului cervical poate fi redusă cu până la 80%¹¹ ca urmare a programelor de screening la nivel populațional, însă acest indicator poate fi atins prin calitatea proceselor începând cu invitarea populației și până la monitorizarea și evaluarea programului. Principalul obiectiv al programelor de screening pentru cancerul de col uterin este de a reduce mortalitatea cauzată de această boală și incidența bolii invazive.

Așa cum este menționat în Recomandările europene pentru asigurarea calității screening-ului pentru cancerul de col uterin (a doua ediție) din anul 2008, „pentru a minimiza efectele adverse și pentru a maximiza impactul pozitiv, screening-ul ar trebui oferit doar în condiții organizate”. În acest sens, se face o distincție între program de screening cu baze populaționale (organizat de către o instituție a statului și adresat întregii populație eligibile) și testarea oportunistă (neorganizată).

În țările nordice (Finlanda, Suedia și Islanda) au fost implementate programe de screening pentru cancerul de col uterin încă din anii 1960 și au fost remarcate reduceri semnificative atât în rata mortalității, cât și în rata incidenței. Începând cu jumătatea anilor 1960

⁹ https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf

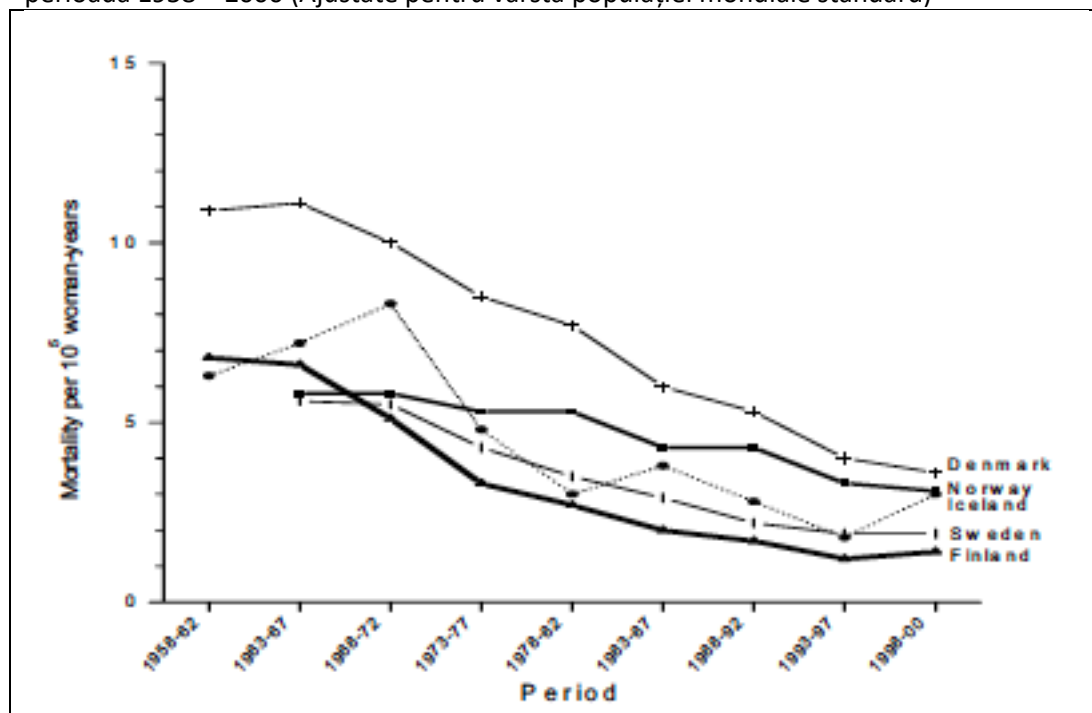
¹⁰ <https://academic.oup.com/annonc/article/21/3/448/167204>

¹¹ IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press, Lyon

a fost constată o scădere a incidenței și mortalității cancerului de col uterin în statele care au demarat programe naționale de screening¹².

Așa cum poate fi observat în Figura 3, rata mortalității a scăzut constant în Danemarca, Norvegia, Suedia, Finlanda în perioada 1958-2000.

Figura 3 – Rata mortalității cauzate de cancerul de col uterin în Țările Nordice pentru perioada 1958 – 2000 (Ajustate pentru vârsta populației mondiale standard)



Sursa: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008

Vârsta la care screening-ul este cel mai eficient pentru a fi realizat este între 35 și 64 de ani. Având în vedere acest aspect, recomandarea europeană este ca programele de screening să concentreze resursele pentru această grupă de vârstă (35-64 de ani), fără a exclude și grupa de vârstă între 25 și 35 de ani¹³.

Intervalul pentru realizarea screening-ului variază în funcție de rezultatul testării Papanicolau. Dacă rezultatul este negativ, de obicei, se recomandă refacerea lui la 5 ani. Dacă rezultatul este pozitiv pentru anumite leziuni, 93% din viitoare leziuni pot fi evitate prin

¹² European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 21

¹³ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 22

refacerea testării anuale, în timp ce 84% dintre acestea ar putea fi evitate prin screening la interval de 5 ani¹⁴.

Raportul „European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition” accentuează eficiența unui screening cu baze populaționale organizat comparativ cu un screening oportunist. Un studiu de caz – control realizat în Finlanda a arătat că eficiența screening-ului organizat a fost de aproape 2 ori mai mare decât cea a screening-ului spontan (oportunist)¹⁵. Concluziile mai multor studii au demonstrat faptul că un screening organizat este mai eficient din perspectiva procentului de populație acoperit și a costurilor implicate¹⁶.

Există 3 categorii de indicatori de performanță dezvoltați și adoptați la nivel european:

- Intensitatea screening-ului
- Performanța testării prin screening
- Evaluarea diagnosticului și a tratamentului

Tabel 2 – Indicatori cheie de performanță pentru programe de screening pentru cancerul de col uterin (2008)

Intensitatea screening-ului	1. Extinderea programului (regional sau național)
	2. Acoperirea populației țintă prin invitații
	3. Acoperirea populației țintă prin teste Papanicolau
	4. Acceptarea invitației
	5. Consumul de teste
	6. Incidența cancerului invaziv la femei neparticipante la screening vs. femei participante la screening într-un anumit interval
Performanța testării prin screening	7. Distribuția femeilor participante la screening în funcție de rezultatele citologice
	8. Rata de recomandare pentru repetarea citologiei
	9. Acceptarea recomandării de repetare a citologiei
	10. Rata de recomandare pentru colposcopie
	11. Valoarea predictivă pozitivă pentru recomandarea colposcopiei
	12. Specificitatea testului
	13. Rata detectării prin diagnostic histologic
	14. Incidența cancerului după citologia normală
Evaluarea diagnosticului	15. Acceptarea recomandării pentru colposcopie
	16. Tratament pentru leziuni intra-epiteliale grave

¹⁴ Hakama M., Miller A.B., & Day N.E. (1986). Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC Working Group on Cervical Cancer Screening and the UICC Project Group on the Evaluation of Screening Programmes for Cancer. IARC Sci. Publ. , 1-315.

¹⁵ Nieminen P., Kallio M., Anttila A., & Hakama M. (1999). Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. Int. J. Cancer 83: 55-58.

¹⁶ European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 23

și a tratamentului	17. Proportia femeilor cu histerectomie ca urmare a leziunilor intra-epiteliale detectate
	18. Proportia femeilor tratate de CIN 1
	19. Incidența cancerului invaziv după citologie anormală
	20. Proportia femeilor cu citologie negativă pentru SIL, la 6 luni după tratament

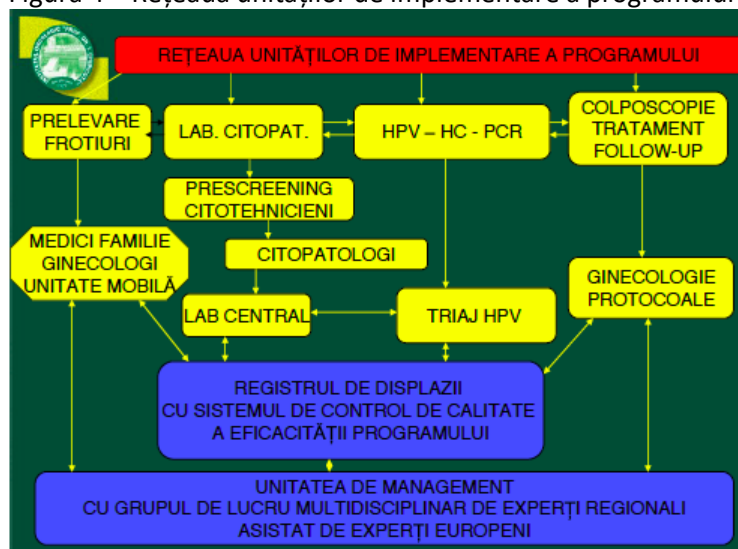
Sursa: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008

Programul de screening pentru cancerul de col uterin în România

Deși Programul Național de Screening organizat a fost implementat începând cu anul 2012, încă din 1965 putem vorbi despre screening oportunist la nivelul României. Înainte de 1990, 800000 de testări Babeș Papanicolau au fost realizate anual ducând la identificarea a 2400 de noi cazuri. Numărul de testări realizate în perioada comunistă era relativ semnificativ, după anul 1990, acesta a început să scadă ajungând la 170000 de testări realizate anual în anul 2006¹⁷.

În perioada 2002-2005 s-a desfășurat un program de screening în județul Cluj (Programul pilot pentru implementarea progresivă la nivel populațional a screening-ului pentru cancerului de col uterin în Transilvania¹⁸) care avea drept țintă toate femeile eligibile cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani. Numărul total de femei eligibile era de aproximativ 200000, ceea ce reprezenta 3% din totalul populației feminine din România. Rata de participare la screening a fost de 18.4%. Ulterior, în 2006, acest program a fost extins și la nivelul altor 5 județe din Transilvania: Bistrița – Năsăud, Satu-Mare, Sălaj, Maramureș și Bihor.

Figura 4 – Rețeaua unităților de implementare a programului pilot Cluj



Sursa: Florian Al. Nicula, Programul de screening al cancerului de col uterin Pilot Regional NV. Raport runda 2003-2007. ALASS- Constanta, 29 Mai 2009

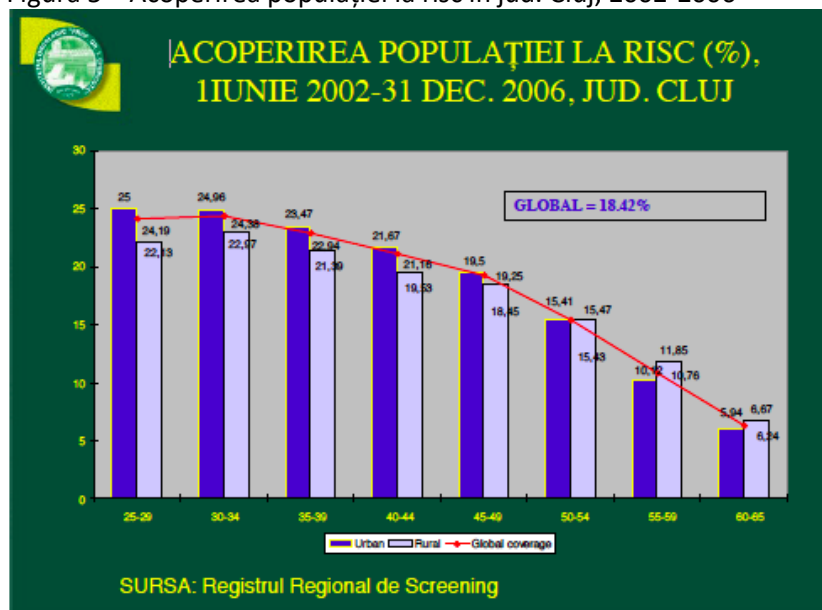
¹⁷ Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012

¹⁸ <http://www.iocn.ro/Noutati/IOCn-primeste-Premiul-Pearl-of-Wisdom-pentru-Prevenirea-Cancerului-de-Col-Uterin--elD213.html>

În intervalul 2002-2006, au fost testate 41628 femei din județul Cluj (reprezentând 18.42% din totalul populației feminine): 77.72% dintre teste au fost efectuate de către medicul ginecolog, 12.16% în cadrul urnei mobile și doar 10.12% de către medicul de familie.

Grupele de vârstă care au avut un procent mai ridicat de testare sunt 25-29, 30-34, 35-29 și 40-44 – fiecare dintre aceste grupe având o pondere de peste 20%.

Figura 5 – Acoperirea populației la risc în jud. Cluj, 2002-2006



Sursa: Florian Al. Nicula, Programul de screening al cancerului de col uterin Pilot Regional NV. Raport runda 2003-2007. ALASS- Constanta, 29 Mai 2009

Parte dintre punctele tari ale Programului Pilot Regional NV identificate de către reprezentanții Institutului Oncologic Cluj (responsabil de implementarea programului) sunt:

- Evaluarea și asigurarea resurselor umane prin formarea specifică de specialiști necesari unității de management și rețelei unităților de implementare;
- Implementarea criteriilor de control de calitate intern și extern la nivelul centrelor de prelevare a fronturilor, a laboratoarelor citopatologice și centrelor de colposcopie – tratament – urmărire în timp;
- Femei din colectivități izolate și neasistate sanitar au beneficiat de program;
- Dezvoltarea unității de management;
- Dezvoltarea registrului de cancer și screening.

Punctele slabe ale programului au în vedere în principal acoperirea redusă a populației (sub 20% pentru județul Cluj și sub 10% pentru celelalte 5 județe) care a fost justificată cel mai adesea prin lipsa fondurilor suficiente sau a finanțării discontinue din partea Ministerului Sănătății. Un alt aspect provocator a fost implicarea medicilor de familie, aceasta fiind destul

de redusă din lipsa motivației. De asemenea, a fost amintit ca punct slab și procentul scăzut al cazurilor depistate pozitiv care au fost monitorizate și tratate (sub 15%)¹⁹.

O analiză comparativă a incidenței și mortalității cancerului de col uterin pe regiuni de dezvoltare relevă disparități foarte mari între regiuni²⁰.

Tabel 3- Incidența și mortalitatea cancerului de col uterin în anul 2005 pe regiuni de dezvoltare

Regiunea	Incidență		Mortalitate		Rata mortalității
	Cazuri	Pondere %	Cazuri	Pondere%	
1. Nord-Est	591	31.31	315	16.69	53%
2. Sud-Est	336	23.18	216	14.9	64%
3. Sud-Muntenia	490	28.74	302	17.71	61%
4. Sud-Vest Oltenia	366	31.14	209	17.78	57%
5. Vest	440	44.04	215	21.52	48%
6. Nord-Vest	423	30.17	232	16.55	54%
7. Centru	347	26.9	159	12.32	45%
8. București Ilfov	209	17.8	145	12.35	69%

Sursa: Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010).

Așa cum poate fi observat din tabelul de mai sus, regiunile 1, 3, 5 și 6 aveau o incidență mai ridicată a cancerului de col în anul 2005 decât media națională. Cea mai mică incidență a cancerului de col uterin a fost înregistrată în regiunea București – Ilfov. În cea ce privește rata mortalității, regiunile cu ponderea cea mai mare sunt 1, 3, 4 și 5, iar cele mai mici valori au fost identificate în regiunile 7 și 8. Deși în Regiunea București-Ilfov incidența cancerului de col uterin este cea mai mică din țară, rata mortalității este foarte mare (69%).

Aceeași analiză publicată în anul 2010 scoate în evidență și impactul redus al screening-ului oportunizat existent în România, în anul 2005:

Tabel 4 – Distribuție testări Papanicolau pe regiuni în anul 2005

Regiunea	Nr. de testări Papanicolau	Total femei	Grupul țintă (25-64 ani)	Procent femei care au beneficiat de screening
1. Nord-Est	30265	1887020	970806	1.6%
2. Sud-Est	9125	1449362	797881	0.6%
3. Sud-Muntenia	16485	1704363	1002675	0.9%
4. Sud-Vest Oltenia	16941	1175038	617942	1.4%
5. Vest	10179	998950	561269	1%
6. Nord-Vest	46231	1401644	766230	3.2%
7. Centru	25991	1289926	710106	2%
8. București Ilfov	30413	1174028	698645	2.5%
TOTAL	197673	11080331	6125554	1.7%

¹⁹ Florian Al. Nicula, Programul de screening al cancerului de col uterin Pilot Regional NV. Raport runda 2003-2007. ALASS- Constanta, 29 Mai 2009

²⁰ Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010)

Sursa: Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010).

Regiunea în care procentul femeilor care au beneficiat de screening a fost cel mai mare (3.2%) este Nord-Vest, cea în care a fost implementat programul pilot de screening populațional. Media națională în ceea ce privește participarea femeilor la screening-ul (oportunist) pentru cancerul de col uterin în anul 2005 a fost de 1.7%. Cel mai redus procent de femei care au făcut testarea Papanicolau în anul 2005 a fost în regiunea Sud-Est (doar 0.6%).

În ceea ce privește specialiștii implicați în screening-ul pentru cancerul de col uterin, a fost remarcat încă din anul 2005 un număr relativ mic de medici de familie, ginecologi, oncologi și histopatologi. Astfel, în 2005, erau puțin peste 10000 de medici de familie la nivelul întregii țări, ceea însemna că un medic de familie este arondat la 578 de femei cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani²¹. În 2007, un ginecolog era disponibil pentru 3012 femei cu vârste între 25 – 64 de ani, un oncolog pentru 21195 de femei eligibile pentru screening, iar 1 histopatolog pentru 13258.

Recomandările din articolul „Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2” accentuează că design-ul unui program de screening pentru cancerul de col uterin cu baze populaționale trebuie să țină cont de diferențele dintre regiuni:

- în unele regiuni există rate mai mari de mortalitate ceea ce indică o nevoie majoră de evaluare a condițiilor și resurselor locale;
- studiile de fezabilitate trebuie să includă și zonele rurale;
- este nevoie de existența unor date centralizate privind calitatea procedurilor citologice
- înainte de demararea unui program la nivel național, este nevoie de o mapare a resurselor (umane, echipamente, laboratoare, materiale) și de o analiză cost-eficiență.

De asemenea, concluzia articolului este că la momentul redactării (2010) un program de screening pentru cancerul de col uterin cu baze populaționale nu este fezabil și că mai este nevoie de pilotare pentru a vedea impactul și eficiența unui astfel de program în România²².

În anul 2012, în cadrul Programului Național de Boli Netransmisibile, a fost înființat **Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening**. Subprogramul a fost planificat pentru 5 ani și vizează femeile cu vârste între 25 și 64 de ani, indiferent de calitatea de asigurat a acestora, atât timp cât nu au diagnostic confirmat de cancer de col uterin sau antecedente sugestive pentru această patologie.

²¹ Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010)

²² Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010)

Programul de screening pentru cancerul de col uterin a fost implementat în mai multe etape:

- 1) În perioada septembrie 2012 – 31 martie 2013 cadrul legal pentru derularea programului a fost asigurat prin Hotărârea Guvernului nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012 și prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1591/1110 din 30 decembrie 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012. În aceasta perioadă finanțarea programului a fost asigurată din fondurile Ministerului Sănătății, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate;
- 2) În perioada 31. martie 2013 - 31 martie 2015 cadrul legal a fost Hotărârea Guvernului Nr. 124 din 27 martie 2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014 și Ordinul Ministrului Sănătății nr. 422 din 29 martie 2013 privind aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014.
- 3) Începând cu 1 aprilie 2015 programul este reglementat de Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016 și Ordinul Ministrului Sănătății nr. 386/31.03.2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2015 și 2016. Începând cu 1 aprilie 2015 finanțarea programului este asigurată din fondurile Ministerului Sănătății prin intermediul Direcțiilor Județene de Sănătate Publică pentru unitățile sanitare aflate în subordinea administrației publice locale și cele din subordinea ministerelor cu rețea sanitară proprie și prin transferuri pentru unitățile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății.

Obiectivul inițial al programul de screening pentru cancerul de col uterin definit în 2012 a fost: Reducerea incidenței formale invazive ale cancerului de col uterin și mortalității datorate acestora²³.

Obiectivele specifice asumate care contribuie la atingerea obiectivului general au fost:

1. Depistarea cancerului de col uterin în stadii precoce;
2. Îndrumarea pacientei or cu leziuni precursore sau incipiente către servicii medicale specializate de diagnostic și tratament;
3. Creșterea gradului de informare a populației pentru utilizarea serviciilor de screening ca metodă de depistare precoce a cancerului de col uterin la persoane asimptomatice.

Programul s-a desfășurat la nivel regional sub coordonarea unităților regionale de asistență tehnică și management.

²³ ORDIN nr. 537 din 5 iunie 2012 privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin

Tabel 5 - Organizarea regionalizată a programului acoperă 9 regiuni

Nr. crt.	Regiunea	Unitatea de asistență tehnică și management	Județe
1.	Nord- Vest	Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuță" Cluj Napoca	Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Maramureș, Sălaj, Satu Mare;
2.	Nord Est	Institutul Regional de Oncologie Iași	Bacău, Botoșani, Iași, Vaslui, Neamț, Suceava;
3.	București – Ilfov	Institutului Oncologic "Prof. dr. Al. Trestioreanu"	București, Ilfov
4.	Centru	Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș	Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu;
5.	Vest	Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara	Arad, Caraș-Severin, Hunedoara și Timiș;
6.	Sud-Vest	Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova	Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Vâlcea;
7.	Sud-Est	Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București	Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea și Tulcea;
8.	Muntenia Sud 1	Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Prof. Dr. A. Rusescu" București	Călărași, Giurgiu, Ialomița și Prahova;
9.	Muntenia Sud 2	Spitalul Clinic de Urgență Universitar București	Arges, Dâmbovița, Teleorman;

Sursa: Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020

În tabelul de mai jos sunt centralizate principalele caracteristici ale programului de screening pentru cancerul de col uterin în România:

Tabel 6 – Modul de organizare a programului de screening pentru cancerul de col uterin în România

Anul în care programul a fost inițiat	2012
Vârsta persoanelor cărui îi este adresat	25-64 de ani
Intervalul de ani la care să fie realizat screening-ul	5
Are programul bază populațională?	Da
Există o politică publică națională privind screening-ul?	Da
Cum este reglementată politica publică privind screening-ul? (lege sau recomandare oficială)	Recomandare oficială
Există o echipă responsabilă de implementarea politicii publice privind screening-ul?	Da
Este programul finanțat din fonduri publice?	Da
Este asigurarea de sănătate o sursă de finanțare?	Nu
Este testarea screening gratuită?	Da
Este diagnosticul după testare oferit gratuit?	Da

Sunt transmise invitații individuale prin intermediul registrelor de screening?	Nu (femeile sunt invitate prin medicii de familie)
Sunt transmise invitații prin scrisori?	Nu
Include invitația o data fixă pentru programare?	Nu
Există o echipă responsabilă de asigurarea calității?	Da
Există registre de screening?	Da
Sunt datele de screening colectate ca date individuale?	Nu
Sunt datele de screening correlate cu registrele de cancer?	Da
Sunt rapoartele de performanță a programului publicate?	Nu
Există un audit al cazurilor de cancer?	Da
Există control al calității datelor colectate?	Da
Solicită programul semnarea unui consimțământ informat?	Nu
Sunt oferite informații scrise despre beneficiile și efectele adverse ale screening-ului?	Da

Sursa: Tabel realizat de autor în baza datelor din raportul Cancer Screening in the European Union (2017).

În anul 2012, la nivelul celor 8 regiuni de dezvoltare au fost înființate 80 de rețele de screening în cele 42 de județe (regiunea București-Ilfov nu a fost inclusă în această centralizare pentru că nu a furnizat date.

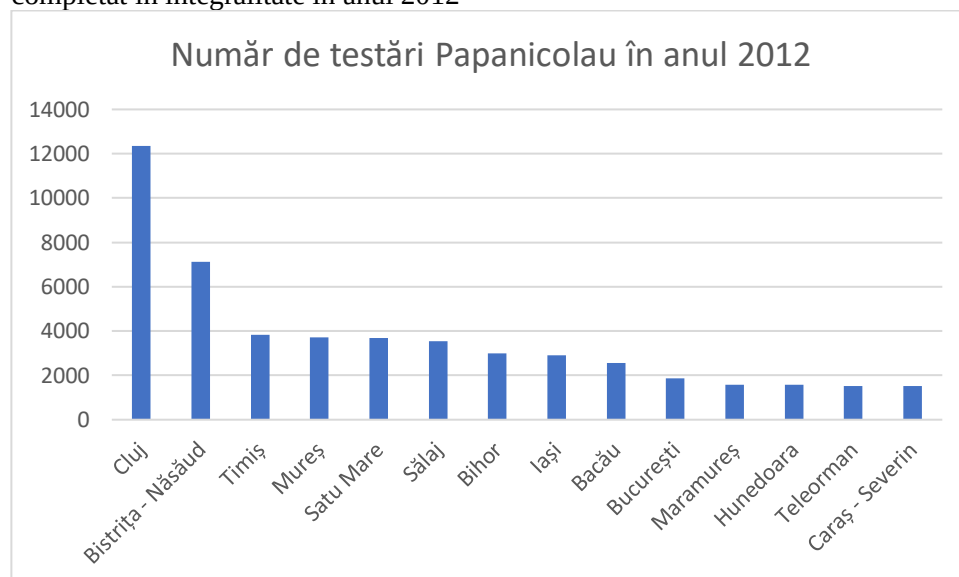
Tabel 7 – Distribuția rețelilor de screening pe regiuni în anul 2012

Regiunea	Număr rețele	Număr medici de familie
Nord-Est	15	895
Sud-Est	10	469
Muntenia Sud 1	7	217
Muntenia Sud 2	4	248
Sud-Vest	12	382
Vest	9	510
Nord-Vest	9	592
Centru	14	1060
Total	80	4373

Sursa: Raportul anual de activitate al Institutului Național de Sănătate Publică 2012

Numărul total de testări efectuate în prima jumătate de an de implementare a programului național de screening a fost de peste 67000 în toate cele 42 de județe și București. Cluj a fost județul care a realizat cele mai multe testări (puțin peste 12000) reprezentând aproximativ 18% din totalul efectuat în acea perioadă. În topul județelor care au înregistrat un număr ridicat de testări în anul 2012 se numără și celelalte 5 județe din Regiunea Nord-Vest care au fost implicate în desfășurarea proiectului pilot (din perioada 2002-2008) respectiv: Bistrița Năsăud (7111 testări efectuate), Satu-Mare (3684 testări efectuate), Sălaj (3555 testări efectuate), Bihor (2981 testări) și Maramureș (1588 testări). Costul pentru o testare este de 80 de lei.

