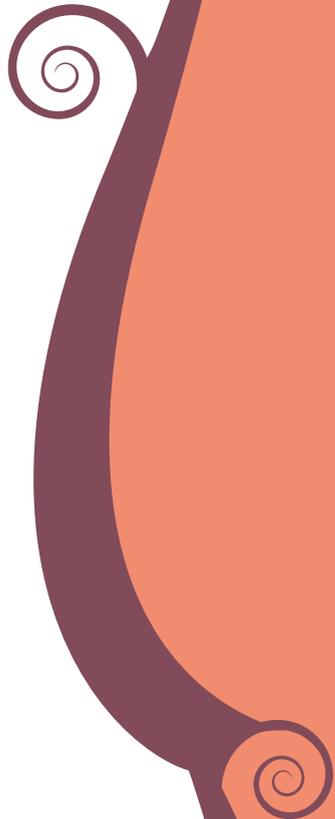


I costi sociali dello screening mammografico

Una indagine in ambito di sanità pubblica



I costi sociali dello screening mammografico
Una indagine in ambito di sanità pubblica

Curatore Scientifico

Paola Mantellini, ISPO Firenze

Curatore Editoriale

Barbara Mengoni, ISPO Firenze

Autori

Claudia Biagi, Collaboratore esterno ISPO Firenze

Daniela D'Angelo, Sociologa Firenze

Patrizia Falini, ISPO Firenze

Giuseppe Lippi, Azienda Sanitaria di Firenze

Paola Mantellini, ISPO Firenze

Gessica Martello, Azienda ULSS Bussolengo Verona

Segreteria di Redazione

Veronica Margelli, ISPO Firenze

© Copyright by Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica ISPO

ISBN 978-88-6315-797-0

Progetto grafico ed editing



Via A. Gherardesca
56121 Ospedaletto (Pisa)
www.pacineditore.it
info@pacineditore.it

Fotolito e Stampa / Printing

IGP Industrie Grafiche Pacini



Si ringraziano per il contributo alla realizzazione di questa indagine: Daniela Ambrogetti, Rita Bonardi, Beniamino Brancato, Eva Carnesciali, Antonello Fera, Elisabetta Gentile, Verusca Giotti, Franco Grementieri, Anna Iossa, Enzo Maggi, Enrica Nannelli, Lidia Pes

Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica ISPO

Via Cosimo Il Vecchio 2

50139 Firenze

crr@ispo.toscana.it

www.ispo.toscana.it

INDICE

Prefazione	5
Fabio Palazzo	
Introduzione	7
Paola Mantellini	
Capitolo 1. La metodologia di indagine	9
Gessica Martello, Paola Mantellini, Claudia Biagi, Daniela D'Angelo, Patrizia Falini	
1.1 Premessa	9
1.2 Analisi di contesto	9
1.2.1 Il percorso dello screening organizzato	9
1.2.2 Il percorso di diagnosi precoce con accesso spontaneo.....	10
1.3 Gli strumenti per l'indagine	10
1.3.1 Introduzione	10
1.3.2 Analisi delle dimensioni.....	11
1.3.2.1 <i>Prima dell'esame</i>	12
1.3.2.2 <i>Il giorno dell'esame</i>	12
1.3.2.3 <i>Dopo l'esame</i>	13
1.3.3 Focus group.....	13
1.3.3.1 <i>Caratteristiche dei partecipanti ai focus group</i>	14
1.3.3.2 <i>Atteggiamento nei confronti della prevenzione del tumore al seno</i>	15
1.3.3.3 <i>Considerazioni sulla qualità del programma</i>	15
1.3.3.4 <i>Considerazione sui costi</i>	17
1.3.3.5 <i>Questionario e pre-test</i>	18
Capitolo 2. L'Activity Based Costing (ABC) per la valorizzazione economica	19
Giuseppe Lippi, Paola Mantellini	
2.1 Introduzione	19
2.2 Individuazione dei costi unitari	19
2.3 Allocazione dei costi alle attività e sintesi del costo	21

Capitolo 3. I determinanti socio-economici delle donne partecipanti	23
Paola Mantellini, Patrizia Falini	
3.1 Introduzione	23
3.2 Composizione per età e cittadinanza	23
3.3 Stato civile e istruzione	23
3.4 Occupazione	24
Capitolo 4. I risultati economici	27
Giuseppe Lippi, Paola Mantellini, Patrizia Falini	
4.1 Introduzione	27
4.2 Analisi dei costi	28
Capitolo 5. Considerazioni finali	41
Paola Mantellini	
5.1 Gli insegnamenti dei costi sociali	41
Bibliografia di riferimento	45
APPENDICE 1: Le tracce per la conduzione dei focus group	47
APPENDICE 2: Il questionario per la valutazione	51

PREFAZIONE

Mi sembra che si possa ritenere ormai superate, nella realtà attuale, le iniziali difficoltà di valutare le “tecnologie” da un punto di vista che non è quello strettamente clinico.

Come opportunamente si fa notare nell'introduzione di questa pubblicazione, lo strumento più completo è quello che in senso più esteso può essere individuato nella Health Technology Assessment (HTA) che altro non è che lo sviluppo delle metodologie di valutazione adottate dall'Office of Technology Assessment (OTA), un ufficio del Congresso degli Stati Uniti d'America che svolse la sua attività dal 1972 al 1995. Tra gli obiettivi di questo ufficio vi è stato quello di produrre report su varie tematiche, tra cui anche la Sanità ed in particolare è stata data enorme importanza ai principi fondamentali per la valutazione economica e la definizione del concetto di efficacia (distinguendo tra efficacy e effectiveness dove la prima sta ad indicare l'efficacia ottenuta in condizioni “sperimentali”, mentre la seconda è l'efficacia ottenuta nel normale funzionamento dei servizi sanitari) oltre a definire in modo chiaro lo stesso concetto di “tecnologia” che in Italia, ancora fino a pochi anni or sono, era strettamente limitato alle apparecchiature, alle attrezzature ed ai farmaci. In tale termine l'OTA ha incluso opportunamente, oltre alle precedenti, anche “le procedure impiegate nell'erogazione dei servizi sanitari, nonché i sistemi organizzativi e di supporto attraverso i quali l'assistenza sanitaria viene svolta”. Lo screening mammografico è quindi, a tutti gli effetti, una tecnologia biomedica e, più specificamente, una tecnologia “complessa” perché consiste sia in un percorso organizzativo e clinico diagnostico-terapeutico, sia nell'applicazione di tecnologie “semplici” al suo interno, e tra queste la mammografia nel caso dello screening per la prevenzione del tumore della mammella femminile.

Il presente studio si è posto come obiettivo quello di valutare un particolare ambito del così detto “costo sociale”, inteso come il costo che l'utente deve sostenere per effettuare una certa indagine, analizzando quantitativamente i costi “economici” con le stesse accurate metodologie che hanno in precedenza permesso di valutare i costi del percorso organizzativo e clinico che i servizi di screening mammografico sono chiamati a mettere in atto.

In quanto economista vorrei però porre più approfonditamente l'attenzione sul termine stesso di costo sociale. Il costo sociale si può far risalire ad Arthur Cecil Pigou, economista inglese tra i principali esponenti dell'Economia del benessere, che sviluppò il concetto di “esternalità positive” introdotto in precedenza dal suo “maestro” Alfred Marshall. In particolare Pigou individuò l'esistenza anche di “esternalità negative” come sottoprodotto involontario delle attività economiche che producono un danno a terzi.

Il costo sociale si può quindi intendere come la somma del costo privato e delle esternalità, e può essere anche indicato semplicemente come “costo economico”. I due termini sono quindi sovrapponibili e non, come a mio parere impropriamente utilizzato da una parte della letteratura dove il costo sociale si trova ad un livello più elevato di costo che include tutti gli altri, tra cui quelli economici.

In campo sanitario assumono grande importanza gli studi sul costo sociale delle malattie (Cost of Illness studies, COIs) che trovano le prime applicazioni alla fine degli anni '50 del secolo scorso.

Inizialmente i COIs tendono a considerare insieme ai costi “diretti” provocati dalle malattie, anche quelli determinati da “perdite di produzione”.

E quindi non solo i costi sostenuti dal Sistema Sanitario Nazionale (oppure dalle casse mutua o dalle assicurazioni laddove il “terzo pagante” non è il sistema pubblico, ma quello privato) oppure quelli sostenuti dai privati per acquistare prestazioni e servizi, ma anche quelli derivanti dalle assenze dal lavoro del paziente o dei suoi familiari per assisterlo.

Accanto a queste due dimensioni, costi diretti ed indiretti, si è identificata anche una terza categoria (indicata diversamente come “burden of disease”, o come costi “umani” o come costi “intangibili”) con la quale si indicano i costi in termine di “salute”, ritenendo che anche questi sono essi stessi costi economici, indipendentemente sia dalle risorse che richiedono per attuare le prestazioni sanitarie (personale, attrezzature e materiali di consumo) sia dalle perdite di produzione. In essi si possono far rientrare i costi “moralì o simbolici”, cosiddetti nel presente lavoro. In realtà la categoria dei costi umani è molto più ampia e si è cercato di darne quantificazione inizialmente tramite i normali indicatori epidemiologici di mortalità e morbilità, successivamente mediante gli anni di vita perduti non corretti o corretti per la qualità (Potential Years of Life Lost, PYLL, o Quality Adjusted Life Years).

Vorrei concludere accennando ad interessanti sviluppi che gli studi HTA potrebbero avere in relazione all’allargamento del concetto di salute che si è avuto nel 2001 dall’Organizzazione Mondiale della Salute mediante l’ICF (classificazione del funzionamento, disabilità e della salute) dove lo stato di salute delle persone viene valutato quantitativamente in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo).

Anche in questo caso restano esclusi una parte di costi moralì o simbolici così come quel tipo di costi in termini di attese o di ansia che ricadrebbero su coloro che sottoponendosi ad uno screening risultano negativi ai diversi test di primo o secondo livello.

È evidente che nessuno più oggi ritiene che gli svantaggi in termini di disagi e stress possano essere nemmeno lontanamente paragonati ai vantaggi della prevenzione, ma una loro definizione e quantificazione sarebbe utile ai fini del continuo miglioramento dei servizi, soprattutto per quanto riguarda la comunicazione e l’informazione diretta o tramite i media, e quindi come abbattimento di tale importante componente dei costi sociali.

In quanto economista non posso che rallegrarmi quando studi di valutazione economica vengono effettuati anche da non economisti laddove condotti in modo così preciso e puntuale, sicuramente migliori di valutazioni condotte secondo una visione puramente aziendalistica del settore sanitario. A dire il vero, più recentemente, anche chi ragiona in logica “aziendalista” sta riconoscendo l’importanza di una visione più ampia di quella finanziaria dove l’unico parametro sono le spese e non gli “investimenti” in salute che invece sono oggetto dei più recenti “bilanci sociali” divenuti ormai strumento indispensabile nella valutazione dell’attività dei nostri servizi sanitari.

Fabio Palazzo

*Economista della Salute
Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Ricerche sulla Popolazione
e le Politiche Sociali*

INTRODUZIONE

Paola Mantellini

La valutazione economica di un intervento sanitario si compone di più determinanti rappresentati dai costi direttamente a carico del servizio sanitario e da quelli sostenuti dall'utente/paziente. Nell'affrontare un percorso sanitario, l'utente sostiene delle spese, denominate costi sociali, che oltre a essere personali, si riverberano, almeno in parte, sulla società nel suo complesso. A titolo esemplificativo, le ore di lavoro perse per fare un accertamento diagnostico come, ad esempio, la mammografia sono impiegate a scapito della collettività che non può beneficiare del contributo produttivo che l'utente normalmente assicura. Nella programmazione sanitaria, e in particolar modo nell'ambito di sanità pubblica, conoscere i costi sociali è cruciale perché permette di comprendere quali sono le barriere all'accesso e conseguentemente può indirizzare le scelte operative in un senso piuttosto che in un altro. I costi sociali sono sostanzialmente di due tipi: economici e morali o simbolici. I primi, esprimono attraverso una valorizzazione economica, sia il tempo che è stato necessario per ottenere quella determinata prestazione sia i costi per il trasporto, le giornate di lavoro perse, la sostituzione nelle proprie attività da parte di altri, ecc. I secondi, indagati con analisi di tipo qualitativo, permettono di comprendere lo stato di benessere psico-fisico che caratterizza l'utente che intraprende un determinato percorso. Ad esempio nello screening oncologico organizzato gli utenti positivi al test di screening sono richiamati a fare un approfondimento diagnostico. Una condizione di questo tipo genera indubbiamente uno stato di ansia che può essere considerato a tutti gli effetti un costo sostenuto dall'utente e dalla sua famiglia. Le esperienze di valutazione dei costi sociali in sanità, ampiamente diffuse in una realtà multi-etnica come quella statunitense, sono, in Europa, sostanziale appannaggio dei paesi Nordici con le interessanti rilevazioni in ambito di screening oncologico maturate nel Regno Unito e nei paesi Scandinavi. In queste realtà le rilevazioni quali-quantitative hanno permesso di indagare se esistevano e quali potessero essere le barriere all'accesso allo screening organizzato.

Nel 2009 il Ministero della Salute, nell'ambito del Piano Nazionale Screening 2007-2009, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione degli Abruzzi, bandì un finanziamento per progetti di ricerca applicata ai programmi di screening oncologico con l'obiettivo di rilevare i costi di tali programmi. Le analisi contenute in questa pubblicazione rappresentano l'ultimo tassello di un progetto di analisi dei costi della prevenzione secondaria per il tumore della mammella. Nel 2011 sono stati pubblicati i dati relativi a sei servizi di screening in quattro regioni italiane (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Basilicata). L'analisi dei costi, effettuata in logica di Activity Based Costing (ABC), ha permesso di confrontare i percorsi di screening mammografico organizzato in sanità pubblica con quelli ad accesso spontaneo ai servizi di diagnostica senologica. I percorsi di screening organizzato in cui la donna riceve una lettera che la invita a fare la mammografia si sono dimostrati economicamente più competitivi dei percorsi spontanei, detti anche opportunistici, nei quali la donna non è invitata, ma deve provvedere a prenotare il proprio appuntamento. La differenza di costo medio per donna che ha effettuato una mammografia, è risultata di oltre 30 € per episodio di screening ed è funzione, in sintesi, delle differenze nel percorso che nello screening organizzato, essendo vincolato a protocolli clinico-organizzativi standardizzati, si dimostra più efficiente e meno dispersivo.

Ovviamente lo studio non aveva l'obiettivo di confrontare l'efficacia dei due approcci che, dai dati presenti in letteratura, può considerarsi paragonabile. Come anticipato, ai fini di una adeguata pianificazione di politica socio-sanitaria la valutazione dei soli costi inerenti il percorso diagnostico, sostenuti dal servizio sanitario, non può considerarsi esaustiva. Per tale motivo, sempre nell'ambito del progetto finanziato dal Ministero della Salute, sono stati messi a punto la metodologia e lo strumento per l'indagine sui costi sociali indagando specificamente quelli che le donne hanno dovuto affrontare nel momento in cui sono state invitate o hanno spontaneamente deciso di fare la mammografia di prevenzione. Successivamente si è proceduto alla somministrazione dello strumento e alla analisi nella realtà della provincia di Firenze, e in particolare quella dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), dove convivono due percorsi: quello di screening organizzato rivolto alle donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni e quello di diagnostica senologica ad accesso libero per tutte le donne che lo richiedono. I risultati definitivi qui riportati, assieme a quelli precedentemente pubblicati sul costo sostenuto dal servizio sanitario, descrivono esaustivamente la panoramica del costo in ambito di prevenzione secondaria per il tumore della mammella. L'insieme di queste osservazioni sul campo, supportato dalla robustezza dei numeri, vuole essere di ausilio pratico nella pianificazione di strategie improntate al rispetto della equità, intesa come appropriata distribuzione delle risorse, e della efficienza. Un approccio così integrato è di estrema utilità per valutazioni di Health Technology Assessment (HTA) in ambito di screening mammografico e, al tempo stesso, esso può rappresentare un esempio e una esperienza di riferimento per la valutazione di percorsi sanitari più vari e non necessariamente pertinenti a settori di sanità pubblica.

1. LA METODOLOGIA DI INDAGINE

*Gessica Martello, Paola Mantellini, Claudia Biagi,
Daniela D'Angelo, Patrizia Falini*

1.1. PREMESSA

Nessuna analisi dei costi può esimersi da una definizione precisa dell'oggetto del costo. Tutti gli oggetti del costo sono decisi dal cliente, ovvero da chi paga. Le analisi dei costi sociali non fanno eccezione; queste analisi semplicemente includono nelle valutazioni economiche anche i costi sostenuti, direttamente o indirettamente, dai cittadini. I cittadini sono quindi il cliente e di conseguenza l'oggetto del costo viene da essi definito. Nel caso di questa indagine, i cittadini non pagano per ottenere un bene tangibile, bensì una informazione. L'informazione contenuta nel risultato della mammografia di screening: "Esiste o no il sospetto che io abbia un cancro della mammella?".

La rilevanza che ciascuna donna attribuisce a questa informazione la conduce a intraprendere un percorso di prevenzione secondaria che può realizzarsi attraverso due modalità già citate (accesso spontaneo e screening organizzato) costituendo entrambi il campo della indagine attuale. Il presente studio ha avuto parere positivo da parte del Comitato Etico Locale della Azienda Sanitaria di Firenze (Progetto 576/2012, Verbale n° 5 del 17 Maggio 2012).

1.2. ANALISI DI CONTESTO

1.2.1. Il percorso dello screening organizzato

Il territorio su cui si attua lo screening mammografico organizzato è suddiviso in quattro zone per un totale di 33 comuni con più di 800.000 abitanti.

