


	Osservatorio
	Nazionale
	Screening
	Quinto Rapporto

Redazione

Cinzia Tromba, Inferenze scari – Milano

Impaginazione

Luigi F. Bona, Studio Metropolis – Monza

Editore

Edizioni Inferenze scari

Stampa

Arti grafiche Ancora srl – Milano

Autori

Ancona Aldo, *Coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*

Angeloni Claudio, *ASL di Teramo*

Anghinoni Emanuela, *ASL di Mantova*

Arfuso Ornella, *Resp. Org. Centro di riferimento, Azienda sanitaria 10 di Palmi (RC)*

Baiocchi Diego, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio*

Baldissera Sandro, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Banovich Flavio, *ULSS 4 Alto Vicentino, Thiene (VI)*

Bertozzi Nicoletta, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Sanità pubblica AUSL Cesena*

Bietta Carla, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO epidemiologia, Dip. Prev.*

AUSL 2 Umbria, Perugia

Binkin Nancy, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*

Bonanomi Andrea Giovanni, *CSPPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Bordon Rita, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Bortoli Antonio, *ULSS 22, Bussolengo (VR)*

Castiglione Guido, *CSPPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*

Cataliotti Luigi, *Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze*

Cazzola Luigi, *ULSS 2, Feltrè*

Chianca Antonietta, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*

Chionne Fausto, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento*

di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico

Ciatto Stefano, CSPPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze

Confortini Massimo, CSPPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze

Curia Luigi Rubens, dirigit. Settore Prevenzione primaria e secondaria, Dipartimento Tutela alla Salute, Regione Calabria

D'Argenio Paolo, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo

delle Malattie, Ministero della Salute, Roma

D'Argenzio Angelo, ASL Caserta 2

Dalla Palma Paolo, Ospedale di Trento

De Giacomi Giovanna, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza

e Promozione della Salute, ISS e ARES 118 Roma

Distante Vito, Clinica Chirurgica I, AOU Careggi, Firenze

Fateh-Moghadam Piroos, Centro Nazionale di Epidemiologia,

Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Servizio Osservatorio epidemiologico, APSS, Trento

Federici Antonio, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo

delle Malattie, Ministero della Salute, Roma

Fersini Giuseppina, dirigit. Servizio Screening oncologici, Dipartimento

Tutela alla salute, Regione Calabria

Finarelli Alba Carola, Assessorato alle Politiche per la Salute

della Regione Emilia-Romagna

Frigerio Alfonso, Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna,

Torino

Fusco-Moffa Igino, Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento

di Prevenzione, UOS di Epidemiologia

Gafà Lorenzo, sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta

contro i Tumori di Ragusa

Galli Vania, AUSL Modena

Gallo Tolinda, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza

e Promozione della Salute, ISS e Azienda serv. san. 4 "Medio Friuli", Udine

Giordano Livia, Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte,

Torino

Giorgi Daniela, UO epidemiologia - ASL 2 Lucca

Giubilato Pamela, Centro per la prevenzione oncologica del Piemonte,

Torino

Gramegna Maria, UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria,

Dir. gen. Sanità Regione Lombardia

Quinto Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening

A cura di Marco Rosselli Del Turco
e Marco Zappa

Comitato tecnico-scientifico

Carlo Naldoni
Eugenio Paci
Nereo Segnan
Marcello Vettorazzi
Marco Zappa

Coordinamento editoriale

Liana Bonfrisco

Grazzini Grazia, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Greco Donato, *Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione e Direttore operativo CCM, Ministero della Salute*
Iossa Anna, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Lauria Carmela, *sezione provinciale Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori di Ragusa*
Longobardi Carlo, *Servizio Materno-infantile, Regione Campania*
Macchi Luigi, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. Sanità Regione Lombardia*
Maglietta Rocco, *Screening Basilicata*
Maglietta Teresa, *coordinamento Commissione Salute Regione Toscana*
Mancini Ettore, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Mano Maria Piera, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino e Dipartimento Scienze biomediche e oncologia umana, Università di Torino*
Mantellini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Naldoni Carlo, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*
Negozianti Maria, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Diagnostica per immagini, Programma screening mammografico*
Oddone Trinito Massimo, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C*
Paci Eugenio, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze e per il Gruppo IMPATTO*
Pagano Giovanni, *AUSL Roma H, Albano Laziale, Roma*
Pavan Anna, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. gen. sanità Regione Lombardia*
Perra Alberto, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*
Petrella Marco, *Azienda USL 2 dell'Umbria, Dipartimento di Prevenzione, UOS di Epidemiologia*
Piccini Paola, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Pirola Maria Elena, *UO Prevenzione e Tutela Sanitaria e Veterinaria, Dir. Gen. Sanità Regione Lombardia*
Pizzuti Renato, *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania*
Ponti Antonio, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*

