

Disuguaglianze e screening dei tumori del collo dell'utero

Mauro Palazzi

Centro Screening Oncologici
UO Epidemiologia e Comunicazione
Ausl Cesena

Cosa sono le diseguaglianze in salute?

- presenza di **differenze, variazioni o disparità nel raggiungimento della salute** da parte di individui e gruppi.
- **Inequità in salute** si riferisce a quelle disuguaglianze in salute che sono considerate **ingiuste** o originate da qualche forma di ingiustizia.
- Le diseguaglianze riflettono una **distribuzione ingiusta dei determinanti sociali di salute** (reddito, educazione, lavoro, assistenza sanitaria...)

perchè è importante affrontarle

- Sono in **aumento**
- Sono **ingiuste** (sistema sanitario nazionale solidaristico)
- Sono **evitabili**
- Producono un importante **carico di malattia**
- La loro riduzione è **costo-efficace**

**Ci sono disuguaglianze nella
incidenza e mortalità di tumore
del collo dell'utero?**

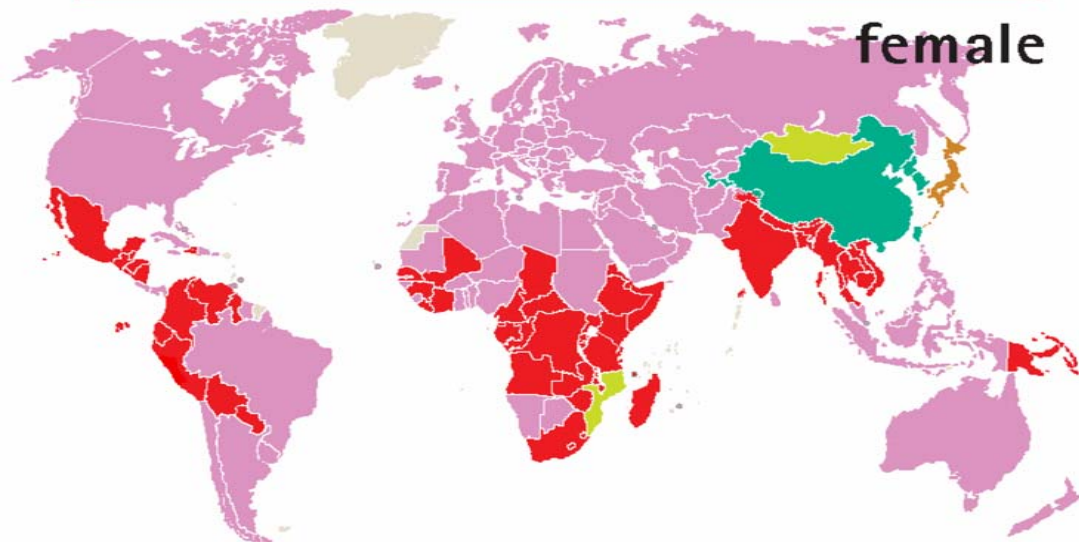
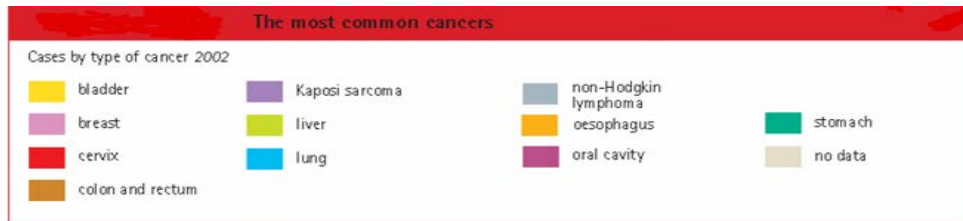
SI !

Uno sguardo allo stato epidemiologico
del carcinoma della cervice nel mondo:

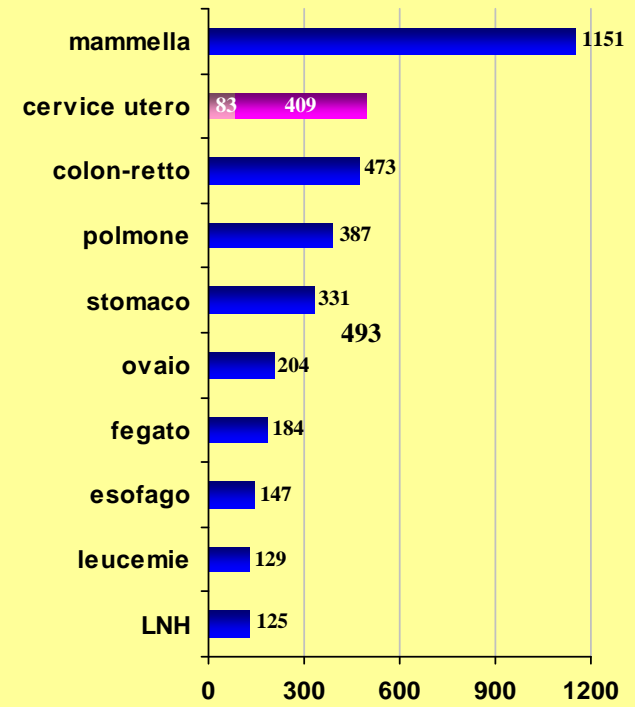
disuguaglianze fra Nazioni

Il carcinoma della cervice è il **secondo tumore** più comune fra le donne nel mondo; ma è il **più comune tumore femminile nei Paesi in via di Sviluppo.**

