

Come promuovere il ricorso alle mammografie?

Gli effetti dei programmi organizzati di screening in Europa

Il tumore al seno è la forma di cancro più diffusa tra le donne ed è quella che causa più decessi. Esso tuttavia può essere curato con un certo successo, infatti i tassi di sopravvivenza a 5 anni superano oggi l'80%. Per affrontarlo in modo efficace è necessario diagnosticarlo in modo tempestivo, ed è quindi necessario che dopo una certa età (40-50 anni) le donne si sottopongano con regolarità a dei controlli, il più comune dei quali è la mammografia. Oggi però in Europa meno della metà delle donne fa una mammografia ogni due anni. Per aumentarne la propensione sono sempre più diffusi i programmi organizzati di screening, iniziative strutturate e raccordate con i sistemi sanitari esistenti che offrono un regolare controllo gratuito alle donne in certe fasce di età. L'esistenza di questi programmi spinge le donne a fare più controlli? Si può aumentare il ricorso ad essi attraverso una campagna informativa?

I tumori al seno sono i più frequenti per le donne, ma la sopravvivenza ad essi è molto alta, soprattutto in caso di diagnosi precoce

I tumori al seno: diffusione e prevenzione

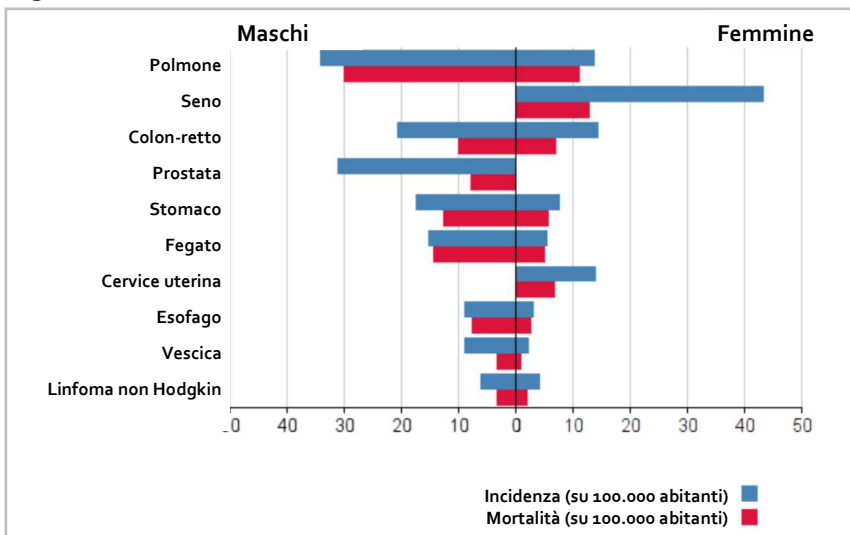
I tumori al seno sono la forma di cancro più diffusa nella popolazione femminile, e la responsabile del maggiore numero di decessi. Secondo stime aggiornate al 2012, a livello mondiale il numero annuale di nuovi casi di tumore al seno era di poco inferiore a due milioni (pari a un quarto del totale di quelli diagnosticati fra le donne, e con un'incidenza tripla rispetto alle altre forme più diffuse), e nello stesso anno il numero di decessi ad esso riconducibili era pari a mezzo milione (IARC, 2016). Complessivamente, si stima che una donna su nove nell'arco della sua vita avrà un tumore al

seno, e una su trenta morirà di questa patologia (OECD, 2009; OECD, 2017).

