

Donne immigrate e screening cervicale nel Veneto

M. Valsecchi¹, C. Cogo², M. Saugo³, C. Fedato⁴, F. Michieletto⁵, F. Russo⁵, M. Braggion⁵, S. Campostrini⁶, A. Ferro⁷, M. Zorzi²

Key words: Cervical cancer screening, migrant, equity, accessibility

Parole chiave: Screening cervicale, donne straniere, equità, accessibilità

Abstract

Cervical cancer screening in female immigrant populations in Veneto Region

According to the literature, women coming from countries with strong migratory pressure are at a greater risk of cancer of the cervix with respect to Italian women. This is connected with the fact that women born outside Italy are less likely to undergo a cervical smear. In the Veneto Region the official immigrant population is equivalent to approximately 10% of the total population.

This article analyzes the utilization of cervical smear from immigrant women in the Veneto Region, taking into account the smears performed both inside and outside organized screening programmes.

Data have been gathered both from the archives of the screening programmes of the Local Health Authorities and from PASSI, a national surveillance system based on a standardized questionnaire administered through telephone interviews.

The screening crude participation rate among foreign women was 45.3%, only slightly lower than the one of Italian women. The participation is lower in women from Asia and in women above 50 years.

The percentage of positive smear tests was 2.7% among Italian women and 4.0% among foreign women. Compliance to colposcopy has been 89.9% for Italian women and 88.1% for foreign women. The detection rate of cervical intraepithelial neoplasia grade II or worse (CIN II+ diagnoses) in foreign women has been twofold the one detected in Italian women.

If we consider the number of smear tests carried out in the last three years and outside the context of screening programmes, the number of women who have undergone a pap smear is much higher among Italian women, women 39-45 years old and women with a high level of education and without particular economic difficulties. The opposite is true for the organized screening programmes, where the differences according to age, level of education, economic difficulties and citizenship are reduced.

These data confirm that women coming from countries with strong migratory pressure are at a greater risk of cancer of the cervix with respect to Italian women. A decrease in inequalities (in terms of education level, socio-economical status and nationality) is shown when considering the access to the screening programs.

¹Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 20, Verona

²Registro Tumori del Veneto, Istituto Oncologico Veneto IOV – IRCCS, Padova

³Servizio Epidemiologico Regionale (SER)

⁴Registro Tumori del Veneto, Azienda ULSS 4 Alto Vicentino

⁵Direzione Prevenzione, Regione Veneto

⁶Dipartimento di Scienze Ambientali, Informatica e Statistica, Università Ca' Foscari, Venezia

⁷Dipartimento di Prevenzione, Azienda ULSS 17, Este (PD)

Introduzione

In Italia è stato descritto un maggior rischio di patologia cervicale nelle donne immigrate, a causa del minor ricorso al pap test nei paesi d'origine e spesso della maggiore prevalenza dell'infezione da HPV (1). L'attività dei programmi italiani di screening cervicale viene monitorata attraverso una survey che prevede la raccolta annuale dei dati ed il loro invio dalle regioni all'Osservatorio Nazionale Screening (2), che produce un rapporto annuale. Anche molte regioni, tra cui il Veneto, producono un rapporto annuale (3).

Fino ad ora, tuttavia, né la survey nazionale né la maggior parte di quelle regionali forniscono dati sugli inviti e adesione a donne straniere.

Gli screening, inoltre, possono fornire dati solo sui pap test effettuati nei programmi organizzati, mentre in Italia una quota consistente di pap test viene eseguita al di fuori di essi. La copertura complessiva con il pap test della popolazione, sia italiana che straniera, può essere stimata attraverso altre fonti di informazione, come il sistema di sorveglianza PASSI (4). Secondo PASSI, in Veneto nel 2010 circa l'86% delle donne tra i 25 e i 64 anni risultava aver eseguito un pap test preventivo (in assenza di segni e sintomi) negli ultimi tre anni. Di questi pap test, il 46% era eseguito nei programmi organizzati e 39% al di fuori di essi. Rispetto ai dati italiani, in Veneto la copertura del pap test risulta maggiore, e maggiore risulta anche la proporzione di test effettuata all'interno dei programmi di screening.

