

## COMUNICAZIONE BREVE

**“SCREENING MAMMARIO: STRATEGIE ORGANIZZATIVE PER MIGLIORARE IL TASSO DI ADESIONE DELLE DONNE AVENTI DIRITTO, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA REALTÀ MARCHIGIANA.”**

**“BREAST SCREENING: ORGANIZATIONAL STRATEGIES TO IMPROVE THE PARTICIPATION RATE OF WOMEN BENEFICIARIES, WITH PARTICULAR ATTENTION TO THE MARCHE REALITY.”**

<sup>1</sup>ENRICA ESPOSITO, <sup>2</sup>MASSIMO MAZZIERI

<sup>1</sup>ASUR MARCHE - AV2 Tecnico Sanitario Radiologia Medica, Jesi

<sup>2</sup>ASUR MARCHE - Dirigente Professioni Sanitarie Area Tecnico-Diagnostica, Ancona

### Riassunto

Lo scopo del presente articolo è quello di individuare le possibili ed eventuali problematiche del sistema di screening che vanno ad incidere sul tasso di adesione del programma. Risulta fondamentale infatti, fornire indicazioni organizzative e motivazionali affinché le donne asintomatiche tra i 50 e i 69 anni escano dalla clinica e si affidino allo screening migliorando così la diagnosi precoce. Nella realtà territoriale dell'AV2 di Ancona è stato somministrato, ad un campione esemplificativo di donne, un questionario tramite il quale è stato possibile individuare ed elaborare eventuali correttivi ed indicazioni volte a migliorare il tasso di adesione, giustificando in tal modo l'importanza e l'efficacia del programma di screening effettuato sul territorio marchigiano.

Si è cercato così di indagare a ritroso (su chi già si rivolge allo screening) le possibili motivazioni secondo le quali le donne non si affidano con facilità al programma di prevenzione. La scarsa informazione molto spesso fa sì che la donna in alcuni casi sia portata a valutare superficialmente l'importanza di tale test, (gratuito e che permetterebbe comunque a tutte le donne aventi diritto, una mammografia ogni due anni). Analizzate le risposte date dalle utenti al questionario distribuito, si è passati ad ipotizzare eventuali misure che potrebbero contribuire, in una regione come le Marche, ad aumentare il tasso di adesione allo screening mammario per le donne aventi diritto.

**Parole chiave:** Screening mammario, mammografia, prevenzione, tasso di adesione, incremento partecipazione.

### Abstract

**“BREAST SCREENING: organizational strategies to improve the participation rate of women beneficiaries, with particular attention to the Marche reality.”**

The purpose of this article is to identify possible screening system issues, which affect the rate of program membership. It is essential to provide organizational and motivational indications in order to bring the asymptomatic women between 50 and 69 years to leave the clinic and rely on screening to improve early diagnosis.

In the AV2 of Ancona, a questionnaire was administered to a sample of women, through which it was possible to identify and process any corrections and suggestions to improve the membership rate, justifying in this way the importance and effectiveness of screening program carried out in the territory of Regione Marche.

We have also tried to investigate backlinks (who already caters to screening) possible reasons that women do not rely on the prevention program. Poor information often causes woman in some cases to superficially evaluated the importance of this test, (which would allow all entitled women, a mammogram every two years). Analyzing the responses given by the users, to the questionnaire distributed, we suggest any measures that could contribute, in a place like Marche, to increase the rate of adherence to breast screening for entitled women

**Key words:** Breast screening, mammography, prevention, membership rate, increase participation.

## Introduzione

I programmi di screening rientrano tra gli strumenti operativi della Prevenzione Secondaria, consistendo in indagini basate su test diagnostici offerti ad una popolazione di individui identificata mediante criteri epidemiologici. Si tratta di sistematiche ricerche che consentono di fermare o rallentare la progressione della malattia, grazie alla diagnosi precoce ottenuta mediante test strumentali e/o di laboratorio atti ad individuare una malattia in fase pre-clinica. Lo screening mammografico per la prevenzione del tumore mammario ne è un esempio.

Il cancro della mammella, insieme a quello della cervice uterina e del colon retto, è uno dei tre dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. La loro storia naturale, però, può essere modificata dagli screening che infatti in alcuni casi riescono ad evitare l'insorgenza del tumore ed addirittura in altri possono salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi.