Prandini Stefania, *Regione Umbria*
Puliti Donella, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Ronco Guglielmo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Rosselli Del Turco Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Rubeca Tiziana, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Salimbeni Silvana, *AUSL Bologna*
Sapino Anna, *Istituto di Anatomia Patologica, Università di Torino*
Sassoli de' Bianchi Priscilla, *Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*
Scalisi Aurora, *Screening citologico di Catania*
Scardetta Paola, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS*
Sconza Francesco, *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS e Dip. Prevenzione ASL 4, Cosenza*
Segnan Nereo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Senore Carlo, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Stefanini Valeria, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Taffurelli Mario, *Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Anestesiologiche, Chirurgia d'urgenza, Università di Bologna*
Tomatis Mariano, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Ventura Leonardo, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Vettorazzi Marcello, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*
Visioli Carmen Beatrice, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Volante Renza, *OIRM Sant'Anna, Torino*
Zanetti Roberto, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Zangirolami Federica, *Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte, Torino*
Zanier Loris, *Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Friuli-Venezia Giulia*
Zappa Marco, *CSPO Istituto Scientifico della Regione Toscana, Firenze*
Zorzi Manuel, *IOV - Registro Tumori del Veneto, Padova*

Indice

Introduzione	
<i>Marco Rosselli Del Turco e Marco Zappa</i>	8
Un neonato irrequieto: il CCM e la prevenzione possibile	
<i>Donato Greco</i>	10
Le nuove sfide per i prossimi anni	
<i>Teresa Maglione, Aldo Ancona</i>	12

I PROGRAMMI

Lo screening mammografico in Italia: survey 2004 e dati preliminari 2005	
<i>Daniela Giorgi, Livia Giordano, Leonardo Ventura, Alfonso Frigerio, Eugenio Paci, Marco Zappa</i>	16
Trend temporali di alcuni indicatori dei programmi di screening mammografico in Italia: 1996-2004	
<i>Livia Giordano, Daniela Giorgi, Paola Piccini, Leonardo Ventura, Valeria Stefanini, Carlo Senore, Eugenio Paci, Nereo Segnan</i>	32
Livello di attivazione e indicatori di processo dei programmi organizzati di screening dei tumori del collo dell'utero in Italia	
<i>Guglielmo Ronco, Pamela Giubilato, Carlo Naldoni, Manuel Zorzi, Emanuela Anghinoni, Aurora Scalisi, Paolo Dalla Palma, Loris Zanier, Antonio Federici, Claudio Angeloni, Stefania Prandini, Rocco Maglietta, Ettore Mancini, Renato Pizzuti, Anna Iossa, Nereo Segnan, Marco Zappa</i>	46
Lo screening coloretale in Italia: dati della survey 2005	
<i>Manuel Zorzi, Grazia Grazzini, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Carlo Senore</i>	62

LA QUALITA'

I dati della survey nazionale sulla qualità del 2° livello screening per il cervicocarcinoma Donne invitate nel 2004	
<i>Renza Volante, Pamela Giubilato, Guglielmo Ronco</i>	70
Il "Progetto SQTm" sulla qualità della diagnosi e della terapia entro i programmi di screening in Italia: risultati degli indicatori 2004	
<i>Antonio Ponti, Maria Piera Mano, Vito Distante, Diego Baiocchi, Rita Bordon, Antonio Federici, Alfonso Frigerio, Paola Mantellini, Carlo Naldoni, Giovanni Pagano, Anna Sapino, Mario Taffurelli, Mariano Tomatis, Marcello Vettorazzi, Federica Zangirolami, Manuel Zorzi, Luigi Cataliotti, Marco Rosselli Del Turco, Nereo Segnan</i>	80
Il programma di controllo di qualità nello screening mammografico in Emilia-Romagna: il contributo dei tecnici sanitari di radiologia medica	
<i>Vania Galli, Silvana Salimbeni, Priscilla de' Bianchi Sassoli, Carlo Naldoni, Alba Carola Finarelli</i>	90
Piani regionali per la prevenzione oncologica. L'attività del CCM e il sistema di valutazione	
<i>Paolo D'Argenio</i>	98
Survey sulla qualità della diagnosi e del trattamento dei tumori mammari in provincia di Ragusa (anni 2001-2002)	
<i>Lorenzo Gafà, Carmela Lauria, Mariano Tomatis, Roberto Zanetti, Antonio Ponti</i>	104
Comportamenti preventivi per il tumore della mammella	
<i>Igino Fusco-Moffa, Maria Negoziante, Fausto Chionne, Marco Petrella</i>	112