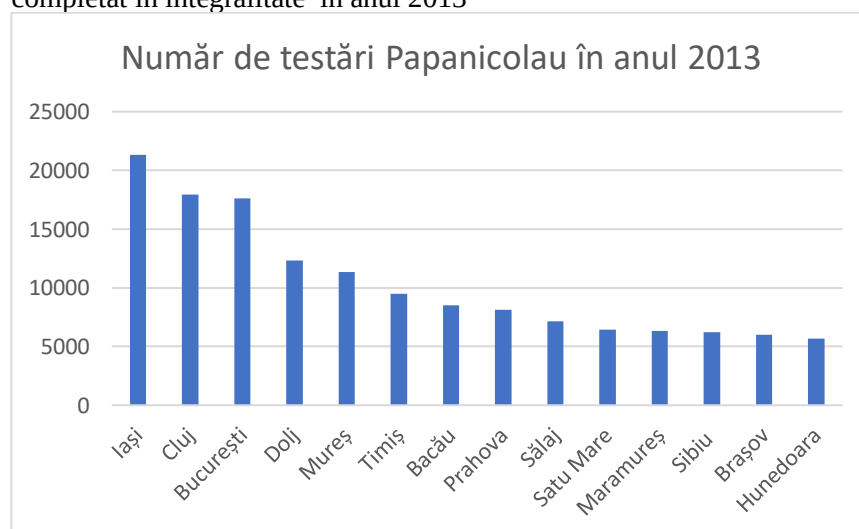
Figura 6 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2012



Sursa: Raportul anual de activitate al Institutului Național de Sănătate Publică 2012

În anul 2013, s-a înregistrat apogeul programului național de screening pentru cancerul de col uterin, aproximativ 240000 de femei eligibile au beneficiat de testarea Babeș Papanicolau gratuit (reprezentând 17% din populația eligibilă). Așa cum este menționat în Raportul Anual al Ministerului Sănătății pentru anul 2013: „Aproximativ 40% din totalul de teste au fost efectuate în trimestrul I al anului 2013. Ulterior, prin diminuarea drastică a fondurilor alocate programului s-a înregistrat o scădere de ritm”²⁴.

Figura 7 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2013



Sursa: Raportul Anual al Ministerului Sănătății pentru anul 2013

²⁴ Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013, p. 109

În anul 2013, în județul Iași au fost efectuate cele mai multe testări Babeș Papanicolau (aproximativ 21000), urmat de județul Iași cu aproximativ 18000 de testări.

Raportul MS pentru anul 2013 conține informații și despre rezultatele testărilor. Astfel, din totalul testărilor efectuate (239372), 81.8% au avut rezultat negativ, 7.2% au avut rezultat pozitiv, iar 3.13% au fost nesatisfăcătoare.

Prin intermediul screening-ului la nivel național, au fost identificate, în anul 2013, 1915 noi cazuri de cancer. Nu există date publice privind tratamentul și monitorizarea cazurilor pozitive identificate.

Raportul MS pentru anul 2013 conține și o analiză a dificultăților și riscurilor care au fost identificate la momentul respectiv, dar și metode de diminuare a riscurilor. Cele mai relevante riscuri erau:

- slaba implicare a medicilor de familie;
- slaba participare a cabinetelor de medicină de familie;
- existența mai multor rețele la nivel județean care generează o fragmentare a accesului femeilor și favorizează direcționarea femeilor către anumite laboratoare sau centru de recoltare;
- slaba colaborare între UATM-R și DSP-uri;
- absența unui software dedicat programului de screening;
- subfinanțarea programului.

Cea mai gravă problemă cu care programul de screening pentru cancerul de col uterin în România s-a confruntat a fost finanțarea limitată și discontinuă, fapt care a generat: (1) frustrări pentru instituțiile și personalul implicați și (2) informații neclare pentru femeile din grupul țintă: „Absența coerenței în finanțarea programului generează frustrare din partea furnizorilor implicați în program și a UATM-R și favorizează transmiterea informațiilor deficitar și contradictoriu”²⁵. De asemenea, din cauza dificultăților financiare, au existat discuții cu privire la întreruperea programului pentru o perioadă limitată: „Întreruperea programului la mijlocul perioadei de desfășurare va genera neîncredere atât din partea populației, cât și a furnizorilor de servicii medicale. Reluarea unui astfel de program la o dată ulterioară va fi dificilă și grevată de neîncredere din partea furnizorilor de servicii medicale”²⁶. Chiar dacă programul nu a fost întrerupt, neîncrederea în el a crescut de la an la an.

Soluțiile identificate încă din 2013 de către specialiștii care se ocupau de program pentru îmbunătățirea lui au fost:

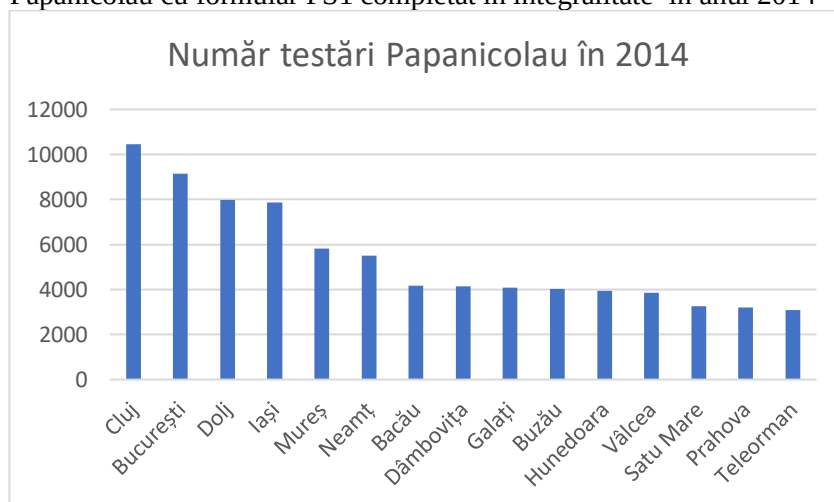
²⁵ Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013, p. 113

²⁶ Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013, p. 113

- crearea la nivel județean a unui centru screening unic care să dețină atribuții precum dezvoltarea bazei de date populaționale, planificarea, invitarea și monitorizarea femeilor testate;
- dezvoltarea unui mecanism de comunicare între UATM-INSP/ MS-SP și conducerea unităților sanitare la nivelul cărora sunt înființate UATM-R.

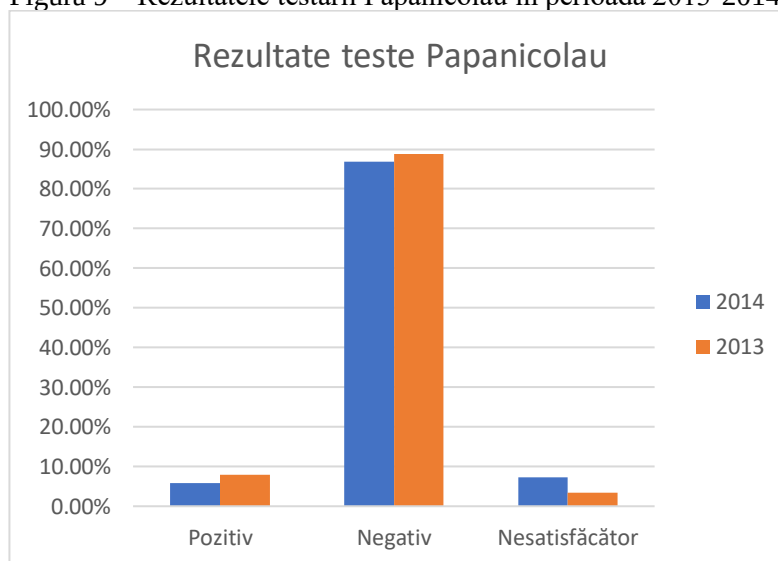
În anul 2014, numărul testelor Papanicolau efectuate în cadrul programului de screening a scăzut semnificativ comparativ cu 2013 ajungând la 126025. În județul Cluj, a fost înregistrat numărul cel mai mare de teste efectuate (10441), urmat de București (9155), județul Dolj (7969), Iași (7863) și Mureș (5828).

Figura 8 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2014



Sursa: Raportul Anual al Ministerului Sănătății pentru anul 2014

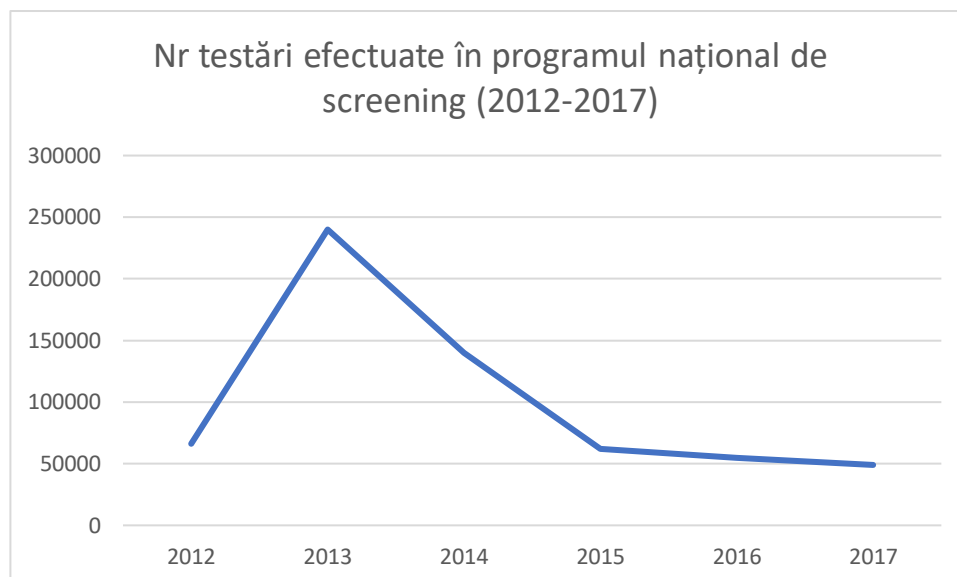
Figura 9 – Rezultatele testării Papanicolau în perioada 2013-2014



Sursa: Prelucrarea autorului în baza datelor furnizate de Ministerului Sănătății

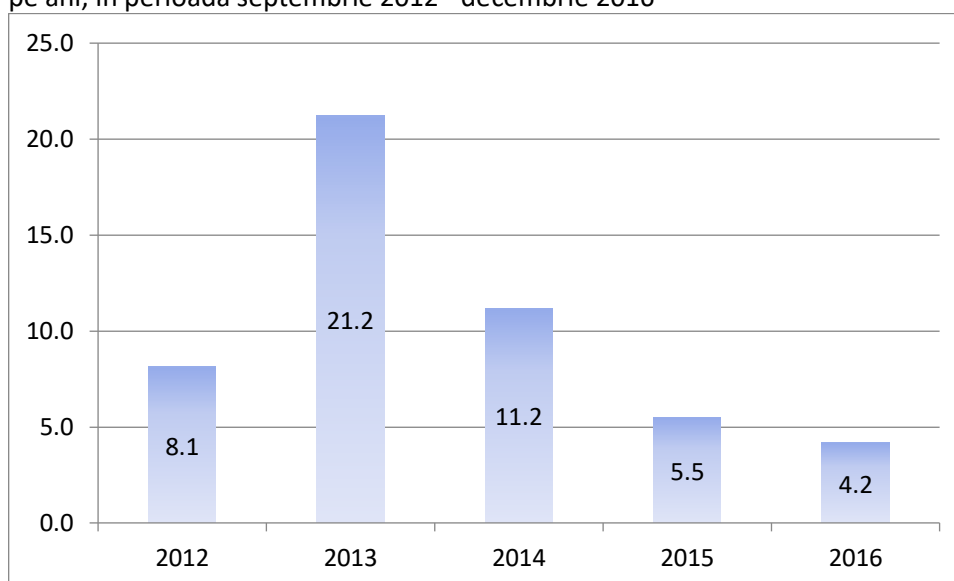
Conform datelor din raportul anual de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2017, în perioada 2012 – 2017, au fost efectuate în total 611.630 de teste în cadrul acestui subprogram (reprezentând 10.8% din populația de vârstă eligibilă)²⁷.

Figura 10 – Număr de testări Babeș-Papanicolau efectuate în programul național de screening (2012-2017)



Sursa: Prelucrarea autorului în baza rapoartelor anuale ale INSP (2012-2017)

Figura 11 – Rata brută de testare a populației țintă cu teste Babeș-Papanicolaou pe ani, în perioada septembrie 2012 - decembrie 2016



Sursa: Date INSP

²⁷ Ministerul Sănătății, raport Anual de Activitate al Agenției Naționale Programe de Sănătate, pg. 170. <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2018/08/Raport-de-activitate-MS-2017-.pdf> (accesata nov.2018)

În același raport sunt incluse și principalele dificultăți întâmpinate în desfășurarea acestor activități:

- slaba participare a medicilor de familie la activitățile de consiliere, mobilizare și informare a femeilor de vârste eligibile;
- lipsa de planificare a populației eligibile de către centrele de informare, consiliere și mobilizare a femeilor;
- migrarea medicilor de familie dintr-o rețea în alta sau retragerea definitivă din program;
- existenta mai multor rețele de screening la nivel județean;
- dificultăți în culegerea și prelucrarea indicatorilor programului, stocurilor și consumurilor de medicamente datorate volumului mare de muncă și lipsei de resurse umane și inexistenței unui sistem informatic de colectare și prelucrare a datelor. Această situație, generează raportări incorecte, incomplete, cu depășirea termenelor de raportare.

Propunerile Ministerului Sănătății de îmbunătățire a subprogramului sunt:

- organizarea la nivel județean a unui centru de screening unic care să aibă în atribuții dezvoltarea bazei de date populaționale la nivel județean, planificarea, invitarea și monitorizarea femeilor testate și urmărirea încadrării în bugetul alocat;
- organizarea unor rețele unice de screening, la nivel județean, de preferat la nivelul SCJU sau la nivelul unităților sanitare cu activitate eficientă dovedită până în prezent;
- responsabilizarea DSP-urilor/UATMR-urilor în asigurarea centralizării raportărilor la nivel de județ și transmiterea la timp a acestora către UATM;
- dezvoltarea unei aplicații software care să asigure colectarea datelor necesare pentru generarea indicatorilor programului.

Concluzii din Raportul istoric: politici publice nationale si recomandari internationale

Această secțiune reprezintă o preluare parțială din Raportul istoric: politici publice nationale si recomandari internationale privind screening-ul cancerului de col uterin si vaccinarea anti-HPV - CONCLUZII. Raportul a fost realizat de Medic One în cadrul contractului de prestări servicii monitorizare de politici publice.

În 2014 Organizatia Mondială a Sănătății publica noul Ghid pentru Preventia si Controlul Cancerului de Col Uterin, recomandand testarea HPV ca prima alegere pentru screening-ul cancerului de col uterin, intrucat testul poate fi efectuat cu o frecventa de 5 pana la 10 ani pentru femeile care au avut rezultat negativ pentru infectia cu HPV. Astfel, desi testul HPV este mai costisitor decat un test BabesPapanicolau*, se pot face economii importante din bugetul programului de screening, prin scaderea frecventei testarii pentru majoritatea femeilor. OMS mentioneaza de asemenea ca testul HPV este mai eficient si in privinta capacitatii de predictie a riscurilor de a dezvolta cancer de col uterin sau alte cancere ano-genitale. Nu in ultimul rand, OMS recomanda comunicarea si promovarea programelor de screening catre publicul larg, incluzand nu doar femeile 25-65 de ani, ci si adolescenti, parinti, educatori, personal medical din diverse specializari si lideri de opinie, pentru a asigura transmiterea mesajului catre femeile vizate pe mai multe cai, si a transforma programul intr-un aspect firesc al vietii acestor femei.

Pe de alta parte, concluziile Consiliului Uniunii Europene privind vaccinarile (2014/C 438/04) stipuleaza ca "(...) ESTE NECESAR, in special pentru a reactiona la informatiile inexacte referitoare la vaccinari din unele state membre, sa se continue campaniile de comunicare pentru a educa publicul cu privire la riscurile legate de bolile transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinare." Statele membre sunt de asemenea invitate sa dezvolte sinergii intre programele de vaccinare si politicile mai ample de sanatate, in special privind preventia, pentru a maximiza impactul acestora.

Asadar, la doi ani de la lansarea Subprogramului National de Screening pentru cancerul de col uterin in Romania, acesta inregistra anumite neconcordanțe cu recomandarile OMS (tehnica de screening, necesitatea comunicarii ample a programelor de screening), cu recomandarile Consiliului UE (acordarea de importanță egală programelor de screening si celor de vaccinare), precum si cu proprii indicatori de performanta (tinta de testare anuala de aproximativ 15% din populatia vizata nu fusese atinsa in perioada 2012-2013).

Raportul Cervical Cancer Action din 2015 recomanda tarilor cu acces mai dificil la sistemul medical utilizarea testarii HPV a mostrelor auto-prelevate de catre paciente sau de personal medical nespecializat, intrucat aceasta este mai ieftina, mai rapida si mai putin complicata din punct de vedere logistic decat prelevarea clasica, cu reduceri neglijabile in acuratetea testului. In acelasi timp, sensibilitatea și valoarea predictiv pozitiva a testului HPV

în prezicerea riscului de cancer este superioara testului Babes-Papanicolau, asa cum mentioneaza si Ghidul OMS.

UNAIDS publica in 2016 un document de pozitie in care declara ca accesul femeilor la preventia, tratamentul si ingrijirea adecvate pentru cancerul de col uterin este un drept uman fundamental. Reducerea numarului de decese in urma cancerului de col uterin necesita insa o abordare multidirectionala, cuprinzand:

- Educatia sanitara (inclusiv educatie sexuala adecvata categoriilor de varsta)
- Vaccinarea anti-HPV a fetelor adolescente, precum si informarea si consilierea familiilor in aceasta privinta
- Screening, in special prin testare HPV, conform recomandarilor OMS.

Revin, asadar, aceleasi recomandari de dezvoltare a unei complementarități între educație, vaccinare și screening, pentru reducerea incidentei si mortalitatii cancerului de col uterin.

Metodologia cercetării

În vederea completării datelor existente cu privire la implementarea programului de screening pentru cancerului de col uterin în România, Fundația Renașterea a demarat o analiză extinsă a acestuia generând astfel propunerii de îmbunătățire pentru programul actual.

Cercetarea s-a desfășurat în perioada octombrie 2018 – aprilie 2019.

Scopul cercetării a fost analiza *Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin prin efectuarea testării Babeș-Papanicolau la populația feminină eligibilă în regim de screening.*

Obiectivele cercetării:

1. Analiza cunoștințelor și atitudinilor populației feminine generale față de depistarea precoce a cancerului de col uterin;
2. Analiza atitudinilor și practicilor personalului medical față de Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin;
3. Identificarea și analiza dificultăților întâmpinate în implementarea Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin;
4. Identificarea și validarea unor recomandări de îmbunătățire a depistării precoce a cancerului de col uterin.

Întrebări de cercetare:

1. Care este gradul de informare al populației generale feminine față de cancerul de col uterin? Care este gradul de informare al populației generale feminine față de programele de screening pentru cancerul de col uterin?
2. Care sunt atitudinile populației feminine generale față de prevenția și depistarea precoce a cancerului de col uterin? Care sunt practicile acestora vizavi de prevenția și depistarea precoce a cancerului de col uterin?
3. Care sunt dificultățile cu care s-au confruntat femeile în accesul la serviciile Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?
4. Care este gradul de cunoaștere privind programul de screening pentru cancerul de col uterin și al altor inițiative în acest domeniu de către personalul medical? Care sunt atitudinile personalului medical față de Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?
5. Care sunt punctele tari ale Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?
6. Care au fost provocările Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin din perspectiva medicilor?
7. Care sunt recomandările de îmbunătățire a programelor de prevenție și depistare precoce a cancerului de col uterin?

Cercetarea a fost realizată utilizând o **abordare mixtă**, îmbinând metode calitative și cantitative, astfel încât să răspundem întrebărilor de cercetare menționate în secțiunea anterioară.

Tabel 8. Metode și instrumente de cercetare utilizate

Metode		Instrumente	N=	Grup țintă
Cantitativ	Anchetă prin chestionare	Chestionar	600	Populație feminină generală
		Chestionar	120	Personal medical (medici de familie și ginecologi)
Calitativ	Focus- grup	Ghid de focus grup medici familie	2	Medici de familie
	Focus- grup	Ghid de focus grup medici ginecologi	2	Medici ginecologi
	Focus- grup	Ghid de focus grup femei participante program	1	Femei participante în program
	Focus- grup	Ghid de focus grup femei neparticipante program	1	Reprezentante populație feminină neparticipante la program
	Interviuri semi-structurate	Ghid de interviu semi-structurat	12	Reprezentanți instituții publice

În momentul scrierii proiectului, au fost stabilite localitățile în care se va desfășura cercetarea, respectiv:

- București
- Constanța
- Râmnicu Vâlcea
- Iași
- Timișoara

Selecția localităților a fost realizată de către structura de parteneriat având în vedere centrele de implementare a programului național de screening pentru cancerul de col uterin și nevoile diferite în funcție de nivelul de dezvoltare a zonelor.

Tabel 9. Distribuție pe localități

Localitate	Responsabil	Chestionar populație generală	Chestionar personal medical	Focus - grup	Interviu semi-structurat
București	Expert senior cercetare și prelucrare date	104	0	2	4
Constanța	Expert regional cercetare	120	40	1	2
Râmnicu Vâlcea	Expert regional cercetare	120	40	1	2
Iași	Expert regional cercetare	136	40	1	2
Timișoara	Expert regional cercetare	120	40	1	2

Limitele cercetării vizează următoarele aspecte:

- Aria geografică pentru aplicarea chestionarelor a fost urbană (mare) ceea ce a determinat o structură a respondenților cu nivel de educație ridicat și statut socio-economic peste medie;
- Numărul respondentelor care au beneficiat de programul de screening este redus (ca urmare a procentului redus din populație care a participat la program, sub 10%, a fost dificil să identificăm acele persoane care au beneficiat);

1. Date calitative

La nivelul celor 5 localități (București, Constanța, Iași, Râmnicu Vâlcea și Timișoara) au fost realizate 12 interviuri și 6 interviuri cu diverși stakeholderi relevanți pentru programul național de screening pentru cancerul de col uterin: femei care au beneficiat de program, femei care nu au beneficiat de program, medici de familie și ginecologi, reprezentanți DSP la nivel județean, reprezentanți INSP.

Tabel 10 - Centralizare focus grupuri

3 focus grupuri cu femei care nu au beneficiat de program	București, Timișoara, Constanța
2 focus grupuri cu medici	București, Râmnicu Vâlcea
1 focus grup cu femei care au beneficiat de program	Iași

Tabel 11 – Centralizare interviuri

Nr. crt.	Rolul persoanei intervievate
1.	Coordonator județean program de screening pentru cancerul de col uterin
2.	Medic specialist obstetrică - ginecologie
3.	Medic coordonator al unei rețele de screening
4.	Reprezentant DSP, coordonator al programului la nivel județean
5.	Reprezentant DSP
6.	Medic coordonator al unei rețele de screening
7.	Medic de familie implicat în program
8.	Medic de familie implicat în program
9.	Medic ginecolog implicat în program
10.	Medic ginecolog implicat în program
11.	Reprezentant INSP
12.	Reprezentant INSP

1.1 Cunoașterea Programului Național de screening

Această întrebare a fost relevantă pentru focus grupurile cu femei care nu au beneficiat de programul național de screening pentru cancerul de col uterin.

Participantele la focus grupuri consideră că principalele forme de cancer care afectează femeile din România sunt: cancerul de sân, de col uterin și de ovare. Din punctul lor de vedere, cancerul de col uterin poate fi tratat dacă este depistat în faze incipiente, iar acest lucru se poate realiza prin controale periodice.

Participantele dețin informații specifice despre controalele necesare pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin: testare Babeș-Papanicolau, ecografie transvaginală, etc.

În ceea ce privește vaccinarea anti-HPV, unele dintre acestea sunt reticente. Și-au amintit de campania de vaccinare gratuită pentru fetele cu vârste între 10-12 ani din perioada 2008-2010. În același timp, unele dintre participante au menționat faptul că studiile referitoare la vaccinul anti-HPV sunt insuficient mediatizate, iar publicul este neinformați ceea ce cauzează neîncredere în acest vaccin.

Parte dintre respondente, **aveau cunoștințe despre programul național de depistare precoce a cancerului de col uterin ca urmare a informării medicilor de familie sau a alți medici de specialitate**, în timp ce altele nu auziseră deloc. Deși există informația cu privire la posibilitatea de a face o testare Babeș Papanicolau gratuită, respondentele nu știau unde se fac testările, ce documente sunt solicitate, care sunt condițiile prin care pot beneficia de program. De asemenea, a fost manifestată o oarecare **neîncredere** a unora dintre participante față de programul de screening pentru cancerul de col uterin datorită faptului că informațiile sunt neclare – nu știu cui să se adreseze pentru a beneficia de analiza gratuită.

Cea mai mare parte a respondentelor din cadrul focus grupurilor au declarat că preferă să realizeze controalele de rutină în cabinete private, evitând astfel condițiile precare din clinicile și spitalele de stat. În acest sens, una dintre recomandările venite din partea participantelor a fost inițiere unor parteneriate public – privat.

La întrebarea dacă în mediul apropiat cunosc vreo femeie care a beneficiat de acest program gratuit, majoritatea femeilor au susținut că nu. Din perspectiva acestora, acest lucru se datorează **slabei mediatizării a programului**, în special din partea medicilor de familie și a celor ginecologi. Femeile participante la focus grupuri consideră util un astfel de program, însă au semnalat posibilitatea ca pentru unele persoane **gratuitatea să sugereze o calitate scăzută a serviciilor**. În același timp, parte dintre femeile participante cunosc cazuri de spitale sau clinici în care **medicii și asistentele au o atitudine diferențiată față de persoanele care vin să facă testări gratuite**, concluzia fiind că în România există foarte multe prejudecăți.

