



**Il progetto P.I.O e i numeri dello screening**

**Livia Giordano – CPO Piemonte**

# P.I.O.

**P.I.O. Programmi Integrati della ricerca Oncologica** è un progetto triennale bandito nel 2006 dal Ministero della Salute che racchiude 7 programmi integrati relativi a 7 specifiche aree tematiche:

1. Sperimentazione di modelli di intervento di prevenzione primaria e secondaria
2. Diagnostica molecolare avanzata
3. Strategie terapeutiche innovative
4. Sperimentazioni cliniche di fase I (in collaborazione con AIFA)
5. Valutazione di nuove tecnologie ed interventi nella rete assistenziale del SSN
6. Valutazione e sperimentazione di terapie di supporto e di modelli assistenziali integrati
7. Interventi riabilitativi (fisica, psico-sociale, ecc...)

# PROGETTO P.I.O.

***Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici.***

Questo progetto è inserito nell'ambito del Programma Integrato in Oncologia (PIO), finanziato dal Ministero della Salute nel corso del 2007, all'interno dell'area tematica ***Sperimentazione di modelli di intervento di prevenzione primaria e secondaria*** e del sottoprogetto ***Prevenzione secondaria in oncologia: sviluppo dei modelli organizzativi, innovazione tecnologica e miglioramento della performance.***

***Interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso allo screening, incrementare la partecipazione nella popolazione generale ed in sottogruppi specifici.***

**Partners coinvolti:**

- ✓ **Regione Piemonte** – CPO Centro di Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino
- ✓ **Regione Toscana** – ISPO Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze
- ✓ **Regione Lazio** – Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica
- ✓ **Regione Veneto** – Istituto Oncologico Veneto IRCSS di Padova
- ✓ **Regione Umbria** – Azienda Sanitaria Locale 2, Perugia
- ✓ **Regione Emilia-Romagna** – Unità complessa senologia AUSL Bologna

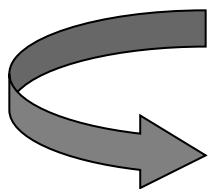
## Obiettivi specifici dell'unità operativa

1. Costruire e diffondere un modello concettuale di riferimento per lo studio dell'equità nel percorso di screening ed assistenziale dei tumori della mammella, della cervice e del colonretto.
2. Aggiornare le conoscenze di letteratura già esistenti per quanto riguarda l'equità nel percorso assistenziale di questi tumori in Italia.
3. Utilizzare le fonti informative esistenti per ottenere una fotografia dello stato attuale ed in particolare in relazione alle diseguaglianze nella copertura del programma, adesione all'invito, incidenza di tumore e stadio alla diagnosi, qualità della diagnosi e del trattamento in termini di tempestività, appropriatezza e sopravvivenza.
4. Identificare aree critiche nell'organizzazione dei servizi di prevenzione e cura dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colonretto che necessitino di specifici interventi di contrasto alle diseguaglianze di salute.

## Obiettivi intermedi

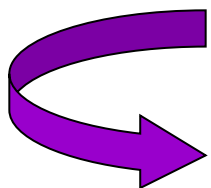
- a) Indagare, attraverso approcci sia di tipo qualitativo che quantitativo, le cause della variabilità intra e interregionale nella partecipazione ai programmi organizzati di screening oncologico in Italia ed in particolare nelle regioni Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, Umbria e Toscana, dove i programmi sono attivi da più tempo ed esiste un coordinamento regionale delle attività
- b) Sviluppare modelli organizzativi, di monitoraggio e di comunicazione per migliorare l'equità dell'accesso di particolari sottogruppi della popolazione
- c) Indagare l'interazione tra screening organizzato e screening opportunistico sui livelli di copertura e partecipazione

# I 2 filoni del progetto



## LA FIDELIZZAZIONE ALLO SCREENING:

Valutare il grado di fidelizzazione della popolazione invitata allo screening mammografico



## GLI IMMIGRATI E GLI SCREENING ONCOLOGICI:

Analizzare l'accesso allo screening di sottogruppi particolari della popolazione come le donne immigrate

*Dvd sul tema immigrati e screening :*

*LINGUE E LINGUAGGI DELLA PREVENZIONE*

*Master class :*

*IMMIGRANTS AND SCREENING*

*dott.ssa Lai Fong Chiu (University of Leeds) – ausl Bologna G. Saguatti-  
R. Costantino*



***Gli immigrati e gli screening oncologici***

# IMMIGRATI E SCREENING IN ITALIA

- ▶ Fotografare quello che già si è fatto in Italia in termini di esperienze e riflessioni specifiche su immigrati e screening oncologici
- ▶ Fornire agli operatori degli screening strumenti per analizzare il fenomeno e per pianificare eventuali interventi o studi

- A. Analisi della letteratura
- B. Raccolta dati
- C. Raccolta di informazioni su progetti specifici
- D. Interviste a testimoni privilegiati

# IMMIGRATI E SCREENING IN ITALIA

## METODOLOGIA

# Analisi della letteratura scientifica

---

**Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden**

Fatima Azerkan<sup>1</sup>, Pär Sparén<sup>1</sup>, Sven Sandin<sup>1</sup>, Per Tillgren<sup>2,3</sup>, Elisabeth Faxelid<sup>4</sup>, Kazem Zendehdel<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup> Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Sweden

<sup>2</sup> School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Sweden

<sup>3</sup> Division of Social Medicine, Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Sweden

<sup>4</sup> Division of Global Health (ICHAR), Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Sweden

<sup>5</sup> Cancer Research Center, Cancer Institute, Tehran University of Medical Sciences, Teheran, Iran

Table II Risk of cervical cancer among Swedish born and immigrant women in Sweden between 1993 and 2005, by adherence to the recommended screening intervals.

Birth Region/country <sup>1</sup>	Non-adherent to cervical screening				Adherent to cervical screening				Non-adherent vs. adherent IRR <sup>5</sup> (95% CI <sup>4</sup> )
	Person-year	No. of cases	IR <sup>2</sup>	RR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	Person-year	No. of cases	IR <sup>2</sup>	RR <sup>3</sup> (95% CI <sup>4</sup> )	
Swedish-born women	8,309,837	1,943	21.7	Reference	14,328,482	767	4.3	Reference	5.1(4.7-5.5)
All immigrants	1,699,126	334	16.9	0.8(0.7-0.9)	2,118,913	88	3.1	0.7(0.6-0.9)	5.4(4.3-6.8)
Northern Europe (excl Sweden)	510,410	116	19.0	0.9(0.7-1.1)	739,437	48	4.8	1.1(0.9-1.5)	4.0(2.8-5.5)
Denmark	48,824	15	26.0	1.2(0.7-2.0)	61,145	2	2.5	0.6(0.1-2.4)	10.3(2.4-44.9)
Finland	351,647	69	16.0	0.7(0.6-0.9)	556,482	33	4.3	1.0(0.7-1.4)	3.7(2.4-5.6)
Norway	66,570	20	28.7	1.3(0.9-2.1)	72,339	9	9.9	2.3(1.2-4.5)	2.9(1.3-6.4)
Estonia, Lithuania, Latvia	17,904	6	31.5	1.5(0.7-3.3)	20,069	4	16.6	3.9(1.5-10.4)	1.9(0.5-6.7)
Iceland, Ireland, UK	25,465	6	19.4	0.9(0.4-2.0)	29,402	0	0	0(0.0-0.0)	∞
Central Eastern Europe	189,781	53	22.3	1.0(0.8-1.4)	252,923	11	3.2	0.7(0.4-1.4)	7.1(3.7-13.5)
Poland	92,964	31	26.1	1.2(0.9-1.7)	129,542	5	2.8	0.7(0.3-1.6)	9.4(3.7-24.3)
Romania	21,636	3	11.8	0.5(0.2-1.7)	25,480	2	6.0	1.4(0.4-5.7)	2.0(0.3-11.7)
Other medium risk areas	75,181	19	20.5	1.0(0.6-1.5)	97,901	4	3.0	0.7(0.3-1.9)	6.9(2.3-20.2)
Southern Europe	258,243	72	23.3	1.1(0.9-1.4)	272,346	11	3.0	0.7(0.4-1.3)	7.8(4.1-14.7)
Yugoslavia	220,740	69	26.3	1.2(1.0-1.6)	230,913	11	3.5	0.8(0.5-1.5)	7.4(3.9-14.1)
Western Europe	84,182	15	15.8	0.7(0.4-1.2)	100,253	3	2.4	0.6(0.2-1.7)	6.7(2.0-23.3)
Germany	57,393	12	18.8	0.9(0.5-1.5)	69,878	2	2.3	0.5(0.1-2.2)	8.2(1.8-36.8)
South America	80,273	20	21.3	1.0(0.6-1.6)	109,171	4	2.7	0.6(0.2-1.7)	7.9(2.7-23.1)
Chile	45,743	10	18.8	0.9(0.5-1.6)	62,012	3	3.6	0.8(0.3-2.6)	5.2(1.4-19.1)
Other high risk areas	34,530	10	24.7	1.2(0.6-2.1)	47,159	1	1.6	0.4(0.1-2.6)	15.8(2.0-123.7)
Western Asia	192,465	13	5.9	0.3(0.2-0.5)	221,600	4	1.3	0.3(0.1-0.8)	4.5(1.5-13.7)
Turkey	57,548	11	16.7	0.8(0.4-1.4)	73,980	1	1.0	0.2(0.0-1.6)	17.1(2.2-132.1)
South Central Asia	119,334	8	5.9	0.3(0.1-0.6)	155,207	1	0.5	0.1(0.0-0.8)	12.4(1.6-99.1)
South Eastern Asia	76,271	19	21.2	1.0(0.6-1.6)	86,782	3	2.6	0.6(0.2-1.9)	8.2(2.4-27.8)
Other medium risk areas	38,027	7	15.5	0.7(0.3-1.5)	44,692	2	3.3	0.8(0.2-3.2)	4.7(1.0-22.4)
Other high risk areas	38,244	12	27.0	1.3(0.7-2.2)	42,090	1	1.8	0.4(0.1-3.0)	15.2(2.0-116.9)
Eastern Asia	44,375	8	16.3	0.8(0.4-1.5)	46,455	0	0	0(0.0-0.0)	∞