LE RISORSE - L'ORGANIZZAZIONE - LA COMUNICAZIONE

Il modello organizzativo della Regione Campania <i>Renato Pizzuti, Antonietta Chianca, Angelo D'Argenzio, Carlo Longobardi</i>	118
L'organizzazione e il sistema di gestione e monitoraggio dei programmi di screening nella Regione Calabria <i>Luigi Rubens Curia, Ornella Arfuso, Giuseppina Fersini</i>	126
Screening oncologici: modelli organizzativi e stato dell'arte in Lombardia <i>Marua Elena Pirola, Maria Gramegna, Luigi Macchi, Anna Pavan</i>	132
La diffusione dell'attività di diagnosi precoce in Italia per lo screening cervicale, mammografico e coloretale (Studio PASSI, 2005) <i>Tolinda Gallo, Nancy Binkin, Sandro Baldissera, Nicoletta Bertozzi, Carla Bietta, Giovanna V. De Giacomi, Pirus Fateh-Moghadam, Alberto Perra, Paola Scardetta, Francesco Sconza, Massimo Oddone Trinito</i>	140

LA RICERCA

Screening mammografico e riduzione dei tassi di mastectomie. I risultati del progetto IMPATTO <i>Manuel Zorzi, Donella Puliti, Eugenio Paci per il Gruppo IMPATTO</i>	148
La ricerca del papillomavirus come test primario per lo screening cervicale <i>Guglielmo Ronco</i>	154
Valutazione comparativa delle performance di un test immunochimico per la determinazione del sangue occulto fecale su un giorno vs due giorni di prelievo con diversi cut-off di positività nell'ambito di un programma di screening per il carcinoma coloretale <i>Grazia Grazzini, Carmen B. Visioli, Flavio Banovich, Andrea G. Bonanomi, Antonio Bortoli, Guido Castiglione, Luigi Cazzola, Stefano Ciatto, Massimo Confortini, Paola Mantellini, Tiziana Rubeca, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	158

Documento di consenso GISMA in merito alla possibilità di estensione dello screening mammografico di popolazione alla fascia di età 40-49 e 70-74 anni <i>a cura del Writing Committee: Vito Distante, Alfonso Frigerio, Carlo Naldoni, Eugenio Paci, Antonio Ponti, Marco Rosselli Del Turco, Stefano Ciatto, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa</i>	162
--	-----

Referenti dei Programmi di Screening mammografico, cervicale e coloretale	166
---	-----

I programmi

La qualità

Le risorse L'organizzazione La comunicazione

La ricerca

Comportamenti preventivi per il tumore della mammella

Igino Fusco-Moffa, Maria Negozianti, Fausto Chionne, Marco Petrella

Introduzione

Questo lavoro affronta in modo integrato l'adesione allo screening della popolazione bersaglio e la complessiva afferenza agli esami mammografici ambulatoriali sottoponendo a linkage gli archivi della AUSL 2 dell'Umbria che registrano le due attività e ricostruendo la storia mammografica delle donne residenti, relativamente a un biennio corrispondente al IV round di screening.

I comportamenti preventivi riguardanti il tumore della mammella sono stati esaminati per fasce d'età e per luogo di nascita, intendendo quest'ultimo come indicatore indiretto di possibili fattori di diseguità nell'accesso. L'adesione allo screening è risultata del 66,4%; la copertura raggiunge il 70%, contando anche gli accessi alla mammografia ambulatoriale. Tra le 40-49enni una donna su quattro ha effettuato almeno un esame mammografico nel biennio, tra le 70-74enni una su dieci. L'effettuazione di più di un esame mammografico nel biennio riguarda meno del 20% delle afferenti all'ambulatorio. Le donne non nate in Italia hanno un rischio di non adesione del 60% maggiore rispetto alle altre, ma mostrano meno differenze nell'accesso all'ambulatorio. Meritevoli di approfondimento risultano anche le differenze di adesione e di accesso all'ambulatorio delle donne nate fuori USL o in regioni diverse dall'Umbria.

