

CAPITOLO 3

La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia

Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy

Lisa Francovich,¹ Anteo Di Napoli,² Paolo Giorgi Rossi,^{3,4} Lidia Gargiulo,¹ Barbara Giordani,⁵ Alessio Petrelli²

¹ Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

² Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

³ UOC epidemiologia AUSL Reggio-Emilia

⁴ IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

⁵ Servizio epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

Corrispondenza: Lisa Francovich; francovi@istat.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: confrontare l'andamento della copertura per Pap test e mammografia nel 2005 e nel 2013 tra donne italiane e immigrate residenti in Italia e valutare i fattori associati alla probabilità di aver fatto il test nei tempi raccomandati tra le donne immigrate.

DISEGNO: studio trasversale condotto con i dati delle Indagini Multiscopo "Salute e ricorso ai servizi sanitari" 2005 e 2013 dell'Istat.

SETTING E PARTECIPANTI: sono state incluse nello studio le donne in fascia di età target per il Pap test (25-64 anni: n. 32.831) e per la mammografia (50-69 anni: n. 16.459). Sono definite "immigrate" le donne con cittadinanza straniera, residenti in Italia.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: sono stati calcolati: i tassi di prevalenza standardizzati per età di donne che dichiarano di aver fatto ricorso «almeno una volta nella vita» al test di prevenzione in assenza di sintomi; la «copertura» per ciascun test, cioè la percentuale di donne che ha dichiarato il ricorso ad almeno un Pap test in assenza di sintomi nei tre anni precedenti l'intervista e ad almeno una mammografia in assenza di sintomi nei due anni precedenti. Attraverso modelli di regressione logistica stimati sulle donne immigrate è stata valutata l'associazione tra gli indicatori di «copertura» e alcuni fattori demografici, socioeconomici, di stili di vita e di uso dei servizi sanitari.

RISULTATI: sia nel 2005 sia nel 2013, il ricorso alla prevenzione dei tumori femminili era più elevato tra le donne italiane rispetto alle immigrate, ma il divario si è ridotto nel 2013 in particolare per il Pap test, per effetto del maggior incremento dei tassi di copertura tra le immigrate rispetto alle italiane. Tale incremento ha un andamento differenziato sul territorio: è particolarmente marcato nel Nord-Est (+26,4%) e nel Centro (+26,4%), mentre nel Sud e Isole si osserva un incremento maggiore per le italiane. All'aumentare degli anni di permanenza in Italia per le donne straniere aumenta la quota di copertura sia per il Pap test sia per la mammografia. Per il Pap test tra le donne immigrate (n. 2.601) i livelli di copertura sono più elevati tra chi ha fatto almeno una visita di prevenzione nell'ultimo mese (OR: 2,13), ha un partner italiano (OR: 1,72), risiede in Italia da almeno 13 anni, è laureata (OR: 1,87), giudica ottime o adeguate le proprie ri-

sorse economiche (OR: 1,39), proviene dal continente americano (68% in più rispetto alle africane). Per quanto riguarda invece i livelli relativi alla mammografia tra le immigrate (n. 636), risultano più elevati tra chi si è sottoposto a visite mediche di prevenzione (OR: 3,35), ha un livello di istruzione elevato (OR: 2,51) o risorse economiche ottime o adeguate (OR: 1,75).

CONCLUSIONE: il nostro studio evidenzia una situazione sfavorevole all'accesso alla prevenzione oncologica da parte delle donne immigrate, analogamente con quanto osservato in precedenti studi italiani e di altri Paesi industrializzati, anche con storia di immigrazione più consolidata. Nel Sud lo svantaggio rispetto al resto del Paese è molto forte anche per le italiane, suggerendo che laddove l'offerta dei test di screening è più efficace e l'accessibilità migliore per le donne italiane lo è anche per le donne immigrate. La riduzione delle differenze fra italiane e immigrate nel periodo considerato, l'aumento dei livelli di copertura per le donne che risiedono in Italia da più tempo e che hanno un partner italiano, suggeriscono un effetto positivo dell'integrazione, seppur eterogeneo rispetto all'area di provenienza.

Parole chiave: prevenzione, disuguaglianze, immigrati, cancro al seno, cancro della cervice uterina.

ABSTRACT

OBJECTIVES: to compare Pap test and mammography uptake in 2005 and 2013 between Italian and immigrant women residing in Italy and to evaluate factors associated with probability of being up-to-date with screening testing in immigrant women.

DESIGN: cross-sectional study based on data of "Multi-purpose survey on health and use of health services" conducted in 2005 and 2013 by the Italian National Institute of Statistics (Istat).

SETTING AND PARTICIPANTS: the analysis includes the interviews of women included in the target age group for Pap test (25-64 years: No. 32,831) and mammography (50-69 years: No. 16,459). Women resident in Italy with foreign citizenship are defined as "immigrants".

MAIN OUTCOME MEASURES: standardized prevalence rates of women self-reporting having had a Pap test and a mammography in the absence of symptoms "at least once in

a lifetime"; standardized prevalence ratio of up-to-date test uptake according to recommendation, i.e., in the last three years for Pap test and two years for mammography. A logistic regression model has been built to evaluate the association between up-to-date test uptake and demographic, socioeconomic, behavioural, and health service utilization factors in immigrant women.

RESULTS: prevalence of Pap test and mammography uptake was lower in immigrants, both in 2005 and 2013. This difference reduced in 2013 due to a stronger increase in immigrants than in Italians, except for mammography. The increase in Pap test uptake among immigrant women was stronger in North-Eastern (+26,4%) and Central Italy (+26,4%), while in Southern Italy and in the Islands the increase was stronger among Italian women. Test uptake in immigrants increases with longer length of stay in Italy for both tests. Among immigrants (No. 2,601), Pap test uptake was higher in women who: had a preventive examination in the previous month (OR: 2.13); have an Italian partner (OR: 1.72); have been staying in Italy for more than 13 years; are graduated (OR: 1.87); perceive their economic resources as adequate or optimal (OR: 1.39); come from the Americas (68% more if compared to Africans). As regards mammography uptake in immigrants (No. 636), associated factors are: having had a preventive examination in the previous month (OR: 3.35); having high educational level (OR: 2.51); perceiving economic resources as adequate or optimal (OR: 1.75).