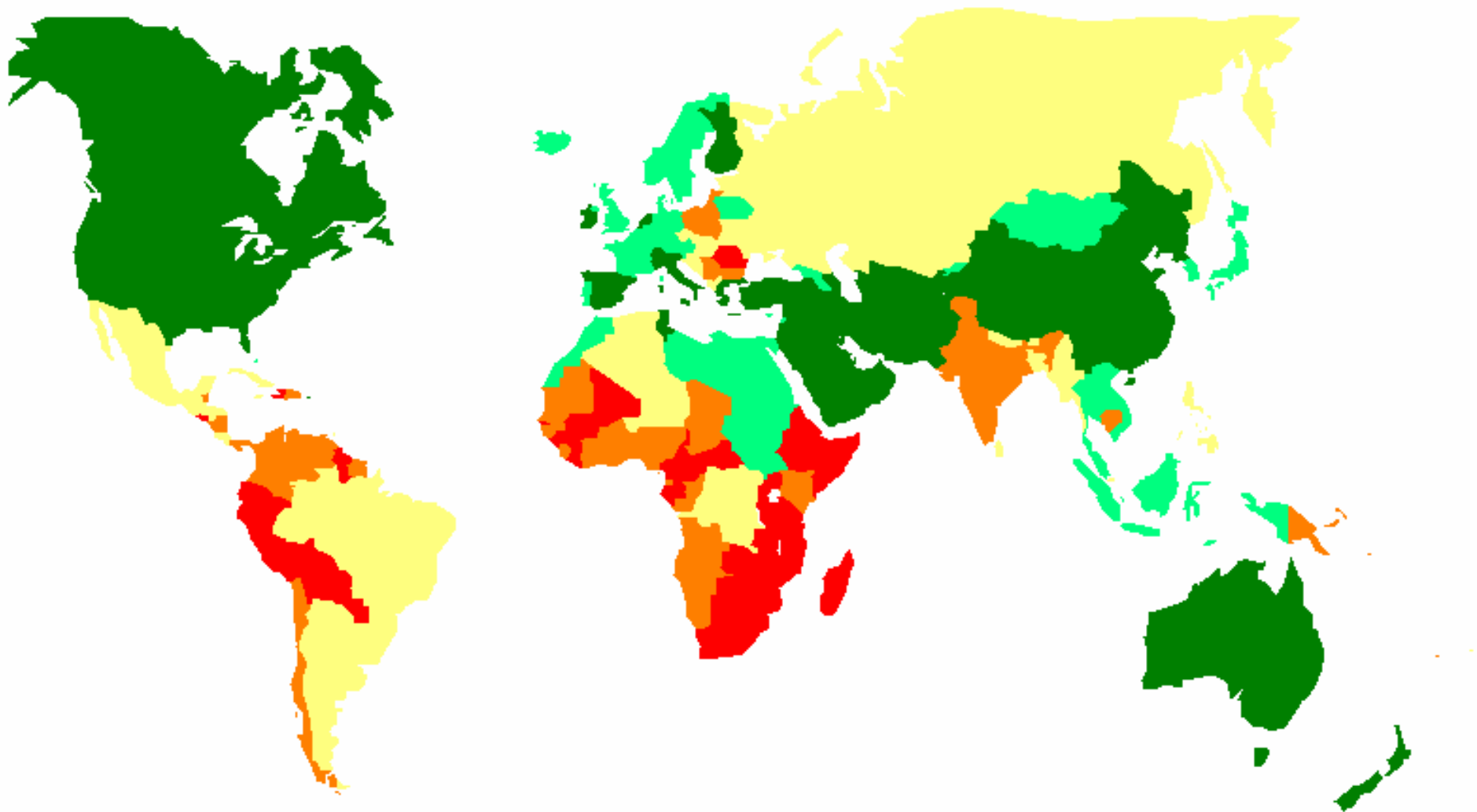
Il carcinoma della cervice è la **causa più comune di morte per neoplasie fra le donne nei Paesi in via di Sviluppo**



stima mondiale incidenza tumori maligni 2002 (x 1.000)



