

INTRODUZIONE e OBIETTIVI

È stato dimostrato che le popolazioni con un basso status socio-economico, in particolare quando si tratta di persone immigrate, utilizzano i programmi di prevenzione oncologica meno intensamente delle popolazioni con un livello economico e culturale elevato (Wilf-Miron R et al; BMC Cancer 2011, 11:376).

Lo studio intende quindi verificare se esistano delle differenze in termini di partecipazione e di indicatori di trattamento, nelle donne italiane e nelle donne straniere invitate al programma piemontese di screening mammografico "Prevenzione Serena", dal 2001 al 2012.

MATERIALI e METODI

Sono state incluse nell'analisi tutte le donne residenti o domiciliate in Piemonte, a partire dal compimento del 45° anno di età e che, nel periodo in studio, abbiano ricevuto un invito ad eseguire una mammografia di screening.

Il Paese di origine è stato identificato in base al luogo di nascita (definito in base al codice Belfiore, ricavato dal codice fiscale) o, per le donne torinesi, in base alla cittadinanza (resa disponibile dall'anagrafe cittadina). Per queste ultime è stata effettuata un'analisi della concordanza tra il luogo di nascita e la cittadinanza anagrafica, essendo disponibile la doppia codifica.

Le donne straniere sono quindi state identificate come provenienti da un Paese a Sviluppo Avanzato (PSA) o da un Paese a Forte Pressione Migratoria (PFPM) sulla base della classificazione della Banca Mondiale del 2006 (da Rapporto Sviluppo Umano 07/08), che ripartisce i Paesi rispetto al Reddito Nazionale Lordo.

Le donne straniere provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato sono state inserite, insieme alle italiane, nel "Gruppo PSA", dato che tutti questi Paesi si caratterizzano per un elevato livello economico e socio-culturale. Le altre donne straniere sono invece state incluse nel "Gruppo PFPM", il quale è stato indagato sia nel suo complesso che per continente di origine.

RISULTATI

La coorte in studio è composta da 840.865 donne (791.851 italiane, 9.221 straniere PSA e 39.793 straniere PFPM) che, nel periodo in studio, hanno ricevuto un totale di 2.334.354 inviti a sottoporsi ad una mammografia di screening. Nel Gruppo PFPM i Paesi più rappresentati sono la Romania (22,26%), il Marocco (8,51%), l'Albania (7,2%) e l'Ucraina (5,62%). Nell'attribuzione del Paese di origine alle donne immigrate, la concordanza tra il luogo di nascita e la cittadinanza è risultata molto elevata (indice Kappa = 0,97).

L'adesione allo screening delle donne PFPM è considerevolmente inferiore a quella delle donne PSA: 45,08% contro 63,57% - chi(1): p<0,001 - (Tabella 1). In particolare, tra le donne rumene la proporzione di partecipanti è del 45,10% (n=8.308), tra le ucraine è pari al 40,91% (n=1.966), tra le donne albanesi la partecipazione è del 32,57% (n=2.295) e tra le marocchine è del 29,39% (n=2.273). Questa differenza rispetto all'adesione è ancora più marcata all'aumentare dell'età (Grafico 1). Infatti tra le donne 60-64enni si osserva una partecipazione del 40,97% e del 65,52% - chi(1): p<0,001 - rispettivamente nel Gruppo PFPM e nel Gruppo PSA; nella classe di età 65-69 anni tali proporzioni rappresentano il 36,16% delle donne PFPM ed il 59,77% delle donne PSA - chi(1): p<0,001.

La percentuale di donne richiamate per effettuare gli approfondimenti diagnostici è molto simile nei due gruppi e si attesta attorno al 4% (Tabella 1). Anche l'adesione agli approfondimenti non presenta differenze significative (83,67% nel Gruppo PFPM e 84,88% nel Gruppo PSA), anche se le donne marocchine ed albanesi aderiscono meno delle altre: 76,47% (n=65) e 72,87% (n=94), rispettivamente.

Al termine del percorso di screening, la percentuale di esami positivi è inferiore nel Gruppo PFPM rispetto al Gruppo PSA: 0,63% contro 0,74% - chi(1): p=0,016 (Tabella 2). Osservando le donne PFPM suddivise per continente di provenienza tale percentuale è pari a 0,74% tra le africane, 0,67% tra le donne dell'Europa dell'Est, 0,52% nelle asiatiche e del 0,42% tra le donne provenienti dal Centro/Sud America.