Tra i fattori di rischio per la patologia si possono citare le condizioni fisiche (altezza, peso, età), gli stili di vita (uso di tabacco e alcolici, sedentarietà), il ricorso a cure ormonali, l'ereditarietà. Nonostante la vasta letteratura sul ruolo e l'incidenza di questi fattori, i sistemi di previsione individuale risultano, a causa della complessità del fenomeno, ancora poco capaci di individuare i casi veramente a rischio (IARC, 2016). **Per questo motivo un contrasto efficace alla malattia passa per una regolare e diffusa attività di screening.**

Il tumore al seno può in effetti essere curato in modo efficace, come suggerito anche dalla bassa mortalità: nella maggior parte d'Europa il tasso di sopravvivenza a 5 anni supera l'80%, quello a 10 anni supera il 70% (Allemani *et al.*, 2014), e negli Stati Uniti è di 10 punti superiore. Queste percentuali sono ancora maggiori se la diagnosi avviene ai primi stadi: il tasso di sopravvivenza a 5 anni delle donne americane con una diagnosi precoce supera il 98%. **Il problema è che il ricorso alla mammografia, il principale strumento di screening, non è così frequente: in Europa ancora oggi vi ricorre solo la metà delle donne (Carrieri e Wuebker, 2016).**

Fig. 1 - Diffusione e mortalità delle forme tumorali nel mondo (2012)



Fonte: IARC, 2016.

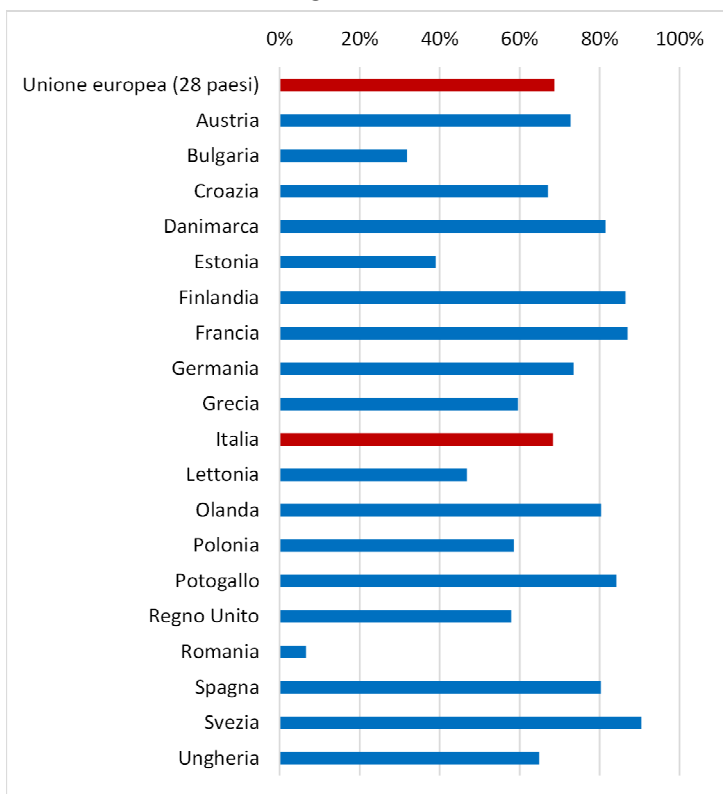
In cosa consiste l'intervento?

La mammografia è lo strumento principale di screening per la diagnosi di tumori al seno, e consiste in un esame radiologico per la verifica della morfologia del seno attraverso l'esposizione a raggi X con un basso carico radioattivo. **L'esecuzione a cadenza regolare di una mammografia è caldamente consigliata a partire dai 40-50 anni, tuttavia vi è una porzione rilevante di donne che non seguono l'indicazione.**

Molte sono le ragioni alla base dello scarso ricorso allo screening periodico. Tra queste vi è la condizione economica, che in generale riduce l'accesso alle prestazioni sanitarie; vi è la sensibilità individuale, che influisce sulla percezione dell'utilità di eseguire controlli regolari, e su questa influisce il livello di istruzione, che riduce la capacità di acquisire e di elaborare le informazioni sul problema e sulle opportunità di azione.