In questo articolo analizziamo l'utilizzo del Pap test da parte delle donne immigrate del Veneto, sia nel contesto che al di fuori dei programmi di screening. Lo facciamo utilizzando gli archivi regionali dei programmi di screening e i dati forniti dal sistema di rilevazione PASSI. In Veneto la popolazione immigrata regolare è pari al 9,8% del totale.

Metodi

Il Registro Tumori del Veneto, dove ha sede il coordinamento regionale dei programmi di screening oncologici, ha accesso agli archivi dei programmi di screening delle Aziende ULSS che utilizzano il software gestionale della Regione Veneto. Nel momento dello studio, il gestionale è in uso presso 17 delle 21 Aziende ULSS della Regione.

Sono stati estratti i dati di attività relativi all'anno 2010. Le donne trattate dai programmi di screening sono state classificate in base al paese di nascita, utilizzato come proxy della nazionalità italiana o straniera. Le donne così classificate come straniere sono state suddivise in base al continente di nascita.

Sono stati calcolati i tassi di adesione grezza e corretta, i tassi di positività al pap test ed i tassi di adesione alla colposcopia di approfondimento.

Sono inoltre state analizzate le informazioni del sistema di sorveglianza PASSI (5) sulla copertura, cioè sulla proporzione dei test eseguiti nel contesto e al di fuori dei programmi di screening. Sono inoltre state effettuate ulteriori analisi dei dati PASSI, per vedere se, come rilevato a livello nazionale, vi fossero delle differenze di utilizzo del pap test per stato civile, livello di istruzione, status economico e cittadinanza.

Risultati

Complessivamente, nel corso del 2010 i 17 programmi inclusi nella rilevazione hanno invitato allo screening 335.077 donne, di cui 48.657 (14,5%) nate all'estero (di seguito indicate come "straniere"). L'adesione grezza all'invito (calcolata come aderenti / invitate) è stata del 49,9% tra le italiane e del 45,3% tra le straniere. La Figura 1 riporta i tassi di adesione specifici per continente di provenienza. Ad eccezione delle donne nate in Asia, che hanno registrato l'adesione

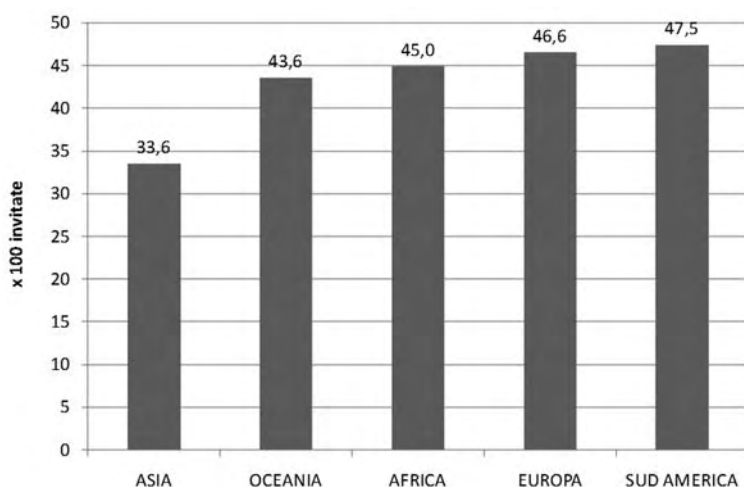


Fig. 1 - Adesione grezza all'invito per continente di nascita

inferiore (33,6%), le donne degli altri continenti hanno aderito in maniera abbastanza omogenea, con il valore più elevato a carico delle donne sudamericane (47,5%).

La Figura 2 mostra l'adesione grezza all'invito nelle diverse classi d'età. È evidente come l'adesione delle italiane e delle

straniere sia del tutto sovrapponibile fino alla fascia dei 50-54 anni, mentre si osserva un divario esclusivamente a carico delle donne più anziane.