CONCLUSION: this study shows that there is a lower screening uptake in immigrant women, as observed in other studies conducted both in Italy and in industrialized Countries, even with longer history of immigration. In the South of Italy, the uptake is very low also for Italian women, with prevalence lower than immigrants in Northern Italy. This phenomenon suggests that high accessibility to screening facilities is effective in increasing uptake in both Italian and immigrant women. The decreasing trend in differences with longer lengths of stay, the improvement in 2013 compared to 2005, and the advantage of women with Italian partners suggest a positive effect of integration on preventive behaviours, even if there are differences between immigrants' areas of origin.

Keywords: prevention, inequalities, immigrants, breast cancer, cervical cancer.

INTRODUZIONE

Lo screening della cervice uterina con Pap test e del seno con mammografia sono interventi di comprovata efficacia^{1,2} e la Comunità europea ne raccomanda l'implementazione ai suoi stati membri.³ In Italia i programmi di screening dei tumori femminili, cervice uterina tramite Pap test con cadenza triennale (dal 2013 anche con HPV test quinquennale⁴) e mammella tramite mammografia biennale, sono parte dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Si basano sull'invito attivo di tutte le donne

residenti appartenenti a specifiche fasce di età: 25-64 anni per il Pap test e 50-69 anni per la mammografia.⁵

In particolare per il cancro della cervice uterina, le donne immigrate hanno un rischio maggiore rispetto alle italiane per due motivi: il basso ricorso al Pap test nei Paesi di provenienza e l'alta prevalenza di papillomavirus umano in alcune aree geografiche, come Africa sub-sahariana ed Est Europa, queste ultime molto rappresentate nelle comunità immigrate presenti in Italia.^{6,7} Pertanto, il loro coinvolgimento nei programmi di

screening rappresenta un obiettivo prioritario del servizio sanitario nazionale, sia per l'impatto sull'incidenza di cancro invasivo della cervice uterina e l'incremento potenziale delle diagnosi precoci delle patologie tumorali del seno, sia per la possibilità di veicolare informazioni generali sulla prevenzione, a partire da quelle relative ad abitudini e stili di vita, nei confronti di cittadine che hanno livelli di informazione diversi a seconda del Paese e delle culture di origine. Purtroppo una minore partecipazione ai programmi organizzati, in particolare per la cervice uterina, è stata descritta per l'Italia.⁸ Le barriere all'accesso agli screening femminili della popolazione immigrata residente in Italia non sono ancora stati studiati; la letteratura internazionale si è focalizzata sui problemi linguistici, sulla scarsa *health literacy* e su fattori religiosi, culturali e psicologici che possono limitare l'accesso delle donne alla prevenzione secondaria qualora il sistema sanitario non sia sufficientemente responsivo.⁹⁻¹¹ D'altra parte, le barriere logistiche che la letteratura ha individuato come molto rilevanti per la popolazione nativa italiana (mancanza di tempo, difficoltà a raggiungere gli ambulatori in orario di lavoro) possono essere ancora più limitanti per le donne immigrate.¹² In seguito ai flussi migratori dell'ultimo decennio in Italia le immigrate sono aumentate fino a raggiungere il 9,3% del totale delle donne residenti in Italia al 31 dicembre 2015.¹³ Pertanto, l'aumento dei livelli di copertura di questi due test nei programmi di screening tra le donne immigrate costituisce anche un'opportunità di integrazione, e rappresenta uno strumento attraverso il quale favorire l'accesso a interventi di comprovata efficacia, contrastando disuguaglianze e barriere che non di rado le immigrate sperimentano.

Obiettivi di questo studio sono:

- confrontare l'andamento dei livelli di copertura per Pap test e mammografia nel 2005 e nel 2013, tra donne italiane e immigrate;
- valutare i fattori associati alla probabilità di accedere alla prevenzione oncologica femminile tra le donne immigrate.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato realizzato con i dati delle Indagini Multiscopo "Salute e ricorso ai servizi sanitari" 2005 e 2013 dell'Istat, condotte su un campione di famiglie residenti in Italia estratte dalle liste anagrafiche comunali.¹⁴ L'unità di rilevazione dell'indagine è la famiglia di fatto, costituita dalle persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affetto. Tutti gli individui appartenenti al nucleo familiare sono stati inclusi nel campione e, di conseguenza, nel presente studio. L'indagine si occupa di tre aree tematiche:

- condizioni di salute e salute percepita;
- ricorso a servizi e trattamenti sanitari;
- prevenzione e stili di vita.

Nel questionario si rileva una specifica sezione sulla prevenzione femminile riservata alle sole donne di 25 anni e più. Tale sezione è strutturata in modo che molti indicatori siano confrontabili tra le due edizioni dell'indagine, 2005 e 2013. Ai fini dello studio lo status di immigrata è stato definito attraverso la cittadinanza straniera, dichiarata dalla persona intervistata.

La copertura nella prevenzione oncologica è stata valutata attraverso i seguenti indicatori:

1. tassi di prevalenza standardizzati per età di donne in fascia di età target che dichiarano di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita al test di prevenzione in assenza di sintomi, assumendo come popolazione standard quella derivante dal Censimento 2011;

2. «copertura» citologica, intesa come percentuale di donne in fascia target (25-64 anni: n. 32.831, che rappresentavano una popolazione pari 16.752.400 donne) che hanno dichiarato il ricorso ad almeno un Pap test in assenza di sintomi nei tre anni precedenti l'intervista (a partire dal 2013 le raccomandazioni italiane prevedono l'uso del test HPV per le donne dai 30-35 anni in su con intervallo quinquennale; al momento delle interviste la proporzione di donne coperte con test HPV era marginale se non in alcune aree geografiche dove erano in corso programmi pilota);¹⁵

3. «copertura» mammografica, ovvero la percentuale di donne in fascia target (50-69 anni: n. 16.459 che rappresentavano una popolazione pari a 7.925.570 donne) che hanno dichiarato il ricorso ad almeno una mammografia in assenza di sintomi nei due anni precedenti l'intervista (a partire dal 2010 alcune Regioni¹⁶ hanno ampliato alla fascia 45-74 anni l'età della popolazione obiettivo dello screening mammografico, ma per mantenere la confrontabilità regionale nel presente studio si fa riferimento alle fasce di età previste per i LEA).

Attraverso modelli di regressione logistica applicati sul sottocampione delle donne immigrate (per il Pap test n. 2.601, rappresentanti una popolazione pari a n. 1.639.128; per la mammografia n. 636, rappresentanti una popolazione pari a n. 352.886) è stata valutata l'associazione tra gli indicatori 2 e 3 e alcuni fattori potenzialmente predittivi di tali esiti: età, livello d'istruzione, giudizio sulle risorse economiche familiari, area geografica di provenienza, tipologia della coppia, abitudine al fumo, aver fatto visite di prevenzione di recente, aver fatto prevenzione attraverso esami medici, anni di residenza in Italia.

