

ARTICOLO SPECIALE

PROMOZIONE DELLA SALUTE E SCREENING MAMMOGRAFICO: STRUMENTI PER LA LOTTA CONTRO IL CANCRO AL SENO

HEALTH PROMOTION AND SCREENING MAMMOGRAPHY: INSTRUMENTS FOR THE FIGHT AGAINST BREAST CANCER

G. MAZZOTTA¹, R. FULGENZI²

¹Laurea in Scienze Infermieristiche - Libero professionista;

²Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche – UOC Coordinamento Screening ASL ex RME

Riassunto

La salute costituisce oggi un nuovo e privilegiato oggetto della comunicazione privata e pubblica.

Fino al secolo scorso, la missione principale della comunicazione pubblica è stata quella di impedire il diffondersi di malattie contagiose⁽¹⁾.

Alla fine del Novecento, con l'accentuarsi del divario tra Paesi sviluppati e Paesi poveri o in via di sviluppo, si è visto che i compiti della comunicazione pubblica si andavano diversificando, poiché la salute assumeva significati profondamente diversi a seconda dei livelli socio-economici raggiunti.

In epoca post-moderna, invece, il concetto di salute si avvicina e si identifica sempre più con quello di *benessere*, "un concetto multidimensionale poiché include una dimensione soggettiva, una dimensione psicologica e una dimensione sociale, tra loro strettamente interrelate"⁽¹⁸⁾.

Comunicare la salute significa dunque relazionarsi ad una realtà multidimensionale, sfaccettata e soggettiva. In questa nuova dimensione concettuale della salute, appare sempre più evidente una certa difficoltà della comunicazione pubblica nell'individuare significati certi ed univoci.

Partendo dal presupposto che proprio la *fiducia* costituisce l'elemento cardine alla base del rapporto tra chi ha bisogno di salute – il malato – e chi ha le competenze per interpretare tale bisogno e dare risposta a esso – le Aziende Ospedaliere – occorre cercare di mantenere saldo, ancor meglio di rafforzare, questo legame⁽¹²⁾.

Per questo motivo la comunicazione rappresenta lo strumento principe attraverso cui raggiungere questi obiettivi.

Nel caso specifico della comunicazione del rischio, quale è quello pertinente al sistema di prevenzione, il processo comunicativo deve basarsi su una sinergia tra istituzioni, servizi pubblici ed esperti, rappresentanze organizzate, gruppi politici, imprese, sindacati e organi di informazione.

I programmi di screening, proprio per il fatto di rivolgersi a popolazioni asintomatiche, richiedono per la loro attuazione un notevole sforzo organizzativo e metodologico, che va dalla scelta della patologia su cui attuare la prevenzione secondaria, alla definizione del bersaglio, all'organizzazione e promozione della partecipazione ed infine al richiamo per l'attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici nelle persone risultate positive al test.

In questo ambito la qualità della comunicazione è un elemento fondamentale per l'efficienza e l'efficacia dei programmi, al pari della qualità di tutti gli aspetti relativi all'organizzazione, alla diagnosi e al trattamento.

Parole chiave: Promozione salute, comunicazione, prevenzione, screening

Abstract

Health today is a new and privileged object of private and public communication.

Until the last century, the main mission of public communication has been to prevent the spread of contagious diseases⁽¹⁾.

At the end of the twentieth century, with the deepening of the gap between developed and poor countries or developing, it is seen that the tasks of public communication you were diversifying, since the health took on very different meanings depending on the socio-economic levels achieved.

In post-modern times, however, the concept of health is approaching and is increasingly identified with that of well-being, "a multidimensional concept because it includes a subjective dimension, a psychological dimension and a social dimension, which are closely interrelated"⁽¹⁸⁾.

Communicating the health means therefore relate to a multidimensional reality, multifaceted and subjective. In this new conceptual dimension of health, it is increasingly recognizing a certain difficulty of public communication in identifying certain and unambiguous meanings.

Assuming that their trust is the cornerstone underlying the relationship between those in need of health - the sick - and who has the skills to interpret this need and to respond to it - the Hospitals - must try to maintain balance better still to strengthen this bond⁽¹²⁾. This is why communication is the main tool through which to achieve these goals.

In the specific case of risk communication, which is relevant to the prevention system, the communication process must be based on a synergy between institutions, public services and experts, organized representatives, political groups, businesses, trade unions and the media.

Screening programs, precisely because of contact asymptomatic populations, they require for their implementation a significant organizational and methodological effort, ranging from the choice of the pathology on which to implement secondary prevention, the target definition, organization and promotion participation and finally to the call for the implementation of diagnostic and therapeutic protocols in people tested positive.

In this context, the quality of communication is a key element in the efficiency and effectiveness of programs, as the quality of all aspects of the organization, the diagnosis and treatment.

Key words: Health promotion, communication, Prevention, Screening

Introduzione

La salute costituisce oggi un nuovo e privilegiato oggetto della comunicazione privata e pubblica.