La differenza in termini di adesione corretta all'invito, che tiene conto delle donne che contattano il centro screening comuni-

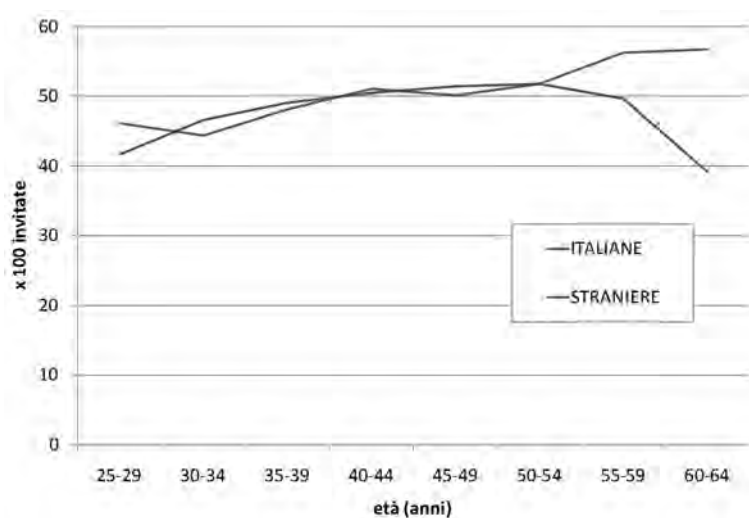


Fig. 2 - Adesione grezza all'invito per età e cittadinanza

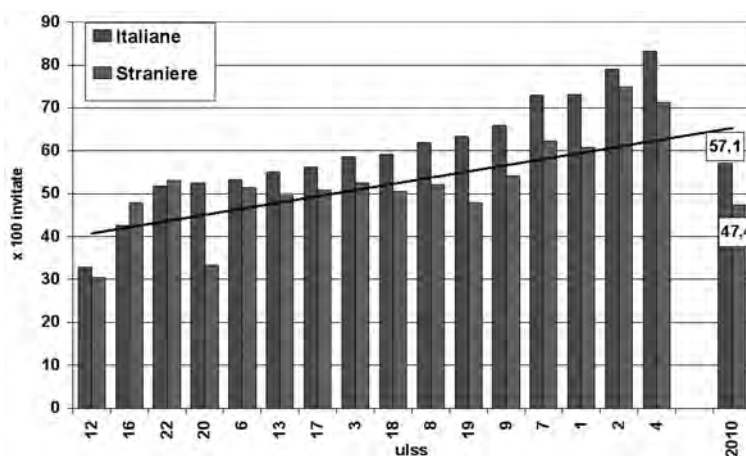


Fig. 3 - Tassi di adesione corretta per Azienda ULSS e cittadinanza

quando di non aderire perché hanno effettuato un test recente, è maggiore, pari al 57,1% tra le italiane e al 47,4% tra le straniere. Il divario tra italiane e straniere è presente in tutte le età e tende ad aumentare a partire dai 30 anni.

L'analisi dell'adesione per programma di screening mostra una correlazione tra l'adesione da parte delle italiane e quella delle straniere: i programmi con maggiore adesione nelle prime, infatti ottengono una rispondenza più elevata anche tra le seconde, e viceversa (Figura 3).

Complessivamente sono state screenate 174.459 donne, di cui 23.238 (il 13,3%) straniere. Di queste, il 91,7% proveniva da paesi a basso reddito, il restante 8,3% da paesi ad alto reddito (essenzialmente dall'Europa occidentale e dagli Stati Uniti).

La tabella 1 mostra la distribuzione delle screenate straniere per area di provenienza. Le aree maggiormente rappresentate sono i paesi a basso reddito dell'Europa (complessivamente 41%) ed il Sud America (30%).

La percentuale di donne che effettuavano il pap test di screening per la prima volta è stata del 32,4% tra le italiane e del 57,4% tra le straniere.

Complessivamente, la percentuale di pap test positivi è stata del 2,7% nelle italiane e

Tabella 1 - Distribuzione delle donne straniere screenate per area geografica di provenienza

Area geografica	%
ASIA	6,0
OCEANIA	6,0
AFRICA	8,8
EUROPA (UE) – basso reddito	14,2
ALTRA EUROPA	26,9
SUD AMERICA	29,7
Paesi ad alto reddito (EU, USA)	8,3

del 4,0% nelle straniere. La quota di straniere tra le donne inviate alla colposcopia di approfondimento è stata pari al 18,5% del totale.

