

Donella Puliti, Gianfranco Manneschi, Carlotta Buzzoni, Emanuele Crocetti e Marco Zappa



Nella programmazione sanitaria è grande importanza valutare l'efficacia di interventi destinati alla riduzione delle disuguaglianze ed a tutela dei gruppi svantaggiati. Il caso dello screening mammografico.

E' noto da tempo, e confermato recentemente in Gran Bretagna, che fattori sociali, economici e culturali possono influenzare la qualità dei servizi sanitari goduti dai cittadini (le classi più agiate hanno mediamente più facile accesso a diagnosi più tempestive e cure migliori). Ciò è causa di differenze significative in termini di salute, che tendono ad aumentare nel tempo. **Tutti gli studi presenti in letteratura concordano nel sostenere che la sopravvivenza per cancro differisce a secondo dello status sociale del soggetto[1,2]. Anche per il tumore della mammella esistono numerose evidenze che la probabilità di sopravvivere per una donna appartenente al gruppo sociale dei soggetti relativamente deprivati è inferiore rispetto a quella di una donna di classe sociale più elevata[3,4,5].** Inoltre, il differenziale di sopravvivenza tra soggetti svantaggiati e non svantaggiati, chiamato " **deprivation gap** ", diventa sempre più marcato nel corso del tempo[6]. Lo Studio Longitudinale Toscano[7] ha permesso di definire un ampio quadro delle disuguaglianze socio-economiche nella salute presenti nella nostra Regione. I risultati dello studio hanno mostrato che **queste disuguaglianze** non solo sono presenti nel nostro territorio, ma **tendono ad aumentare nel tempo, nonostante il progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione e l'allungamento della durata media della vita.** Diventa, quindi, di grande importanza nella programmazione sanitaria valutare l'efficacia di interventi destinati alla riduzione delle disuguaglianze e a tutela dei gruppi svantaggiati. **Gli screening organizzati, con l'inserimento dell'intera popolazione bersaglio all'interno di percorsi diagnostici e terapeutici di qualità controllata, possono rappresentare un efficace strumento riequilibratore.** È quanto ha dimostrato uno studio sulla popolazione della città di Firenze condotto dalla U.O. di Epidemiologia Clinica e Descrittiva dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Il **primo passo** è stato classificare le donne per classe sociale. Lo si è fatto ricorrendo ai dati del censimento Istat 2001 che suddivide i cittadini per "sezioni", microaree geografiche in cui in media vivono circa 70 donne. Una

classificazione che può far storcere il naso ai puristi della statistica ma che è piuttosto pragmatica: è noto infatti che le diverse aree della città sono popolate da caratteristiche socio-economiche e culturali diverse. **Qui si tratta di piccoli agglomerati di pochi palazzi e ci sono convincenti prove che gli abitanti al loro interno siano sufficientemente omogenei dal punto di vista socio - culturale.** A questo punto si è passati alla costruzione di una misura (definita **indice di deprivazione**) che mettesse insieme, in un unico valore, lo status socio-economico e il livello culturale delle donne. **Da qui si è partiti per costruire le due classi da confrontare:** quella delle donne definite "svantaggiate" (cioè con alto indice di deprivazione), in cui è compreso il 33 per cento più deprivato della popolazione censita, e la classe di riferimento, comprendente tutte le altre. L'evento sanitario studiato in queste classi è stato il confronto della sopravvivenza per tumore alla mammella (dati ricavati dal Registro Tumori Toscano). **Per valutare se l'introduzione del programma di screening mammografico nel comune di Firenze abbia ridotto le differenze in termini di sopravvivenza sono stati messi a confronto i valori che la sopravvivenza assumeva nelle varie classi, in tre diversi periodi Tabella 1)**

:

- prima dell'introduzione dello screening (1985-1986),
- nei primi tre round di screening (1991-1996)
- nei successivi tre (1997-2002)

Tabella 1. Sopravvivenza causa-specifica a 10 anni dalla diagnosi per status socio-economico.