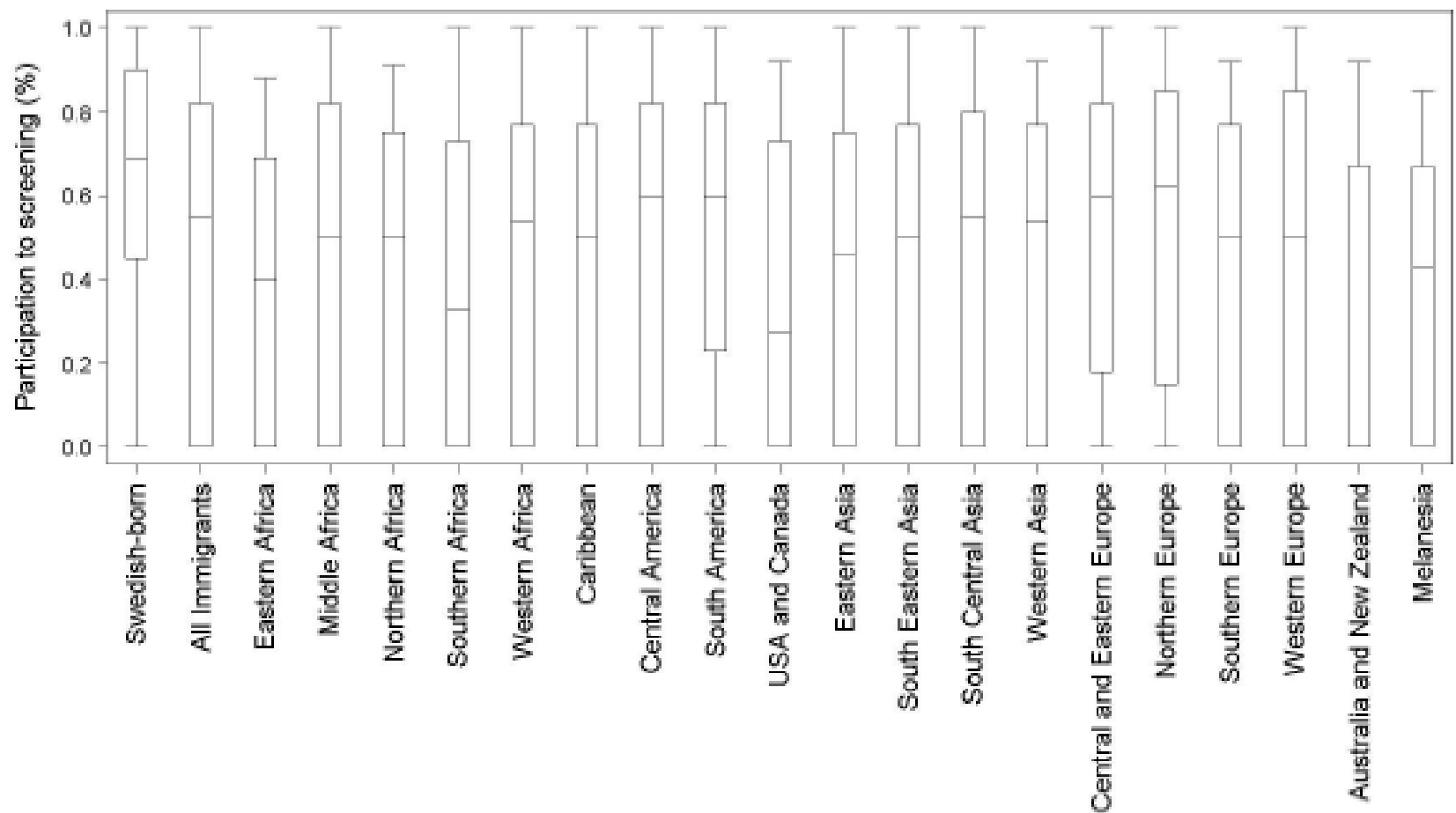
1. Birth Region/country<sup>1</sup> = Immigrant groups (birth regions/countries) were selected if more than five invasive cases were observed during the follow-up of the cohort. Detailed information about the classification of immigrant groups please see footnote in table1.

2. IR<sup>2</sup> = Incidence Rate per 100,000 person years, adjusted for the age distribution of all cohort members.

3. RR<sup>3</sup> = Relative risk with Swedish born women as the reference adjusted for the age distribution of all cohort members.

4. CI<sup>4</sup> = 95% Confidence Interval.

5. IRR<sup>5</sup> = Incidence Rate Ratio of non-adherent to adherent adjusted for the age distribution of all cohort members.



Box plot for percentage of participation in screening among Swedish-born and immigrant women in Sweden between years 1993-2005.

The boxes show between 25th and 75th percentiles with whiskers drawn to the 10th and 90th percentiles. The box plots display differences between populations without making any assumptions of the underlying statistical distribution. The spacings between the different parts of the box help indicate the degree of dispersion (spread) and skewness in the data, which is particularly useful for comparing distributions between several groups or sets of data. Each box is drawn between the 25th and 75th percentiles of the data with the median in between. Thus, the box will contain the central 50% of the data.

The degree of participation was 62% and 49% among Swedish-born and immigrant women, respectively, with large variations between immigrant groups.

Participation was lowest among those immigrating at older ages.

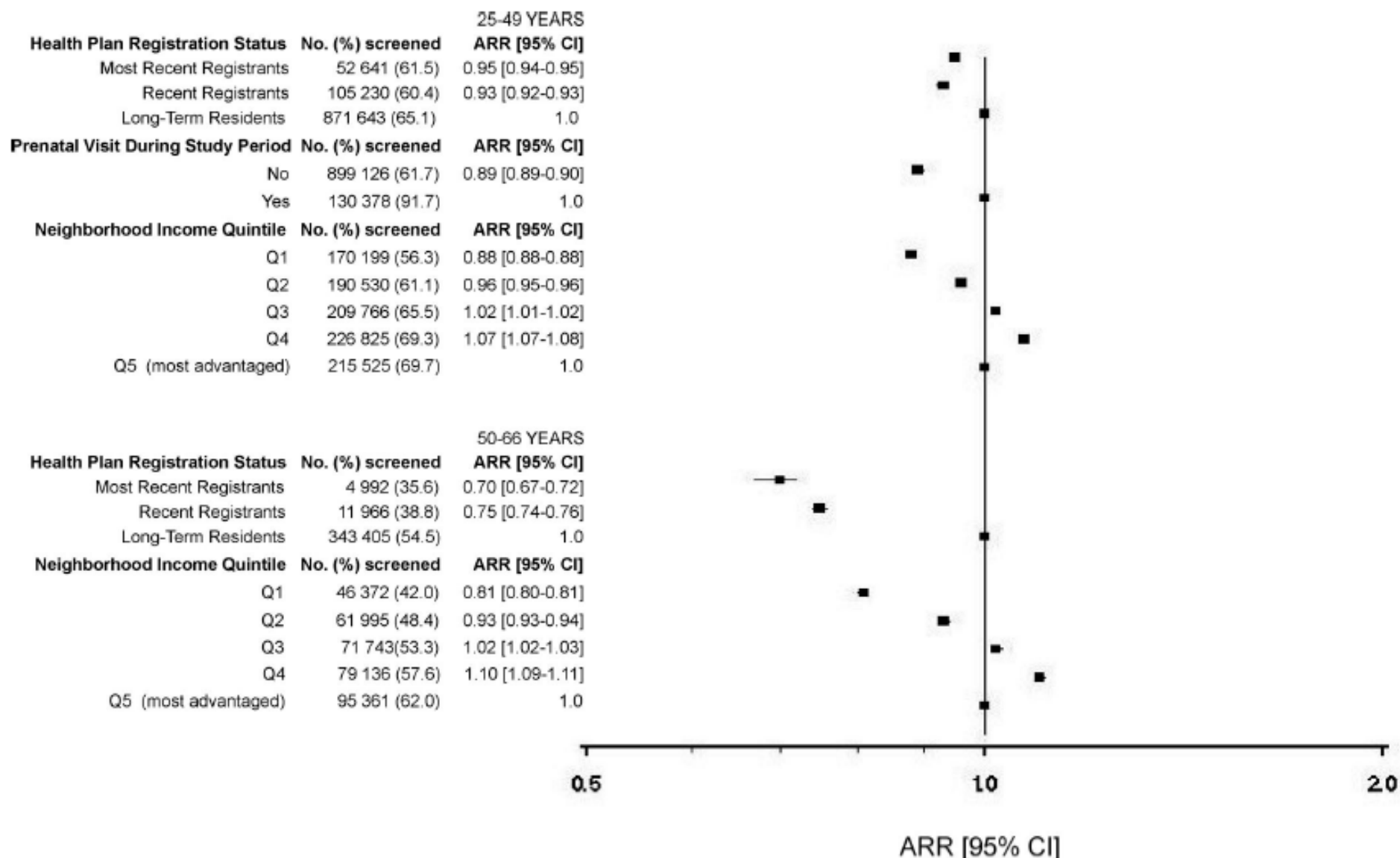
Swedish-born and immigrant women who were non-adherent to the cervical screening program had a 5-fold excess risk of cervical cancer, compared to adherent women.

