

DIFFERENZE SOCIO-ECONOMICHE NELLA CURA DEL TUMORE DELLA MAMMELLA IN EMILIA-ROMAGNA

Pacelli B¹, Caranci N¹, Domenighetti G², Rodella S¹, Finarelli AC³, Marino M¹ Giordano L⁴

1 Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna; 2 Facoltà di Scienze della comunicazione, Università della Svizzera Italiana; 3 Direzione Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna, Gruppo Screening mammografico e Registri Tumori o di Patologia Regione Emilia-Romagna*; 4 CPO - Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte

*Gruppo Screening e Registri Tumori o di Patologia Regione Emilia-Romagna: Alba Carola Finarelli, Carlo Naldoni, Priscilla Sassoli de' Bianchi, Fabio Falcini, Orietta Giuliani, Alessandra Ravaoli, Elisabetta Borciani, Renato Silva, Pietro Seghini, Vincenzo De Lisi, Silvia Candela, Nazzarena Borciani, Antonella Cattani, Luisa Paterlini, Lucia Mangone, Carlo Alberto Mori, Massimo Federico, Ennio Gallo, Paolo Pandolfi, Marilena Manfredi, Paola Baldazzi, Chiara Petrucci, Natalina Collina, Gianni Saguatti, Roberto Nannini, Stefano Ferretti, Gian Piero Baraldi, Patrizia Bravetti, Antonella Bagni, Mauro Palazzi, Sandro Quaranta, Debora Canuti, Franco Desiderio.

corrispondenza: bpacelli@regione.emilia-romagna.it

INTRODUZIONE

Il tumore della mammella è la neoplasia più frequentemente diagnosticata tra le donne. Sebbene negli ultimi 20 anni nei paesi industrializzati la mortalità per tumore al seno si sia stabilizzata o sia diminuita, questo beneficio non riguarda tutte le donne: in letteratura si evidenziano eccessi di rischio per le classi sociali inferiori con una maggiore intensità rispetto ai tumori a peggiore prognosi.

La maggiore probabilità di ritardo diagnostico e di ricevere un trattamento sub-ottimale sono i più importanti determinanti delle disuguaglianze di sopravvivenza.

La riduzione delle disparità nell'accesso alla diagnosi precoce e l'implementazione di percorsi di cura appropriati per i casi diagnosticati, determinate da un programma di screening di popolazione, hanno il potenziale di ridurre le disuguaglianze di sopravvivenza.

OBIETTIVO

Studiare i percorsi di cura delle donne residenti in Emilia-Romagna con diagnosi di cancro al seno secondo il loro livello d'istruzione, tenendo conto del possibile impatto di un programma di screening di popolazione.

METODI

Dal Registro Regionale di patologia del tumore al seno sono state selezionate tutte le donne di età superiore a 29 anni e residenti in Emilia-Romagna con carcinoma mammario invasivo registrato tra il 2002 e il 2005.

I casi selezionati sono stati linkati con il Censimento 2001 per attribuire il titolo di studio individuale e con i dati sanitari correnti (schede di dimissione ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale) per acquisire informazioni sui trattamenti. Sono stati stimati i rischi relativi grezzi e aggiustati di eseguire un trattamento adeguato alle linee guida stratificati per età (30-49; 50-69-età target dello screening; 70+).

Gli indicatori analizzati sono i seguenti:

Fase del percorso di cura	Indicatore	Razionale	Target
appropriatezza diagnostica	linfonodo sentinella in tumori pTNo	è efficace come la dissezione ascellare e in caso di linf.sentinella negativo non è necessaria ulteriore chirurgia linfonodale	≥ 95%
trattamento	chirurgia conservativa in tumori piccoli (PT1)	per donne con tumore piccolo è il trattamento più indicato. Se seguito da radioterapia la sopravvivenza è confrontabile a quella con mastectomia.	≥ 85%
trattamento - follow-up	radioterapia entro 6 mesi dalla chir. conservativa in donne con stadio I-III trattate con chemio. o entro 3 mesi in donne non trattate con chemio.	riduce il rischio di recidive locali	≥ 85%