Cervix uteri
Crude mortality rate per 100,000



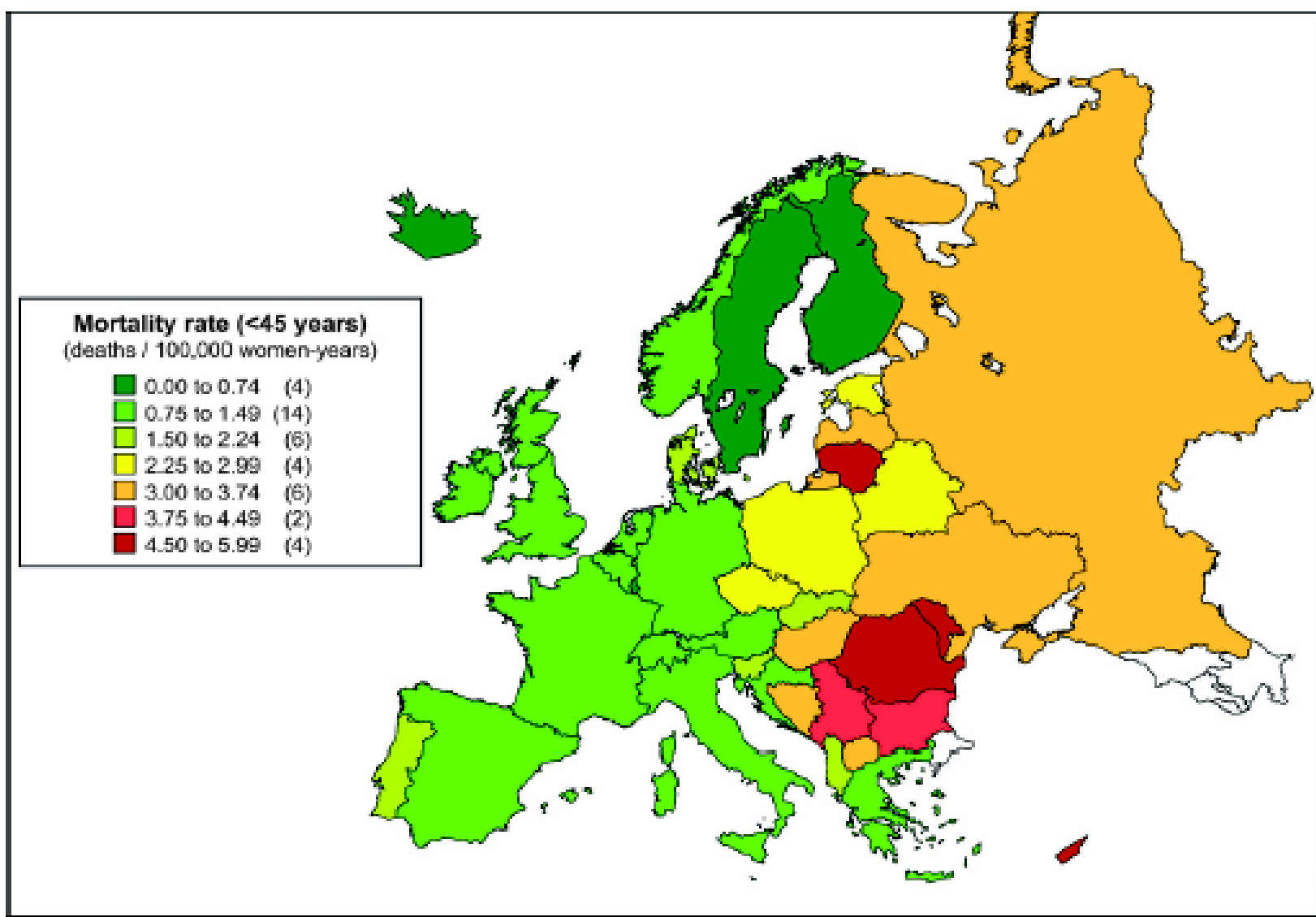
■ < 5.0 ■ < 8.6 ■ < 11.4 ■ < 15.5 ■ < 37.7

GLOBALCAN 2002, IARC

Cosa accade in Europa?

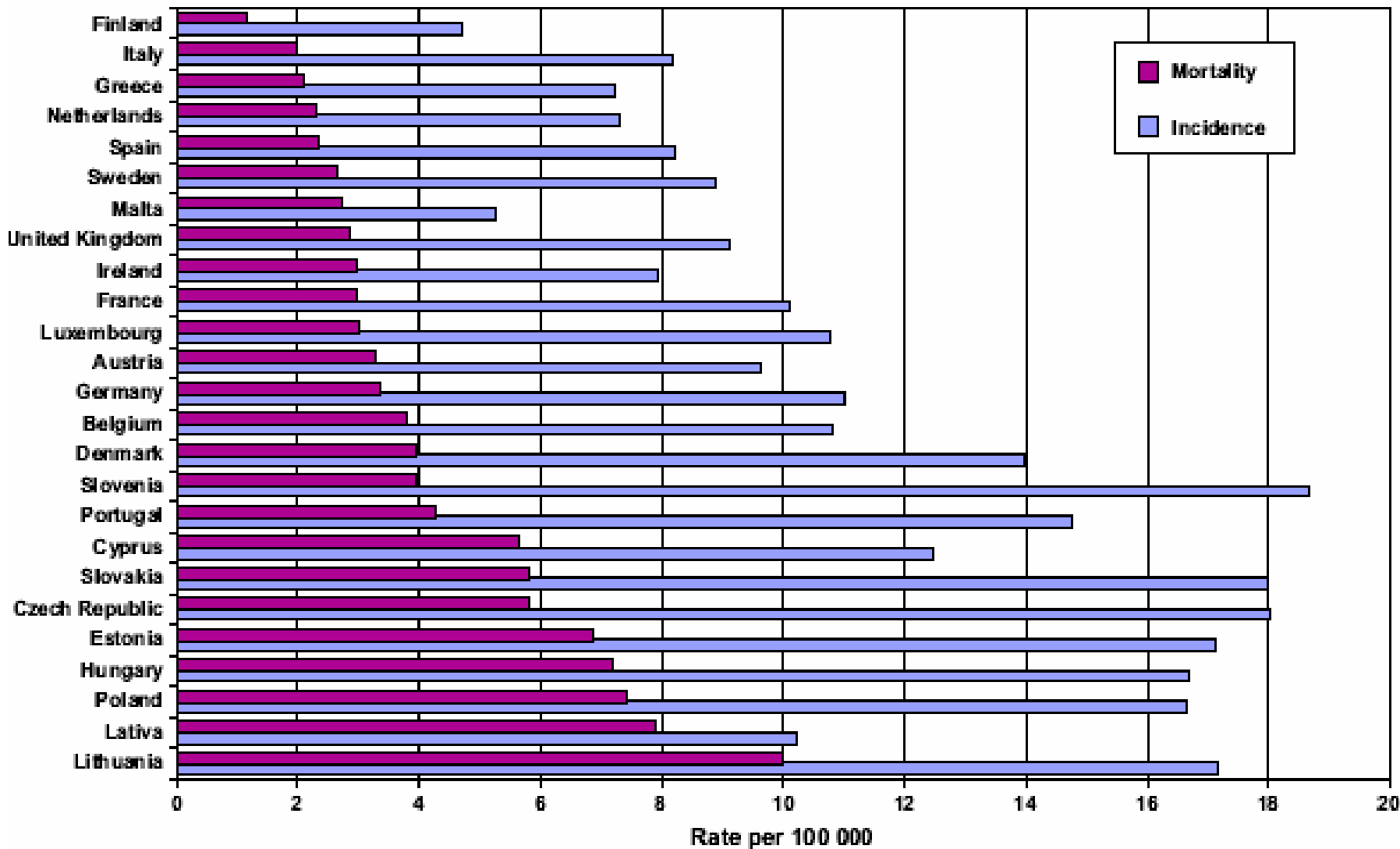
Il consiglio Europeo raccomanda che programmi di screening per la prevenzione del carcinoma della cervice vengano offerti in tutti gli stati membri.