Lo screening mammario si rivolge a donne sane e prive di sintomi di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Vuole identificare tumori non ancora sintomatici sui quali nella maggior parte dei casi è ancora possibile intervenire. L'efficacia del test è dimostrata nel momento in cui si raggiunge un tasso di adesione desiderabile >75%. Parlando di screening si deve tener conto di alcuni indicatori che, proponendo standard di riferimento, garantiscono una programmazione adeguata.

Si distinguono indicatori di processo clinico-diagnostico, indicatori strutturali organizzativi e indicatori precoci di impatto. L'indicatore oggetto di studio è un indicatore di tipo strutturale, denominato tasso di adesione o partecipazione. Questo consiste nel numero di donne che eseguono una mammografia di screening sul totale delle donne invitate al programma.

L'ideale sarebbe avere un tasso di partecipazione desiderabile in cui si avrà, secondo i dati Gisma, un'adesione corretta (che quindi tiene in considerazione gli inviti inesitati e le mammografie recenti) pari al 75% e >75% secondo le linee guida europee<sup>[5,7]</sup>.

## Aspetti epidemiologici dello screening mammario

Gli screening citologico, mammografico e coloretale a partire dal 2001 sono stati inseriti fra i Livelli Essenziali ed uniformi di Assistenza (LEA).

I Livelli Essenziali di Assistenza comprendono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Tra queste rientrano servizi e prestazioni sanitarie che, come nel caso degli screening, presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate.

L'introduzione e la pratica di interventi per la diagnosi precoce, come lo screening mammografico, sono risultati elementi di rilievo nel ridurre la mortalità e migliorare la sopravvivenza per la patologia oggetto di analisi, dimostrando che la variabilità territoriale nella sopravvivenza al tumore della mammella rispecchia gli investimenti sostenuti per questo tipo di interventi di prevenzione. Come si evince dagli studi effettuati dal sistema di sorveglianza PASSI 2009-2012 il 70% delle donne campionate tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti.

Tra le donne che si sottopongono allo screening, la quota è pari all'81% al Nord, 76% al Centro, mentre è solo del 51% tra le donne residenti nel Sud e nelle Isole (in Campania si registra la percentuale più bassa pari al 42%) (Figura 1-2)<sup>[3]</sup>.



**Figura 1.** Mammografia eseguita negli ultimi due anni - Donne 50-69enni; Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2009-12.

**Figure 1.** Mammography performed in the last two years - Women 50-69 years old; Prevalences for Region of residence - Passi 2009-12.



Figura 2. Mammografia eseguita negli ultimi due anni per regione (%) Donne 50-69 Passi 2010-2012.

Figure 2. Mammography performed in the last two years for Region (%) Women 50-69 Passi 2010-2012.

La mammografia a scopo preventivo viene effettuata in gran parte nell’ambito dei programmi organizzati dalle Asl, infatti, a livello nazionale, il 50% della popolazione target femminile aderisce ai programmi offerti dalle Aziende sanitarie locali e il 19% si sottopongono a mammografia preventiva su iniziativa personale, ovvero al di fuori dei programmi di screening organizzati (Figura 3).

La quota di donne che si sottopone a mammografia preventiva su iniziativa personale non cambia in modo sostanziale nelle tre macro aree che invece si differenziano significativamente per la copertura dei programmi di screening organizzati. Differenziando l’adesione al programma di screening organizzato da quella dell’iniziativa spontanea, la risposta all’offerta della Asl è maggiore in percentuale tra le classi più anziane (53% per le 60-69enni) mentre, al

contrario, l’esame come scelta personale è più frequente tra le 50-59enni (24%). Le donne meno istruite utilizzano più frequentemente lo screening organizzato rispetto alla prevenzione individuale (52% vs 12%).

Le condizioni socio-demografiche quali stato civile, convivenza e difficoltà economiche si associano sia alla prevenzione organizzata sia a quella individuale. Anche dallo studio PASSI è possibile evincere che dove è più bassa la scolarità, maggiore è l’adesione al programma di screening.