Fino al secolo scorso, la missione principale della comunicazione pubblica è stata quella di impedire il diffondersi di malattie contagiose⁽¹⁾. Alla fine del Novecento, con l'accentuarsi del divario tra Paesi sviluppati e Paesi poveri o in via di sviluppo, si è visto che i compiti della comunicazione pubblica si andavano diversificando, poiché la salute assumeva significati profondamente diversi a seconda dei livelli socio-economici raggiunti: mentre nei Paesi del cosiddetto "terzo mondo" salute significa essenzialmente sottrarsi

alla mortalità, nei Paesi occidentali salute significa vivere una terza età e fare in modo che la qualità della vita sia la migliore possibile.

Nello stesso tempo, tuttavia, proprio lo sviluppo post-industriale e le relative condizioni materiali di benessere, hanno favorito lo sviluppo di molte condizioni di crisi per la nostra salute, che non può più essere intesa in termini prettamente fisici, ma presuppone una stretta interdipendenza tra la componente fisica, psicologica e sociale che diviene oggi l'aspetto più caratterizzante⁽²³⁾.

In epoca post-moderna, dunque, il concetto di salute si avvicina e si identifica sempre più con quello di *benessere*, "un concetto multidimensionale poiché include una dimensione soggettiva, una dimensione psicologica e una dimensione sociale, tra loro strettamente interrelate"⁽¹⁸⁾.

In sostanza, se il riferimento alla dimensione corporea non è certo eliminabile dalla sfera della salute, questa non ne costituisce più l'aspetto centrale alla luce dei nuovi bisogni e dei nuovi valori che si vanno sempre più sviluppando e affermando. Comunicare la salute significa dunque relazionarsi ad una realtà multidimensionale, sfaccettata e soggettiva⁽³⁾.

In questa nuova dimensione concettuale della salute, appare sempre più evidente una certa

SIGLE

OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PS	Programma di Screening
VP	veri positivi
FP	falsi positivi
FN	falsi negativi
VN	veri negativi
GISMa	Gruppo Italiano Screening Mammografico
ONS	Osservatorio Nazionale Screening

difficoltà della comunicazione pubblica nell'individuare significati certi ed univoci. "Attraverso svariati canali il *cittadino-utente* è raggiunto da un'infinità di messaggi inerenti a qualche aspetto della salute, messaggi non sempre chiari e dai significati anche contrapposti tra loro, messaggi talvolta ambigui, che non consentono di districarsi facilmente e di individuare quali siano gli elementi di contenuto da privilegiare. Tanto rumore sulla salute, rischia di produrre uno svuotamento di senso"⁽¹⁸⁾.

In un'epoca storica tanto dinamica quanto complessa, come quella che stiamo vivendo – con i nuovi e per certi versi preoccupanti scenari nel campo della ricerca genetica, della clonazione o, più semplicemente nel campo dello sviluppo tecnologico e del sapere medico genericamente inteso – la *fiducia* dei cittadini nei confronti del sistema di tutela della salute potrebbe lentamente essere compromessa⁽⁶⁾.

Partendo dal presupposto che proprio la *fiducia* costituisce l'elemento cardine alla base del rapporto tra chi ha bisogno di salute – il malato – e chi ha le competenze per interpretare tale bisogno e dare risposta a esso – le Aziende Ospedaliere – occorre cercare di mantenere saldo, ancor meglio di rafforzare, questo legame⁽¹²⁾.

Per questo motivo la comunicazione, se in grado di adottare approcci integrati e rischiare orizzonti di azione complessi e non riducibili, rappresenta lo strumento principe attraverso cui raggiungere questi obiettivi.

La natura polisemica del concetto di salute e la trasformazione che ne è conseguita da "bene" individuale (necessità del singolo di essere curato) a "bene" collettivo (interesse della comunità ad avere individui sani) ha inevitabilmente comportato un adattamento dell'atteggiamento delle Istituzioni verso la questione sanitaria.

Il ruolo dello Stato è infatti cambiato e da un ruolo meramente assistenzialistico si è passati ad una gestione esclusiva della sanità con precisi doveri di intervento.

Secondo quelle che sono le direttive stabilite dalla Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁽⁵⁾ compito di ogni Governo è la prevenzione e la limitazione delle situazioni di non-benessere che possono impedire al soggetto una vita dignitosa.

La connotazione più fortemente dinamica che ha assunto il concetto di salute quale stato di completo benessere dipendente dall'equilibrio tra la componente fisica, psichica e sociale ha favorito la diffusione del nuovo paradigma di promozione della salute così come codificato dalla Carta di Ottawa (1986).

Definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il processo che permette al singolo e alla comunità di aumentare il controllo dei fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute, tale promozione si configura così come un processo sociopolitico globale che prevede azioni finalizzate da un lato al rafforzamento delle capacità e delle competenze degli individui, dall'altro alla modifica delle condizioni sociali, ambientali ed economiche al fine di limitarne l'impatto sulla salute del singolo e della collettività.

Tale promozione presuppone quindi la partecipazione attiva di soggetti individuali, collettivi e istituzionali; la definizione delle sedi e delle regole; l'informazione sullo stato del sistema e della salute e della comunità, sui problemi di interesse comune, sulla disponibilità di norme e di evidenze scientifiche, sulle politiche e sugli obiettivi delle istituzioni; l'adozione di decisioni non solo indicative delle azioni (programma), ma anche adeguate a promuoverle (interventi) e a verificarne i risultati (controllo); ed infine il contributo di tutti i soggetti attivi alla formazione delle decisioni di competenza delle istituzioni⁽¹¹⁾.