Participation to screening is lower among immigrant than Swedish-born women and adherence to the recommended screening intervals strongly prevents cervical cancer.

# Low Rates of Cervical Cancer Screening Among Urban Immigrants

*A Population-Based Study in Ontario, Canada*

*Aisha K. Lofters, MD,\*†‡§ Rahim Moineddin, PhD,\*¶|| Stephen W. Hwang, MD,\*\*‡  
and Richard H. Glazier, MD\*†‡¶||*

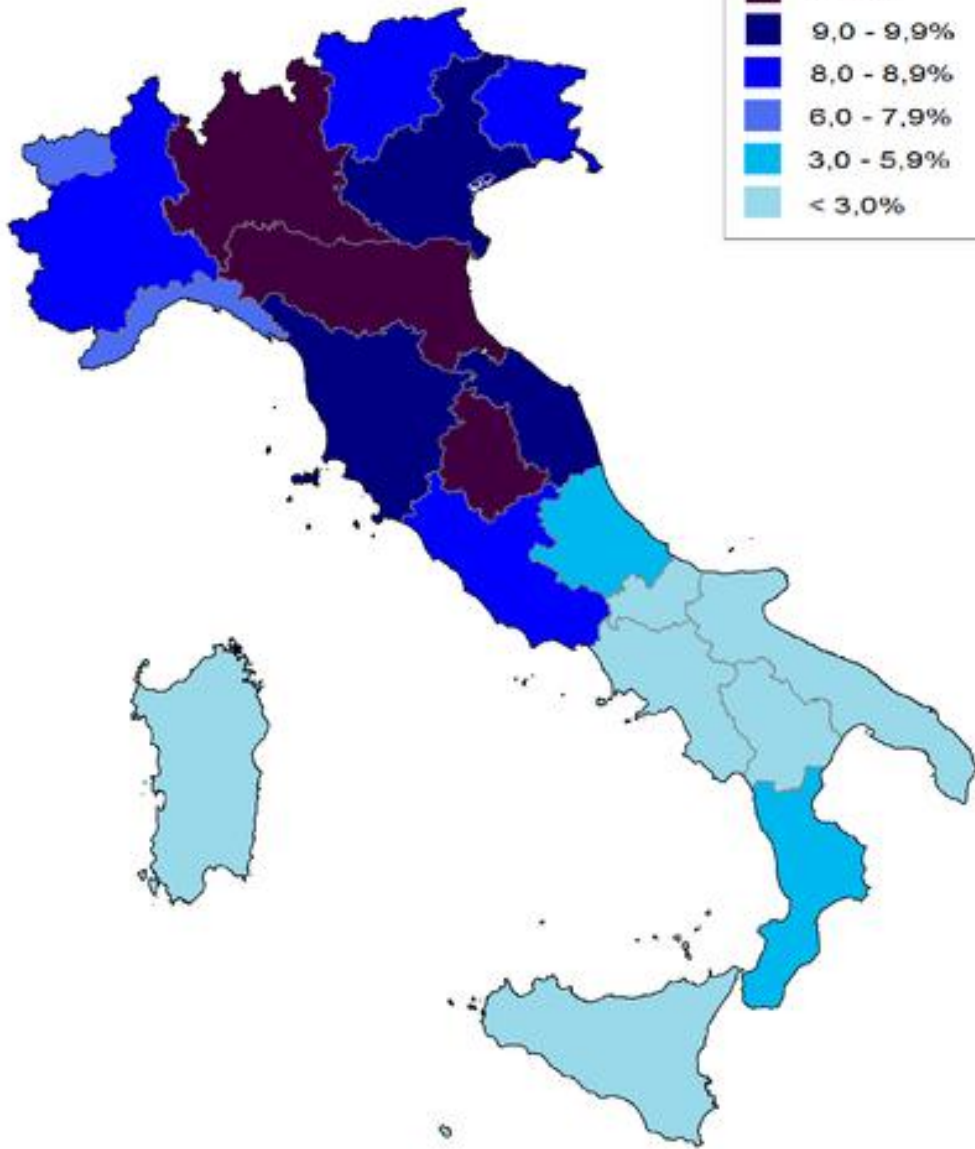
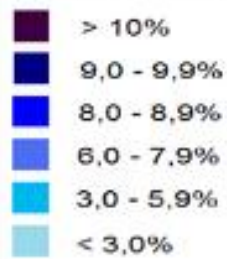


**FIGURE 1.** Cervical cancer screening rates and adjusted rate ratios (ARRs) (with 95% confidence intervals), using the most advantaged group as the referent group in Ontario's metropolitan areas, 2003–2005: adjusted for all other variables in the figure as well as for family physician visits, gynecologist visits, and visits with any physician during the study period.

