



**COMUNICARE  
CON TUTTI**

**V° SEMINARIO SULLA  
COMUNICAZIONE  
NEI PROGRAMMI DI  
SCREENING**

**13-14  
DICEMBRE 2010  
VERONA**

OSSERVATORIO  
NAZIONALE  
SCREENING

**Centro Medico  
Culturale G. Marani**  
Via C. De Lellis, 2 - Verona



# Progetto P.I.O: le diverse facce della partecipazione

**Livia Giordano**

# PIO

- **P.I.O. Programmi Integrati della ricerca Oncologica** è un progetto triennale bandito nel 2006 dal Ministero della Salute che racchiude 7 programmi integrati relativi a 7 specifiche aree tematiche:
  - 1. Sperimentazione di modelli di intervento di prevenzione primaria e secondaria
  - 2. Diagnostica molecolare avanzata
  - 3. Strategie terapeutiche innovative
  - 4. Sperimentazioni cliniche di fase I (in collaborazione con AIFA)
  - 5. Valutazione di nuove tecnologie ed interventi nella rete assistenziale del SSN
  - 6. Valutazione e sperimentazione di terapie di supporto e di modelli assistenziali integrati
  - 7. Interventi riabilitativi (fisica, psico-sociale, ecc...)

Questo progetto è inserito nell'ambito del Programma Integrato in Oncologia (PIO), finanziato dal Ministero della Salute nel corso del 2007, all'interno dell'area tematica *Sperimentazione di modelli di intervento di prevenzione primaria e secondaria* e del sottoprogetto *Prevenzione secondaria in oncologia: sviluppo dei modelli organizzativi, innovazione tecnologica e miglioramento della performance*.

### Partners coinvolti:

- ✓ Regione Piemonte – CPO Centro di Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
- ✓ Regione Toscana – ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze
- ✓ Regione Lazio – Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica
- ✓ Regione Veneto – Istituto Oncologico Veneto IRCSS di Padova
- ✓ Regione Umbria – Azienda Sanitaria Locale 2, Perugia
- ✓ Regione Emilia-Romagna – Unità complessa senologia AUSL Bologna

## **Obiettivi specifici dell'unità operativa**

1. Costruire e diffondere un modello concettuale di riferimento per lo studio dell'equità nel percorso di screening ed assistenziale dei tumori della mammella, della cervice e del colonretto.
2. Aggiornare le conoscenze di letteratura già esistenti per quanto riguarda l'equità nel percorso assistenziale di questi tumori in Italia.
3. Utilizzare le fonti informative esistenti per ottenere una fotografia dello stato attuale ed in particolare in relazione alle diseguaglianze nella copertura del programma, adesione all'invito, incidenza di tumore e stadio alla diagnosi, qualità della diagnosi e del trattamento in termini di tempestività, appropriatezza e sopravvivenza.
4. Identificare aree critiche nell'organizzazione dei servizi di prevenzione e cura dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colonretto che necessitano di specifici interventi di contrasto alle diseguaglianze di salute.

## **Obiettivi intermedi**

- a) Indagare, attraverso approcci sia di tipo qualitativo che quantitativo, le cause della variabilità intra e interregionale nella partecipazione ai programmi organizzati di screening oncologico in Italia ed in particolare nelle regioni Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, Umbria e Toscana, dove i programmi sono attivi da più tempo ed esiste un coordinamento regionale delle attività.
- b) Sviluppare modelli organizzativi, di monitoraggio e di comunicazione per migliorare l'equità dell'accesso di particolari sottogruppi della popolazione.
- c) indagare l'interazione tra screening organizzato e screening opportunistico sui livelli di copertura e partecipazione;

I 2 filoni principali:

▶ GLI IMMIGRATI E GLI SCREENING  
ONCOLOGICI

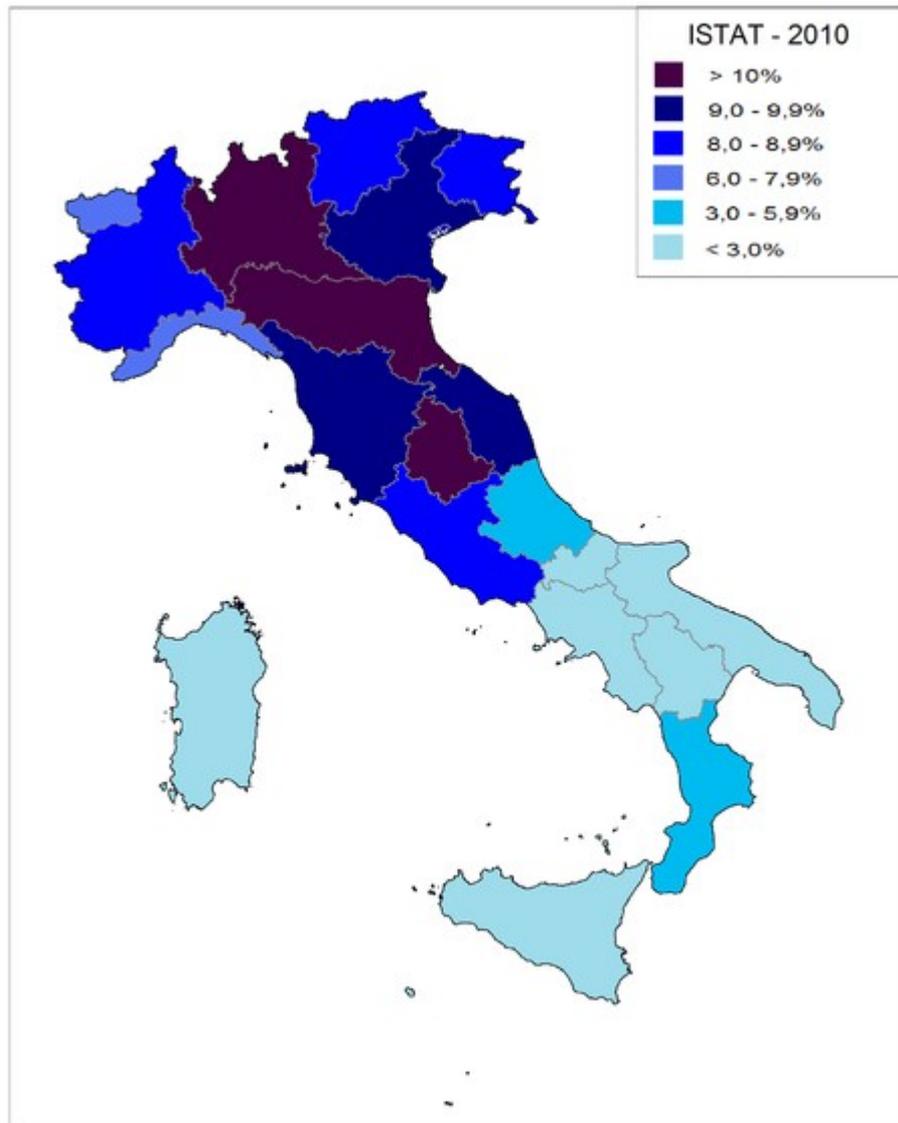
▶ LA FIDELIZZAZIONE ALLO  
SCREENING



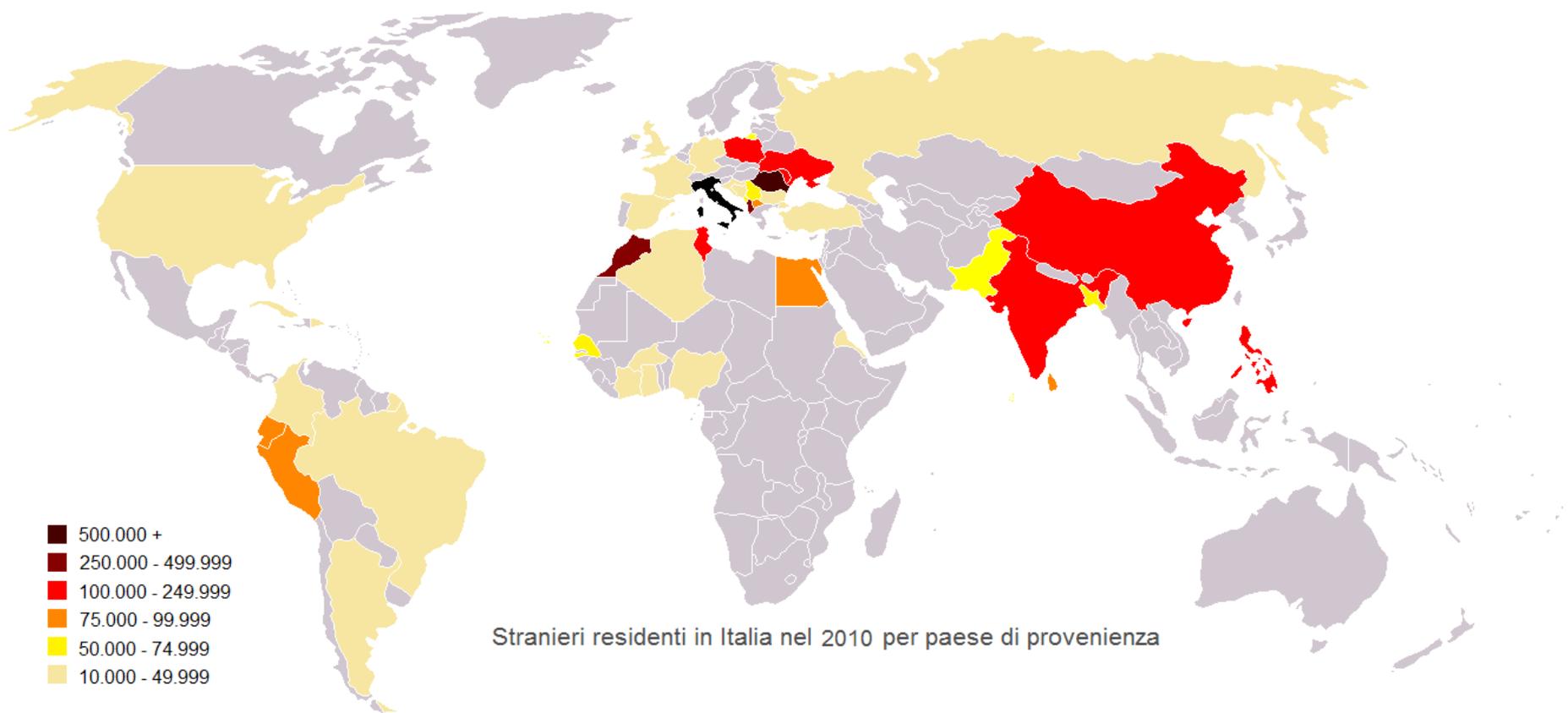
**GLI IMMIGRATI E GLI SCREENING  
ONCOLOGICI**

# RAZIONALE (1)

- Nel contesto degli screening oncologici, sia in ambito nazionale che internazionale, la qualità della comunicazione viene considerata un elemento fondamentale per l'efficienza e l'efficacia dei programmi, al pari della qualità di tutti gli aspetti relativi all'organizzazione, alla diagnosi e al trattamento.
- Oltre alla tipologia organizzativa che viene adottata, le attività di informazione e comunicazione rivestono infatti un'importanza strategica nel favorire l'equità nell'accesso e la partecipazione informata allo screening da parte della popolazione target.
- Popolazione che è caratterizzata da una forte eterogeneità dovuta a fattori sociali, culturali, economici ed etnici, e diversa capacità di ricezione e comprensione delle informazioni, che impone quindi agli operatori della prevenzione di tenere conto di questi fattori al fine di realizzare una relazione efficace.
- Particolare attenzione va dedicata ad alcune fasce di popolazione che potrebbero necessitare di interventi più mirati di comunicazione quali gli immigrati, la popolazione anziana, gli individui con competenze alfabetiche moderate o basse.



**Percentuale di stranieri sul totale della popolazione regionale**



Stranieri residenti in Italia nel 2010 per paese di provenienza

Figura 6 – Popolazione residente straniera al 1° gennaio 2010, prime 20 cittadinanze, migliaia (stima)