A parte la città di Firenze e i comuni limitrofi della piana del fiume Arno, si tratta di un territorio prevalentemente collinare o montuoso e con problemi di spostamento per l'utenza.

Il programma, che segue le raccomandazioni nazionali e del Consiglio Europeo, invita le donne in fascia di età 50-69 anni a effettuare una mammografia bilaterale a intervallo biennale. Sono invitate, sempre con lo stesso intervallo e fino al 74° anno di età, le 70enni che hanno risposto all'ultimo passaggio di screening previsto per la fascia 50-69 anni.

La popolazione bersaglio totale per la fascia 50-69 anni è di poco superiore a 100.000 donne con una adesione al test di screening che è ormai stabilmente intorno al 70%. Per effetto della selezione operata dai criteri di invito, il livello di adesione delle donne ultra settantenni è nettamente più alto raggiungendo valori mediamente superiori all'85%. La risposta negativa viene inviata per posta al domicilio della donna, mentre nel caso in cui siano necessari ulteriori esami diagnostici la donna viene contattata telefonicamente per fissare un appuntamento.

Al momento della rilevazione, la mammografia di screening veniva offerta sia su veicoli mobili attrezzati con mammografi che in sedi fisse. Le due sedi fisse attive erano localizzate nel comune di Firenze, mentre le quattro unità mobili si muovevano sia in ambito cittadino che nei comuni della provincia.

1.2.2. Il percorso di diagnosi precoce con accesso spontaneo

A questo tipo di percorso possono afferire tutte le donne in possesso di richiesta medica per mammografia in assenza di sintomi, siano esse in fascia di età del percorso organizzato che fuori fascia. Tale attività è svolta dal personale e con le infrastrutture che fanno riferimento alla Struttura Complessa di Senologia, che, al momento della rilevazione, operava su una unica sede, nel Presidio di Viale Amendola, in una zona piuttosto centrale del comune di Firenze. All'interno del servizio, oltre a questo percorso che si compone di processi e attività identificabili, vengono accolte anche altre tipologie di utenti: donne con sintomi, donne giovani con richiesta di visita senologica ed ecografia, donne ad alto rischio genetico sottoposte a un intenso programma di sorveglianza, donne operate per pregressa patologia mammaria, ecc.

Come già accennato, l'analisi del costo sociale ha interessato solo donne asintomatiche per le quali il percorso di accesso, con le motivazioni e valori sottesi, risponde alle stesse logiche e agli stessi criteri di quello organizzato. Questo particolare tipo di utenza è normalmente identificata come tale in base alle risposte date ad alcuni quesiti conoscitivi che sono loro posti al momento della prenotazione. Gli appuntamenti di prevenzione sono infatti dedicati e la probabilità che a queste sedute afferiscano donne con sintomi piuttosto che già operate per tumore al seno è particolarmente remota. Ad ogni modo, al momento dell'indagine, a ciascuna donna è stato chiesto di confermare che si era recata a fare l'esame per motivi di prevenzione e che non era affetta da sintomi sospetti per patologia mammaria.

Alla fine dell'esame alle donne sono consegnate le indicazioni di sede e orario per il ritiro della risposta dopo 30 giorni dalla esecuzione dell'esame stesso, mentre nel caso in cui siano necessari esami diagnostici di approfondimento, la donna viene contattata telefonicamente per fissare un appuntamento.

1.3. GLI STRUMENTI PER L'INDAGINE

1.3.1. Introduzione

In funzione degli obiettivi del progetto, per raggiungere un numero significativo di soggetti, si è optato per un'inchiesta campionaria mediante somministrazione di questionari a un gruppo di donne che ha avuto accesso al programma di screening organizzato e all'ambulatorio di screening opportunistico.

L'attività di indagine ha visto una fase preliminare di revisione della letteratura, che è risultata essere molto ricca negli Stati Uniti e piuttosto limitata in Europa. L'analisi della letteratura è stata condotta secondo una duplice prospettiva esplorativa: per evidenziare i costi che possono costituire un deterrente alla partecipazione allo screening mammografico, soprattutto per le donne con basso reddito, e per cercare uno strumento di rilevazione validato in precedenza da poter adattare alla realtà dello screening mammografico del territorio fiorentino e agli scopi dello studio.

Per la revisione della letteratura, condotta su motori di ricerca internazionali e in particolare su Pubmed, i criteri di selezione si sono basati sulla presenza nel titolo e nel testo di parole

chiave ovvero “breast cancer screening, cost analysis, cost efficacy, barriers, opportunity and transaction costs”. Complessivamente sono stati selezionati 360 articoli, 20 di questi sono risultati meritevoli di analisi più approfondita e sono stati interamente tradotti e discussi all’interno del gruppo di ricerca.

In riferimento alla prima prospettiva di indagine, dalla letteratura prodotta sul tema è emerso che i costi rilevanti in termini di barriere all’accesso sono:

- il costo economico dell’esame (ovviamente in contesti non organizzati, essendo in questi gratuito);
- il tempo speso per prendere l’appuntamento, per recarsi all’ambulatorio o all’unità mobile attrezzata, per fare l’esame, ecc.;
- l’esborso economico direttamente a carico dell’utente (mezzi di trasporto, parcheggio, baby sitter, ecc.).

Sono emerse inoltre tematiche legate al costo come svantaggio, ovvero alla percezione dello screening come procedura standardizzata identificata con il concetto di spersonalizzazione, che non sono stati oggetto del presente studio.

Riguardo la seconda prospettiva di analisi, non sono stati rintracciati in letteratura strumenti di rilevazione utilizzabili e si è quindi provveduto alla costruzione di questionario per la rilevazione dei dati.

1.3.2. Analisi delle dimensioni

Per la costruzione del questionario si è dapprima proceduto “all’operativizzazione” dei concetti, in particolare del concetto di “costo sociale con valenza economica dello screening mammografico”. A questo fine, per mezzo dell’analisi della letteratura e attraverso gruppi di lavoro con esperti della salute e dello screening mammografico, si è giunti a suddividere in due dimensioni gli indicatori e le variabili che possono influire sui costi a carico delle donne che partecipano allo screening mammografico: la dimensione dei costi diretti e quella dei costi indiretti.

La dimensione dei costi diretti si riferisce agli esborsi monetari dell’utente o della società e comprende il costo delle telefonate per prenotare l’appuntamento, il costo degli spostamenti e delle soste (parcheggi), il costo dell’eventuale sostituzione per attività di assistenza retribuita (baby sitter, assistente anziani, ecc.). La dimensione dei costi indiretti comprende quelle che possiamo definire le perdite di opportunità per tutte le persone coinvolte, ovvero la riduzione del tempo che potrebbe/dovrebbe essere dedicato al lavoro o ad altro (assistenza e attività informale di cura, tempo libero, ecc.).

Si è ritenuto opportuno analizzare le dimensioni di costo procedendo per fasi cronologiche, cioè:

- prima dell’esame
- durante l’esame.

Nei paragrafi successivi viene esposta l’analisi particolareggiata dei costi connessi alle attività che le donne devono intraprendere per fare una mammografia di prevenzione. È necessario precisare che alcune attività riguardano solo uno dei due ambiti, screening organizzato o accesso spontaneo, per esempio quella del procurarsi la ricetta medica, che si applica solo all’ambito opportunistico, essendo lo screening organizzato basato su lettera di invito senza necessità di impegnativa.

1.3.2.1. Prima dell'esame

Appuntamento dal medico di medicina generale (MMG) per impegnativa (solo nel setting opportunistico):

- costo del tempo speso per l'appuntamento e i relativi spostamenti (anche dell'eventuale accompagnatore): se eseguiti durante l'orario di lavoro (è stata rilevata la professione), si è tenuto conto della distinzione tra permesso retribuito e non. Se invece l'utente (e l'eventuale accompagnatore) non svolge un lavoro retribuito, si è tenuto conto dei costi dell'eventuale sostituzione per assistenza a persone non autosufficienti o dei costi riferibili alla perdita del cosiddetto Lost of Leisure Time (LLT);
- costo dello spostamento e della sosta per recarsi dal MMG;
- costo dell'eventuale sostituzione per assistenza a persone non autosufficienti (ad esempio, bambini e anziani).

Telefonata per fissare l'appuntamento (solo nel setting opportunistico):

- costo della telefonata: costo in centesimi/minuto per il tempo della telefonata, scatto alla risposta, uno o più nel caso di un risponditore automatico (per esempio, una segreteria che comunica di richiamare più tardi perché gli operatori sono occupati), verificando la variazione dei costi per chiamate da fisso e da cellulare;
- costo del tempo speso per la telefonata: sono stati considerati i numeri di tentativi, l'attesa media (nell'ipotesi di risponditore che mette in attesa in caso di telefono occupato) e la durata media della telefonata.

Eventuale telefonata per spostare l'appuntamento (entrambi i setting):

- costo della telefonata: costo in centesimi/minuto per il tempo della telefonata, scatto alla risposta, uno o più nel caso di un risponditore automatico (per esempio, una segreteria che comunica di richiamare più tardi perché gli operatori sono occupati), verificando la variazione dei costi per chiamate da fisso e da cellulare;
- costo del tempo speso per la telefonata: sono stati considerati i numeri di tentativi, l'attesa media (nell'ipotesi di risponditore che mette in attesa in caso di telefono occupato) e la durata media della telefonata.

1.3.2.2. Il giorno dell'esame

Spostamento (andata e ritorno):

- costo dello spostamento/sosta, che può avvenire:
 - con mezzi pubblici (autobus, tram o treno): costo del biglietto, considerando la sede di partenza e la sede di arrivo (e viceversa);
 - con veicolo privato: costo del consumo medio per tipo di veicolo e per distanza percorsa, considerando anche il caso in cui l'utente venga accompagnata, e costo dell'eventuale parcheggio;
 - con taxi: costo del taxi, che dipende da distanza, fascia oraria, zona urbana o extraurbana;
 - a piedi o in bicicletta;
- costo del tempo speso dall'utente e dall'eventuale accompagnatore: se eseguito durante l'orario di lavoro (è stata rilevata la professione), considerando la distinzione tra permesso retribuito e non. Se l'utente (e l'eventuale accompagnatore) non svolge un lavoro retribuito,

considerando i costi dell'eventuale sostituzione per assistenza a persone non autosufficienti o i costi riferibili alla perdita del LLT.

Esame:

- pagamento del ticket (solo nel setting opportunistico), sono state prese in considerazione eventuali esenzioni;
- costo del tempo speso dalla paziente e dell'eventuale accompagnatore: se eseguito durante l'orario di lavoro (è stata rilevata la professione), è stato considerato che potesse essere effettuato con permesso retribuito oppure no. Se l'utente (e l'eventuale accompagnatore) non svolge un lavoro retribuito, considerando i costi dell'eventuale sostituzione per assistenza a persone non autosufficienti o i costi riferibili alla perdita del LLT;
- costo della sostituzione per assistenza non retribuita a persone non autosufficienti (accudimento bambini, anziani o disabili):
 - costo della retribuzione (per esempio baby sitter o badante);
 - costo del tempo speso da sostituto non retribuito (ad esempio dall'amica) come LLT.

1.3.2.3. Dopo l'esame

Il costo del dopo esame relativo al ritiro della risposta negativa per le donne ad accesso spontaneo non è stato contemplato nella redazione del questionario date le modalità temporali di compilazione del questionario stesso (alla fine della mammografia). Tale costo, imputabile solo alle utenti ad accesso spontaneo che sono tornate a ritirare la mammografia nella sede fissa, è derivato dalla semplice duplicazione del costo del tempo impiegato e del trasporto andata e ritorno per la sede fissa assumendo che la consegna della risposta fosse immediata e quindi senza alcun tempo di attesa.

Non sono stati invece in alcun modo misurati i costi che le donne devono sostenere per fare gli approfondimenti diagnostici successivi. La motivazione di questa scelta è duplice: da una parte questo processo è uguale per le donne dei due setting e dall'altra la modalità di somministrazione del questionario si sarebbe dovuta realizzare in due tempi e in una fase particolarmente delicata per la donna che deve affrontare e gestire l'ansia di un richiamo.

1.3.3. Focus group

L'analisi delle dimensioni e degli indicatori che compongono i costi sociali dello screening mammografico è stata propedeutica alla conduzione di focus group con le utenti, per verificare e integrare le variabili da indagare, oltre agli stati che possono assumere tali variabili, e per trarre indicazioni utili per la formulazione degli item del questionario di rilevazione. I focus group hanno però rappresentato anche una fase di indagine qualitativa con valenza conoscitiva propria, non solo propedeutica alla costruzione del questionario, in quanto hanno consentito di approfondire atteggiamenti e opinioni rispetto alla prevenzione del tumore alla mammella e allo screening mammografico.

Sono stati complessivamente condotti 3 focus group. Hanno partecipato ai primi 2 le donne afferenti allo screening organizzato effettuato presso due Unità Mobili poste una in un territorio rurale collinare (Mugello) e una in un quartiere cittadino altamente popolato ove coesiste una realtà di edilizia residenziale di medio-alto livello e una di edilizia popolare. Al terzo focus

group hanno partecipato le donne ad accesso spontaneo presso un servizio che prevede un protocollo di erogazione e di lettura analogo allo screening organizzato (esame condotto nel Presidio di Viale Amendola in presenza del solo tecnico sanitario di radiologia medica e doppia lettura della mammografia in differita).

Per arruolare le donne è stata predisposta una lettera di invito al focus group, in cui veniva spiegato l'obiettivo dello studio e si chiedeva la disponibilità a essere contattate per l'indagine. La lettera è stata consegnata durante l'attesa per effettuare l'esame a tutte le donne che per un determinato periodo hanno avuto accesso ai servizi, chiedendo loro di consegnare il consenso a partecipare ai focus group al tecnico sanitario che eseguiva la mammografia e lasciando loro una copia dell'informativa.

I consensi raccolti sono stati inviati all'equipe di indagine corredati della lista delle donne che hanno ricevuto la lettera di invito ai focus group, allo scopo di selezionare quelle che avrebbero partecipato ai gruppi focus così da avere gruppi omogenei e rappresentativi per età. Una quota parte delle donne che hanno dato la propria disponibilità è stata randomizzata con campione casuale semplice senza ripetizione all'interno di fasce di età quinquennali (dai 40 ai 70 anni) con l'obiettivo di reclutare un numero di utenti compreso tra 6 e 10 unità. Le donne randomizzate sono state contattate per telefono. Non tutte le donne contattate hanno poi partecipato ai focus group, ma il numero di partecipanti raggiunti in ogni focus è stato numericamente consistente e sufficiente a raccogliere le informazioni necessarie. Le tracce utilizzate per la conduzione dei focus group sono illustrate in Appendice 1.

Alle donne partecipanti al focus group è stato chiesto l'età, il livello di istruzione, lo stato di occupazione e quello civile. Le audio registrazioni, effettuate con il consenso dei partecipanti, delle discussioni avvenute nel corso dei tre focus group sono state successivamente trascritte per l'analisi testuale, di cui si espone una sintesi, suddivisa per tematica, nei successivi paragrafi.

1.3.3.1. Caratteristiche dei partecipanti ai focus group

La composizione dei focus è stata la seguente:

- Focus group per lo screening organizzato su Unità Mobile a Barberino di Mugello (area rurale): 7 donne partecipanti di età compresa tra i 52 e i 66 anni. Il livello di istruzione è stato così distribuito: 1 diploma di scuola elementare, 3 licenze di scuola media inferiore, 2 licenze di scuola media superiore, 1 diploma di laurea. Di queste donne 4 erano impiegate, 1 era operaia, 1 casalinga e 1 pensionata. Risultavano inoltre tutte coniugate.
- Focus group per lo screening organizzato su Unità Mobile nella città di Firenze zona Isolotto-Soffiano: su 8 partecipanti di età compresa tra i 54 e i 74 anni, una aveva conseguito il diploma di scuola elementare, 6 la licenza di scuola media superiore e 1 il diploma di laurea. Per quanto attiene alla occupazione, 2 erano impiegate, 1 era dirigente, 1 casalinga e 4 pensionate. Come per il gruppo del focus group di Barberino del Mugello erano tutte coniugate.
- Focus group per donne ad accesso spontaneo Presidio di Viale Amendola città di Firenze: 9 donne partecipanti di età 43-72 anni. Di queste 9 donne, 7 avevano la licenza di scuola media superiore, 1 quella di diploma di scuola elementare, 1 di scuola media inferiore. Relativamente alla occupazione 4 erano impiegate, 1 era una collaboratrice domestica, 1 era imprenditrice e 3 pensionate. Per quanto riguarda lo stato civile 6 erano coniugate, 2 erano nubili e 1 era divorziata.

1.3.3.2. Atteggiamento nei confronti della prevenzione del tumore al seno

Tutte le partecipanti ai tre focus group hanno dichiarato di eseguire periodicamente la mammografia, convinte della “bontà” di un’abitudine alla prevenzione del tumore al seno. Tuttavia, i tre gruppi si sono differenziati per alcuni elementi.

Innanzitutto, in due dei tre gruppi sono state riportate e condivise storie di malattia piuttosto rilevanti; alcune delle esperienze di malattia raccontate riguardavano la donna stessa, altre membri della sua famiglia. Queste storie di malattia sono emerse nel gruppo del programma di screening organizzato della zona metropolitana e in quello con le utenti dello screening in setting opportunistico.

In questi due gruppi la “scoperta” della malattia è sembrata segnare l’attivazione di un processo di consapevolezza che ha portato a sviluppare l’abitudine a sottoporsi allo screening mammografico. Inoltre, tutte le partecipanti hanno fatto una mammografia prima della chiamata attiva del programma di screening organizzato, cioè prima dei 50 anni. Quelle che, in assoluto, hanno iniziato per prime a effettuare la mammografia sono state le donne dello screening opportunistico.