I modelli sono stati elaborati utilizzando una metodologia che permette di inserire progressivamente le variabili per importanza (*forward*) in termini di capacità predittiva. A tal fine è stato utilizzato quale livello di significatività per l'ingresso e l'uscita delle variabili dai modelli il valore di 0,05.

RISULTATI

La **figura 1** (p. 20) mette a confronto i tassi standardizzati per età di ricorso al Pap test e alla mammografia, in assenza di sintomi o disturbi, tra donne italiane e immigrate residenti in Italia, nel 2005 e nel 2013, nelle fasce di età target (25-64 anni per il Pap test e 50-69 anni per la mammografia). Sia nel 2005 sia nel 2013 il ricorso alla prevenzione dei tumori femminili è più elevato tra le donne italiane rispetto alle immigrate, ma il divario si riduce nel 2013, con la sola eccezione del ricorso alla mammografia nei due anni precedenti l'intervista. Infatti, si osserva un incremento dei tassi di copertura maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane, che determina quindi una convergenza dei comportamenti preventivi tra i due gruppi.

La **figura 2** (p. 20) mette a confronto le percentuali di copertura del Pap test, ovvero il ricorso al test negli ultimi tre anni in assenza di sintomi o disturbi, nel 2005 e nel 2013 tra donne italiane e immigrate, di età 25-64 anni, per area geografica di residenza. Nel periodo considerato si osserva un forte incremento nella co-

Figura 1. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, almeno una volta nella vita o nei tempi raccomandati. Tassi standardizzati per età (%). Anni 2005 e 2013.
Figure 1. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years old) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders at least once in a lifetime or up-to-date according to recommendations. Age-standardized rates (%). Years 2005 and 2013.

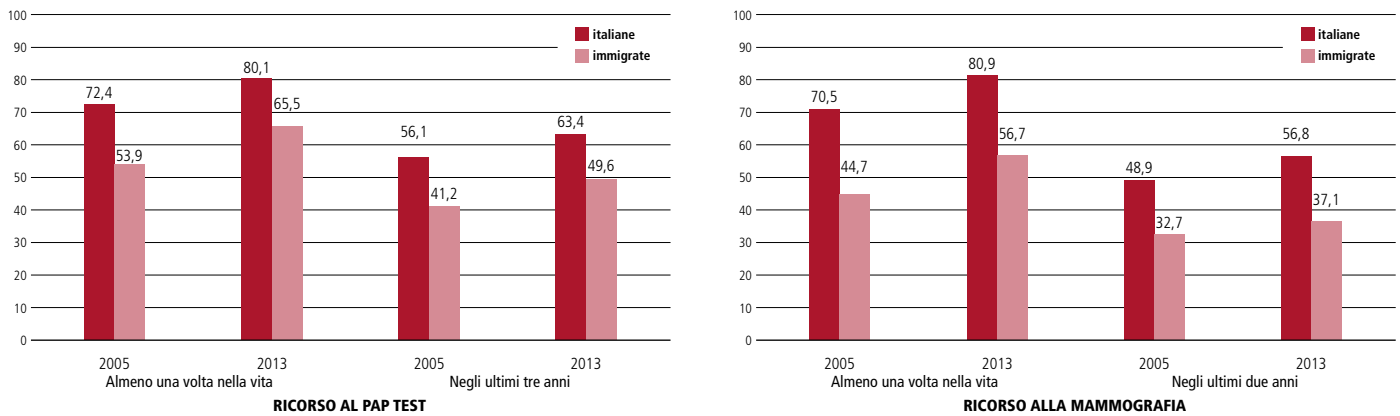


Figura 2. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) in assenza di sintomi o disturbi nei tempi raccomandati (negli ultimi tre anni), per ripartizione geografica (%). Anni 2005 e 2013.
Figure 2. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years old) in the absence of symptoms or disorders up-to-date according to recommendations (in the last three years), by geographic area (%). Years 2005 and 2013.

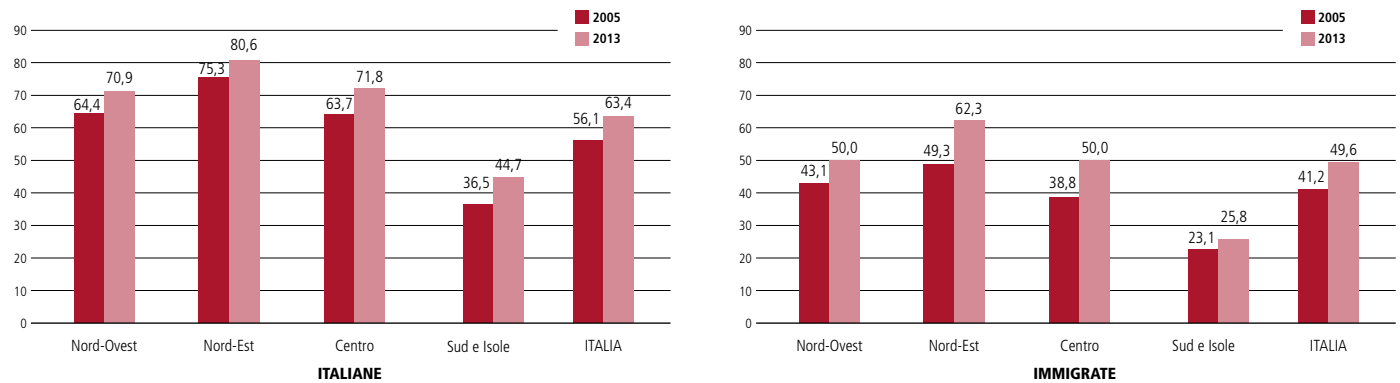
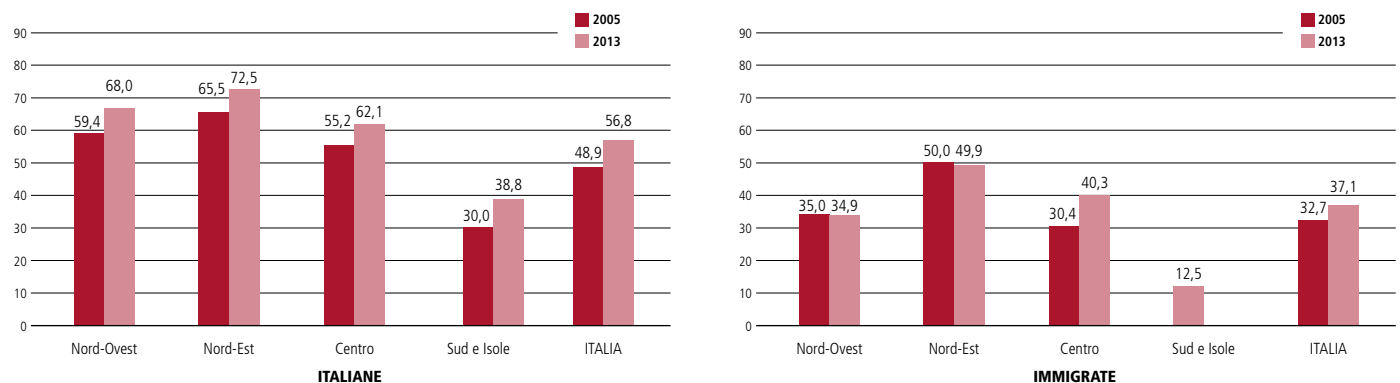