- Nel 2004 circa 31.000 donne nei EU25 hanno manifestato la malattia e circa 14.000 sono decedute a causa di questa malattia
- **Forti diseguaglianze di mortalità ed incidenza si notano fra i vecchi 15 stati membri e quelli nuovi.**
- **La mortalità è particolarmente elevata nei paesi dell'Est Europa**



Geographical distribution of the mortality from uterine among woman younger than 45 years in 40 European countries, estimates for 2004.

Fonte: M. Arbyn et All (2007) *Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004*. *Annals of Oncology* 2007 18(10):1708-1715



Age-standardised rates of incidence of and mortality from cervical cancer (/100 000 women-years) in 25 European Union (EU) member states, ranked by increasing mortality, estimates for 2004 (direct standardisation using the World reference population).

Diseguaglianze all'interno delle Nazioni

L'analisi della letteratura internazionale e, in particolare, di alcune *Review* prodotte sul tema screening e diseguaglianze, mostra come **alcune gruppi di popolazione particolarmente vulnerabili aderiscano meno alle campagne di screening e riportino tassi di incidenza e mortalità maggiori.**

Alcuni esempi:

- Nel **Regno Unito** la **copertura** dello screening per il carcinoma della cervice risulta essere **maggiore nelle aree più ricche** rispetto a quelle più povere, e i **tassi di incidenza e mortalità costantemente più alti nelle aree più deprivate**.
- Negli **Usa**, incidenza e mortalità risultano 2-3 volte maggiori fra le donne di colore. I programmi di screening sono sotto utilizzati dalle persone appartenenti a gruppi etnici minoritari.
- In **Canada** emerge una minore adesione allo screening fra i gruppi appartenenti a minoranze etniche

Alcuni punti importanti:

- Le diseguaglianze sembrano costantemente presenti all'interno delle popolazioni a prescindere dai sistemi sanitari presenti anche se con manifestazioni diverse.
- Esistono rilevanti differenze geografiche di incidenza del carcinoma cervicale, legate soprattutto alla diversa diffusione di programmi di screening organizzati per la sua prevenzione.

I programmi di screening
riducono le disuguaglianze?

SI, ma

- **Nelle nazioni che hanno avviato programmi di screening organizzati** basati sull'offerta del Pap-test alle donne, si è assistito nelle ultime decadi a un **importante decremento dell'incidenza di questa neoplasia.**
- La letteratura internazionale mette però in evidenza come **la diminuzione dell'incidenza e della mortalità** ottenuta dalla messa in atto di programmi di screening per questa neoplasia **non sia ugualmente distribuita all'interno della popolazione target dell'intervento.**
- In particolare emerge come **l'appartenere ad una minoranza etnica, e ad una classe sociale bassa siano condizioni correlate ad una scarsa adesione ed a più alti tassi di mortalità.** Anche il momento della diagnosi sembra essere ritardato e i trattamenti meno adeguati nei gruppi più vulnerabili.