Generalmente, coloro che hanno iniziato a eseguire la mammografia prima dei 50 anni l’hanno fatto su indicazione di un medico (di base o ginecologo), ma in alcuni casi consigliate da amiche/conoscenti.

Per il gruppo del programma di screening organizzato della zona rurale, lo sviluppo della consapevolezza dell’importanza di tale pratica non è sembrato imputabile a un episodio di malattia in famiglia o una sintomatologia. È invece risultato determinante l’invito attivo al programma organizzato al quale le donne si affidano in modo esclusivo e costante.

In tutti e tre i gruppi, nel momento in cui è stato chiesto cosa pensassero dell’esame, l’attenzione si è spostata quasi immediatamente sulle modalità organizzative del ramo al quale hanno accesso. Segno di una forte identificazione tra l’esame e il sistema organizzativo in cui viene svolto.

1.3.3.3. Considerazioni sulla qualità del programma

In tutti e tre i gruppi si è riscontrata una forte fedeltà al sistema organizzativo al quale afferiscono, organizzato od opportunistico che sia.

Dalle risposte delle partecipanti ai due gruppi dello screening organizzato, è emersa una forte adesione al programma su Unità Mobile che ha riscosso giudizi positivi su molti aspetti.

La percezione della qualità, nelle sue diverse dimensioni di accessibilità, competenza (abilità professionali e tecnologie disponibili), umanità (relazione operatori-pazienti, continuità delle cure), ha riconosciuto a questo servizio le caratteristiche di eccellenza. Le donne sembrano aver sviluppato nel tempo un vero e proprio “attaccamento” al programma che è diventato esperienza condivisa e patrimonio comune.

Il terzo gruppo ha mostrato come anche lo screening opportunistico registri una forte fedeltà da parte delle donne che vi hanno accesso, le quali sembrano preferirlo in assoluto, sebbene dalle loro stesse dichiarazioni l’accesso sia estremamente difficoltoso: le esperienze raccontate hanno riportato numerose e costanti difficoltà nel prenotare l’esame presso il Presidio di Viale Amendola. La fedeltà però sembra tale che l’eventualità di andare a eseguire la mammografia in un’altra struttura spesso non è nemmeno contemplata: nonostante sia stato rilevato

che al Centro Unico di Prenotazione (CUP) vengano proposte più facilmente disponibilità in altre strutture, le donne hanno dichiarato di preferire riprovare a telefonare (anche più di dieci volte) per riuscire a prenotare l'esame in una delle giornate di sedute che vengono aperte nel Presidio di Viale Amendola.

L'aspetto più critico evidenziato nel gruppo di donne che accedono allo screening opportunistico consiste appunto nel prenotare l'esame attraverso CUP: per trovare disponibilità nel Presidio di Viale Amendola, le donne hanno affermato di doversi "attivare" per tempo, iniziando a telefonare tre o quattro mesi prima della scadenza del controllo e riprovando più volte.

È stata inoltre sottolineata la preferenza di queste donne per la precedente modalità organizzativa, che prevedeva l'esecuzione dell'eventuale approfondimento nella stessa seduta, senza dover ritornare una seconda volta. Questa preferenza è stata spiegata sulla base di ragioni sia emotive (il sistema precedente consentiva di gestire meglio l'ansia generata dall'attesa per l'esito dell'esame), sia economiche (l'impiego di tempo e il numero di spostamenti erano inferiori).

In riferimento al programma di screening organizzato, esso è stato valutato in modo assolutamente positivo, soprattutto per quel che concerne i tempi per l'esecuzione dell'esame e il personale impiegato. È stata però avanzata una richiesta da parte delle donne residenti nella frazione di Galliano, le quali avrebbero preferito che l'Unità Mobile per lo screening mammografico stazionasse anche in quella frazione, come accadeva in precedenza, anziché essere invitate a Barberino. Questo soprattutto in considerazione del disagio che l'attuale organizzazione può comportare per alcune donne anziane che non hanno la possibilità di spostarsi. È stato in questo modo ulteriormente sottolineato il vantaggio di avere un programma organizzato su unità mobile che consente di raggiungere in modo capillare i vari comuni, soprattutto nelle zone in cui le offerte alternative sono pressoché assenti.

Un aspetto che molte donne che partecipano allo screening organizzato hanno giudicato critico, e che le accomuna anche alle utenti dello screening opportunistico, si riferisce al tempo di attesa per la risposta, soprattutto nel caso in cui l'esito sia dubbio e comporti quindi un richiamo per eseguire un approfondimento. Hanno dichiarato di non comprendere il motivo per cui tale richiamo giunga dopo circa un mese, cioè nello stesso lasso di tempo previsto per la risposta negativa. Questo fatto, che è emerso da molte esperienze raccontate nel corso della discussione, contrasta con la diffusa convinzione che, in caso di esito dubbio, il richiamo dovrebbe avvenire molto prima, al massimo in 10-15 giorni.

Come è stato evidenziato da tutti e tre i gruppi di donne, la prevenzione diventa un'abitudine e una strategia di salute prioritaria. L'aspetto più rilevante, che ha accomunato tutti i gruppi, consiste nell'importanza della "presa in carico": per quanto concerne lo screening organizzato, la "presa in carico" è stata più volte evidenziata come fattore che favorisce l'accesso all'esame con cadenza periodica, contribuendo a ridurre l'ansia che l'attesa dell'esito di un esame diagnostico comporta; in riferimento al setting opportunistico, in cui non è prevista una chiamata attiva della donna, l'importanza della "presa in carico" si è riscontrata nella richiesta avanzata di essere inserite in una programmazione periodica attivata dalla struttura o che consenta quanto meno di attivarsi più facilmente, senza dover sopportare il disagio di prenotare attraverso il CUP, con tutte le problematiche che questo comporta.

1.3.3.4. Considerazione sui costi

Come già sottolineato, a tutti e tre i gruppi hanno preso parte donne che eseguono una mammografia di prevenzione con periodicità, quindi si è evidentemente trattato di gruppi costituiti da donne per le quali, nella loro percezione del calcolo costi-benefici, i benefici della prevenzione del tumore al seno sono superiori ai costi, economici o simbolici che siano.

Nello screening organizzato, rispetto alla questione dei costi diretti sostenuti dalle donne per eseguire la mammografia, che comprendono i costi delle telefonate per fissare l'appuntamento e dello spostamento, si è riscontrata totale sintonia fra le partecipanti nel non considerarli tali ed è emerso in modo piuttosto evidente che essi non costituiscono in alcun modo una barriera all'accesso.

Nel caso della mammografia eseguita nel setting opportunistico, il principale costo che le donne hanno evidenziato è quello delle telefonate per prenotare l'esame, dato che i tempi di attesa delle telefonate al CUP si rivelano molto lunghi ed è necessario fare molti tentativi per riuscire a prenotare l'esame presso il Presidio di Viale Amendola. Tale costo si è declinato nei racconti delle donne in due dimensioni: un costo indiretto costituito dall'impiego di tempo, che, diversamente da quello necessario per fare l'esame, è stato considerato uno "spreco", e un costo diretto, costituito dal costo delle telefonate.

Anche per quel che concerne lo screening organizzato, il principale costo indiretto, rappresentato dal tempo impiegato per fare la mammografia, non è stato percepito come un costo rilevante che possa essere di impedimento.

In generale, le donne che ancora lavorano hanno espresso qualche difficoltà in più, perché sono in prevalenza costrette a richiedere ferie o a recuperare le ore di lavoro perso, dato che nella maggior parte dei casi i datori di lavoro concedono permessi non retribuiti.

Nel caso dello screening organizzato, in merito alla possibilità di spostare l'appuntamento prefissato per adattarlo ai propri impegni, le donne hanno dichiarato di non usufruirne quasi mai, scegliendo di spostare i loro eventuali impegni, anche lavorativi, per eseguire la mammografia nel giorno e nell'orario indicato, giustificando questa scelta sulla base della priorità della salute rispetto agli altri impegni. Nel caso, invece, dello screening opportunistico, richiedere permessi o ferie è emersa come una necessità, poiché le donne non possono scegliere il giorno e l'orario dell'appuntamento, viste le disponibilità limitate presso il Presidio di Viale Amendola alla quale loro vogliono accedere.

La maggior parte delle donne non ha riferito impegni di cura tali da comportare spese per il pagamento di baby sitter e/o assistenti per persone anziane, quindi non si sono trovate a sostenere costi per assistenza sostitutiva. Tuttavia, alcune donne hanno sollevato la questione del costo di farsi sostituire a casa per l'assistenza a nipoti o genitori anziani, sottolineando la necessità che sia qualcun altro della famiglia a dover richiedere un permesso dal lavoro per permettere loro di recarsi all'appuntamento per la mammografia, oppure di usufruire di un servizio a pagamento (ad esempio baby sitter), che necessariamente innalza i costi da sostenere. Tutti e tre i gruppi hanno evidenziato un costo simbolico importante che consiste nell'ansia generata dall'attesa del referto. Alcune donne hanno inoltre espresso la convinzione che se trascorrono quindici giorni senza ricevere la telefonata di richiamo significa che l'esito dell'esame è normale, convinzione smentita anche dall'esperienza diretta raccontata da altre partecipanti.

Ricapitolando, in riferimento alle dimensioni di costo, è emerso che le donne che accedono allo screening organizzato non ritengono che vi siano costi economici veri e propri, conside-

rata soprattutto la gratuità dell'esame, ma ritengono che gli eventuali costi si possano esprimere in termini di impiego di tempo, costi comunque trascurabili rispetto all'importanza della prevenzione.

Per quelle donne che non risiedono in un comune in cui vengono programmate le sedute con l'unità mobile, la necessità di spostarsi in un altro comune non viene percepita come un costo economico, quanto piuttosto come un eventuale ostacolo all'adesione da parte di alcune donne che vorrebbero partecipare, ma non possono spostarsi autonomamente.

Per le donne che eseguono l'esame in un setting opportunistico, la questione dei costi è più presente, ma queste donne percepiscono e definiscono come costo solo ciò che si riferisce a una dimensione che loro giudicano di disservizio, cioè la difficoltà di prenotare l'esame presso la struttura desiderata. Degli altri costi economici sono consapevoli, tanto che riescono a fare una stima del costo complessivo per eseguire la mammografia, ma non li ritengono rilevanti.

In tutti e tre i gruppi viene evidenziato come l'ostacolo principale alla scelta di fare prevenzione oncologica non sia tanto la questione economica, quanto un aspetto che si riferisce alla sfera emotiva: la paura e l'ansia rispetto all'eventualità di scoprirsi malate. Per alcune donne, di cui le partecipanti hanno riportato testimonianza, questa ansia viene percepita come un costo emotivo talmente elevato da superare i benefici, diventando quindi motivo di non adesione.

1.3.3.5. Questionario e pre-test

La fase di indagine qualitativa mediante focus group ha consentito di rilevare il punto di vista e l'esperienza delle donne che hanno avuto accesso allo screening mammografico sui costi a loro carico e su altri aspetti relativi a questa attività di prevenzione, verificando e approfondendo le dimensioni e le variabili già individuate e integrandole con altre non comprese. Tutte informazioni utili, non solo per il valore conoscitivo in quanto tale, ma per la costruzione del questionario di rilevazione.

La prima bozza del questionario è stata testata in termini di comprensibilità su un campione di 39 donne (20 sulla Unità Mobile di Viale Canova e 19 presso il Presidio di Viale Amendola nell'ambulatorio di screening opportunistico): nel pre-test il questionario è stato autosomministrato, alla presenza di un osservatore dell'equipe di ricerca, al quale le donne potevano rivolgersi in caso di dubbi o incomprensioni.

La somministrazione è avvenuta dopo la conclusione dell'esame, secondo le stesse modalità utilizzate successivamente nel corso dell'indagine campionaria.

Sulla base di quanto emerso nel corso del pre test in termini di chiarezza e comprensibilità è stato predisposto il questionario definitivo (Appendice 2).

Nella sua versione definitiva, il questionario prevede domande, chiuse e aperte, comprese domande filtro che consentono di saltare i quesiti che eventualmente non si applicano al soggetto rispondente. Le domande fanno riferimento a tre sezioni tematiche:

- sezione "dati anagrafici": variabili demografiche e sociografiche, nello specifico età, indirizzo, cittadinanza, stato civile, titolo di studio, occupazione, appuntamento per la mammografia, ecc.;
- sezione "prima dell'esame": aspetti relativi all'impegnativa, alla prenotazione, allo spostamento dell'appuntamento, ecc.;
- sezione "il giorno dell'esame": informazioni inerenti agli spostamenti per/dalla sede dell'esame, tempi di attesa, costo dell'esame, ecc.

2. L'ACTIVITY BASED COSTING (ABC) PER LA VALORIZZAZIONE ECONOMICA

Giuseppe Lippi, Paola Mantellini

2.1. INTRODUZIONE

Analogamente a quanto già fatto per la determinazione dei costi sanitari che i servizi di screening sostengono per garantire l'offerta del percorso organizzato così come quella dell'accesso spontaneo è stata applicata la metodologia *Activity Based Costing* (ABC). Questa metodologia ragiona in logica trasversale ovvero, a differenza della tradizionale contabilità analitica (*Direct Costing* - DC) in cui i costi sono calcolati per funzioni, parte dalla analisi del percorso sanitario individuando i processi che lo compongono e, all'interno di essi le attività, ovvero le unità economiche elementari. Per sviluppare le politiche sanitarie è necessaria la conoscenza di quanto costano singolarmente le attività e quali sono, per ciascuna di esse, le motivazioni dei costi sociali. La consapevolezza dell'impatto economico sui cittadini è utile per predisporre una reingegnerizzazione del processo, reingegnerizzazione volta a eliminare o a razionalizzare le attività prive di valore aggiunto partendo dalle più costose. Il metodo applicato ha avuto quindi come obiettivo quello di misurare l'impatto economico delle singole attività che le donne debbono "pagare" per ottenere, alla fine della catena, "l'oggetto del costo", in questo caso, come già anticipato, l'informazione contenuta nel risultato della mammografia di screening ovvero "esiste o no il sospetto che io abbia un cancro della mammella?".

Secondo la metodologia ABC il primo passo dell'analisi è quindi procedere alla analisi organizzativa per identificare le attività all'interno dei due percorsi. La metodologia dell'ABC insegna che, dopo avere individuato le attività, occorre:

- identificare tutti i costi unitari a esse relativi;
- allocare questi ultimi alle attività e sviluppare il costo finale dell'oggetto del costo attribuendo a esso la giusta quantità di attività utilizzate.

2.2. INDIVIDUAZIONE DEI COSTI UNITARI

Classicamente si usa distinguere i costi sociali in diretti e indiretti.

I costi diretti sono costituiti dagli esborsi monetari effettivi a carico dei cittadini.

I costi indiretti sono invece rappresentati dalla perdita di benefici (misurabili economicamente) a causa di eventi collegati alla malattia. Il danno economico in questo caso generalmente ricade sulla società nel suo insieme. Si pensi ad esempio all'assenza dal lavoro di un dipendente pubblico. L'ammalato non subisce alcuna perdita economica perché riceve comunque la retribuzione. Chi subisce il danno è la società, con un ritardo nelle pratiche a seguito dell'assenza dal lavoro di personale. Il caso è diverso se si tratta di un libero professionista. In tale circostanza l'assenza dal lavoro si traduce sia in una perdita economica diretta a carico del cittadino, sia in un danno economico per lo stato sotto forma di tasse non pagate sul reddito non prodotto durante la malattia.

In questo contesto non sono stati considerati i costi sociali (indiretti) legati alle assicurazioni (volontarie o obbligatorie) con i relativi premi e risarcimenti, come pure non sono stati considerati i costi sociali che si riflettono sulle attività non erogate a causa della malattia, eccetto quelle concernenti lo stretto entourage familiare. Abbiamo ritenuto i costi assicurativi come non pertinenti agli scenari presi in considerazione. I costi relativi alla chiusura dei servizi (ad esempio ritardo di un volo aereo per malattia improvvisa del pilota) sono costi sociali che riguardano quasi esclusivamente eventi non programmabili. Anche questi sono stati considerati da noi come non pertinenti ai due percorsi indagati, visto il tema affrontato.

Nei costi diretti abbiamo incluso:

- i costi degli spostamenti. Per valutarli abbiamo indagato sulla tipologia di veicolo impiegato (piedi-bicicletta, motociclo, automobile, bus, treno e taxi) e sulla lunghezza del tragitto A/R. Per i costi dei veicoli di proprietà (auto e motociclo) ci siamo avvalsi dei dati dell'ACI, per i mezzi pubblici delle tariffe locali. I costi unitari sono riepilogati in tabella 1. In questa voce di costo diretto sono stati inseriti anche i costi dei parcheggi (quando utilizzati);
- costi per le telefonate. Per sviluppare questo costo abbiamo stimato tramite expertise la durata delle telefonate e l'incidenza di utilizzo del telefono fisso o mobile (93% vs 7%). Abbiamo simulato che tutte le donne utilizzassero la tariffa più conveniente di un operatore telefonico. Il costo medio al minuto così stimato è riportato in tabella 1;
- pagamento del ticket. Il pagamento a carico del cittadino varia a seconda delle fasce di reddito. Per stimare il costo medio abbiamo calcolato una media pesata su tutte le 163 donne che sono risultate non esenti. Il costo medio per donna non esente è riportato sempre in tabella 1;
- costo di rimpiazzo. Per "costo di rimpiazzo" si intende il costo di una persona retribuita che si sostituisce nelle attività alle quali non può attendere la donna che entra nel percorso. Per costo orario di rimpiazzo abbiamo utilizzato i costi orari minimi riportati nell'articolo 36 del contratto nazionale per il lavoro domestico, inclusivi di contributi e altri oneri sociali.