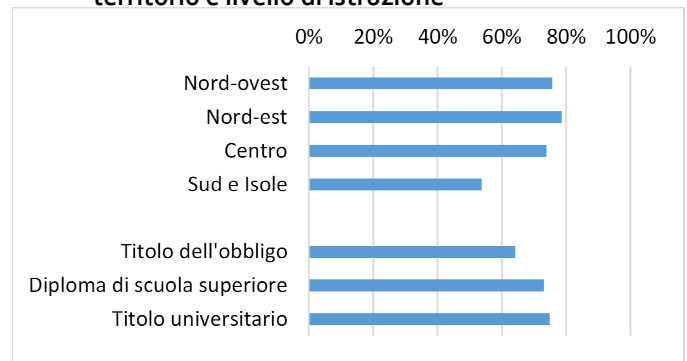
Vi è infine un'evidente variabilità territoriale, sia a livello nazionale che subnazionale, mutuata dall'eterogenea presenza e attività dei servizi pubblici nei vari territori.

Fig. 2 - Donne in età 50-69 che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni (2015)



Fonte: Eurostat, European Interview Health Survey, 2015

Fig. 3 - Donne italiane che hanno fatto una mammografia negli ultimi due anni (2015) - dettaglio per territorio e livello di istruzione*



Fonte: Eurostat, European Interview Health Survey, 2015

* dati per territorio: donne in età 05-69
dati per istruzione: donne in età 55-64

I PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING

I programmi organizzati di screening sono piani di intervento, in linea di massima realizzati in pianta stabile, che invitano le donne in certe fasce di età a eseguire una mammografia. A differenza dei cosiddetti "screening opportunistici", realizzati su impulso personale, talvolta nell'ambito di iniziative di offerta del test con frequente carattere di temporaneità e strutturazione parziale, i programmi organizzati hanno una struttura più stabile e prevedono una regia istituzionale. Essa definisce le modalità operative, fissa gli standard qualitativi, coordina gli attori coinvolti e verifica l'attuazione del programma. Questi programmi prevedono inoltre una sistematica raccolta di dati per lo studio della patologia e degli esiti delle azioni realizzate.

I programmi organizzati di screening sono ormai largamente diffusi in Europa, e prevedono la possibilità di eseguire, con una cadenza regolare (solitamente due anni), delle mammografie gratuite. L'attuazione di questi programmi è segnata da una serie di differenze, sia a livello nazionale che subnazionale. In primo luogo il range di età delle potenziali beneficiarie è variabile, con un minimo che oscilla tra 40 e 50 anni e un massimo variabile tra 59 e 75. In secondo luogo i programmi sono caratterizzati da un più o meno efficiente sistema di comunicazione e invito. Infine, le possibilità di ogni territorio sono condizionate alla disponibilità delle strutture tecniche e organizzative necessarie.

In che modo è stato valutato?

L'obiettivo dello screening è favorire la diagnosi precoce di una patologia in modo da affrontarla in modo tempestivo. Un fattore determinante è quindi il comportamento delle donne, cioè la regolarità con cui fanno un controllo. La domanda che si pongono due ricercatori (Carrieri e Wuebker, 2016) è **se i programmi organizzati di screening possono influire sulla propensione delle donne a eseguire con la cadenza consigliata una mammografia**.

I DATI USATI NELL'ANALISI

I ricercatori costruiscono un dataset ad hoc basato su varie fonti, che vanno dai dati di precedenti studi epidemiologici a quelli di rapporti redatti da varie organizzazioni sanitarie. Con queste si ricostruisce lo stato di attuazione dei programmi di screening in Europa al 2006: arrivando a un livello di dettaglio NUTS2 (il corrispettivo delle regioni italiane), si sa per ogni territorio se un programma organizzato esiste, come è organizzato, a chi si rivolge. Questi dati sono incrociati con quelli di SHARE, un'indagine campionaria su salute, invecchiamento e pensioni in Europa. Il dataset così costruito consente di osservare, per un campione di circa 14.000 donne in 173 regioni NUTS (di 13 paesi europei), **quale percentuale ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni** (la nostra variabile risultato, nel seguito denominata per brevità "percentuale di mammografie").