Questo studio integrato presenta un quadro articolato dei comportamenti preventivi, pone le basi per prevedere i carichi di lavoro aggiuntivi connessi a diverse politiche di prevenzione secondaria e apre nuove ipotesi di studio sulle diffe-

renze di comportamento preventivo nella popolazione assistita.

Obiettivi

Quante e quali donne si sottoporranno a un esame mammografico a scopo preventivo rispetto alla popolazione bersaglio? E' la prima domanda che ci si pone rispetto al successo di uno screening, sia in termini di impatto sulla salute, sia in termini di equità nell'accesso. L'argomento va però visto non solo in termini di adesione agli inviti, ma anche in termini di accesso spontaneo e di ricorso alla senologia clinica per motivi spesso assimilabili alla prevenzione secondaria. Inoltre, è sempre più importante estendere l'analisi alle classi esterne all'intervallo 50-69 anni.

In questo lavoro abbiamo considerato come unico indicatore indiretto di possibile diseguità nell'accesso all'esame mammografico la provenienza geografica delle utenti in termini di luogo di nascita.

Materiali e metodi

Per il biennio 2004-2005, corrispondente al IV round dello screening mammografico della Azienda USL 2 dell'Umbria, sono stati analizzati congiuntamente gli archivi informatizzati dei test mammografici eseguiti in regime di screening e in regime ambulatoriale, incrociando i database dei due sistemi, che registrano l'attività mammografica di tutte le strutture della AUSL 2. Le modalità di linkage prevedevano l'esatta corrispondenza di cognome, nome e data di nascita. Un ulteriore incrocio con l'anagrafe assistiti ha permesso di attribuire a ogni utente coinvolta nello

studio una provenienza geografica in termini di luogo di nascita, laddove mancante.

Resta fuori da questa analisi una quota di donne che si rivolge a strutture private o all'Azienda ospedaliera di Perugia. Per concentrare l'analisi sulle fasce di età di maggior interesse dal punto di vista preventivo sono state escluse dalla elaborazione le 186 donne afferenti all'ambulatorio di età inferiore a 35 anni.

Risultati

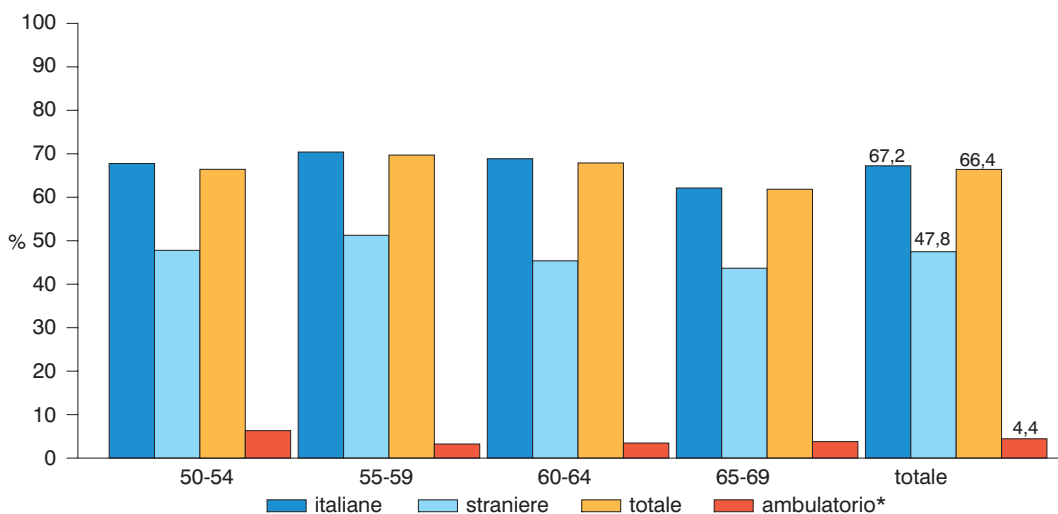
La popolazione bersaglio dello screening mammografico, al netto delle escluse, era rappresentata da 41.691 donne. Le donne afferenti all'ambulatorio di senologia per essere sottoposte a esame mammografico erano 14.615, ridotte a 12.824 considerando le sole assistite della AUSL 2.

L'adesione nel corso del IV round è stata del 66,4% (95% CI: 65,9-66,8), ma è arrivata solo al 47,8% nella popolazione straniera. All'adesione generale bisogna inoltre aggiungere circa un 4%

corrispondente alla stima delle donne che sono state sottoposte a un esame mammografico ambulatoriale nel corso del biennio in studio ma che risultavano non aderenti oppure non erano presenti nell'archivio dello screening (**figura 1**). In questo modo la copertura mammografica, con i limiti dovuti al diverso denominatore (archivio screening per il primo tasso e anagrafe assistiti per il secondo), supererebbe il 71%.