Tabella 1. Costi unitari in euro

COSTI DIRETTI		
Auto piccola cilindrata. Costo medio per Km (ACI 2013)		€ 0,50
Motociclo. Costo medio per Km (ACI 2013)		€ 0,31
Autobus. Biglietto ATAF (città di Firenze 2013)		€ 1,20
Treno. Costo tratta Km 11-20 (trenitalia 2013)		€ 2,30
Taxi. Corsa urbana diurna di 5 Km (città di Firenze 2013)		€ 15,00
Parcheggio. Costo medio 1h (città di Firenze, 2013)		€ 1,50
Telefono. Costo medio pesato al minuto (Rete fissa 93%/Rete mobile 7%)		€ 0,08
Rimpiazzo. Costo orario (art.36 CNL domestico)		€ 7,37
Ticket: costo medio per caso non esente		€ 37,08
COSTI INDIRETTI (COSTI-OPPORTUNITÀ)		
Costo medio di un'ora di lavoro in Italia, anno 2011 (Eurostat 2013)		€ 13,42
Costo medio per ora di LLT (pendolari, BR 2005)	£3,68	€ 5,40

I costi indiretti sono stati valutati come costi-opportunità, ovvero perdite economiche conseguenti al mancato reddito relativamente alla sola capacità inutilizzata. I costi orari sono stati quindi rapportati, per ciascuna attività, alle stime di impegno orario.

Come costi indiretti sorgenti abbiamo considerato solo due possibilità:

- costo del lavoro retribuito. Per stimare questo costo ci siamo avvalsi degli ultimi dati sul costo medio orario del lavoro dipendente in Italia calcolati dall'Eurostat nel 2013 e riferiti all'anno 2011 [Tabella 1]. Il valore economico include gli oneri sociali. Per i lavoratori autonomi (nel nostro campione < 15% delle donne attive) abbiamo ritenuto troppo inattendibili le rilevazioni tramite expertise. Si è quindi ritenuto opportuno, di conseguenza, assumere che non esistessero differenze nella perdita di reddito a seguito dell'assenza dal lavoro tra autonome e dipendenti (tecnica del "salary mount");
- perdita di tempo libero. Le donne durante il tempo libero si dedicano a varie attività: svago, lavori domestici, assistenza agli anziani, assistenza ai disabili, assistenza ai bambini, etc. Attribuire un costo economico a questa congerie di attività sarebbe stato molto discutibile sia dal punto di vista formale che da quello sostanziale. Formalmente infatti il non potersi dedicare a queste attività non configura una perdita economica diretta essendo, per definizione, attività non retribuite (altrimenti sarebbero state comprese nella categoria precedente). Inoltre, misurare la valenza economica di ciascuna attività sarebbe stato quanto meno difficoltoso. Per attribuire comunque un costo alla perdita di questa opportunità, ci siamo avvalsi di quanto stimato dalle British Railways che, nel 2005, hanno valorizzato in termini economici il costo-opportunità orario del ritardo dei treni per lavoratore [Tabella 1]. Questo costo è identificato come "perdita del tempo da dedicare allo svago", il già citato LLT. Il costo orario del LLT è stato convertito in euro al cambio 2014 senza alcuna attualizzazione. L'identificazione del costo della perdita del tempo libero con il LLT è sicuramente una scelta consapevolmente conservativa, per cui, data l'alta rilevanza di questo costo, il costo sociale complessivo può essere ritenuto probabilmente sottostimato;
- costi opportunità di persone diverse dalle donne che entrano nel percorso. Abbastanza spesso le donne sono accompagnate da parenti o amici, oppure sono sostituite nelle loro attività no-profit da amici o familiari. Il tempo di queste persone è stato trattato alla stregua del tempo delle donne che fanno la mammografia. Di conseguenza, ad esempio, se una donna che non lavora viene accompagnata dal marito lavoratore dipendente, abbiamo attribuito un doppio costo-opportunità: un primo LLT per la donna, più un detrimento economico ulteriore, relativo alla perdita di lavoro retribuito per il marito.

2.3. ALLOCAZIONE DEI COSTI ALLE ATTIVITÀ E SINTESI DEL COSTO

I costi sono stati ricostruiti utilizzando le risposte al questionario. Le risposte illustravano il modo di agire delle singole donne in occasione di ogni attività e pertanto era poi semplice risalire dal comportamento al costo sostenuto applicando i costi unitari descritti in precedenza. Ad esempio, se una donna rispondeva che per fare la mammografia aveva preso la propria auto e che la sede della mammografia distava da casa 10 km e che aveva usato un parcheggio a pagamento, a quella donna era attribuito un costo diretto per il veicolo (costo per km, andata e ritorno), più il costo per il parcheggio.

Per ottenere il costo sociale complessivo di ogni attività, sono stati sommate le singole voci di costo sostenute da ogni donna ("sintesi del costo"), ottenendo così il costo complessivo della

coorte per attività e per voce di costo. Dividendo poi i costi complessivi per il numero delle donne che hanno utilizzato l'attività siamo stati in grado di stimare il costo medio unitario per donna (€/UDP) per ciascuna attività e per ciascun gruppo di costi. I costi sono stati generalmente esposti sotto forma di costi medi per unità di prodotto (€/UDP) intendendo per UDP ogni singola donna che affronta quello specifico percorso. Il costo medio risente, naturalmente, sia dell'entità del costo che del numero delle donne che lo debbono affrontare. Nelle medie non sono distinguibili costi molto elevati e sostenuti da un piccolo numero di donne rispetto a costi di impatto economico più relativo ma con distribuzione ubiquitaria.

Per evidenziare eventuali differenze nei comportamenti delle donne all'interno di ognuno dei due percorsi, abbiamo identificato dei gruppi di età: < ai 49 anni, tra 50 e 60 anni e > ai 60 anni. Questa stratificazione dei costi rende possibile studiare politiche selettive per gruppi di età al di sotto o al di sopra di detti limiti, in quanto i comportamenti possono essere ritenuti più simili in età prossime.

3. I DETERMINANTI SOCIO-ECONOMICI DELLE DONNE PARTECIPANTI

Paola Mantellini, Patrizia Falini

3.1. INTRODUZIONE

Il questionario è stato consegnato alle donne che partecipavano allo screening mammografico organizzato sia sulle Unità Mobili in aree rurali e periferiche industriali sia in due sedi fisse urbane localizzate in zone centrali del comune di Firenze. Nello stesso periodo, ovvero nel secondo semestre del 2012, il questionario è stato compilato da donne che avevano prenotato la mammografia a scopo preventivo nella sede fissa di ISPO in Viale Amendola. Le donne hanno compilato il questionario dopo aver eseguito la mammografia. La struttura del questionario ne ha permesso la auto somministrazione, ma una unità del gruppo di ricerca è sempre stata presente nei casi di necessità. Le donne che hanno acconsentito a compilare il questionario, non hanno manifestato difficoltà nella compilazione, ma una quota parte non ha dato la propria disponibilità alla compilazione per riferite questioni di tempo. In particolare, le donne dello screening organizzato si sono dimostrate più disponibili alla compilazione rispetto a quelle ad accesso spontaneo (88,9% versus 54,7%). Le caratteristiche del campione possono, almeno in parte, spiegare questa differenza.

Hanno compilato il questionario 299 donne che si sono recate spontaneamente al servizio di diagnostica senologica di ISPO e 308 donne invitate dal programma di screening mammografico organizzato. Il questionario è stato compilato con modalità anonima per lasciare ampia libertà di dichiarare informazioni sulle proprie attività lavorative e quindi, dato l'obiettivo del progetto, sul proprio reddito. La completezza nella compilazione è stata piuttosto elevata, con dati mancanti in maggiore entità quando è stato chiesto che tipo di impiego avevano.

3.2. COMPOSIZIONE PER ETÀ E CITTADINANZA

Delle 607 donne complessive, 605 hanno dichiarato la propria età e 188 hanno indicato un'età inferiore ai 49 anni. Tutte queste donne appartenevano al gruppo ad accesso spontaneo dal momento che tali fasce di età non erano, al momento della rilevazione, oggetto dell'intervento di screening organizzato. Delle 63 donne con età superiore ai 70 anni solo 5 appartenevano al gruppo ad accesso spontaneo. Nel campione indagato 5 donne hanno dichiarato di essere cittadine straniere, 599 si sono dichiarate cittadine italiane e 4 non hanno risposto.

3.3. STATO CIVILE E ISTRUZIONE

Delle 604 donne che hanno risposto alla domanda sullo stato civile, il 72,7% (439 donne), ha dichiarato di essere coniugata o convivente a fronte di un 10,3% di separate o divorziate (62 donne), di un 9,6% di nubili (58 donne) e di un 7,5% di vedove (45 donne). La distribu-

zione dello stato civile per fascia di età mostra un andamento conosciuto con una maggiore prevalenza di donne nubili nelle fasce di età inferiore ai 49 anni (53,4% delle nubili) e una preponderanza di vedove dai 60 anni in su (75,5% sul totale delle vedove). La distribuzione di donne separate o divorziate è maggiore nelle donne di età inferiore ai 59 anni e pari all'11,8 delle donne di età inferiore ai 49 anni e al 9,6 delle donne sopra i 50 anni. Relativamente alla istruzione sono pervenute informazioni da 603 donne di cui 260, pari al 43%, hanno dichiarato di avere un diploma di scuola elementare o media inferiore, il 38% (232 donne) ha dichiarato di avere il diploma di scuola superiore, mentre 100, pari al 17%, riferivano un diploma di laurea (triennale o vecchio ordinamento). 11 donne, pari al 2%, hanno dichiarato titoli di studio difficilmente inquadrabili in una delle voci precedenti e per questo sono state tenute separate. La distribuzione del livello di istruzione in funzione delle fasce di età [Tabella 2] ha messo in evidenza che tra le donne di età inferiore ai 49 anni, il 21,5% (pari a 40 donne) ha conseguito un diploma di scuola elementare o media inferiore, mentre ben 140 pari al 74,9% ha dichiarato di avere il diploma di scuola superiore o la laurea. Nelle donne in età compresa tra i 50 ed i 59 anni si sono osservate percentuali diverse con un 34,5% (70 donne) che ha conseguito la licenza elementare o media, mentre il 64,5% (131 donne su 203) ha il diploma di scuola superiore o la laurea. Quindi, tra queste due fasce di età, la differenza in termini di conseguimento di un diploma di scuola superiore ammonta ad oltre 10 punti percentuali. Il divario in termini di livello di istruzione rispetto alla classe di età più giovane risulta ancora maggiore se si analizza la distribuzione per livello di istruzione nelle donne di età superiore ai 60 anni. In questo gruppo di donne infatti il diploma di scuola media inferiore o elementare è stato conseguito dal 71,1% (150 donne su 211) di esse, mentre quello di scuola superiore o di laurea solo dal 29% (61 donne su 211) evidenziando una differenza di circa 50 e di 25 punti percentuali rispettivamente nei due livelli rispetto alle donne con età inferiore ai 49 anni. L'analisi del campione per stato civile e titolo di studio [Tabella 3] permette di osservare che nelle 58 nubili il 47% (27 donne) ha un diploma di scuola media superiore, mentre il 24% (14 donne) un diploma di scuola media inferiore e il 28% (16 donne) il diploma di laurea. Nelle donne coniugate o conviventi (437 donne) la proporzione di donne con licenza di scuola media inferiore o elementare è del 45%; quella con scuola media superiore è del 38% e quella con diploma di laurea è del 15%.

3.4. OCCUPAZIONE

Il questionario prevedeva tre domande sulla situazione lavorativa. La prima, più generale, chiedeva se la donna era occupata (e in questo caso a tempo pieno o parziale) o non occupata (disoccupata, casalinga, pensionata). La seconda, più specifica, chiedeva che tipologia di attività era svolta (lavoro dipendente, lavoro autonomo, contratti a progetto, ecc.). L'ultima, infine, era una domanda aperta che chiedeva di specificare quale professione era svolta al momento della rilevazione. Alla prima domanda hanno risposto 603 donne: il 42% (251 donne) erano occupate a tempo pieno, il 13% (77 donne) erano impiegate a tempo parziale, il 4% (24 donne) erano disoccupate in cerca di nuova occupazione, mentre il 15% (90 donne) e il 25% (152 donne) erano casalinghe e pensionate rispettivamente. 9 donne hanno risposto alla modalità "Altro". Complessivamente nel campione oggetto di indagine le donne occupate ammontano al 54,4% (328 donne su 603). Al secondo quesito, rivolto solo alle donne occupate, hanno risposto 336 donne: di queste il 78%, pari a 261 donne, risultava dipendente a tempo indeterminato e il 5% (18 donne), dipendente a tempo determinato, il 6% (21 donne) si dichia-

rava lavoratore autonomo come libero professionista e il 4% (12 donne) dichiarava di essere imprenditore. Nelle donne con più di 60 anni di età, il 91,5% risultava pensionata o casalinga, mentre, come è intuibile, il 79% (310 donne) di età inferiore ai 60 anni risultava occupata a tempo pieno o parziale. Le donne casalinghe in questa fascia di età erano 41 pari al 10% del campione che aveva risposto alla domanda sulla situazione lavorativa. Le donne con occupazione a tempo pieno o parziale e con diploma di scuola media inferiore od elementare sono state 77 su 327 pari al 23,5% del campione [Tabella 4]; la percentuale di quelle con diploma di scuola media superiore e di quelle con diploma di laurea è stata del 50,4% (165 donne su 327) e del 24% (78 donne) rispettivamente. Tra le casalinghe, la proporzione di donne con la licenza media inferiore o elementare è stata del 71,1% (64 donne su 90), mentre nelle donne pensionate, la proporzione di questo livello di istruzione è stato del 70,3% (107 donne su 152).

Tabella 2. Livello di istruzione per età

Fascia di età	Livello di istruzione				Totale (%)
	Licenza media inferiore ed elementare (%)	Licenza media superiore (%)	Laurea (%)	Altro (%)	
< 49 anni	40 (21,4)	100 (53,5)	40 (21,4)	7 (3,7)	187 (100)
50-59 anni	70 (34,5)	91 (44,8)	40 (19,7)	2 (1,0)	203 (100)
60-69 anni	91 (66,4)	33 (24,1)	13 (9,5)	0 (0)	137 (100)
≥ 70 anni	59 (78,0)	8 (11,0)	7 (9,2)	1 (1,3)	76 (100)
Totale	260 (43,1)	232 (38,5)	100 (16,6)	11 (1,8)	603 (100)

Tabella 3. Stato civile e livello di istruzione

Stato civile	Livello di istruzione				Totale (%)
	Licenza media inferiore ed elementare (%)	Licenza media superiore (%)	Laurea (%)	Altro (%)	
Nubili	14 (24,1)	27 (46,5)	16 (27,6)	1 (1,7)	58 (100)
Coniugate/conviventi	197 (45,1)	167 (38,2)	67 (15,3)	6 (1,4)	437 (100)
Vedove	28 (62,2)	10 (16,1)	7 (15,5)	0 (0)	45 (100)
Separate/divorziate	21 (33,9)	28 (45,2)	9 (14,5)	4 (6,4)	62 (100)
Totale	260 (43,2)	232 (38,5)	99 (16,4)	11 (1,9)	602 (100)

Tabella 4. Situazione lavorativa e livello di istruzione

Situazione lavorativa	Livello di istruzione				Totale (%)
	Licenza media inferiore ed elementare (%)	Licenza media superiore (%)	Laurea (%)	Altro (%)	
Occupata tempo pieno	56 (22,4)	121 (48,4)	67 (26,8)	6 (2,4)	250 (100)
Occupata tempo parziale	21 (27,3)	44 (57,1)	11 (14,3)	1 (1,3)	77 (100)
Disoccupata	9 (37,5)	10 (41,6)	3 (12,5)	2 (8,3)	24 (100)
Casalinga	64 (71,1)	20 (22,2)	5 (5,5)	1 (1,1)	90 (100)
Pensionata	107 (70,3)	31 (20,4)	13 (8,5)	1 (0,6)	152 (100)
Altro	3 (33,3)	6 (66,7)	0	0	9 (100)
Totale	248	232	99	11	602

4. I RISULTATI ECONOMICI

Giuseppe Lippi, Paola Mantellini, Patrizia Falini

4.1. INTRODUZIONE

Il presente capitolo è strutturato in maniera tale da illustrare i costi sociali sia in rapporto alle attività per le quali sono sostenuti che in relazione alla loro tipologia.

Come accennato nei paragrafi precedenti, si è inizialmente effettuata una analisi organizzativa dei due percorsi che ha permesso di identificare le attività che li compongono. In figura 1 vi è una illustrazione semplificata di tale analisi. Un primo passo dell'analisi è la identificazione di quali attività hanno valore (attività "a valore aggiunto", VA) e quali non ne hanno (attività "non a valore aggiunto", NVA) per il cliente. Le attività a valore aggiunto sono la mission del processo e ne rappresentano il core business finalizzato all'oggetto del costo. Queste attività vanno intese come centrali e intorno a loro deve svilupparsi l'intera ottimizzazione del processo. Le attività NVA sono quelle attività che, non essendo interpretate dal cliente come portatrici di valore, debbono essere ridotte il più possibile, quando non addirittura eliminate. In linea con la letteratura, le attività a valore aggiunto (riquadrate nella figura 1) sono solo una frazione.