La condizione ottimale si verificherebbe nel caso in cui la percentuale delle donne con elevata scolarità che aderisce al programma di screening si alzi così da abbattere le discrepanze percentuali. Si è visto quindi che tra il 2009 e il 2012 la maggior parte delle donne (92%) è stata raggiunta da un intervento di promozione di screening.

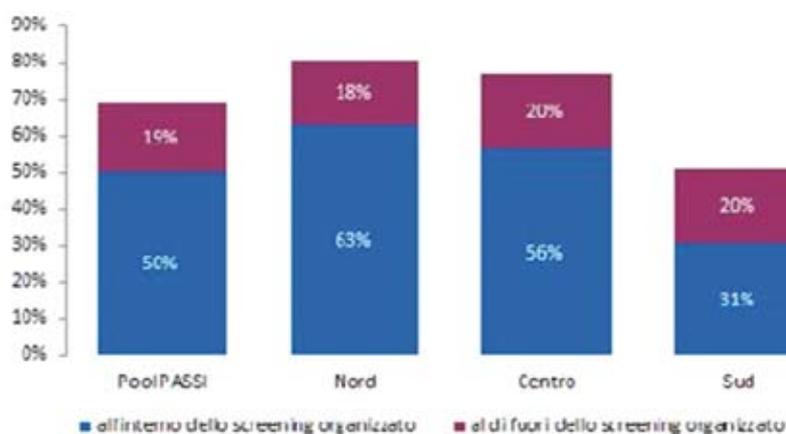


Figura 3. Mammografia eseguita negli ultimi due anni – Donne 50-69enni. Prevalenze per macroarea geografica di residenza - Passi 2009-12.

Figure 3. Mammography performed in the last two years- Donne 50-69 years old. Prevalences for geographical macroarea of residence.

Naturalmente l'efficacia dello screening risulta essere maggiore quanto maggiori sono gli input ricevuti (lettera della Asl, consiglio, campagna informativa); infatti l'81% delle donne 50-69enni che ha ricevuto la lettera di invito associata al consiglio di un operatore sanitario si è sottoposta a screening mammografico, contro il 23% di quelle non raggiunte da alcun intervento.

Le donne che ricevono l'invito allo screening in associazione al consiglio del medico e ad una campagna informativa, effettuano la mammografia di screening nell'83% dei casi, migliorando non di molto la copertura dello screening<sup>[8]</sup>.

### La lettera di invito

Al fine di compiere una scelta informata le donne devono ricevere un'informazione completa e corretta sulle procedure dello screening mammografico. Tale informazione deve essere basata sull'evidenza scientifica disponibile e presentata in forma appropriata.

I programmi di prevenzione utilizzano numerosi strumenti per informare la popolazione target dello screening (video, opuscoli ecc..). Nella fase di pianificazione e sviluppo degli strumenti informativi, un programma di screening dovrebbe tenere conto di molteplici fattori.

A tale proposito infatti un buono strumento di comunicazione deve essere facile da comprendere, accessibile ed esaustivo, user-friendly e con un buon rapporto costo-efficacia, semplice da aggiornare, riprodurre e distribuire.

L'informazione fornita alle donne invitate a partecipare allo screening mammografico deve essere accessibile, rilevante, comprensibile, completa (includendo benefici, rischi e svantaggi) e personalizzata al fine di rispondere ai bisogni informativi di specifici sottogruppi della popolazione. Inoltre l'informazione dovrebbe essere specifica per le diverse fasi del processo di screening e con vari livelli di approfondimento per poter soddisfare le diverse esigenze informative.

È importante che le informazioni siano facilmente reperibili e che le donne sappiano dove reperirle. Il punto di partenza per un'informazione di qualità che aiuti gli individui a decidere consapevolmente è fornire un'informazione che sia rilevante per chi la riceve.

Alcune fasi della procedura di screening, soprattutto la fase di invito, non permettono una comunicazione faccia a faccia tra l'operatore sanitario e l'individuo, ma consistono in un flusso di comunicazione unidirezionale dall'operatore

sanitario all'utenza, senza coinvolgimento di quest'ultima, né valutazione dell'appropriatezza delle informazioni ai bisogni di tali individui.

È quindi importante conoscere quali siano le informazioni indispensabili al fine di rendere il processo comunicativo più efficace ed appropriato.