Analizzando alcuni indicatori diagnostici, non si osservano differenze significative nel trattamento chirurgico e nella diagnostica preoperatoria, mentre nei tempi di attesa risultano significativamente svantaggiate le donne straniere (intervento entro 42 giorni dalla mammografia di screening: 51,67% per le immigrate e 63,41% per le PSA - chi(1): p<0,001).

Tabella 1 - Inviti e adesione allo screening mammografico tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012

	Popolazione invitata		Adesione (I livello)		Richiami per Approfondimenti		Adesione agli Approfondimenti (II livello)		
	N. Inviti	%	N. Mammografie	%	N. Richiami	%	N. Esami	%	
Totale donne-round PFPM e PSA									
Donne-round PFPM	78.034	3,34	35.181	45,08	1.568	4,46	1.312	83,67	
Donne-round PSA	2.256.320	96,66	1.434.259	63,57	57.366	4,00	48.693	84,88	
Totale	2.334.354	100,00	1.469.440	-	58.934	-	50.005	-	
Dettaglio donne-round PFPM e PSA, per luogo di origine									
PFPM	Est Europa	42.406	1,82	18.658	44,00	886	4,75	753	84,99
	Africa	17.049	0,73	7.594	44,54	289	3,81	239	82,70
	Asia	5.141	0,22	1.977	38,46	91	4,60	76	83,52
	Centro/Sud America + Oceania	13.438	0,58	6.952	51,73	302	4,34	244	80,79
PSA	Italia	2.233.998	95,70	1.421.370	63,62	56.822	4,00	48.248	84,91
	Altri PSA	22.322	0,96	12.889	57,74	544	4,22	444	81,62
Totale	2.334.354	100,00	1.469.440	-	58.934	-	50.005	-	



CONCLUSIONI

In Piemonte, l'accessibilità allo screening mammografico rimane una criticità per le donne immigrate, in particolare se provenienti da Paesi economicamente svantaggiati. La condizione sfavorevole delle donne PFPM si riflette anche su alcuni parametri organizzativi, quali i tempi di attesa per l'intervento chirurgico, ma non sui principali indicatori del trattamento per i quali non emergono differenze significative tra i due gruppi. D'altro canto, le donne PFPM mostrano una proporzione significativamente inferiore per quanto riguarda l'invio al trattamento chirurgico.

Contrastare la disparità di accesso da parte delle donne provenienti da PFPM rimane un obiettivo che va perseguito nell'ambito dell'organizzazione del programma di screening mammografico in Piemonte.

Tabella 2 - Esito finale di screening tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012

	Esiti negativi		Esiti positivi		Percorso non concluso		Totale		
	N. invii a due anni	%	N. invii al trattamento	%	N. episodi in sospenso	%	N. Donne-round	%	
Totale donne-round PFPM e PSA									
Donne-round PFPM	33.944	96,48	220	0,63	1.017	2,89	35.181	100,00	
Donne-round PSA	1.393.608	97,17	10.598	0,74	30.050	2,10	1.434.256	100,00	
Totale	1.427.552	-	10.818	-	31.067	-	1.469.437	-	
Dettaglio donne-round PFPM e PSA, per luogo di origine									
PFPM	Est Europa	18.008	96,52	125	0,67	525	2,81	18.658	1,27
	Africa	7.337	96,62	56	0,74	201	2,65	7.594	0,52
	Asia	1.907	96,46	10	0,51	60	3,03	1.977	0,13
	Centro/Sud America + Oceania	6.692	96,26	29	0,42	231	3,32	6.952	0,47
PSA	Italia	1.381.105	97,17	10.504	0,74	29.758	2,09	1.421.367	96,73
	Altri PSA	12.503	97,01	94	0,73	292	2,27	12.889	0,88
Totale	1.427.552	-	10.818	-	31.067	-	1.469.437	-	

Grafico 1 - Adesione allo screening mammografico per età, tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012