L'adesione alla colposcopia è stata pari all'89,9% nelle italiane e all'88,1% nelle straniere.

I tassi di identificazione di lesioni precancerose di medio ed alto grado e di carcinomi (lesioni CIN2 o peggiori - CIN2+) sono risultati più che doppi nelle straniere rispetto alle italiane (7,1 rispetto a 3,2 per mille screenate). La tabella 2 evidenzia come la differenza tra le italiane e le straniere sia più marcata nelle donne al primo esame di screening.

Tabella 2 - Tasso di identificazione di CIN2+ ogni 1000 donne esaminate ai primi esami ed esami successivi, per cittadinanza

	Primo esame	Esami successivi
Italiane	5,1	2,2
Straniere	10,1	3,1

Secondo le analisi condotte sui dati della rilevazione PASSI, in Veneto nel 2010 circa l'86% delle donne italiane tra i 25 e i 64 anni risultava aver eseguito un pap test negli ultimi tre anni. Tale percentuale era invece del 62% tra le straniere. La differenza osservata è a carico del ricorso al test al di fuori dello screening (42% delle italiane, 17% delle straniere) mentre la copertura ottenuta con lo screening è molto simile (46% delle italiane, 45% delle straniere).

Considerando i pap test eseguiti negli ultimi tre anni al di fuori dei programmi di screening, l'uso del test nei tempi raccomandati è risultato marcatamente più alto nelle donne italiane, nella fascia 35-49 anni e nelle donne con alto livello d'istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche. Viceversa i programmi organizzati producono equità riducendo le differenze per età, livello d'istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza (Fig. 4).

Discussione

La popolazione straniera rappresenta una quota di tutto rilievo dell'attività dei programmi di screening cervicale del Veneto: infatti nel 2010 le donne straniere sono state

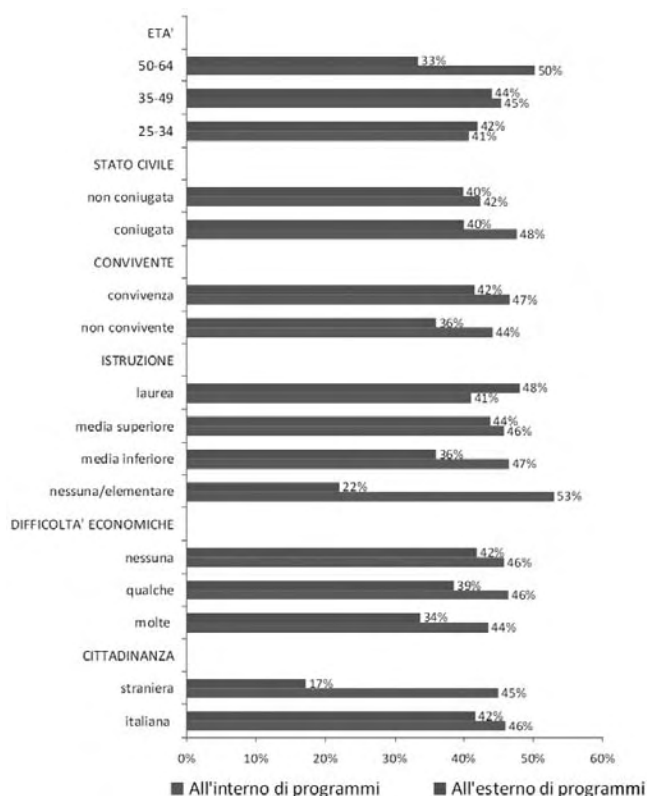


Fig. 4 - Pap test negli ultimi tre anni all'interno e all'esterno di programmi di screening. Donne, 25-64enni. Veneto - Passi 2010

il 14% delle invitate, e poco meno di un quinto delle colposcopie sono state eseguite in donne nate all'estero.

Globalmente, l'adesione allo screening delle donne straniere è risultata inferiore rispetto a quella delle donne italiane, ma solo di pochi punti percentuali. In particolare, l'adesione grezza delle donne straniere nel Veneto risulta maggiore dell'adesione media italiana (2). Il dato, quindi, si può considerare globalmente soddisfacente.