La lettera di invito è solitamente il primo strumento di comunicazione utilizzato per invitare le donne al programma di screening. Generalmente include le informazioni pratiche/organizzative relative all'appuntamento per il test.

Rappresentando quindi il primo contatto fra le donne e il programma di prevenzione, è fondamentale che la lettera di invito sia scritta in modo semplice, chiaro, leggibile e includa le informazioni principali sull'obiettivo dello screening mammografico e i dettagli organizzativi per partecipare. Ulteriori e più specifiche informazioni dovrebbero essere presenti ad esempio in un opuscolo allegato alla lettera di invito.

La lettera infatti dovrebbe fare riferimento all'opuscolo, incoraggiando la donna a leggerlo. La lettera di invito dovrebbe includere informazioni sull'obiettivo dello screening (popolazione bersaglio – fascia d'età), il test che la donna si appresta a compiere, l'intervallo di screening, la gratuità o meno del test, come prendere un appuntamento e come spostarlo, quando e come si ottengono i risultati (indicando approssimativamente i tempi di attesa), la possibilità di essere richiamate per degli approfondimenti, altre informazioni pratiche (portare in visione le mammografie precedenti, abbigliamento consigliato, ecc...), dove le donne possono ottenere maggiori informazioni (box informativi, call centre, gruppi di ascolto, siti internet), la protezione dei dati personali<sup>[3,4]</sup>.

### Lo screening oncologico nella Regione Marche

Le strutture sanitarie regionali hanno il compito di contestualizzare e attivare i programmi di screening oncologici per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dal Sistema Sanitario Nazionale e Regionale. Nella Regione Marche il PSN 1998-2000 aveva già tra i suoi obiettivi lo screening delle malattie neoplastiche.

Attraverso la DGR N.115 del 24/01/2000 la Regione definisce "Le Linee Guida per l'effettuazione dei programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili (mammario e collo dell'utero)", che verrà poi trasmessa in data Febbraio 2000 ai Direttori Generali delle Aziende

Sanitarie Marchigiane per i relativi provvedimenti di competenza (Responsabili Organizzativi screening Aziendali, segreterie screening aziendali ecc..)<sup>[1]</sup>.

Nella Regione Marche la diffusione del programma di screening, prima che questi entrassero a far parte dei LEA, non è stata omogenea in tutte le zone territoriali. Per svariate e diverse motivazioni ciascuna zona ha impiegato le proprie tempistiche e i propri metodi organizzativi per arrivare al raggiungimento dello scopo finale.

Nel 2009 a seguito di un aggiornamento delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, vennero introdotti tra queste i programmi di screening della mammella, della cervice uterina e successivamente del colon retto.

Prima di questo momento, in cui l'intera regione Marche (così come le altre regioni) dovette attivarsi per l'esecuzione di tali programmi, la diffusione dello screening presentava caratteristiche diverse nelle singole zone territoriali. Ciascuna zona infatti aveva la propria organizzazione interna e cercava quindi di portare avanti tale programma secondo le proprie modalità organizzative.

La ex Zona 7 è stata tra le prime segreterie organizzative attivate: fino al 2008 solo per la cervice uterina e la mammella, poi dal 2009 anche per il colon retto.

Il 23/06/2008, la Regione Marche ha elaborato il Nuovo Protocollo diagnostico-terapeutico per gli screening (Mammario- Cervice Uterina e Colon-retto, pubblicato nel BUR Regione Marche n. 1906 del 22/12/2008 "Approvazione "Linee Guida per l'Organizzazione del Programma – *Prevenire è volersi bene* -: screening del carcinoma del collo dell'utero, della mammella e del colon retto nella Regione Marche e dei relativi protocolli diagnostici e terapeutici)<sup>[2]</sup>.

Il successivo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 ha ripreso i contenuti del Piano precedente ed ha indicato la necessità di mettere a regime alcune attività di sorveglianza, come il sistema PASSI, in quanto strumenti essenziali di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Il Piano Regionale della Prevenzione delle Marche 2010-2012 (DGR 1856/2010) ribadisce l'importanza dei sistemi di sorveglianza e di PASSI, che rappresenta una attività strategica per l'analisi di contesto, l'individuazione delle priorità in Sanità Pubblica ed il monitoraggio degli interventi intrapresi.