Tabella 1				
Sopravvivenza causa-specifica a 10 anni dalla diagnosi per status socio-economico.				
0-49 anni	N°	INDICE DI DEPRIVAZIONE		Log rank test
		C. Riferimento	C. Deprivata	
1985-1986	130	82.2%	$\Delta=12\%$ 70.4%	p = 0.1580
1991-1996	271	82.7%	74.2%	p = 0.0428
1997-2002	395	90.3%	$\Delta=11\%$ 78.9%	p = 0.0042
50-74 anni	N°	C. Riferimento	C. Deprivata	Log rank test
1985-1986	356	65.5%	$\Delta=15\%$ 50.8%	p = 0.0297
1991-1996	1242	78.2%	78.5%	p = 0.8686
1997-2002	1202	87.6%	$\Delta=0\%$ 87.9%	p = 0.9221

Cliccare sull'immagine per ingarndirla

I risultati dello studio mostrano che prima dell'introduzione del programma di screening le donne con tumore della mammella appartenenti al gruppo delle svantaggiate avevano una probabilità di sopravvivere di quindici punti percentuali più bassa di quelle della classe di

riferimento. **Questa differenza di sopravvivenza scompare completamente nel periodo 1997-2002 per le donne nella fascia di età compresa tra i 50 ed i 74 anni**. A riprova che questo livellamento sia dovuto proprio agli screening vi è un altro dato: **le differenze presenti nella classe di età al di sotto dei 50 anni che, quindi non si sottopongono agli screening, rimangono invariate nel periodo recente**. E' stato successivamente studiato tutto il percorso diagnostico ed è stato visto che la partecipazione allo screening non differiva nelle due classi sociali e che l'accuratezza diagnostica era simile fra i due gruppi. Per valutare quanto le differenze socio-economiche siano dovute ad un diverso stadio alla diagnosi e quanto, invece, ad un differente trattamento, è stata effettuata un'ulteriore analisi tenendo conto dello stadio del tumore alla diagnosi. **Dopo l'attivazione del programma di screening le donne nelle due classi sociali mostrano un simile stadio alla diagnosi, indicatore che differiva invece nel periodo precedente allo screening** (61% contro il 69% di stadi avanzati). L'insieme di questi risultati fa pensare che l'azione riequilibratrice dei programmi di screening sia intervenuta non solo al momento della diagnosi ma anche sui percorsi terapeutici successivi garantendo ad una porzione della popolazione che prima ne era esclusa un trattamento di alta qualità. Ed è anche per questo che gli screening sono nati. Per quanto sia giusto mantenere una certa cautela nella valutazione complessiva di uno studio con queste caratteristiche e innovativo anche nelle metodologie, tuttavia i risultati descritti sono suggestivi: **quando il programma di screening riesce effettivamente a raggiungere la maggioranza della popolazione, le differenze fra il gruppo dei più deprivati e quelli che lo sono meno nella sopravvivenza per tumore alla mammella tendono a scomparire**. Le differenze invece si mantengono fuori dalle fasce di screening. Nota. Donella Puliti, Gianfranco Manneschi, Carlotta Buzzoni, Emanuele Crocetti e Marco Zappa: U.O. Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Firenze **Bibliografia**

1. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology* 2006; 17: 5-19.
2. Kogevinas M, Porta M. Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence. In: Kogevinas M, Pearce N, Susser M, Boffetta P (eds). *IARC Scientific Publications No 138*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1997.
3. Dalton SO et al. Influence of socioeconomic factors on survival after breast cancer—a nationwide cohort study of women diagnosed with breast cancer in Denmark 1983-1999. *Int J Cancer* 2007; 121: 2524-31.
4. Halmin M, Bellocco R, Lagerlund M, Karlsson P, Tejler G, Lambe M. Long-term inequalities in breast cancer survival – a ten year follow-up study of patients managed within a National Health Care System (Sweden). *Acta Oncol* 2008; 47: 216-24.
5. Gentil-Brevet J et al. The influence of socio-economic and surveillance characteristics

on breast cancer survival: a French population-based study. Br J Cancer 2008; 98:217-224.

6. Rachet B, Woods LM, Mitry E et al. Cancer survival in England and Wales at the end of the 20 th century. Br J Cancer 2008; 99: S2-S10.
7. Biggeri A, Benvenuti A, Nardulli MC, Olmastroni L, Merler E. La mortalità per condizione socio-economica e professionale nello studio longitudinale toscano. Informazioni Statistiche, Studi e ricerche. Edizioni Regione Toscana, 1998; 9(5): 1-200.