L'incrocio tra gli archivi dello screening e dell'ambulatorio di senologia ha permesso di individuare anche le donne che, nel corso del biennio in esame, hanno effettuato una mammografia presso entrambi i servizi, rientrando in quello che è stato definito "doppio regime". Il criterio di selezione è stato l'aver effettuato un esame mammografico, in date distanti almeno 60 giorni tra loro, sia a seguito di chiamata diretta dal programma organizzato sia per accesso spontaneo all'ambulatorio di senologia. In termini di percentuali di donne in doppio regime sul totale

Figura 1. Adesione allo screening mammografico e accesso all'ambulatorio di senologia per classe di età e nazionalità, per 100 donne residenti nella AUSL 2 dell'Umbria



* Mx eseguite da donne afferenti solo all'ambulatorio e non presenti nello screening

Tabella 1. Percentuale di donne afferenti all'ambulatorio per classe d'età rispetto alle residenti nella AUSL 2

Classe	Numero	% popolazione
35-39	1.520	10,3
40-44	3.355	23,2
45-49	3.309	25,9
50-54	1.020	8,7
55-59	617	5,1
60-64	496	4,9
65-69	677	6,0
70-74	1.019	9,8
75-79	554	5,8
80+	257	1,7
Totale	12.824	10,5

delle aderenti della classe di età di appartenenza, i valori maggiori si osservano nella classe di età 50-54 anni: 6,5% a fronte di una media del 3,2%.

Considerando complessivamente l'afferenza all'ambulatorio in tutte le età considerate, il quadro riepilogativo è riportato in **tabella 1**.

È evidente come le classi con i tassi più elevati sono quelle immediatamente precedenti e subi-

to successive alla fascia di età bersaglio dello screening, in particolare la fascia di età tra i 40 e i 49 anni.

Dal punto di vista del ritmo di accesso, pur senza poter distinguere tra accessi multipli connessi a indicazione preventiva e controlli ripetuti per motivi clinici, si può osservare che il 17,8% delle afferenti è stato sottoposto a due o più mammografie ambulatoriali, con percentuali più elevate nelle classi oltre i 54 anni (**figura 2**).

È noto che l'adesione allo screening non si distribuisce omogeneamente nella popolazione. Nel nostro caso abbiamo a disposizione solo un indicatore associato a una probabilità di minore accesso ai servizi: il luogo di nascita. Quest'ultimo, se diverso dall'Italia o dai comuni dell'Umbria, può costituire un fattore di minori integrazioni e capacità di utilizzazione dei servizi, o di atteggiamenti culturali non adeguatamente considerati nelle campagne di promozione dello screening.

Per quanto riguarda lo screening, correggendo per età, l'adesione è stata del 67,2% tra le italiane e del 47,8% tra le nate all'estero. La differenza è statisticamente significativa ($p < 0,00001$) e comporta un rischio di non adesione del 60% in più tra le straniere (rischio relativo: 1,59).

Figura 2. Percentuali di accessi singoli e multipli tra le donne afferenti all'ambulatorio di senologia