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si inserisce tra le attività promosse dal Centro Na-

zionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)<sup>[8]</sup>.

Nelle Marche, in cui il sistema di sorveglianza PASSI è attivo dal 2005, il 73% delle donne di 50-69 anni ha effettuato almeno una mammografia a scopo preventivo negli ultimi due anni. Il motivo principale di esecuzione dell'ultima mammografia è stata una lettera d'invito della Zona Territoriale ASUR nel 78% dei casi, la campagna informativa nel 71% dei casi e il consiglio di un medico nel 66% dei casi. Il 4% delle donne intervistate ha dichiarato di non aver ricevuto nessuna azione di promozione.

L'organizzazione sanitaria della regione Marche, prevede una Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) suddivisa in cinque Aree Vaste (DGR 84/12). La percentuale di adesione corretta al programma di screening, nella fascia 50-69 per l'intera regione Marche nell'anno 2012 è pari al 52,3 %. La AV5 riporta la percentuale maggiore pari al 64,9%; di contro l'AV4 è l'area vasta con la minore percentuale di adesione corretta al programma (44.8 %)<sup>[1,10]</sup>.

### Lo screening oncologico nell' AV2 di Ancona

Nella Regione Marche il territorio dell'Area Vasta n. 2 comprende i comuni di Ancona, Jesi, Fabriano, Senigallia. È importante chiarire che nella realtà dell'AV2 sono state istituite due distinte segreterie organizzative per lo screening, così da suddividere il territorio. Si è optato per l'attivazione di una segreteria per i comuni compresi nell'AV2 di Ancona Loreto e Falconara, ed una seconda segreteria per i comuni di Jesi, Fabriano e Senigallia.

Lo studio in oggetto riguarda il territorio dei comuni di Ancona, Loreto e Falconara (AV2 AN).

All'interno della zona territoriale di Ancona vengono individuate tre sedi di erogazione del servizio di screening:

- La Radiologia del Poliambulatorio di Falconara per il Distretto Nord (1° livello);
- La Radiologia del Poliambulatorio 2000 Ancona (1°,2°livello ed esami citologici) per il Distretto Centro;
- L' Ospedale di Loreto (2° livello ed esami citologici ed istologici con tecnica mammotome).

A seguito dell'analisi dei dati GiSma ricavati nell'anno 2013 è stato possibile valutare che su un totale di donne invitate tra i 50 e i 69 anni pari a 19739, la popolazione rispondente è stata pari a 7618; da ciò sono stati ricavati i valori di estensione grezza (38,59%) e di estensione corretta pari al 38,68%.

È stato in seguito valutato che nel totale di donne tra 50-69 anni invitate per la prima volta, pari a 3795, il numero delle adesioni è stato pari a 1145 per una percentuale di adesione grezza delle donne invitate per la prima volta pari al 30,17%<sup>[6]</sup>.

A seguito di una breve analisi relativa ai dati del programma di screening dell'AV2 di Ancona, sono nati spunti importanti e degni di considerazione per quanto riguarda il semestre 01/01/14 - 23/07/14 nelle tre zone territoriali prese in esame (Ancona, Loreto, Falconara):

- Nel territorio di Ancona su un totale di 6794 di donne invitate, la percentuale di donne rispondenti all'invito è risultata pari al 31,91% (2168 donne) contro il 68,08% (4626 donne) delle non rispondenti all'invito.

- Nel territorio di Loreto, sul totale di 3718 inviti estesi alla popolazione femminile, le risposte sono positive nel 43,50% dei casi (1617 donne) e negative nel 56,50% dei casi (2101 donne).

- Nel territorio di Falconara su un totale di 1760 inviti emanati, il 46,42% di donne (817) ha risposto positivamente e il 53,57% negativamente (943 donne).

La stessa tipologia di analisi sulla percentuale di risposta positiva o negativa alla lettera di screening, è stata effettuata nel periodo durante il quale sono stati somministrati i questionari oggetto di studio che va dal 01/07/2014 al 23/07/2014. Da tale breve analisi si è evinto che:

Nel territorio di Ancona su un totale di 1170 donne invitate nel suddetto periodo di tempo, le rispondenti sono state il 37,26% (436 donne), e le non rispondenti il 62,74% (734 donne).