Figura 3. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi nei tempi raccomandati (negli ultimi due anni), per ripartizione geografica (%). Anni 2005 e 2013.
Figure 3. Italian and foreign women self-reporting having had a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders up-to-date according to recommendations (in the last two years), by geographical area (%). Years 2005 and 2013.



apertura per le immigrate residenti nel Nord-Est (+26,4%) e nel Centro (+26,4%), superiore a quello registrato per le italiane (rispettivamente +7,0% e +12,7%). Nel Sud e Isole, dove il trend temporale è comunque in crescita per tutte le donne, si osserva un aumento maggiore per le italiane, diversamente da tutte le altre ripartizioni: la quota di immigrate coperte da Pap test passa dal 23,1% al 25,8% (+11,7%), mantenendo il livello di copertura su

valori bassi, e pari alla metà di quello osservato nel Centro e nel Nord-Ovest (50,0% nel 2013).

La **figura 3** mette a confronto le percentuali di copertura della mammografia, ovvero il ricorso al test nei due anni precedenti l'intervista in assenza di sintomi o disturbi, nel 2005 e nel 2013 tra le donne italiane e immigrate, di età 50-69 anni, per area geografica di residenza. La stima dei livelli di copertura della mam-

mografia tra le donne immigrate residenti nel Sud e Isole nel 2005 non è valutabile a causa della ridotta numerosità del sottocampione. Al Nord la percentuale di immigrate che aveva effettuato la mammografia si mantiene stabile nel tempo, mentre aumenta al Centro. Tuttavia, nel periodo considerato le differenze tra italiane e immigrate sono addirittura aumentate nel Nord, perché è aumentata la percentuale di copertura per le italiane, mentre è rimasta immutata per le immigrate, dato rilevante in quanto ben oltre la metà (57,4%) delle donne immigrate risiede nel settentrione. Solo nel Centro si osserva un miglioramento dei livelli di copertura fra le donne immigrate.

Nella **figura 4** è riportata la percentuale di ricorso ai test di screening, per durata della permanenza in Italia. All'aumentare degli anni di permanenza cresce anche il livello di copertura, sia per il Pap test sia per la mammografia. Per il Pap test la quota di copertura passa dal 36% per le donne immigrate che risiedono in Italia da meno di tre anni al 57,8% per quelle che vi risiedono da 13 anni e oltre, inferiore di 6,6 punti percentuali rispetto alla copertura nelle italiane (63,4%). Risultato analogo si osserva per la copertura «almeno una volta nella vita», pari al 75,9% nelle immigrate da oltre 13 anni in Italia e all'80,1% nelle italiane (dati non mostrati). Non si rileva per la mammografia una relazione altrettanto evidente tra livelli di copertura e durata della permanenza in Italia, con valori di poco superiori al 45% per le diverse durate considerate, e un valore anomalo del 20,2% registrato tra chi risiedeva in Italia da 4-6 anni.

La convivenza o il matrimonio con un uomo italiano determina un incremento assoluto nella percentuale di copertura tra le donne immigrate in età target, di 18,6 punti percentuali per il Pap test e di 11,5 punti percentuali per la mammografia (**tabella 1**). Sia per il Pap test sia per la mammografia (**figura 5**), i valori di copertura più elevati si osservano tra le donne provenienti da

Figura 4. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per anni di permanenza in Italia (%). Anni 2005 e 2013.

Figure 4. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by length of stay in Italy (%). Years 2005 and 2013.

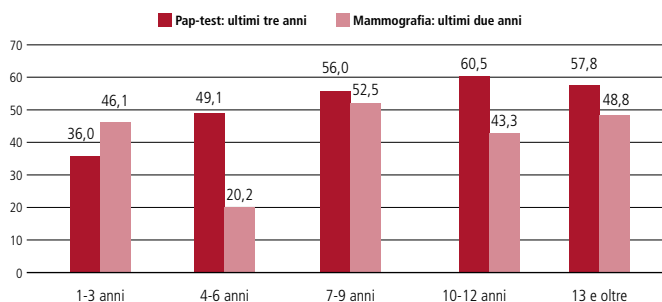


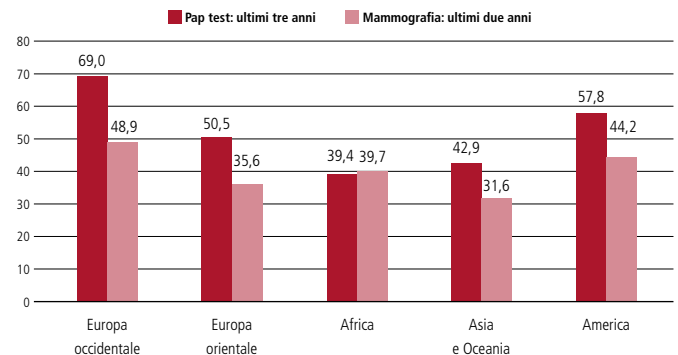
Tabella 1. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per cittadinanza del partner (%). Anno 2013.

Table 1. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by citizenship of the partner (%). Year 2013.

CITTADINANZA PARTNER	PAP TEST (ULTIMI 3 ANNI)	MAMMOGRAFIA (ULTIMI 2 ANNI)
Italiana	67,4%	48,6%
Straniera	48,8%	37,1%

Figura 5. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per area di provenienza. Tassi standardizzati per età (%). Anno 2013.