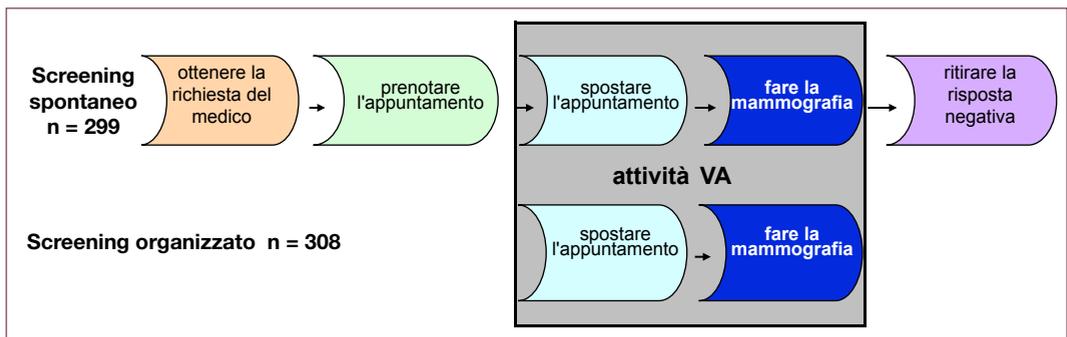


Figura 1. I due percorsi dello screening mammografico. Nel riquadro le attività a valore aggiunto (VA)

1. Percorso spontaneo. La donna che affronta il percorso dello screening spontaneo prende la decisione autonoma di iniziare il processo. Per prima cosa deve recarsi dal medico di famiglia o dallo specialista per farsi rilasciare la richiesta di mammografia. Con la richiesta, deve telefonare o andare di persona al CUP per prenotare l'appuntamento; se sopravviene qualche impedimento esiste sempre la possibilità di spostare l'appuntamento. A questo punto effettua la mammografia. Nel caso del percorso spontaneo, il ritiro della risposta è a carico della paziente, configurando un'ulteriore attività specifica. Nonostante il percorso possa sembrare complesso, lo schema che ne risulta è molto chiaro e comprende attività molto omogenee. Le uniche differenze riscontrate all'interno delle donne che affrontavano il percorso di screening organizzato sono quelle relative al "saltare" una attività. Ad esempio, le parenti di MMG non dovevano andare in ambulatorio per farsi rilasciare l'impegnativa, oppure le amiche dei

dipendenti CUP non affrontavano l'attività di prenotare o spostare l'appuntamento. Queste agevolazioni sono state considerate durante la fase di valorizzazione economica (costo per donna media) sotto forma di donne per le quali il costo dell'attività era pari a zero.

2. Percorso organizzato. Lo screening organizzato è molto standardizzato per sua natura ed è stato ovvio riscontrare sempre le stesse attività. La partecipazione attiva della donna è richiesta solo per fare la mammografia e nel caso in cui desideri spostare l'appuntamento. Non è necessario recarsi dal medico di famiglia, né telefonare per prenotare. Alla donna arriva direttamente un invito per posta con la programmazione della data e dell'orario per effettuare la mammografia. Anche il referto che ha dato esito di normalità viene comunicato autonomamente alla donna da parte della organizzazione dello screening. Le uniche due attività che richiedono la partecipazione attiva delle cittadine sono l'eventuale spostamento dell'appuntamento e, ovviamente, la mammografia.

4.2. ANALISI DEI COSTI

Nelle tabelle da 5 a 8 sono mostrati i risultati, complessivi e per UDP, per ciascuno dei due percorsi, stratificati per attività e per voce di costo.

Per una migliore comprensione, nelle figure 2 e 3 abbiamo schematizzato questi costi per singola attività, mantenendo solo la ripartizione tra costi complessivi e costi medi per donna e suddividendoli solo in costi diretti e indiretti.

In tabella 9 vengono riepilogati i costi medi per donna per entrambi i percorsi. Nella tabella vengono esposti i costi complessivi e quelli stratificati per età e per attività.

Tabella 5. Screening spontaneo: costi complessivi in euro per l'intera coorte (n = 299), ripartiti per attività e stratificati per tipologia e motivazione del costo

CASI n°	299	avere la richiesta dal MMG	prenotare l'appuntamento	spostare l'appuntamento	fare la mammografia	ritirare la risposta	TOTALE
COSTI DIRETTI		1.861	993	35	13.320	5.322	21.531
	<i>veicolo (A/R)</i>	1.807	369		6.600	5.169	13.946
	<i>parcheggio</i>	54	5		194	152	406
	<i>telefono</i>		619	35			653
	<i>ticket</i>				6.526		6.526
COSTI INDIRETTI		2.708	981	42	3.283	1.439	8.453
donna	<i>lavoro perso</i>	907	84		1.186	535	2.712
	<i>LLT</i>	1.421	132		1.327	599	3.478
	<i>telefonate (LLT)</i>		741	42			783
sostituto	<i>lavoro perso</i>	85			17	7	109
	<i>costo di rimpiazzo</i>	21	11		55	23	110
	<i>LLT</i>	222	8		249	102	581
accompagnatore	<i>lavoro perso</i>	15			178	69	262
	<i>costo di rimpiazzo</i>						0
	<i>LLT</i>	37	5		271	105	419

Il costo medio per donna che accede spontaneamente al servizio è pari a 97,24 €, mentre quello per donna che partecipa allo screening organizzato è di 12,90 €. Nelle donne di età inferiore ai 49 anni, tutte afferenti al percorso spontaneo, il costo è risultato essere di 102,85 €.

I grafici a barre in figura 4 e 5 mostrano il totale del costo sociale medio per donna per ciascuno dei due percorsi: la figura 4 per tutte le età e la figura 5 ripartendolo per classi di età.

I grafici a barre delle figure 6 e 7 mostrano il costo sociale medio per donna ripartito tra costi diretti e indiretti (figura 6 complessivo e figura 7 ripartito per classi di età).

I costi diretti sono quelli che hanno maggiormente gravato nel percorso spontaneo, mentre non vi sono differenze rispetto ai costi indiretti nelle donne afferenti al percorso di screening organizzato. In questo ambito il costo maggiore è imputabile all'utilizzo di un mezzo per gli spostamenti e in seconda battuta al ticket. Sebbene minore di quello diretto, nelle donne ad accesso spontaneo anche i costi indiretti sono risultati di importo maggiore rispetto a quelli delle donne afferenti al percorso organizzato con una differenza di oltre 60,00 €.

I grafici a barre delle figure 8 e 9 mostrano il totale del costo sociale medio per donna per ciascuno dei due percorsi, suddividendolo solo per le attività utilizzate (figura 8 complessivo e figura 9 ripartito per classi di età).

Il grafico a barre delle figure da 10 a 13 mostra il totale del costo sociale medio per donna per ciascuno dei due percorsi, suddividendolo, questa volta, per tipologie di costo anziché per le attività utilizzate.

La figura 10 mostra i costi diretti complessivi, la figura 11 i costi indiretti complessivi. La figura 12 mostra i costi diretti stratificati per età solo per lo screening spontaneo, la figura 13 i costi indiretti, sempre stratificati per età per entrambi gli screening.

Tabella 6. Screening spontaneo: costi medi in euro per unità di prodotto = donna media, ripartiti per attività e stratificati per tipologia e motivazione del costo

CASI n°	299	avere la richiesta dal MMG	prenotare l'appuntamento	spostare l'appuntamento	fare la mammografia	ritirare la risposta	TOTALE
COSTI DIRETTI		6,23	3,32	0,12	44,55	17,80	72,01
	<i>veicolo (A/R)</i>	6,04	1,23		22,07	17,29	46,64
	<i>parcheggio</i>	0,18	0,02		0,65	0,51	1,36
	<i>telefono</i>		2,07	0,12			2,19
	<i>ticket</i>				21,83		21,83
COSTI INDIRETTI		9,06	3,28	0,14	10,98	4,81	28,27
donna	<i>lavoro perso</i>	3,03	0,28		3,97	1,79	9,07
	<i>LLT</i>	4,75	0,44		4,44	2,00	11,63
	<i>telefonate (LLT)</i>		2,48	0,14			2,62
sostituito	<i>lavoro perso</i>	0,28	0,00		0,06	0,02	0,36
	<i>costo di rimpiazzo</i>	0,07	0,04		0,18	0,08	0,37
	<i>LLT</i>	0,74	0,03		0,83	0,34	1,94
accompagnatore	<i>lavoro perso</i>	0,05			0,59	0,23	0,87
	<i>costo di rimpiazzo</i>						0,00
	<i>LLT</i>	0,12	0,02		0,91	0,35	1,40

Tabella 7. Screening organizzato: costi complessivi in euro per l'intera coorte (n = 308), ripartiti per attività e stratificati per tipologia e motivazione del costo

CASI n°	308	avere la richiesta dal MMG	prenotare l'appuntamento	spostare l'appuntamento	fare la mammografia	ritirare la risposta	TOTALE
COSTI DIRETTI				36	2.040		2.076
	<i>veicolo (A/R)</i>				2.034		2.034
	<i>parcheggio</i>				6		6
	<i>telefono</i>			36			36
	<i>ticket</i>						0
COSTI INDIRETTI				43	1.834		1.877
donna	<i>lavoro perso</i>				331		331
	<i>LLT</i>				1.118		1.118
	<i>telefonate (LLT)</i>			43			43
sostituto	<i>lavoro perso</i>						0
	<i>costo di rimpiazzo</i>				17		17
	<i>LLT</i>				42		42
accompagnatore	<i>lavoro perso</i>				31		31
	<i>costo di rimpiazzo</i>						0
	<i>LLT</i>				295		295

A proposito della ripartizione dei costi in diretti e indiretti e della loro stratificazione per età e per voce del costo, è utile mostrare un approfondimento anche sull'impegno temporale che ogni percorso richiede alle donne e sui veicoli utilizzati per gli spostamenti.

La tabella 10 mostra i tempi medi totali e per singolo processo per lo screening spontaneo. I tempi per la mammografia sono stati stratificati in tre fasi: tempo per lo spostamento (andare e tornare), tempo di attesa e tempo tecnico per fare la mammografia. La tabella 10 mostra le stesse tempistiche per lo screening organizzato. Entrambe le tabelle sono anche stratificate per età. Le tabelle 12 e 13 mostrano il mezzo utilizzato per andare a fare la mammografia (che è lo spostamento più significativo), stratificato per età, rispettivamente per lo screening spontaneo e per quello organizzato.

Le figure 14 e 15 illustrano il tempo medio impiegato da ciascuna donna per percorrere l'intero percorso, suddivisi per tipologia di percorso e per età. La figura 14 mostra i tempi medi complessivi necessari per l'intero percorso; la figura 15 i tempi medi per i singoli processi. Nel percorso ad accesso spontaneo le donne impiegano una considerevole quantità di tempo per ottenere la prescrizione medica dell'esame (oltre 48 minuti) e per prenotare (quasi 40 minuti). Inoltre il tempo necessario per ritirare la risposta è maggiore del tempo di attesa per fare l'esame (33 e 26 minuti rispettivamente). Nelle donne che accedono al percorso organizzato il tempo di attesa per fare l'esame è piuttosto contenuto (mediamente 10 minuti), mentre è più alto quello per lo spostamento (28 minuti).

Tabella 8. Screening organizzato: costi medi in euro per unità di prodotto = donna media, ripartiti per attività e stratificati per tipologia e motivazione del costo

CASI n°	308	avere la richiesta dal MMG	prenotare l'appuntamento	spostare l'appuntamento	fare la mammografia	ritirare la risposta	TOTALE
COSTI DIRETTI				0,12	6,62		6,74
	<i>veicolo (A/R)</i>				6,60		6,60
	<i>parcheggio</i>				0,02		0,02
	<i>telefono</i>			0,12			0,12
	<i>ticket</i>						0,00
COSTI INDIRETTI				0,14	5,95		6,09
donna	<i>lavoro perso</i>				1,07		1,07
	<i>LLT</i>				3,63		3,63
	<i>telefonate (LLT)</i>			0,14			0,14
sostituto	<i>lavoro perso</i>						0,00
	<i>costo di rimpiazzo</i>				0,06		0,06
	<i>LLT</i>				0,13		0,13
accompagnatore	<i>lavoro perso</i>				0,10		0,10
	<i>costo di rimpiazzo</i>						0,00
	<i>LLT</i>				0,96		0,96

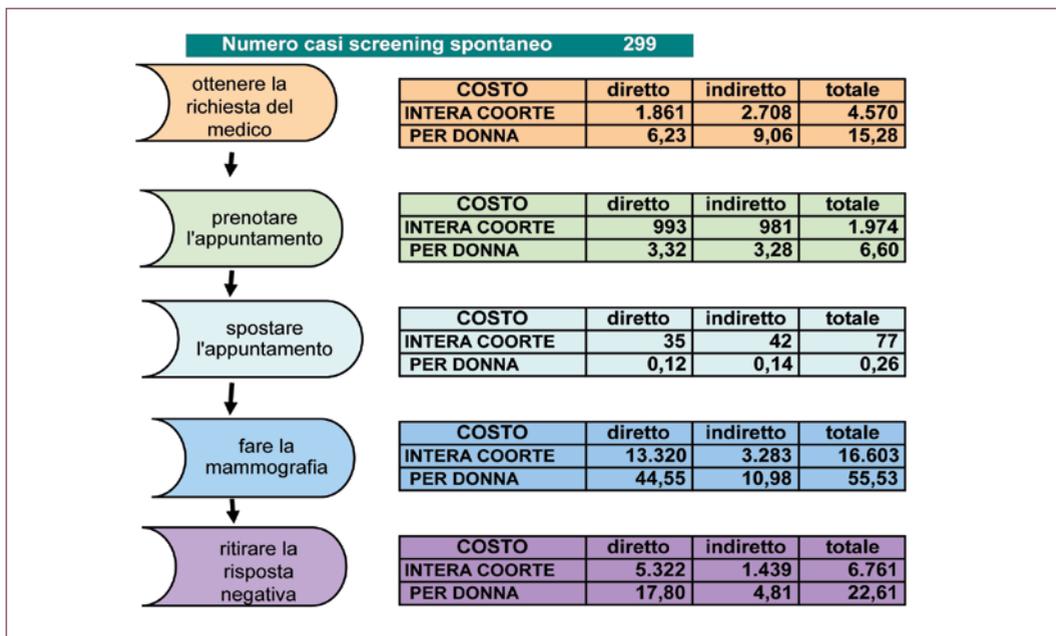


Figura 2. Costi sociali, in euro, per lo screening spontaneo (n = 299)

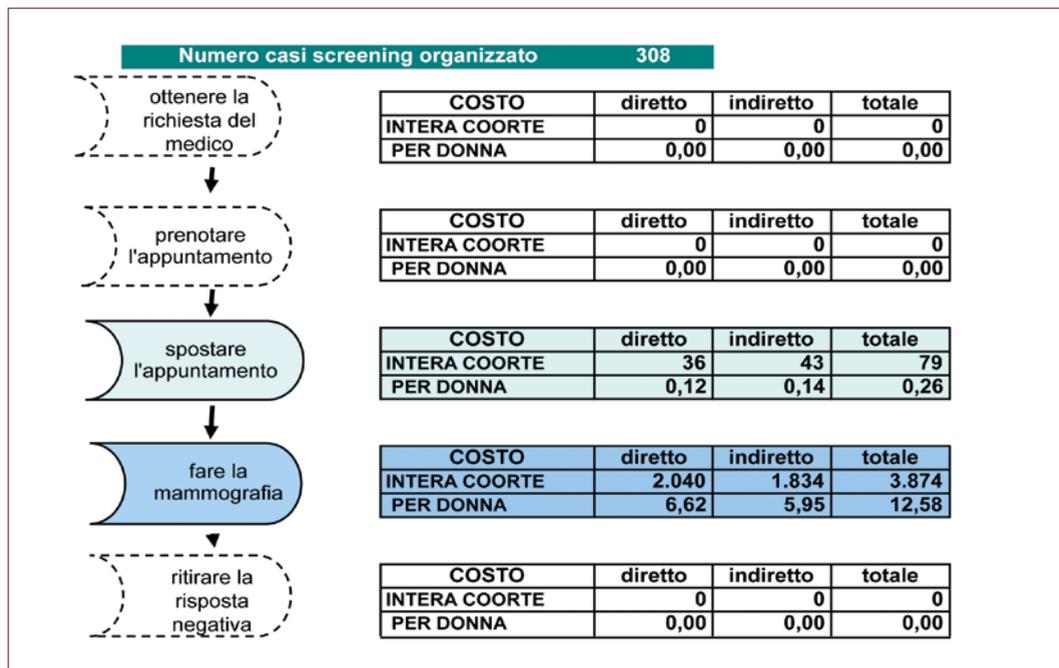


Figura 3. Costi sociali, in euro, per lo screening organizzato (n = 308)

Tabella 9. Costi sociali per entrambe le tipologie di screening, stratificati per età e per processo (euro per UDP = donna media)

ATTIVITÀ	SCREENING SPONTANEO				SCREENING ORGANIZZATO		
	< 49	50 - 60	> 60	tutte	50 - 60	> 60	tutte
ottenere richiesta del medico	13,79	12,10	9,68	12,90			
prenotare l'appuntamento	6,79	8,45	9,43	7,52			
spostare l'appuntamento	0,36	0,04	0,31	0,27	0,33	0,22	0,27
fare la mammografia	59,46	49,24	41,92	54,86	13,00	12,36	12,62
ritirare la risposta mammografia	22,45	20,28	20,81	21,70	0,03	0,00	0,01
TOTALE	102,85	90,12	82,15	97,24	13,36	12,58	12,90
n	188	78	33	299	127	181	308