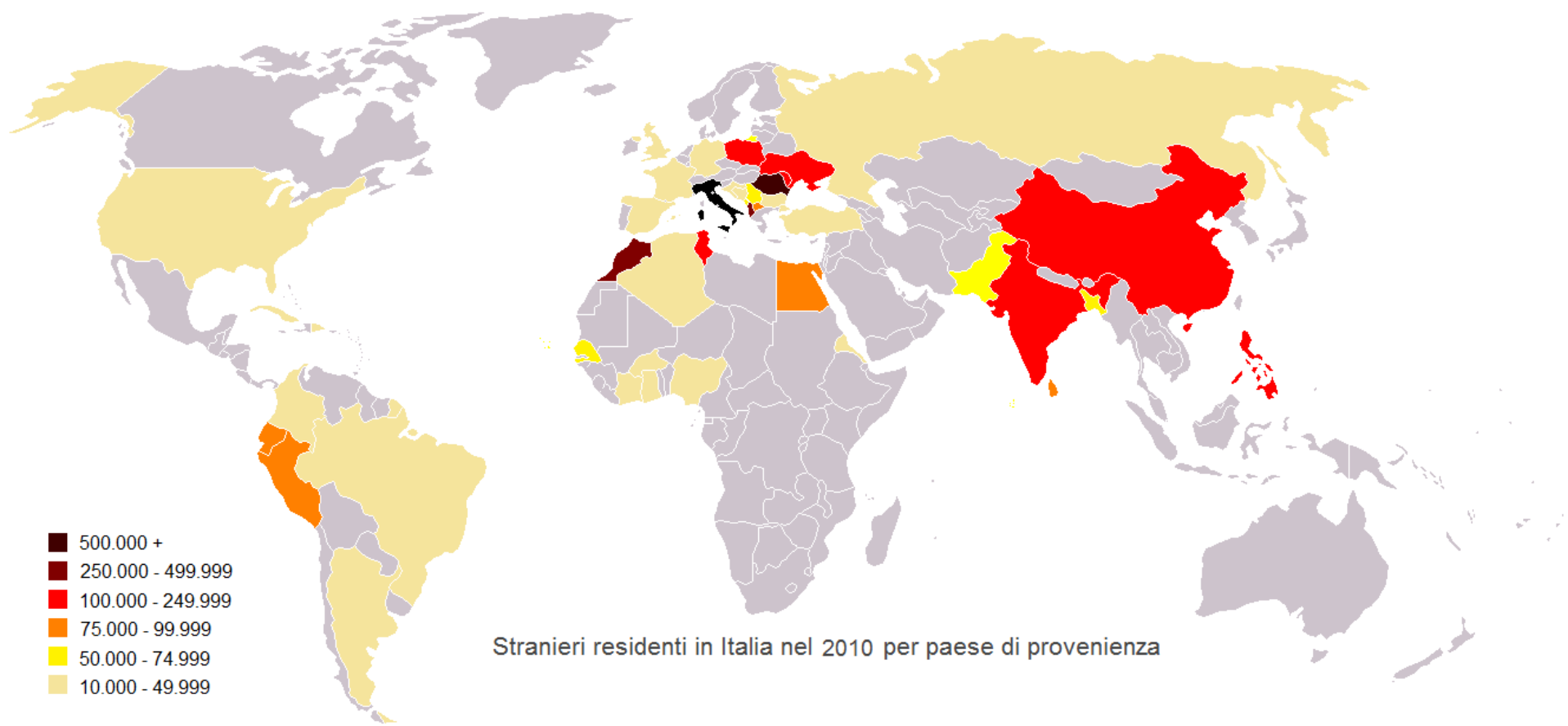
# I dati quantitativi



ISTAT - 2010

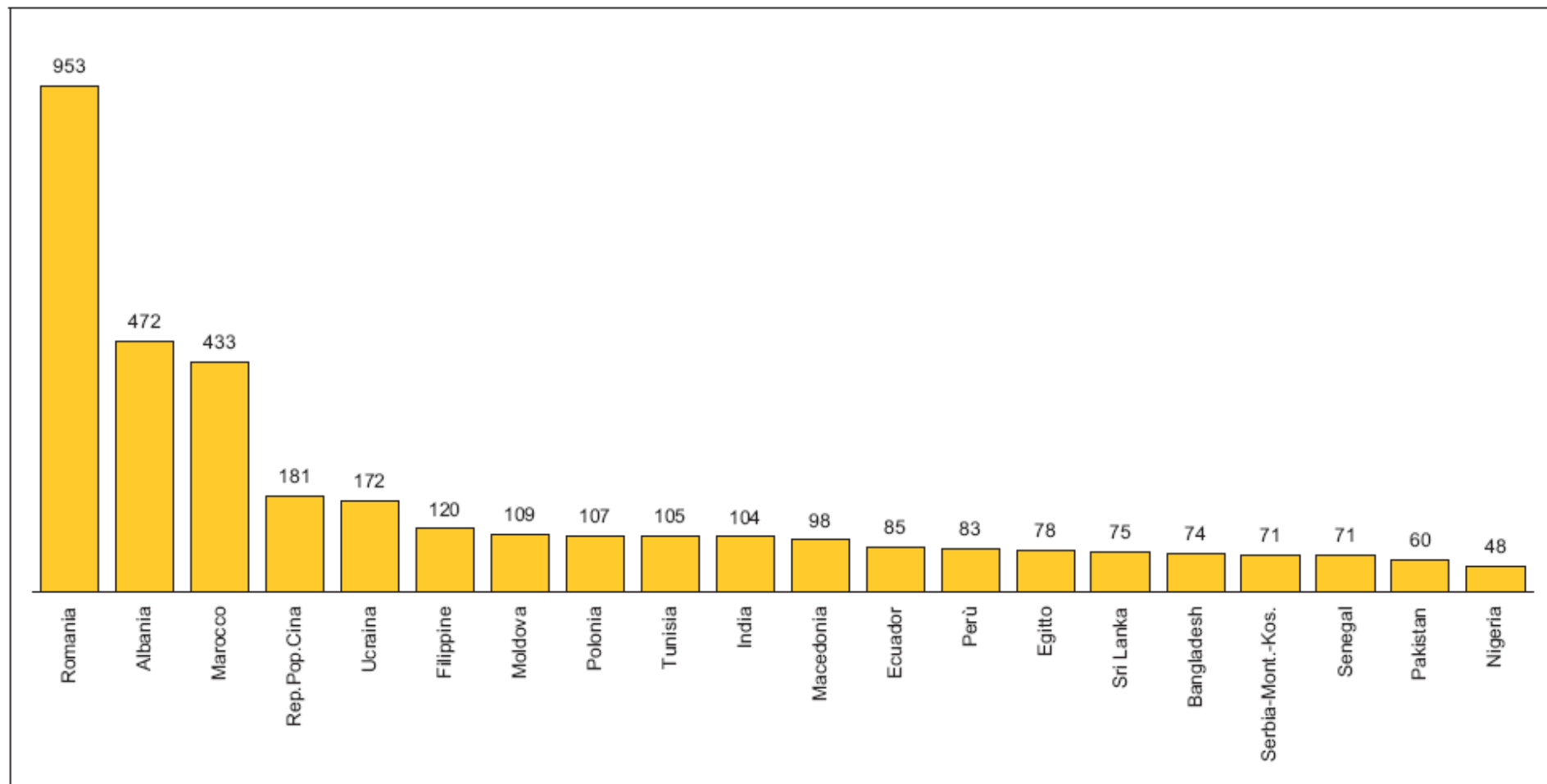


**Percentuale di  
stranieri sul  
totale della  
popolazione  
regionale**



Stranieri residenti in Italia nel 2010 per paese di provenienza

Figura 6 – Popolazione residente straniera al 1° gennaio 2010, prime 20 cittadinanze, migliaia (stima)



<i>POPOLAZIONE STRANIERA</i>	<i>% sul totale delle straniere</i>	<i>% sul totale della popolazione italiana</i>
<b>POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING CITOLOGICO (DONNE 25-64 ANNI)</b>	67%	8,6%
<b>POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING MAMMOGRAFICO (DONNE 50-69 ANNI)</b>	13%	3,8%
<b>POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING COLORETTALE - FOBT (UOMINI E DONNE 50-70 ANNI)</b>	11%	3,2%
<b>POPOLAZIONE STRANIERA TARGET SCREENING COLORETTALE - SIGMOIDOSCOPIA (UOMINI E DONNE 58 ANNI)</b>		3,1%

**A. La raccolta di dati** relativi alla partecipazione della popolazione immigrata ai programmi di screening.

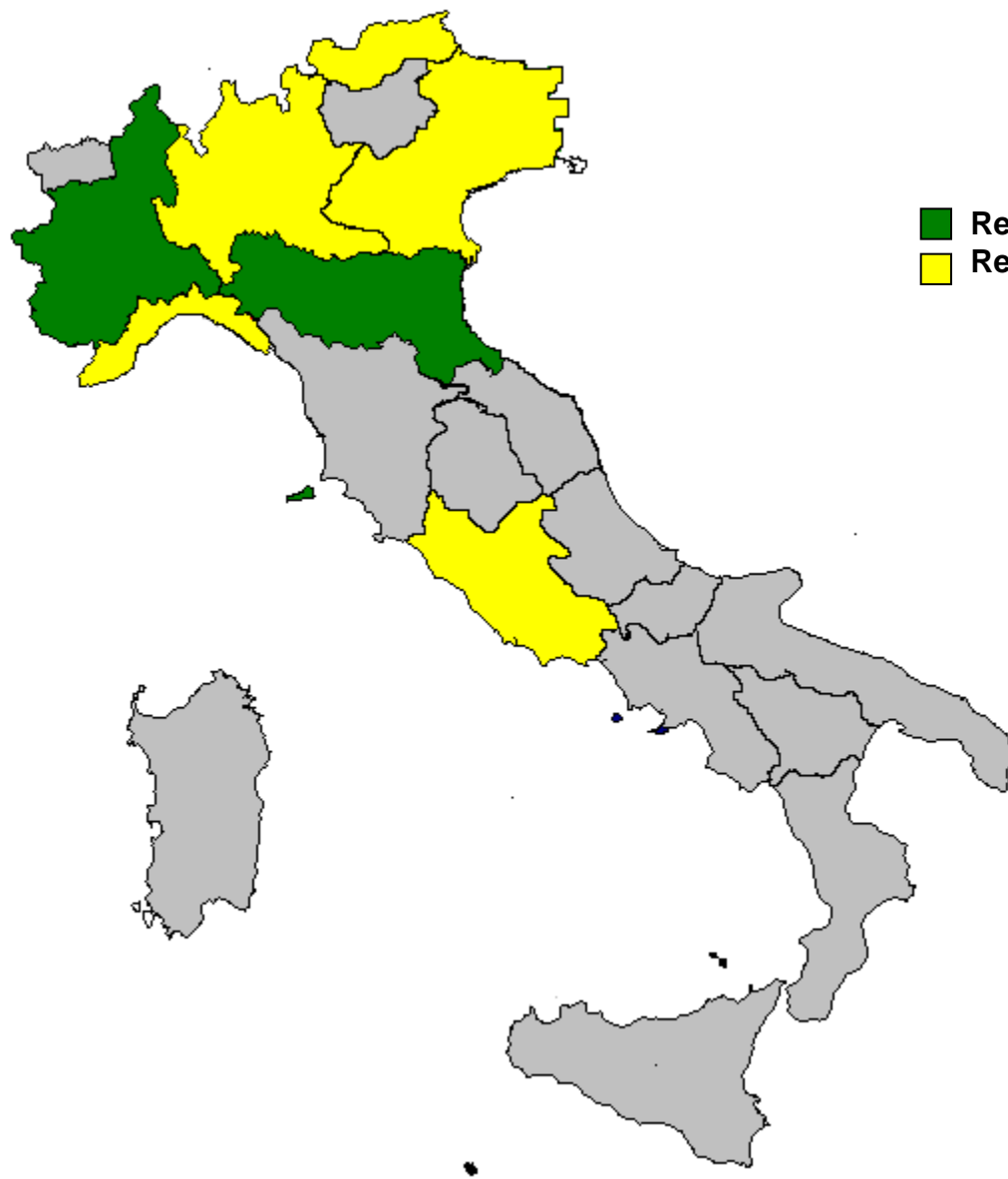
**B. [questionario partecipazione immigrati.doc](#)**

Ci sono ritornate compilate 9 schede:

- 6 riguardano analisi occasionali dell'adesione della popolazione immigrata ai programmi di screening,
- 3 sono analisi sistematiche con cadenza principalmente annuale.