Figure 5. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by area of origin. Age-standardized rates (%). Year 2013.



Paesi a sviluppo avanzato, in particolare dall'Europa occidentale. In oltre il 90% dei casi le donne migranti europee provengono da Paesi dell'Est, con livelli di copertura molto più bassi, sia per il Pap test (50,5%) sia per la mammografia (35,6%). Più elevata invece la quota di copertura delle donne americane, che per la gran parte provengono dal Sud America (95,4%). Molto basso invece il ricorso alla prevenzione tra le donne di provenienza africana, di cui il 68,9% viene da Paesi nordafricani, in particolare per quella del cancro della cervice (39,4%). La quota di copertura tra le donne asiatiche è invece particolarmente bassa per la mammografia (31,6%).

Nella **tabella 2** (p. 22) sono riportati i risultati del modello di regressione logistica che ha valutato i fattori associati alla probabilità di aver fatto il Pap test negli ultimi tre anni (copertura) tra le donne immigrate. I risultati confermano la maggiore propensione alla prevenzione oncologica tra chi ha una maggiore attitudine individuale alla salute: infatti, le donne che hanno fatto almeno una visita di prevenzione nell'ultimo mese hanno il doppio della probabilità di aver fatto il Pap test negli ultimi tre anni rispetto a chi non ne aveva fatti. Importanti anche i fattori di integrazione: chi è legata a un uomo di nazionalità italiana ha il 70% in più di probabilità di essere coperta con Pap test, mentre le donne presenti da meno di 7 anni presentano *odds* di copertura inferiori (1-3 anni e 4-6 anni con OR pari rispettivamente a 0,61 e a 0,67) rispetto a chi risiede in Italia da 13 anni o più.

Differenze si osservano anche per lo status socioeconomico: elevati livelli d'istruzione e risorse economiche ottime/adequate sono positivamente associate con la probabilità di essere coperte. Il possesso della laurea rispetto alla scuola dell'obbligo è associato a *odds* di livelli di copertura del test quasi doppi (OR: 1,87) e anche risorse economiche giudicate ottime o adeguate accrescono la probabilità di copertura (OR: 1,39). Per quanto riguarda l'area geografica di provenienza, si osserva un 70% in più di probabilità di essere coperte per le donne di origine americana rispetto alla categoria di riferimento, costituita dall'Africa. Infine, la variabile relativa al fumo segnala che le ex fumatrici hanno una probabilità più alta di essere coperte.

Nella **tabella 3** (p. 22) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica per i fattori associati alla probabilità di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni (copertura) tra

le donne immigrate, da cui emerge un quadro diverso per alcuni aspetti rispetto al Pap test. Tale probabilità è infatti associata principalmente allo status socioeconomico della donna: l'istruzione elevata rispetto alla scuola dell'obbligo favorisce la copertura di 2,5 volte in più e le risorse economiche giudicate «ottime

Tabella 2. Fattori associati alla copertura del Pap test negli ultimi tre anni tra le donne immigrate. *Odds ratio* (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Anno 2013.

Table 2. Factors associated to Pap test uptake in the last three years among immigrant women. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI95%). Year 2013.

FATTORI		OR	IC95%
Classi età (riferimento: 25-34)	55-64	0,40	0,29-0,55
	45-54	0,99	0,79-1,25
	35-44	1,17	0,96-1,44
Istruzione (riferimento: obbligo)	diploma	1,21	1,01-1,45
	laurea	1,87	1,44-2,43
Risorse economiche familiari (riferimento: scarse, assolutamente insufficienti)	ottime, adeguate	1,39	1,17-1,65
	America	1,68	1,20-2,36
Area provenienza (riferimento: Africa)	Asia e Oceania	1,01	0,73-1,41
	Europa orientale	1,28	0,99-1,65
	Europa occidentale	1,40	0,86-2,29
	Tipologia della coppia (riferimento: non in coppia)	coppia italo-straniera	1,72
Fumo (riferimento: non fumatrice)	entrambi stranieri	1,18	0,97-1,43
	ex fumatrice	1,48	1,14-1,92
Visite mediche nelle ultime 4 settimane (riferimento: nessuna visita)	fumatrice	1,21	0,96-1,53
	almeno una visita di prevenzione	2,13	1,54-2,94
Esami medici di prevenzione generale (riferimento: nessun tipo di controllo)	altro tipo di visite	1,75	1,41-2,17
	1 o 2 controlli	1,46	1,05-2,02
Anni permanenza in Italia (riferimento: 13 anni e oltre)	tutti i controlli	1,78	1,43-2,21
	1-3 anni	0,61	0,45-0,84
	4-6 anni	0,68	0,53-0,87
	7-12 anni	1,07	0,87-1,32

Tabella 3. Fattori associati alla copertura della mammografia negli ultimi due anni tra le donne immigrate. *Odds ratio* (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Anno 2013.

Table 3. Factors associated to mammography uptake in the last two years among immigrant women. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI). Year 2013.

FATTORI		OR	IC95%
Classi età (riferimento: 50-59)	60-69	0,58	0,39-0,87
	Istruzione (riferimento: obbligo)	diploma	1,62
Risorse economiche familiari (riferimento: scarse, assolutamente insufficienti)	laurea	2,51	1,57-4,03
	ottime, adeguate	1,75	1,25-2,44
Esami medici di prevenzione generale (riferimento: nessun tipo di controllo)	1 o 2 controlli	3,35	1,46-7,69
	tutti i controlli	2,13	1,17-3,89

o adeguate» del 74% in più rispetto a risorse familiari giudicate «scarse o insufficienti». Non si osserva nessuna relazione significativa tra la copertura e l'area geografica di provenienza della donna immigrata. L'aver svolto esami medici di prevenzione invece, come per il Pap test, porta a una maggiore copertura (OR: 3,35), mentre non sembrano avere effetto le eventuali visite di prevenzione.