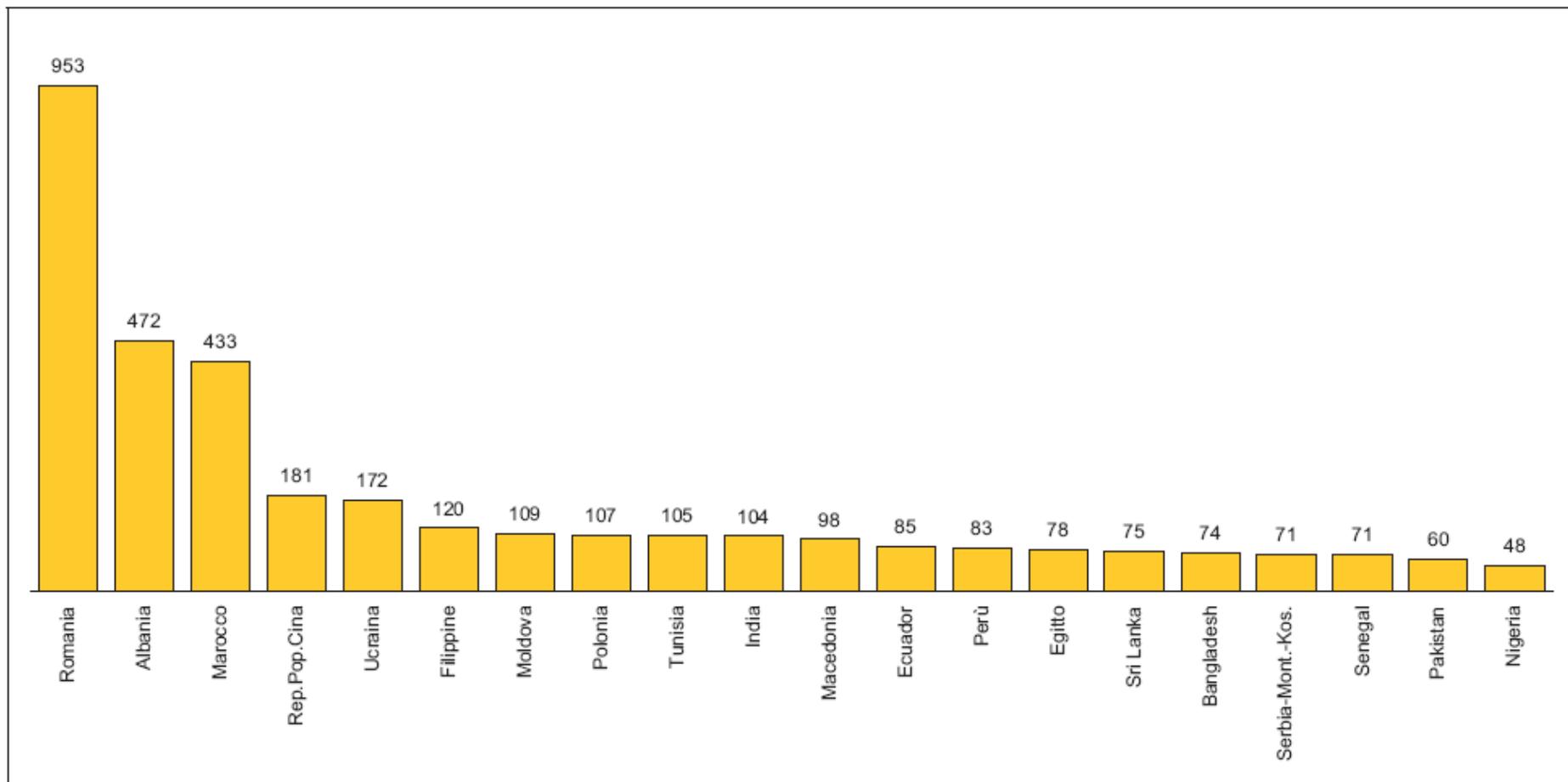
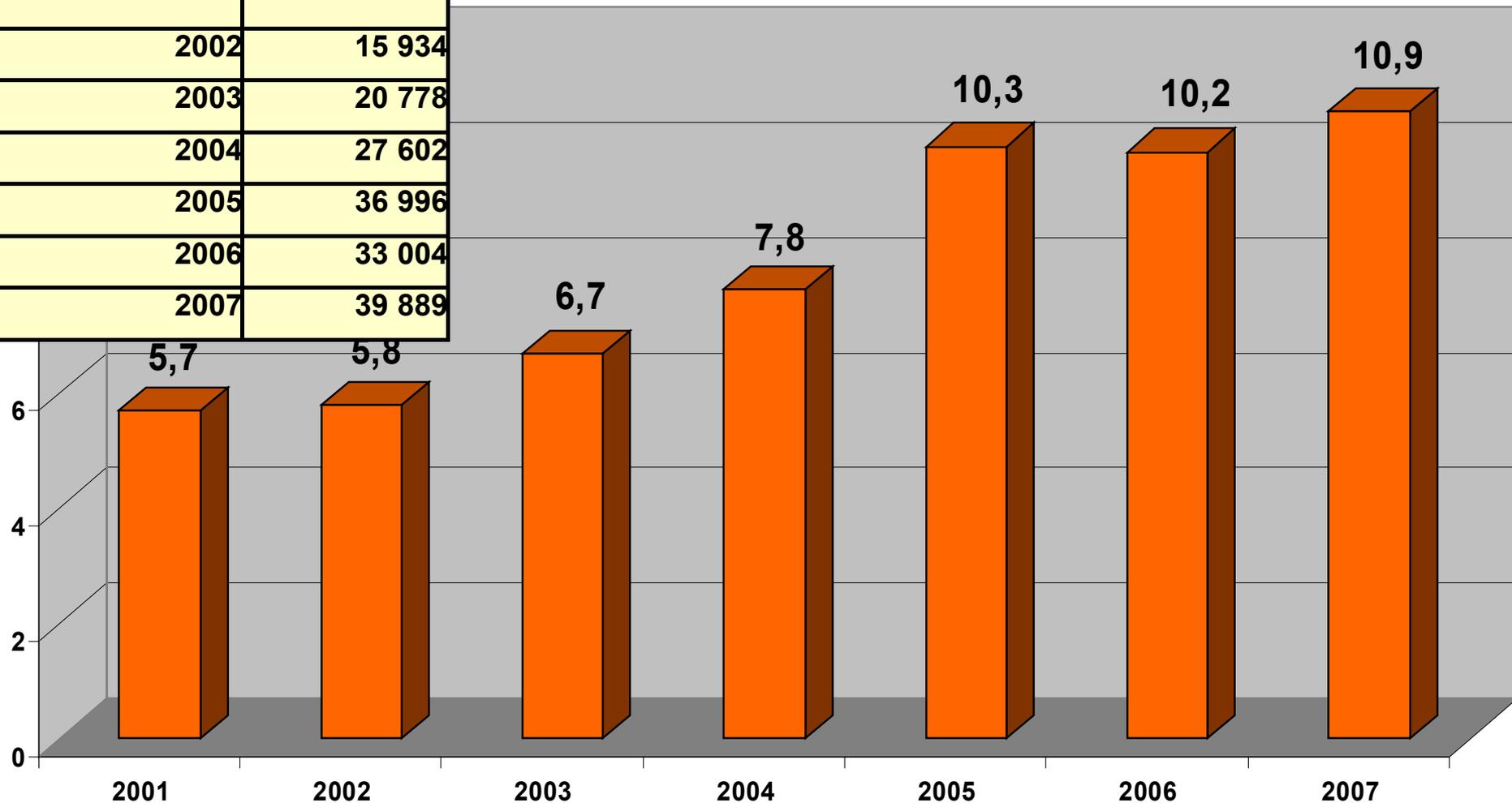


Tabella 6 – Popolazione straniera residente per regione e classi di età al 1° gennaio 2010 (stima)

REGIONI	Composizione percentuale per classi di età				Età media	Incidenza percentuale della popolazione straniera sulla popolazione totale			
	0-17	18-39	40-64	65+		0-17	18-39	40-64	65+
Piemonte	22,5	48,6	26,9	2,1	31,0	12,6	15,9	6,4	0,8
Valle d'Aosta	22,3	47,6	27,4	2,7	31,4	8,8	11,6	4,9	0,8
Lombardia	24,0	47,3	26,8	1,8	30,5	14,5	17,3	7,6	0,9
Trentino-Alto Adige	22,9	45,9	28,0	3,2	31,7	10,0	13,7	6,7	1,5
Bolzano – Bozen	21,7	45,1	28,9	4,3	32,8	8,5	12,3	6,7	1,9
Trento	23,9	46,5	27,2	2,4	30,8	11,5	15,1	6,8	1,1
Veneto	24,3	48,2	25,9	1,5	30,1	14,3	17,3	7,2	0,8
Friuli-Venezia Giulia	21,4	46,5	29,2	2,8	32,1	12,0	15,3	6,7	1,0
Liguria	20,6	46,3	29,6	3,4	32,7	10,8	14,3	5,9	0,9
Emilia-Romagna	22,8	47,9	27,3	2,0	30,9	15,6	19,1	8,2	0,9
Toscana	20,9	47,1	29,2	2,8	32,2	12,7	16,5	7,5	1,1
Umbria	21,6	46,2	29,3	2,9	32,1	14,6	17,8	8,8	1,3
Marche	23,1	46,8	27,5	2,6	31,2	13,0	15,5	7,2	1,1
Lazio	18,8	48,2	30,5	2,5	33,1	9,9	15,1	7,6	1,1
Abruzzo	19,8	49,0	28,6	2,7	32,2	7,1	9,9	4,7	0,7
Molise	18,4	49,5	29,7	2,4	32,7	2,9	4,4	2,1	0,3
Campania	16,0	46,6	35,3	2,1	34,5	2,0	3,8	2,7	0,3
Puglia	20,0	47,2	29,5	3,2	32,6	2,2	3,2	1,8	0,4
Basilicata	17,6	49,7	31,0	1,7	32,7	2,3	3,8	2,0	0,2
Calabria	18,3	48,0	31,5	2,2	33,0	3,4	5,2	3,1	0,4
Sicilia	20,4	48,4	28,8	2,3	32,0	2,8	4,2	2,2	0,3
Sardegna	16,5	47,4	32,6	3,5	34,4	2,2	3,2	1,8	0,4
ITALIA	22,0	47,6	28,2	2,2	31,5	9,2	12,1	5,7	0,8
Nord	23,3	47,7	27,0	2,0	30,8	13,8	17,0	7,3	0,9
Nord-ovest	23,4	47,6	27,0	2,0	30,8	13,6	16,6	7,1	0,9
Nord-est	23,3	47,8	26,9	2,0	30,7	14,1	17,4	7,5	0,9
Centro	20,3	47,5	29,6	2,7	32,5	11,5	15,8	7,6	1,1
Mezzogiorno	18,5	47,8	31,2	2,5	33,1	2,7	4,3	2,5	0,4
Sud	18,1	47,6	31,9	2,5	33,3	2,7	4,4	2,6	0,4
Isole	19,6	48,2	29,6	2,5	32,5	2,6	3,9	2,1	0,3