In questo processo l'informazione e la comunicazione, se adeguatamente progettate e realizzate con efficacia, permettono la diffusione della cultura della salute e l'acquisizione di consapevolezza e autorevolezza in merito (*empowerment*)^(10,19).

Nel caso specifico della comunicazione del rischio, quale è quello pertinente al sistema di prevenzione, il processo comunicativo deve basarsi su una sinergia tra istituzioni, servizi pubblici ed esperti, rappresentanze organizzate, gruppi politici, imprese, sindacati e organi di informazione.

In tal modo tutti i soggetti interessati partecipano attivamente al processo; tutti i soggetti interessati hanno accesso alle informazioni ed è assicurata la comunicazione anche dei limiti e dei dubbi sulle evidenze scientifiche⁽⁴⁾.

Tale comunicazione prevede:

- l'individuazione dei fattori di pericolo;
- la stima del rischio: la probabilità di effetti indesiderati e la stima della frequenza attesa tenendo in considerazione l'esposizione e l'entità dei fattori di pericolo nonché la stima degli effetti (gravità, estensione, distribuzione);
- la valutazione del rischio: il confronto dei rischi attesi con altri rischi accertati, i rischi volontari e altri. Tale valutazione prevede inoltre l'accettabilità o meno del rischio da parte della comunità te-

nuto conto anche della percezione, dagli organi di governo locale e dai gruppi politici;

- la gestione del rischio: misure di controllo, fattibilità, vantaggi, svantaggi, costi e la stima di un eventuale livello di rischio accettabile sulla base del rapporto rischio/benefici⁽⁷⁾.

Gli obiettivi di tale comunicazione prevedono un miglioramento per la comunità della conoscenza sui pericoli e sui rischi per la salute ai quali è esposta; la creazione di opportunità per fare imparare e per facilitare cambiamenti nei comportamenti individuali e collettivi riconosciuti quali fattori di pericolo per la salute ed infine l'acquisizione della partecipazione e del massimo consenso possibile alle decisioni finalizzate alla gestione del rischio.

Screening mammografico: uno strumento per la lotta contro il cancro al seno

Col termine screening si indica una strategia di indagini diagnostiche generalizzate applicate ad una popolazione *asintomatica* per attuare una prevenzione di tipo secondario, finalizzata cioè all'identificazione e all'intervento sui disturbi nei primissimi stati di insorgenza ed attuata per contrastare l'evoluzione e l'acutizzazione del disagio⁽²⁴⁾.

Lo scopo è quello di individuare le malattie presenti in una comunità nella loro fase precoce al fine di intervenire terapeutamente in maniera tempestiva col supporto di una gestione standardizzata della terapia che riduca la mortalità e/o l'incidenza del tumore di cui si fa diagnosi precoce⁽²²⁾.

Le condizioni necessarie per la riuscita di un programma di screening prevedono per il soggetto che si sottopone al test:

- convenienza e comfort;
- efficienza ed economicità;
- sufficiente conoscenza della storia naturale della malattia.

Nel caso specifico di uno screening oncologico, quale quello mammografico, il problema dell'efficacia e della proponibilità di un PS (Programma di Screening) deve essere argomentata tenendo conto di quattro punti:

1. il tumore deve avere una lunga fase asintomatica, o precursori biologici identificabili;
2. deve esistere un test che sia in grado di individuare il tumore o i suoi precursori morfologici in tale fase;
3. è necessaria una terapia che, applicata al tumore in quella fase, o ai suoi precu-

sori, modifichi la prognosi;

4. deve esserci un differenziale positivo tra la somma dei vantaggi rispetto alla somma degli svantaggi al riguardo dell'intera popolazione coinvolta.

L'obiettivo principale di uno screening oncologico dunque è quello di individuare la malattia nella fase precoce della sua storia naturale, assumendo che quanto più precoce è la diagnosi tanto più elevata è la probabilità di modificare la storia naturale della malattia attraverso un trattamento efficace⁽²²⁾.

Caratteristiche imprescindibili di quest'esame devono essere:

- la precisa identificazione della popolazione da sottoporre ad un test mirato (le donne dai 50 ai 69 anni d'età in questo caso) dal momento che risulterebbe poco vantaggioso un intervento di massa su popolazioni non selezionate con costi elevati;
- la previsione della riduzione di mortalità in seguito ad una significativa modificazione della storia naturale della neoplasia;
- l'identificazione di precisi protocolli di diagnosi e di terapia cui far riferimento durante il programma di screening;
- controlli periodici dei soggetti risultati negativi;
- una previsione dei controlli di efficacia e qualità⁽¹³⁾.

Un corretto utilizzo di un test di screening presuppone che la storia naturale della malattia sia oggetto di una lunga fase preclinica. Quest'ultima, altrimenti definita come *sojourn time* inizia generalmente quando il processo patologico si manifesta per la prima volta e termina nel momento in cui il soggetto si rivolge al medico in seguito all'insorgenza di sintomi.