LA STIMA DELL'EFFETTO DEI PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING

La presenza di un programma organizzato di screening modifica la percentuale di mammografie? Per rispondere a questa domanda si ricorre a una strategia *difference in difference*, con un confronto incrociato della percentuale di mammografie tra donne con diverse età e residenti in diverse regioni in cui è o meno un programma organizzato di screening. Il comportamento osservato delle donne non eleggibili con diverse età consente di stimare l'influenza netta dell'età sulla scelta di fare i controlli, mentre l'osservazione di donne non eleggibili residenti in diverse regioni consente di stimare le differenze territoriali. Tenuti sotto controllo questi fattori, è possibile stimare l'effetto dei programmi

di screening osservando cosa succede per le donne eleggibili che risiedono in aree in cui il programma è disponibile.

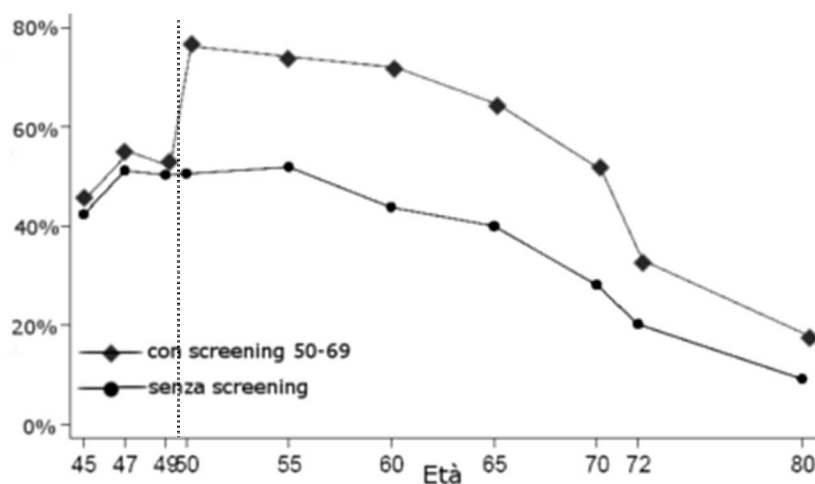
Questa idea è esemplificata nella Figura 4, dove si confrontano due gruppi di territori: quelli senza un programma organizzato di screening e quelli in cui è disponibile per chi ha da 50 a 69 anni (l'analisi finale terrà più precisamente conto dei diversi range di età in ogni area). Per le donne under 50 la percentuale di mammografie è quasi la stessa nei due gruppi e, soprattutto, al variare dell'età la percentuale varia allo stesso modo nei due gruppi. Dal cinquantesimo anno i due gruppi mostrano comportamenti sensibilmente diversi, da attribuire con ogni probabilità alla disponibilità dei programmi di screening.

IL RUOLO DELLE CAMPAGNE INFORMATIVE

I programmi organizzati sono accompagnati da una campagna informativa che ha lo scopo di sensibilizzare le donne eleggibili e invitarle a cogliere l'opportunità del programma. In che misura la propensione a fare una mammografia dipende da queste campagne? Per rispondere a questa domanda i ricercatori usano un disegno di analisi che è una variazione sul tema del precedente: l'analisi *difference in difference* viene arricchita considerando la porzione di donne che in ogni territorio sono raggiunte dalla campagna, e verificando quindi come la percentuale di mammografie varia al variare di questa porzione.

Viene condotto un confronto incrociato tra donne con diverse età e residenti in diverse regioni, con o senza programmi organizzati di screening

Fig. 4 - Confronto delle percentuali di mammografie tra regioni con e senza programmi organizzati di screening



L'intervento funziona?