DISCUSSIONE

SINTESI DEI RISULTATI PRINCIPALI

Il livello di copertura del Pap test nel 2013 è stato stimato pari al 63,4% per le donne italiane, al 49,6% per le immigrate; per la copertura mammografica la stima è pari al 56,8% per le italiane e solo al 37,1% per le immigrate. Queste nette differenze costringono a porre l'attenzione sulle cause del basso accesso delle donne immigrate alla prevenzione oncologica. Si segnala che i livelli di copertura nazionali per le donne immigrate e per le italiane sono al di sotto degli standard previsti dalle linee guida europee: 70% accettabile e 75% desiderabile per la mammella e 70% accettabile e 85% desiderabile per la cervice.¹

Una minore partecipazione agli screening oncologici femminili da parte delle donne immigrate è stata osservata in molti altri Paesi industrializzati^{17,18} e, in precedenti studi, anche in Italia.¹⁹⁻²² Coperture più basse sono state registrate anche tra le minoranze in Paesi in cui l'immigrazione è un fenomeno molto meno recente che in Italia, e con una rilevante presenza di immigrati di seconda generazione.²³⁻²⁷ L'entità delle differenze è però molto variabile²⁸ e recentemente alcuni lavori hanno mostrato alcune inversioni di tendenza per le comunità più integrate.^{29,30}

Nel panorama europeo, le differenze osservate in questo studio mostrano come il sistema di sanità pubblica italiano riesca a mantenere le differenze su livelli piuttosto bassi. Anche in altri studi europei la differenza di copertura tra le native e le immigrate è maggiore per lo screening del cancro al seno rispetto a quello della cervice uterina.³¹ I motivi possono essere molti, ma sicuramente l'apporto dello screening opportunistico alla copertura di test mammografici tra le donne immigrate è molto limitato, sia per il costo del test, sia perché non permette di sfruttare le opportunità legate alla salute riproduttiva e alle gravidanze, come invece avviene per il Pap test.

Complessi fattori legati al Paese di origine influenzano l'attitudine delle donne migranti verso la prevenzione dei tumori femminili; tra questi, la conoscenza delle problematiche di salute che intendono prevenire, insieme all'esperienza di prevenzione fatta nel Paese di origine o riportate da altre donne vicine alla persona migrante. Anche questo fattore può essere alla base della maggiore copertura di Pap test rispetto alla mammografia: campagne per la diffusione del Pap test infatti sono state fatte in molti dei Paesi d'origine delle donne immigrate e, sebbene il livello effettivo di copertura e l'efficacia di queste campagne non siano sempre elevati, possono aver creato una certa familiarità con il test.³² L'epidemiologia di queste due patologie oncologiche cambia fra Paesi industrializzati. Il cancro della mammella ha un'alta incidenza nei contesti industrializzati, dovuta sia alla presenza di fattori di rischio comportamentali e di *background* genetico, sia all'anticipazione diagnostica e alla sovradiagnosi introdotte dallo

screening stesso,^{33,34} mentre nei Paesi non industrializzati l'incidenza è più bassa (figura 6). A fronte di queste variazioni d'incidenza, la mortalità è invece simile in tutti i continenti. Al contrario, l'incidenza di cancro della cervice uterina è bassa nei Paesi industrializzati per effetto dello screening (che in questo caso è in grado di ridurre l'incidenza dei cancri invasivi attraverso il trattamento delle lesioni pre-invasive³⁵) e nei Paesi non industrializzati a bassa prevalenza di HPV, Nord Africa e Medio Oriente, mentre è alta dove lo screening non è diffuso o ben organizzato e la prevalenza di HPV è alta; il rapporto fra mortalità e incidenza però è basso solo dove lo screening è diffuso ed efficace.³⁶

I rischi nei Paesi d'origine e le particolari modalità di diagnosi di questi tumori si rispecchiano nella mortalità osservata tra le immigrate in Italia: per la mammella, dove il rischio è minore o uguale alle italiane, si osserva chiaramente una minore mortalità nelle immigrate, compatibile sia con il rischio di *background* sia con il cosiddetto *healthy migrant effect*, cioè il fatto che i migranti siano selezionati per un miglior stato di salute al momento della partenza.³⁷ Al contrario, per la cervice si osservano sia una maggiore mortalità³⁷ sia una maggiore incidenza;^{13,38} in questo caso infatti la lunga fase preclinica del tumore e il fatto che venga individuato spesso al primo Pap test effettuato in Italia riduce molto la possibilità di *healthy migrant effect* e lascia emergere i maggiori rischi di *background*.¹³

LE DIFFERENZE TERRITORIALI

Se si osserva la copertura nelle diverse macroaree italiane, lo svantaggio delle donne del Sud e Isole nei confronti delle connazionali è sicuramente più forte dello svantaggio che si osserva fra italiane e immigrate all'interno della stessa macroarea. Ciò suggerisce che laddove l'offerta pubblica dei test di screening è più efficace e l'accessibilità migliore per le donne italiane lo è anche per le donne immigrate, sebbene si mantenga una piccola differenza.³⁹ Le differenze osservate fra le macroaree rispecchiano infatti una più lenta e incompleta diffusione dei programmi organizzati di screening nel Sud rispetto al Centro-Nord, che non è stata compensata dall'offerta opportunistica.^{20,40} Solo negli anni più recenti i programmi di screening sono riusciti a estendere la popolazione invitata nel Sud,⁴⁰ ma probabilmente le interviste del 2013, riguardanti i tre anni precedenti, hanno potuto cogliere solo in minima parte gli effetti di questa estensione.

L'INTEGRAZIONE E I DETERMINANTI DELLA COPERTURA NELLE DONNE IMMIGRATE

La differenza di copertura per il Pap test fra italiane e immigrate si sono andate attenuando dal 2005 al 2013, periodo nel quale la popolazione immigrata è molto aumentata mentre si è consolidata la presenza di comunità maggiormente integrate: per le donne presenti da più anni e per quelle con un partner italiano si osservano maggiori livelli di copertura per il Pap test. Il dato suggerisce che è in atto un processo di integrazione della popolazione immigrata che, almeno per alcune abitudini preventive, acquisisce comportamenti più simili alle donne italiane in relazione al tempo trascorso in Italia.

Perché ciò non sia avvenuto per la mammografia è difficile da spiegare e differisce da quanto osservato in altri Paesi.^{30,41} Tuttavia, i risultati sono consistenti con altri studi che mostrano differenti determinanti nella copertura nelle donne immigrate per il Pap test e per la mammografia.³⁰ Infatti, oltre a un effetto di facilitazione rappresentato dalle visite per prevenzione ed eventuali contatti opportunistici con il servizio sanitario, tra le immigrate gli unici determinanti rilevanti per la mammografia sono quelli socioeconomici: titolo di studio e difficoltà economiche. Al contrario, per il Pap test, oltre all'effetto delle variabili indicative di integrazione, si nota un minore effetto delle variabili socioeconomiche e delle visite opportunistiche. Inoltre, si possono osservare differenze in base all'area geografica di provenienza, con una minore copertura per le donne africane e per quelle asiatiche che non si osserva per la mammografia, dove però il campione non ha sufficiente potenza, data la minore estensione della fascia di età target e la minore presenza di alcune comunità nelle 50-69enni.

