

Workshop regionale Screening del cervicocarcinoma

Torino, 3 novembre 2014

Partecipazione e indicatori diagnostici nello screening del cervicocarcinoma in Piemonte: differenze tra donne italiane e donne immigrate

Federica Gallo

***CPO Piemonte – SC Epidemiologia dei Tumori
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino***



PREVENZIONE SERENA



Gruppo di lavoro: F. Gallo, A. Caprioglio, R. Castagno, N. Segnan, L. Giordano

Le donne straniere in Piemonte

Popolazione totale del Piemonte:

4.374.052 residenti nel 2012

(2.263.476 F, 2.110.576 M)

Popolazione femminile 2012

Totale	2.263.476
Donne straniere residenti (in base alla cittadinanza)	206.263
Straniere 25-64enni	138.266

9% della
popolazione
femminile
piemontese

Fonte: Regione Piemonte - <http://www.ruparpiemonte.it>



Partecipazione delle donne immigrate ai programmi di screening: cosa dice la letteratura?

Scarso utilizzo dei servizi di prevenzione oncologica tra le donne immigrate, specialmente se provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

Azerkan F. (2011) Svezia

Lofters A.K. (2010) Canada

McDonald J.T. (2007) Canada

Moser K. (2009) Gran Bretagna

Schoueri-Mychasiw N. (2013) Canada

Wilf-Miron R. (2011) Israele

Un esempio: Rondet C. (2014)

3.006 donne intervistate nell'area metropolitana di Parigi.

Rischio di non sottoporsi allo screening nel corso della vita (donne immigrate vs francesi).

OR = 2,3 (1,5-3,3) immig. con citt. francese

OR = 4,5 (2,9-6,9) immig. senza citt. francese



La letteratura rispetto alle caratteristiche socio-demografiche

L'utilizzo dei servizi preventivi è negativamente influenzato da:

Età avanzata

Walsh B. (2011), Olesen S.C. (2012)

Bassa scolarità

Palencia L. (2010), Damiani G. (2012)

Scarsa educazione sanitaria

Mamo C.(2008)

Barriere culturali e comportamentali

Garrido-Cumbrera M. (2010), Coughling S.S. (2006)



Tra le donne immigrate: tali barriere sono rafforzate da **scarsa consapevolezza/conoscenza** sul cancro, **miti e convinzioni errate** sulla malattia.

Azerkan F. (2011), Johnson C.E. (2008), Ackerson K. (2007)



La bassa partecipazione allo screening può portare a vere e proprie diseguaglianze in termini di salute

Tumore al collo dell'utero

Le donne **immigrate da Paesi svantaggiati** hanno tendenzialmente un **rischio più elevato di cancro o di lesioni di alto grado** rispetto alle donne del luogo.

Vallesi G. (2012), Azerkan F. (2011), Crocetti E. (2010), Beiki O. (2009)



Lo studio piemontese



Obiettivo dello studio

Verificare eventuali **differenze tra donne italiane e immigrate** invitate al programma di screening del cervicocarcinoma, in termini di **partecipazione** e di **indicatori diagnostici**
(2001-2012)

Definizione del Paese di origine

Identificazione del Paese di origine

In base al **luogo di nascita** (codice Belfiore) o, per le donne torinesi, in base alla **cittadinanza**.

Analisi della concordanza tra il luogo di nascita e la cittadinanza anagrafica (indice Kappa=0,9).

Categorizzazione delle donne straniere

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 provenienti dai PSA sono state inserite, insieme alle italiane, nel “Gruppo PSA”. Le altre sono state incluse nel “Gruppo PFPM”.