RISULTATI

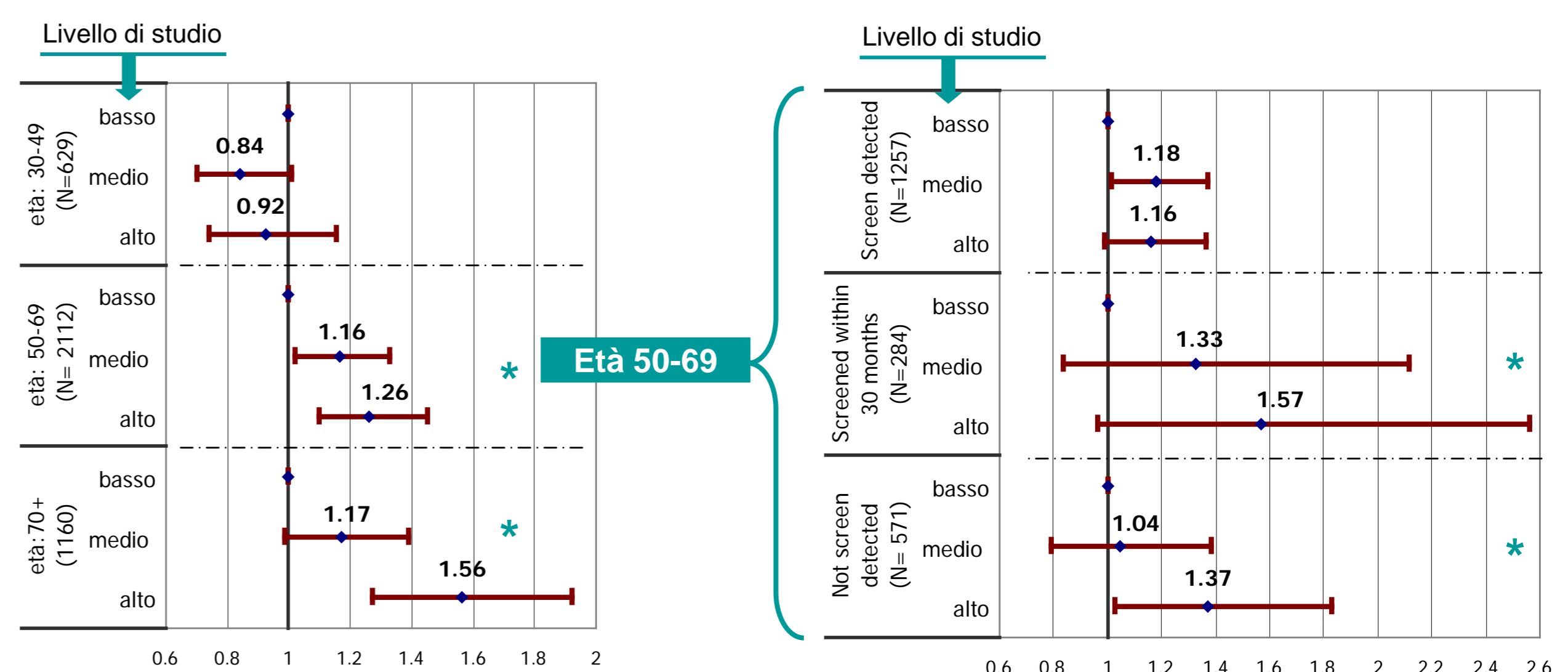
Il 61% dei casi eleggibili (N=8005) è stato linkato con le diverse fonti di dati. La fascia in età di screening (50-69) generalmente ha una frequenza più alta di donne che accedono appropriatamente alle cure, tra quelle eleggibili per ricevere il trattamento, e ancor di più i casi diagnosticati dentro il programma di screening.

Casi eleggibili al trattamento e % di donne trattate per classe d'età e modalità diagnostica. Casi incidenti in Emilia-Romagna tra il 2002-2005.

classi d'età	linfonodo sentinella		chirurgia conservativa		radioterapia	
	Eleggibili al trattamento	% trattate	Eleggibili al trattamento	% trattate	Eleggibili al trattamento	% trattate
30-49	661	64.3	675	81.33	762	25.72
50-69	2,197	67.46	2,286	86.7	2,514	25.66
70+	1,185	44.3	1,104	73.01	1,011	17.71
modalità diagnostica (50-69 a.)						
screen detected	1,305	73.03	1,383	90.31	1,508	26.86
screenate entro 30 mesi	295	57.97	307	81.11	353	24.93
non screen detected	597	59.97	596	81.21	653	23.28

Nelle donne di età superiore ai 70 anni e nelle donne con un cancro al seno non diagnosticato allo screening, di età 50-69 anni, si osserva un gradiente di istruzione nell'accesso a cure appropriate in seguito alla diagnosi. Tale fenomeno non viene osservato nelle donne con tumore identificato dallo screening. Tra le donne giovani fuori dalla popolazione target (30-49 anni) il grado d'istruzione non sembra associato all'appropriatezza di trattamento.

Rischi relativi aggiustati * di eseguire il linfonodo sentinella in tumori pTNo per classe d'età e modalità diagnostica. Casi incidenti in Emilia-Romagna tra il 2002 e 2005.



* Modello di Poisson con varianza robusta aggiustato per età, stadio alla diagnosi e volume ospedaliero

Tra le possibili spiegazioni: un maggiore accesso allo screening opportunistico - a cui accedono maggiormente donne con più alta istruzione - agirebbe acutando le differenze sociali; invece una più facile acquisizione di informazioni anche tra le donne con basso titolo di studio garantirebbe un buon livello di *literacy* per tutte le donne, capace di ridurre le differenze.

CONCLUSIONI

In una popolazione a rischio di un tumore a buona prognosi - dove le differenze sociali nella sopravvivenza sono più marcate - i risultati di questo studio suggeriscono che lo screening di popolazione abbia il potenziale di annullare le disuguaglianze sociali.