Nel caso di una malattia oncologica però il punto d'inizio non è identificabile perché concettualmente variabile, a seconda che si voglia considerare come inizio la modificazione genica, o la comparsa di un precursore o la prima formazione di cellule tumorali.

Empiricamente quel che ha importanza dal punto di vista dello screening è il periodo definito come "fase preclinica individuabile" (*detectable preclinical phase*) che rappresenta l'intervallo di tempo in cui la malattia può essere diagnosticata in seguito all'applicazione del test.

Questo però non è un test diagnostico, non permette quindi di per sé di fare una diagnosi conclusiva e piuttosto deve consentire di distinguere le persone negative dai cosiddetti "sospetti".

I soggetti che si sottopongono al test possono essere così classificati:

1. veri positivi (VP): persone sospette al test che al termine dell'iter diagnostico risultano affette da malattia;
2. falsi positivi (FP): persone classificate come sospette al test che al termine dell'iter diagnostico risultano non affette da malattia;
3. falsi negativi (FN): persone classificate come negative al test ma in realtà affette da malattia;
4. veri negativi (VN): persone classificate come negative al test ed effettivamente sane.

L'obiettivo dello screening è quello di ottenere il minor numero possibile di soggetti "falsi negativi" dal momento che ogni soggetto classificato come tale rappresenta un insuccesso del test e costituisce un episodio negativo sia da un punto di vista clinico che umano.

La capacità di un programma di screening di anticipare la comparsa di un tumore comporta progressivamente la riduzione di mortalità del tumore stesso; ma la capacità di identificare e rimuovere un precursore del tumore non comporta una minore incidenza della patologia.

Per essere programmato e realizzato, lo screening deve riguardare dunque patologie di grande rilevanza epidemiologica, basarsi su prove di efficacia e attenersi a linee guida di qualità⁽²²⁾.

I benefici

Nonostante la controversia in atto sull'uso dello screening mammografico come strumento per la prevenzione del tumore al seno⁽⁸⁾, è possibile riscontrare quali sono i benefici che tale esame comporta per la salute della donna che possono essere così sintetizzati:

- anni di vita salvati una volta che il tumore è stato diagnosticato in fase più precoce rispetto ad un eventuale diagnosi clinica e quindi con una possibile migliore prognosi;
- la prospettiva di trattamenti chirurgici meno demolitivi e dunque un conseguente miglioramento dell'appropriatezza del trattamento dei tumori *in situ* ed invasivi di piccole dimensioni;
- la possibilità di entrare in un circuito più qualificato e controllato, in quanto i programmi di screening prevedono un monitoraggio continuo dell'attività dello screening stesso, per valutarne l'adeguatezza ed i risultati;

- la rassicurazione, ovvero la conferma del proprio stato di salute per i soggetti che risultano veri negativi.

In quanto intervento organizzato di sanità pubblica, anche dal punto di vista della comunità, possono essere identificati i benefici dello screening mammografico.

Il beneficio principale è rappresentato dalla riduzione della mortalità; i risultati degli studi hanno evidenziato che lo screening mammografico determina una riduzione di mortalità per tumore della mammella nelle donne comprese in una fascia d'età al di sotto dei 70 anni.

Tale dato è però di difficile rilevazione nella realtà dei singoli programmi sia perché i numeri sono generalmente insufficienti sia perché le variabili da prendere in considerazione sono innumerevoli e alcune di queste possono avere influenza sull'effetto specifico dello screening (ad esempio la diffusione sempre più ampia delle mammografie "spontanee" ovvero della prevenzione individuale).

Altri benefici sono rappresentati dagli anni di vita salvati; da un miglior utilizzo delle risorse; da una razionalizzazione di abitudini spontanee e da una maggiore equità, in quanto lo screening offre indistintamente a tutta la popolazione nella fascia d'età di bersaglio, la possibilità di usufruire di un servizio importante ai fini della propria salute.

I rischi

Al pari di altri interventi sanitari, anche lo screening mammografico può avere però degli effetti negativi. Prendendo come punto di riferimento un'autorevole fonte quale il National Cancer Institute⁽⁹⁾ possiamo così sintetizzare i rischi dello screening mammografico:

- un falso senso di sicurezza dal momento che come ogni esame diagnostico la mammografia può fornire risultati falsi negativi in soggetti che sono invece affetti dalla malattia. In tal caso la persona potrebbe essere danneggiata dal ricevere una falsa rassicurazione sul proprio stato di salute che potrebbe aggravarsi in seguito al ritardo nella diagnosi tempestiva del tumore;
- risultati falsi positivi che determinano interventi non necessari e quindi preoccupazioni e costi inutili, sia individuali che sociali. Tra questi possono essere inclusi l'aumento dell'incidenza di accertamenti diagnostici invasivi per lesioni benigne e l'induzione di trattamenti non necessari;

- uno stato d'ansia nelle donne legato soprattutto ai tempi di attesa dello screening che sono spesso lunghi. L'induzione di ansia nei casi "falsi positivi" è un problema reale soprattutto se si tiene conto che lo screening si rivolge a donne in buona salute. Tale fenomeno, di difficile quantificazione, può comunque essere ridotto tramite un'adeguata formazione degli operatori, l'adozione di una tecnica d'esame di elevata qualità e di criteri opportuni per i casi da ricontattare nonché dalla disponibilità a fornire un supporto psico-oncologico;
- rischio di cancro indotto dalle radiazioni. Anche se non esistono dati empirici certi a riguardo, stime recenti hanno comunque confermato che il rischio ipotetico di cancro della mammella radio indotto è sempre comunque inferiore al beneficio che le donne traggono da tale esame;
- sovradiagnosi e sovratrattamento delle lesioni maligne non clinicamente rilevate.

