

BACKGROUND

In Piemonte nel 2010 sono state censite 208.243 donne straniere residenti (9% della popolazione femminile piemontese), tra cui 138.951 di età compresa tra 25 e 64 anni e quindi potenzialmente beneficiarie dello screening del cervicocarcinoma.

Riuscire a raggiungere e a motivare la popolazione immigrata è un aspetto rilevante nell'organizzazione di un programma di screening femminile. Infatti la letteratura scientifica ha evidenziato uno scarso utilizzo dei servizi di prevenzione oncologica tra le donne immigrate, specialmente se provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (Azerkan 2011, Lofters 2010, Moser 2009, McDonald 2007).

La bassa partecipazione allo screening può portare a vere e proprie disuguaglianze in termini di salute: numerosi studi hanno dimostrato che le donne immigrate da PFPM hanno un rischio più elevato di cancro o di lesioni di alto grado rispetto alle donne del luogo (Vallesi 2012, Azerkan 2011, Crocetti 2010, Beiki 2009).

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è quindi quello di evidenziare eventuali differenze tra donne italiane e donne immigrate invitate al programma piemontese di screening del cervicocarcinoma in termini di:

- 1) partecipazione,
- 2) Detection Rate (DR) per lesioni di alto grado,
- 3) influenza di alcuni fattori socio-demografici sull'accesso allo screening.

MATERIALI e METODI

Sono state incluse nell'analisi le donne 25-64enni residenti o domiciliate in Piemonte, che abbiano ricevuto un invito a eseguire un Pap-test di screening, nel periodo 2001-2012.

Le donne straniere sono state identificate, in base alla cittadinanza, 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 sia per continente di origine.

Nei due gruppi sono stati analizzati i tassi di partecipazione e la Detection Rate (DR) grezza, età-specifica e standardizzata per CIN2+ (utilizzando il Gruppo PSA come standard).

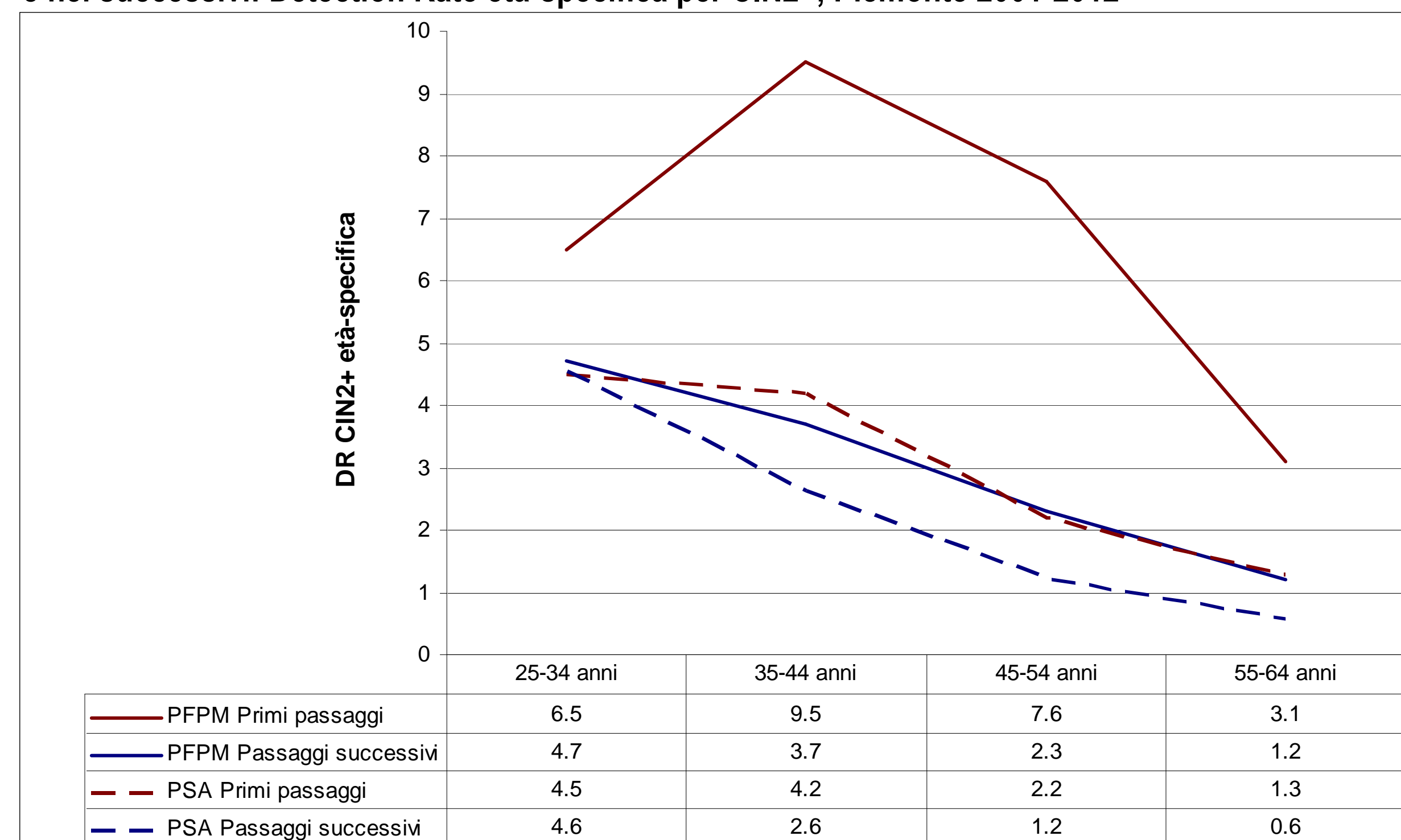
Per le sole donne del Dipartimento di screening di Torino, è stata analizzata l'influenza di alcuni determinanti socio-demografici sull'adesione tramite un modello di regressione logistica, aggiustandoli per l'età e l'anno di invito allo screening e per continente di provenienza. Il livello di istruzione è stato assimilato a quello delle donne italiane anche per le straniere; la professione è stata categorizzata rispetto alla classificazione Istat 2011 (<http://cp2011.istat.it>), come anche l'indice di deprivazione che considera la condizione abitativa, la composizione famigliare, l'istruzione e l'occupazione (<http://www.istat.it/societa/consumi>).