La coorte

Screening del cervicocarcinoma (Pap-test triennale)

1.570.872 donne (25-64 anni di età)

4.173.924 inviti

1.362.661 italiane

25.568 straniere PSA

182.643 straniere PFPM

Romania (28,1%)

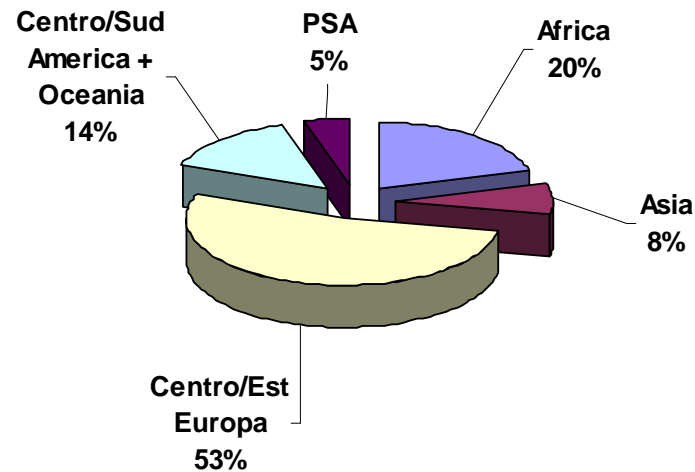
Marocco (10,2%)

Albania (7,4%)


Francia (26,7%)

Germania (17,4%)

Svizzera (16,4%)



Partecipazione per area di provenienza

		Popolazione invitata		Adesione (I livello)	
		N. Inviti	%	N. Pap-test	%
Totale donne-round PFPM e PSA				p<0,001	
Donne-round PFPM		368.683	8,8	157.229	42,6
Donne-round PSA		3.805.241	91,2	1.817.000	47,8
Totale donne-round		4.173.924	100,0	1.974.229	47,3
Dettaglio donne-round PFPM e PSA					
PFPM	Africa	84.470	2,0	34.235	40,5
	Asia	27.638	0,7	9.462	34,2
	Centro/Est Europa	195.111	4,7	86.095	44,1
	Centro/Sud America + Oceania*	61.464	1,5	27.437	44,6
PSA	Italia	3.741.392	89,6	1.789.276	47,8
	Altri PSA	63.849	1,5	27.724	43,4

*L'Oceania è stata inclusa in questa categoria data l'esigua numerosità.



Partecipazione per classi di età

Screening del cervicocarcinoma		
	PFPM	PSA
	N. Pap-test	N. Pap-test
	%	%
25-34 anni	58.461 41,2%	347.390 41,7%
35-44 anni	52.807 44,4%	490.755 46,8%
45-54 anni	32.571 45,1%	487.153 50,1%
55-64 anni	13.390 37,8%	491.902 51,6%
Totale	35.181 45,1%	1.434.259 63,6%

$\Delta=5$

$\Delta=13,8$



Richiami e Adesione agli approfondimenti

Richiami

PFPM 3,1% (N=4.817)

PSA 2,3% (N=41.400)

Adesione

PFPM 87,6%

PSA 85,3%

LSIL

PFPM 29,8% **PSA** 28,2%


ASC-US

PFPM 28,1% **PSA** 28,5%



Esiti

Age-standardised Detection Ratio (Gruppo PSA come standard)

	Screening cervicale			
	Cancro invasivo	CIN 3	CIN2	Totale (CIN2+)
Casi osservati PFPM	36	507	349	892
Casi attesi PFPM	10,8	233,9	248,7	493,4
DR standardizzato	3,3	2,2	1,4	1,8
IC 95%	2,4 - 4,5	2,0 - 2,4	1,3 - 1,6	1,7 - 1,9

Primi esami

DR stand = 1,9

Esami successivi

DR stand = 1,3



Analisi delle caratteristiche socio-demografiche sulla partecipazione allo screening cervicale



Donne straniere a Torino nel 2012

Donne straniere residenti (in base alla cittadinanza)	105.855
Straniere 25-64enni	73.000

Fonte: Regione Piemonte - <http://www.ruparpiemonte.it>

Nella coorte in studio:

345.390 donne (25-64 anni di età)

296.478 italiane

2.286 straniere PSA

46.626 straniere PFPM



Caratteristiche socio-demografiche

(al momento dell'invito allo screening)

Età: classi decennali (25-34, 35-44, 45-54, 55-64)

Stato civile: coniugata / non coniugata

Livello di istruzione (assimilato al sistema scolastico italiano anche per le donne straniere): laurea o titolo più elevato, diploma, licenza media, licenza elementare, analfabetismo

Professione (sulla base alle categorie ISTAT accorpate): professioni intellettuali, professioni tecniche e d'ufficio, professioni manuali, non occupata