Alcune sono condotte a livello regionale (Lazio, Emilia-Romagna, Trento, Piemonte), mentre le altre localmente a livello di singola asl.

C'è disparità sul criterio di classificazione, che si divide tra cittadinanza e luogo di nascita. La maggior parte delle analisi ha però scelto il luogo di nascita.



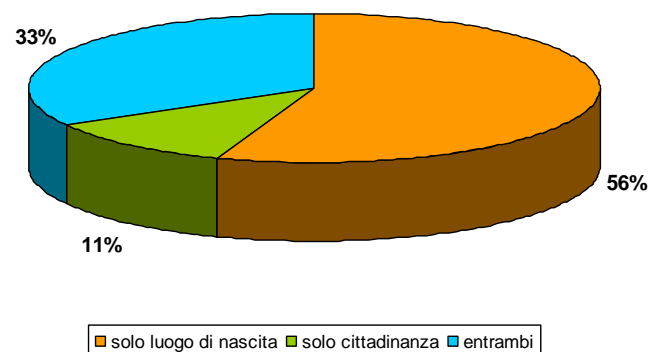
- Regioni che effettuano analisi sistematiche
- Regioni che effettuano solo analisi di tipo occasionale.

### Sintesi analisi dei dati su “immigrati e screening” in Italia

7 regioni hanno fornito i dati per l'indagine: Veneto, Trentino Alto Adige, Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

- **La maggior parte delle regioni effettua analisi soprattutto relativamente allo screening mammografico e citologico. Solo 2 regioni (Lombardia, Emilia Romagna) delle 7 rispondenti analizzano anche i dati dello screening coloretale per tale sottogruppo di popolazione.**
- **Il 56% delle regioni rispondenti utilizza il criterio del luogo di nascita per l'identificazione della popolazione straniera partecipante agli screening, mentre l'11% la cittadinanza. Il 33% utilizza entrambi i criteri. La maggior parte dei programmi è in grado di identificare con esattezza anche il paese di origine (PSA, PFPM).**

Criterio utilizzato per classificare la popolazione immigrata





## ***Definizione di popolazione immigrata e criteri di identificazione***

*Fonte: La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi 2009 – Progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia – accordo MdS/CCm – Regione Marche*

Gli immigrati sono coloro che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) , siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra Unione Europea (tab. 2).

**Il criterio della cittadinanza utilizzato per la definizione e l'individuazione degli immigrati appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata.**

**Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato.**

Quindi l'immigrato è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFPM.

Utilizzando tale criterio rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante . Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori entrambi immigrati.

**Tab. 2. Informazioni utili per la individuazione degli "immigrati"**

<b>Cittadinanza</b>	<b>Comune di nascita</b>	<b>Chi sono</b>
Straniera (in PFPM)	Estero (in PFPM)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Immigrati</li></ul>
Straniera (in PFPM)	Italia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Figli di immigrati</li><li>• Italiani (emigrati con cittadinanza acquisita in PFPM)</li></ul>
Italiana	Italia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Italiani</li></ul>
Italiana	Estero	<ul style="list-style-type: none"><li>• Italiani nati all'estero</li><li>• Stranieri e immigrati con cittadinanza italiana acquisita</li></ul>

Per lo studio della popolazione immigrata in Italia si ritiene corretto considerare la cittadinanza per i seguenti motivi:

- il requisito “paese di nascita all'estero” non consente di identificare gli immigrati, in quanto essendo l'Italia un paese di emigrazione, vi sono molti cittadini italiani nati all'estero
- l'acquisizione della cittadinanza italiana è molto difficile ed inoltre, in Italia vige, per i nati in Italia, lo *ius sanguinis* e non lo *ius soli*, quindi nella stragrande maggioranza dei casi l'immigrato mantiene la cittadinanza del paese di origine
- nei flussi informativi demografici e socio-sanitari italiani non viene rilevata l'appartenenza etnica ma, eventualmente il paese di nascita, di residenza e la cittadinanza.

Nel tracciato record SDO, altri campi potenzialmente utili ai fini dell'identificazione degli immigrati potrebbero essere:

√ il Codice Fiscale (CF) in quanto la lettera "Z" al quintultimo posto dovrebbe identificare le persone nate all'estero

√ l'onere di degenza

√ il codice STP nel caso dei clandestini.

Tuttavia l'affidabilità di questi campi è ancora scarsa in quanto i controlli effettuati hanno mostrato in misura variabile tra le Regioni quanto segue:

- errori nella compilazione del CF
- differente modalità di assegnazione dell'onere di degenza nel caso dei ricoveri degli STP (ad esempio è frequente che a questi ricoveri venga assegnato il codice 1 – a carico del SSN)
- incompleta o non corretta compilazione del campo codice STP.