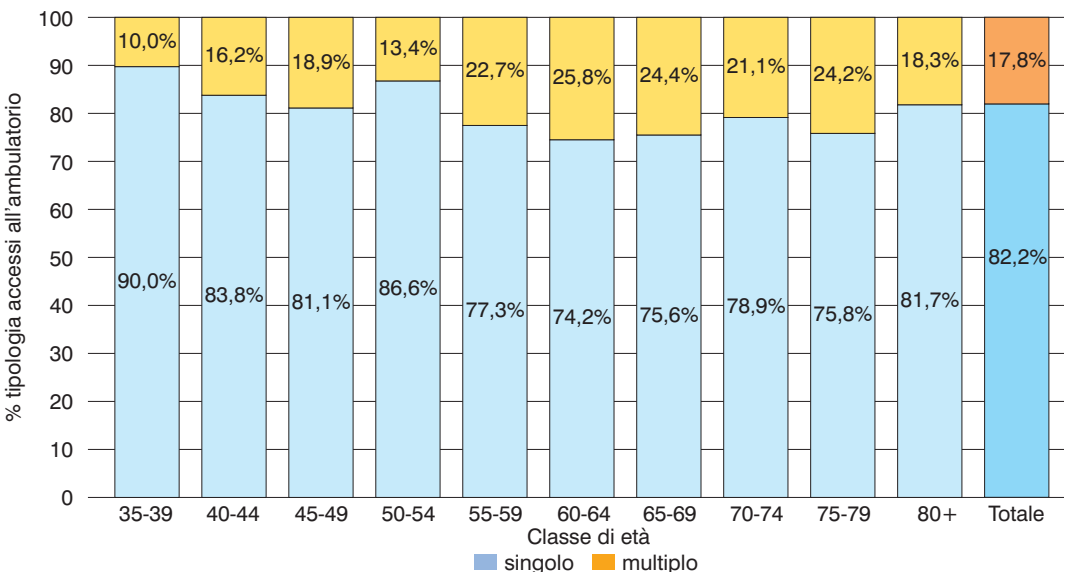


Tabella 2. Adesione allo screening per luogo di nascita. Percentuali riferite alle residenti nella AUSL 2 (n=27.679)

Comune di nascita	Adesione allo screening	CI 95%	
		inferiore	superiore
AUSL 2	68,5%	67,9%	69,0%
altre USL italiane	64,6%	63,7%	65,5%
estero	47,8%	45,4%	50,2%
Totale	66,4%	65,9%	66,8%

Anche tra le donne italiane non nate nell'area della AUSL 2 si rileva un'adesione significativamente minore di circa 4 punti percentuali: 64,6% (**tabella 2**).

Disaggregando l'adesione allo screening per regione di nascita risulta che la maggior parte delle donne nate in regioni diverse dall'Umbria aderisce alla chiamata al programma mammografico in maniera significativamente inferiore per

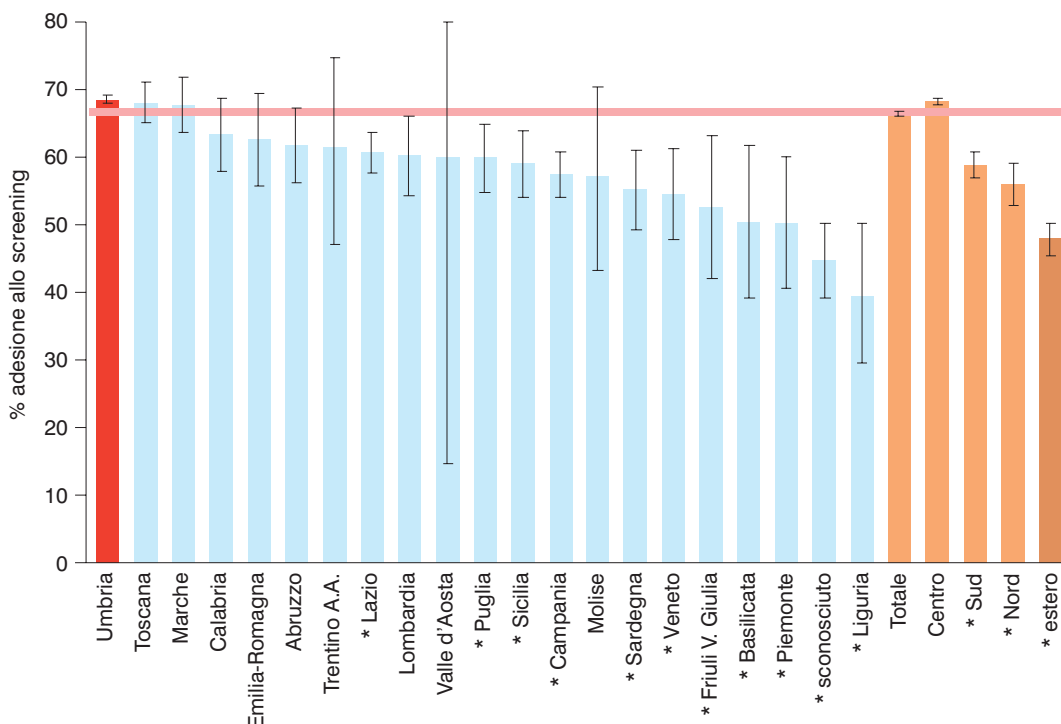
Tabella 3. Afferenza all'ambulatorio per luogo di nascita. Percentuale riferita alle residenti nella AUSL 2 (n=12.824)

Comune di nascita	Afferenza all'ambulatorio	95% CI	
		inferiore	superiore
AUSL 2	10,6%	10,4%	10,8%
altre USL italiane	10,6%	10,2%	10,9%
estero	9,0%	8,5%	9,5%
Totale	10,5%	10,3%	10,6%

l'insieme delle regioni settentrionali e del Sud; anche rispetto a queste, l'adesione delle straniere è ulteriormente e significativamente più bassa (**figura 3**).