La situazione Italiana

Adesione all'invito per Regione

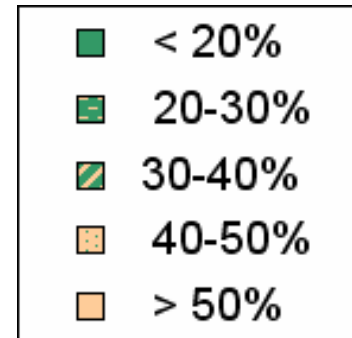
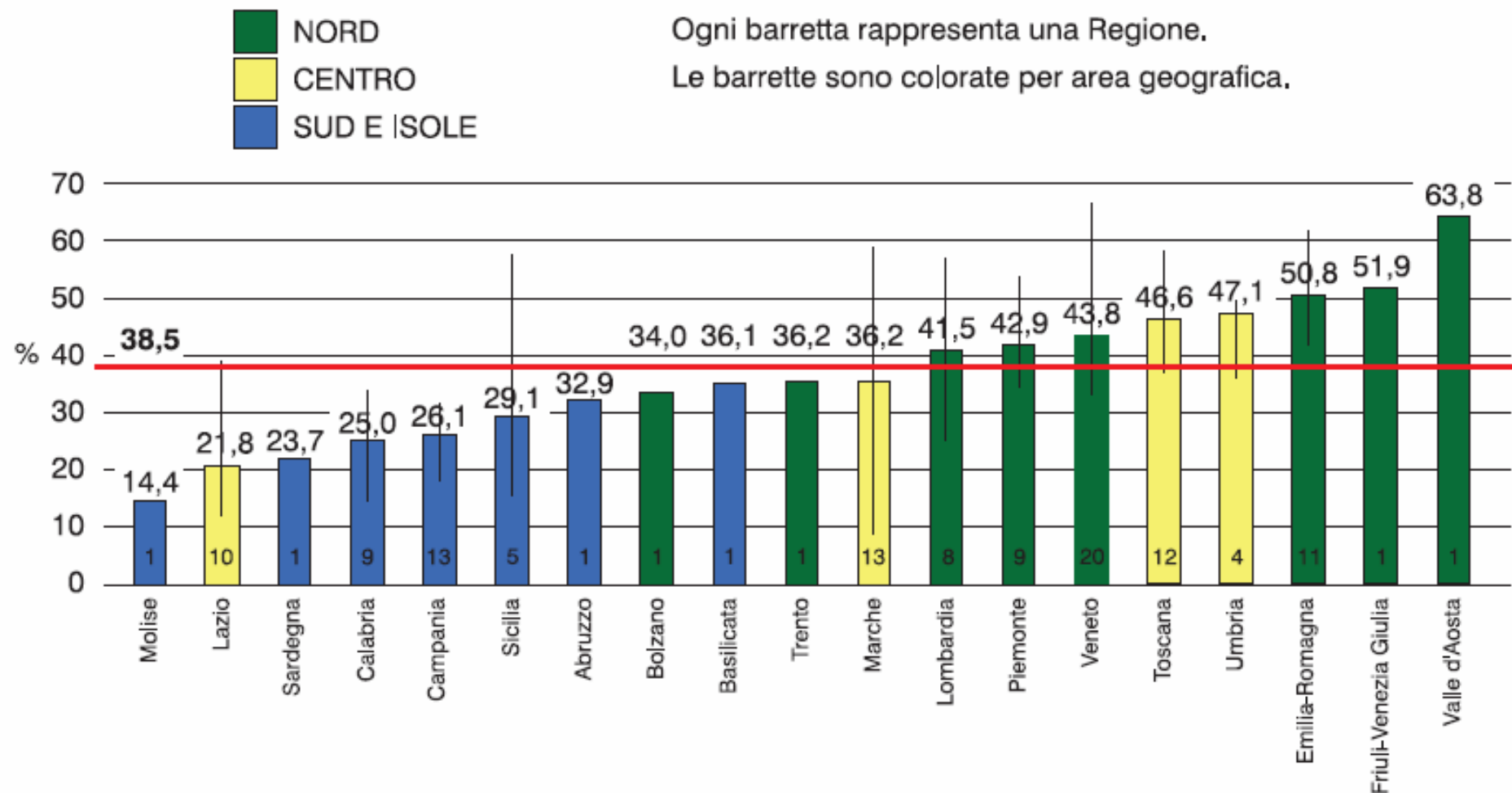


Figura 2. Adesione percentuale all'invito: distribuzione tra le Regioni. Survey su attività 2006.



Tratta dal Sesto Rapporto dell'Ossevatorio Nazionale Screening

dati Istat (indagine multiscopo 2004-2005)

In Italia l'adesione allo pap test non è uniformemente distribuito.

In particolare si mettono in evidenza differenze nell'adesione dal punto di vista:

- geografico (Nord-Sud),
- anagrafico (fra donne appartenenti a classi d'età diverse)
- del livello d'istruzione

Tavola 1 - Donne di 25 anni e più che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte a pap test per classi di età raccomandate dalle linee guida per gli screening, altre classi di età e ripartizione territoriale. Anni 1999-2000 e 2004-2005 (per 100 donne della stessa ripartizione geografica e della stessa età)





		PAP TEST							
RIPARTIZIONI TERRITORIALI		Classi di età raccomandate per gli screening					Altre classi età		
		25-29	30-34	35-44	45-54	55-64	Totale 25-64 anni	65-74	75 e più
1999-2000									
	Italia nord-occidentale	57,5	74,0	83,0	82,1	76,3	76,9	55,3	29,0
	Italia nord-orientale 	67,5	79,7	85,3	89,0	78,8	81,7	63,7	37,4
	Italia centrale	54,3	71,2	81,3	82,0	75,1	75,6	57,3	32,5
	Italia meridionale 	26,2	46,2	56,8	60,2	50,3	50,5	29,3	15,4
	Italia insulare	31,8	54,4	57,7	61,2	51,7	53,3	32,5	18,4
	Italia	47,4	65,7	73,9	76,0	68,6	68,7	49,3	27,8
2004-2005									
	Italia nord-occidentale	54,1	72,8	80,6	88,0	85,1	79,5	71,1	40,9
	Italia nord-orientale 	64,9	79,5	87,8	90,9	88,9	85,1	74,4	46,9
	Italia centrale	53,9	70,3	80,3	86,3	83,2	78,1	68,0	43,6
	Italia meridionale 	22,6	40,7	56,1	65,4	59,9	52,5	38,3	21,5
	Italia insulare	28,2	47,3	55,8	62,4	52,9	52,0	42,3	22,4
	Italia	44,5	63,0	73,4	79,9	76,7	70,9	61,1	36,9

Tavola 3 Donne di 25 e più che in assenza di sintomi o disturbi si sono sottoposte a pap test per classi di età raccomandate per gli screening dalle linee guida, altre classi di età e titolo di studio - Anni 1999-2000 e 2004-2005 (per 100 donne con le stesse caratteristiche)