## **L'adesione delle donne straniere agli screening**

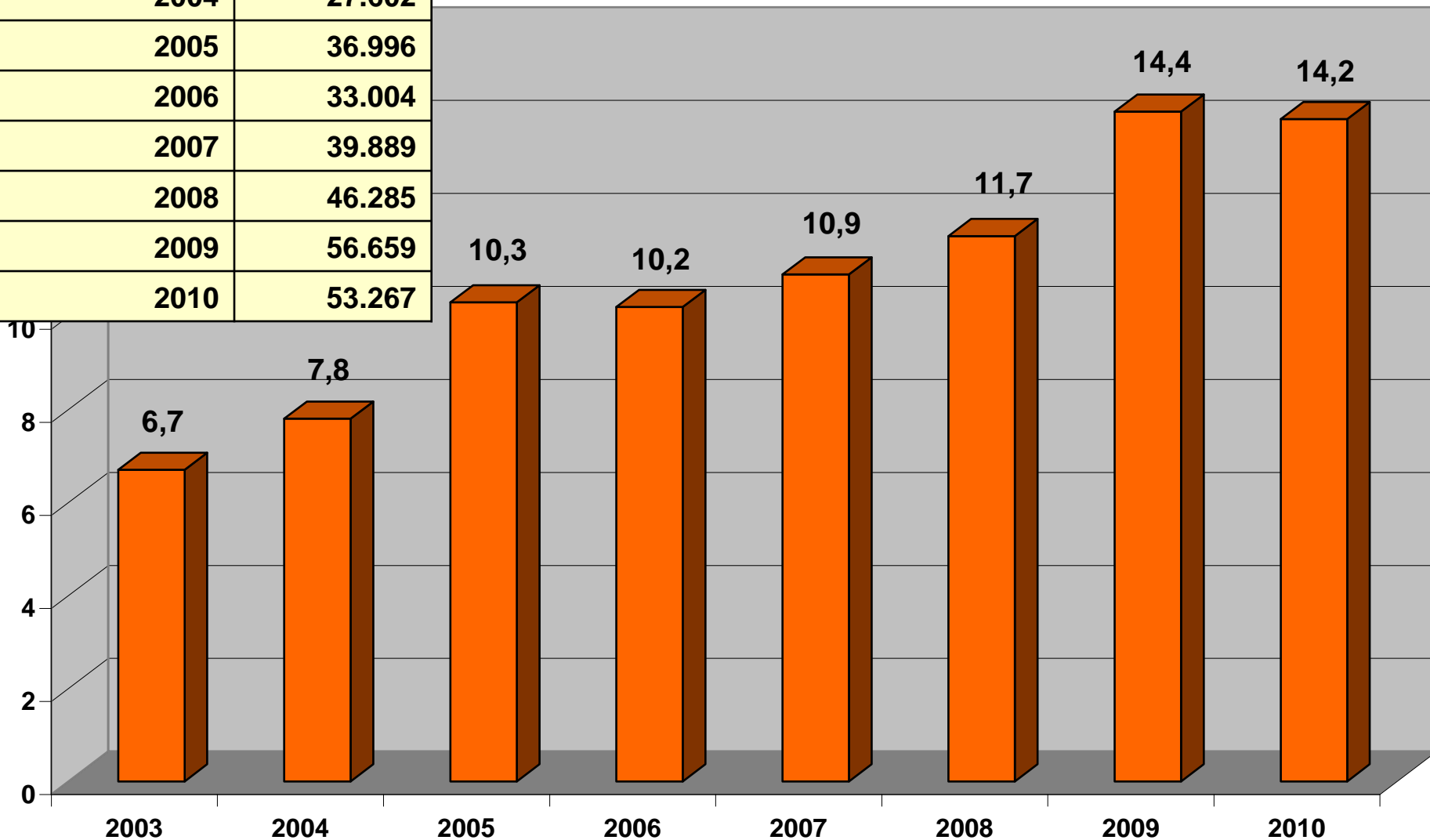


## Alcune regioni oltre all'adesione valutano anche altri indicatori di processo:

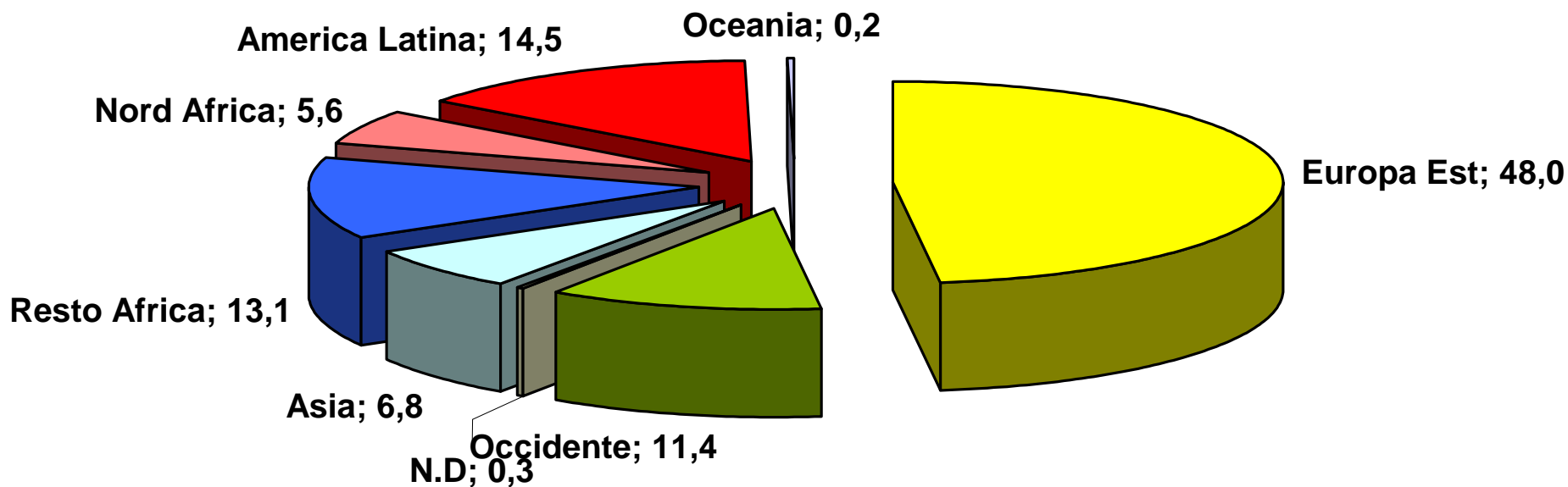
- % Pap test positivi
- referral rate
- tasso di adesione alla colposcopia
- detection rate per CIN2+
- % positivi al FOBT

Anno	INVITO
2003	20.778
2004	27.602
2005	36.996
2006	33.004
2007	39.889
2008	46.285
2009	56.659
2010	53.267

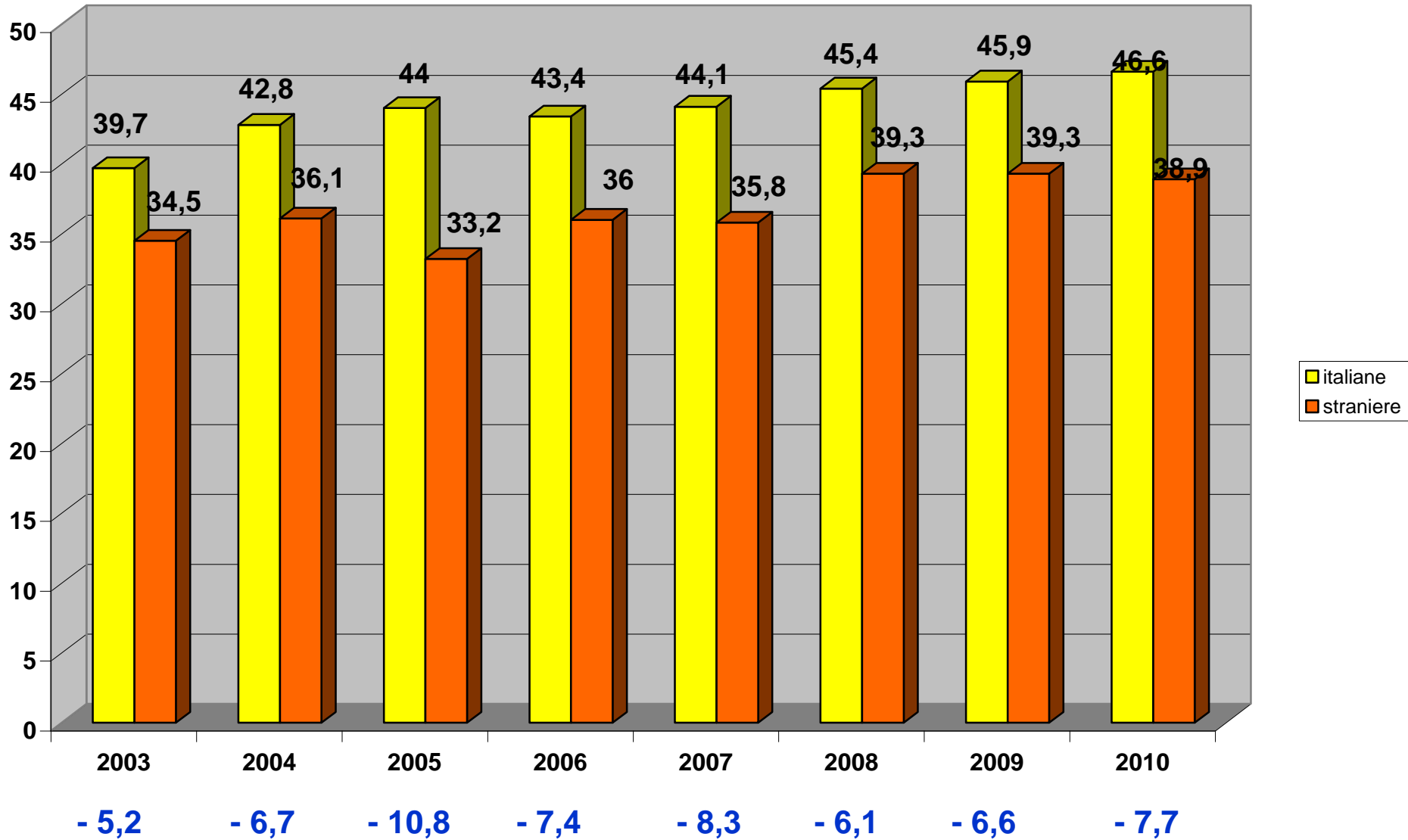
## Invitate allo screening citologico in Piemonte: 2003-2010