Per quanto riguarda, invece, l'accesso all'ambulatorio di senologia, non si registrano differenze tra le italiane, mentre si osserva un valore significativamente più basso per le nate all'estero (**tabella 3**).

Figura 3. Adesione allo screening per regione di nascita per 100 residenti nella AUSL 2



* l'asterisco indica le adesioni che differiscono in maniera statisticamente significativa dalla media.

Afferenza percentuale all'ambulatorio per età e luogo di nascita, per 100 residenti nella AUSL 2

Classe d'età	USL 2 (%)	Altre USL (%)	Estero (%)	Totale (%)
35-39	5,8	5,5	2,9	5,1
40-44	12,5	12,1	7,2	11,5
45-49	13,4	14,3	7,9	13,0
50-54	4,3	4,5	5,9	4,5
55-59	2,4	3,1	3,0	2,6
60-64	2,5	2,6	3,3	2,5
65-69	3,1	3,3	3,3	3,2
70-74	5,2	5,5	6,8	5,3
75-79	3,2	3,8	2,0	3,3
80+	1,1	1,1	1,0	1,1
Totale	5,4	6,1	5,1	5,5

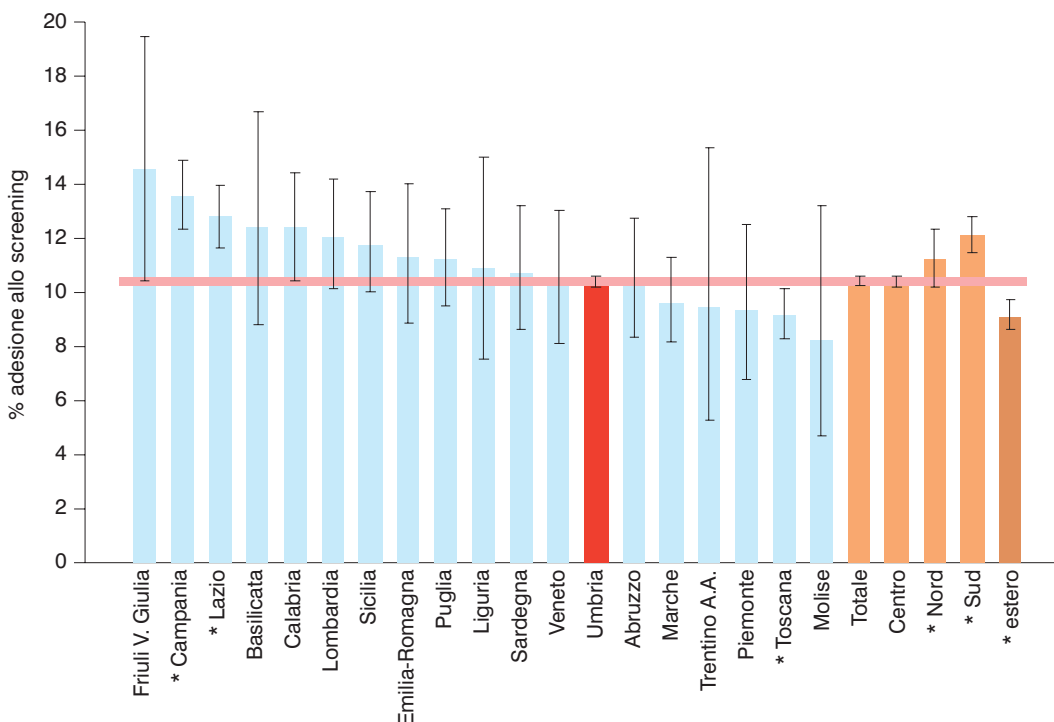
L'analisi per classe di età e provenienza dimostra che l'afferenza all'ambulatorio (**tabella 4**) non si distribuisce omogeneamente: è significativamente maggiore fra i 40 e i 49 anni e per le nate in Italia (sia nella AUSL 2 sia nel resto della nazione).

La disaggregazione dell'afferenza all'ambulatorio per regione di nascita rivela alcune differenze significative per le donne nate in Lazio e Campania e, complessivamente, nel Sud, per le quali si registra un tasso superiore alla media, e per quelle nate in Toscana e all'estero, molto meno rappresentate nell'utenza ambulatoriale (**figura 4**).