In ogni caso la valutazione dei danni e degli effetti collaterali è un processo piuttosto complesso dal momento che molti parametri dipendono dalla qualità dei programmi per cui un continuo monitoraggio del programma e l'uso dei risultati del controllo di qualità per apportare le opportune modifiche, rappresentano uno dei metodi principali per contenere i possibili effetti negativi dello screening.

Molti di questi effetti non sono però completamente eliminabili per cui è opportuno che i potenziali partecipanti vengano opportunamente informati circa i vantaggi e gli svantaggi in modo onesto ed equilibrato al fine di incoraggiare una partecipazione informata e consapevole⁽²²⁾.

Lo screening mammografico in Italia: qualche dato

Dopo aver analizzato quelli che sono i pro e i contro dello screening mammografico, ritengo opportuno riportare ed analizzare dei dati relativi al monitoraggio della sua qualità, frutto di censimenti annuali condotti, fin dagli inizi degli anni '90 nell'ambito del GISMa (Gruppo Italiano Screening Mammografico).

Tali risultati sono stati poi pubblicati all'interno dei rapporti dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) e l'attività di monitoraggio, di confronto, di valutazione, ha portato alla pubblicazione dell'aggiornamento del manuale degli

indicatori per lo screening mammografico⁽⁹⁾.

L'attivazione dei programmi di screening mammografico in Italia è regolata dalle linee guida del Ministero della Salute⁽¹⁶⁾ che prevedono l'invito personalizzato alle donne tra i 50 e i 69 anni a sottoporsi ad una mammografia ogni due anni, la presenza di un sistema di monitoraggio e l'attività di valutazione della qualità di ogni fase del programma.

I dati sotto riportati (tabella 1), fanno riferimento al Rapporto ONS del 2016. Sono riportati aggregati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole, allo scopo di fornire un quadro sintetico. Nell'interpretazione di questi dati, è opportuno ricordare che si tratta di dati riassuntivi dell'attività di numerosi programmi e che rispecchiano quindi situazioni diverse, sia per il livello di esperienza, sia per alcune varietà di articolazione dei modelli gestionali ed organizzativi.

Ad esempio, lo screening del cancro della mammella presenta ancora oggi profonde differenze tra Nord, Centro e Sud; disuguaglianze che riguardano non soltanto il numero di donne invitate a sottoporsi allo screening (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), ma anche gli indicatori di qualità analizzati.

I programmi centro-meridionali, per esempio, richiamano per approfondimenti più donne, identificano più tardi i tumori e ricorrono meno spesso alla chirurgia conservativa; il Sud inoltre presenta circa un 15-25% di adesione in meno rispetto al Centro-Nord⁽²⁵⁾.

L'estensione

L'estensione è uno degli indicatori principali per valutare un programma di screening e si misura sulla base dell'estensione effettiva ovvero estensione degli inviti, che nel 2015 a livello nazionale tocca il 82%: vicini al 97% al Nord, l'87% al Centro e il 60% al Sud.

Al Nord e al Centro ormai circa 3 donne su 4 della popolazione target hanno ricevuto l'invito a sottoporsi al test. Pur con i progressi registrati negli ultimi anni, permane tuttavia un forte squilibrio di offerta di programmi di screening fra il Centro-Nord e il Sud dell'Italia: mentre tutte le regioni del nord e del centro sono quasi completamente coperte a livello di progetto e hanno anche una buona estensione effettiva, rimane più problematica la situazione del Sud d'Italia e delle isole (tabella). Come si può vedere nel 2015 si è avuto un marcato miglioramento della copertura, superando l'80%⁽²⁵⁾.