O dificultate întâmpinată în derularea focus grupurilor cu femei a fost înțelegerea termenilor precum „screening”, „program național”, „depistare precoce” ceea ce a condus la o barieră în limbaj.

1.2 Puncte tari ale Programului Național de screening

Una dintre capcanele în care poate cădea o analiză a unei politici publice (în cazul de față a Programului Național de screening pentru cancerul de col uterin) este aceea de a discuta în principal dificultățile, provocările și ce ar fi putut fi făcut diferit. Acest studiu și-a propus să scoată în evidență **elementele pozitive** care au definit construirea și implementarea programului de screening în România cu scopul de a extrage **bune practici** care pot fi multiplicare în viitoarele programe de screening sau alte politici publice.

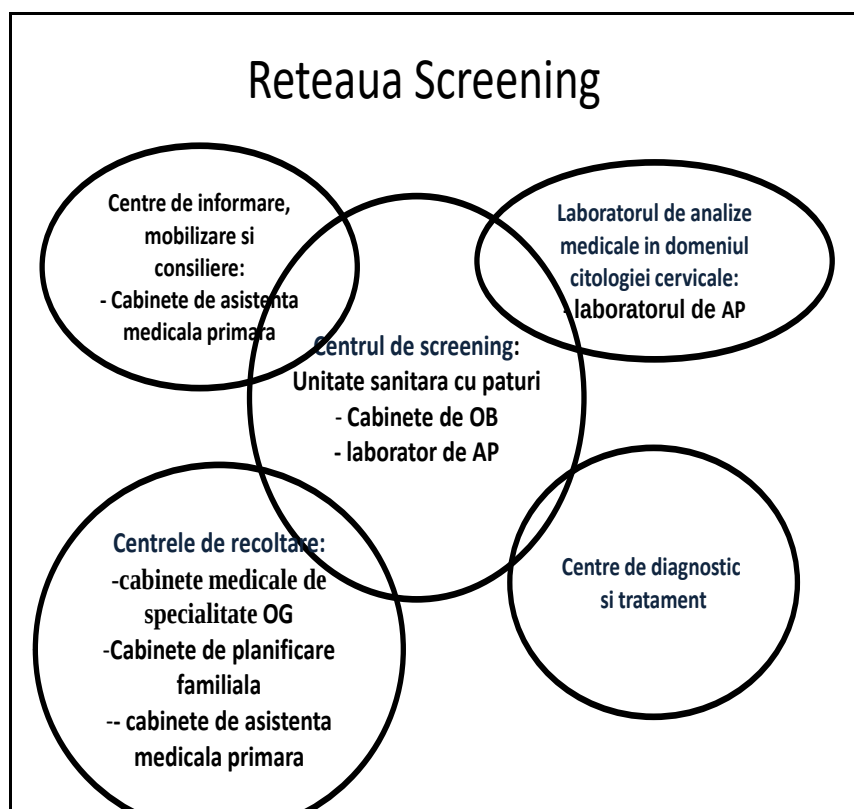
Crearea unor seturi de practici instituționale

Existența unor seturi de practici instituționale a permis demararea screening-ului pentru cancerul de col uterin cu baze populaționale începând cu 2012 până în prezent. În ciuda dificultăților de natură financiară și management, programul a funcționat și a avut anual alocat buget (diferit de la an la an). De asemenea, în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este inclus un obiectiv strategic care vizează „reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat”.

Complementar, la nivel regional și județean au fost dezvoltate structuri instituționale cu responsabilități în implementarea și coordonarea programului de screening pentru cancerul de col uterin. Cooperarea intra și inter instituțională a fost inițiată și dezvoltată pe parcursul ultimilor 7 ani ai programului, așa cum reiese și din Figura 12.

Ca urmare a acestor practici dezvoltate, în anul 2016 a fost inițiat „Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020”.

Figura 12- Rețeaua de screening pentru cancerul de col uterin - furnizori de servicii



Sursa: Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020

Crearea unui nucleu de profesioniști în domeniul screening-ului pentru cancerul de col uterin

Așa cum este menționat în Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020, în perioada premergătoare programului de screening, fost instruiți „6000 de medici de familie și 7800 de medici din specialitățile ginecologie, anatomie-patologică, laborator, radiologie, sănătate publică în managementul și implementarea programelor de screening pentru cancerul de col uterin, cancerul de sân și cancerul colo-rectal, în conformitate cu Ghidurile Europene de Asigurare a Calității în programele de screening elaborate pentru fiecare tip de cancer în parte, în cadrul Programului Uniunii Europene pentru Sănătate Publică (Proiectul nr. 2006 322, Cooperare Europeană pentru dezvoltarea și implementarea Ghidurilor de prevenire și screening pentru cancer)”. Conform datelor transmise de reprezentanții INSP, medicii de familie au fost greu de mobilizat pentru participarea la cursuri, iar o parte dintre cei instruiți nu mai sunt în sistem.

Deși acest nucleu a fost adesea insuficient, iar formarea personalului medical a fost mai degrabă inițială și aproape deloc continuă, crearea acestei resurse de profesioniști la nivel național nu poate trece neobservată.

De asemenea, nu putem trece neobservat faptul că 611.630 de femei din România au beneficiat de o testare gratuită. Deși acoperirea populației prin programul de screening pentru cancerul de col uterin în România este mult mai mică decât obiectivele inițiale (puțin peste 10%), a fost remarcat un **trend descendent în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin** în România (de la 34.9 femei la 100000 în anul 2012 la 31.2 femei la 100000 în anul 2018), România ajungând pe locul a 3-lea în topul statelor europene cu incidență mare a cancerului de col uterin (după Letonia și Estonia). Această îmbunătățire cu siguranță nu poate fi atribuită doar programului de screening, ci unui set complex de factori care au determinat o **mai mare prevenția și rutină a controalelor ginecologice** pe care femeile din România le au.

1.3 Provocări în implementarea programului

Parte dintre medicii participanți la focus grupuri au fost implicați în programul de depistare precoce a cancerului de col uterin încă de la început (din 2012), fie având rol de coordonare a unităților regionale de management, fie ca medici cu un anumit rol în aceste structuri instituțională.

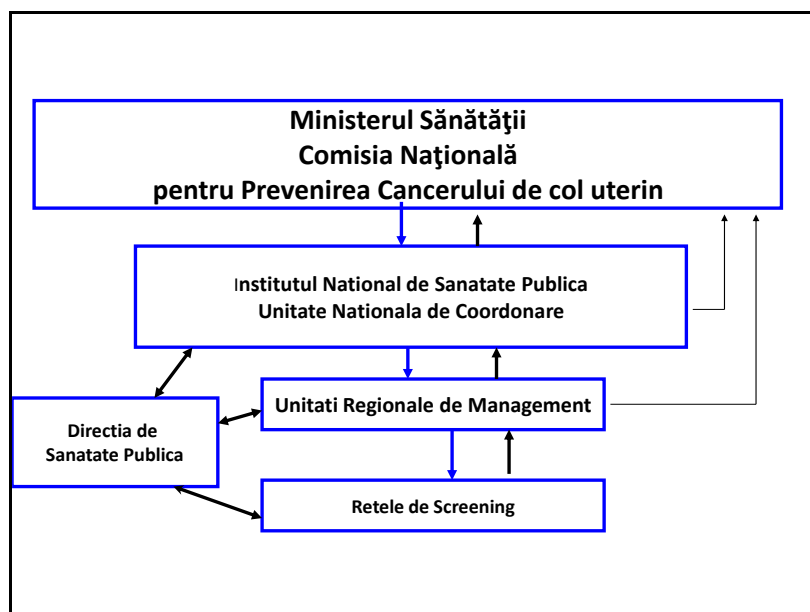
Un prim aspect menționat încă de la începutul discuției a fost acela că Ministerul Sănătății a elaborat Ordinul de Ministru care reglementa programul, iar INSP a fost instituția care a primit responsabilitatea de a gestiona un program deja stabilit. În același timp, programul inițiat în 2012 nu a surprins realitățile din teren.

Analizând retrospectiv, participanții la focus grup consideră că un astfel de program are nevoie de o pilotare înainte de demararea acestuia la nivel național, iar pilotarea ar fi trebuit desfășurată 3-5 ani pentru a exista o rundă completă de screening.

- **Ownership-ul/ proprietatea programului**

Din punct de vedere financiar și administrativ, programul aparține Ministerului Sănătății prin Comisia Națională pentru Prevenirea Cancerului de col uterin, însă implementarea este coordonată de către Institutul Național de Sănătate Publică prin Unitatea Națională de Conducere. Această organizare instituțională a creat dificultăți în gestionarea programului pentru că deciziile luate de Minister urmau să fie puse în practică de INSP. Astfel, de-a lungul implementării INSP a menționat care sunt problemele cu care se confruntă programul și cum ar putea el să fie îmbunătățit, INSP nu a avut nicio putere asupra bugetului care a fost alocat.

Figura 13- Instituții implicate în implementarea programului



Sursa: Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020

- **Supra reglementarea**

Crearea de practici, instituții, protocoale de colaborare etc. au determinat o supra reglementare a programului care nu a permis adaptarea acestuia la diferențele locale existente între regiuni sau în cadrul aceleiași regiuni. Această supra reglementare și crearea de noi instituții a determinat deseori și probleme de comunicare, grupul țintă percepend procesul pe care ar trebui să îl parcurgă greoi și neclar. „Ca si minus al subprogramului/al sistemului a fost faptul că, la începutul derulării acestuia, pacienta avea nevoie de 2 formulare: un bilet de trimitere emis de către CAS către specialitatea ginecologie și al doilea special pentru examenul citobacteriologic Papanicolau. Medicii de familie nu pot emite două bilete de trimitere în același timp diferite, atunci pacientele veneau la cabinet doar cu biletul de trimitere tipic, acesta fiind un impediment al sistemului” a spus unul dintre medicii intervievați. Conform informațiilor

furnizate de INSP, această situație a fost rezolvată între timp, fiind vorba de o interpretare eronată a faptului ca formularul FS1 utilizat în program a fost echivalat cu un bilet de trimitere.

- **Finanțarea programului**

Programul nu a fost stabil din punct de vedere financiar. Conform datelor INSP, pentru ca un program de screening de 5 ani să fie eficace ar trebui să acopere anual minim 14% din grupul țintă, respectiv 780000 de femei testate pe an pentru cazul României. Acest lucru nu s-a întâmplat în România, însă nici nu a existat vreodată alocare financiară suficientă pentru a acoperi acest număr. De asemenea, de la an la an, nu a existat o predictibilitate a bugetului care va fi alocat ceea ce a determinat o decredibilizare a programului la nivelul medicilor și al grupului țintă neștiind pentru câte persoane va fi disponibil programul.

Unii dintre medici au adus în discuție finanțarea redusă cu care erau plătite serviciile: „Nerealizările consider că se datorează în primul rând finanțării scăzute pe caz - cei 77 lei impozabili trebuind să acopere serviciile a trei medici, precum și cheltuielile materiale”. De asemenea, „cei 15 lei pe caz, alocați medicinei primare pentru activitățile de informare și consiliere nu sunt motivați pentru a stimula inclusiv informarea activă, prin vizite la domiciliu, în cazul femeilor care nu sunt asigurate sau care nu apelează în mod uzual la serviciile medicului de familie. În cazul populației cu un nivel precar de educație medicală, rolul medicului de familie în informarea și mobilizarea femeilor eligibile trebuia întărit”.

Un alt medic a spus: „O problemă majoră a fost blocarea / întârzierea finanțării după primul an de funcționare. Aceasta a făcut ca foarte mulți medici de familie să nu mai fie interesați de program. Lipsa finanțării s-a propagat la laboratoare (majoritatea private) care de asemenea au devenit mai puțin interesate”.

- **Lipsa resurselor umane**

Numărul medicilor de familie implicați în program a fost redus, neexistând nici stimulente pozitive pentru aceștia astfel încât să fie motivați să se implice în program, nici consecințe negative ca urmare a deciziei de a nu face parte din acest program. De asemenea, în cadrul discuțiilor a fost menționată de mai multe ori numărul insuficient de medici anatomopatologi. Una dintre dezbaterile din cadrul focus grupului a fost legată **de rolul medicilor de familie** în acest program. Astfel, parte dintre participanți consideră că medicii de familie sunt pilonul central al unui program de screening pentru că ei intră în contact direct cu beneficiarii eligibili și îi pot îndruma către participarea la program. Au existat însă și respondenți care au argumentat că la nivel internațional a fost demonstrat că programele de screening care sunt construite în jurul medicilor de familie au o eficiență mai scăzută decât cele în care nu se întâmplă acest lucru. Întărind rolul medicilor de familie, programul a permis și medicilor de familie să efectueze testări Papanicolau, însă au apărut probleme de natură administrativă (aceștia nu aveau echipamentul necesar: masă ginecologică, specul, valve sterile etc.) și/ sau legate de experiența acestora de recoltare.

Unul dintre medicii intervievați a menționat faptul că personalul din unitățile regionale de management nu a avut competențele necesare pentru îndeplinirea sarcinilor specifice posturilor.

- **Comunicare neclară despre program și acoperirea redusă a populației**

Programul de screening pentru cancerul de col uterin este cunoscut în general de către populația feminină eligibilă, însă este neclar procesul prin care o persoană poate ajunge să beneficieze de testarea gratuită. Astfel, femeile nu au știut cărui medic să se adreseze, când și în ce condiții poate beneficia de testarea gratuită. De asemenea, una dintre deficiențele programului a fost modalitatea indirectă de invitare a grupului țintă, respectiv prin comunicări ale medicului de familie. O recomandare pentru programele viitoare este dezvoltarea unui mecanism prin care grupul țintă să fie invitat și reinvitat în mod direct (de exemplu – prin scrisori personalizate care vin acasă).

A fost adus în discuție și argumentul că **femeile sunt reticente în a schimba medicul ginecologic**. Unul dintre medicii intervievați susține: „Deși au avut loc campanii de conștientizare și popularizare a subprogramului, conferințe, pliante, pagină de Facebook creată special în acest sens, o posibilă cauză a numărului redus de beneficiare se poate datora faptului că pacientele sunt mai puțin dispuse să schimbe medicul ginecolog, chiar dacă acesta nu este parte a respectivului program”.

În cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin din perioada 2012-2018, a fost remarcată responsivitatea redusă a grupului țintă eligibil, unul dintre motive fiind lipsa informațiilor despre program și despre criteriile prin care cineva poate beneficia. Astfel, în 2018, și medicii ginecologi au avut posibilitatea de a realiza activitatea de informare și diseminare pentru a atrage beneficiari, împărțind această responsabilitate cu medicii de familie.

- **Calitatea recoltării și a interpretării rezultatelor**

În unele dintre rețelele de screening, calitatea recoltării a fost redusă, la fel și calitatea interpretării rezultatelor. De asemenea, au fost situații în care timpul de așteptare pentru primirea rezultatelor a fost foarte mare (ajungând până la 1 an).

- **Follow-up, diagnostic și tratament**

În cele mai multe dintre cazurile testate, calitatea urmăririi cazurilor depistate este foarte redusă. Astfel, programul nu își atinge obiectivele dacă doar testează un număr de femei, fără să se asigure că cele depistate în faze precoce sunt corect diagnosticate, tratate și urmărite în timp pentru a vedea cum evoluează starea pacientei.

- **Dificultăți în implementare**

Stakeholderii participanți la interviuri și focus grupuri au menționat și alte dificultăți în implementare, unele dintre ele provocate de contextul local sau de alte reglementări de la nivel național:

- ❖ „Programul a mers bine până când a fost introdus cardul de sănătate. Au apărut probleme în utilizarea acestuia, iar medicii de familie nu mai aveau timpul necesar pentru a se ocupa și de pacienți și de femeile care voiau să beneficieze de program”;
- ❖ În localitățile urbane mari, există foarte multe cabinete private de obstetrică-ginecologie, iar multe femei preferă să meargă la aceste cabinete, contra-cost;
- ❖ Pentru femeile din mediul rural sau localități urbane mai mici a fost provocare faptul că trebuiau să se deplaseze la „un spital din oraș pentru recoltarea gratuită” ceea ce implica timp suplimentare și resurse financiare pentru transport;
- ❖ „O deficiență a programului a constituit-o neimplicarea în urmărirea plății serviciilor către personalul medical participant în program. În unele spitale, screeningul derulându-se în timpul programului normal de lucru, a condus doar la suprasolicitarea personalului cu demotivarea acestuia, fără nici un beneficiu pentru munca suplimentară. În aceste spitale, lipsa unui program de lucru suplimentar alocat screeningului, a condus la întârzieri în programările pentru recoltare precum și la întârzieri în interpretarea testului Babes Papanicolau, cu scăderea interesului și nemulțumirea femeilor participante, scăderea adresabilității și compromiterea programului de screening”;
- ❖ În timp, a scăzut motivația medicilor, având „un interes din ce în ce mai mic în a promova și a se implica în acest subprogram”;
- ❖ „Marea provocare a fost birocrația (pentru medicii de familie și ginecologi) – trimisul actelor și al probelor, lucru care ar fi mult mai ușor făcut dacă ar exista sistemul informatic care să înlesnească această colaborare între medici”;

1.4 Recomandări pentru viitoare programe de screening

Atât în cadrul interviurilor, cât și în cadrul focus grupurilor partea de recomandări a fost cea mai de interes pentru participanți. În această subsecțiune vom lista toate recomandările primite de la medici, reprezentanți DSP și INSP, femei care au beneficiat de program și femei care nu au beneficiat de program.

- **Asumarea unor indicatori calitativi**, nu cantitativi – trebuie avut în vedere că rezultatul imediat al unui astfel de program este creșterea incidenței cancerului de col uterin (în forme mai ușoare) și scăderea incidenței stadiilor 2+ (forme mai grave);
- **Realizarea unei catagrafieri inițiale** pentru a înțelege care este stadiul de la care se pornește – care este populația care are nevoie de acest program, care sunt caracteristicile socio-demografice, etc.;
- Stabilirea unei **unități la nivel național responsabilă de program** care să asigure mediatizarea programului către toată populația eligibilă (iar această responsabilitate să nu mai revină exclusiv medicilor de familie) prin informări oficiale primite acasă. Tot această unitate va stabili care sunt instituțiile care pot recolta (de preferat să fie cât mai multe locuri – cabinete medicale individuale, de planificare, ginecologice) și care este traseul instituțional pentru beneficiari.

- Dezvoltarea unui **sistem informatic** în care să fie înregistrată evidența beneficiarilor programului la nivel național (Registru de screening), asigurându-se astfel trasabilitatea serviciilor medicale și a documentelor;
- **Includerea serviciilor de screening în pachetul minimal de servicii medicale**, finanțarea fiind astfel asigurată prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. De asemenea, respondenții au propus condiționarea plății pe capitație a medicilor de familie de implicarea acestora în programul de screening (ținându-se cont de calitatea și eficiența serviciilor acestora).
- **Îmbunătățirea circuitului beneficiarilor** prin realizarea unui traseu foarte clar al femeilor în cadrul programului de screening și informarea lor cu privire la acesta
- **Inițierea unui program de training** pentru toate resursele umane implicate în program;
- Realizarea de **campanii de informare** la nivel național (TV, radio, mass-media) care să stimuleze participarea grupului țintă în cadrul programului. Informarea și promovarea să fie realizată inclusiv prin serviciile de medicina muncii.
- „**Crearea unităților mobile în teritoriu**. Acest lucru ar crește semnificativ numărul femeilor beneficiare. Într-adevăr ar crește și costul Programului, însă impactul ar fi mult mai mare. Acesta este văzut ca un „punct nevralgic” – femeile din zona rurală nu vor să se deplaseze kilometri pentru a face aceste analize, iar apoi să revină după rezultat”;
- **Creșterea implicării medicilor de familie și ginecologi** și instruirea lor periodică;
- **Urmărirea femeilor cu rezultate pozitive**; „Evaluarea și tratamentul cazurilor pozitive din screening trebuie făcută doar în câteva unități medicale, evaluate periodic prin audit. Poate fi utilizat sistemul cu unitate sanitară cu paturi ce organizează screeningul local”;
- **Identificarea de soluții pentru femeile care sunt eligibile**, dar ai căror medici de familie nu sunt incluși în subprogram;
- „Mobilizarea femeilor ar trebui făcută inclusiv telefonic, acestea să fie programate automat pentru recoltare în luna nașterii, la fiecare 5 ani”; Pliante de informare trimise prin posta, de către medicul de familie, cu recomandarea de programare;
- Înființarea unor centre/cabinete de recoltare pe lângă spitalele mari, destinate exclusiv screeningului, centrele având condiții foarte bune de igienă, și de prezentare generală.
- Finanțarea programului ar trebui făcută la un nivel la care participarea să fie stimulată, iar plata personalului medical monitorizată;
- „Recoltarea testelor trebuie făcută numai de medicii ginecologi, din toate sistemele, atât din ambulatoriile de specialitate, cât și din privat (cu contract). Experiența de până acum a arătat că medicii de familie nu au capacitatea / interesul de a recolta testele”;
- **Includerea în cadrul unui subprogram de acest tip și testarea pentru virusul HPV** (inclusiv fenotiparea), un procent foarte mare al cauzei cancerului de col uterin fiind acesta;
- **Vârsta minimă pentru testare ar trebui coborâtă**, în condițiile în care tinerele își încep viața sexuală mult mai devreme;
- Introducerea recoltării în pachetul pentru medicina muncii;

- Să existe un program eficient de îndrumare a persoanelor cu rezultate pozitive la testare, iar acestea să beneficieze de **consiliere psihologică gratuită**;
- Să fie monitorizat programul foarte bine prin **raportări constante**, iar cei care nu sunt eficienți să fie sancționați;
- **Angajatorii să fie stimulați să sprijine participarea angajaților la recoltări gratuite**, chiar dacă sunt în timpul programului de lucru;
- Promovare realizată prin povești ale unor persoane care au fost diagnosticate cu cancer de col uterin ca urmare a acestui program sau ale unor copii care și-au pierdut mama din cauza nedeptării cancerului de col uterin.

6.5 Concluzii

Acoperirea populației feminine prin programul național de screening în perioada 2012-2018 a fost limitată (puțin peste 10%), însă această primă rundă a programului cu baze populaționale reprezintă un punct de pornire pentru dezvoltarea programelor viitoare. Acest program de 5 ani poate fi considerat un „program de screening cu baze populaționale pilot” din care putem extrage o serie de lecții învățate.

Deși, din răspunsurile participanților la interviuri și focus grupuri, a fost mai ușor să identificăm provocările programului, în analiza acestuia am inclus și punctele tari ale programului care vin în sprijinul continuității acestuia: crearea unor seturi de practici instituționale și crearea unui nucleu de profesioniști în domeniul screening-ului pentru cancerul de col uterin.

De asemenea, fost remarcat un **trend descendent în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin** în România (de la 34.9 femei la 100000 în anul 2012 la 31.2 femei la 100000 în anul 2018), România ajungând pe locul a 3-lea în topul statelor europene cu incidență mare a cancerului de col uterin (după Letonia și Estonia). Această îmbunătățire cu siguranță nu poate fi atribuită doar programului de screening, ci unui set complex de factori care au determinat o **mai mare prevenția și rutină a controalelor ginecologice** pe care femeile din România le au.

Principalele provocări ale programului au fost legate de ownership-ul acestuia (Ministerul Sănătății fiind cel care asigură bugetul și continuitatea legislativă, în timp ce INSP coordonează implementarea programului), supra reglementare, finanțare instabilă, resurse umane insuficiente sau insuficient pregătite, comunicare neclară și netransparentă atât către medicii implicați în program, cât și către populația eligibilă, calitate scăzută a recoltării și interpretării rezultatelor, neurmărirea pacientelor după identificarea leziunilor pre canceroase.

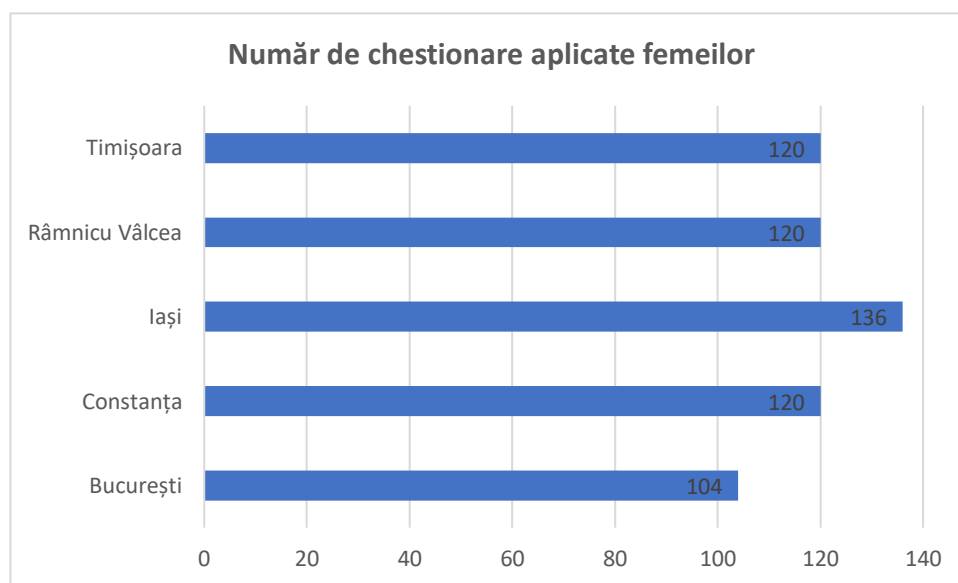
Toți participanții la focus grupuri și interviuri (aproximativ 50 de femei, medici, reprezentanți instituții relevante) consideră că programul este foarte util și necesar în România. În cadrul acestor discuții, au fost generate o serie de recomandări care vor fi structurate în secțiunea de recomandări finale.