Conclusioni

L'analisi dei comportamenti preventivi per il tumore della mammella, attuata integrando i dati sull'adesione con quelli sull'accesso all'ambulatorio, sia in età di screening sia fuori età, e distin-

Figura 4. Afferenza all'ambulatorio per regione di nascita, per 100 residenti nella AUSL 2



* l'asterisco indica le adesioni che differiscono in maniera statisticamente significativa dalla media.

guendo per luogo di nascita, muove da alcune assunzioni:

- ci sono motivazioni personali, indicazioni mediche e alcune evidenze che portano a controlli di natura preventiva diversi da quelli previsti dai protocolli di screening;
- la quota di donne che accede a questi controlli e il numero di controlli che eseguono non è desumibile solo dal sistema informativo degli screening;
- queste informazioni sono rilevanti, sia rispetto alla ricostruzione della copertura in età di screening, sia rispetto alla conoscenza dell'estensione e del ritmo dei controlli in tutte le età;
- una quota rilevante dei controlli ambulatoriali può essere intesa come effetto di un atteggiamento preventivo;
- l'analisi delle differenze per luogo di nascita è, al momento, l'approccio più semplice alla verifica dell'equità nell'offerta preventiva.

Abbiamo quindi potuto osservare che nella nostra AUSL l'accesso all'ambulatorio in età di screening è importante ma, se ci si riferisce solo alle donne che non fanno anche screening, aggiunge pochi punti percentuali a un'adesione già accettabile: dal 66,4% si arriva infatti a circa il 70% di copertura.

Rilevante è invece l'accesso all'ambulatorio nelle età immediatamente a ridosso dello screening. Una donna su quattro tra i 40 e i 49 anni e una su dieci tra i 70 e i 74 anni hanno eseguito almeno una mammografia nel corso del biennio in esame.

Tra le donne afferenti all'ambulatorio, quelle che hanno fatto più di un esame nel corso dei due anni è meno del 20%. Si nota però un *trend* per età sufficientemente coerente da far pensare che una quota di questi controlli multipli sia legata alla gestione di casi sintomatici.

E' stata confermata la minore adesione delle donne non nate in Italia e questo ha dato origine, a livello locale, ad analisi più dettagliate per l'individuazione delle nazionalità maggiormente a rischio, dei possibili motivi, delle strategie correttive.

Lo svantaggio delle non nate in Italia si conferma nell'accesso all'ambulatorio nelle età immediatamente precedenti allo screening, dove proba-

bilmente è maggiore la motivazione preventiva, ma tale svantaggio è di minore entità rispetto a quanto accade per l'adesione allo screening.

La minore adesione allo screening delle donne non nate in Umbria, significativa ma non rilevante, indica che lo screening può mostrare minori capacità di aggancio anche tra componenti della popolazione italiana. Per questo motivo vanno indagati meglio i fattori, sociali e culturali, sottesi alla provenienza.

Un approfondimento merita anche la diversa afferenza all'ambulatorio per regione italiana di nascita: le donne provenienti da aree che aderiscono meno allo screening sembrano afferire maggiormente all'ambulatorio.

Il comportamento preventivo delle donne in fascia d'età screening risulta soddisfacente. Anche la tendenza a controlli ripetuti nel corso del biennio, compreso il ricorso a un doppio regime screening-ambulatorio, appare in parte spiegabile con la gestione di casi sintomatici.

L'alto accesso all'ambulatorio delle età immediatamente a ridosso dello screening è coerente con la discussione in corso sull'allargamento delle fasce d'età, e pone le basi per calcolare i carichi di lavoro aggiuntivi associati a una più decisa promozione della mammografia preventiva in queste età e, soprattutto, alla indicazione dell'intervallo annuale per le più giovani. Anche tra queste, infatti, attualmente l'effettuazione di controlli annuali appare interessare solo una donna su cinque.

All'interno dell'analisi integrata dei dati di screening e ambulatoriali, l'utilizzo del luogo di nascita al fine di mettere in luce possibili diseguità si è dimostrato efficace per una prima ricognizione dei punti critici, ma complessivamente emerge la necessità di disporre di ulteriori informazioni. Per esempio, per le straniere sono state avviate analisi qualitative con il supporto della mediazione interculturale; per quanto riguarda le italiane, invece, le informazioni necessarie per spiegare la minore adesione di alcune di loro allo screening e la maggiore afferenza di altre all'ambulatorio possono rappresentare un obiettivo di miglioramento dei sistemi informativi e oggetto di studi a maggiore risoluzione.