Tabella 1 - Inviti e partecipazione allo screening del cervicocarcinoma tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012

	Popolazione invitata		Adesione (I livello)		
	N. Inviti	%	N. Pap-test	%	
Totale donne-round PFPM e PSA					
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, per luogo di origine					
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.

Figura 1 - Incidenza di lesioni neoplastiche tra donne PFPM e PSA nei primi passaggi di screening e nei successivi: Detection Rate età-specifica per CIN2+, Piemonte 2001-2012



RISULTATI

Composizione della coorte

La coorte in studio è composta da 1.570.872 donne (1.362.661 italiane, 25.568 straniere PSA e 182.643 straniere PFPM) che, nel periodo in studio, hanno ricevuto un totale di 4.173.924 inviti a sottoporsi a un Pap-test di screening. In assoluto, i Paesi più rappresentati sono Romania (28,1%), Marocco (10,2%), e Albania (7,4%); nel Gruppo PSA la maggioranza delle donne straniere proviene da Francia (26,7%), Germania (17,4%) e Svizzera (16,4%).

Per le donne torinesi è stata effettuata un'analisi della concordanza tra il luogo di nascita e la cittadinanza anagrafica, essendo disponibile la doppia codifica, che è risultata molto elevata (indice Kappa = 0,9).

Partecipazione

Nel periodo in studio, per il Gruppo PFPM si osserva un tasso di partecipazione inferiore rispetto al Gruppo PSA (42,6% vs 47,8%; $p < 0,001$) (Tabella 1). Questa discrepanza diventa più marcata al crescere dell'età: tra le donne più giovani la partecipazione è simile, ma tra le 34-44enni il tasso differisce di 2,4 punti percentuali, tra le 45-54enni di 5,1 punti percentuali e tra le donne più anziane il delta è di 13,8. Nel Gruppo PFPM la partecipazione varia dal 44% circa delle donne provenienti dal Centro/Est Europa e dal Centro/Sud America+Oceania, al 40% circa tra le Africane e al 34% circa tra le donne immigrate dall'Asia.

Detection Rate

La Detection Rate per lesioni di alto grado (CIN2+) istologicamente confermate è generalmente più sfavorevole nel Gruppo PFPM rispetto al gruppo PSA: la DR grezza per cancro invasivo è 0,23‰ contro 0,08‰, per CIN3 è 3,22‰ contro 1,16‰ e per CIN2 è 2,22‰ contro 1,11‰ (tutte le differenze sono statisticamente significative $\chi^2(1); p < 0,001$).