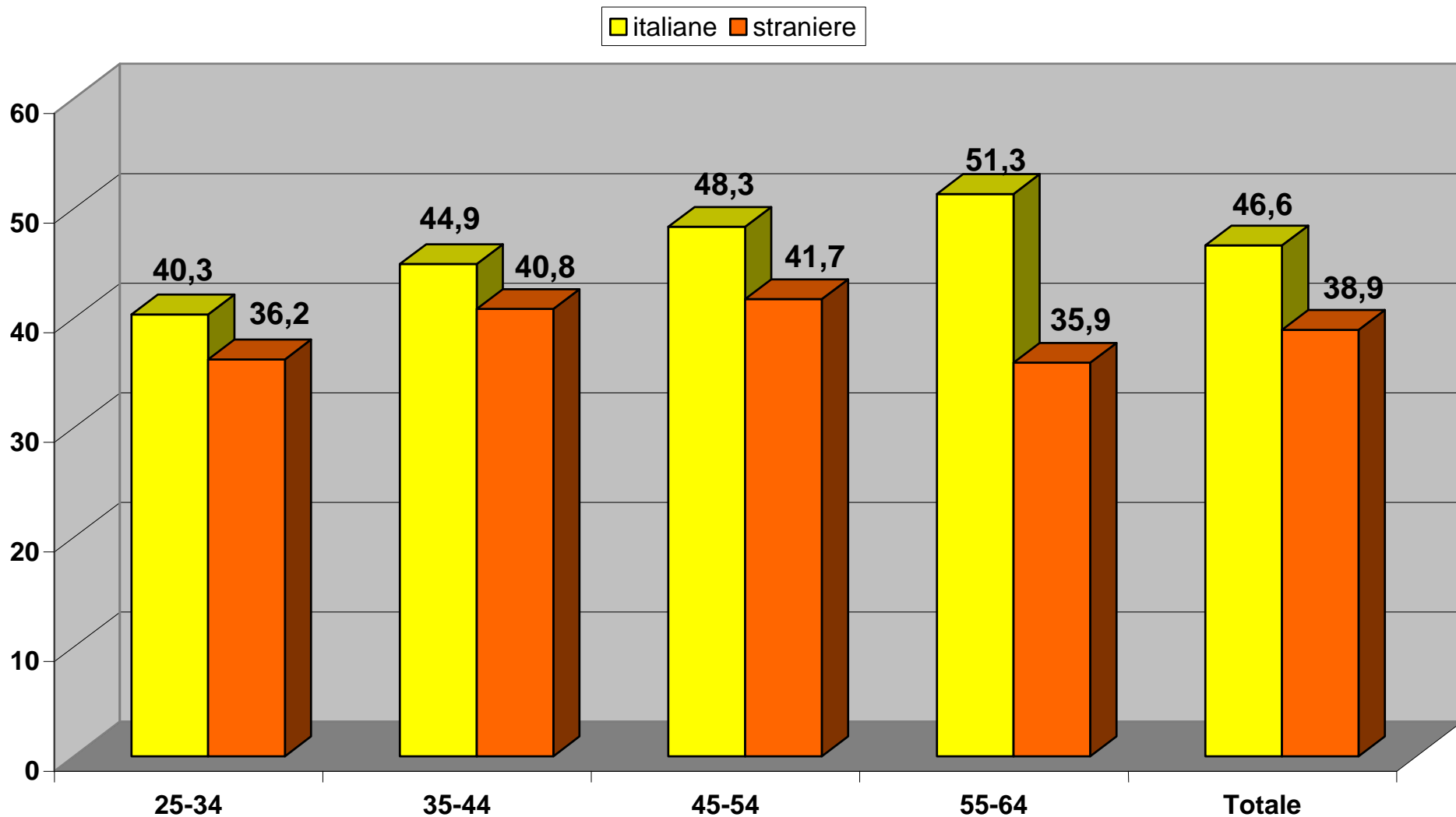
# Donne straniere invitate in Piemonte per paese di provenienza: anno 2010



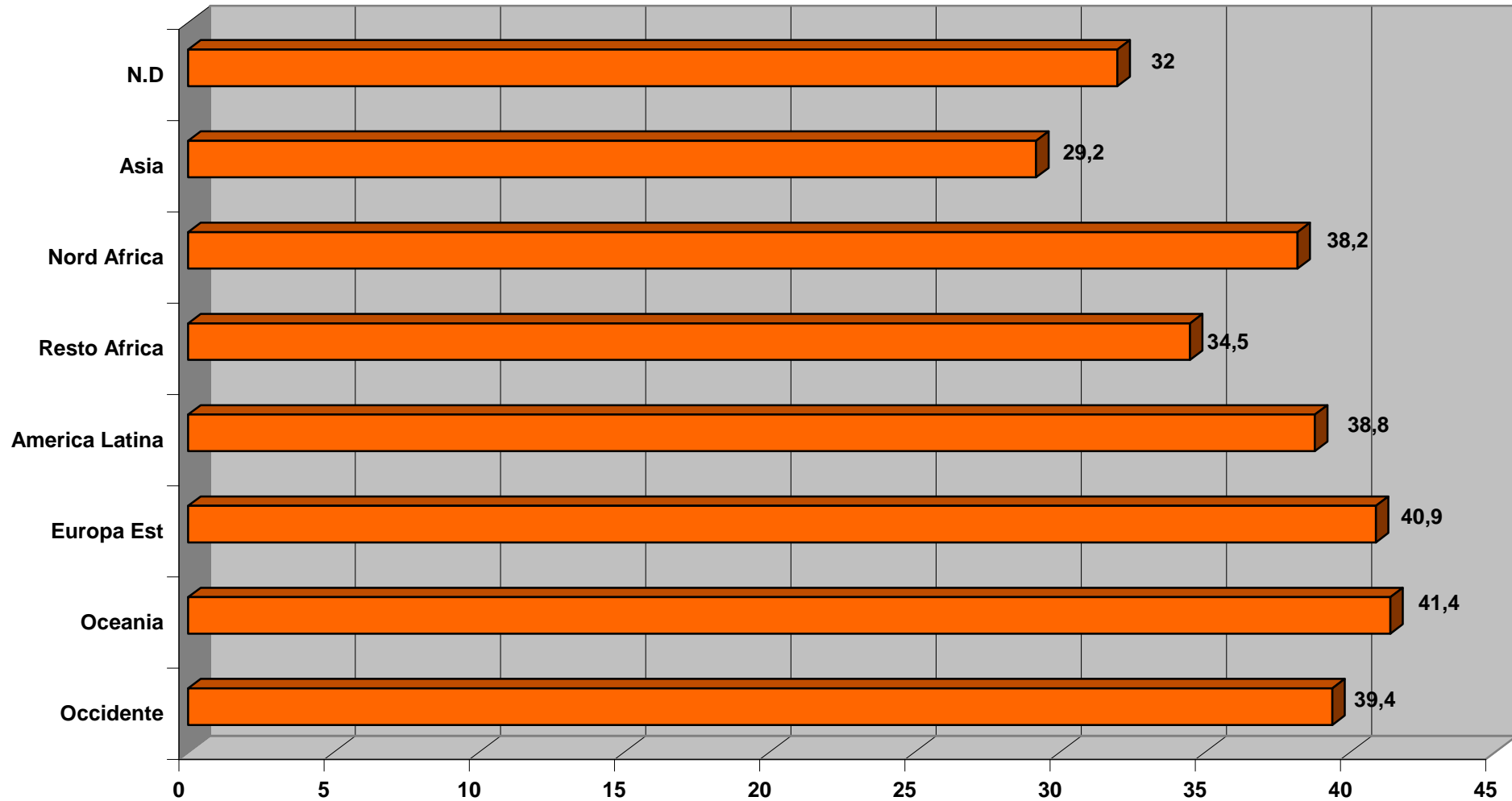
# Adesione donne italiane e straniere in Piemonte: 2003-2010



# Adesione donne italiane e straniere per classi di età in Piemonte: 2010



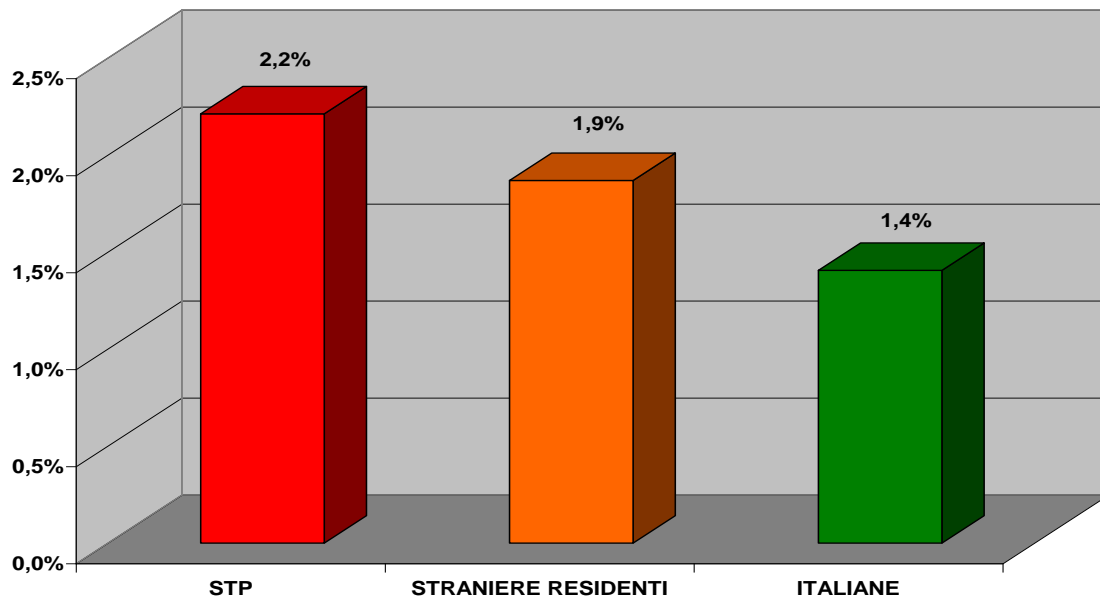
# Adesione donne straniere per paese di provenienza (2010)