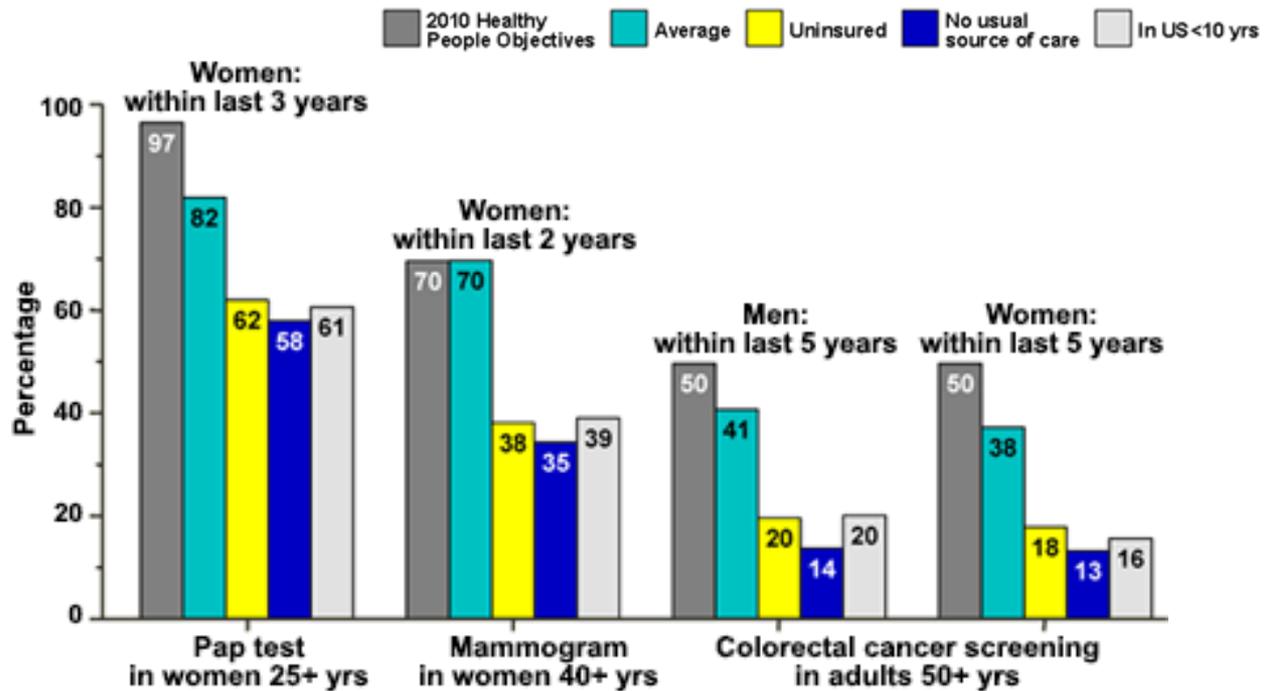
Anno	INVITO
2001	15 956
2002	15 934
2003	20 778
2004	27 602
2005	36 996
2006	33 004
2007	39 889

Partecipazione allo screening citologico in Piemonte: dal 2001 al



# RACIAL/ETHNIC CANCER SCREENING DISPARITIES AMONG IMMIGRANTS

**Greatest Disparities in the Use of Cancer Screening Tests: Uninsured, No Usual Source of Health Care, Recent Immigrants**



Source: 2000 National Health Interview Survey

# FRAMEWORK:

## Factors Affecting Immigrants' Health in U.S.

- Pre-migration
- Peri-migration
- Post-migration

# Literacy:

► Literacy is the ability to identify, understand, interpret, create, communicate, compute and use printed and written materials associated with varying contexts. Literacy involves a continuum of learning to enable an individual to achieve his or her goals, to develop his or her knowledge and potential and to participate fully in the wider society.

Unesco

► La maggior parte del materiale prodotto all'interno dei programmi di screening è scritto con un linguaggio non accessibile alla popolazione meno scolarizzata e quindi più a rischio a NON effettuare il test



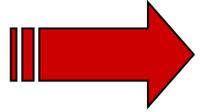
**Eterogeneità...**

# Popolazione immigrata

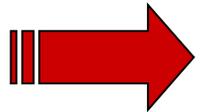
Fattori legati con una più alta pratica di test di screening nella popolazione immigrata sono:

- ✿ Alto livello socio-economico
- ✿ Presenza di assicurazione sanitaria
- ✿ Giovane età
- ✿ Occupazione
- ✿ Orario di lavoro ridotto
- ✿ Alto livello scolastico
- ✿ Buona conoscenza dell'inglese
- ✿ Immigrazione da più lungo periodo

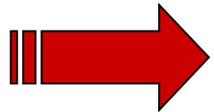
# **Principali barriere allo screening delle donne straniere**



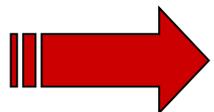
**Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie**



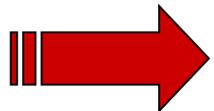
**Problematiche relative alla comprensione dei messaggi**



**Scarsa informazione e cultura di prevenzione**



**Incompatibilità tra i valori culturali, religiosi delle donne e le procedure alla base dello screening???**



**Fattori emotivi e psicologici (repressione, paura della malattia, imbarazzo per il test di screening, ecc...)**



# IMMIGRATI E SCREENING IN ITALIA

- ▶ Fotografare quello che già si è fatto in Italia in termini di esperienze e riflessioni specifiche su immigrati e screening oncologici
- ▶ Fornire agli operatori degli screening strumenti per analizzare il fenomeno e per pianificare eventuali interventi o studi

Gessica Martello, Carla Cogo

## Preparazione

- A. Raccolta dati
- B. Raccolta di informazioni su progetti specifici
- C. Analisi della letteratura
- D. Interviste a testimoni privilegiati