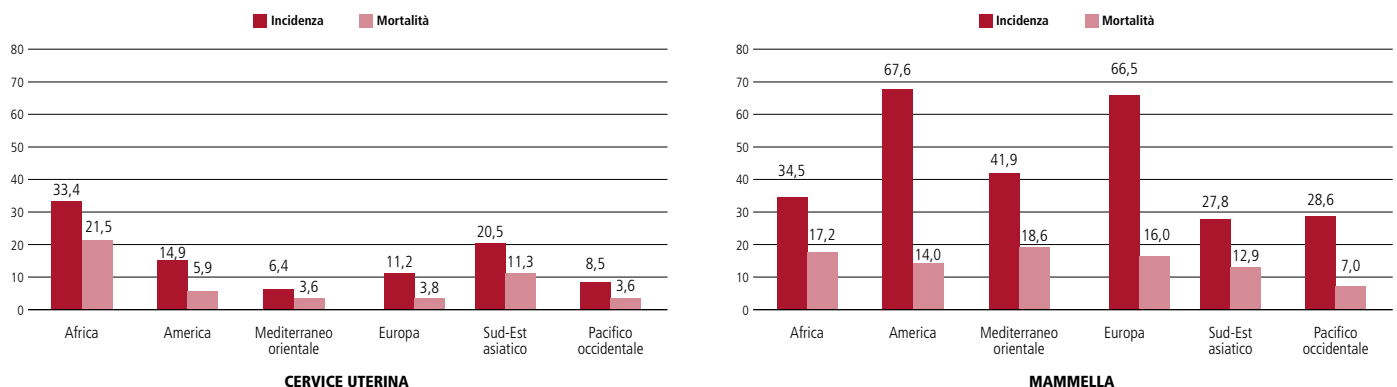
LIMITI E PUNTI DI FORZA

Il maggiore punto di forza dello studio è la rappresentatività e la potenza statistica del campione. Ciononostante, come già detto, il campione non ha una potenza sufficiente per studiare alcuni determinanti della copertura nel sottogruppo delle immigrate di 50-69 anni e in particolare per il 2005, quando la presenza di immigrati in Italia era molto minore.

Dalle domande presenti nell'intervista si possono ricavare due indicatori di ricorso ai test di prevenzione:

- «almeno una volta nella vita»;

Figura 6. Incidenza e mortalità per cancro della cervice uterina e della mammella nel mondo. Tassi standardizzati per età (x100.000). Fonte Globocan (OMS). 2012.
Figure 6. Incidence and mortality by cervical and breast cancer worldwide. Age-standardized rate (x100,000). Fonte Globocan (WHO). 2012.



■ la copertura secondo la cadenza raccomandata, cioè un test negli ultimi due anni per la mammografia e negli ultimi tre anni per il Pap test.

Il primo è una misura molto più grezza rispetto alle misure di «copertura», perché aggrega insieme donne che possono avere avuto percorsi preventivi molto diversi per tempi di attuazione, frequenza degli accertamenti e infine anche relativamente al Paese in cui sono stati svolti. Inoltre, per quanto riguarda la mammografia l'effettuazione di un solo test nella vita non può avere un impatto rilevante sulla mortalità: anticipando la diagnosi solo di pochi anni⁴² e non individuando lesioni pre-invasive, può impattare solo su una piccola parte dei cancri che possono insorgere nella vita della donna. Anche per il Pap test l'impatto di un solo test nella vita ha mostrato un impatto piccolo o nullo sulla mortalità, nonostante la sua capacità di anticipare di molti anni la diagnosi e di ridurre l'incidenza di cancri invasivi.⁴³ L'analisi della copertura è sicuramente più correlata agli esiti di salute rispetto all'indicatore «almeno una volta nella vita». Tuttavia i due indicatori mostrano sempre risultati coerenti fra loro.

CONCLUSIONI

I livelli di copertura dei test di prevenzione dei tumori femminili delle cittadine immigrate rispecchiano, con criticità maggiori, quella delle donne italiane: i fattori socioeconomici, quali

istruzione e reddito familiare, influenzano la generale predisposizione a fare prevenzione, ma per le straniere è rilevante anche l'integrazione nella società italiana. Le differenze fra le macroaree geografiche inoltre rispecchiano la diversa capacità del servizio sanitario di organizzare la propria offerta di servizi per la prevenzione, in particolare l'offerta attiva di programmi multidisciplinari di screening; in altre parole, un sistema sanitario accessibile per le donne italiane riesce ad esserlo anche per la popolazione immigrata. Il prossimo passaggio al test HPV per tutti i programmi di screening organizzati, previsto dal Piano nazionale della prevenzione per il 2018,⁴⁴ potrebbe aprire nuove problematiche legate all'esplicitazione del nesso causale fra cancro della cervice e un'infezione sessualmente trasmessa, per l'adesione in alcune comunità di immigrate.⁴⁵ Va considerato che al momento dell'intervista la diffusione del test HPV era piuttosto bassa e limitata ad alcune aree geografiche.¹⁰