2. Date cantitative

2.1 Femei – populație generală

La nivelul celor 5 localități în care s-a desfășurat cercetarea (București, Constanța, Iași, Râmnicu Vâlcea, Timișoara) au fost aplicate chestionare unui total de 600 de femei cu vârste cuprinse între 24 și 65 de ani. Conform metodologiei inițiale, selecția respondentelor era realizată de către fiecare expert de cercetare responsabil astfel încât să asigure: minim 30% dintre respondente sunt femei care au fost implicate în programe de screening cancer col uterin și o distribuție echilibrată în ceea ce privește criteriile vârstă, ocupație, nivel studii. Ținând cont de principala limită a cercetării, respectiv aplicarea chestionarelor preponderent în mediul urban, majoritatea respondentelor au studii medii și superioare și sunt angajate. În același timp, din cele 600 de respondente, doar 42 au declarat că au beneficiat de Programul Național de screening pentru cancerul de col uterin (reprezentând aproximativ 7%, proporția fiind apropiată de realitate, unde aproximativ 10% din totalul populației eligibile a beneficiat de program).

Figura 14 – Număr de chestionare aplicate femeilor în cele 5 localități



Atât în cazul chestionarelor aplicate medicilor, cât și în cazul chestionarelor aplicate femeilor, accesul a fost mai dificil în București. Astfel, numărul de chestionare aplicate

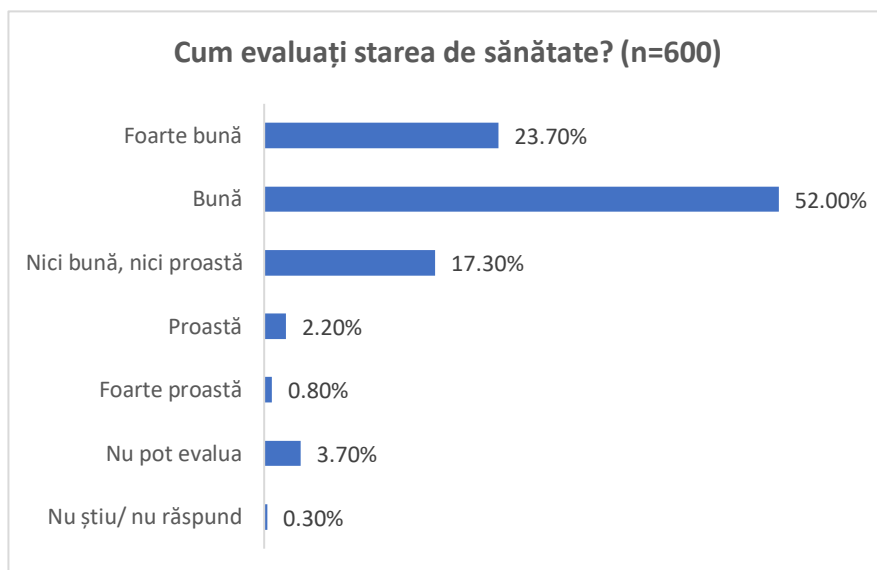
femeilor din București este mai mic decât în celelalte localități (104), deficitul de 16 chestionare fiind suplinit în Iași (unde au fost aplicate 136 de chestionare). Chestionarele au fost aplicate în perioada noiembrie 2018 – februarie 2019.

Chestionarul a inclus întrebări generale despre starea de sănătate a respondentelor, informații despre consultații ginecologice și întrebări cu privire la afecțiuni oncologice și programe de screening pentru cancerul de col uterin.

7.1.1 Starea de sănătate generală a femeilor respondente

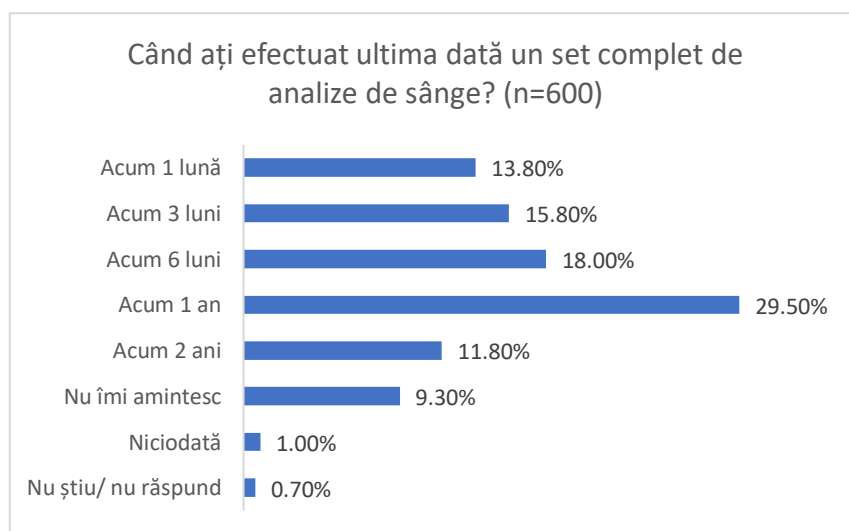
Răspunsurile primite la întrebarea „Cum evaluați starea de sănătate?” sunt preponderent „foarte bună” (23.7%) și „bună” (52%). Cu toate acestea, 15.3% dintre respondente consideră că starea de sănătate nu este nici bună, nici rea. 3% dintre respondente sunt de părere că starea lor de sănătate este „proastă” sau „foarte proastă”, iar 3.7% nu pot evalua starea lor de sănătate.

Figura 15 – Evaluarea stării de sănătate



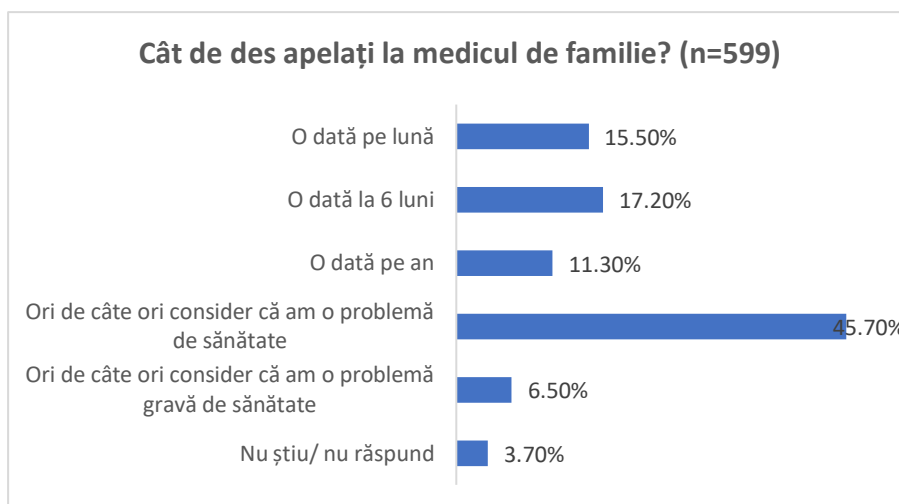
Cele mai multe dintre respondente sunt responsabile în ceea ce privește analize de sânge, astfel, aproximativ 30% dintre respondente au efectuat ultimul set complet de analize de sânge acum 1 an, în timp ce 13.8% acum 1 lună, 15.8% acum 3 luni, iar 18% acum 6 luni. 9.3% dintre respondente nu își amintesc când au făcut ultima dată analize de sânge, iar 1% susțin că nu au făcut niciodată analize de sânge.

Figura 16 – Efectuarea ultimului set complet de analize de sânge



În ceea ce privește apelarea la medicul de familie pentru diverse probleme de sănătate, aproximativ 46% dintre respondente au declarat că se duc la medicul de familie ori de câte ori consideră că au o problemă de sănătate. Parte dintre respondente apelează regulat la medicul de familie – o dată pe lună (15.5%), o dată la 6 luni (17.2%), o dată pe an (11.3%).

Figura 17 – Apelarea la medicul de familie



Asemănător percepției asupra medicului de familie, medicul specialist este contactat când există o problemă de sănătate în proporție de 54%, în timp ce 15% apelează la acesta atunci când respectiva problemă de sănătate este gravă. Medicul de familie are un rol cheie în trimiterea pacienților la medicul specialist pentru 27% dintre respondente.

Figura 18 – Apelarea la medicul specialist

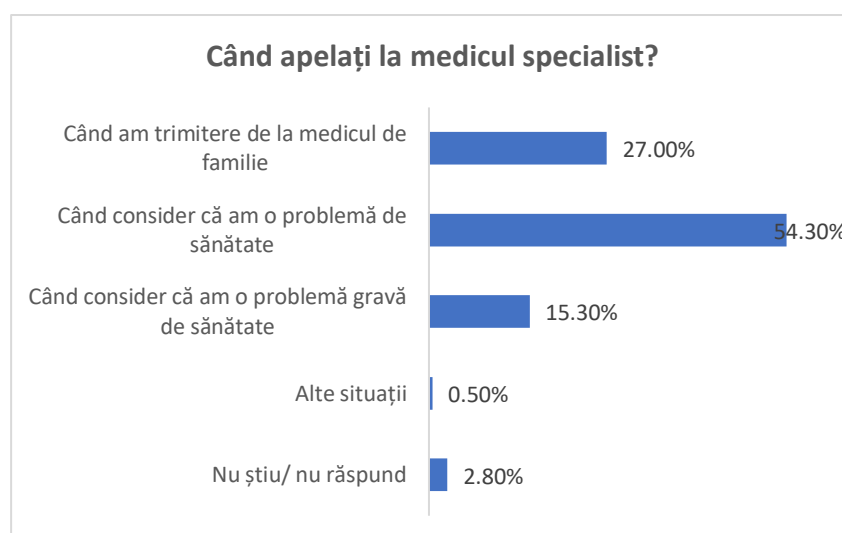
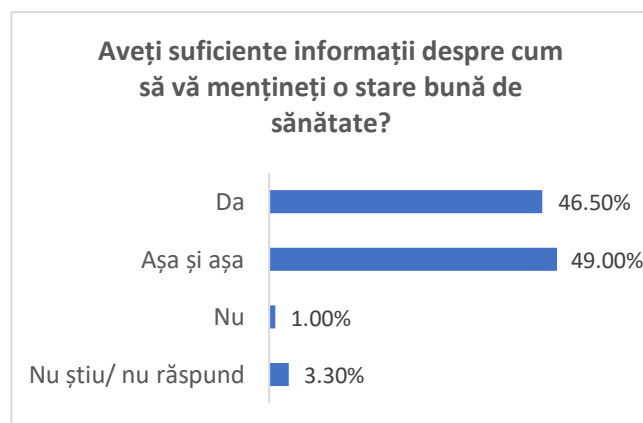


Figura 19 – Informații despre menținerea unei stări de sănătate bune

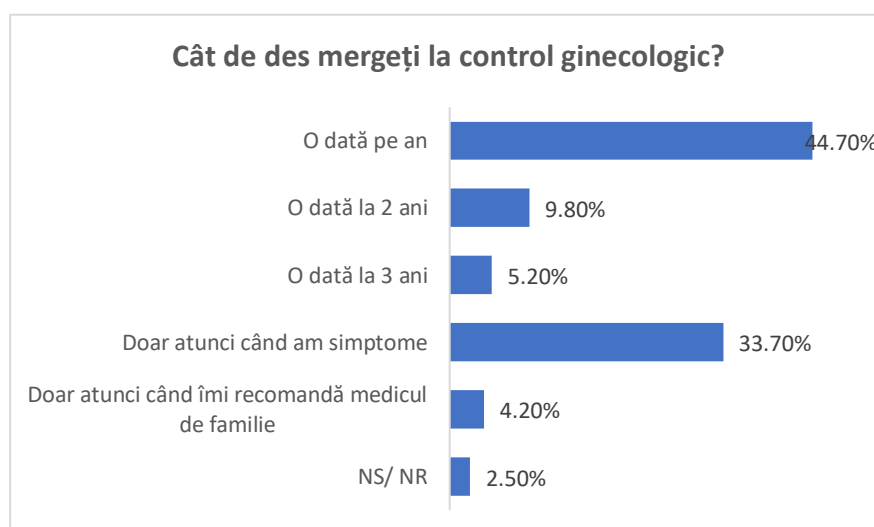


Din totalul de 600 de respondente, 46% consideră că dețin informații suficiente despre cum să își mențină o stare bună de sănătate, în timp ce 49% consideră că doar parțial au aceste informații („așa și așa”). 1% dintre respondente sunt de părere că informații pe care le au nu sunt suficiente pentru a avea o stare bună de sănătate.

7.1.2 Date despre consultațiile ginecologice

Deși acoperirea programului național de screening pentru cancerul de col uterin a fost limitată la nivel național, cele mai multe respondente merg regulat la consultații ginecologice. Astfel, aproximativ 45% dintre respondente merg cel puțin o dată pe an la control ginecologic, ceea ce demonstrează că această practică s-a transmis informal și a fost adoptată de un număr mare de femei (în analiza acestor date trebuie avut în vedere faptul că respondentele sunt majoritar din mediul urban, cel mai probabil în mediul rural practicile sunt diferite). De asemenea, aproximativ 34% dintre respondente apelează la un medic ginecolog doar atunci când au simptomele unei probleme ginecologice. Rolul medicului de familie este minimal în cazul celor 600 de respondente din mediul urban (mare), doar 4% dintre acestea au menționat că se duc la control ginecologic ca urmare a recomandării medicului de familie.

Figura 20 – Apelarea la medicul specialist



Analizând răspunsurile la această întrebare în funcție de localitatea de proveniență, observăm că în București peste 70% dintre respondente merg la control ginecologic o dată pe an, în timp ce doar 3% realizează controlul ginecologic la 3 ani. În Iași și Constanța remarcăm procente mai mici în ceea ce privește respondentele care declară că merg o dată pe an la control ginecologic, respectiv 19% în Constanța și 29% în Iași. Aproximativ 70% dintre respondentele din Constanța au declarat că merg la control ginecologic doar atunci când au simptome, 8% dintre acestea țin cont de recomandarea medicului de familie atunci când merg la un control ginecologic.

Figura 21 – Frecvența mersului la control ginecologic

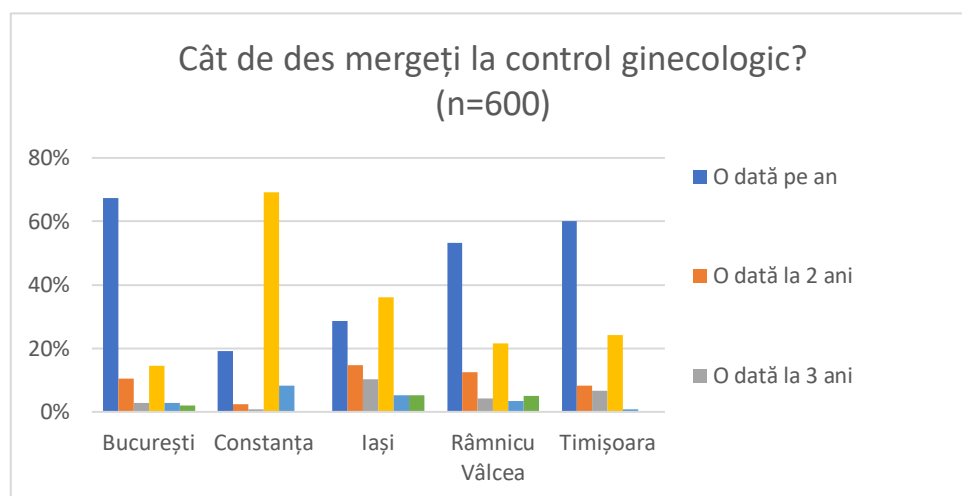
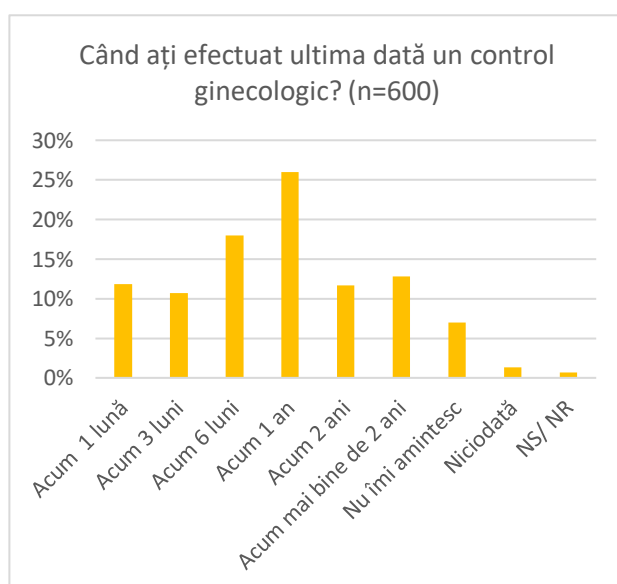


Figura 22 – Frecvența controlului ginecologic



În ceea ce privește ultimul control ginecologic efectuat, 26% din cele 600 de respondente, au efectuat ultimul control ginecologic cu 1 an înainte de data completării chestionarului, iar 12% dintre acestea cu 2 ani în urmă. Doar 1.33% dintre respondente nu au efectuat niciodată un control ginecologic, iar 7% dintre ele nu își amintesc când a fost ultimul control ginecologic.

Analizând răspunsurile în funcție de localitatea de proveniență, remarcăm faptul că în Iași și Constanța numărul femeilor care au fost la un consult ginecologic acum 1 an este mai mic

comparativ cu celelalte localități.

De asemenea, din totalul respondentelor, 12% au efectuat un control ginecologic cu 1 lună înainte de completarea chestionarului, 11% cu 3 luni înainte, iar 18% cu 6 luni înainte. Din cele 600 de femei respondente, 83% au beneficiat pentru o consultație ginecologică, în timp ce doar 13% dintre acestea au optat și pentru consultația senologică. Testarea Babes-Papanicolau a fost efectuată de 61% dintre femeile participante la studiu, însă doar 17% dintre acestea au făcut și testarea HPV. Peste 32% dintre respondente au beneficiat de o ecografie transvaginală, iar 34% dintre ele au beneficiat de un examen de secreție vaginală. Ecografia mamară a fost realizată de 20% dintre respondente. 7% dintre respondente au efectuat și alte proceduri precum colposcopie, mamografie sau control sarcină.

Figura 23 – Tipuri de servicii realizate în cadrul ultimului control ginecologic

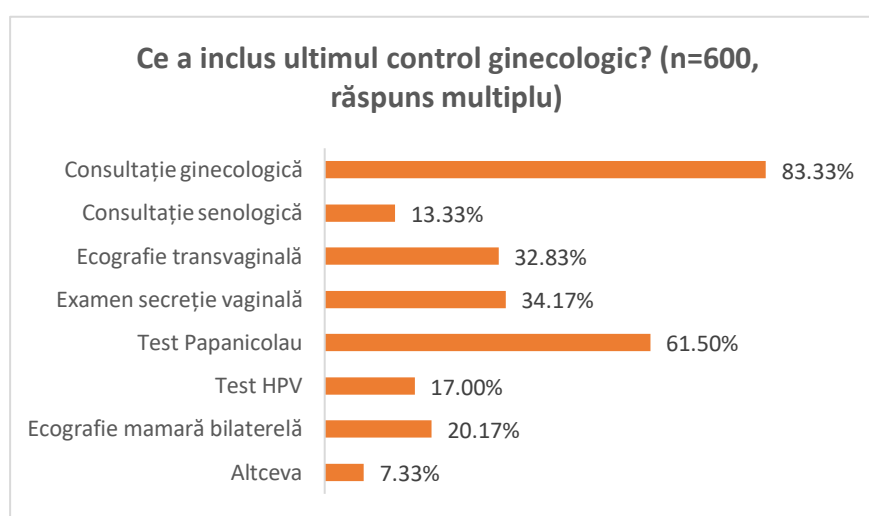
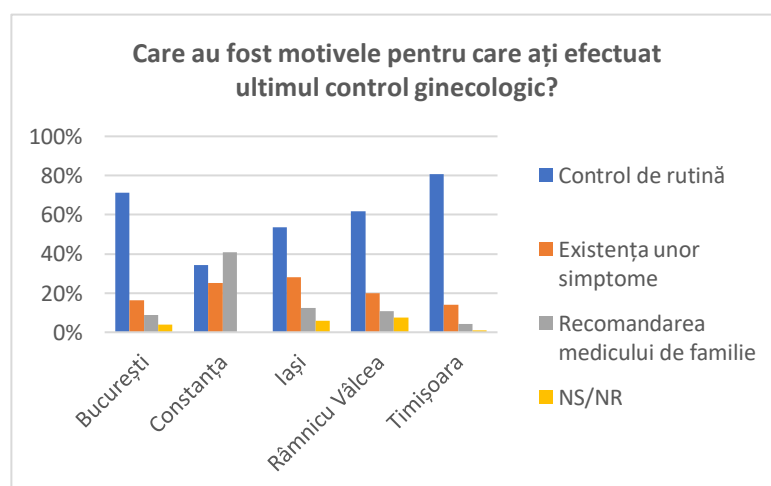


Figura 24 – Motive pentru efectuarea ultimului control ginecologic



Aproximativ 60% din totalul respondentelor au realizat ultimul control ginecologic din motive de rutină. Acest rezultat ne indică o responsabilizare a acestora privind frecvența unui control ginecologic, înțelegând că afecțiunile depistate în fază incipientă sunt mai ușor de tratat. Doar 15% din cele 600 de femei care au făcut parte din cercetare merg la control ginecologic ca urmare a

recomandării medicului de familie. În Timișoara și București este ponderea cea mai mare a femeilor care merg la control ginecologic din rutină (71% din totalul respondentelor din București, respectiv 81% din totalul respondentelor din Timișoara). Medicul de familie are un rol major în Constanța, 40% dintre respondente declarând că motivul pentru care au decis să

efectueze ultimul control ginecologic a fost recomandarea medicului de familie. În Iași, 28% dintre femeile respondente au efectuat ultimul control ginecologic pentru că aveau niște simptome care le indicau o problemă de sănătate.

Majoritatea femeilor respondente (62%) au efectuat ultimul control ginecologic într-o clinică privată spre deosebire de 36% dintre acestea care au realizat controlul ginecologic într-o instituție medicală de stat.

Analizând pe localități distribuția femeilor care au efectuat ultimul control ginecologic în mediul privat, observăm că procentelor respondentelor din Timișoara este cel mai mare (80% dintre respondentele din Timișoara), iar cel mai mic procent se regăsește în Râmnicu Vâlcea (aproximativ 50% dintre respondentele din Râmnicu Vâlcea). De asemenea, aceste rezultate reflectă caracteristica mediului de rezidență urban respondentelor.

Figura 25 – Tipuri de servicii realizate în cadrul ultimului control ginecologic

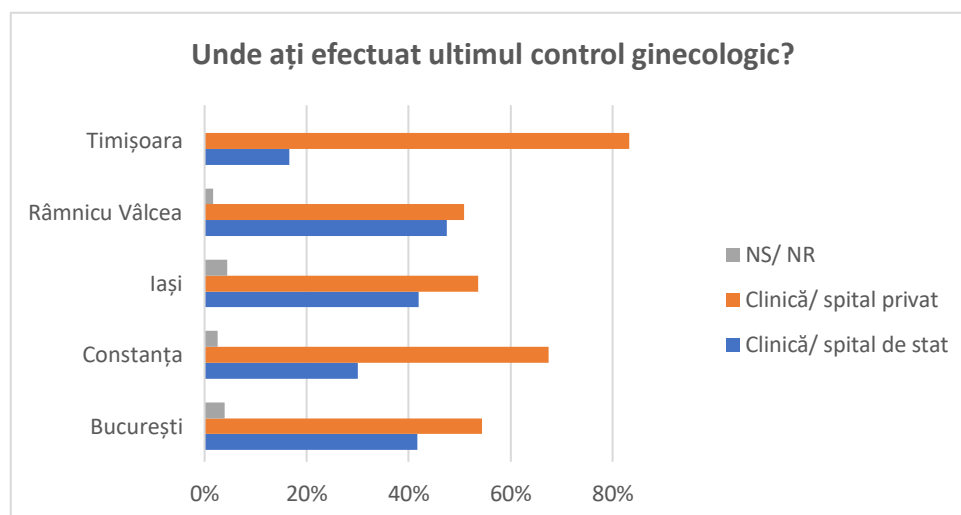
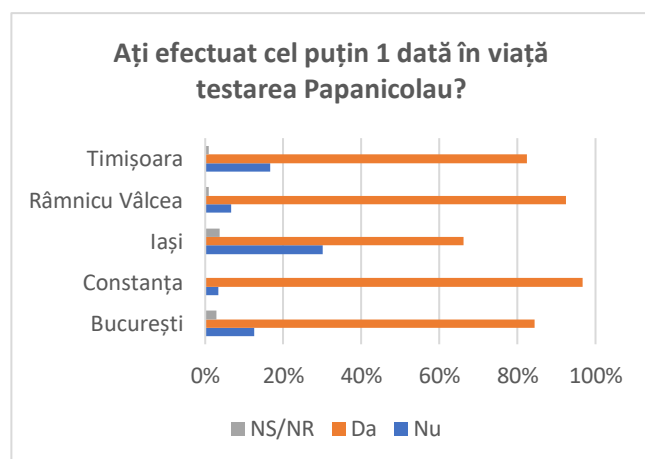
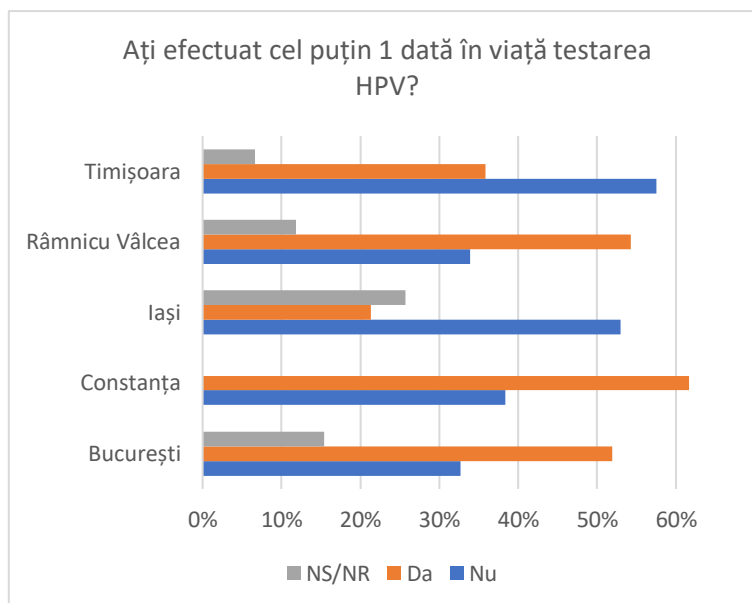


Figura 26 – Efectuarea testării Papanicolau cel puțin 1 dată în viață



Cea mai mare majoritate a respondentelor au efectuat cel puțin 1 dată testarea Babeș Papanicolau (84%), iar 14% dintre acestea nu au făcut niciodată această testare. Comparând rezultatele pe localități, observăm că în Iași avem o pondere mai mare a femeilor care nu au efectuat niciodată testarea Papanicolau (30%), iar în Iași doar 3% dintre femei nu au efectuat niciodată testarea Papanicolau.