**A. La raccolta di dati** relativi alla partecipazione della popolazione immigrata ai programmi di screening.

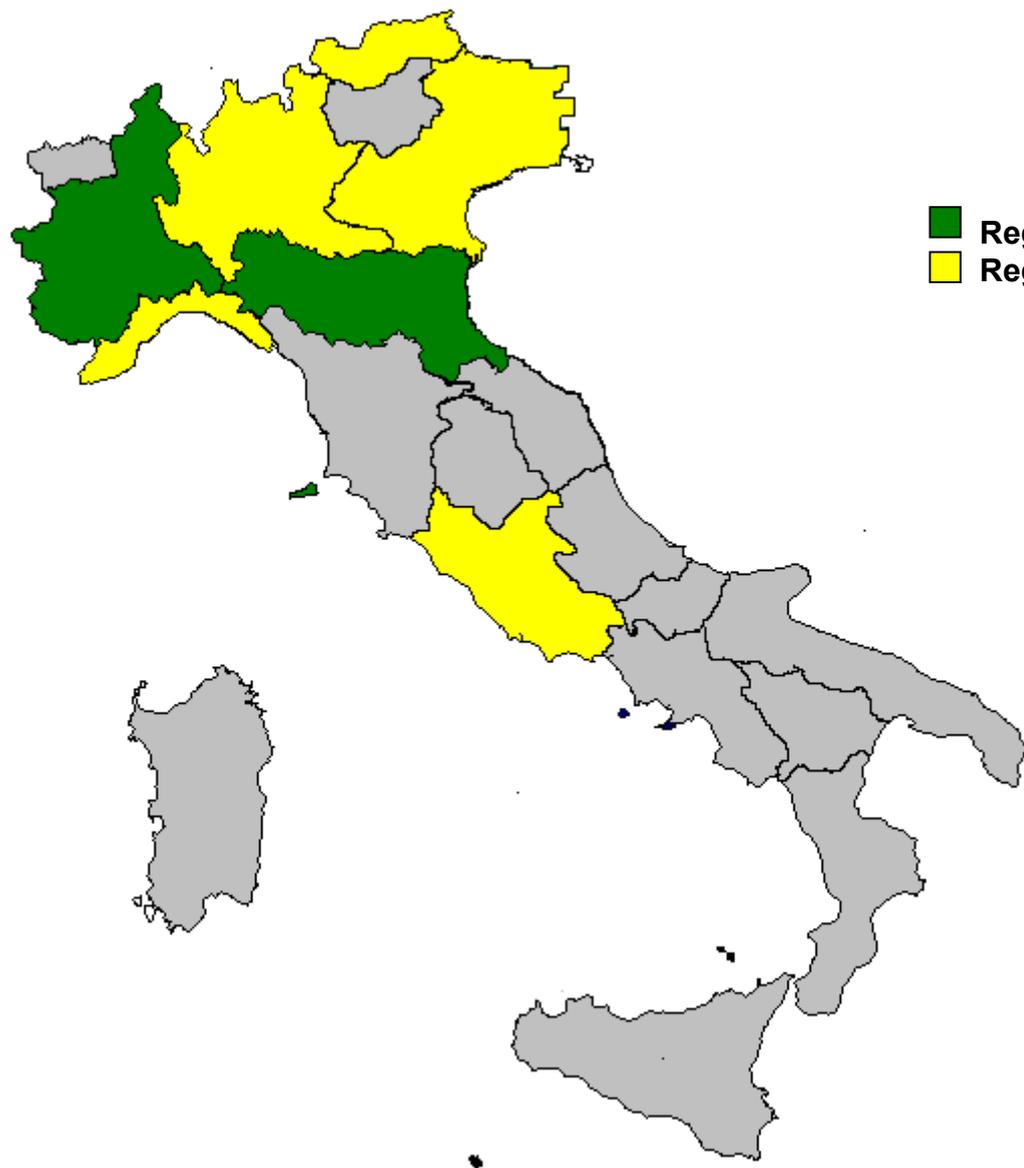
[A.questionario partecipazione immigrati.doc](#)

Ci sono ritornate compilate 9 schede:

- 6 riguardano analisi occasionali dell'adesione della popolazione immigrata ai programmi di screening,
- 3 sono analisi sistematiche con cadenza principalmente annuale.

Alcune sono condotte a livello regionale (Lazio, Emilia-Romagna, Trento, Piemonte), mentre le altre localmente a livello di singola asl.

C'è disparità sul criterio di classificazione, che si divide tra cittadinanza e luogo di nascita. La maggior parte delle analisi ha però scelto il luogo di nascita.



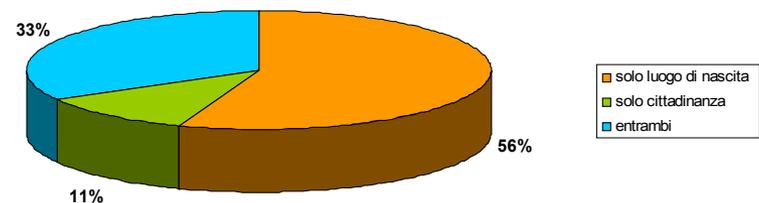
- Regioni che effettuano analisi sistematiche
- Regioni che effettuano solo analisi di tipo occasionale.

### Sintesi analisi dei dati su “immigrati e screening” in Italia

7 regioni hanno fornito i dati per l'indagine: Veneto, Trentino Alto Adige, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

- **La maggior parte delle regioni effettua analisi soprattutto relativamente allo screening mammografico e citologico. Solo 2 regioni (Lombardia, Emilia Romagna) delle 7 rispondenti analizzano anche i dati dello screening coloretale per tale sottogruppo di popolazione.**
- **Il 56% delle regioni rispondenti utilizza il criterio del luogo di nascita per l'identificazione della popolazione straniera partecipante agli screening, mentre l'11% la cittadinanza. Il 33% utilizza entrambi i criteri. Il 71% dei programmi che utilizzano il criterio del luogo di nascita identifica con esattezza anche il paese di origine.**

Critero utilizzato per classificare la popolazione immigra





**B. La raccolta di informazioni su progetti specifici** per gli immigrati realizzati nei programmi di screening italiani.

Delle **17 esperienze** rilevate la maggior parte riguarda programmi del centro-nord perché:

- i programmi di screening sono più diffusi e più consolidati proprio in queste regioni, mentre hanno più difficoltà ad avviarsi e a consolidarsi nel sud;
- è proprio nelle regioni del centro-nord che si trova una maggiore presenza degli immigrati e, di conseguenza, questo forse spinge a rendere più urgente rispondere alla questione dell'accesso di questa popolazione ai programmi di screening.

[-Tabella riassuntiva esperienze raccolte PIO.doc](#)

**C. Una analisi della letteratura**, soprattutto italiana ma non solo, prodotta sul tema in specifico per quanto riguarda i servizi di screening, ma anche sul rapporto tra popolazione e servizi sanitari in genere, al fine di ricostruire un breve sintesi del contesto teorico di riferimento.

**D. 9 interviste a testimoni chiave** che, in virtù del loro ruolo, hanno un punto di osservazione privilegiato sulla questione:

- responsabili di programma di screening che hanno già sperimentato interventi con la popolazione immigrata,
- strutture che da anni si occupano della salute degli immigrati,
- docenti con competenza specifica in tema di traduzioni, mediazione interculturale e antropologia.

# Struttura del documento



## ***Fornire una breve introduzione sul fenomeno immigrati in Italia***

- aspetti quantitativi del fenomeno e metodi per quantificarlo: cittadinanza vs paese di nascita, etnie, aggregazioni.
- mutamenti avvenuti negli ultimi anni: riduzione dello scarto di genere, progressiva stabilizzazione del fenomeno.
- rapporto con il sistema salute, dati Istat sull'accesso ai servizi, e altri significativi nell'ambito della salute: quali dati abbiamo? Che cosa ci dicono questi dati in termini di utilizzo dei servizi sanitari? Sono identificabili dei trend temporali?

## ***Quantificare il fenomeno immigrati e screening in Italia:***

- Quali dati abbiamo? Da quali programmi o regioni sono raccolti? Come si possono raccogliere? Che difficoltà ci sono?

## Struttura del documento

### ***Barriere che generano le disuguaglianze nell'accesso:***

- differenze normative fra le diverse tipologie di immigrato (irregolare, STP, clandestino)
- accesso all'informazione: barriere linguistiche e livello di health literacy
- organizzazione dei servizi e fattori di contesto 'cultura'. Prevalenza di fattori sociali o culturali? Di quali dobbiamo tenere conto nel pianificare un intervento?