TITOLO DI STUDIO	PAP TEST							Altre classi di età	
	Classi di età raccomandate per gli screening						Totale 25-64 anni	65-74	75 e più
	25-29	30-34	35-44	45-54	55-64				
1999-2000									
Laurea e diploma di scuola media superiore	45,8	66,3	79,8	82,8	80,3		70,8	63,1	39,9
Licenza media	51,8	66,8	72,8	78,1	76,0		70,6	62,9	35,3
Licenza elementare e nessun titolo	29,1	48,9	56,3	68,6	63,3	➡	63,3	45,4	26,2
Totale	47,4	65,7	73,9	76,0	68,6		68,7	49,3	27,8
2004-2005									
Laurea e diploma di scuola media superiore	45,0	65,4	78,4	86,1	85,4		72,3	75,4	48,8
Licenza media	44,4	61,4	72,5	80,2	80,5		71,7	68,5	43,2
Licenza elementare e nessun titolo	37,8	46,3	49,1	69,1	70,8	➡	66,1	56,5	34,6
Totale	44,5	63,0	73,4	79,9	76,7		70,9	61,1	36,9

STUDIO



Caratteristiche		% di donne che hanno effettuato la mammografia negli ultimi 2 anni. Regione E-R
Totale		79,1 (IC 95% 72,5-85,8)
Istruzione	bassa	79
	alta	80

Caratteristiche		% di donne che hanno effettuato il pap test negli ultimi tre anni. Regione E-R
Totale		82 (IC 95% 77,2-85,0)
Istruzione	bassa	79
	alta	83

Adesione al programma screening AUSL di Cesena

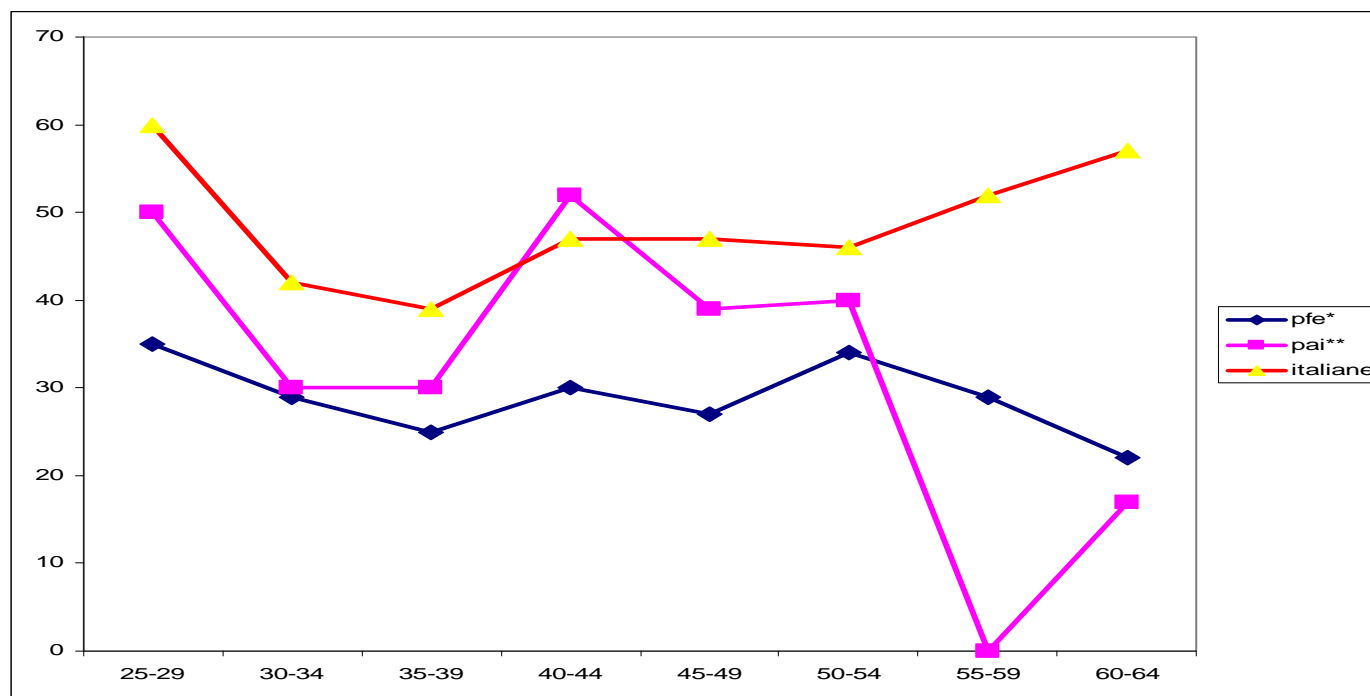


Disuguaglianze tra donne italiane e straniere

le **donne straniere** presentano una **minor adesione** al programma di prevenzione del tumore del collo dell'utero (**32% vs 50%**); solo **una su tre** risponde all'invito dell'**Ausl di Cesena** e si presenta a fare il Pap Test.