Nel territorio di Loreto su un totale di 649 donne invitate nel suddetto periodo di tempo, le rispondenti sono state il 75,65% (491 donne), e le non rispondenti il 24,35% (158 donne).

Nel territorio di Falconara su un totale di 240 donne invitate nel suddetto periodo di tempo, le rispondenti sono state il 80,40% (193 donne), e le non rispondenti il 19,60% (47 donne).

A fronte dell'importanza ricoperta dai programmi di screening, altrettanto importante risulta essere l'adesione che questi ottengono. Per svariati fattori, quali possono essere la scarsa conoscenza ed informazione a riguardo o la scarsa "pubblicità" delle suddette iniziative, il tasso di adesione analizzato nella nostra Regione Marche non corrisponde al 100% degli inviti.

È volere comune quindi ed interesse per la salute pubblica che tale tasso di adesione sia il più possibile vicino al massimo ottenibile. Aumentare il tasso di adesione, sarebbe possibile

dando indicazioni organizzative e motivazionali al fine di far avvicinare le donne asintomatiche nella fascia di età compresa tra i 50 e 69 anni ai programmi.

Così facendo si migliorerebbe la diagnosi precoce nelle pazienti asintomatiche, che altrimenti non si recherebbero dallo specialista. Allo stesso tempo questo porterebbe all'uscita di tali donne dalla clinica mammografica dove altrimenti la richiesta sarebbe "intasata".

Tale obiettivo deve essere raggiunto favorendo una partecipazione informata della donna che, prima di aderire, deve essere messa a conoscenza dei benefici, dei limiti e degli svantaggi del programma di screening. Il punto di partenza per un'informazione di qualità che aiuti le donne a decidere consapevolmente, è fornire un'informazione che sia rilevante per chi la riceve<sup>[4]</sup>.

Alcune fasi della procedura di screening, soprattutto la fase di invito, non permettono un rapporto diretto tra l'operatore sanitario e la donna. Si tratta di un flusso di comunicazione unidirezionale dall'operatore sanitario all'utenza, senza coinvolgimento di quest'ultima.

Un aspetto fondamentale del processo decisionale è infatti far sì che tutte le donne abbiano pieno accesso ad un'informazione rilevante ed accurata. È quindi importante conoscere le informazioni indispensabili al fine di rendere il processo comunicativo più efficace ed appropriato

Nel caso in esame le maggiori fonti di conoscenza dello screening da parte della donna risultano essere il Medico di Medicina Generale e la lettera di invito, seguiti poi dal passaparola di parenti ed amici. Da ciò è possibile dedurre quanto sarebbe importante orientarsi principalmente sulle prime due modalità di divulgazione, in quanto maggiormente governabili.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale, correttamente formato, come già espresso, risulta fondamentale per tale scopo così come la lettera di invito che la donna riceve a casa. Si potrebbe pensare quindi di migliorare l'informazione e la conoscenza proprio in tali ambiti.

Per fare un esempio, nel caso del Medico di Medicina Generale, si potrebbe pensare a semplici manifesti o dépliant distribuiti negli ambulatori medici, attraverso i quali la donna potrebbe avere un primo approccio verso la metodica.

Allo stesso modo altra soluzione ipotetica potrebbe essere, pensando alla nostra realtà territoriale, quella di allegare alla lettera di invito un opuscolo informativo (un prototipo esemplificativo è riportato in figura 4a - 4b) più esaustivo della sola lettera e che fornisca alla

donna le informazioni necessarie riguardo lo screening<sup>[1]</sup>.

Questo potrebbe aumentare la curiosità della donna che quindi sarà spinta a documentarsi maggiormente sulla prevenzione mammaria e sull'esame cui dovrà sottoporsi. In ultimo si potrebbe pensare alla distribuzione di poster e materiale informativo in diversi ambienti quali ipermercati,

centri estetici, parrucchieri, farmacie; alla maggiore diffusione di campagne pubblicitarie tramite i principali mass media alla portata di tutti su rete regionale o nazionale (tv, quotidiani, ecc..) e alla predisposizione di info-point in ipermercati o nell'ambito di fiere, convention e manifestazioni in cui sarebbe possibile assistere ad una vera e propria promozione delle campagne di screening<sup>[7]</sup>.



