

Health Technology Assessment (HTA) dei metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening mammografici: impatto sulle disuguaglianze

Ferroni E, Spadea T, Giorgi Rossi P, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Guasticchi G, Borgia P.
Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

OBIETTIVO

Valutazione dell'impatto degli interventi per aumentare la partecipazione agli screening mammografici sulle disuguaglianze socioeconomiche nell'accesso e negli esiti della malattia.

MATERIALI E METODI

Per rispondere alla domanda di ricerca è stata utilizzata come base di evidenza scientifica la revisione sistematica pubblicata nel 2010 da Spadea et al. Tale revisione è stata aggiornata, includendo anche quegli studi condotti nel periodo 2006-2010. I dati provenienti dalla revisione aggiornata sono stati integrati con i dati disponibili da diverse indagini condotte in Italia: lo Studio PASSI e l'indagine multiscope ISTAT. Infine sono stati presi in considerazione i dati presenti in alcuni lavori presentati a congressi italiani. Le informazioni rilevate dalla presente documentazione vengono presentate sotto forma di una sintesi narrativa.

RISULTATI

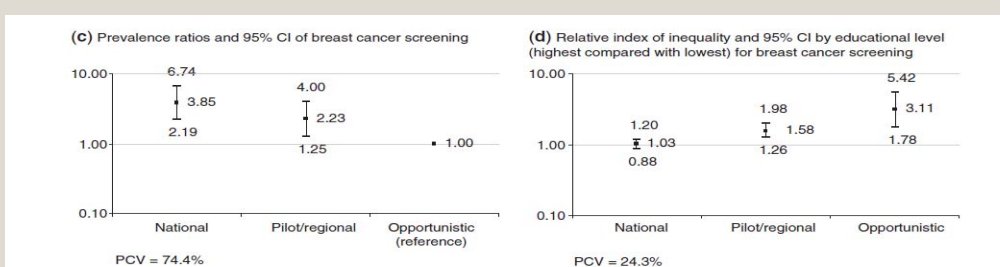
Relativamente all'impatto degli interventi per aumentare la compliance allo screening mammografico sull'accesso allo screening stesso, l'analisi della letteratura pubblicata nel periodo 2006-2010 ha fatto rilevare 5 nuovi studi che si sono aggiunti ai 19 già presenti nella revisione sistematica di Spadea. Sono stati inoltre rilevati 6 studi riguardanti l'impatto di tali interventi sugli esiti della malattia. A tali evidenze sono stati aggiunti i dati provenienti dagli studi osservazionali effettuati in Italia (Studio Passi ed indagine multiscope ISTAT).

Impatto dell'attivazione di un programma di screening

Per i dati relativi all'impatto del modello organizzativo (programma di screening organizzato versus programma spontaneo) sulle disuguaglianze nell'accesso allo screening mammografico in Europa si riportano i dati provenienti da una revisione sistematica effettuata da Palencia nel 2010 (Figura 1).

Il modello di screening ha influenzato sia la prevalenza dello screening che la presenza di disuguaglianze. Le donne che vivevano in paesi con i programmi regionali avevano infatti una probabilità 2,23 volte (IC 95% 1,25-4,00) superiore di aver effettuato una mammografia negli ultimi tre anni rispetto alle donne di paesi con screening opportunistico. La probabilità di aver avuto una mammografia in un paese con un programma di screening a livello nazionale è stata di 3,85 (IC 95% 2,19-6,74) volte superiore a quella dei paesi con programmi di screening opportunistico. Disuguaglianze socio-economiche tra le donne che avevano effettuato mammografie sono state osservate in paesi con programmi di screening regionale (RII 1,58, IC 95% 1,26-1,98) e spontaneo (RII 3,11, IC 95% 1,78-5,42), ma non in quelli con programmi di screening nazionali. Il tipo di programma ha determinato il 74,4% della variabilità geografica nella prevalenza dello screening mammografico ed il 24,3% della disuguaglianza per condizioni socio-economiche.

Figura 1. Associazione tra prevalenza di screening e il tipo di programma di screening (rapporto di prevalenza) e tra livello di istruzione e di screening dei tumori (RII) per tipo di programma di screening tenendo in considerazione le variabili individuali. (Modificata da Palencia 2010)



Riguardo la situazione italiana vengono presentati i dati provenienti dall'indagine Multiscope Istat del 2004-2005 e dallo studio Passi del 2009.

I dati dell'indagine multiscope ISTAT mostrano come nelle donne della fascia 50-69 anni l'attitudine ad effettuare lo screening mammografico sia correlata positivamente con il livello di istruzione.

In tale indagine vengono riportati i dati provenienti anche dalle donne di età inferiore e superiore alla popolazione target del programma di screening. Si evidenzia come anche in queste due fasce di età l'accesso allo screening mammografico aumenti con l'aumentare del grado di istruzione della donna (Figura 2).