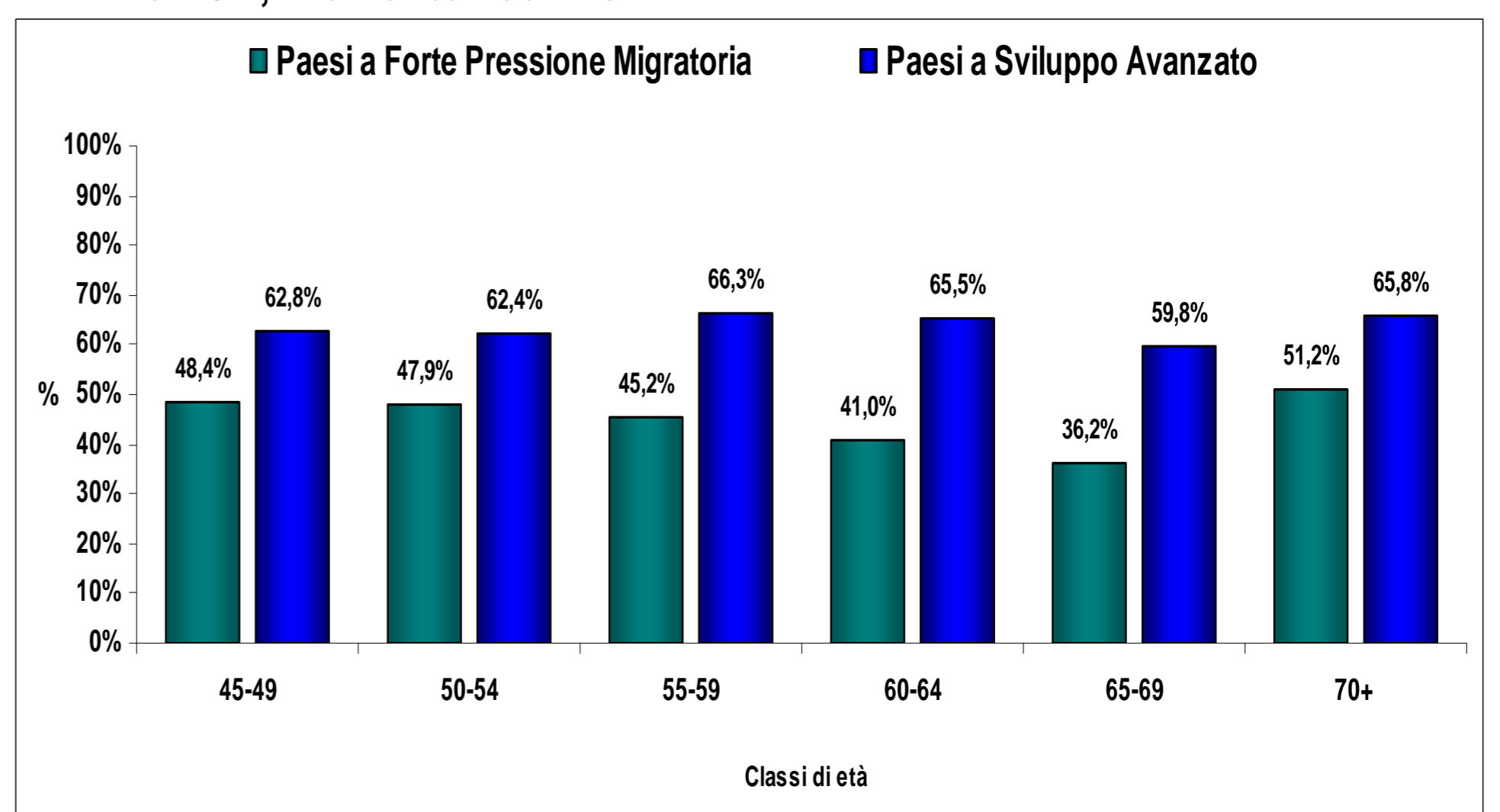
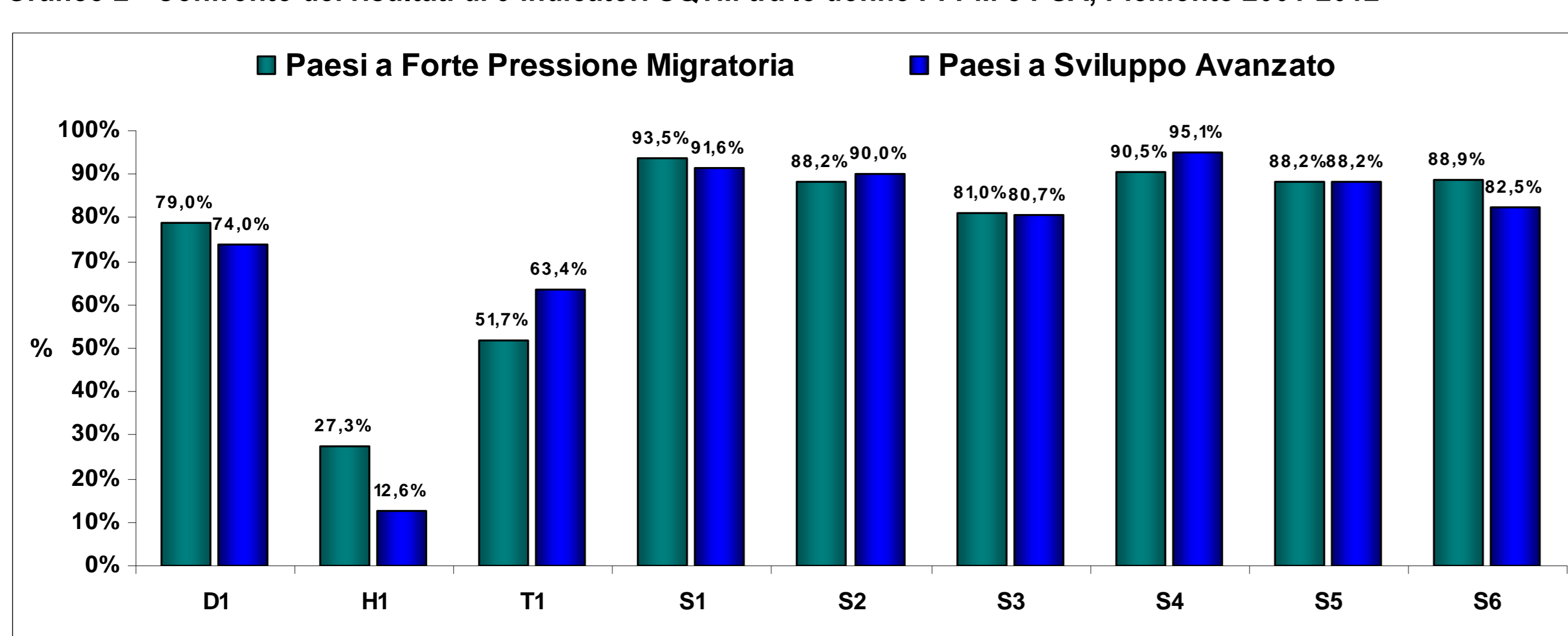