Le differenze tra italiane e immigrate sono ancora forti e costringono a riflettere su come raggiungere le immigrate: poiché per esse risulta molto forte il ruolo facilitante dell'aver effettuato altre visite mediche, per prevenzione o altri motivi, è probabilmente opportuno che si continui a sfruttare ogni occasione d'incontro fra donne immigrate e servizio sanitario per informare le donne sui vantaggi e le criticità degli screening e sulle modalità di accedervi.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Arbyn M, Anttila A, Jordan J et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition-summary document. *Ann Oncol* 2010;21(3):448-58.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, Von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Luxembourg, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
3. The Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. *Off J Eur Union* 2003;(L327):34-38.
4. Ronco G, Biggeri A, Confortini M et al (a cura di). HTA Report—Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. *Epidemiol Prev* 2012;36(3-4 Suppl. 1):1-72.
5. Ministero della salute. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_774_allegato.pdf
6. Ico. *Human Papillomavirus and Related Diseases Report*. 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XFX.pdf> (ultimo accesso: 08.03.17).
7. Istat. <http://www.demo.istat.it> (ultimo accesso: 08.03.17).
8. Campari C, Fedato C, Iossa A et al. Cervical cancer screening in immigrant women in Italy: a survey on participation, cytology and histology results. *Eur J Cancer Prev* 2016;25(4):321-28.
9. Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, Barron GR, McBrien KA, Turin TC. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *Int J Equity Health* 2016;15:6.
10. Scarinci IC, Garcia FA, Kobetz E et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer* 2010;116(11):2531-42.
11. Andreeva VA, Pokhrel P. Breast cancer screening utilization among Eastern European immigrant women worldwide: a systematic literature review and a focus on psychosocial barriers. *Psychooncology* 2013;22(12):2664-75.
12. Giorgi Rossi P, Camilloni L, Cogo C et al. (a cura di). Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici. *Epidemiol Prev* 2012;36(1 Suppl. 1):1-104.
13. Di Felice E, Caroli S, Paterlini L, Campari C, Prandi S, Giorgi Rossi P. Cervical cancer epidemiology in foreign women in Northern Italy: role of human papillomavirus prevalence in country of origin. *Eur J Cancer Prev* 2015;24(3):223-30.
14. Istat. <http://siqual.istat.it/SiQual/visualizza.do?id=0071201> (ultimo accesso: 29.09.16).
15. Ronco G, Giorgi Rossi P, Giubilato P, Del Mistro A, Zappa M, Carozzi F. A first survey of HPV-based screening in routine cervical cancer screening in Italy. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):77-83.
16. Ventura L, Giorgi D, Giordano L, Frigerio A, Mantellini P, Zappa M. Mammographic breast cancer screening in Italy: 2011-2012 survey. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):21-29.
17. Azerkan F, Sparen P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendehele K. Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *Int J Cancer* 2012;130(4):937-47.
18. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol* 2004;104(6):1355-61.
19. Campari C, Fedato C, Petrelli A et al. HPV prevalence and risk of pre-cancer and cancer in regular immigrants in Italy: results from HPV DNA test-based screening pilot programs. *Infect Agent Cancer* 2015;10(1):14.
20. Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L et al. Cancer screening uptake: association with individual characteristics, geographic distribution, and time trends in Italy. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):9-18.
21. Vallesi G, Bietta C, Marri M, Petrella M. Provenienza da Paesi a forte pressione migratoria e partecipazione allo screening citologico nell'AUSL 2 dell'Umbria. Impatto sulla probabilità di presentare lesioni di alto grado e tumori del collo dell'utero. *Epidemiol Prev* 2012;36(2):95-99.
22. Visioli CB, Crocetti E, Zappa M et al. Participation and risk of high grade cytological lesions among immigrants and Italian-born women in an organized cervical cancer screening program in central Italy. *J Immigr Minor Health* 2015;17(3):670-78.
23. Hemminki K, Li X. Cancer risks in Nordic immigrants and their offspring in Sweden. *Eur J Cancer* 2002;38(18):2428-34.
24. Mousavi SM, Sundquist K, Hemminki K. Morbidity and mortality in gynecological cancers among first- and second-generation immigrants in Sweden. *Int J Cancer* 2012;131(2):497-504.
25. Massad NJ, Douglas E, Waller J, Wardle J, Duffy SW. Variation in cervical and breast cancer screening coverage in England: a cross-sectional analysis to characterise districts with atypical behaviour. *BMJ Open* 2015;5(7):e007735.
26. Szczepura A, Price C, Gumber A. Breast and bowel cancer screening uptake patterns over 15 years for UK south Asian ethnic minority populations, corrected for differences in socio-demographic characteristics. *BMC Public Health* 2008;8:346.
27. Price CL, Szczepura AK, Gumber AK, Patnick J. Comparison of breast and bowel cancer screening uptake patterns in a common cohort of South Asian women in England. *BMC Health Serv Res* 2010;10:103.
28. Jack RH, Moller H, Robson T, Davies EA. Breast cancer screening uptake among women from different ethnic groups in London: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2014;4(10):e005586.
29. Melvin CL, Jefferson MS, Rice LJ, Cartmell KB, Halbert CH. Predictors of Participation in

- Mammography Screening among Non-Hispanic Black, Non-Hispanic White, and Hispanic Women. *Front Public Heal* 2016;4:188.
30. Douglas E, Waller J, Duffy SW, Wardle J. Socioeconomic inequalities in breast and cervical screening coverage in England: are we closing the gap? *J Med Screen* 2016;23(2):98-103.
 31. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010;39(3):757-65.
 32. WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Geneva, WHO, 2006.
 33. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015;24(10):1495-506.
 34. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004;6(6):229-39.
 35. IARC. *Handbooks of Cancer Prevention Volume 10. Cervix Cancer Screening*. Lyon, 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf> (ultimo accesso 08.03.17).
 36. Giorgi Rossi P, Ronco G. The present and future of cervical cancer screening programmes in Europe. *Curr Pharm Des* 2013;19(8):1490-97.
 37. Pacelli B, Carretta E, Spadea T et al. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region. *Eur J Public Health* 2014;24(2):280-85.
 38. Crocetti E, Manneschi G, Visioli CB, Zappa M. Risk of invasive cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia grade III in central Italy by area of birth. *J Med Screen* 2010;17(2):87-90.
 39. Francovich L, Giorgi Rossi P, Gargiulo L et al. Screening cervico-vaginali e mammografici in Italia: livelli di copertura e differenze socio-economiche (anni 2012-13). In: Costa G, Crialesi R, Migliardi A et al. (a cura di). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto superiore di sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):129-37.
 40. Zappa M, Carozzi FM, Giordano L et al. The diffusion of screening programmes in Italy, years 2011-2012. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl.1):5-8.
 41. Brown WM, Considine NS, Magai C. Time spent in the United States and breast cancer screening behaviors among ethnically diverse immigrant women: evidence for acculturation? *J Immigr Minor Health* 2006;8(4):347-58.
 42. Chen Y, Brock G, Wu D. Estimating key parameters in periodic breast cancer screening-application to the Canadian National Breast Screening Study data. *Cancer Epidemiol* 2010;34(4):429-33.
 43. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med* 2009;360(14):1385-94.
 44. Ministero della salute. Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf (ultimo accesso: 8.3.16).
 45. Giorgi Rossi P, Baldacchini F, Ronco G. The Possible Effects on Socio-Economic Inequalities of Introducing HPV Testing as Primary Test in Cervical Cancer Screening Programs. *Front Oncol* 2014;4:20.