Tabella 1. Indicatori per macro aree: Nord, Centro e Sud Italia
Table 1. Indicators for macro areas: North, Central and South Italy

	NORD			CENTRO			SUD		
	2012 2013	2014	2015	2012 2013	2014	2015	2012 2013	2014	2015
Numero totale di donne invitate	3.089.366	1.600.825	1.674.109	1.264.396	612.278	681.051	959.185	565.284	807.442
Numero di donne aderenti all'invito	1.952.739	1.014.591	1.058.494	693.719	344.420	381.973	398.526	218.655	287.872
Adesione all'invito	63%	63%	63%	55%	56%	56%	41%	39%	36%
Donne esaminate nel periodo	1.945.513	1.020.273		683.372	337.200		346.411	207.957	
Proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5%	5,1%		7,4%	7,5%		7%	6,8%	
Biopsie benigne	1.028	576		400	246		154	74	
Tasso di identificazione dei carcinomi	5‰	5,1‰		4,6‰	4,5‰		2,8‰	3,4‰	
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1,5‰	1,5‰		1,4‰	1,4‰		0,5‰	0,8‰	
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	86,8%	87%		88,80%	91,8%		80,5%	69,7%	

Rapporto ONS 2016

Tabella 2. Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito dal 2007 al 2015)

Table 2. Effective Extension of mammography screening by geographical area (% of women ages 50-69 who receive a letter of invitation from 2007 to 2015)

% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NORD	83.2%	88.8%	89.2%	88.9%	92.2%	95.7%	97.2%	96%	97%
CENTRO	72.3%	78.1%	80.2%	77.9%	82.1%	90.2%	82.8%	78.8%	87%
SUD	25.2%	37.9%	36%	37.8%	44.2%	35.1%	39.7%	42.8%	60%
ITALIA	61.4%	60.5%	69.2%	69.1%	73.5%	73.1%	73.9%	73.8%	82%

Rapporto ONS 2016

L'adesione

L'adesione al programma è, insieme all'estensione, uno degli indicatori fondamentali per la valutazione di impatto e di efficienza dello screening mammografico.

Nel 2014 l'andamento dell'adesione è sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti, il 57% a livello nazionale. Nel 2015 si nota una leggera flessione rispetto al 2014 con

un valore di adesione del 55% (tabella 3), nonostante oltre 3.100.000 inviti effettuati, cioè un aumento di quasi 400.000 inviti rispetto agli anni precedenti⁽²⁵⁾.

La valutazione dei principali indicatori ed il confronto con gli standard di riferimento derivanti dall'esperienza di programmi sia italiani sia europei, conferma un buon andamento complessivo dell'attività italiana di screening mammografico.

Anche altri indicatori che valutano in modo più diretto la sensibilità del programma, come il tasso di identificazione dei tumori invasivi e quello dei tumori con diametro inferiore ai 10 mm, si dimostrano positivi.

Risultati particolarmente incoraggianti per il trattamento dei tumori con diametro inferiore ai 2 centimetri: circa 9 donne su 10 riescono a sottoporsi all'intervento chirurgico di tipo conservativo.

Anche il periodo di tempo che intercorre tra la mammografia e il momento in cui è possibile riferire il referto negativo o, per i casi con dubbio diagnostico, il momento in cui si effettua una seduta di approfondimento o l'intervento chirurgico, sono indicatori fondamentali della qualità di un programma di screening.

Ancora oggi, però, nonostante sensibili miglioramenti, un gran numero di programmi italiani non garantisce tempi in linea con gli standard fissati: entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia l'invio dell'esito negativo, entro 28 giorni procedere all'approfondimento⁽²⁵⁾.

Come mostra la tabella 4, un gran numero di programmi italiani continua ad essere in difficoltà nel garantire nel tempo la buona qualità di questi indicatori, e i valori permangono ben al di sotto del livello accettabile, con tutti e tre gli indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento⁽²⁵⁾.

La comunicazione negli screening per garantire una partecipazione consapevole

I programmi di screening, proprio per il fatto di rivolgersi a popolazioni asintomatiche, richiedono per la loro attuazione un notevole sforzo organizzativo e metodologico, che va dalla scelta della patologia su cui attuare la prevenzione secondaria, alla definizione del bersaglio, all'organizzazione e promozione della partecipazione ed infine al richiamo per l'attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici nelle persone risultate positive al test.

In questo ambito la qualità della comunicazione è un elemento fondamentale per l'efficienza e l'efficacia dei programmi, al pari della qualità di tutti gli aspetti relativi all'organizzazione, alla diagnosi e al trattamento.

La comunicazione per essere efficace non può essere improvvisata ma va strategicamente pianificata attraverso una chiara definizione di obiettivi, target, mezzi di comunicazione, tempi e criteri di valutazione⁽¹⁴⁾.

L'obiettivo però innanzitutto è favorire una scelta di adesione consapevole. Perché ciò avvenga è necessario che l'emittente sia credibile ed identificabile e i messaggi veicolati rispondano a determinati requisiti:

- univocità e non contraddittorietà;
- pertinenza;
- accuratezza basata sull'evidenza;

Tabella 3. Dati nazionali di attività di screening mammografico 2010-2015

Table 3. National activity data screening mammography 2010-2015

	2010-2011	2012-2013	2014	2015
Numero totale di donne invitate	5.150.652	5.312.947	2.778.387	3.162.602
Numero di donne aderenti all'invito (% su donne invitate)	2.842.013 (55%)	3.044.984 (57%)	1.577.666 (57%)	1.728.339 (55%)
Media aderenti per anno	1.421.007	1.522.492		
Numero di donne esaminate*	2.772.433	2.975.296	1.565.430	

Rapporto ONS 2016

Tabella 4. Tempi di attesa

Table 4. Waiting times

	2010-2011	2012-2013	2014	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	73%	67%	67%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	68%	59%	62%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	50%	43%	40%	

Rapporto ONS 2016

- chiarezza;
- esaustività sui vantaggi e gli svantaggi;
- accessibilità⁽¹⁵⁾.