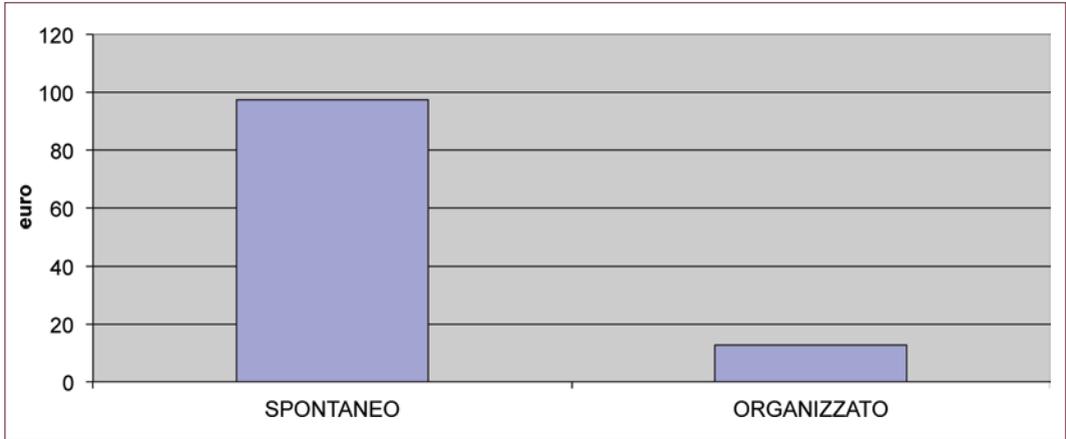


Figura 4. Costi sociali medi per donna per le due tipologie di screening

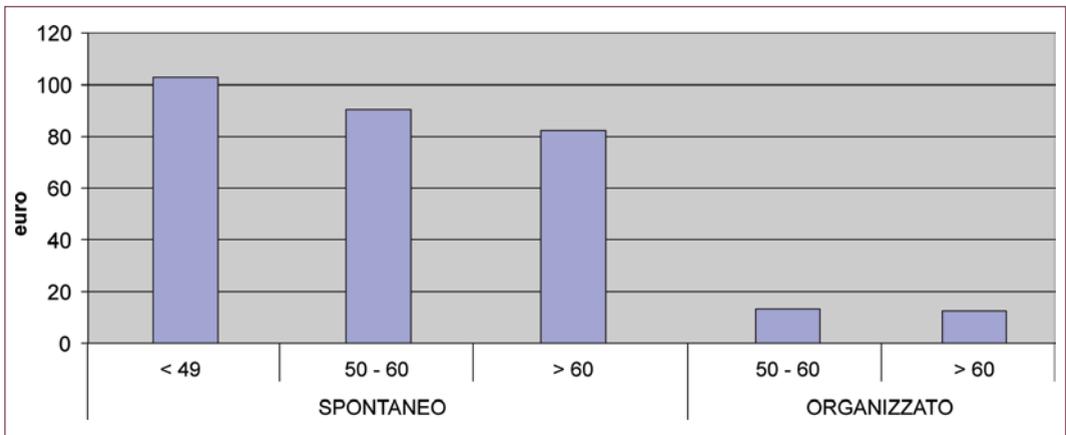


Figura 5. Costi sociali medi per donna ripartiti per età e per tipologia di screening

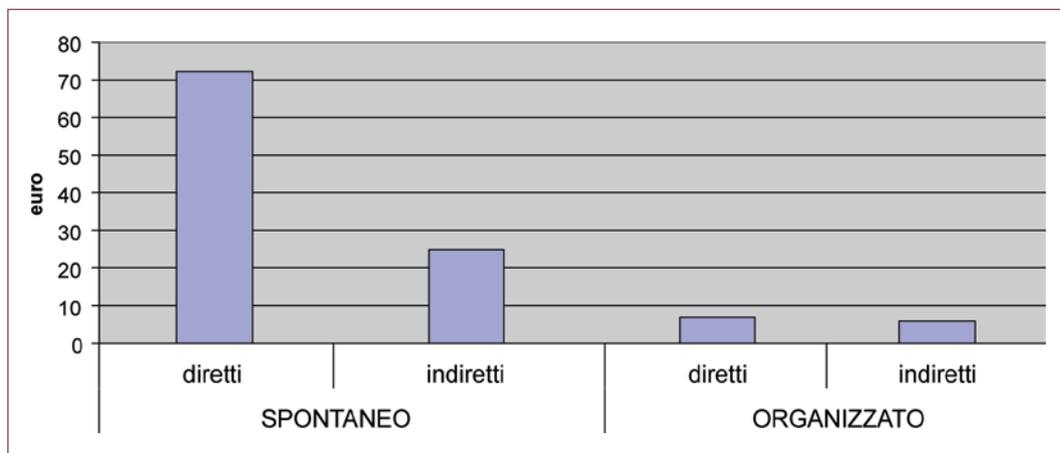


Figura 6. Costi sociali medi per donna, ripartiti per tipologia di costo e per tipologia di screening

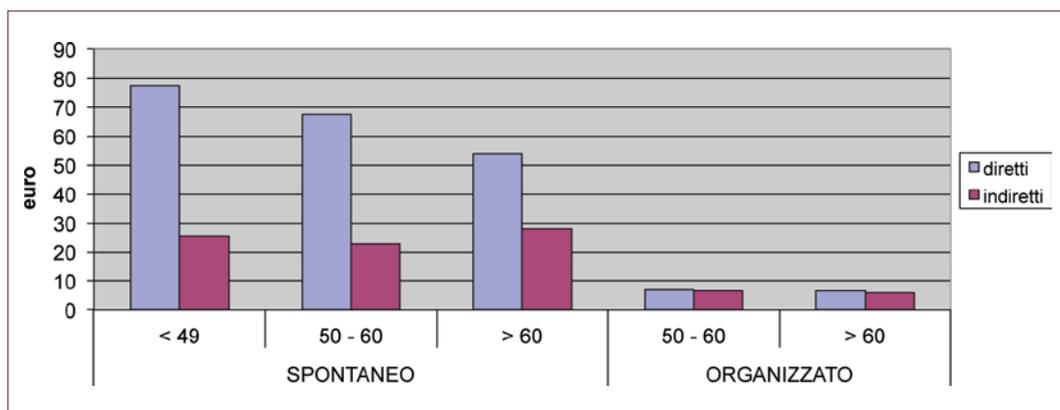


Figura 7. Stratificazione per età dei costi sociali diretti ed indiretti delle due tipologie di screening

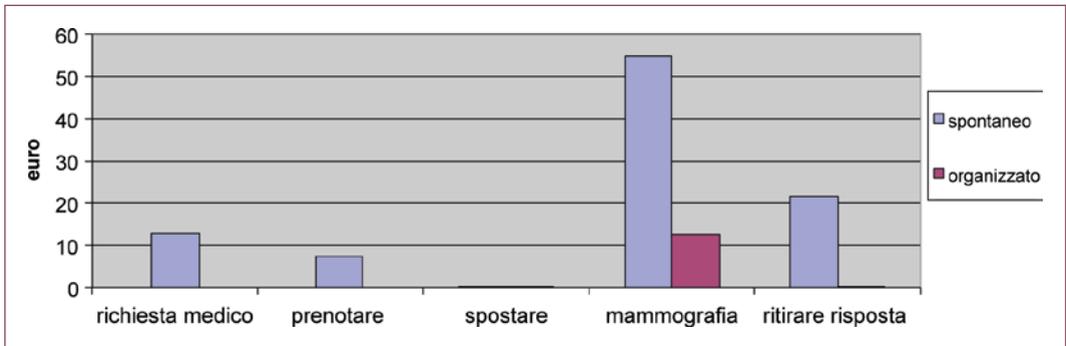


Figura 8. Costo sociale medio per donna stratificato per processo e per tipologia di screening

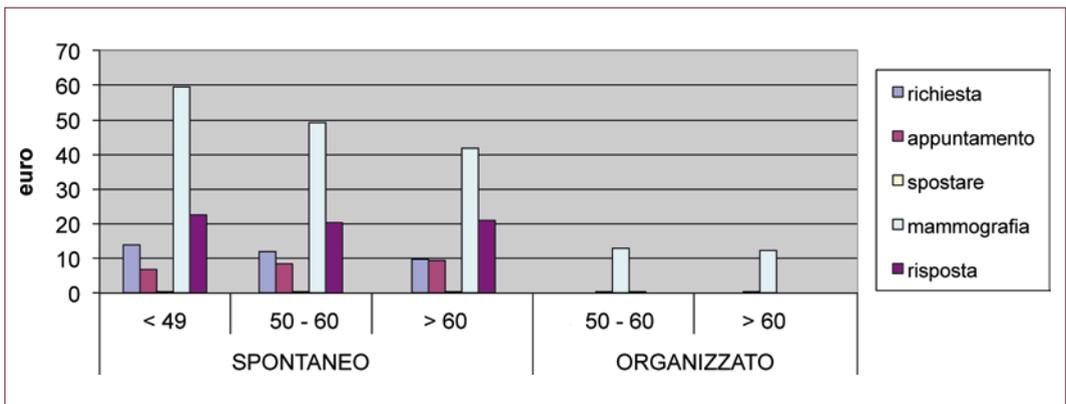


Figura 9. Costo sociale medio per donna. Stratificazioni per età, per processo e per tipologia di screening

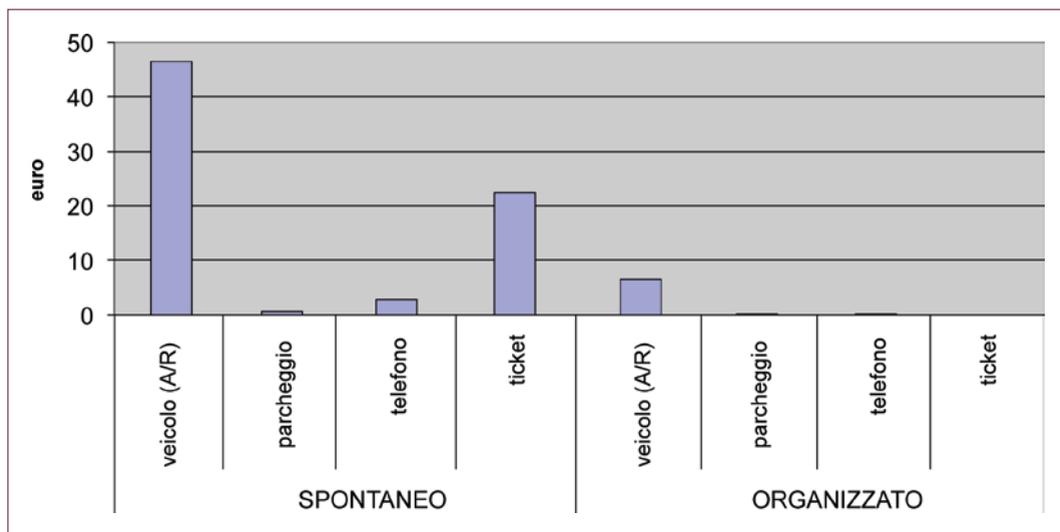


Figura 10. Costi sociali medi: stratificazione dei costi diretti. La figura mostra la tipologia dei costi diretti sostenuti in media da ogni donna per ciascuno dei due screening

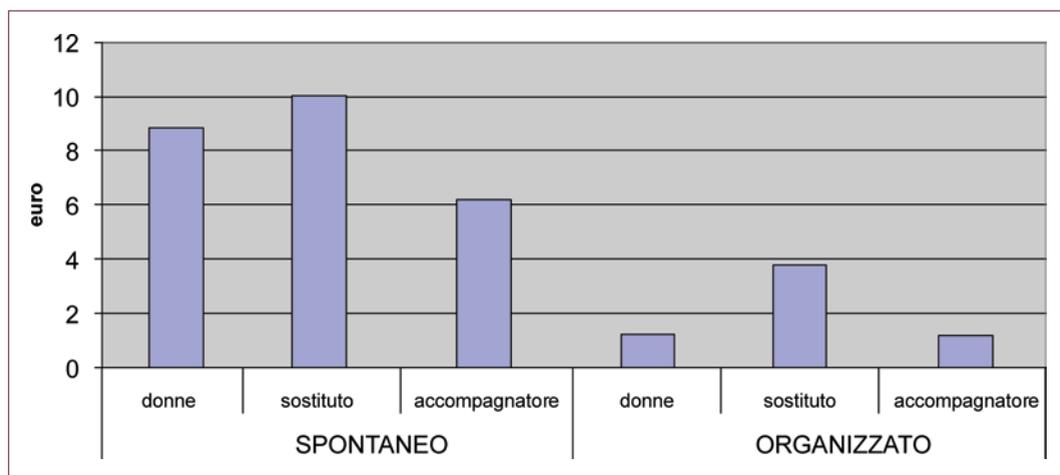


Figura 11. Ripartizione dei costi sociali indiretti

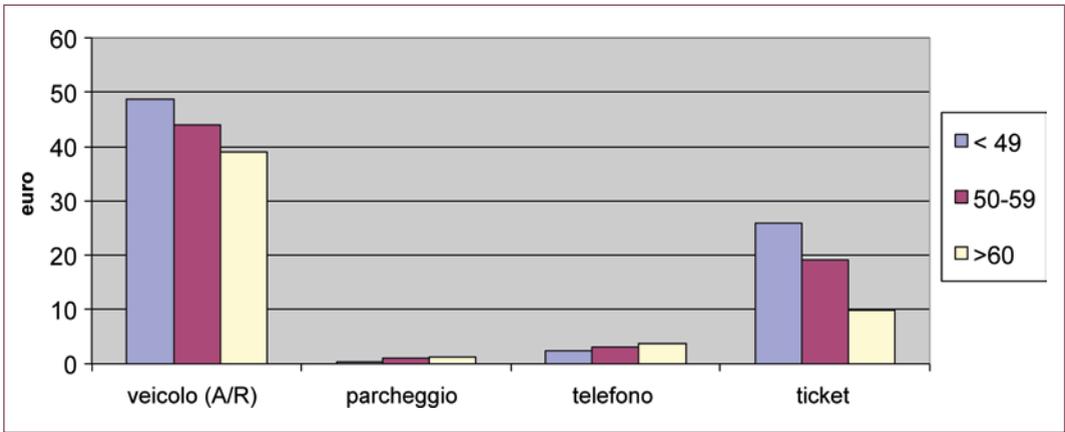


Figura 12. Costi sociali medi dello screening spontaneo: stratificazione dei costi diretti per età. La figura mostra la tipologia dei costi diretti sostenuti in media da ogni donna che afferisce allo screening spontaneo, ripartiti per classi di età

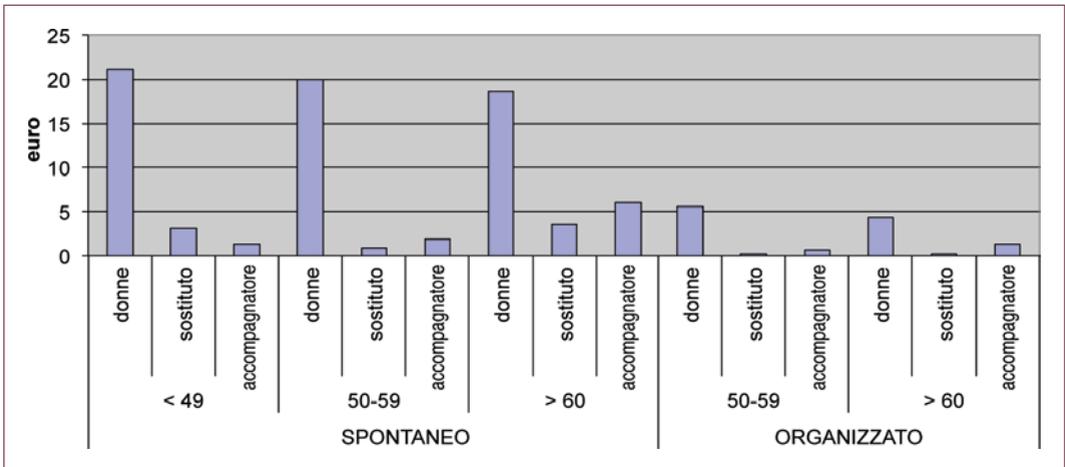


Figura 13. Costi sociali medi per entrambi gli screening: stratificazione dei costi indiretti per età. La figura mostra le tipologie dei costi indiretti sostenuti in media da ogni donna, per entrambe le tipologie di screening, suddivisi per classi di età

Tabella 10. Screening spontaneo, tempi medi per processo ripartiti per classi di età. La tabella mostra quanti minuti impiega in media per attraversare ciascun processo ogni donna che affronta lo screening spontaneo

TEMPO IN MINUTI	< 49	50 - 60	> 60	tutte
per richiesta MMG	48,29	49,67	49,67	48,80
per telefonare/prenotare	39,50	43,43	33,13	39,82
per la mammografia	62,70	60,09	69,59	62,78
per andare/tornare	28,03	27,63	33,03	28,48
aspettare	26,97	25,13	28,57	26,67
fare mammografia	7,70	7,33	7,99	7,64
per ritirare risposta	33,03	32,63	38,03	33,48
TOTALE	183,52	185,82	190,42	184,88
ds (solo mammografia)	32,23	32,55	40,6	33,24

Tabella 11. Screening organizzato, tempi medi per processo ripartiti per classi di età. La tabella mostra quanti minuti impiega in media per attraversare ciascun processo ogni donna che affronta lo screening organizzato

TEMPO IN MINUTI	50 - 60	> 60	tutte
per richiesta MMG			
per telefonare/prenotare			
per la mammografia	45,44	45,03	45,20
per andare/ tornare	28,58	28,58	28,58
aspettare	10,33	9,98	10,12
fare mammografia	6,53	6,47	6,49
per ritirare risposta			
TOTALE	45,44	45,03	45,20
ds (solo mammografia)	15,67	17,79	