# Adesione donne straniere per paese di provenienza (2010)

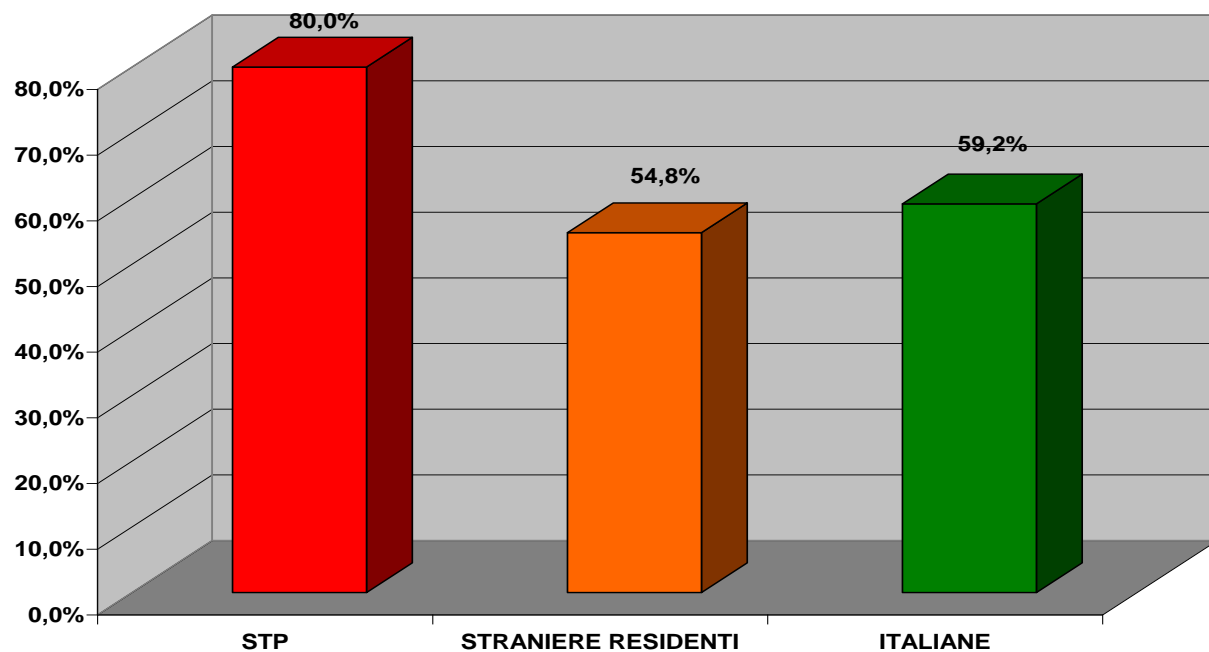
AREA DI PROVENIENZA	INVITO	ADESIONE	% di adesione all'invito
<b>Occidente</b>	6095	2403	<b>39.4</b>
<b>Oceania</b>	116	48	<b>41.4</b>
<b>Europa dell'est</b>	25573	10448	<b>40.9</b>
<b>America Latina</b>	7716	2993	<b>38.8</b>
<b>Nord Africa</b>	6995	2670	<b>38.2</b>
<b>Resto Africa</b>	2982	1030	<b>34.5</b>
<b>Asia</b>	3621	1058	<b>29.2</b>
<b>N.D</b>	169	54	<b>32.0</b>

# Periodo di riferimento: febbraio 2007 – gennaio 2010

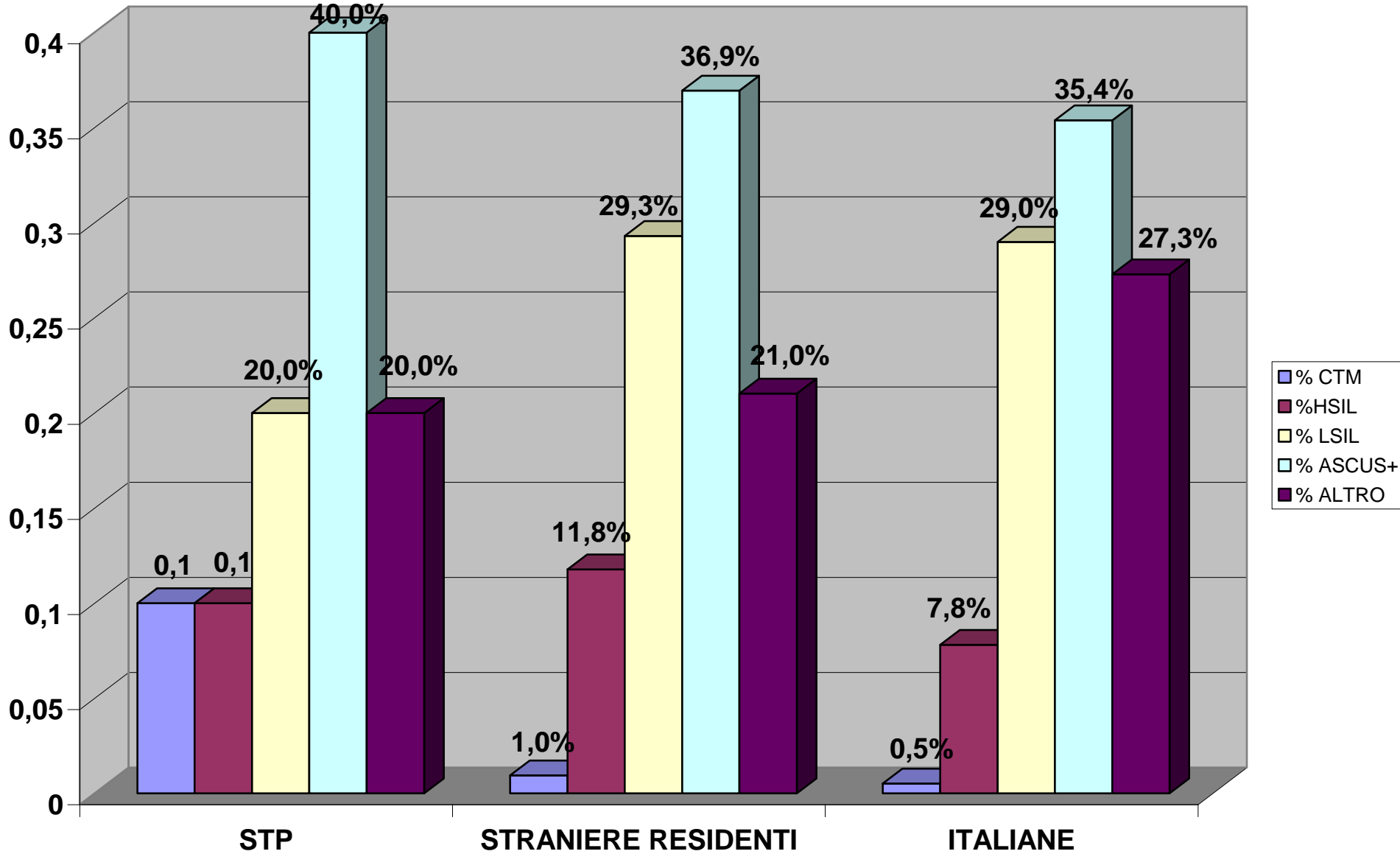


Donne con indicazione ad eseguire una colposcopia

Donne aderenti alla colposcopia



# Motivo di invio in colposcopia



# Detection rate

**DR $\geq$ CIN 2  
ITALIANE**

**1,32**

**DR $\geq$ CIN 2  
TOTALE STRANIERE**

**2,84**

# Va bene l'analisi....ma poi?

Solo in 3 realtà è emerso che i dati sono stati utilizzati per :

## FORMAZIONE

ostetriche  
operatori sanitari  
mediatori culturali



## INCONTRI CON

associazioni  
mediatori culturali

# Modifiche nell'assetto organizzativo dei programmi di screening in seguito a queste analisi

- **Coinvolgimento dei mediatori culturali**
- **Materiale multilingue**
- **Orari ed luoghi di accesso differenziati.**
- **Interventi specifici su STP**

## **INTERVENTI PER LA POPOLAZIONE IMMIGRATA STP**

(rappresentano circa il 17% di tutti i residenti stranieri - **Rapporto 2009 Ocse**)

**Emilia Romagna: interventi sui carcerati**

**Lazio: rafforzamento degli ambulatori STP attraverso una campagna di informazione multilingue volta a sensibilizzare le donne immigrate irregolari sulla tematica della prevenzione. Ogni qual volta la donna effettui un accesso a tali ambulatori e ai consultori di zona le viene offerto un pap-test di prevenzione e la donna viene inserita nel percorso di screening.**

**Lombardia: servizio di accoglienza presso il centro salute internazionale (ambulatorio stranieri) e nei consultori ASL e garanzia dell'effettuazione dei test di screening quando opportuno.**

**Piemonte: creazione di un apposito centro di prelievo per l'effettuazione dei pap-test di screening gratuiti per le donne straniere STP; formazione del personale del centro sia medico che di front-office.**

# STRATEGIE PER MIGLIORARE



Pochi numeri...poca uniformità...

Ampi spazi di miglioramento



Necessità di confronto con altri ambiti (sanitari e non)

Evitare di scoprire nuovamente l'H<sub>2</sub>O calda....



Formalizzazione della raccolta del dato quantitativo

Inserimento nelle survey annuali?

Interazione con ONS



**Eterogeneità...**

....a proposito di minoranze