Per garantire una partecipazione consapevole sono necessarie la capacità di offerta e quindi la qualità organizzativa; la qualità del sistema sanitario locale (ASL) che si identifica come un fattore di autorevolezza e credibilità rispetto alla comunità locale e agli individui destinatari del PS; la creazione di una cultura di partecipazione e responsabilità del cittadino e della società nei confronti del sistema sanitario inteso come bene sociale⁽²⁾.

I mezzi di comunicazione

Nonostante il contatto diretto col proprio medico di fiducia o un medico d'ospedale, la comunicazione rappresenta indubbiamente un'occasione altamente persuasiva, in molte situazioni può essere necessaria la programmazione della comunicazione di uno verso molti⁽¹⁷⁾.

I mezzi classici come la tv o la radio presentano costi di veicolazione proibitivi, soprattutto a fronte di un servizio offerto alla popolazione che già di per sé rappresenta un costo e non un guadagno.

Inoltre l'efficacia di una campagna è decretata dalla frequenza di esposizione per cui un messaggio, per raggiungere un livello di efficacia ragguardevole, non basta che esca una sola volta su un giornale a tiratura nazionale o su un'emittente televisiva.

Per diminuire i costi ed aumentare l'efficacia diventa dunque necessario l'utilizzo di mezzi mirati, sia geograficamente, sia per target⁽²¹⁾.

Riportando come esempio una ricerca quantitativa condotta dal prof. Davide Vannoni nell'ambito di una pianificazione in rapporto al programma di screening per i tumori femminili al seno e all'utero, condotta a fronte di un budget poco elevato e nell'ottica del raggiungimento di un target particolare (ovvero donne tra i 24 e i 69 anni residenti in Piemonte), possiamo illustrare quelli che sono i mezzi anche non tradizionali utilizzati con efficacia in questa situazione:

- Pagine pubblicitarie sulle maggiori testate giornalistiche locali
- Dépliant distribuiti attraverso riviste settimanali o mensili femminili
- Pubblicità televisiva locale
- Pubblicità radiofonica locale
- Dépliant all'interno degli studi dei medici di famiglia
- Dépliant distribuiti in farmacia
- Dépliant e locandine negli uffici postali

- Punti informativi e cartelloni pubblicitari (posti su appositi camion) nei mercati rionali.

Di questa ricerca svolta su un campione di 1000 soggetti intervistati telefonicamente, Vannoni ha mostrato il funzionamento dei singoli mezzi, mettendo in evidenza alcuni accorgimenti fondamentali. In particolare il mezzo stampa ha funzionato prevalentemente su soggetti giovani con un titolo di studio medio e medio basso, ottenendo un livello di impatto (ovvero di ricordo da parte del campione) elevato (17,1%).

Il mezzo televisivo ha invece agito prevalentemente su soggetti appartenenti a tutte le fasce di età (con un lieve predominio delle più anziane) e con un titolo di studio medio-basso, il successo di questo mezzo (ivi compreso quello radiofonico nettamente inferiore) è stato comunque più basso rispetto alla carta stampata (16,3%).

I mercati e gli uffici postali, strumento particolarmente attivo in questa campagna, ha raggiunto prevalentemente soggetti giovani e con un titolo di studio medio ed elevato, ottenendo livelli di impatto cospicui (23,1%).

Le farmacie e gli studi medici hanno avuto decisamente meno successo, pur avendo un target simile a quello dei mercati e degli uffici postali, con un impatto pari al 12,4%.

Una valutazione da fare riguarda soprattutto il funzionamento dei mezzi alternativi, ossia i mercati e gli uffici postali che si sono rivelati come il mezzo di maggior successo giacché hanno superato in efficacia sia la carta stampata che la televisione locale. Un fenomeno di particolare rilevanza tenendo conto dei costi bassi investiti in questi mezzi.

Ulteriore considerazione da fare è quella relativa al funzionamento delle farmacie e dei medici di famiglia. Secondo Vannoni, il primo errore è imputabile al coinvolgimento poco incisivo di queste due categorie che si presentavano invece, nelle ipotesi iniziali, come strategiche.

Altro errore è stata la mancanza di un supporto idoneo alla distribuzione dei dépliant (ovvero un espositore che li contenesse), fattore che ha spesso tramutato i dépliant stessi in un oggetto di impiccio posto in angoli poco visibili all'interno di questi luoghi. Nell'insieme la campagna è stata un successo anche se, come ammonisce Vannoni, non bisogna lasciarsi condizionare da questi dati per tre ragioni:

1. Una sensibilità già esistente nel target di riferimento per questo tipo di test.
2. L'invio di lettere di invito alle persone che dovevano sottoporsi al test in seguito alla campagna.

3. La continuità di questo programma di screening che aveva già operato negli anni precedenti.

Va in ogni caso ricordato che ci si rivolge sostanzialmente a persone che sono nella maggioranza dei casi sane e non percepiscono il rischio della malattia.