Grafico 2 - Confronto dei risultati di 9 indicatori SQTM tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012



Legenda degli indicatori SQTM

- D1. Diagnosi preoperatoria**
Proporzione di casi di carcinoma mammario (invasivo o intraduttale) con una diagnosi pre-operatoria definitiva (C5 o B5).
- H1. Completezza della caratterizzazione prognostica/predittiva**
Proporzione di casi di carcinoma invasivo nei quali siano disponibili le informazioni relative a tipo istologico, grading, stato recettoriale ER/PR, stadio e dimensioni patologiche, stato recettori HER2, valore Ki67, presenza di invasione vascolare peritumorale, distanza minima da margine libero.
- T1. Inizio trattamento entro 42 giorni dal primo esame diagnostico**
Proporzione di casi operati entro 42 giorni dal primo esame diagnostico.
- S1. Unico intervento chirurgico per il trattamento del carcinoma invasivo (escludendo interventi ricostruttivi)**
Proporzione di casi di carcinoma invasivo trattati in un'unica sessione operatoria.
- S2. Almeno 10 linfonodi asportati nella dissezione ascellare (escluso sampling)**
Proporzione di casi trattati con dissezione ascellare cui sono stati asportati almeno 10 linfonodi.
- S3. Esecuzione del solo linfonodo sentinella nei casi che poi risulteranno pN0**
Proporzione dei casi trattati con la sola procedura del linfonodo sentinella nei casi che risulteranno pN0.
- S4. Asportazione di non più di tre linfonodi nella procedura di esame dell'ascella con linfonodo sentinella**
Proporzione dei casi trattati con linfonodo sentinella in cui sono stati asportati un massimo di tre linfonodi.
- S5. Intervento conservativo in carcinomi invasivi fino a 3 cm. (inclusa l'eventuale componente non invasiva)**
Proporzione dei carcinomi invasivi fino a 3 cm. operati con intervento conservativo.
- S6. No congelatore in cancri fino a 1 cm**
Proporzione dei carcinomi invasivi fino a 1 cm, in cui non è stato eseguito congelatore sulla lesione.