Tabella 12. Screening spontaneo, veicolo utilizzato per fare la mammografia, ripartizione per classi di età. La tabella mostra con quale veicolo le donne sono andate a fare la mammografia, ripartendoli per classi di età

VEICOLO	< 49	50 - 60	> 60	tutte	incidenza
a piedi o in bicicletta	9	8	2	19	6%
auto	119	43	23	185	62%
ciclomotore	35	15	3	53	18%
autobus	13	8	4	25	8%
treno	3	1	0	4	1%
taxi	1	0	0	1	0%
non risponde	8	3	1	12	4%
TOTALE	188	78	33	299	

Tabella 13. Screening organizzato, veicolo utilizzato per fare la mammografia, ripartizione per classi di età. La tabella mostra con quale veicolo le donne sono andate a fare la mammografia, ripartendoli per classi di età

VEICOLO	50 - 60	> 60	tutte	incidenza
a piedi o in bicicletta	21	37	58	19%
auto	76	115	191	62%
ciclomotore	12	4	16	5%
autobus	12	22	34	11%
treno	0	0	0	0%
taxi	1	1	2	1%
non risponde	5	2	7	2%
TOTALE	127	181	308	

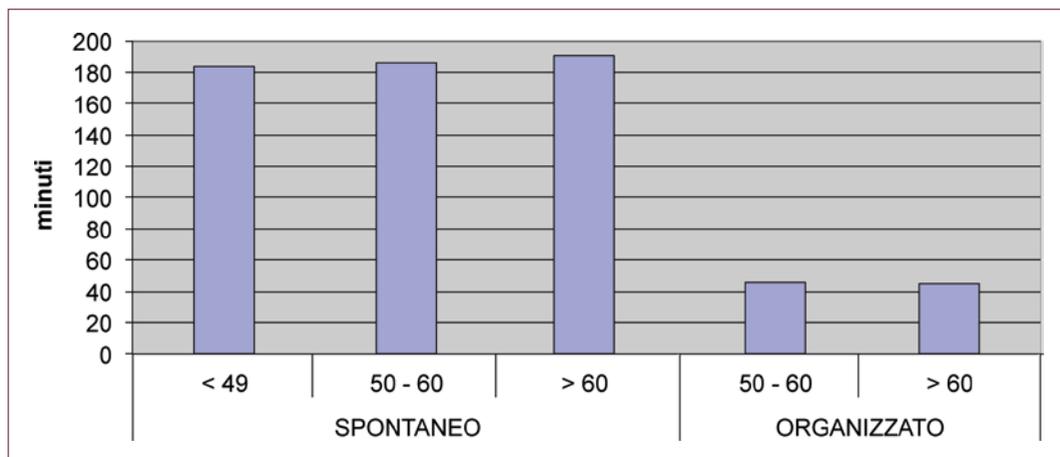


Figura 14. Tempo medio per donna: ripartizione per età, entrambi gli screening. La figura mostra, per ciascuno dei due screening e ripartito per classi di età, il tempo medio necessario a ciascuna donna per completare il percorso

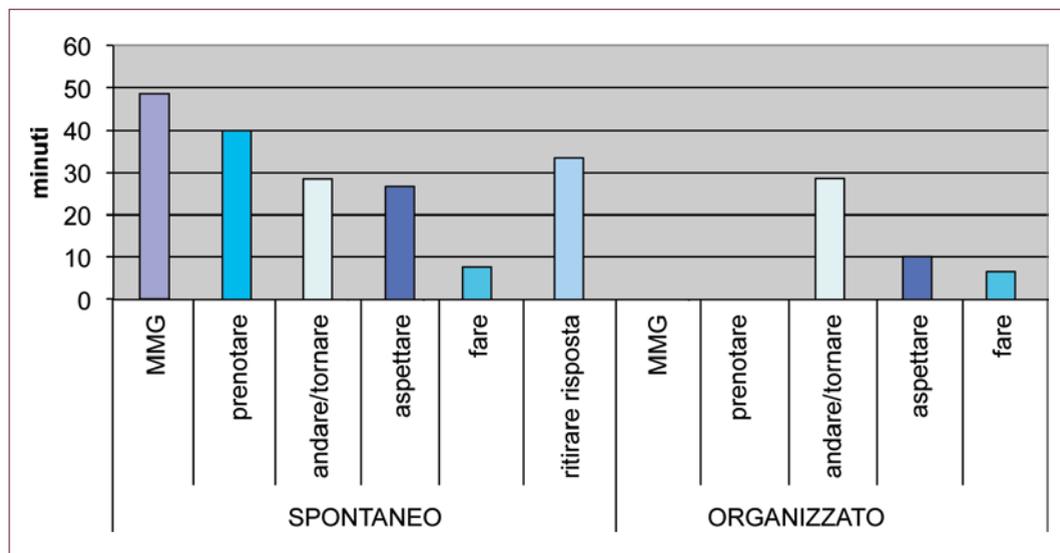


Figura 15. Tempo medio per donna: ripartizione per processi, entrambi gli screening. La figura mostra quanti minuti occorrono in media ad ogni donna per attraversare ognuno dei processi di ciascuno screening

5. CONSIDERAZIONI FINALI

Paola Mantellini

5.1 GLI INSEGNAMENTI DEI COSTI SOCIALI

La letteratura scientifica e alcune indagini campionarie, realizzate in ambito di screening oncologico, hanno evidenziato che l'intervento di prevenzione in ottica di sanità pubblica ovvero l'offerta attiva di un percorso organizzato alla popolazione avente diritto (donne 50-69 anni per lo screening mammografico e 25-64 anni per lo screening del collo dell'utero e donne e uomini di 50-70 anni per lo screening del tumore colo-rettale) esercita una funzione di "riequilibrio" sociale. Non vi è dubbio che gli esordi dello screening organizzato siano stati contrassegnati da una ampia e forte partecipazione di quelle donne che, per effetto delle migliori condizioni socio-economiche e di un livello di istruzione più elevato, avevano una maggiore consapevolezza del proprio stato di benessere psico-fisico, ma il progressivo consolidamento dei programmi territoriali di screening oncologico organizzato ha reso, negli anni, questa attività di prevenzione appannaggio anche delle classi meno abbienti e più deprivate. L'indagine Multiscopo Istat del 2005 è stata tra le prime ad evidenziare cosa stava accadendo: nell'ambito dello screening mammografico confrontando il periodo 1999-2000, in cui ancora pochi programmi erano stati attivati, con il periodo 2004-2005, in cui il programma organizzato cominciava ad essere ormai ben implementato in molte realtà, si era potuto osservare che la proporzione di donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, che dichiaravano di aver fatto una mammografia almeno una volta nella vita, era passata dal 58,1% al 71,0%. Peraltro la diffusione dei programmi di screening aveva comportato una riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso registrando un incremento maggiore fra le donne con basso livello di istruzione, passando dal 51,8% al 65,5% (+13,7, un incremento maggiore di quello che si registrava negli altri livelli di titolo di studio, dove si aveva un aumento di 9 punti percentuali). Questo effetto "riequilibratore" si era rivelato particolarmente forte nelle classi di età più anziane.

I dati più recenti della rilevazione campionaria Passi relativi al periodo 2008-2011 hanno confrontato le caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno aderito ai programmi di screening organizzato con quelle delle donne che si sono sottoposte a una mammografia preventiva come iniziativa individuale. L'effettuazione di una mammografia preventiva è più frequente nelle donne di 50-59 anni, in quelle coniugate o conviventi, con un livello di istruzione più elevato e senza difficoltà economiche. È interessante notare che la percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di screening organizzato è maggiore tra le classi più anziane (60-69 anni). Al contrario, l'esame come scelta personale è effettuato con maggiore frequenza dalle donne più giovani (50-59 anni). Le differenze nella partecipazione analizzate per stato civile, istruzione e difficoltà economiche si confermano sia fra le donne che aderiscono ai programmi organizzato che fra donne che fanno prevenzione individuale, ma tra le donne che aderiscono al programma organizzato questa differenza si riduce sensibilmente (il 42% delle donne del campione con molte difficoltà economiche aderisce allo screening organizzato, mentre questa percentuale si riduce al 14% nell'accesso spontaneo). Analogamente le donne meno istruite (52%) e le donne straniere (43%) utilizzano più frequentemente

lo screening organizzato rispetto alla prevenzione individuale. L'accesso al programma organizzato da parte delle donne con maggiori difficoltà economiche e con livelli di istruzione più bassa sembra aver avuto effetti anche sulla sopravvivenza per tumore della mammella: in uno studio condotto nella provincia di Firenze si osservava una scomparsa delle differenze di sopravvivenza tra donne abbienti e donne deprivate osservate nell'era pre-screening (12 punti percentuali). Tale effetto era rilevante per le donne in fascia di età 50-69 anni, oggetto del programma di screening, e non per quella delle donne più giovani.

Il presente studio è stato condotto su un campione di donne che vive in un contesto territoriale in cui il programma di screening è attivo da 20 anni. Il questionario, di tipo strutturato a domande chiuse, ha permesso comunque di raccogliere commenti da parte delle donne intervistate le quali si sono espresse confermando quando era emerso nei focus group: le donne che partecipavano al programma organizzato non ritenevano i costi sostenuti dei veri costi, mentre per le donne che partecipavano di propria iniziativa il costo percepito in quanto tale è stato quello relativo alla prenotazione dell'appuntamento che comportava un notevole dispendio di tempo al telefono. Relativamente agli aspetti socio-demografici si osserva, come già precedentemente emerso in altre rilevazioni ISTAT, che il titolo di studio risente dell'effetto dell'età: le donne più giovani hanno titoli di studio più elevati rispetto alle più anziane. Anche la prevalenza di un titolo di studio più elevato nelle donne occupate, siano esse a tempo pieno o parziale, risente dell'effetto età essendo in quelle occupate maggiormente concentrata la fascia di donne più giovani. Nel complesso la proporzione delle donne occupate è in linea con il tasso di occupazione femminile (dai 15 ai 64 anni) del 53,1% registrato nel 2010 nella provincia di Firenze.

La metodologia ABC ha permesso non solo di ottenere il costo complessivo che le donne hanno dovuto sostenere per fare una mammografia di prevenzione, ma ha anche consentito di valutare le componenti di questo costo. La conoscenza del costo in tutti i suoi aspetti rappresenta l'elemento fondamentale che può permettere a chi si occupa di gestire la sanità di fare scelte più consapevoli e più mirate e di attuare azioni migliorative. La differenza economica rilevata tra i due percorsi evidenzia che i costi sostenuti da parte delle donne è di oltre 84 € (97,24 € percorso spontaneo e 12,90 € percorso organizzato). In particolare sono le donne più giovani che sostengono il costo più elevato con una differenza di 20 € rispetto alle ultra sessantenni che seguono lo stesso percorso (102,85 € versus 82,15 €). Nel percorso ad accesso spontaneo sono più elevati, rispetto all'organizzato, entrambe le tipologie di costo ovvero i costi diretti e gli indiretti. Per quanto riguarda i diretti il costo maggiore è dato dal mezzo utilizzato per lo spostamento, mentre le donne che aderiscono al percorso di screening organizzato non devono percorrere particolari distanze dal momento che la mammografia è erogata su veicoli mobili situati vicino alla abitazione. Il tempo impiegato per farsi fare la ricetta del medico di famiglia e quello impiegato per prenotare sono costi indiretti di una certa rilevanza sconosciuti alle donne che accedono al programma di screening organizzato alle quali viene comunicato per posta il giorno e l'orario di appuntamento. Nella precedente valutazione sui costi sostenuti dal servizio sanitario per erogare il percorso di screening organizzato, il costo dell'invito per donna esaminata è risultato di 5,03 €, ma se questo viene comparato al costo complessivo che le donne devono sostenere per fissare l'appuntamento (20,42 €) è intuitivo il risparmio complessivo che si potrebbe generare se si adottasse una modalità di invito attiva. In letteratura è spesso dibattuto l'utilizzo dei veicoli mobili per l'erogazione della mammografia di screening, coloro che sono a favore ne sostengono la bontà in termini di maggiore adesione delle donne in particolare in quelle più

anziane, mentre i detrattori ne sottolineano il costo ingente. Nel programma di screening organizzato della provincia di Firenze il costo del veicolo mobile si è dimostrato di una certa consistenza ammontando a circa 4,60 € (un po' più del 10% del costo complessivo al margine di contribuzione del secondo livello pari al 41,37 € per donna esaminata). La presente rilevazione ha evidenziato che il costo medio del veicolo per andare a fare la mammografia e poi tornare è stato di 6,60 €. Nelle donne ad accesso spontaneo il costo medio del veicolo che è stato impiegato per le varie attività (avere la richiesta del medico di famiglia, andare a fare la mammografia e tornare) è risultato pari a 28,11 €. Anche in questo caso il percorso organizzato si è dimostrato economicamente più competitivo ed è evidente il "risparmio" economico di cui hanno beneficiato le donne che sono state invitate.

La metodologia ABC ha permesso di esplorare tutte le componenti del percorso di prevenzione secondaria per il tumore della mammella analizzando in dettaglio le attività e i processi che lo compongono e definendo quindi anche l'impatto economico che l'organizzazione dei servizi ha sul percorso nel suo complesso. Nella survey nazionale pubblicata in precedenza il percorso di screening organizzato, strutturato in base a protocolli molto standardizzati, si è dimostrato più efficiente rispetto al percorso spontaneo in cui i protocolli organizzativi e decisionali non sono sequenzialmente strutturati. Con la presente analisi si è potuto dimostrare che il protocollo clinico-organizzativo adottato nel programma organizzato ha un evidente impatto anche in termini di costi che le donne hanno dovuto personalmente sostenere per fare l'esame. È verosimile che la funzione di riequilibratore sociale che lo screening organizzato ha da tempo dimostrato si giochi, almeno in parte, proprio sul contenimento dei costi sociali che possono rappresentare vere e proprie barriere all'accesso. A prescindere dalle valutazioni di efficacia, l'attuale dibattito sulla estensione dello screening mammografico alle donne di età inferiore ai 50 anni e di età superiore ai 70 si può arricchire di questi nuovi elementi che possono supportare chi, occupandosi di governo clinico, mira a rendere più equo e nello stesso tempo più efficiente il sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Anthony RN, Hawkins DF, Macri DM, Merchant KA. *Sistemi di controllo: analisi economiche per le decisioni aziendali*. McGraw-Hill 2005.

Bubbio A. *Calcolo dei costi per attività*. Guerini e Associati 2006.

Bubbio A, Rubello U, Solbiati M. *Il calcolo dei costi: confronto tra nuove e vecchie impostazioni Amministrazione e finanza oro*. Ipsoa 2007.

Casati G (a cura di). *Il percorso del paziente*. Milano, Egea 1999.

Cokins G. *Activity-based cost management*. Wiley and Sons 2001.

de Gelder R, Bulliard JL, de Wolf C et al. *Cost-effectiveness of opportunistic versus organised mammography screening in Switzerland*. Eur J Cancer 2009 Jan;45(1):127-38.

Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddard GL, Torrance GW. *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Il Pensiero Scientifico 2000.

Ekwueme DU, Hall IJ, Richardson LC et al. *Estimating personal costs incurred by a woman participating in mammography screening in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Programme*. Cancer 2008 Aug 1;113(3):592-601.

Hurley SF, Livingston PM. *Personal costs incurred by women attending a mammographic screening programme*. Med J Aust 1991 Jan 21;154(2):132-4.

Kaplan RS, Atkinson AA. *Advanced Management Accounting: Gli strumenti del controllo di gestione*. ISEDI Editore 2002.

La prevenzione dei tumori femminili in Italia: il ricorso a pap test e mammografia Anni 2004-2005. Sanità Statistiche in breve Istituto Superiore di Statistica dicembre 2006 (sito ISTAT)

Lippi G, Mantellini P. *Semplificarsi la vita con l'ABC/M: come e perchè implementare un DSS basato sulle attività nelle aziende sanitarie*. Tendenze nuove 2012;3:159-85.

Mantellini P, Lippi G. *La prevenzione per il tumore della mammella. I costi dello screening. Una analisi in logica activity based*. Milano, Zadig 2011.

Moisello AM. *L'ABC nelle decisioni d'impresa di breve e lungo periodo*. Milano, Giuffrè 2008.

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia – Passi. www.epicentro.it

Puliti D, Miccinesi G, Manneschi G et al. *Does an organised screening programme reduce the inequalities in breast cancer survival?* Annals of oncology 2012 Feb;23(2):319-23.

Suter LG, Nakano CY, Elmore JG. *The personal costs and convenience of screening mammography*. J Womens Health Gend Based Med 2002 Sep;11(7):667-72.

Secker-Walker RH, Vacek PM, Hooper GJ et al. *Screening for breast cancer: time, travel, and out-of-pocket expenses*. J Natl Cancer Inst 1999 Apr 21;91(8):702-8.

APPENDICE 1: LE TRACCE PER LA CONDUZIONE DEI FOCUS GROUP

TRACCIA - FOCUS GROUP IN SETTING OPPORTUNISTICO

Vi abbiamo invitato a questo incontro perché siamo interessati a conoscere le vostre esperienze riguardo agli screening mammografici e, in particolare, vorremmo affrontare con voi il tema del costo, ovvero quanto costa alle donne sottoporsi agli screening.

Per iniziare vorremmo conoscere le vostre opinioni in merito alla mammografia.

Per il conduttore del focus: capire che cosa ne pensano le donne, quanto sono informate sull'argomento, quali sono le loro principali fonti di informazione.

Vorremmo anche sapere qual è il vostro atteggiamento riguardo a questo tipo di esame.