Figura 2. Indagine Multiscope Istat 2004-2005

MAMMOGRAFIA			
Titolo di studio	Totale 50-69 anni	35-49	70 e più
Laurea e diploma di scuola media superiore	79,3	42,7	52,8
Licenza media	73,6	37,7	47,6
Licenza elementare e nessun titolo	65,5	31,9	36,1
Totale	71,0	39,4	39,2
RR laurea vs elementari	1,21	1,35	1,48

Dati più recenti provenienti dallo studio Passi (2009) sono in linea con i precedenti, ma con un gradiente meno evidente. (Figura 3)

Figura 3. Mammografia negli ultimi due anni, donne 50-69enni e 40-49enni - Passi 2009 (n=7.349)

MAMMOGRAFIA		
Titolo di studio	Totale 50-69 anni	40-49 anni
Laurea	75	67
Licenza media superiore	73	63
Licenza media inferiore	67	59
Licenza elementare e nessun titolo	64	54
Totale	68	61
RR laurea vs elementari	1,12	1,14

Confrontando, inoltre, le caratteristiche delle donne che hanno eseguito il test di screening nell'ambito di programmi organizzati dalla Asl con quelle delle donne che lo hanno fatto di propria iniziativa, si nota come la percentuale di donne che praticano l'esame all'interno del programma di screening della Asl è maggiore tra 60 e 69 anni. Al contrario, l'esame su iniziativa personale è effettuato con maggiore frequenza dalle donne un po' più giovani (50-59 anni). In particolare, le differenze basate sul livello di istruzione sono capovolte: cioè, nello screening organizzato le donne meno istruite hanno una copertura migliore di quella delle donne più istruite. Nello screening praticato di propria iniziativa, invece, accade esattamente il contrario. (Figura 4)

Figura 4. Mammografia negli ultimi due anni all'interno e al di fuori di programmi organizzati, donne 50-69enni Passi 2009 (n=7.217*)

MAMMOGRAFIA 50-69 anni		
Titolo di studio	programma organizzato	programma spontaneo
Laurea	44	31
Licenza media superiore	49	23
Licenza media inferiore	51	16
Licenza elementare e nessun titolo	52	12
RR laurea vs elementari	0,84	2,73

Efficacia degli interventi attuati nei programmi organizzati di screening

I dati provenienti dalla revisione sistematica di Spadea 2010 si riferiscono all'impatto dei programmi di screening organizzati sulle disuguaglianze nell'accesso al programma. Degli studi in essa contenuti, alcuni valutano l'impatto dello screening organizzato con lettera d'invito, altri studi analizzano l'effetto di diverse tipologie di interventi informativi ed educativi diretti all'intera popolazione, mentre altri ancora valutano l'effetto di interventi più intensivi diretti esclusivamente a gruppi di popolazione svantaggiati, questi ultimi spesso effettuati in contesti opportunistici. In particolare, fra gli interventi applicati nei programmi di screening sono stati individuati alcuni studi che evidenziano come la lettera di sollecito sia un intervento efficace, soprattutto per le donne con uno stato socioeconomico più alto. Cinque trial rientravano in questo tipo di intervento. Il primo studio (Atri 1997), condotto a Londra, mostrava come un intervento di telefonate di sollecito da parte di personale formato avesse un impatto minimo sulla partecipazione, con un effetto tuttavia maggiore su alcuni gruppi etnici. Nel secondo studio, effettuato a Torino (Segnan 1998) gli autori riportavano come una lettera con informazioni più dettagliate sul rischio di cancro, sebbene ottenesse una partecipazione generale simile alla lettera standard, avesse un effetto più marcato nelle donne con maggiore istruzione e minore invece in donne con bassa istruzione. A Barcellona, un intervento di consegna personale della lettera d'invito (Segura 2001) ha mostrato, rispetto all'invio postale della lettera, un'efficacia maggiore dovuta interamente ad una maggiore risposta nelle donne di basso livello socioeconomico. Uno studio (Simon 2001) ha evidenziato invece come diversi tipi di lettere avessero tutti un effetto positivo sull'aumento della copertura nelle donne non assicurate. Anche nello studio di Champion et al (2003) viene evidenziato come diversi interventi di lettere personalizzate o meno abbiano un'efficacia simile, in questo caso a prescindere dallo stato socioeconomico. Le caratteristiche degli studi citati sono descritte in tabella 1.