Figura 4a. Prototipo dépliant informativo.  
Figure 4a. Prototype of informative brochure.



Figura 4b. Prototipo dépliant informativo.  
Figure 4b. Prototype of informative brochure.

Lo scopo dello studio, attraverso l'elaborazione delle risposte espresse dalle utenti che si sono presentate ad effettuare lo screening, è quello di far riflettere sulle possibili ed eventuali linee strategiche organizzative da poter mettere in atto per cercare di aumentare il tasso di adesione. Molte soluzioni talvolta sono così semplici da risultare allo stesso tempo efficaci ed efficienti. Ne sono un esempio gli opuscoli che si è proposto di allegare alla lettera di invito, poster e materiale informativo cartaceo da disporre in farmacie e studi medici<sup>[9]</sup>.

Le diverse misure correttive ipotizzate costituiscono progetti di facile attuazione in quanto nella loro semplicità mirano dritto all'obiettivo finale, richiedendo allo stesso tempo investimenti esigui.

Le misure correttive elencate infatti possono costituire piccoli passi verso una maggiore estensione e distribuzione dello screening così da puntare all'aumento del tasso di adesione. Solo un alto tasso di adesione può far sì che lo screening sia efficace, garantendo che gli sforzi economici, organizzativi e progettuali messi in atto concorrano senza ostacoli all'obiettivo per cui sono stati concepiti.

## Bibliografia

1. ASUR- Azienda Unica Regionale, Screening Oncologico, <http://www.asurzona7.marche.it/bo/allegati/UserFiles/7/Brchure%20Screening%20Oncologici%20x%20MMG%2013-10-2014%20corretta%20il%2017-04-15.pdf>
2. Bollettino Ufficiale Regione Marche: "Nuovo Protocollo diagnostico- terapeutico per lo screening del carcinoma mammario"; delibera n.1906 del 22/12/2008: Linee guida per la organizzazione del Programma "Prevenire è volersi bene": lo screening del carcinoma del collo dell'utero, della mammella e del colon retto nella Regione Marche e dei relativi protocolli diagnostico-terapeutici".
3. Epidemiologia e Prevenzione: Metodi per aumentare la partecipazione agli screening oncologici [http://www.epiprev.it/materiali/2012/EPv36i1suppl1\\_HTA.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2012/EPv36i1suppl1_HTA.pdf)
4. Ferraro R., Detragiache S., Di Giorgio N., Ferrante M., Giannottim., Pauna D., Bagnera S., Patania S., Lovato R.L.; Convegno Nazionale Gisma 2012: "Customer Satisfaction: sua valutazione e sue implicazioni sulla qualità dei servizi offerti in un centro di screening mammografico", in [http://win.gisma.it/atti/bologna2012/poster/bagnera4\\_poster\\_gisma\\_2012.pdf](http://win.gisma.it/atti/bologna2012/poster/bagnera4_poster_gisma_2012.pdf)
5. Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico, Anno 2006; Epidemiologia e prevenzione; Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella;
6. Gruppo Italiano Screening Mammografico; <http://www.gisma.it>
7. L. Giordano, P. Webster, N. Segnan, J. Austoker; Linee guida europee sulla comunicazione ed informazione nei programmi di screening mammografico (Versione del 12.01.2005), in [http://win.gisma.it/pubblicazioni/documenti/Communication\\_chapter\\_breast\\_screening\\_versione\\_italiana.pdf](http://win.gisma.it/pubblicazioni/documenti/Communication_chapter_breast_screening_versione_italiana.pdf)
8. Passi Nazionale, Rapporto Screening Mammografico 2012, in <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2012/screeningMammografico.asp>
9. Robert A.Smith, PhD, American Cancer Society, Atlanta GA USA: "Guidelines and practice in the U.S for women at high risk for breast cancer, and the impact of the media.", in [http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/14\\_Smith,%20Bologna%2031%20January.pdf](http://www.osservatorionazionale screening.it/sites/default/files/allegati/14_Smith,%20Bologna%2031%20January.pdf)
10. Sorveglianza Passi-EpiCentro- Istituto Superiore di Sanità; <http://www.epicentro.iss.it/passi/>