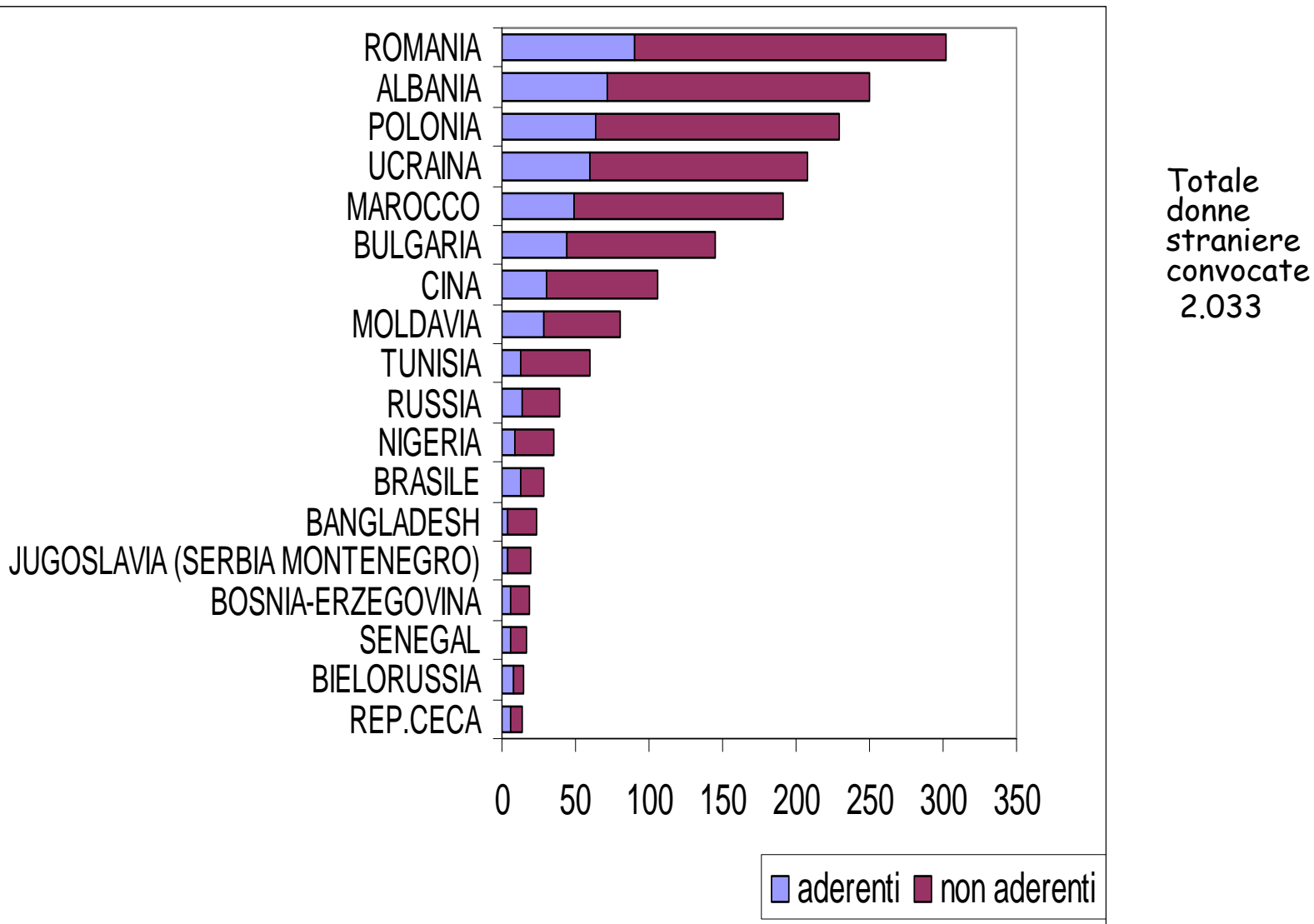
Tasso di adesione	2003-04	2005-06	2007
italiane	54	50	47
Straniere da Paesi a forte pressione migratoria	37	32	29

Percentuale di donne che hanno aderito allo screening nelle diverse classi di età, 2007