Suggerimento possibile: a che età avete fatto la prima mammografia?

Per il conduttore del focus: capire la periodicità con cui le donne si sottopongono alla mammografia e perché.

Suggerimento possibile: quante mammografie e/o esami senologici avete fatto negli ultimi 2/4 anni?

Per il conduttore del focus: far emergere le motivazioni per le quali si è scelto il setting opportunistico.

Vorremmo, inoltre, proporvi di riflettere sull'aspetto del costo della mammografia. Vi chiediamo di pensare a quanto spendete per eseguire l'esame, considerando oltre alla spesa per il ticket anche gli altri costi che vi trovate a dover sostenere.

Suggerimento possibile: secondo voi il costo del ticket è adeguato?

Per il conduttore del focus: capire quali sono i costi diretti sostenuti che comprendono:

- Prima dell'esame ovvero il costo per fissare l'appuntamento.

Suggerimento possibile: quante telefonate avete dovuto fare per prendere l'appuntamento?

Quanto vi è costato?

- Durante l'esame per la valutazione dello spostamento (ad esempio costo della benzina, biglietto autobus, parcheggio) e per la sostituzione nella cura di bambini e/o persone anziane, ecc.

- Dopo l'esame per il ritiro del referto.

Fare la mammografia comporta anche un dispendio di tempo. Vi chiediamo di riflettere su questo aspetto specifico.

Suggerimento possibile: quanto tempo impiegate per prendere l'appuntamento per fare l'esame?

Per il conduttore del focus: invitare le donne a parlare dei costi indiretti, del tempo impiegato prima di fare l'esame, ad esempio per prendere l'appuntamento, durante l'esame e dopo per ritirare la risposta.

Capire cosa pesa di più nell'esperienza delle donne e se il tempo impiegato per fare una mammografia può risultare una barriera, se le donne lavoratrici che fanno la mammografia possono usufruire di permessi retribuiti e infine se è un ostacolo il tempo sottratto allo svago.

La mammografia comporta dei benefici e alcuni svantaggi, vorremmo finire invitandovi a riflettere su questa affermazione.

Per il conduttore del focus: capire quali sono gli svantaggi che possono essere intesi come un costo, per alcune troppo alto e quindi diventare un motivo per non fare lo screening o non farlo regolarmente, disattendendo le indicazioni dei medici.

TRACCIA - FOCUS-GROUP IN SETTING ORGANIZZATO

Vi abbiamo invitato a questo incontro perché siamo interessati a conoscere le vostre esperienze riguardo agli screening mammografici e, in particolare, vorremmo affrontare con voi il tema del costo, ovvero quanto costa alle donne sottoporsi agli screening.

Per iniziare vorremmo conoscere le vostre opinioni in merito alla mammografia.

Per il conduttore del focus: capire che cosa ne pensano, quanto sono informate sull'argomento, quali sono le loro principali fonti di informazione.

Vorremmo anche sapere qual è il vostro atteggiamento riguardo a questo tipo di esame.

Per il conduttore del focus: capire la periodicità con cui si sottopongono alla mammografia e perché

Suggerimento possibile: avete sempre rispettato le date previste dal programma?

Per il conduttore del focus: far emergere le motivazioni per le quali si è scelto il setting organizzato.

Vorremmo, inoltre, proporvi di riflettere sull'aspetto dei costi collegati alla mammografia. Nonostante la gratuità dell'esame, vi sono delle spese che dovete sostenere. Vi chiediamo di riflettere su questo.

Per il conduttore del focus: capire quali sono i costi diretti sostenuti dalle donne che comprendono:

- prima dell'esame per l'eventuale telefonata per cambiare l'appuntamento;
- durante l'esame per lo spostamento (ad esempio costo della benzina, biglietto autobus, parcheggio) e per la sostituzione nella cura di bambini e/o persone anziane, ecc.).

Fare la mammografia comporta anche un dispendio di tempo. Vi chiediamo di riflettere su questo aspetto specifico.

Per il conduttore del focus: invitare le donne a parlare dei costi indiretti; la perdita di tempo durante l'esame, e anche nel caso in cui si debba telefonare per spostare l'appuntamento. Capire se è un ostacolo il tempo sottratto allo svago e se il tempo che comporta fare una mammografia può risultare una barriera.

La mammografia comporta dei benefici e alcuni svantaggi, vorremmo finire invitandovi a riflettere su questa affermazione.

Per il conduttore del focus: capire quali sono gli svantaggi che possono essere intesi come un costo, per alcune troppo alto e quindi diventare un motivo per non fare lo screening o non farlo regolarmente, disattendendo le indicazioni dei medici.

APPENDICE 2: IL QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE

STUDIO: VALUTAZIONE DEI COSTI SOCIALI OVERO DEI COSTI SOSTENUTI DALLE DONNE COINVOLTE IN UN PERCORSO DI DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Questo questionario riguarda la mammografia di prevenzione che Lei ha eseguito ed è composto da una serie di domande alle quali è abbastanza semplice rispondere.

Per la compilazione, La preghiamo di:

- apporre una crocetta in corrispondenza della risposta che vuole dare tra quelle elencate;
- riempire gli spazi vuoti con le informazioni richieste laddove sia necessario specificare una risposta;
- scrivere in stampatello;

Le Sue risposte ci saranno molto utili per incrementare la qualità e la conoscenza dei servizi sanitari, in particolare rispetto ai costi che le donne sostengono per eseguire una mammografia di prevenzione.

La preghiamo quindi di compilare tutto il questionario e di rispondere con sincerità, ricordandoLe che non esistono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte Sue.

La ringraziamo per la Sua disponibilità e per la Sua collaborazione.

Sede: _____

Data: _____

PRIMA SEZIONE: DATI ANAGRAFICI

1. Anno di nascita _____

2. Abitazione: Comune _____

3. Cittadinanza: 1 Italiana
2 Straniera (specificare) _____

4. Stato civile: 1 Nubile
2 Coniugata
3 Vedova
4 Convivente
5 Separata/divorziata

- 5. Titolo di studio:**
- 1 Nessun titolo
 - 2 Licenza elementare
 - 3 Licenza media inferiore
 - 4 Licenza media superiore
 - 5 Diploma universitario o Laurea triennale
 - 6 Laurea vecchio ordinamento o specialistica
 - 7 Altro (*specificare*) _____

6. Lei attualmente è?

- 1 Occupata a tempo pieno
- 2 Occupata a tempo parziale
- 3 Disoccupata (in cerca di nuova occupazione)
- 4 Casalinga
- 5 Pensionata
- 6 Altro (*specificare*) _____

7. Se è occupata, che tipo di lavoro svolge?

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

8. Può specificare quale è la professione o il lavoro che Lei svolge attualmente?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

9. Di solito si occupa dell'assistenza non retribuita a persone non autosufficienti?

(per esempio, genitori anziani, familiari disabili, bambini piccoli, ecc.)

- 1 Sì, in modo continuativo
- 2 Sì, occasionalmente
- 3 Sì, con l'aiuto di una persona che retribuisco
- 4 No

10. Escluso l'esame che ha fatto oggi, negli ultimi 3 anni ha eseguito una mammografia nei presidi del NOSTRO ISTITUTO?

(cioè Villa delle Rose, Viale Volta, Viale Amendola e Unità mobili)

- 1 No
- 2 Sì, una volta
- 3 Sì, due volte
- 4 Sì, più di due volte

SECONDA SEZIONE: PRIMA DELL'ESAME

11. Per eseguire la mammografia, è andata prima dal medico di famiglia a farsi compilare la richiesta?

- 1 Sì 2 No → passare alla domanda 26
- ↓

12. Per andare dal medico di famiglia a farsi compilare la richiesta per la mammografia, ha dovuto impiegare tempo che altrimenti avrebbe dedicato al lavoro retribuito?

- 1 No
- 2 Sì, ho preso un permesso retribuito
- 3 Sì, ho preso un permesso non retribuito
- 4 Sì, ho preso un giorno di ferie
- 5 Sì, anche se non ho dovuto chiedere permessi poiché svolgo un lavoro autonomo
- 6 Altro (*specificare*) _____

13. Quanti chilometri ha percorso per raggiungere l'ambulatorio del suo medico di famiglia?

(solo andata)

_____ KM

14. Quanto tempo è rimasta nell'ambulatorio del medico di famiglia?

(consideri il tempo trascorso da quando è arrivata all'ambulatorio del medico a quando ne è uscita)

_____ (ore) _____ (min.)

15. Quanto tempo ha impiegato complessivamente per andare a farsi compilare la richiesta dal medico di famiglia?

(sommi il tempo necessario per andare e tornare dall'ambulatorio del medico e il tempo in cui è rimasta nell'ambulatorio)

_____ (ore) _____ (min.)

16. Con quale mezzo è andata all'ambulatorio del suo medico di famiglia?

- 1 Bicicletta
- 2 A piedi
- 3 Auto (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 4 Motociclo (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 5 Taxi (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo corsa _____)
- 6 Bus (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo biglietto _____)
- 7 Treno (specificare: stazione di partenza _____
stazione di arrivo _____
costo biglietto _____)

17. Se si è spostata in auto o motociclo, ha parcheggiato in un posteggio a pagamento?

- 1 Sì 2 No

18. Per andare dal medico di famiglia, ha dovuto farsi accompagnare da qualcuno?

- 1 Sì 2 No → **passare alla domanda 22**



19. Se sì, chi l'ha accompagnata?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per andare anche lei dal medico di famiglia
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per accompagnare me
- 4 Altro (specificare) _____

20. Se è stata accompagnata da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

21. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

22. Per andare dal medico di famiglia, ha dovuto farsi sostituire da qualcuno a casa?

(per esempio, per assistere familiari non autosufficienti di cui di solito si occupa lei)

1 Sì

2 No →

passare alla domanda 26



23. Se sì, chi l'ha sostituita?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che è stata pagata (es. babysitter, badante, ecc.) *Specificare il costo all'ora: ___euro*
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro
- 4 Altro (*specificare*) _____

24. Se è stata sostituita da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice

- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

25. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

26. Ha prenotato l'appuntamento per la mammografia?

1 Sì

2 No



passare alla domanda 44



27. In quale modo ha prenotato l'appuntamento per fare la mammografia?

1 Telefonando al CUP



passare alla domanda 28

2 Recandosi alla ASL



passare alla domanda 31

3 Recandosi in farmacia



passare alla domanda 31

28. Quante volte ha dovuto telefonare per prenotare l'appuntamento?

1 Una 2 Due 3 Tre 4 Quattro 5 Cinque 6 Più di cinque
(specificare ___)

29. Che tipo di telefono ha usato?

1 Fisso

2 Mobile (cioè il telefono cellulare)

3 Entrambi

30. Complessivamente, quanto tempo ha impiegato al telefono per prenotare la mammografia?

(sommi approssimativamente la durata di tutte le telefonate fatte)

(ore)

(min.)

31. Quanti chilometri ha percorso per raggiungere il luogo in cui ha prenotato l'appuntamento per la mammografia (ASL o farmacia)?

(solo andata)

_____ KM

32. Quanto tempo è rimasta nel luogo in cui ha prenotato l'appuntamento (ASL o farmacia)? *(consideri il tempo trascorso da quando è arrivata a quando è uscita)*

_____ (ore) _____ (min.)

33. Quanto tempo ha impiegato complessivamente per prenotare l'appuntamento?

(sommi il tempo necessario per andare e tornare e il tempo in cui è rimasta)

_____ (ore) _____ (min.)

34. Con quale mezzo ha raggiunto il luogo dove ha prenotato l'appuntamento?

- 1 Bicicletta
- 2 A piedi
- 3 Auto (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 4 Motociclo (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 5 Taxi (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo corsa _____)
- 6 Bus (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo biglietto _____)
- 7 Treno (specificare: stazione di partenza _____
stazione di arrivo _____
costo biglietto _____)

35. Se si è spostata in auto o motociclo, ha parcheggiato in un posteggio a pagamento?

- 1 Sì 2 No

36. Per andare a prenotare l'appuntamento per la mammografia ha dovuto farsi accompagnare da qualcuno?

1 Sì

2 No →

passare alla domanda 40



37. Se sì, chi l'ha accompagnata?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per andare anche lei dal medico di famiglia
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per accompagnare me
- 4 Altro (*specificare*) _____

38. Se è stata accompagnata da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

39. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

40. Per andare a prenotare l'appuntamento ha dovuto farsi sostituire da qualcuno a casa?

(per esempio, per assistere familiari non autosufficienti di cui di solito si occupa lei)

1 Sì

2 No →

passare alla domanda 44



41. Se sì, chi l'ha sostituita?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che è stata pagata (es. babysitter, badante, ecc.) *Specificare il costo all'ora: ____euro*
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro
- 4 Altro (*specificare*) _____

42. Se è stata sostituita da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

43. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

44. Ha telefonato per spostare l'appuntamento già fissato per la mammografia?

1 Sì

2 No →

passare alla domanda 48



45. Quante volte ha dovuto telefonare per spostare l'appuntamento per la mammografia?

- 1 Una 2 Due 3 Tre 4 Quattro 5 Cinque 6 Più di cinque
(specificare ____)

46. Che tipo di telefono ha usato?

- 1 Fisso 2 Mobile (cioè il telefono cellulare) 3 Entrambi

47. Complessivamente, quanto tempo ha impiegato al telefono per spostare l'appuntamento per la mammografia?*(sommi approssimativamente la durata di tutte le telefonate fatte)*

_____	_____
(ore)	(min.)

TERZA SEZIONE: IL GIORNO DELL'ESAME**48. Quanti chilometri ha percorso per raggiungere la sede in cui ha fatto la mammografia?***(solo andata)*

_____ KM

49. Con quale mezzo è andata a fare la mammografia?

- 1 Bicicletta
- 2 A piedi
- 3 Auto (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 4 Motociclo (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____)
- 5 Taxi (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo corsa _____)
- 6 Bus (specificare: vie e comune di partenza _____
vie e comune di arrivo _____
costo biglietto _____)
- 7 Treno (specificare: stazione di partenza _____
stazione di arrivo _____
costo biglietto _____)

50. Se si è spostata in auto o motociclo, ha parcheggiato in un posteggio a pagamento?

- 1 Sì 2 No

51. Per andare a fare la mammografia, ha dovuto farsi accompagnare da qualcuno?

- 1 Sì 2 No → *passare alla domanda 55*



52. Se sì, chi l'ha accompagnata?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per andare anche lei a fare la mammografia
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro per accompagnare me
- 4 Altro (*specificare*) _____

53. Se è stata accompagnata da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

54. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

55. Per andare a fare la mammografia, ha dovuto farsi sostituire da qualcuno a casa?

(per esempio, per l'assistenza di persone non autosufficienti di cui di solito si occupa)

1 Sì

2 No →

passare alla domanda 59



56. Se sì, chi l'ha sostituita?

- 1 Una persona libera dal lavoro (cioè una persona che non svolge un lavoro retribuito o che quel giorno non doveva lavorare)
- 2 Una persona che è stata pagata (es. babysitter, badante, ecc.) *Specificare il costo all'ora:* ____euro
- 3 Una persona che ha preso un permesso dal lavoro
- 4 Altro (*specificare*) _____

57. Se è stata sostituita da una persona che ha preso un permesso dal lavoro, che tipo di lavoro svolge questa persona:

- 1 alle dipendenze a tempo indeterminato
- 2 alle dipendenze a tempo determinato
- 3 collaborazione coordinata e continuativa (o a progetto)
- 4 prestazione d'opera occasionale
- 5 lavoro autonomo come imprenditrice
- 6 lavoro autonomo come libera professionista
- 7 lavoro autonomo come lavoratrice in proprio
- 8 lavoro autonomo come socia di cooperativa
- 9 lavoro autonomo come coadiuvante familiare

58. Può specificare quale è la professione o il lavoro svolto dalla persona che l'ha accompagnata?

(per esempio "commercialista", "professore di liceo", "camionista". Evitare termini generici come "operaio" o "impiegato")

59. Per andare a fare la mammografia, ha dovuto impiegare tempo che altrimenti avrebbe dedicato al lavoro retribuito?

- 1 No
- 2 Sì, ho preso un permesso retribuito
- 3 Sì, ho preso un permesso non retribuito
- 4 Sì, ho preso un giorno di ferie
- 5 Sì, anche se non ho dovuto chiedere permessi poiché svolgo un lavoro autonomo
- 6 Altro (*specificare*) _____

60. Nel caso lei svolga un'attività retribuita quante ore lavora in media alla settimana?

(ore)

61. Quanto tempo ha impiegato per il percorso fino alla sede in cui ha fatto la mammografia?

(solo andata)

_____ _____
(ore) (min.)

62. Quanto tempo ha atteso prima di fare la mammografia?

_____ (ore) _____ (min.)

63. Quanto tempo è servito per eseguire la mammografia?

_____ (ore) _____ (min.)

64. Quanto tempo ha impiegato complessivamente per fare la mammografia?

(sommi il tempo necessario per andare alla sede in cui ha fatto l'esame e il tempo trascorso per l'attesa e l'esecuzione dell'esame)

_____ (ore) _____ (min.)

65. Ha pagato la mammografia?

- 1 Sì _____ euro
- 2 No

66. Che cosa pensa dei costi che lei sostiene per fare la mammografia (costi monetari e di tempo)?

- 1 sono convenienti
- 2 sono adeguati
- 3 sono abbastanza elevati
- 4 sono eccessivi

67. Il giorno della mammografia ha dovuto chiedere a qualcuno di accompagnarla per poter raggiungere la sede dell'Istituto?

- 1 Sì
- 2 No

68. Commenti

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2014
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A.
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Tel. 050 313011 • Fax 050 3130300
www.pacineditore.it