Indice di deprivazione (ricavato dai dati censuari ISTAT, considera raggiungimento obbligo scolastico, livello abitativo, densità abitativa, famiglie monogenitoriali): molto elevato, elevato, medio, basso, molto basso

Round di screening (periodismo di invito, triennale nello screening cervicale e biennale in quello mammografico): primo round, round successivi

Analisi dell'influenza di tali caratteristiche sulla partecipazione allo screening, tramite un modello di regressione logistica

(‘backward procedure’ con Likelihood Ratio Test)

Aggiustato per anno di invito allo screening e area di provenienza

Influenza dei fattori socio-demografici

Età

Gruppo PFPM: Le **donne più anziane** mostrano una probabilità di accesso allo screening **più bassa delle donne più giovani**

OR 55-64enni vs 35-44enni = 0,6 (0,5-0,6)

Gruppo PSA: questo fattore non sembra influenzare la partecipazione

Stato civile

Le **donne che vivono da sole** hanno una probabilità di **adesione inferiore di circa il 30%** di quelle coniugate (sia PFPM che PSA).

Indice di deprivazione

Un indice di deprivazione **molto basso o molto elevato** influenzano **negativamente la partecipazione del 10-15% circa** per tutte le donne (baseline = indice basso).



Influenza dei fattori socio-demografici

Round di screening

Tutte le donne al **primo round** mostrano **una probabilità di aderire inferiore** di quelle ai round successivi. **Ciò è più forte tra le donne PFPM**, dove il round può essere considerato una proxy del tempo di permanenza in Italia, (OR=0,8; IC95%:0,7-0,8) rispetto alle italiane+PSA (OR=0,9; IC95%:0,8-0,9).

Professione

Tutte le donne che svolgono una professione intellettuale sono meno propense a partecipare allo screening rispetto alle donne non occupate. Il fenomeno è particolarmente forte tra le donne immigrate.

Riduzione del 60% circa tra le donne PFPM, del 10% circa tra le PSA.

Livello di istruzione

L'analfabetismo influenza negativamente la partecipazione di tutte le donne (15% circa PFPM, 25% circa PSA).

Tra le donne alfabetizzate, il titolo di studio non sembra avere un'influenza rilevante.



Quali barriere permangono alla diffusione dello screening tra le donne immigrate residenti a Torino?



- 1) Il vivere da sole
- 2) L'analfabetismo
- 3) Un livello socio-economico molto basso o molto elevato
- 4) Il crescere dell'età
- 5) Svolgere una professione intellettuale
- 6) La recente immigrazione



Come incrementare l'affluenza delle donne immigrate agli screening oncologici?



Qualche spunto ...

Review (1997-2006) su interventi per promuovere la partecipazione
Spadea T. (2010)

Interventi rivolti alle fasce di donne più svantaggiate (basso status socio-economico, minoranze etniche)

Rivolto a donne a basso reddito (USA)
4 contatti telefonici
Dietrich AJ (2006)

Incremento partecipazione $\approx 10\%$

Rivolto a donne a basso reddito (USA)
Counseling telefonico ripetuto
Crane LA (1998 e 2000)

Invito standard vs
Telefonata ripetuta OR=2,6 (1,4-4,6)
Lettera + Telefonata OR=1,4 (0,8-2,5)

Interventi a livello di comunità + counseling mirato a specifici gruppi etnici
Bird JA (1998), Earp JA (2002), Navarro AM (1998), Taylor VM (2002)

Incremento partecipazione fino al 45%

La campagna multilingue del Piemonte

2006-2007: campagna informativa multilingue (rumeno, russo, arabo, cinese, inglese, francese, spagnolo) o orientata verso **strategie di comunicazione disegnate sui bisogni delle donne immigrate** (versioni modificate del materiale informativo).



Aumento della partecipazione

PFPM	38,5% (2001-2005)	44,7% (2008-2012)	$\Delta=6,2$
PSA	45,4% (2001-2005)	50,2% (2008-2012)	$\Delta=4,8$



Che cosa può fare la ricerca?



La ricerca futura potrebbe provare a verso l'analisi di fattibilità di **campagne informative** che comprendano anche degli **elementi 'tailored'**, ma che siano **riproducibili ed economicamente sostenibili**.



PREVENZIONE

S E R E N A



e le donne straniere