Tabella 1. Caratteristiche degli studi che valutano diverse strategie per aumentare la partecipazione ai programmi organizzati di screening

ARTICOLO	TIPO D'INTERVENTO	DISEGNO	PAESE E PERIODO	INDICATORE SOCIALE	RISULTATI
Atri, 1997	a. formazione per personale amministrativo delle general practice + invito per telefono o lettera firmato dal GP usual care (nessuna formazione, invito da GP)	RCT (general practice)	London, 1995	Etnia	among non-adherent: 9% incremento più forte in alcuni gruppi etnici con bassa copertura b. 4% OR=2.3 (95%CI: 1.1, 5.3)
Segnan, 1998	a. Lettera firmata MMG con richiesta di contattare il centro screening per appuntamento b. Lettera firmata dal coordinatore del programma con appuntamento prefissato c. Lettera estesa (con vantaggi della prevenzione secondaria) firmata dal MMG con appuntamento prefissato d. Lettera standard firmata dal MMG con appuntamento prefissato	RCT	Torino, 1993	Stato civile, luogo di nascita, istruzione	a. 33.9% RR=0.7 (95%CI: 0.7, 0.8) b. 41.5% RR=0.9 (95%CI: 0.8, 0.9) c. 47.7% RR=1.0 (95%CI: 0.9, 1.1) aumento disuguaglianze d. 46.9% RR=1
Segura, 2001	a. Consegna diretta della lettera standard da parte di personale formato b. Lettera firmata dal GP con appuntamento prefissato c. Lettera firmata dal programma con appuntamento prefissato	RCT	Barcellona, 1998	Istruzione	Adesione e OR (a vs b+c) per istruzione: Low: a. 71.0%; b. 55.8%; c. 53.9% OR=1.37 (95%CI: 1.21, 1.49) Middle: a. 62.6%; b. 52.1%; c. 46.2% OR=1.27 (95%CI: 1.05, 1.46) High: a. 61.4%; b. 63.9%; c. 65.2% OR=0.95 (95%CI: 0.70, 1.16)
Simon, 2001	a. Lettera del medico + reminder informatico al medico b. Consegna della lettera per gli accessi + reminder informatico al medico c. usual care (no lettera) + reminder informatico al medico	RCT	Detroit, 1992-93	Indicatore di deprivazione per area	Nessun effetto per nessun intervento di lettera o reminder per il GP, ma rimangono le differenze socioeconomiche
Champion, 2003	a. telefonata counselling personalizzata b. colloquio personalizzato di counselling c. lettera generica firmata dal GP d. telefonata counselling personalizzata + lettera generica firmata dal GP e. colloquio personalizzato di counselling + lettera generica firmata dal GP f. usual care (postcard generica di sollecito per prenotare la mx)	RCT	USA, 1996-2000	Etnia, income	a. 40.7%, OR=2.0 (95%CI: 1.2, 3.4) b. 50.8%, OR=3.0 (95%CI: 1.8, 5.1) c. 39.8%, OR=1.9 (95%CI: 1.1, 3.3) d. 49.2%, OR=2.8 (95%CI: 1.7, 4.7) e. 55.0%, OR=3.5 (95%CI: 2.1, 6.0) f. 25.6%, OR=1.0 Senza differenze di efficacia per stato socioeconomico

Relativamente all'impatto di programmi organizzati sugli esiti della malattia, alcuni studi evidenziano il persistere di differenze sociali nella sopravvivenza per tumore della mammella, anche in presenza di programmi di screening di popolazione di lungo periodo (Lagerlund 2005, Louwman 2007, Halmin 2008).

Al contrario recenti studi italiani relativi a questo outcome evidenziano come gli screening di popolazione possano portare ad una riduzione delle differenze sociali negli esiti precoci: in Toscana (Puliti 2011) si è osservata una riduzione delle differenze di sopravvivenza per stato socioeconomico - outcome misurato attraverso un indice di deprivazione aggregato per sezione di censimento - nella popolazione bersaglio dei programmi di screening nei 10 anni successivi all'introduzione del programma di screening mammografico. Nello stesso periodo le differenze risultano addirittura in aumento tra le donne al di sotto dei 50 anni. Analoghi risultati, sia in termini di sopravvivenza sia di stadio alla diagnosi, sono stati osservati in Emilia Romagna (Candela e Mangone ONS 2009; Pacelli et al. AIE 2010) dopo solo 3 anni dall'attivazione del programma e utilizzando l'istruzione individuale e con uno studio con follow up più lungo per il solo programma di Reggio Emilia.

CONCLUSIONI

- I programmi basati sull'invito attivo aumentano la copertura, diminuendo indirettamente le disuguaglianze di accesso. Vi sono inoltre evidenze, da studi osservazionali, che i programmi di screening diminuiscano direttamente il gradiente di copertura per stato socioeconomico.
- Studi osservazionali mostrano una riduzione delle differenze di sopravvivenza per stato socioeconomico in seguito all'attivazione dei programmi.
- Il coinvolgimento del MMG può essere efficace nell'aumentare la partecipazione nelle donne più svantaggiate.
- Lettere d'invito più lunghe e dettagliate sono meno efficaci nelle donne meno istruite.
- I solleciti telefonici sono più efficaci dei solleciti via lettera nelle donne svantaggiate.
- Alcuni interventi mirati alle fasce più svantaggiate possono essere efficaci nell'aumentare la copertura specificatamente in queste fasce.