Spingerli dunque a mettere in atto un comportamento va incontro a diverse resistenze e paure che non sono superabili solo a fronte di una semplice divulgazione informativa⁽²⁰⁾.

In una situazione comunicativa caratterizzata da una sempre più forte esasperazione dell'emozionalità è necessario non porsi in un'ottica prettamente informativa ma è fondamentale riuscire a definire delle strategie di comunicazione che siano in grado di realizzare una presa di coscienza nelle persone al di là di ogni aspetto coercitivo o manipolatorio.

Conclusioni

In seguito a tale argomentazione, possiamo affermare che è lo stato sociale, che in tutte le statistiche di tutti i paesi al mondo risulta sempre essere il singolo elemento più importante nel determinare quanto ci si ammala e quanto si vive.

A sua volta lo stato sociale è fatto di diverse cose: istruzione, lavoro, reddito, posizione gerarchica, contatti; ed è difficile capire quali tra questi contano di più per la salute. Ma è probabile che la loro combinazione agisca attraverso una via ultima comune: l'informazione, cioè l'accesso alle conoscenze e agli strumenti per comprenderle e utilizzarle.

Per questo si potrebbe sostenere che la salute è, soprattutto, informazione e che tra tutti gli strumenti della medicina e della sanità contemporanea il più potente ed efficace è la comunicazione.

Bibliografia

1. Alfano A. (a cura di) (2001), *La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
2. Anolli L. (a cura di) (2002), *Psicologia della comunicazione*, Il Mulino, Bologna.
3. Bertazzoni A. M., De Angeli A. (a cura di) (2004) *Etica, comunicazione e salute. Tutela della persona e principio di autonomia in sanità: percorsi sperimentali di educazione alla salute*, Franco Angeli, Milano.
4. Betta, A. (2001) *L'importanza di (ri)costruire una sanità pubblica moderna nel quadro delle politiche per la salute. Il ruolo della sanità pubblica nel processo di formazione della salute in Punto Omega*, Anno III n. 5-6, pp. 84-91.
5. Cardea R. (2001), *Comunicazione per la salute nei programmi del Ministero della Sanità* in M. Ingrosso (a cura di) *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, Milano.
6. Cavazza N. (2009), *Comunicazione e persuasione*, Il Mulino, Bologna.
7. Collicelli C. (2002) *Comunicazione e informazione per la salute in Tendenze nuove*, 3/2002 nuova serie.
8. Federici A. (2007), *Screening. Profilo, complesso di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
9. Giordano L., Giorgi D., Frigerio A. e il gruppo GISMa, (2006) *Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella*, *Epidemiol Prev* 2 (Suppl 1).
10. Lalli, P. (2004), *Etica e comunicazione per la salute nell'era della comunicazione pubblica e di massa* in A.M. Bertazzoni, A. De Angeli (a cura di) *Etica, comunicazione e salute. Tutela della persona e principio di autonomia in sanità: percorsi sperimentali di educazione alla salute*, Franco Angeli, Milano.
11. Maccacaro G.A. (1979), *Per una medicina da rinnovare: scritti 1966-1976*, **Feltrinelli, Milano**.
12. Mallarini E. (2004), *Fiducia in sanità: non solo marketing*, Egea, Milano.
13. Marsoni S., Torri V., Fossati R. (1995), *Screening in oncologia: valutazione metodologica* in *Screening in Oncologia*, atti del Convegno di Aggiornamento in Oncologia, Trento.
14. Majello C. (2003), *L'arte di comunicare*, Franco Angeli, Milano.
15. Miani M. (2005) *Comunicazione pubblica e nuove tecnologie*, Il Mulino, Bologna.
16. Ministero della Salute (2006) *Screening oncologici. Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*, Roma.
17. Noto G. (2007), *La comunicazione nelle organizzazioni sanitarie* in M. Ingrosso (a cura di) *Fra reti e relazioni. Percorsi nella comunicazione della salute*, Franco Angeli, Milano.
18. Petrillo G. (2004), *La salute tra scienza e conoscenza. Comunicazione pubblica e promozione della salute*, Liguori, Napoli.
19. Poletti P., (2008) *Il concetto di empowerment in Screening. Profilo, complesso di assistenza*, Roma.
20. Vannoni D. (2000) *Conoscenza e Comunicazione nei programmi di screening*, in Atti del Convegno *Advanced Colonoscopy Corse, the Present and the Future*, AIGO, SIED, SIGE, Torino, 28 – 30 settembre.
21. Vannoni D., *Della pubblicità, mente contesti, mondi immaginari*, Giappichelli, Torino.
22. Zappa M., Giorgi D. (2007), *Introduzione agli screening*, in Federici A. (a cura di), *Screening. Profilo, complesso di assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
23. Zani B., Cicognani, E. (1999), *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategia di coping*, Carrocci, Roma.
24. Zucconi A., Howell P. (2003), *La promozione della salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società*, La Meridiana, Molfetta (BA).
25. www.osservatorionazionale screening.it

Corrispondenza e richiesta estratti:
Dott.ssa Giulia Mazzotta
Libero professionista
giulia.mazzotta@libero.it