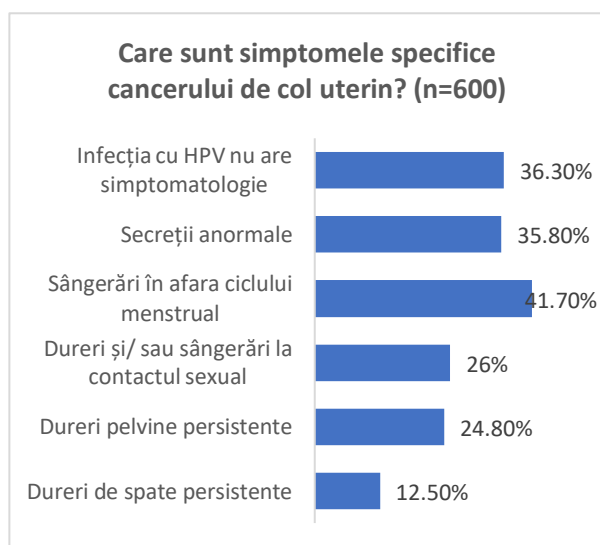
Figura 27 – Efectuarea testării HPV cel puțin 1 dată în viață



Testarea HPV este mai puțin frecventă comparativ cu testarea Papanicolau. Astfel, din totalul femeilor participante la studiu, 44% au realizat testarea HPV cel puțin 1 dată în viață. De asemenea, 12% dintre respondente nu au răspuns la această întrebare ceea ce indică o necunoaștere a subiectului. Analizând răspunsurile pe localități, observăm că ponderea cea mai mare de femei care au efectuat testarea HPV se regăsește în Constanța (62%), iar cea mai mică în Iași (21%)

7.1.3 Afecțiuni oncologice și Programul Național de Screening pentru cancerul de col uterin

Figura 28 – Simptomele specifice cancerului de col uterin



În ceea ce privește simptomele cancerului de col uterin, 36% dintre respondente sunt de părere că infecția cu HPV nu are niciun fel de simptome, în timp ce 36% dintre acestea consideră că secrețiile anormale sunt un semnal pentru cancerul de col uterin. Sângerările în afara ciclului menstrual sunt considerate de către 42% dintre femeile respondente ca fiind un semnal pentru cancerul de col uterin. Printre alte simptome identificate de respondente se regăsesc durerile în timpul actului sexual (26%) și durerile pelvine persistente (25%).

Figura 29 – Femei diagnosticate cu cancer de col uterin în familie

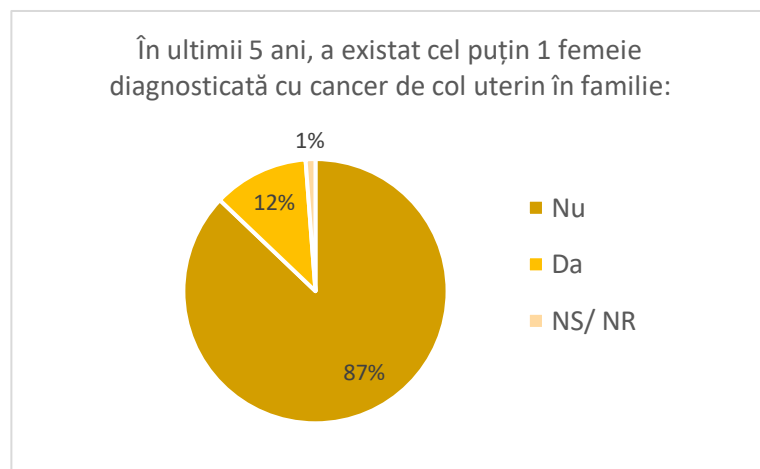


Figura 30 – Femei diagnosticate cu cancer de col uterin în cercul de cunoscuți

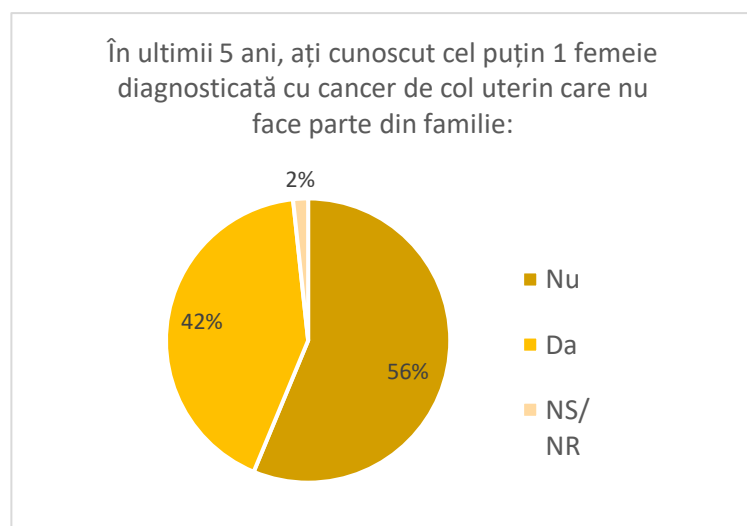
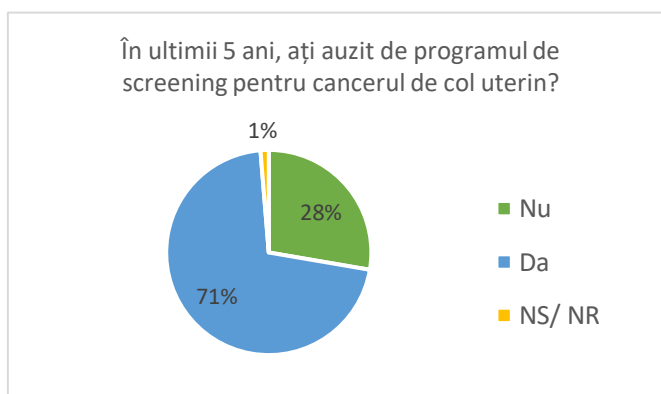


Figura 31 – Cunoașterea programului de screening pentru cancerul de col uterin

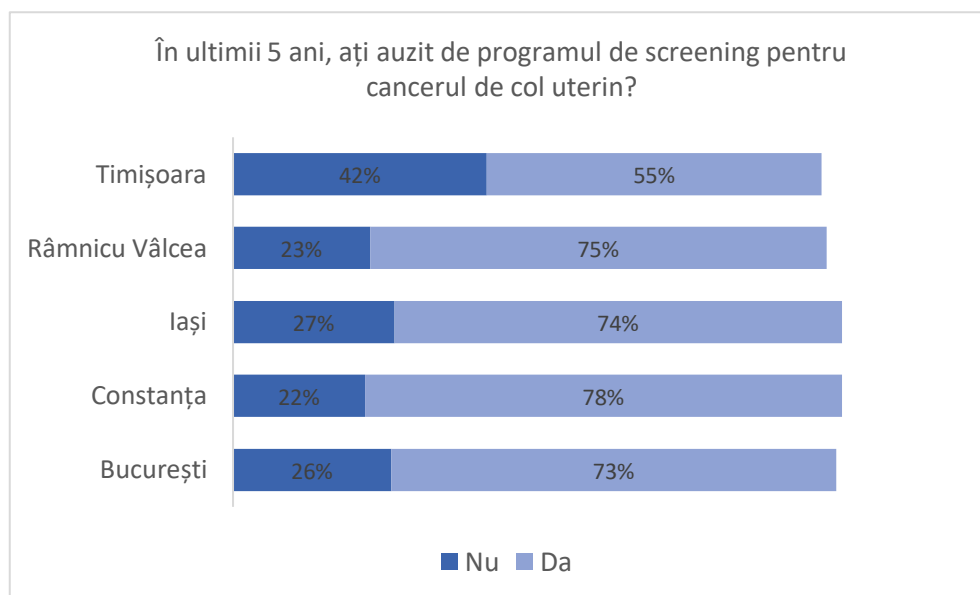
71% din totalul respondentelor au auzit de programul de screening pentru cancerul de col uterin.



La nivelul celor 600 de femei participante la studiu, 12% dintre acestea au declarat că au avut în familie cel puțin o femeie diagnosticată cu cancerul de col uterin în ultimii 5 ani.

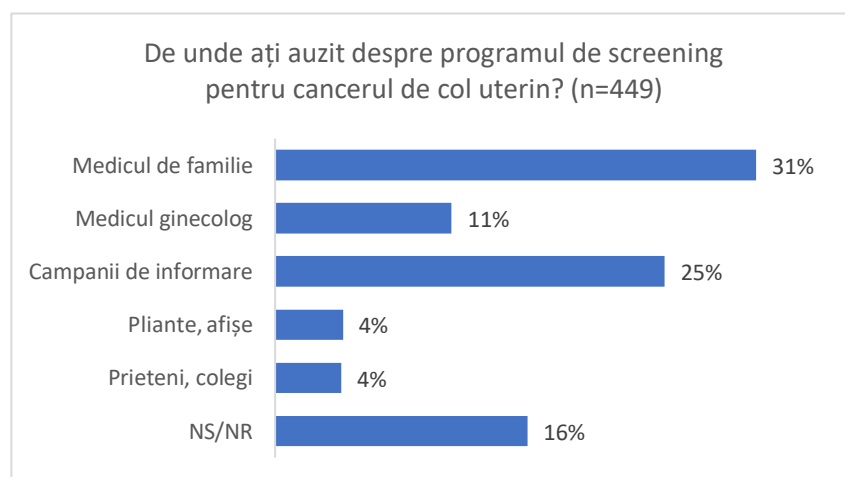
În ceea ce privește ponderea femeilor care au cunoscut în ultimii 5 ani cel puțin 1 femeie diagnosticată cu cancer de col uterin, rezultatul este îngrijorător. Astfel, 42% dintre respondente au declarat că au cunoscut cel puțin 1 femeie diagnosticată cu cancer de col uterin. Probabil, această interacțiune reală cu o persoană care a avut cancer de col uterin influențează și prevenția și controalele de rutină pe care respondentele au declarat că le realizează.

Figura 32 – Cunoașterea programului de screening pentru cancerul de col uterin pe localități



Analizând cunoașterea programului național de screening pe localități, observăm faptul că în Timișoara există ponderea cea mai mică de femei care au auzit de acest program (55%). Cel mai mare procent de femei respondente care au auzit de acest program de înregistrează în Constanța (78%), urmată de Râmnicu Vâlcea (75%), Iași (74%) și București (73%).

Figura 33 – Canale de transmitere a informației despre programul de screening pentru cancerul de col uterin

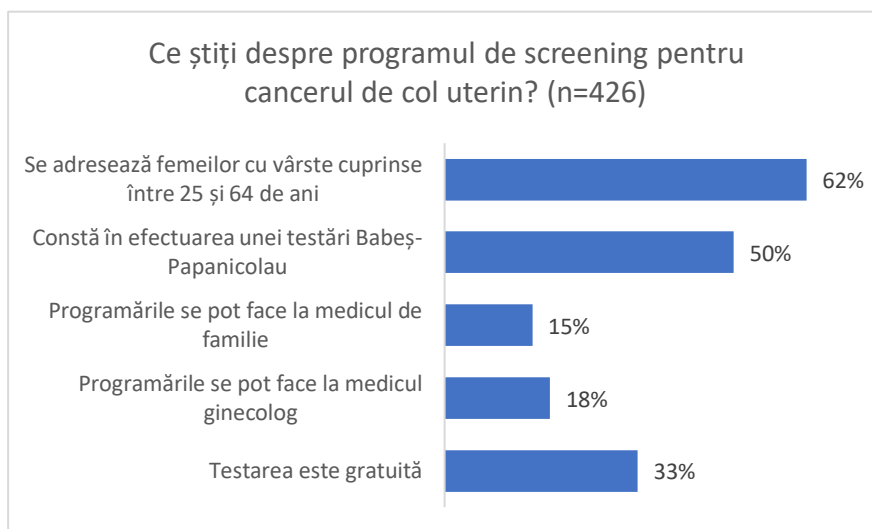


Cele mai multe dintre respondentele care au auzit de programul de screening (31%) au informații despre program de la medicul de familie și doar 11% dintre acestea de la medicul ginecolog. De asemenea, 25% dintre respondentele care au auzit de program au menționat campaniile de informare ca metodă eficientă prin care au

aflat despre program. Un procent relativ mare (16%) susține că nu știe de unde are informații despre campanie, însă informațiile există. Acest fapt indică o răspândire informală a

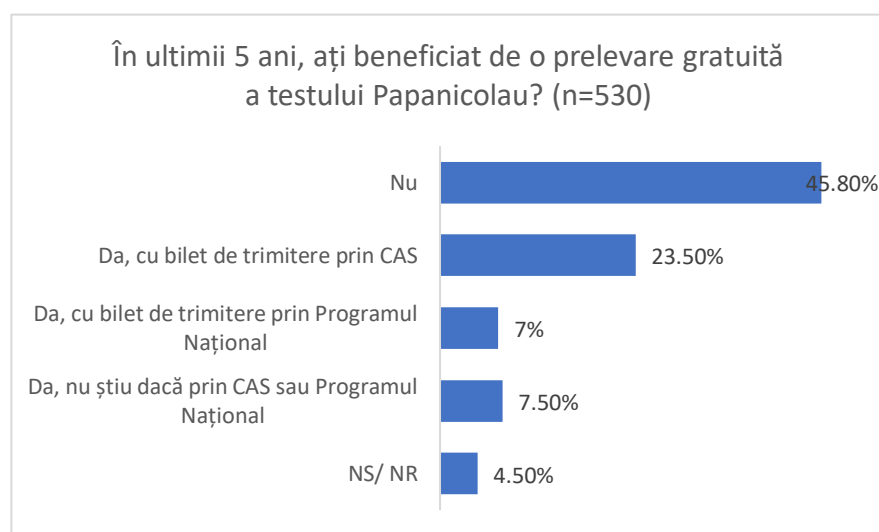
informațiilor sau din multiple surse, iar respondenții nu mai țin minte care a fost sursa principală.

Figura 34 – Informații deținute cu privire la programul de screening pentru cancerul de col uterin



Femeile respondente nu dețineau informații complete cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin. 62% dintre acestea au declarat că știu cui se adresează programul (femeilor cu vârste cuprinde între 25 și 64 de ani), iar 50% dintre acestea știau că screening-ul constă în efectuarea unei testări Papanicolau. Doar 15% dintre acestea știau că programările se pot face la medicul de familie, în timp ce 18% știau că programările se pot face la medicul ginecolog. În același timp, 33% dintre femeile care au auzit de program știau că testarea este gratuită.

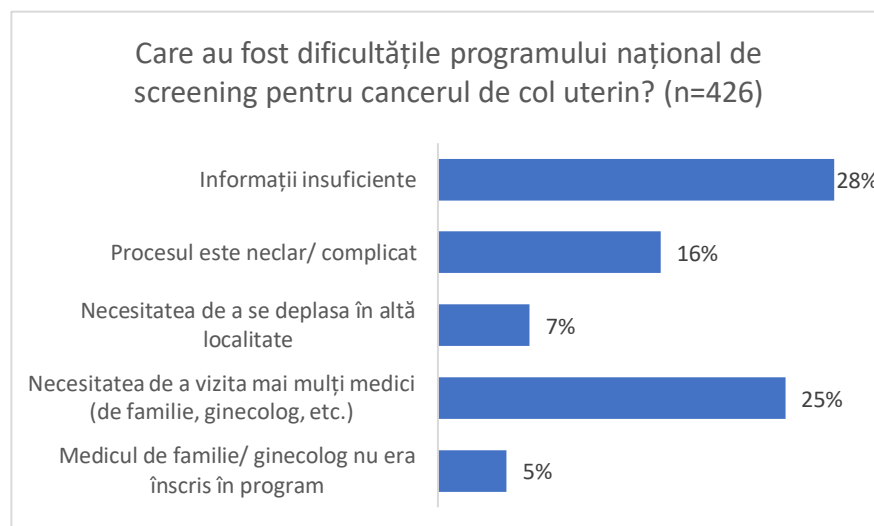
Figura 35 – Pondere femei care au beneficiat de prelevare gratuită a testului Papanicolau



Din cele 600 de femei respondente, doar 7% au declarat cu certitudine că au beneficiat de prelevare gratuită a testului Papanicolau în cadrul programului național de screening. De asemenea, 23.5% au declarat că au beneficiat de această testare gratuită, însă nu în cadrul programului național, ci prin intermediul

Casei de Asigurări de Sănătate. Iar un procent de 7.5% a declarat că nu știe dacă prelevarea gratuită a fost prin CAS sau prin programul național.

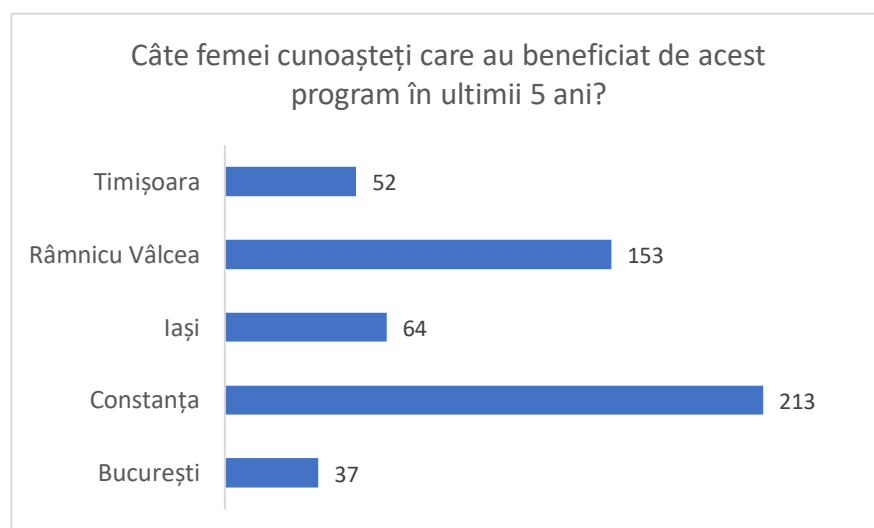
Figura 36 – Dificultățile programului național de screening pentru cancerul de col uterin



Dintre dificultățile indicate de către respondente, 28% au declarat că nu au avut informații suficiente cu privire la program. De asemenea, 25% dintre cele care au auzit de programul de screening consideră că necesitatea de a vizita mai mulți medici pentru beneficia de screening a îngreunat procesul. 16% au

declarat că procesul este neclar și/ sau complicat. Doar 7% dintre respondente consideră drept dificultate necesitatea de a se deplasa în altă localitate având în vedere că mediul de rezidență al respondentelor este preponderent urban mare.

Figura 37 – Număr de femei beneficiare ale programului de screening pentru cancerul de col uterin cunoscute de respondente

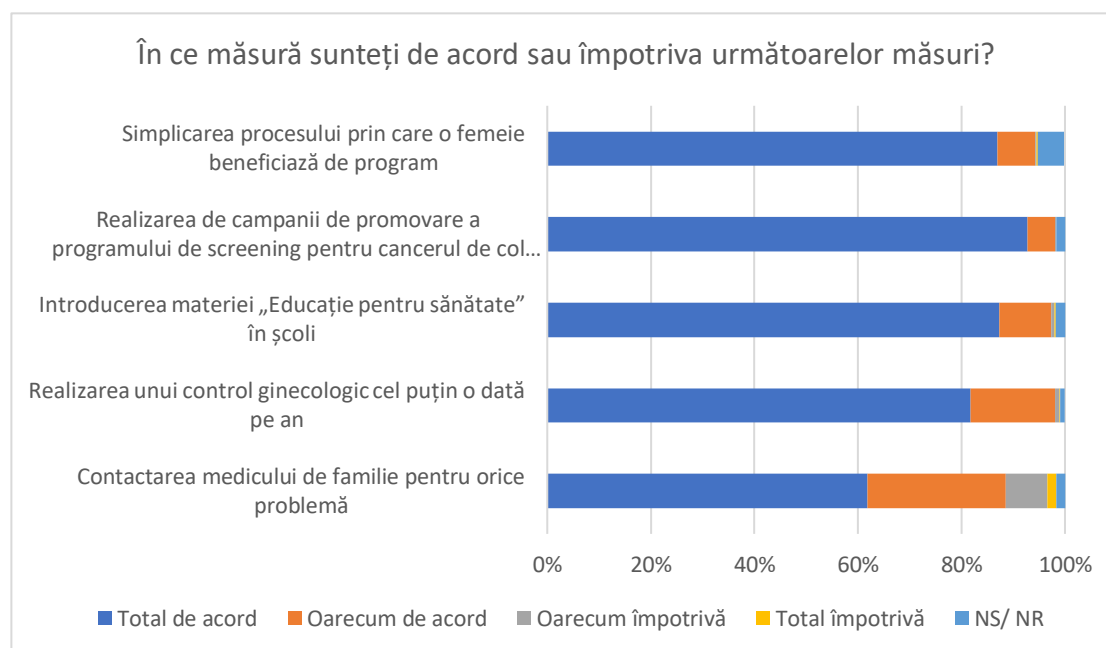


La întrebarea „Câte femei cunoașteți care au beneficiat de acest program în ultimii 5 ani?”, cele mai multe dintre respondente nu au scris nimic sau au scris 0.

Însumând răspunsurile primite la această întrebare, respondentele din Constanța cunoșteau cele mai multe femei care au beneficiat de

screening pentru cancerul de col uterin (213), iar respondentele din București cele mai puține astfel de femei (37).

Figura 38 – Număr de femei beneficiare ale programului de screening pentru cancerul de col uterin cunoscute de respondente



În ceea ce privește acordul față de setul de măsuri propuse la finalul chestionarului, cea mai mare parte a respondentele le-au agreat pe toate cele 5 propuneri, însă un acord mai redus a fost primit de afirmația „Pentru orice problemă de sănătate trebuie contact medicul de familie”.

7.1.4 Concluzii

Concluzionând analiza cantitativă rezultată în urma aplicării de chestionare către 600 de femei din localitățile București, Iași, Constanța, Râmnicu Vâlcea și Timișoara, putem spune următoarele:

- Femeile au interiorizat o rutină a consultului ginecologic regulat (aproximativ 1 dată pe an), acest lucru poate fi influențat și de faptul că 42% dintre respondente au cunoscut cel puțin 1 persoană diagnosticată cu cancer de col uterin ceea ce înseamnă că informațiile au fost transmise informal;
- 71% dintre cele 600 de respondente au auzit de programul național de screening pentru cancerul de col uterin în special prin intermediul medicilor de familie și a campaniilor de informare;
- deși un procent ridicat dintre femei au auzit de programul de screening, doar 7% dintre respondente au beneficiat de acesta, iar dificultățile întâmpinate de acestea sunt legate de neclaritatea procesului și lipsa unor informații coerente, dar și necesitatea de a vizita mai mulți medici;
- Testarea HPV (nefiind decontată prin Casa de Asigurări) nu a devenit încă o practică (așa cum este cazul testării Papanicolau), 44% dintre respondente au

susținut că nu au efectuat niciodată un test HPV, iar 12% nu au știut să răspundă la această întrebare.

2.2 Medici de familie și ginecologi

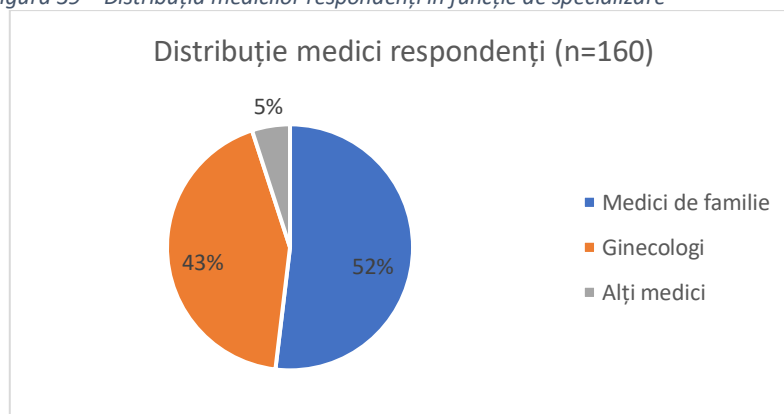
În cadrul cercetării, au fost aplicate chestionare medicilor de familie, ginecologi și alt personal medical relevant pentru programul de screening pentru cancerul de col uterin. Întrebările din chestionar au vizat implicarea acestora în programul de screening în perioada 2012-2017, dar și percepția asupra dificultăților și măsurilor de îmbunătățire a programului.

Medicii care au completat chestionarul activează în 4 dintre cele 5 localități selectate pentru derularea cercetării, respectiv: Iași, Constanța, Râmnicu Vâlcea și Timișoara. Municipiul București nu a fost inclus în această analiză din cauza numărului mic de medici care au completat chestionarul (sub 10). Una dintre limitările acestui studiu este alegerea localității București ca arie geografică de desfășurare a cercetării pentru că accesul la medici și femei care au beneficiat de program a fost mult mai dificil.

Medicii care au completat chestionarul au fost identificați la nivel local de către experții regionali de cercetare prin metoda „bulgărelui de zăpadă”. Astfel, în fiecare dintre cele 4 localități au fost completate 40 de chestionare aplicate medicilor, însumând un total de 160.

În ceea ce privește distribuția medicilor care au acceptat să completeze chestionarul, observăm o ponderare mai mare a medicilor de familie (52%) comparativ cu 43% medici ginecologi. Ceilalți 5% sunt medici rezidenți. Distribuția de gen este mai dezechilibrată decât distribuția specializării medicilor. Astfel, din totalul de 160 de respondenți, doar 24% sunt bărbați comparativ cu 76% femei.

