

Background

Negli ultimi 10-15 anni l'Italia, storicamente terra di emigrazione, è diventata meta di un costante flusso migratorio. Al 1° gennaio 2008 gli stranieri residenti in Italia erano circa 3,5 milioni (6% dei residenti). Il novanta per cento proveniva da paesi di forte pressione immigratoria (FPM) e a basso-medio reddito. L'età media della popolazione migrante era 30 anni, il 50% viveva in Italia da meno di 5 anni e la metà erano donne (ISTAT). Nel 2008, nel mondo sono stati diagnosticati circa 530.000 nuovi casi di carcinoma della cervice (CC) e più dell'85% nei paesi in via di sviluppo (Ferlay 2010). In Italia, dove è ampiamente diffuso lo screening, il CC è piuttosto raro e sono stimati 3.418 nuovi casi all'anno (8,6 casi per 100.000 donne/anno) (AIRTUM Rapporto 2006). Infatti, il CC è ampiamente prevenibile attraverso la diagnosi precoce e il trattamento delle lesioni precancerose. I programmi di screening organizzato con Pap test possono ridurre l'incidenza del carcinoma della cervice di almeno 80% (Arbyn European guidelines 2010).

Obiettivi

Valutare le differenze nella partecipazione al programma di screening (PS) per la prevenzione del CC e nel rischio di avere una lesione citologica cervicale di alto grado (HSIL+) fra le donne immigrate e le donne nate in Italia nel PS dell'Azienda USL 10 Firenze (ASF), Toscana.

Metodi

Dal 1980 il PS del CC della ASF è coordinato dall'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO). Dal 2000 è iniziato l'invito attivo ogni 3 anni con appuntamento prefissato rivolto a tutte le donne residenti in fascia d'età 25-64 anni (circa 230.000 donne). Tutte le informazioni (inviti, partecipazione, risultati citologici, colposcopie e trattamenti) sono registrati nell'archivio del PS. Abbiamo valutato la popolazione residente nell'area dell'ASF invitata dal PS nel periodo 2000-2008 (3 round di screening). Abbiamo classificato le donne in base all'area di nascita in nate in Italia (ITA) o nate all'estero (E), queste ultime sono state suddivise in nate nei paesi FPM o nate nei paesi a sviluppo avanzato

(SA). Abbiamo analizzato la partecipazione delle donne invitate e la frequenza di lesioni citologiche HSIL+ fra le donne aderenti all'invito per area di nascita e per round di screening. Abbiamo stimato la probabilità di partecipare al PS aggiustato per età e per round di screening e la probabilità di avere una lesione citologica HSIL+ aggiustato per età e per la presenza di un Pap test nei 5 anni precedenti per area di nascita mediante un modello di regressione logistica. Inoltre, abbiamo calcolato l'adesione alla colposcopia nelle donne con citologia anormale.

Risultati

La tabella 1 descrive le caratteristiche della popolazione invitata per area di nascita: le donne nate nei paesi FPM sono più giovani (<35 anni) delle donne nate nei paesi SA o delle donne nate in Italia (39,8% vs. circa 24%; P<0,01).

Tab. 1 - Caratteristiche delle donne invitate per area di nascita

	Italia	SA	FPM	Total
3 round di screening				
N. (%)	494.411 (89,3%)	15.208 (2,8%)	43.845 (7,9%)	553.464
Fascia età				
25-34	115.887 (23,4%)	3.653 (24,0%)	17.460 (39,8%)	137.000
35-44	123.887 (25,1%)	5.024 (33,0%)	13.409 (30,6%)	142.320
45-54	114.820 (23,2%)	3.323 (21,1%)	8.401 (19,2%)	126.544
55-64	139.817 (28,3%)	3.208 (2,2%)	4.575 (10,4%)	147.600

Le donne immigrate rispondono meno all'invito (FPM=32,1%, SA=39,5%) rispetto alle donne ITA (46,3%), P<0,01 (tab. 2). In ogni round la partecipazione è più alta per le donne ITA, con un valore intermedio per le donne SA. Dal Primo al terzo round abbiamo un aumento di adesione all'invito per tutti i tre gruppi: +66% per le donne ITA (dal 33,9% al 56,3%), +56% per le donne SA (dal 29,5% al 45,9%), +57% per le donne FPM (dal 21,4% al 37,8%) (dati non mostrati), che potrebbe significare un aumento di fiducia negli anni verso il PS.

Tab. 2 - Partecipazione al PS per età e area di nascita

	Italia	SA	FPM	P
3 round				
Fascia età				
25-34	42,7	30,9	29,5	
35-44	46,4	42,5	34,1	
45-54	48,3	42,0	34,4	
55-64	47,4	41,8	32,5	
Totale	46,3	39,5	32,1	< 0,01

La minore probabilità di adesione delle donne nate all'estero rispetto alle donne nate in Italia (aggiustata per età e per round) è costante dal primo al terzo round: OR=0,73 (IC95% 0,70-0,75) per le donne SA e OR=0,53 (IC95% 0,49-0,51) per le donne FPM (tab. 3).

Tab. 3 - Probabilità di partecipare al PS per area di nascita aggiustata per età e numero di round

Area di nascita	Odds ratio	IC 95%
Italia	1	
SA	0,73	0,70-0,75
FPM	0,50	0,49-0,51

Le donne nate all'estero hanno una maggiore probabilità di sviluppare lesioni citologiche HSIL+ (OR=2,22; IC95% 1,47-3,36) rispetto alle donne ITA (Tab. 4).

Tab. 4 - Probabilità di sviluppare una lesione citologica di alto grado (=HSIL) per area di nascita aggiustata per età e la presenza di un Pap test nei precedenti 5 anni

Area di nascita	Odds ratio	IC 95%
Italia	1	
SA	2,22	(1,47-3,36)
FPM	1,97	(1,52-2,57)
Età (variabile continua)	0,97	(0,96-0,97)
Pap test nei precedenti 5 anni		
- No	1	
- Si	0,43	(0,36-0,52)

Le donne immigrate aderiscono meno alla colposcopia rispetto alle donne ITA (82,7% vs 88,7%; P< 0,01) (tab. 5).

Tab. 5 - Adesione alla colposcopia per area per area di nascita per i tre round e per tutte le citologie positive

Area di nascita	Adesione alla colposcopia			P
	No (%)	Si (%)	Totale (N.)	
3 round				
Italia	11,3	88,7	2.344	
Estero	17,3	82,7	301	
- SA	16,5	83,5	85	
- FPM	17,6	82,4	216	
				0,011

Conclusioni

Le donne immigrate hanno una minore partecipazione al PS e un rischio più elevato di avere lesioni HSIL+ rispetto alle donne ITA. In conclusione è prioritario conoscere i motivi di non rispondenza di queste fasce della popolazione per mettere in atto strategie volte ad aumentare la partecipazione delle donne al programma di screening per il carcinoma della cervice uterina.