Secondo le stime *difference in difference*, disporre di un programma organizzato di screening aumenta sensibilmente la percentuale di chi fa con regolarità un controllo: **l'aumento medio nella percentuale di chi fa una mammografia nei tempi previsti è di 17 punti**. Questo risultato, di per sé già apprezzabile, è ancora una sottostima dell'effetto reale, perché presume che in tutte le aree la campagna di comunicazione sia in grado di raggiungere tutte le donne che potrebbero accedervi.

Tav. 1 - Stima dell'effetto dei programmi di screening sulla percentuale di mammografie

Effetto medio	+16.8%
Campagna informativa con copertura fino al 25%	+0.0%
Campagna informativa con copertura da 25% a 50%	+7.6%
Campagna informativa con copertura da 50% a 75%	+18.4%
Campagna informativa con copertura da 75% a 100%	+23.5%

Controllando per il reale grado di copertura delle campagne si può stimare che l'effetto dei programmi è nullo se una campagna raggiunge meno di una donna su quattro, ma cresce progressivamente fino a quasi 25 punti percentuali all'aumentare della sua intensità.

Un ulteriore approfondimento dello studio guarda agli effetti differenziali per persone con diversi livelli di istruzione e capacità cognitive. Per quanto riguarda l'istruzione, il beneficio maggiore della campagna informativa è chiaramente per le persone meno istruite (l'effetto è di 10 punti superiore rispetto alle donne con i titoli più alti). Per quanto riguarda le capacità cognitive (stimate dai rilevatori nell'indagine SHARE), si evidenzia un meccanismo inverso, con un beneficio maggiore per le persone con le maggiori abilità.

Quali conclusioni trarre dallo studio?

- L'esistenza di un programma organizzato di screening produce un sensibile aumento nella propensione a fare con regolarità una mammografia. L'aumento medio è di circa 17 punti percentuali, ma si stima che possa arrivare fino a quasi 25 nel caso in cui vi sia una capillare campagna informativa. I ricercatori sottolineano l'importanza del risultato alla luce del fatto che oggi il *take up* in Europa è del 50% circa, mentre alcuni studi mostrano che a fronte di un *take up* del 70% si potrebbe ridurre la mortalità delle donne del 25%.

- L'effetto dei programmi e delle campagne informative è maggiore per le donne meno istruite, segno dell'utilità di compensare le conoscenze lacunose di alcune persone.
- L'effetto è maggiore per le donne con maggiori abilità cognitive. Detto in altri termini, quelle con minori abilità hanno maggiori difficoltà a elaborare le informazioni. Trattandosi spesso di lettere inviate a casa, i ricercatori suggeriscono di riflettere su possibili canali alternativi per diffondere l'informazione e l'invito ai programmi.

Riferimenti bibliografici

- Carrieri V. e Wuebker A., *Quasi-Experimental Evidence on the Effects of Health Information on Preventive Behaviour in Europe*, Oxford Bulletin of Economics and Statistics, vol. 78, n. 6, 2016.
- OECD, *Health at a Glance 2009 - OECD Indicators*, 2009.
- OECD, *Health at a Glance 2017 - OECD Indicators*, 2017.
- IARC, *Breast Cancer Screening*, IARC Handbooks of Cancer Prevention, vol. 15, 2016.
- Allemani C. et al.; CONCORD Working Group, *Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25.676.887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2)*, Lancet, vol. 385, n. 9972, 2014.

La presente nota è stata redatta da Luca Mo Costabella (ASVAPP). Progetto CAPIRe è un'iniziativa della Conferenza dei Presidenti delle Assemblee Legislative delle Regioni e delle Province Autonome. Le attività di ricerca, analisi e formazione sono curate dall'Associazione per lo Sviluppo della Valutazione e l'Analisi delle Politiche Pubbliche di Torino (ASVAPP).



CONFERENZA DEI PRESIDENTI
DELLE ASSEMBLEE LEGISLATIVE
DELLE REGIONI E DELLE
PROVINCE AUTONOME