Figura 39 – Distribuția medicilor respondenți în funcție de specializare

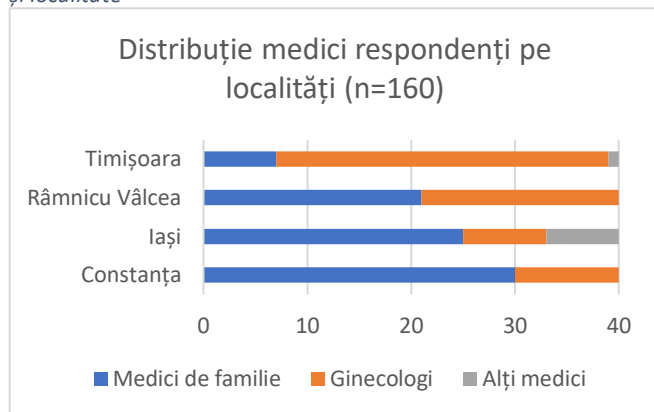


Distribuția medicilor pe localități în funcție de specializarea acestora este următoarea:

- Timișoara – 7 medici de familie, 32 ginecologi, 1 medic medicină internă;
- Râmnicu Vâlcea – 21 medici de familie, 19 ginecologi;

- Iași – 25 medici de familie, 8 ginecologi și 7 medici rezidenți ginecologie;
- Constanța – 30 medici de familie, 10 ginecologi;

Figura 40 – Distribuția medicilor respondenți în funcție de specializare și localitate



Se remarcă un dezechilibru între ginecologi și medici de familie la nivelul localităților Timișoara și Constanța, însă la nivel general, pentru toate cele 4 localități, distribuția este relativ echilibrată.

Dintre cei 160 de medici respondenți, doar 22% erau înscriși într-o rețea de screening la momentul colectării datelor (ianuarie – martie 2019). 71% dintre respondenți nu erau înscriși într-o rețea de screening, în timp ce 7% nu știau dacă sunt sau nu au dorit să răspundă la această întrebare.

Figura 41 – Medici înscriși într-o rețea de screening

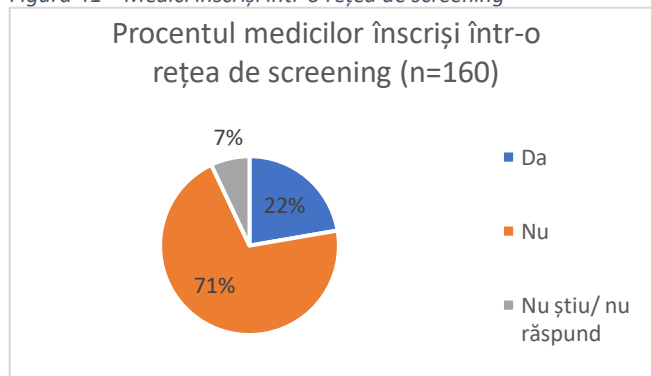
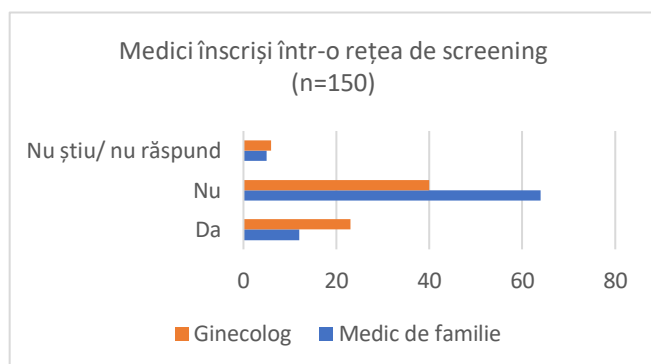


Figura 42 - Numărul medicilor de familie și ginecologi înscriși într-o rețea de screening



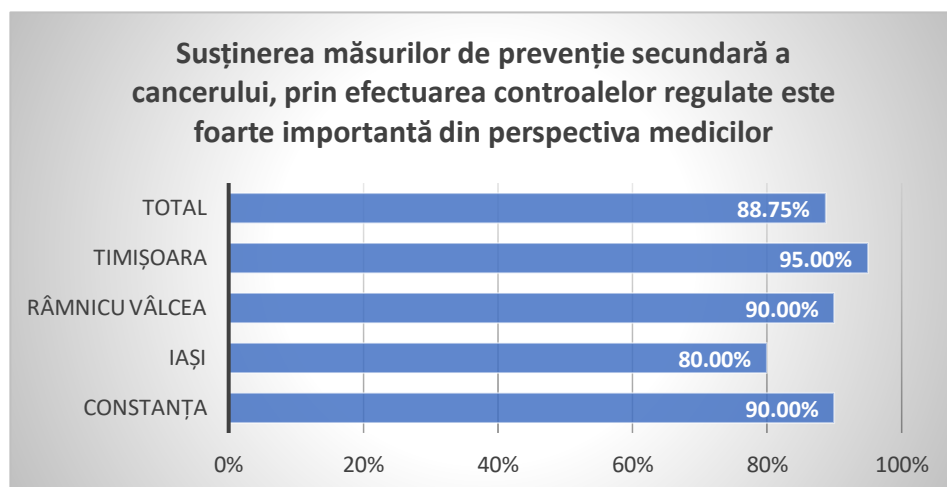
Analizând distribuția înscrierii într-o rețea de screening din perspectiva specializării medicilor, remarcăm faptul că procentul ginecologilor înscriși în programul de screening este aproape dublu decât cel al medicilor de familie, ceea ce confirmă unul dintre punctele slabe ale programului, respectiv slaba implicare a medicilor de familie.

Cei mai mulți medici respondenți înscriși într-o rețea de screening pentru cancerul de col uterin s-au regăsit în localitățile Iași și Timișoara (câte 11 medici în fiecare), iar cei mai puțin în Râmnicu Vâlcea (4 medici).

7.2.1 Atitudini și percepții ale medicilor

Aproximativ 90% dintre medicii respondenți consideră că susținerea măsurilor de prevenție secundară a cancerului (prin efectuarea de controale regulate) este foarte importantă, sprijinind astfel identificarea unor posibile probleme în faze incipiente și crescând șansele de vindecare.

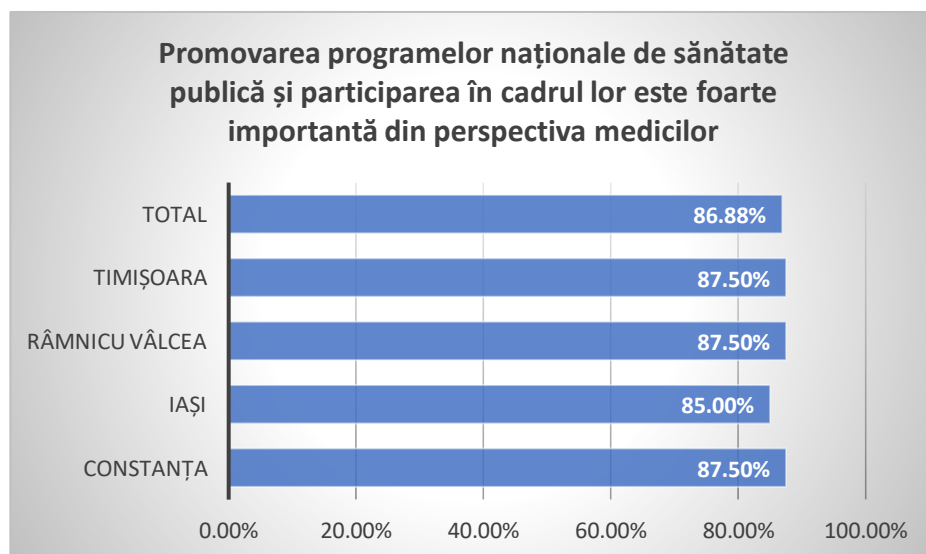
Figura 43 – Procentul medicilor care susțin măsurile de prevenție secundară a cancerului



Peste 85% dintre medicii respondenți consideră că este foarte important ca programele naționale de sănătate publică să fie cât mai bine promovate pentru a

stimula astfel participarea cetățenilor. În analiza acestor date, trebuie avut în vedere faptul că răspunsurile reprezintă mai degrabă niște deziderate general valabile.

Figura 44 – Procentul medicilor care susțin promovarea programelor de sănătate publică



7.2.2
Cunoașterea și implicarea Programului Național de screening

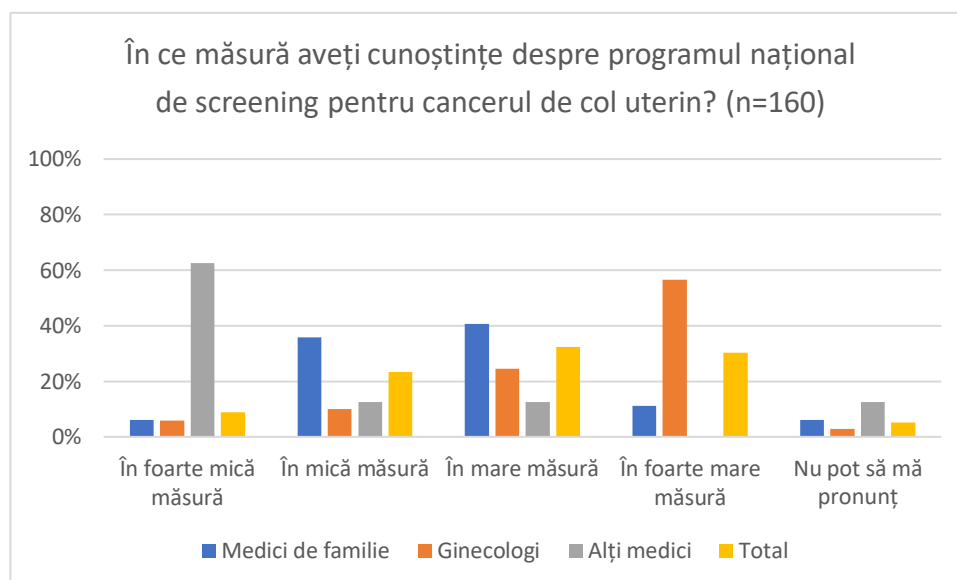
Din totalul respondenților, doar 62% au declarat în cadrul chestionarelor că dețin cunoștințe („în

mare măsură” și „în foarte mare măsură”) despre programul național de screening pentru cancerul de col uterin. În ceea ce privește diferențe între medicii de familie și medicii ginecologi, 56,5% dintre ginecologii care au răspuns au declarat că „în foarte mare măsură” au cunoștințe despre programul de screening comparativ cu doar 11,1% medii de familie. La întrebarea deschisă „Ce știți despre acest program?” (adresată doar celor care au răspuns că dețin cunoștințe („în mare măsură” și „în foarte mare măsură”) au fost primite răspunsuri precum:

- „există formular special”;
- „program gratuit”;
- „în fiecare oraș, femei 25-64”;
- „Se desfășoară de aproximativ 6 ani la nivel național. Urmărește depistarea precoce a cazurilor de cancer de col uterin”;
- „Program POSDRU demarat de 5 ani de zile, la care particip”.

Dintre răspunsurile primite, se constată și o percepție eronată asupra programului cu privire la finanțarea acestuia, unuia dintre respondenți considerând că programul este finanțat prin Fondul Social European (în cadrul Programului Operațional Dezvoltarea Resurselor Umane – POSDRU), probabil eroare a apărut datorită faptului că INSP a implementat un proiect pe această temă.

Figura 45– Cunoștințe despre programul național de screening pentru cancerul de col uterin



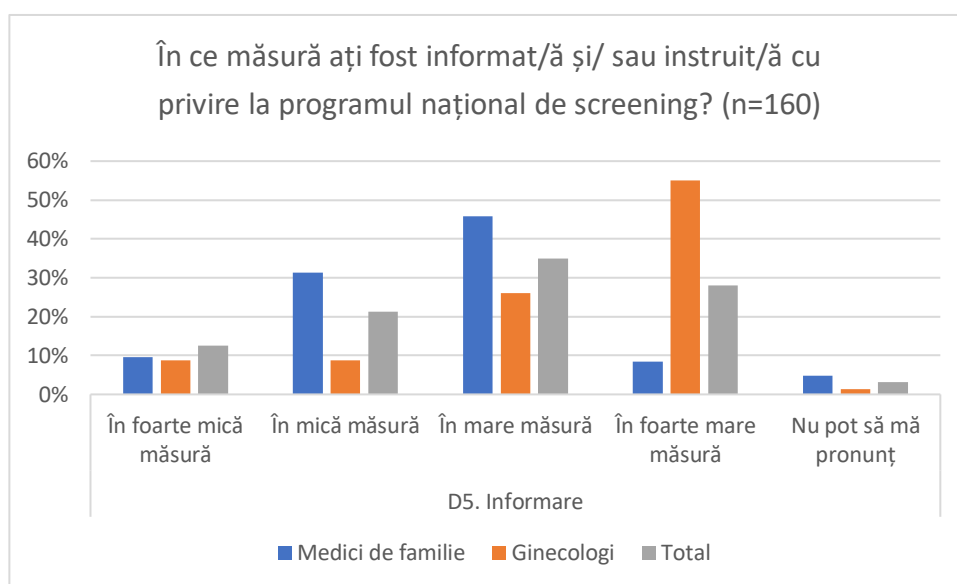
63% din totalul medicilor respondenți (n=160) a declarat că au fost informați și/ sau instruiți cu privire la programul național de

screening pentru cancerul de col uterin în mare sau foarte mare măsură. Analizând comparativ răspunsurile medicilor de familie și ale ginecologilor, observăm că 81% dintre ginecologi au fost informați și/ sau instruiți în mare și foarte măsură spre deosebire de 54% dintre medicii de familie participanți la studiu.

La întrebarea deschisă „În ce a constat informarea și/ sau instruirea și când s-a petrecut?”, am primit 2 tipuri de răspunsuri:

- auto – informare – însemnând probabil faptul că medicii s-au informat singuri cu privire la program (deși întrebarea adresată menționa dacă informarea/ instruirea a fost făcută de altcineva);
- participare la cursuri de formare la începutul programului (în 2012) organizate de DSP; niciunul dintre respondenți nu a menționat existența altor cursuri în timpul derulării programului.

Figura 46 – Informare și s-au instruirea medicilor respondenți cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin



Cele 3 activități obligatorii ale programului național de screening pentru cancerul de col uterin conform documentelor programatice sunt:

- Identificarea, invitarea și informarea populației feminine eligibile
- Efectuarea testelor de depistare precoce (recoltare și citire a frotiurilor cito-vaginale)
- Diagnosticul, tratamentul și urmărirea în timp a leziunilor depistate

Medicii au fost întrebați dacă au întreprins activitățile menționate mai sus, adăugând și activitatea: Trimiterea către alte specialități a pacienților cu suspiciune de cancer.

Analizând numărul de medici (dintre cei 160 respondenți) care au identificat, invitat și informat populația feminină eligibilă în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin în perioada 2012-2017, se constată faptul că acesta este relativ constant cu o ușoară scădere în anul 2013 (deși la nivel național anul 2013 este anul cele mai bune rezultate).

De asemenea, se remarcă faptul că informarea și invitarea a fost efectuată de ambele categorii de medici (ginecologi și de familie). Deși responsabilitatea primară pentru această activitate revine medicilor de familie, diferența dintre cele 2 categorii nu este majoră conform declarațiilor celor care au completat chestionarele.

În ceea ce privește numărul de medici care au efectuat testări (recoltare și citire) în perioada 2012-2017, observăm că numărul acestora a crescut în perioada 2015 și 2016. Și în cazul acestei activități, ambele categorii de medici au efectuat prelevarea și citirea cu o pondere mai mare a ginecologilor așa cum era de așteptat.

Trebuie menționat că aceste date trebuie să fie interpretate cu rezerve pentru că deși întrebările limitau aceste activități stric la programul național de screening pentru cancerul de col uterin, este posibil ca unii dintre respondenți să fi răspuns afirmativ, deși efectuaseră activitatea în afara programului.

Figura 47 – Numărul de medici care au identificat, invitat și informat populația feminină eligibilă în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin

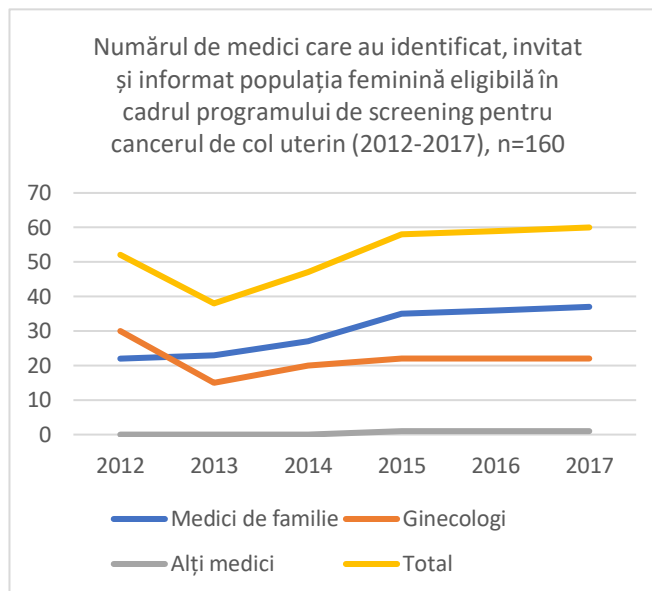
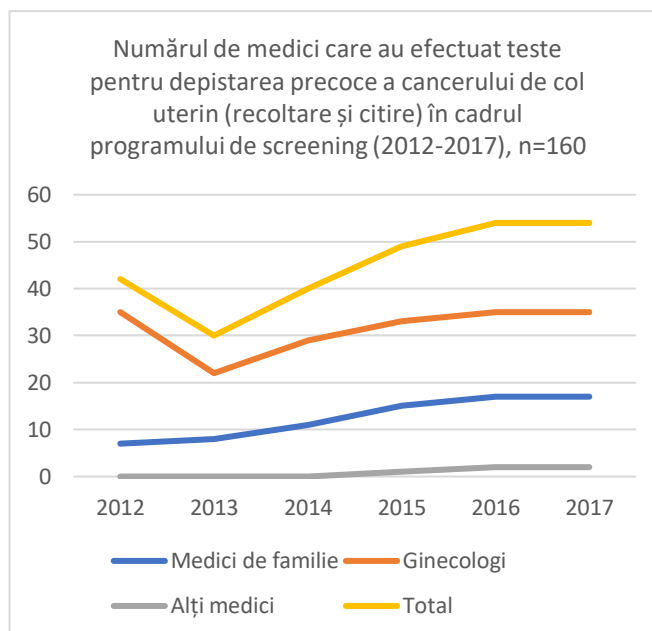


Figura 48 - Numărul de medici care au efectuat teste pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin (recoltare și citire) în cadrul programului de screening



Numărul de medici ginecologi care au pus diagnostic, au oferit tratament și au urmărit în timp leziunile identificate este mai mare decât numărul ginecologilor.

Una dintre limitele acestui studiu este faptul că nu știm dacă respondenții au efectuat toate cele 3 subactivități menționate: diagnostic, tratament, urmărire (mai ales urmărirea în timp).

În toate cele 4 activități analizate, se remarcă o scădere a numărului de ginecologi implicați la nivelul anului 2013. În momentul de față nu avem o explicație pentru acest fenomen, deși, așa cum am menționat și mai sus, anul 2013 are cele mai bune rezultate în materie de populație eligibilă participantă la programul de screening pentru cancerul de col uterin.

Activitatea cea mai practică de medici (dintre cele 4 analizate cu privire la programul de screening pentru cancerul de col uterin) este aceea de a trimite pacientele cu suspiciune de cancer către alte specialități în perioada 2012-2017. Aici, numărul medicilor de familie este mai mare decât numărul ginecologilor care au implementat activitatea.

Figura 49 – Numărul de medici care au identificat, invitat și informat populația feminină eligibilă în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin

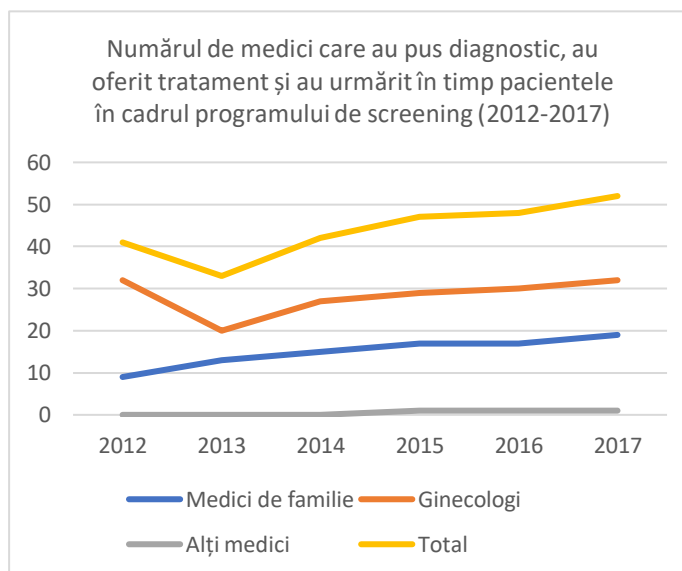
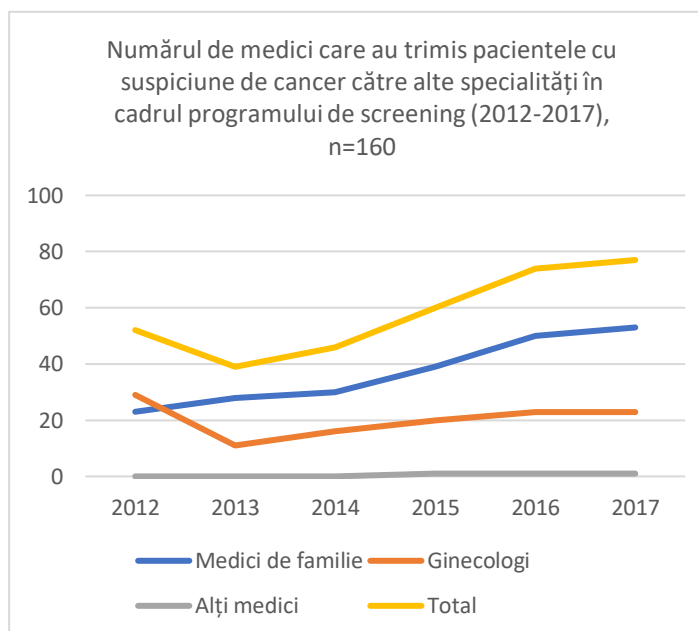


Figura 50 - Numărul de medici care au efectuat teste pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin (recoltare și citire) în cadrul programului de screening



Numărul total de femei identificate, invitate și informate cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin de către cei 160 de medici respondenți în cercetarea de față este de 5469. Aproximativ 50% dintre totalul medicilor respondenți nu au desfășurat această activitate, ceea ce înseamnă că au identificat, invitat și informat 0 femei. 25% dintre cei 160 de medici au identificat, invitat și informat mai puțin de 100 de femei, iar 26% dintre aceștia au realizat această activitate pentru mai mult de 100 de femei. Doar 3 dintre medici (0,01%) au implicat peste 500 de femei în programul de screening pentru cancerul de col uterin.

Figura 51 - Număr de femei identificate, invitate și informate de către 1 medic în programul de screening pentru cancerul de col uterin

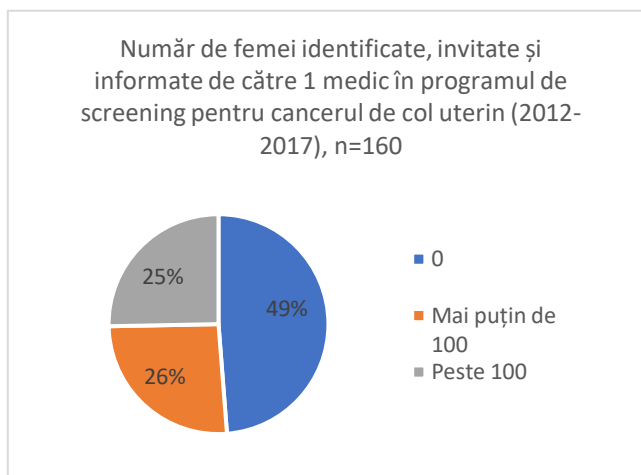
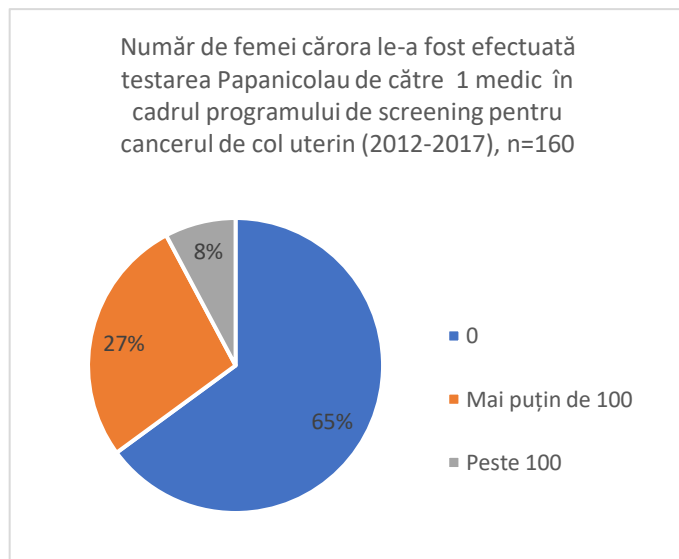


Figura 52 - Număr de femei cărora le-a fost efectuată testarea Papanicolau de către 1 medic în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin



Numărul total de femei testate Papanicolau în perioada 2012-2017 de către cei 160 de medici respondenți este de 3528. Din 160 de medici, 65% au efectuat 0 testări în perioada menționată, 27% au realizat mai puțin de 100 de testări Babeș-Papanicolau și doar 8% au realizat mai mult de 100 de testări în cei 5 ani (2012-2017).

Conform declarațiilor celor 160 de medici care au completat chestionarul, aceștia au diagnosticat, tratat și urmărit în timp un total de 1753 de paciente în cadrul programului național de screening pentru cancerul de col uterin în perioada 2012-2017. Din totalul de 160 de medici implicați în acest studiu, 61% nu au realizat deloc această activitate, în timp ce 37% au declarat că au diagnosticat, tratat și urmărit în timp sub 100 de femei de-a lungul celor 5 ani de program. Doar 2% dintre medici au efectuat această activitate pentru mai mult de 100 de femei.