Le differenze nell'incidenza di lesioni di alto grado nei due gruppi sono più marcate nei primi passaggi di screening rispetto ai passaggi successivi (Figura 1).

La DR standardizzata suggerisce una frequenza di lesioni CIN2+ quasi doppia tra le donne PFPM rispetto alle PSA nei primi passaggi di screening (DRstand=1,9; IC95%:1,8-2,1), ma il rapporto decresce a 1,3 (IC95%:1,2-1,5) nei passaggi successivi. Tale riduzione è dovuta in particolare a una riduzione delle lesioni CIN3 e CIN2 (Tabella 2).

Caratteristiche socio-demografiche

Tutti i fattori socio-demografici considerati nell'analisi influenzano l'adesione in entrambi i gruppi (Tabella 3).

In particolare analfabetismo e vivere da sole influenzano negativamente la partecipazione in entrambi i gruppi; all'evolversi della professione verso quella intellettuale, la probabilità di adesione diminuisce, soprattutto tra le donne PFPM (OR=0,39 professioni intellettuali vs non occupate; IC95%:0,33-0,46); le donne al primo round di screening mostrano una probabilità di aderire inferiore rispetto alle donne ai round successivi e ciò è più marcato tra le PFPM, per le quali il round può essere considerato una proxy del tempo di permanenza in Italia, (OR=0,78; IC95%:0,75-0,81) rispetto alle PSA (OR=0,88; IC95%:0,87-0,90).

Tabella 2 – Incidenza di lesioni neoplastiche tra le donne PFPM nei primi passaggi di screening e nei successivi: Detection Rate standardizzata, Piemonte 2001-2012

	Primi passaggi di screening				Passaggi di screening successivi			
	Ca invasivo	CIN3	CIN2	Totale (CIN2+)	Ca invasivo	CIN3	CIN2	Totale (CIN2+)
Casi osservati PFPM	29	385	260	674	7	122	89	218
Casi attesi PFPM	9,9	164,1	173,8	347,8	3,2	79,4	81,6	164,2
DR standardizzata (CI 95%)	2,9 (2,1-4,2)	2,3 (2,1-2,6)	1,5 (1,3-1,7)	1,9 (1,8-2,1)	2,2 (1,1-4,5)	1,5 (1,3-1,8)	1,1 (0,9-1,3)	1,3 (1,2-1,5)

Tabella 3 - Determinanti socio-demografici tra le donne PFPM e PSA, Piemonte 2001-2012

Indicatori socio-demografici	Gruppo PFPM (N=75.193)	Gruppo PSA (N=781.451)
	odds ratio (IC 95%)	odds ratio (IC 95%)
STATO CIVILE		
Coniugata	-	-
Non coniugata	0,72 (0,70-0,75)	0,76 (0,75-0,77)
LIVELLO DI ISTRUZIONE		
Laurea (o titolo più elevato)	0,99 (0,92-1,07)	1,00 (0,98-1,02)
Diploma	0,88 (0,73-1,07)	1,02 (1,01-1,03)
Licenza media	-	-
Licenza elementare	0,93 (0,85-1,02)	0,99 (0,98-1,01)
Analfabeta	0,84 (0,74-0,96)	0,73 (0,70-0,76)
PROFESSIONE		
Professioni intellettuali	0,39 (0,33-0,46)	0,91 (0,89-0,92)
Professioni tecniche e d'ufficio	0,96 (0,90-1,02)	1,09 (1,07-1,10)
Professioni manuali	1,14 (1,04-1,24)	1,21 (1,19-1,23)
Non occupata	-	-
INDICE DI DEPRIVAZIONE		
Molto elevato	0,84 (0,79-0,88)	0,89 (0,88-0,90)
Elevato	0,94 (0,89-1,00)	0,99 (0,97-1,00)
Medio	0,89 (0,85-0,93)	1,00 (0,99-1,02)
Basso	-	-
Molto basso	0,95 (0,92-0,99)	0,90 (0,89-0,91)
ROUND DI SCREENING		
Round successivi	-	-
Primo round	0,78 (0,75-0,81)	0,88 (0,87-0,90)

Il baseline è definito in base alla categoria più frequente.

CONCLUSIONI

I risultati evidenziano un maggior rischio di lesioni di alto grado tra le donne PFPM, probabilmente dovuto alla carenza di screening organizzati e a un'alta prevalenza di HPV, nei Paesi di origine. Contemporaneamente le donne PFPM sono meno propense a partecipare allo screening. L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche fornisce elementi utili per pianificare interventi preventivi atti a ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening.