### ***Mediazione linguistico-culturale:***

- ruolo del mediatore tra competenze linguistiche e relazionali
- problematiche nella relazione a tre paziente-mediatore-operatore sanitario
- formazione dei mediatori: la necessità di un approccio che lavori su analisi di incontri reali e sul confronto con gli operatori
- ruolo del mediatore nei programmi di screening per la promozione degli screening presso le comunità

***Traduzione e comunicazione istituzionale:*** cosa tradurre, come tradurre, quanto tradurre:

- traduzione spesso come alibi
- questione di quantità o di qualità
- un buon testo in italiano è più comprensibile per tutti e rende migliore la traduzione
- traduzione come negoziazione tra chi scrive il testo in italiano e chi traduce e confronto finale con i destinatari della comunicazione
- lavorare in rete con altri sistemi per investire sull'italiano come lingua comune di un paese multiculturale



# Conclusioni (PRELIMINARI)

- Non “culturalizzare” necessariamente la questione. Evitare gli stereotipi. La diversità culturale non deve diventare un alibi per **non** riflettere sulle modalità organizzative, comunicative, ecc.
- Conoscere il fenomeno: metodi per quantificarlo possibilmente uniformati nei criteri con cui vengono classificati gli stranieri.
- Fare i conti con il proprio contesto organizzativo e con le risorse a disposizione.
- Lavoro di rete e gruppi di lavoro multidisciplinari, integrazione con i servizi che si rivolgono agli immigrati.
- Metodologie partecipative (partecipazione del target dell'intervento fin dalle fasi di progettazione, ricerca\azione in modo da attivare le risorse presenti nelle comunità, valutazione finale con il target).
- Verifica: questo è l'aspetto più carente, non solo perché spesso non viene effettuata una valutazione, ma anche perché laddove viene effettuata i risultati sono scarsi: si recuperano poche persone rispetto ai numeri a cui sono abituati gli screening.



*Dvd sul tema immigrati e screening :*

***LINGUE E LINGUAGGI DELLA PREVENZIONE***

*Master class :*

***IMMIGRANTS AND SCREENING***

*dott.ssa Lai Fong Chiu (University of Leeds) – ausl Bologna G. Saguatti-  
R. Costantino*



**LA FIDELIZZAZIONE ALLO SCREENING**

# RAZIONALE (1)

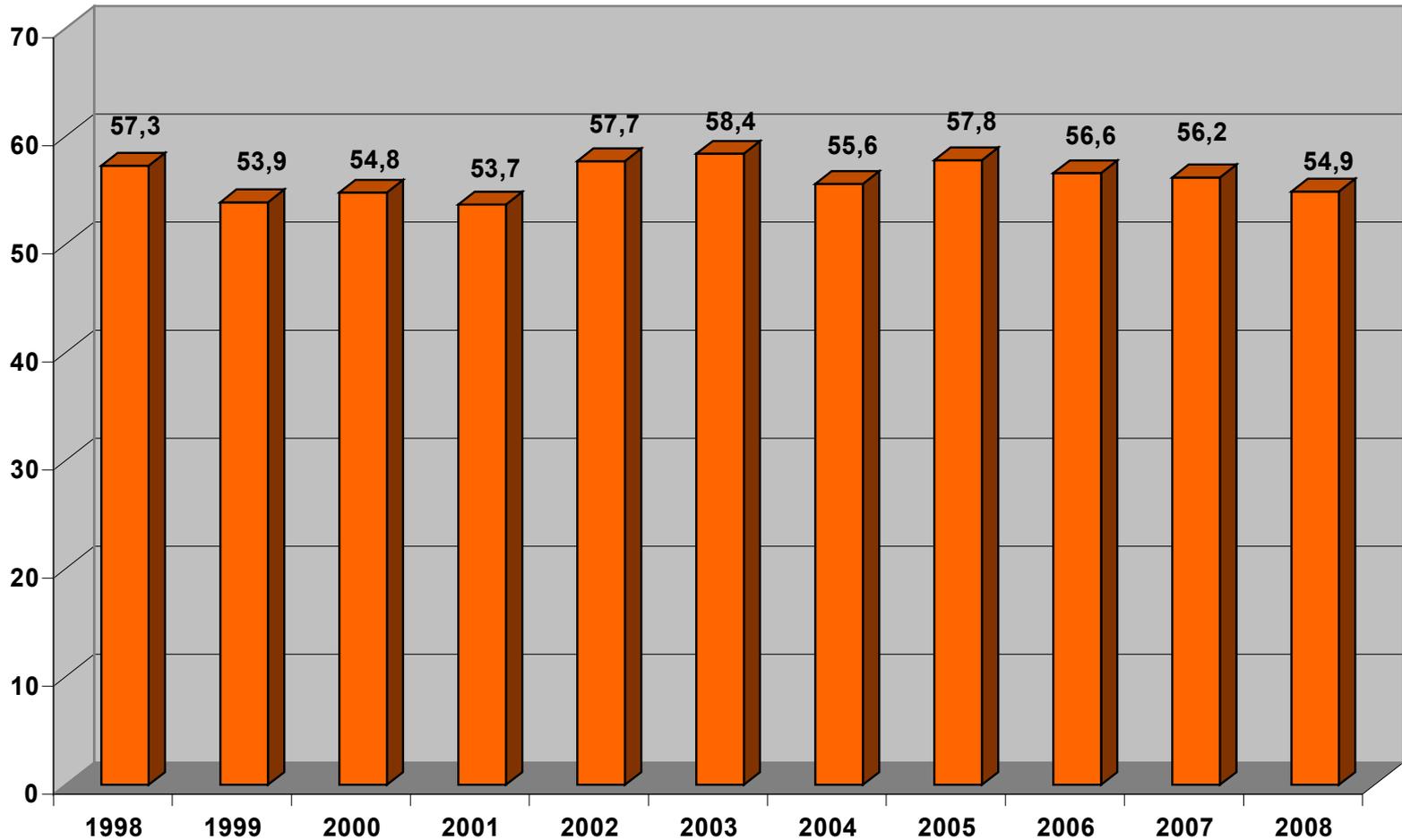
- Uno dei requisiti primari affinché un programma di screening sia efficace nel ridurre la mortalità causata dalla malattia per cui è stato attivato è un'elevata adesione all'invito da parte della popolazione. Il tasso di partecipazione è, tra gli indicatori che misurano la qualità del programma, uno di quelli su cui ci si basa maggiormente per confrontare i programmi e i decisori politici misurano l'efficacia delle loro scelte.
- L'adesione con valori bassi indica che l'imponente sforzo organizzativo ed economico che lo screening comporta sia vano.
- Se si osserva l'adesione dei programmi italiani emergono alcune importanti differenze tra cui un'ampia variabilità interregionale, un forte gradiente nord-sud, variabilità all'interno della stessa area geografica, variabilità per classi d'età.

# RAZIONALE (2)

- I fattori che possono influenzare i livelli di adesione sono svariati:
- **individuali:** le variabili sociodemografiche, il grado di conoscenza del fenomeno, la percezione e la consapevolezza del proprio rischio, l'attitudine ad un atteggiamento preventivo, le proprie preferenze, i propri valori, le esperienze vissute;
- **ambientali:** il medico di famiglia, gli operatori sanitari in genere, i gruppi di pressione, le leggi, le pubblicità, i passaparola, i fattori economici (es. il costo economico di una procedura);
- **caratteristiche organizzative e procedurali** (proprie dei programmi di screening. ).