În ceea ce privește numărul de suspecte de cancer trimise mai departe spre alți medici de specialitate de către medicii de familie și ginecologi care au completat chestionarele, acesta este de 1045. Dintre cei 160 de medici respondenți, 51% nu s-au confruntat deloc cu această situație, iar 47% au trimis mai puțin de 100 de femei suspecte de cancer de col uterin către alți medici specialiști. Doar 2% au realizat această activitate pentru mai mult de 100 de femei.

Figura 53 - Număr de femei care au fost diagnosticate, tratate și urmărite în timp de către 1 medic în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin

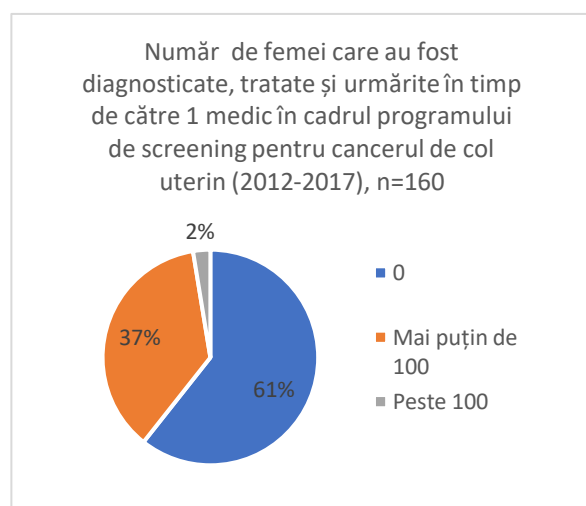
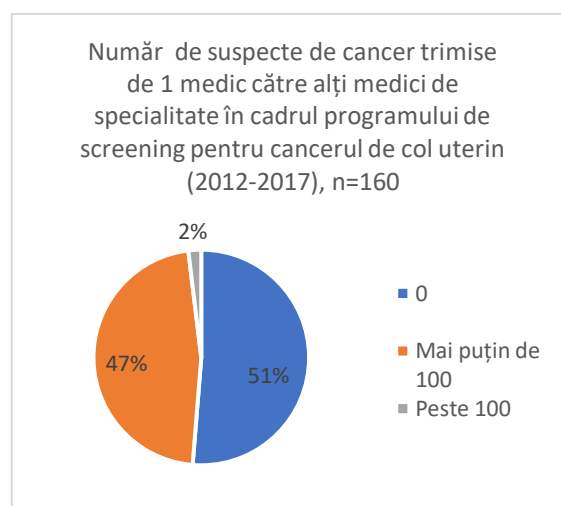


Figura 54- Număr de suspecte de cancer trimise de 1 medic către alți medici de specialitate în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin

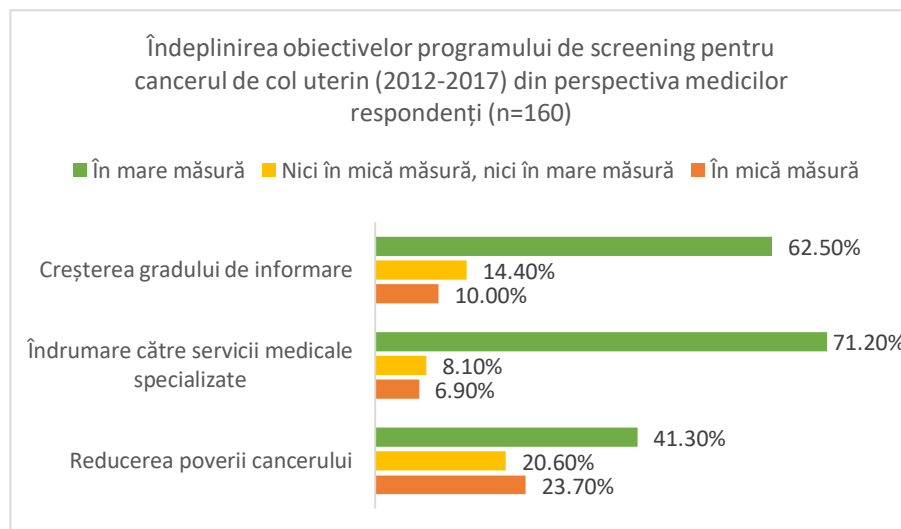


Obiectivele programului de screening pentru cancerul de col uterin sunt:

1. Reducerea poverii cancerului de col uterin în populația feminină prin depistarea în faze incipiente de boală prin screening organizat;
2. Îndrumarea pacientei or cu leziuni precursoare sau incipiente către servicii medicale specializate de diagnostic și tratament;
3. Creșterea gradului de informare a populației pentru utilizarea serviciilor de screening ca metodă de depistare precoce a cancerului de col uterin la persoane asimptomatice.

7.2.3 Analiza Programului Național de screening din perspectiva medicilor

Figura 55- Îndeplinirea obiectivelor programului de screening pentru cancerul de col uterin (2012-2017) din perspectiva medicilor respondenți



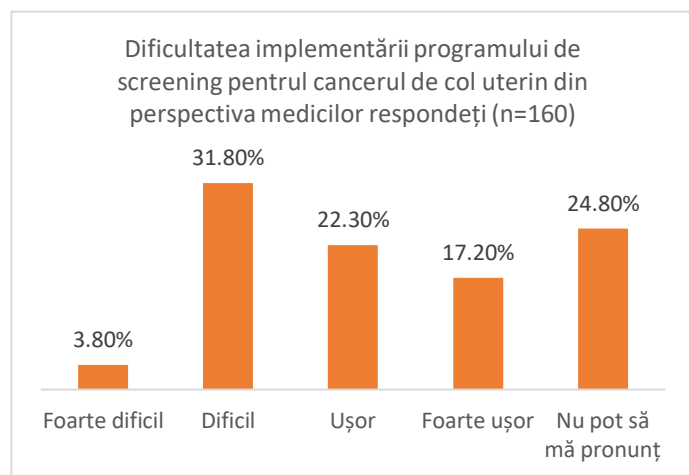
Din perspectiva medicilor care au fost respondenți în cadrul acestei cercetări, cele 3 obiective stabilite pentru programul de screening pentru cancerul de col uterin au fost îndeplinite parțial. 71.2%

dintre medicii respondenți consideră că obiectivul „Îndrumarea pacientei or cu leziuni precursore sau incipiente către servicii medicale specializate de diagnostic și tratament” a fost îndeplinit în mare și foarte mare măsură, în timp ce 6.9% dintre aceștia consideră că obiectivul a fost atins în mică și foarte mică măsură. 62.5% dintre cei 160 de medici respondenți sunt de părere că obiectivul „Creșterea gradului de informare a populației pentru utilizarea serviciilor de screening ca metodă de depistare precoce a cancerului de col uterin la persoane asimptomatice” a fost îndeplinit în mare și foarte mare măsură. Obiectivul cel mai dificil „Reducerea poverii cancerului de col uterin în populația feminină prin depistarea în faze incipiente de boală prin screening organizat” este perceput ca fiind îndeplinit în mare și foarte măsură de 41.3% dintre medicii respondenți, în timp ce 23.7% consideră că acesta a fost atins doar în mică și foarte mică măsură. Procentul celor care nu se pot pronunța (nici în mică, nici în mare măsură) este cel mai mare pentru obiectivul legat de reducerea poverii cancerului (20.6%).

Dintre dificultățile întâmpinate de către medicii respondenți în implementarea programului național de screening organizat a fost menționat:

- Limita de vârstă pentru femeile eligibile;
- Slaba mobilizare a pacienților și lipsa de promovare la nivel național;
- Neclarități în ceea ce privește procesul și informații lipsă;
- Rezistența populației la examinări;
- Lipsa personalului și timp limitat din partea medicilor;
- Puțini ginecologi în program;
- Cooperare redusă între medici și pacienți;
- Reticență, neîncredere, suspiciune din partea femeilor.

Figura 56- Dificultatea implementării programului de screening pentru cancerul de col uterin din perspectiva medicilor respondenți



consideră că programul a fost ușor de implementat, în timp ce 17.2% consideră că a fost foarte ușor (din totalul celor care consideră că programul de screening a fost foarte ușor de implementat, 85% sunt medici ginecologi). Una dintre concluziile acestor date este că medicii de familie au perceput implementarea programului de screening organizat pentru cancerul de col uterin ca fiind dificilă, în timp ce medicii ginecologi au perceput-o mai degrabă ca fiind ușoară.

Managementul programului de screening este asigurat prin 3 structuri: (1) Comisia Națională pentru prevenirea cancerului de col uterin în cadrul Ministerului Sănătății, (2) Unitatea Națională de Management în cadrul Institutului Național de Sănătate Publică și (3) unități regionale de management.

Responsabilitățile acestor structuri nu sunt foarte clare pentru toți cei implicați, iar uneori utilitatea acestora nu este foarte vizibilă.

Principala atribuție a Comisiei Naționale este aceea de a asigura abordarea integrată și interdisciplinară a activităților subprogramului și supraveghează implementarea acestora la nivel național. 37% dintre medicii respondenți în cadrul acestei cercetări consideră că structura Comisiei Naționale este foarte utilă sau utilă, în timp ce 32.5% susțin că aceasta este puțin sau chiar deloc utilă. 20% din totalul medicilor nu au auzit despre această structură sau nu îi cunosc utilitatea.

Dintre cei 160 de medici respondenți, aproximativ 25% au declarat că nu se pot pronunța cu privire la dificultatea implementării programului național de screening pentru cancerul de col uterin cel mai probabil pentru că nu au fost implicați în el. Programul a fost perceput ca fiind dificil de implementat de 31.8% dintre respondenți (din totalul celor care au declarat că a fost dificil, 82% sunt medici de familie și doar 18% sunt medici ginecologi). 22.3% din totalul de 160 de medici respondenți

Figura 57 – Percepția asupra Comisiei Naționale pentru prevenirea cancerului de col uterin

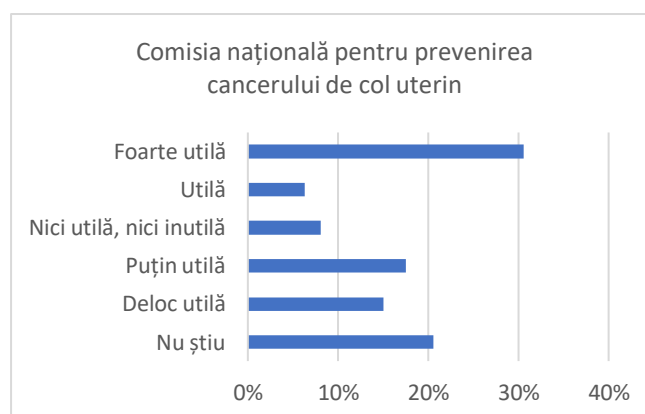
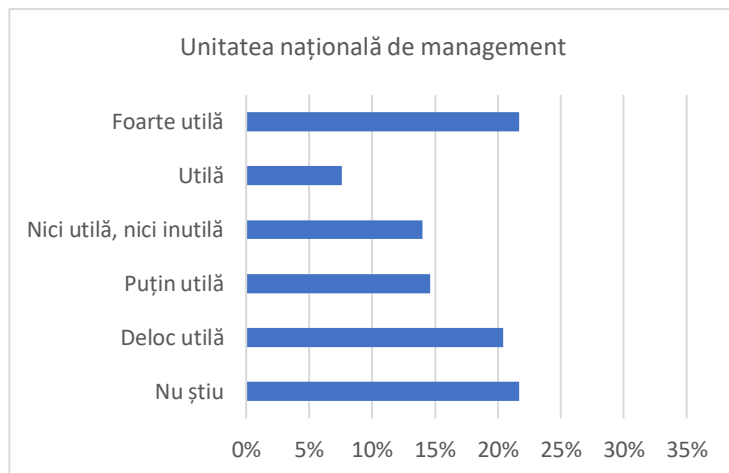
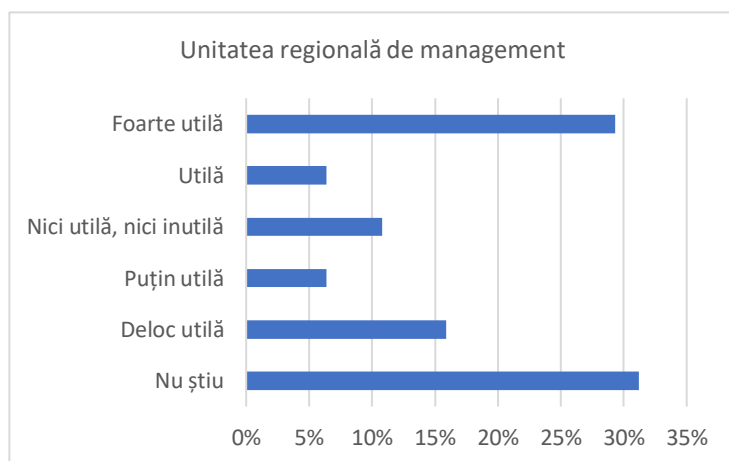


Figura 58 – Percepția asupra Unității naționale de management



aceștia o consideră puțin sau deloc utilă. 21.7% dintre cei 160 de medici de familie și ginecologi nu cunosc această structură sau nu au putut evalua utilitatea acesteia.

Figura 59 – Percepția asupra Unității regionale de management



puțin sau deloc utile. În ceea ce privește procentul medicilor care nu cunosc această structură sau nu pot evalua utilitatea acesteia, acesta este de 31.2% (cel mai mare procent comparativ cu celelalte structuri evaluate din perspectiva cunoașterii și a utilității).

Rețeaua de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin este formată din 4 structuri sanitare:

1. Centre de informare și consiliere a femeilor privind măsurile de prevenire a cancerului de col uterin și de mobilizare a populației eligibile pentru testare Papanicolau;
2. Centre de recoltare a materialului celular cervical;
3. Laboratoare de analize medicale în domeniul citologiei cervicale
4. Centre de diagnostic și tratament al leziunilor precursore sau incipiente depistate.

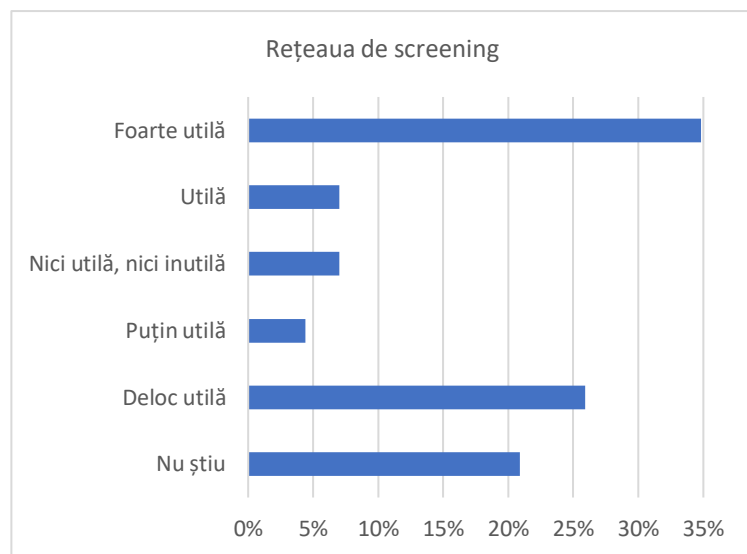
Unitatea națională de management este o structură funcțională, fără personalitate juridică, în cadrul INSP București care coordonează tehnic implementarea activităților subprogramului în regiuni și coordonează unitățile regionale de management.

29.3% dintre medicii respondenți consideră că Unitatea națională de management este utilă sau foarte utilă, în timp ce 35% dintre

Unitățile regionale de management sunt structurile fără personalitate juridică constituite la nivelul fiecărei regiuni și sunt responsabile de coordonarea implementării activităților specifice subprogramului în regiunea teritorială arondată.

35.7% dintre medicii respondenți consideră că aceste structuri create la nivel regional sunt utile sau foarte utile, în timp ce 22.5% sunt de părere că acestea sunt

Figura 60 - Percepția asupra Unității regionale de management

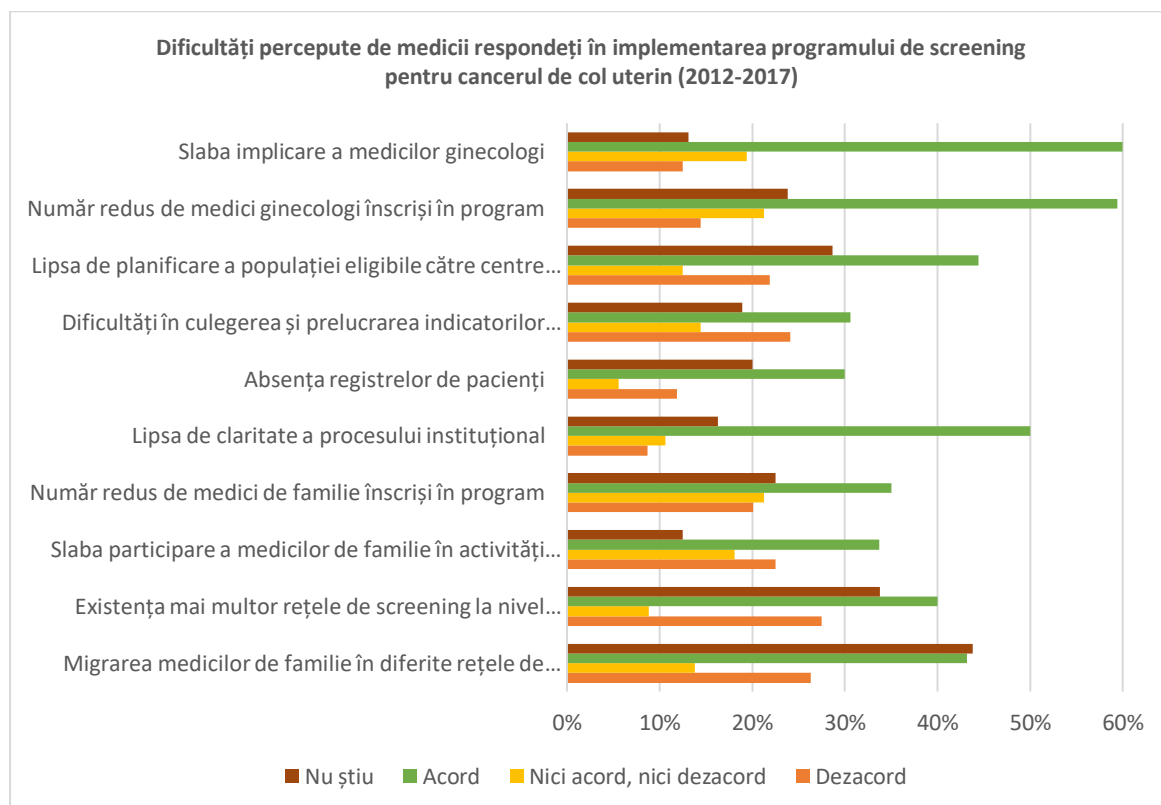


Structura care este cea mai aproape de medicii de familie și ginecologi care au fost implicați în programul de screening este rețeaua de screening, fiind obligatoriu ca ei să facă parte dintr-o astfel rețea.

Aproximativ 42% dintre medicii respondenți consideră că rețeaua de screening este utilă sau foarte utilă (cel mai mare procent comparativ cu percepția asupra utilității celorlalte structuri detaliate

mai sus). 30% dintre medici percep rețeaua de screening ca fiind deloc sau puțin utilă, în timp ce aproximativ 21% nu cunosc rețeaua sau nu pot evalua utilitatea acesteia.

Figura 61 - Dificultăți percepute de medicii respondenți în implementarea programului de screening pentru cancerul de col uterin



Conform percepției celor 160 de medici respondenți, principalele dificultăți cu care s-a confruntat programul de screening pentru cancerul de col uterin în perioada 2012-2017 este

slaba implicare a medicilor ginecologi (60% dintre respondenți sunt de acord sau total de acord cu această dificultate, în timp ce doar 12.5% sunt în dezacord sau total dezacord cu afirmația) și numărul redus de medici ginecologi înscriși în program. În interpretarea acestor date trebuie avut în vedere faptul că numărul medicilor de familie care au participat în această cercetare este puțin mai mare decât cel al medicilor de familie, iar din totalul de respondenți care au fost de acord cu această dificultate, 68% sunt medici de familie.

În ceea ce privește implicarea medicilor de familie, 35% dintre respondenți consideră că numărul redus de medici de familie înscriși în program constituie o dificultate, în timp ce 33.7% sunt de părere că slaba participare a medicilor de familie în activități de consiliere și informare reprezintă o dificultate. Faptul că medicii de familie au migrat în diferite rețele de screening sau au ieșit complet din program constituie o altă problemă cu care 43.2% dintre respondenți sunt de acord sau total de acord. 40% dintre respondenții medici au menționat că existența mai multor rețele de screening la nivel județean a fost o dificultate în implementarea eficientă a programului de screening organizat pentru cancerul de col uterin.

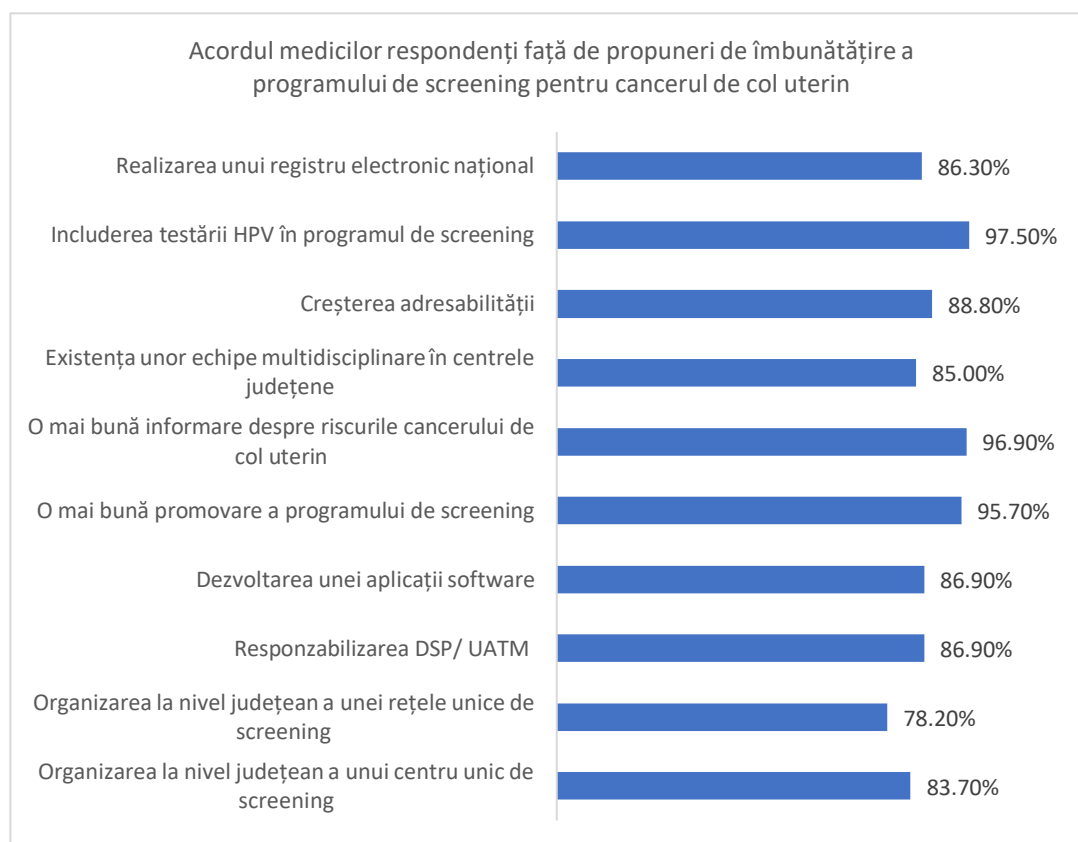
O altă dificultate cu care 50% dintre respondenți au fost de acord este lipsa de claritate a procesului instituțional. De asemenea, lipsa de planificare a populației eligibile către centre de consiliere și mobilizare a reprezentat o problemă pentru 44.4% dintre cei 160 de medici respondenți. Alte 2 dificultăți pe care le-au identificat și respondenții sunt: (1) Dificultăți în culegerea și prelucrarea indicatorilor programului – 30.6% dintre respondenți sunt de acord cu această dificultate și (2) Absența registrelor de pacienți – 30% dintre respondenți sunt de acord cu această dificultate.

În ceea ce privește propunerile de îmbunătățire ale programului (menționate de Ministerul Sănătății și INSP în diferite documente oficiale), toate propunerile au primit susținere de peste 75% din partea medicilor respondenți.

Cea mai mare susținere au primit-o următoarele propuneri:

- Includerea testării HPV în programul de screening – 97.5% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația
- O mai bună informare a populației despre riscurile cancerului de col uterin – 96.9% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația
- O mai bună promovare a programului de screening – 95.7% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația

Figura 62 - Acordul medicilor respondenți față de propuneri de îmbunătățire a programului de screening pentru cancerul de col uterin



7.2.4 Concluzii

Câteva concluzii extrase din analiza chestionarelor adresate medicilor:

- Cea mai mare parte a medicilor consideră că este nevoie de includerea testării HPV în programul de screening, dar și că ar trebui realizată o mai bună informare a populației atât cu privire la riscurile implicate de cancerul de col uterin, cât și cu privire la beneficiile depistării precoce prin screening;
- Medicii consideră că obiectivele programului național de screening au fost îndeplinite parțial, deși s-a confruntat cu o serie de dificultăți printre care: neclaritatea procedurilor instituționale, neîncrederea pacientelor în program, slaba implicare a medicilor de familie și ginecologi în program sau existența mai multor rețele de screening la nivel regional;
- Utilitatea și atribuțiile structurilor implicate în managementul programului național de screening pentru cancerul de col uterin este încă neclară pentru medici.

Concluzii

La nivel mondial, cancerul de col uterin reprezintă a 3-a cea mai întâlnită formă de cancer pe care o prezintă femeile, estimându-se că anual sunt diagnosticate aproximativ 570000 de noi cazuri și aproximativ 311000 de femei mor din cauza acestui tip de cancer. Aceeași sursă (GLOBOCAN) estimează că în România sunt înregistrate anual 3308 noi cazuri de cancer de col uterin și că acest cancer este al 2-lea cel mai întâlnit tip de cancer la femei (după cancerul de sân). Cancerul de col uterin este cel mai frecvent întâlnit la femeile care se încadrează în grupele de vârstă 15 – 44 de ani.