Le aree di maggior criticità sono rappresentate dalle donne asiatiche e, in generale dalle donne delle fasce d'età più avanzata (> 50 anni).

La differenza di adesione tra italiane e straniere è maggiore nell'adesione corretta che in quella grezza. Questo può essere ricondotto a due fattori: innanzitutto, come evidenziato dai dati PASSI, il ricorso al pap test al di fuori dello screening è maggiore tra le donne italiane rispetto alle straniere; inoltre, è plausibile che le donne italiane comunichino un test recente in misura maggiore rispetto alle straniere.

Per quanto riguarda l'ampia variabilità di adesione tra i diversi programmi, essa sembra difficilmente riconducibile ad interventi specifici nei confronti delle donne straniere. In Veneto, infatti, tali interventi si limitano alla traduzione di materiali informativi in una o due ULSS. Piuttosto, quello che si nota è una correlazione tra i livelli di adesione delle donne italiane e quelli delle donne straniere. In altre parole, sembrerebbe di poter affermare che i programmi che "funzionano", funzionano per tutte le donne, sia italiane che straniere. Questo suggerisce da un lato che i programmi di screening che sono capaci di fidelizzare la popolazione sono in grado di attrarre con maggior efficacia anche le donne straniere. Dall'altro, che in tali realtà i programmi di screening potrebbero beneficiare anche della capacità di fidelizzare le donne straniere in età fertile offerta dai servizi sanitari extra-screening: prestazioni consultoriali, ginecologiche,

ostetriche, pediatriche ecc. Ciò sembrerebbe avvalorato dall'osservazione che sopra i 50 anni l'adesione delle donne straniere diminuisce drasticamente.

Nelle straniere è stata registrata una quota maggiore di donne al primo esame di screening, verosimilmente collegata ad un minore utilizzo del pap test extra-screening. Inoltre la percentuale di pap test positivi è risultata superiore tra le straniere rispetto alle italiane, così come anche i tassi di identificazione per CIN2+.

Questi dati sono in linea con quanto emerso dalla letteratura, che identifica nelle donne che provengono da paesi a forte pressione migratoria un gruppo a maggior rischio delle donne italiane per quanto riguarda il tumore della cervice uterina (1). Diversamente, la popolazione femminile italiana, che negli anni ha effettuato il pap test, pur in modo non necessariamente regolare, mostra i benefici di tale pratica in termini di una riduzione della frequenza della patologia cervicale.

L'adesione all'esame di approfondimento, cioè la colposcopia, è all'incirca uguale nelle donne italiane e nelle donne straniere. In totale, nello screening del Veneto poco meno di un quinto delle colposcopie sono state eseguite in donne nate all'estero. Questo sembra suggerire che una volta che una donna, anche se straniera, entra nel percorso di screening, trova agevole effettuare i passaggi successivi al test di primo livello.

Tuttavia, va sottolineato che i programmi di screening del Veneto invitano la popolazione residente e iscritta all'anagrafe sanitaria. Pertanto nella nostra analisi non rientrano le immigrate cosiddette "irregolari", stimate tra l'1% e il 2% di quelle regolari. È anche plausibile che vi sia una selezione delle straniere che aderiscono allo screening. Potrebbe trattarsi delle donne con maggiori livelli di health literacy, cioè con maggiori strumenti per utilizzare le risorse che il sistema mette a disposizione. Una selezione è sicuramente da segnalare per i dati provenienti dal sistema PASSI, nel quale vengono intervistate solo

le donne iscritte all'anagrafe sanitaria e in grado di rispondere al questionario telefonico. Sono quindi sottorappresentate le straniere irregolari e quelle con scarsa competenza linguistica. Per quanto riguarda il Passi, si rileva infine come i dati del Veneto riguardanti l'azione "riequilibrante" dello screening sulle disparità di accesso al test siano in linea con i dati nazionali (4).

Conclusioni

Il tumore della cervice uterina rappresenta ancora un problema di salute per la popolazione straniera residente in Italia. I nostri dati confermano infatti che le donne che provengono da paesi a forte pressione migratoria sono a maggior rischio di sviluppare questa patologia.