# Overall crude ATTENDANCE (%): 1998-2008

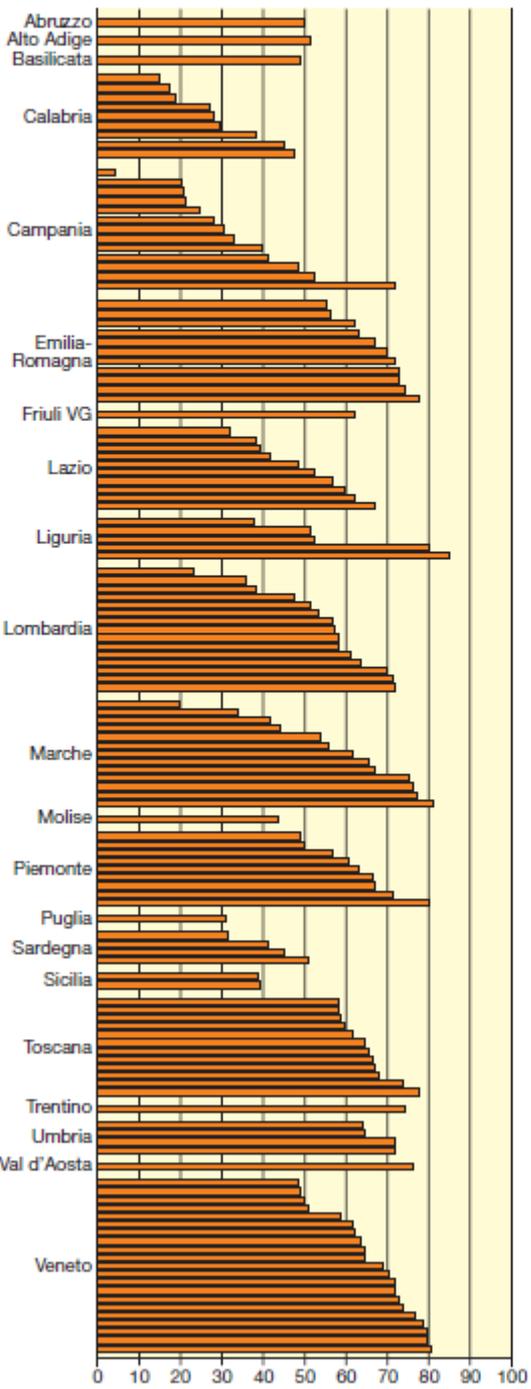


**SCREENING MAMMOGRAFICO**

## Adjusted ATTENDANCE rate (%) by 5-year age classes (2000-2008)

Age class	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>50-54</b>	62,8	63,4	62,7	62,0	58,6	56,4	59,6	58,4	58,5
<b>55-59</b>	61,8	65,2	64,1	67,0	62,6	62,5	65,7	64,9	64,2
<b>60-64</b>	60,7	64,1	63,0	66,2	61,8	63,0	65,7	64,7	64,8
<b>65-69</b>	54,6	57,6	55,2	59,0	57,5	59,1	61,4	60,6	60,2
<b>Total</b>	<b>60,6</b>	<b>60,2</b>	<b>60,8</b>	<b>62,4</b>	<b>62,7</b>	<b>60,2</b>	<b>63,1</b>	<b>61,0</b>	<b>61,9</b>

**SCREENING MAMMOGRAFICO**



**Crude ATTENDANCE for single programmes: 2008 activity**

**SCREENING MAMMOGRAFICO**

# Adesione all'invito

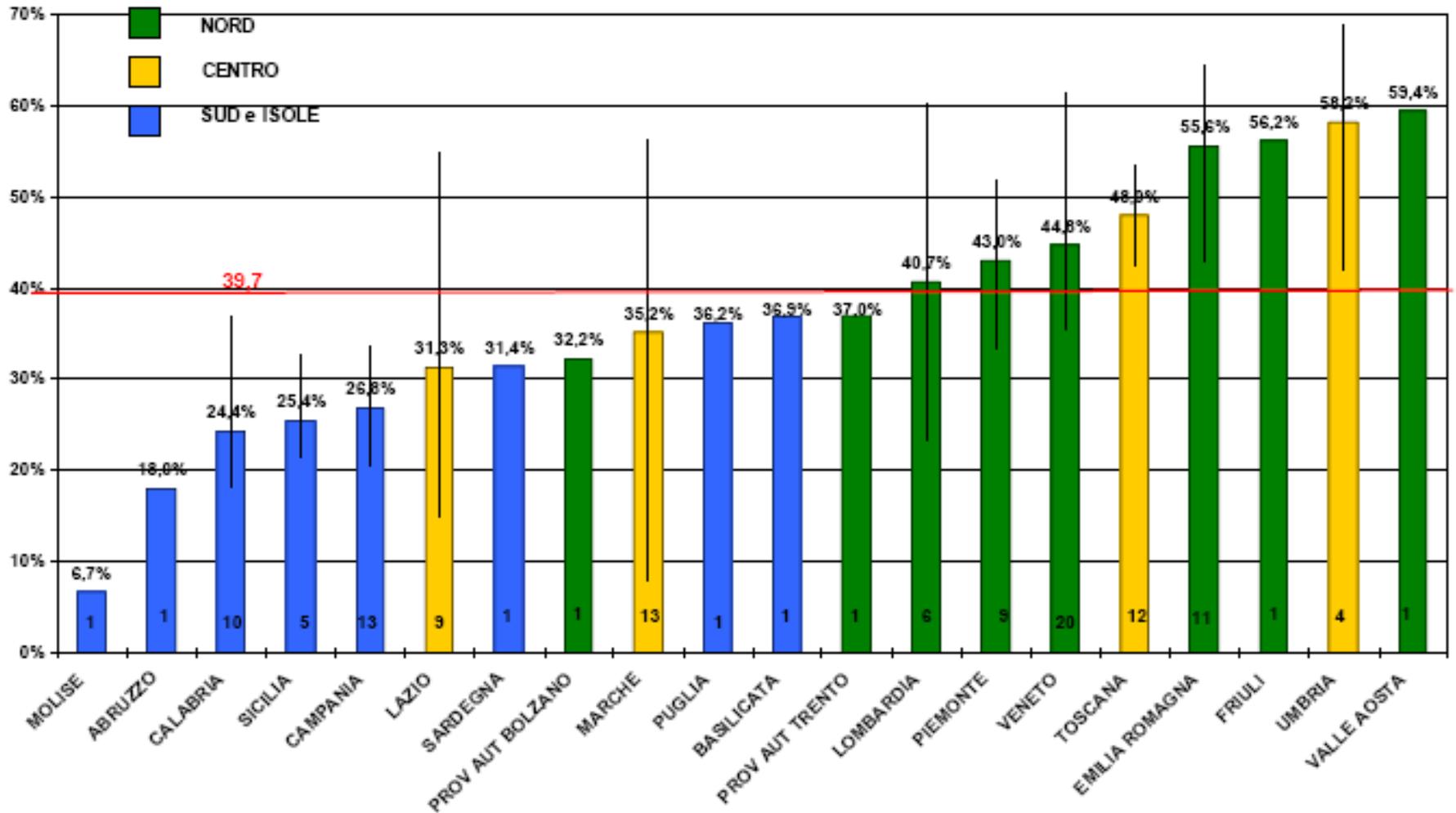
Survey su attività  
2006-2008

	2006	2007	2008
<b>ITALIA</b>	38.5%	39.8%	39.7%
<b>NORD</b>	45.6%	46.9%	47.7%
<b>CENTRO</b>	35.7%	40.2%	40.2%
<b>SUD e ISOLE</b>	28.7%	27.1%	27.7%

**SCREENING CITOLOGICO**

# Adesione all'invito

## Survey su attività 2008



**SCREENING CITOLOGICO**

# Gli obiettivi

Cosa vogliamo → Individuare le discriminanti della fidelizzazione della donna concentrando l'attenzione su particolari covariate quali lo **status sociale** della donna, le **modalità organizzative** dello screening e la **distanza dal centro di screening**

Cosa ci serve →

- a) Informazioni sul percorso di screening della donna
- b) Informazioni demografiche e sociali sulla donna
- c) Informazioni sulla residenza della donna
- d) Informazioni sull'organizzazione del centro di screening

**ANALISI INIZIALE: SCREENING MAMMOGRAFICO**

## Attività svolta fino al 29/08/2010

► Sono stati raccolti i dati socio-demografici della popolazione oggetto di studio e residente in Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, Umbria e Toscana.