În același timp, GLOBOCAN estimează că în România anual mor 1743 de femei din cauza cancerului de col uterin.

La nivelul Uniunii Europene, încă din 2003, Consiliul Uniunii Europene a stabilit un set de recomandări privind screening-ul pentru cancer²⁸. Recomandările din 2003 menționează **necesitatea implementării unor programe de screening** pentru cancer cu baze populaționale, asigurându-se și **proceduri de diagnostic complementar**, tratament, sprijin psihologic pentru persoanele cu rezultate pozitive.

Dintre toate formele de cancer, cel de col uterin s-a dovedit a fi cel mai eficient controlat prin intermediul screening-ului. Astfel, incidența cancerului cervical poate fi redusă cu până la 80%²⁹ ca urmare a programelor de screening la nivel populațional, însă acest indicator poate fi atins prin calitatea proceselor începând cu invitarea populației și până la monitorizarea și evaluarea programului. Principalul obiectiv al programelor de screening pentru cancerul de col uterin este de a reduce mortalitatea cauzată de această boală și incidența bolii invazive.

Deși Programul Național de Screening organizat a fost implementat începând cu anul 2012, încă din 1965 putem vorbi despre screening oportunist la nivelul României. Înainte de 1990, 800000 de testări Babeș Papanicolau au fost realizate anual ducând la identificarea a 2400 de noi cazuri. Numărul de testări realizate în perioada comunistă era relativ semnificativ, după anul 1990, acesta a început să scadă ajungând la 170000 de testări realizate anual în anul 2006³⁰.

Acoperirea populației prin program de screening pentru cancerul de col uterin în România a fost limitată. Conform datelor din raportul anual de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2017, în perioada 2012 – 2017, au fost efectuate în total 611.630 de teste în cadrul acestui subprogram (reprezentând 10.8% din populația de vârstă eligibilă)³¹.

Cea mai gravă problemă cu care programul de screening pentru cancerul de col uterin în România s-a confruntat a fost finanțarea limitată și discontinuă, fapt care a generat: (1) frustrări pentru instituțiile și personalul implicați și (2) informații neclare pentru femeile din grupul țintă:

²⁸ https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/2_December_2003%20cancer%20screening.pdf

²⁹ IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARC Press, Lyon

³⁰ Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012

³¹ Ministerul Sănătății, raport Anual de Activitate al Agenției Naționale Programe de Sănătate, pg. 170. <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2018/08/Raport-de-activitate-MS-2017-.pdf> (accesată nov.2018)

„Absența coerenței în finanțarea programului generează frustrare din partea furnizorilor implicați în program și a UATM-R și favorizează transmiterea informațiilor deficitare și contradictorii”³². De asemenea, din cauza dificultăților financiare, au existat discuții cu privire la întreruperea programului pentru o perioadă limitată: „Întreruperea programului la mijlocul perioadei de desfășurare va genera neîncredere atât din partea populației, cât și a furnizorilor de servicii medicale. Reluarea unui astfel de program la o dată ulterioară va fi dificilă și grevată de neîncredere din partea furnizorilor de servicii medicale”³³. Chiar dacă programul nu a fost întrerupt, neîncrederea în el a crescut de la an la an.

Prin desfășurarea acestei cercetări mixte, am oferit răspunsuri la cele 7 seturi de întrebări de cercetare stabilite conform metodologiei de cercetare. În această secțiune vor fi reluate principalele răspunsuri la primele 6 seturi de întrebări. Răspunsurile aferente întrebării numărul 7 vizează recomandările de îmbunătățire ale programului, iar acestea vor fi dezvoltate în capitolul următor.

1) Care este gradul de informare al populației generale feminine cu privire la cancerul de col uterin? Care este gradul de informare al populației generale feminine față de programele de screening pentru cancerul de col uterin?

- Cele mai multe dintre femeile dețin informații cu privire la cancerul de col;
- 71% din cele 600 de femei chestionate prin aplicarea de chestionar au auzit de programul național de screening pentru cancerul de col uterin;
- Cele mai multe dintre respondentele care au auzit de programul de screening au informații despre program de la medicul de familie (31%) și doar 11% dintre acestea de la medicul ginecolog. De asemenea, 25% dintre respondentele care au auzit de program au menționat campaniile de informare ca metodă eficientă prin care au aflat despre program. Un procent relativ mare (16%) susține că nu știe de unde are informații despre campanie, însă informațiile există. Acest fapt indică o răspândire informală a informațiilor sau din multiple surse, iar respondenții nu mai țin minte care a fost sursa principală.
- Femeile respondente nu dețineau informații complete cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin. 62% dintre acestea au declarat că știu cui se adresează programul (femeilor cu vârste cuprinse între 25 și 64 de ani), iar 50% dintre acestea știau că screening-ul constă în efectuarea unei testări Papanicolau. Doar 15% dintre acestea știau că programările se pot face la medicul de familie, în timp ce 18% știau că programările se pot face la medicul ginecolog. În același timp, 33% dintre femeile care auziseră de program știau că testarea este gratuită.

³² Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013, p. 113

³³ Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013, p. 113

2) Care sunt atitudinile populației feminine generale față de prevenția și depistarea precoce a cancerului de col uterin? Care sunt practicile acestora vizavi de prevenția și depistarea precoce a cancerului de col uterin?

- Deși acoperirea programului național de screening pentru cancerul de col uterin a fost limitată la nivel național, cele mai multe respondente merg regulat la consultații ginecologice. Astfel, aproximativ 45% dintre respondente merg cel puțin o dată pe an la control ginecologic, ceea ce demonstrează că această practică s-a transmis informal și a fost adoptată de un număr mare de femei (în analiza acestor date trebuie avut în vedere faptul că respondentele sunt majoritar din mediul urban, cel mai probabil în mediul rural practicile sunt diferite);
- În ceea ce privește ultimul control ginecologic efectuat, 26% din cele 600 de respondente, au efectuat ultimul control ginecologic cu 1 an înainte de data completării chestionarului, iar 12% dintre acestea cu 2 ani în urmă. Doar 1.33% dintre respondente nu au efectuat niciodată un control ginecologic, iar 7% dintre ele nu își amintesc când a fost ultimul control ginecologic;
- Aproximativ 60% din totalul respondentelor au realizat ultimul control ginecologic din motive de rutină. Acest rezultat ne indică o responsabilizare a acestora privind frecvența unui control ginecologic, înțelegând că afecțiunile depistate în fază incipientă sunt mai ușor de tratat;
- Cea mai mare majoritate a respondentelor au efectuat cel puțin 1 dată testarea Babeș Papanicolau (84%), iar 14% dintre acestea nu au făcut niciodată această testare;
- Testarea HPV este mai puțin frecventă comparativ cu testarea Papanicolau. Astfel, din totalul femeilor participante la studiu, 44% au realizat testarea HPV cel puțin 1 dată în viață. De asemenea, 12% dintre respondente nu au răspuns la această întrebare ceea ce indică o necunoaștere a subiectului. Analizând răspunsurile pe localități, observăm că ponderea cea mai mare de femei care au efectuat testarea HPV se regăsește în Constanța (62%), iar cea mai mică în Iași (21%).

3) Care sunt dificultățile cu care s-au confruntat femeile în accesul la serviciile Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?

- Din cele 600 de femei respondente, doar 7% au declarat cu certitudine că au beneficiat de prelevare gratuită a testului Papanicolau în cadrul programului național de screening. De asemenea, 23.5% au declarat că au beneficiat de această testare gratuită, însă nu în cadrul programului național, ci prin intermediul Casei de Asigurări de Sănătate. Iar un procent de 7.5% a declarat că nu știe dacă prelevarea gratuită a fost prin CAS sau prin programul național;
- Dintre dificultățile indicate de către respondente, 28% au declarat că nu avut informații suficiente cu privire la program. De asemenea, 25% dintre cele care au auzit de programul de screening consideră că necesitatea de a vizita mai mulți medici pentru beneficia de screening a îngreunat procesul. 16% au declarat că procesul este neclar și/sau complicat. Doar 7% dintre respondente consideră drept dificultate necesitatea de a

se deplasa în altă localitate având în vedere că mediul de rezidență al respondentelor este preponderent urban mare.

- 4) Care este gradul de cunoaștere privind programul de screening pentru cancerul de col uterin și al altor inițiative în acest domeniu de către personalul medical? Care sunt atitudinile personalului medical față de Subprogramul de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?
- Aproximativ 90% dintre medicii respondenți consideră că susținerea măsurilor de prevenție secundară a cancerului (prin efectuarea de controale regulate) este foarte importantă, sprijinind astfel identificarea unor posibile probleme în faze incipiente și crescând șansele de vindecare;
 - Din totalul respondenților, doar 62% au declarat în cadrul chestionarelor că dețin cunoștințe („în mare măsură” și „în foarte mare măsură”) despre programul național de screening pentru cancerul de col uterin;
 - 63% din totalul medicilor respondenți (n=160) a declarat că au fost informați și/ sau instruiți cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin în mare sau foarte mare măsură;
 - Din perspectiva medicilor care au fost respondenți în cadrul acestei cercetări, cele 3 obiective stabilite pentru programul de screening pentru cancerul de col uterin au fost îndeplinite parțial;
 - 71.2% dintre medicii respondenți consideră că obiectivul „Îndrumarea pacientei or cu leziuni precursore sau incipiente către servicii medicale specializate de diagnostic și tratament” a fost îndeplinit în mare și foarte mare măsură;
 - 62.5% dintre cei 160 de medici respondenți sunt de părere că obiectivul „Creșterea gradului de informare a populației pentru utilizarea serviciilor de screening ca metodă de depistare precoce a cancerului de col uterin la persoane asimptomatice” a fost îndeplinit în mare și foarte mare măsură;
 - Obiectivul cel mai dificil „Reducerea poverii cancerului de col uterin în populația feminină prin depistarea în faze incipiente de boală prin screening organizat” este perceput ca fiind îndeplinit în mare și foarte măsură de 41.3% dintre medicii respondenți, în timp ce 23.7% consideră că acesta a fost atins doar în mică și foarte mică măsură;
 - Programul a fost perceput ca fiind dificil de implementat de 31.8% dintre respondenți (din totalul celor care au declarat că a fost dificil, 82% sunt medici de familie și doar 18% sunt medici ginecologi). 22.3% din totalul de 160 de medici respondenți consideră că programul a fost ușor de implementat, în timp ce 17.2% consideră că a fost foarte ușor (din totalul celor care consideră că programul de screening a fost foarte ușor de implementat, 85% sunt medici ginecologi);

5) Care sunt punctele tari ale Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin?

- Existența unor seturi de practici instituționale a permis demararea screening-ului pentru cancerul de col uterin cu baze populaționale începând cu 2012 până în prezent. În ciuda dificultăților de natură financiară și management, programul a funcționat și a avut anual alocat buget (diferit de la an la an). De asemenea, în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 este inclus un obiectiv strategic care vizează „reducerea poverii cancerului în populație prin depistarea în faze incipiente de boală și reducerea pe termen mediu-lung a mortalității specifice prin intervenții de screening organizat”;
- Ca urmare a acestor practici dezvoltate, în anul 2016 a fost inițiat „Planul de reorganizare și eficientizare al Programelor de screening organizat al cancerelor de col uterin și mamar 2016-2020”;
- Crearea unui nucleu de profesioniști în domeniul screening-ului pentru cancerul de col uterin;
- 611.630 de femei din România au beneficiat de o testare gratuită. Deși acoperirea populației prin programul de screening pentru cancerul de col uterin în România este mult mai mică decât obiectivele inițiale (puțin peste 10%), a fost remarcat un trend descendent în ceea ce privește incidența cancerului de col uterin în România (de la 34.9 femei la 100000 în anul 2012 la 31.2 femei la 100000 în anul 2018), România ajungând pe locul a 3-lea în topul statelor europene cu incidență mare a cancerului de col uterin (după Letonia și Estonia). Această îmbunătățire cu siguranță nu poate fi atribuită doar programului de screening, ci unui set complex de factori care au determinat o mai mare prevenția și rutină a controalelor ginecologice pe care femeile din România le au.

6) Care au fost provocările Subprogramului de depistare precoce activă a cancerului de col uterin din perspectiva medicilor?

- *Ownership-ul/* proprietatea programului;
- Supra reglementarea;
- Finanțarea discontinuă și instabilă;
- Resurse umane insuficiente și insuficient pregătite;
- Comunicare neclară despre program și acoperirea redusă a populației;
- Calitatea scăzută a recoltării și a interpretării rezultatelor;
- Calitatea scăzută a follow-up-ului, diagnosticului și tratamentului;

Recomandări

În studiul cantitativ realizat la nivelul medicilor prin aplicarea celor 160 de chestionare, a fost testat și acordul acestora față de un set de măsuri pentru îmbunătățirea programului de screening pentru cancerul de col uterin propuse de INSP și Ministerul Sănătății.

Cea mai mare susținere au primit-o următoarele propuneri:

- Includerea testării HPV în programul de screening – 97.5% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația;
- O mai bună informare a populației despre riscurile cancerului de col uterin – 96.9% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația;
- O mai bună promovare a programului de screening – 95.7% dintre respondenți au fost de acord cu afirmația;

Sistematizând multitudinea de recomandări primite în cadrul focus grupurilor și interviurilor de la femei, medici, reprezentanți ai instituțiilor relevante, am identificat 6 dimensiuni care trebuie să fie integrate în programul național de screening pentru cancerul de col uterin.

1. Accesibilitate

Pentru ca programul să își atingă obiectivele este relevant ca acesta să ajungă la populația feminină care are cea mai mare nevoie de screening în regim gratuit, respectiv femeile cu statut socio-economic scăzut, aparținând unor minorități etnice, sexuale etc., femei care nu sunt asigurate. Design-ul actual al programului favorizează femeile care locuiesc în mediul urban. De aceea, este necesară utilizarea de unități mobile în teritoriu. O măsură care poate crește accesibilitatea este includerea serviciilor de screening în pachetul minimal de servicii medicale, finanțarea fiind astfel asigurată prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. O altă măsură vizează identificarea de soluții pentru femeile care sunt eligibile, dar ai căror medici de familie nu sunt incluși în subprogram.

De asemenea, realizarea de campanii de promovare a programului național în mediul rural poate contribui la creșterea conștientizării cu privire la riscurile cancerului de col uterin și la avantajele prevenției.

2. Calitatea

Până în momentul de față, programul a fost evaluat mai degrabă prin prisma unor indicatori cantitativi (acoperirea populației, număr de teste efectuate etc.). Propunem asumarea unor indicatori calitativi, nu cantitativi – trebuie avut în vedere că rezultatul imediat al unui astfel de program este creșterea incidenței cancerului de col uterin (în forme mai ușoare) și scăderea incidenței stadiilor 2+ (forme mai grave). Astfel, trebuie asigurată urmărirea calității recoltării și interpretării rezultatelor.

3. Complementaritate

Includerea testării HPV în programul de screening va îmbunătăți prevenția și depistarea precoce a cancerului de col uterin. De asemenea, este necesară îmbunătățirea serviciilor de urmărire, diagnostic și tratament a pacientelor identificate pozitiv după testare. Aceste servicii trebuie oferite integrat pacientelor, inclusiv sprijin psihologic pentru înțelegerea și asumarea diagnosticului.

4. Promovare

Recomandăm realizarea de campanii de informare la nivel național (TV, radio, mass-media) care să stimuleze participarea grupului țintă în cadrul programului. Informarea și promovarea să fie realizată inclusiv prin serviciile de medicina muncii. De asemenea, această promovare poate fi realizată prin povești ale unor persoane care au fost diagnosticate cu cancer de col uterin ca urmare a acestui program sau ale unor copii care și-au pierdut mama din cauza nedepistării cancerului de col uterin.

5. Claritate și simplificare

În prezent, multitudinea de instituții cu atribuții mai mult sau mai puțin clare în implementarea și coordonarea programului național de screening pentru cancerul de col uterin creează determină o birocrație care adesea este percepută ca fiind greoaie și în defavoarea programului. Una dintre metodele prin care poate fi asigurată simplificarea este stabilirea unei unități la nivel național responsabilă de program care să asigure mediatizarea programului către toată populația eligibilă (iar această responsabilitate să nu mai revină medicilor de familie) prin informări oficiale primite acasă. Tot această unitate va stabili care sunt instituțiile care pot recolta (de preferat să fie cât mai multe locuri – cabinete medicale individuale, de planificare, ginecologice) și care este traseul instituțional pentru beneficiari. De asemenea, recomandăm dezvoltarea unui sistem informatic în care să fie înregistrată evidența beneficiarilor programului la nivel național (Registru de screening), asigurându-se astfel trasabilitatea documentelor. O altă recomandare este îmbunătățirea circuitului beneficiarilor prin realizarea unei scheme foarte clare a etapelor pe care aceștia trebuie să le parcurg.

6. Sustenabilitate financiară

Este relevant ca programarea financiară să fie realizată pentru 5 ani pentru a evita situațiile în care nu sunt alocați bani suficienți pentru a acoperi țintele anuale stabilite.

Referințe

- Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in cervical document. Ann Oncol. 2010; 21:448–458.
- Australian Institute of Health and Welfare 2019. Cervical screening in Australia 2019. Cancer series no. 123. Cat. no. CAN 124. Canberra: AIHW.
- Coleman D., Day N., Douglas G., Farmery E., Lynge E., Philip J., & Segnan N. (1993). European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Europe against cancer programme. Eur.J.Cancer 29A Suppl 4, S1-S38.
- COUNCIL RECOMMENDATION of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC).
- IARC (2005). Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10. IARCPress, Lyon.
- Joint Research Centre; European Cancer Information System, 2018; <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>.
- Ministerul Sănătății, raport Anual de Activitate al Agenției Naționale Programe de Sănătate.
- Ministerul Sănătății. Raportul Anual 2013.
- ORDIN nr. 537 din 5 iunie 2012 privind aprobarea Normelor metodologice pentru realizarea și raportarea activităților specifice în cadrul subprogramului de screening pentru depistarea precoce activă a cancerului de col uterin.
- Parkin, DM et all. (2001). Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer 37(Suppl 8): 4-66.
- World Health Organization. (2020). Draft: Global strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem.
- Bray F., Ferlay J., SoerjomataramI., Siegel L. R., Torre A. L., Jemal A.; Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries; CA: A cancer Journal for Clinicians; Volume68, Issue6, November/December 2018, Pages 394-424;
- International Agency for Research of Cancer; Globocan 2018; Cancer Fact sheets;
- Ministerul Sănătății; Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 ”Sănătate pentru prosperitate
- Hakama M., Miller A.B., & Day N.E. (1986). Screening for cancer of the uterine cervix. From the IARC Working Group on Cervical Cancer Screening and the UICC Project Group on the Evaluation of Screening Programmes for Cancer. IARC Sci. Publ. , 1-315.
- Nieminen P., Kallio M., Anttila A., & Hakama M. (1999). Organised vs. spontaneous Pap-smear screening for cervical cancer: A case-control study. Int. J. Cancer 83: 55-58.
- European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening – Second edition, 2008, p. 23
- Iuliana Apostol, Adriana Baban et. al. Cervical cancer assessment in Romania under EUROCHIP-2 (2010)

- Cervical cancer screening practices in central and eastern Europe in 2012
- Florian Al. Nicula, Programul de screening al cancerului de col uterin Pilot Regional NV. Raport runda 2003-2007. ALASS- Constanta, 29 Mai 2009

Lista figurilor și tabelelor

Figura 1. Incidența cancerului de col uterin – UE 28, 2018	8
Figura 2. Incidența cancerului de col uterin, Romania 1982-2015	9
Figura 3 – Rata mortalității cauzate de cancerul de col uterin în Țările Nordice pentru perioada 1958 – 2000 (Ajustate pentru vârsta populației mondiale standard)	11
Figura 4 – Rețeaua unităților de implementare a programului pilot Cluj.....	13
Figura 5 – Acoperirea populației la risc în jud. Cluj, 2002-2006	14
Figura 6 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2012	20
Figura 7 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2013	20
Figura 8 – Topul județelor în funcție de numărul cazuri testate Babeș-Papanicolau cu formular FS1 completat în integralitate în anul 2014	22
Figura 9 – Rezultatele testării Papanicolau în perioada 2013-2014.....	22
Figura 10 – Număr de testări Babeș-Papanicolau efectuate în programul național de screening (2012-2017).....	23
Figura 11 – Rata brută de testare a populației țintă cu teste Babeș-Papanicolaou pe ani, în perioada septembrie 2012 - decembrie 2016	23
Figura 12- Rețeaua de screening pentru cancerul de col uterin - furnizori de servicii.....	32
Figura 13- Instituții implicate în implementarea programului.....	34
Figura 13 – Număr de chestionare aplicate femeilor în cele 5 localități	40
Figura 14 – Evaluarea stării de sănătate	41
Figura 15 – Efectuarea ultimului set complet de analize de sânge	41
Figura 16 – Apelarea la medicul de familie.....	42
Figura 17 – Apelarea la medicul specialist.....	42

Figura 18 – Informații despre menținerea unei stări de sănătate bune	43
Figura 19 – Apelarea la medicul specialist.....	43
Figura 20 – Frecvența mersului la control ginecologic	44
Figura 21 – Frecvența controlului ginecologic	44
Figura 22 – Tipuri de servicii realizate în cadrul ultimului control ginecologic	45
Figura 23 – Motive pentru efectuarea ultimului control ginecologic.....	45
Figura 24 – Tipuri de servicii realizate în cadrul ultimului control ginecologic	46
Figura 25 – Efectuarea testării Papanicolau cel puțin 1 dată în viață.....	46
Figura 26 – Efectuarea testării HPV cel puțin 1 dată în viață.....	47
Figura 27 – Simptomele specifice cancerului de col uterin.....	47
Figura 28 – Femei diagnosticate cu cancer de col uterin în familie.....	48
Figura 29 – Femei diagnosticate cu cancer de col uterin în cercul de cunoscuți	48
Figura 30 – Cunoașterea programului de screening pentru cancerul de col uterin	48
Figura 31 – Cunoașterea programului de screening pentru cancerul de col uterin pe localități	49
Figura 32 – Canale de transmitere a informației despre programul de screening pentru cancerul de col uterin.....	49
Figura 33 – Informații deținute cu privire la programul de screening pentru cancerul de col uterin.....	50
Figura 34 – Pondere femei care au beneficiat de prelevare gratuită a testului Papanicolau	50
Figura 35 – Dificultățile programului național de screening pentru cancerul de col uterin	51
Figura 36 – Număr de femei beneficiare ale programului de screening pentru cancerul de col uterin cunoscute de respondente	51
Figura 37 – Număr de femei beneficiare ale programului de screening pentru cancerul de col uterin cunoscute de respondente	52
Figura 38 – Distribuția medicilor respondenți în funcție de specializare	53
Figura 39 – Distribuția medicilor respondenți în funcție de specializare și localitate	54
Figura 40 – Medici înscriși într-o rețea de screening	54

Figura 41 - Numărul medicilor de familie și ginecologi înscriși într-o rețea de screening	54
Figura 42 – Procentul medicilor care susțin măsurile de prevenție secundară a cancerului	55
Figura 43 – Procentul medicilor care susțin promovarea programelor de sănătate publică	55
Figura 44– Cunoștințe despre programul național de screening pentru cancerul de col uterin	56
Figura 45 – Informare și s-au instruirea medicilor respondenți cu privire la programul național de screening pentru cancerul de col uterin	57
Figura 46 – Numărul de medici care au identificat, invitat și informat populația feminină eligibilă în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin	58
Figura 47 - Numărul de medici care au efectuat teste pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin (recoltare și citire) în cadrul programului de screening	58
Figura 48 – Numărul de medici care au identificat, invitat și informat populația feminină eligibilă în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin	59
Figura 49 - Numărul de medici care au efectuat teste pentru depistarea precoce a cancerului de col uterin (recoltare și citire) în cadrul programului de screening	59
Figura 50 - Număr de femei identificate, invitate și informate de către 1 medic în programul de screening pentru cancerul de col uterin	60
Figura 51 - Număr de femei cărora le-a fost efectuată testarea Papanicolau de către 1 medic în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin	60
Figura 52 - Număr de femei care au fost diagnosticate, tratate și urmărite în timp de către 1 medic în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin	61
Figura 53- Număr de suspecte de cancer trimise de 1 medic către alți medici de specialitate în cadrul programului de screening pentru cancerul de col uterin	61
Figura 54- Îndeplinirea obiectivelor programului de screening pentru cancerul de col uterin (2012-2017) din perspectiva medicilor respondenți	62
Figura 55- Dificultatea implementării programului de screening pentru cancerul de col uterin din perspectiva medicilor respondenți	63
Figura 56 – Percepția asupra Comisiei Naționale pentru prevenirea cancerului de col uterin	63
Figura 57 – Percepția asupra Unității naționale de management	64
Figura 58 – Percepția asupra Unității regionale de management	64
Figura 59 - Percepția asupra Unității regionale de management	65

Figura 60 - Dificultăți percepute de medicii respondenți în implementarea programului de screening pentru cancerul de col uterin	65
Figura 61 - Acordul medicilor respondenți față de propuneri de îmbunătățire a programului de screening pentru cancerul de col uterin	67
Tabel 1. Principalele 5 cauze de cancer la femei- România, 2018.....	7
Tabel 2 – Indicatori cheie de performanță pentru programe de screening pentru cancerul de col uterin (2008).....	12
Tabel 3- Incidența și mortalitatea cancerului de col uterin în anul 2005 pe regiuni de dezvoltare	15
Tabel 4 – Distribuție testări Papanicolau pe regiuni în anul 2005	15
Tabel 5 - Organizarea regionalizată a programului acoperă 9 regiuni	18
Tabel 6 – Modul de organizare a programului de screening pentru cancerul de col uterin în România.....	18
Tabel 7 – Distribuția rețelilor de screening pe regiuni în anul 2012	19
Tabel 8. Metode și instrumente de cercetare utilizate	28
Tabel 9. Distribuție pe localități.....	29
Tabel 10 - Centralizare focus grupuri.....	30
Tabel 11 – Centralizare interviuri	30