I programmi di screening sembrano dare una risposta a questo problema, producendo equità e riducendo le differenze di accesso al test per cittadinanza, ma anche per istruzione e difficoltà economiche.

L'elevato accesso alla colposcopia sembra suggerire che nel percorso di screening è agevole effettuare i passaggi successivi al test di primo livello e che le modalità di proposta dell'approfondimento diagnostico sono sufficientemente adeguate alle esigenze delle straniere.

Aumentare la partecipazione delle donne straniere allo screening potrebbe quindi significare, in primo luogo, sostenere e migliorare l'offerta di screening a tutta la popolazione, innanzitutto in termini di estensione e adesione. Dove estensione e adesione siano adeguate è sicuramente possibile perseguire dei miglioramenti tramite progetti specifici indirizzati alle aree di maggior criticità (ad es. donne asiatiche, donne in età più avanzata, donne in situazione di particolare fragilità). Tali progetti dovrebbero comunque tener conto delle risorse disponibili e della sostenibilità dei risultati.

Infine, si sottolinea che è stato possibile

raggiungere queste conclusioni effettuando analisi supplementari su dati che erano già raccolti regolarmente a livello regionale, ma non analizzati, e che si intende ora procedere rendendo sistematiche tali analisi inserendole nel rapporto annuale degli screening del Veneto.

Riassunto

Le donne straniere, che in Veneto rappresentano circa il 10% della popolazione residente, sono a maggior rischio di patologia cervicale, a causa del minor ricorso al pap test nei paesi d'origine.

In questo articolo analizziamo l'utilizzo del Pap test da parte delle donne immigrate del Veneto, sia nel contesto che al di fuori dei programmi di screening. Lo facciamo utilizzando gli archivi regionali dei programmi di screening e i dati forniti dal sistema di rilevazione PASSI.

Nello screening, l'adesione all'invito tra le straniere è stata del 45,3%, di poco inferiore a quella delle italiane. In particolare, l'adesione più bassa si è riscontrata tra le donne straniere di età superiore ai 50 anni e nelle asiatiche.

Complessivamente, la percentuale di pap test positivi è stata del 2,7% nelle italiane e del 4,0% nelle straniere. L'adesione alla colposcopia è stata pari all'89,9% nelle italiane e all'88,1% nelle straniere.

I tassi di identificazione di lesioni precancerose di medio ed alto grado e di carcinomi (lesioni CIN2 o peggiori - CIN2+) sono risultati più che doppi nelle straniere rispetto alle italiane (7,1 rispetto a 3,2 per mille screenate).

Considerando i pap test eseguiti negli ultimi tre anni al di fuori dei programmi di screening, l'uso del test nei tempi raccomandati è risultato marcatamente più alto nelle donne italiane, nella fascia 35-49 anni e nelle donne con alto livello d'istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche. Viceversa i programmi organizzati riducono le differenze per età, livello d'istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza.

Questi dati confermano che le donne che provengono da paesi a forte pressione migratoria sono a maggior rischio di tumore della cervice uterina, e che i programmi di screening contribuiscono a ridurre le diseguità di accesso al test.

Bibliografia

1. Crocetti E, Manneschi G, Visioli CB, Zappa M. Risk of invasive cervical cancer and cervical in-

- traepithelial neoplasia grade III in central Italy by area of birth. *J Med Screen* 2010; **17**(2): 87-90.
2. I programmi di screening in Italia 2011. Screening del tumore dell'utero. www.osservatorio-nazionale-screening.it/
 3. I programmi di screening oncologici del Veneto. Rapporto 2010. www.registrotumoriveneto.it/screening/presentazione.php
 4. Rapporto nazionale Passi 2011: screening cervicale www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/ScreeningCervicale.asp
 5. Regione del Veneto. PASSI - guadagnare salute. Rapporto 2010 www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/8BCC4462-6BB4-4706-A627-1CB6637D1876/0/gspassi_2010.pdf

Corrispondenza: Dott. Antonio Ferro, Dipartimento di Prevenzione ULSS17, Via Francesconi 2, 35042, Este (PD)
e-mail: antonio.ferro@ulss17.it