Per ciascuna donna sono raccolte le seguenti variabili

Età della donna (al primo invito, considerando l'anno di nascita)

Round di invito della donna (round = 1, round > 1)

Round organizzativo del programma

Rank (rank = 1, rank > 1) – si riferisce al numero di esami effettuati indipendentemente dall'invito

Data invito

Data mammografia

Ora appuntamento (raggruppare in fasce orarie)

Ora effettuazione mx (da discutere ancora)

Orario di apertura del Centro (valore medio sì tutto il periodo o annuale)

Distanza tra residenza della donna e centro di screening (si può usare l'unità di censimento riferito alla donna, quindi la distanza media quindi tra l'unità di censimento di residenza della donna ed il centro mammografico; un'alternativa può essere, come hanno fatto nel Lazio, la densità abitativa)

Data inserimento referto negativo

Esito del primo livello (negativo = 1, invio in secondo livello = 2)

Esito secondo livello (negativo = 1, non aderente = 0)

Tempi di attesa tra la mammografia e l'esito negativo e tra la mammografia e il richiamo in secondo livello

Genere del medico di medicina generale al momento del primo invito, se disponibile, altrimenti quello attuale

Età del medico

Numero di assistiti del medico se disponibile (tre categorie < 500; 501-1000; >1000)

### **Dati anagrafici:**

Titolo studio (anagrafe)

Stato civile (anagrafe)

Cittadinanza (o codice fiscale per chi non lo possiede)

**Indice di deprivazione ISTAT:** ciascun programma deve controllare la possibilità di utilizzo di tale parametro e che tipologia di parametro possiede (nazionale o regionale)

# Il database: Le informazioni elaborate

## **Le informazioni sulla donna**

- Età (assoluta ed in classe)
- Nazionalità
- Stato civile
- Asl di residenza
- Distanza dal centro
- Indicatore socio economico
- Round
- Passaggio test
- Passaggio screening
- Periodismo dell'invito

## **Le informazioni sui centri**

- Anno di attivazione
- Tipo centro
- Monte ore settimanale di attività
- Giorni apertura centro
- Estensione inviti
- Adesione media

## **Le informazioni sul territorio**

- Densità abitativa
- N° strutture che eseguono mammografia
- N° aziende ospedaliere

# Lo studio: la fase preliminare

## Analizzati gli ultimi tre inviti di screening

### Gli outcome:

- Outcome 1 → sempre rispondenti (R R R)
- Outcome 2 → mai rispondenti (nR nR nR)
- Outcome 3 → rispondenti almeno una volta (R NR NR / R RN R/ NR R R/ NR NR R)

### Le covariate:

- Donna → classe età, distanza dal centro, nazionalità, stato civile, municipio di residenza,
- ASL → tipo centro
- Territorio → densità abitativa, numero centri concorrenti

# COSA ABBIAMO IMPARATO FINORA

- PERCORSO NON FACILE....
- POSITIVITA'/NECESSITA' DEL CONFRONTO
- CONDIVISIONE DI UN PERCORSO METODOLOGICO
- RIFLESSIONE SULLE MODALITA' ORGANIZZATIVE
- STANDARDIZZAZIONE DELLE PROCEDURE E DELLE DEFINIZIONI

# Cosa ci aspettiamo

..... gli esiti di queste valutazioni potranno (speriamo) consentire l'identificazione dei principali meccanismi di generazione di disuguaglianze nei processi e negli esiti dello screening del tumore della mammella con la possibilità di attuare interventi di correzione.....

....a proposito di minoranze



# .....a proposito di minoranze

- Mammography screening participation: effects of a media campaign targeting Italian-speaking women

– Page A et al.

## Mammography screening participation: effects of a media campaign targeting Italian-speaking women

Andrew Page

State Co-ordination Unit, BreastScreen New South Wales

Stephen Morrell

State Co-ordination Unit, BreastScreen New South Wales, and School of Public Health, University of Sydney, New South Wales

Richard Tewson

State Co-ordination Unit, BreastScreen New South Wales

Richard Taylor

State Co-ordination Unit, BreastScreen New South Wales, and School of Public Health, University of Sydney, New South Wales

Ann Brassil

State Co-ordination Unit, BreastScreen New South Wales

**M**ammography screening has been shown to reduce mortality from breast cancer in both clinical trials and population-based screening programs, with the greatest benefit evident in women aged 50-69 years.<sup>1-4</sup> A recent analysis of the impact of population-based mammography screening on breast cancer mortality in New South Wales (NSW) has shown significantly lower breast cancer mortality to be associated with higher screening rates.<sup>3</sup>

International evidence on screening mammography has found that population-based mammography screening has the potential to reduce breast cancer mortality rates by 35%.<sup>4</sup> Achievement of participation targets within the BreastScreen NSW (BSNSW) program would justify the economic costs associated with the number of lives saved from population-based mammography, and also achieve the mortality reduction noted in randomised trials.<sup>3</sup>

The development of recruitment strategies to ensure equitable access and adequate

participation in the BSNSW program is thus important in achieving equity in breast cancer mortality reduction. At an individual level, the primary recruitment strategy for BSNSW is a personal invitation to women who have recently reached 50 years of age to attend for a mammogram, using electoral roll information. Invitation letters are also sent subsequently every two years to women previously attending BSNSW.

Other promotional activity includes advertising and editorials in local newspapers, as well as liaison with women's organisations and other stakeholders to run education sessions and distribute BSNSW brochure information. Much of this secondary promotional activity has not been rigorously evaluated, and its efficacy in recruiting women to BSNSW is not clear. Some promotional activity, however, is more amenable to evaluation than others; for example, media campaigns directed at specific groups. One such media campaign focused on Italian-speaking women. This group of women was selected as it represents

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the effect of a radio and newspaper campaign encouraging Italian-speaking women aged 50-69 years to attend a population-based mammography screening program.  
**Methods:** A series of radio scripts and newspaper advertisements ran weekly in the Italian-language media over two, four-week periods. Monthly mammography screens were analysed to determine if numbers of Italian-speaking women in the program increased during the two campaign periods, using interrupted time series regression analysis. A survey of Italian-speaking women attending BreastScreen NSW during the campaign period (n=240) investigated whether individuals had heard or seen the advertisements.

**Results:** There was no statistically significant difference in the number of initial or subsequent mammograms in Italian-speaking women between the campaign periods and the period prior to (or after) the campaign. Twenty per cent of respondents cited the Italian media campaign as a prompt to attend. Fifty per cent had heard the radio ad and 30% had seen the newspaper ad encouraging Italian-speaking women to attend BSNSW. The most common prompt to attend was the BSNSW invitation letter, followed by information or recommendation from a GP.

**Conclusion:** Radio and newspaper advertisements developed for the Italian community did not significantly increase attendance to BSNSW.

**Implications:** Measures of program effectiveness based on self-report may not correspond to aggregate screening behaviour. The development of the media campaign in conjunction with the Italian community, and the provision of appropriate levels of resourcing, did not ensure the media campaign's success.

(Aust N Z J Public Health 2005; 29: 365-71)

Correspondence to:  
Professor Richard Taylor, BreastScreen NSW State Co-ordination Unit, Locked Bag 7118,  
Parramatta BC, NSW 2150. Fax: (02) 9839 2111; e-mail: richard.t@health.usyd.edu.au

Submission: October 2004  
Revision requested: January 2005  
Accepted: March 2005



**Grazie per l'attenzione!**