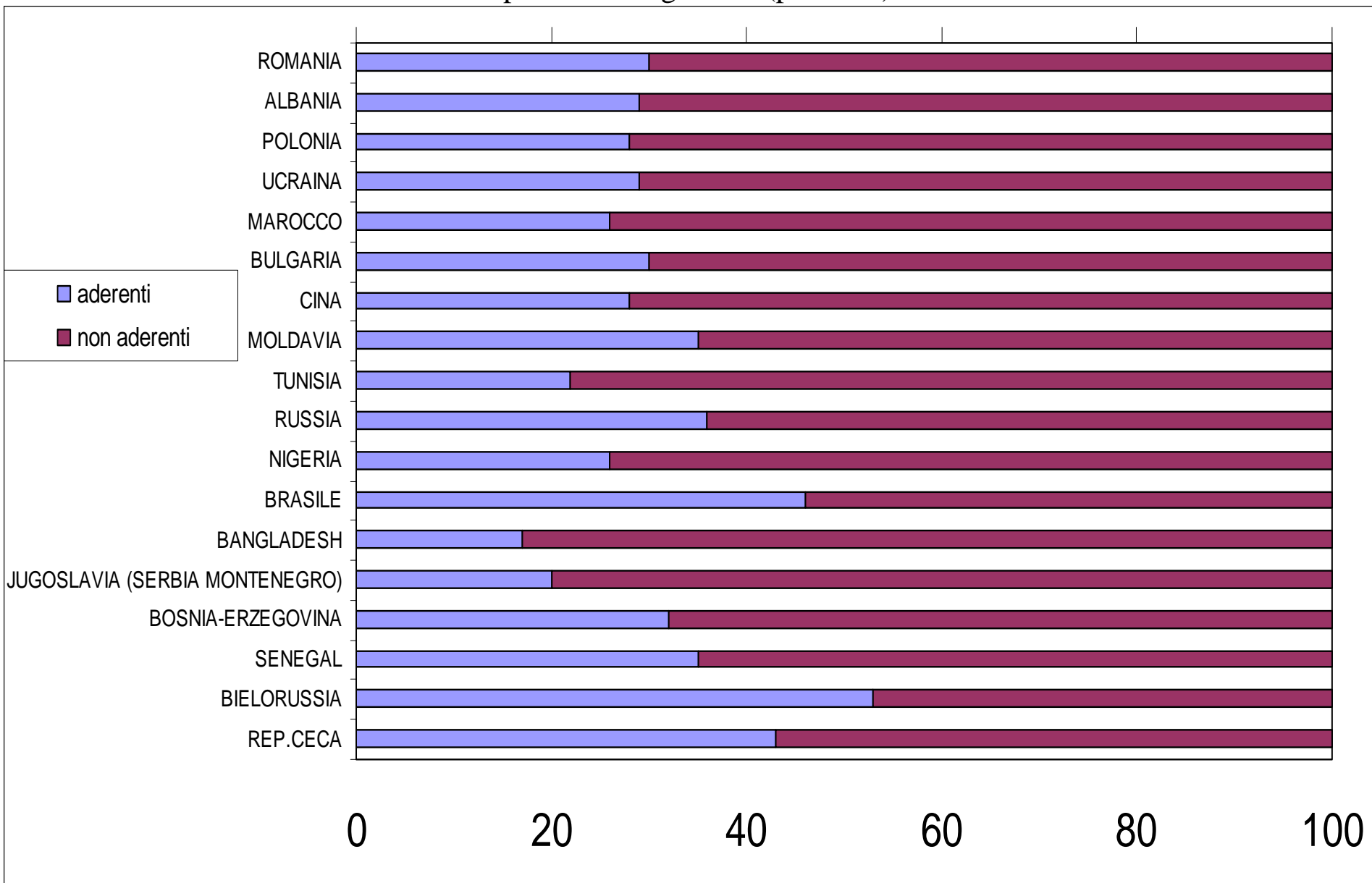


- *Straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria
- ** Straniere provenienti da Paesi assimilati all'Italia

Screening per il cervico carcinoma AUSL Cesena, convocazioni 2007
Donne nate in Paesi a forte pressione migratoria (primi 18)



Screening per il cervico carcinoma, Ausl Cesena, convocazioni 2007. Donne nate in Paesi a forte pressione migratoria (primi 18)



Qualche domanda a cui rispondere:

- Cosa sono le diseguaglianze nell'accesso ai servizi?
- Quali meccanismi generatori ne sono alla base?
- In particolare cosa influenza l'adesione ad un programma di screening?
- Come si può intervenire?

The inverse care law

“La disponibilità di servizi sanitari di qualità varia inversamente con il bisogno di essi nella popolazione servita”

Julian Tudor Hart



- L'analisi condotta nel 1971 da Hart sul rapporto fra domanda e offerta di assistenza sanitaria in Gran Bretagna, ha evidenziato che **l'istituzione del National Health Service, ispirato ai principi universalistici, ha limitato, ma non annullato la distribuzione diseguale della risorsa assistenziale**
- Anche in Italia, il Servizio Sanitario Nazionale, seppure ispirato ai principi dell'universalità, equità e gratuità, non è riuscito ad evitare il riprodursi di forme di disuguaglianza nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Le disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi, hanno ripercussioni sull'**equità** e sull'**uniformità dell'assistenza**:

Le persone appartenenti alle **fasce di popolazione svantaggiate** accedono a un sistema di prestazioni sanitarie molto spesso **intempestive**, di **qualità scadenti**, **inappropriate** (quando non dannosi) e **scarsamente efficaci** e sono meno capaci di accedere a servizi necessari, specie in riferimento ad interventi ad alta complessità.

Disuguaglianze di accesso

Con la parola **accesso** si intende un processo *complesso e dinamico* prodotto dall'**incontro tra l'utente e l'ente** che eroga il servizio.

Hanno rilevanza sia gli elementi che caratterizzano gli **utenti** sia quelli che caratterizzano **l'organizzazione e i professionisti** che vi lavorano e il **contesto sociale all'interno del quale** avviene l'incontro.

I determinanti sono di tipo **personale e sociale**, ma vanno letti in modo *dinamico*.

I fattori generatori delle disuguaglianze di accesso sono riconducibili a vari livelli:

- **Caratteristiche e organizzazione della struttura sanitaria:** ostacoli burocratici, prenotazione delle visite, liste d'attesa, code, criteri di priorità di accesso distanza, orari di apertura, costi etc.
- **Caratteristiche dei professionisti e degli operatori sanitari:** la loro preparazione tecnica e la loro capacità di relazionarsi con i gruppi di popolazione più vulnerabili, l'assunzione di atteggiamenti discriminatori da parte di alcuni di loro.

- **Le caratteristiche dell'utente:** personalità, conoscenze, credenze, caratteristiche socio economiche, culturali , religiose, d'età etc. Alcuni individui sono particolarmente fragili e non hanno abilità e capacità sufficienti per accedere ed utilizzare i servizi e le risorse disponibili (Health literacy)
- **Le caratteristiche dell'interazione fra organizzazione-professionista e utente:** barriere linguistiche, aspettative, pregiudizi...
- **Le caratteristiche del contesto sociale:** la comunità, le reti sociali etc.

Donne straniere e adesione agli screening



Condizione di immigrato e adesione agli screening

Analisi Qualitativa: Focus Group

9 incontri con 103 persone:

- 67 immigrati (4 incontri)
- 20 operatori socio-sanitari (3)
- 16 mediatori culturali (2)

Temi affrontati:

- Gravidanza
- Salute del bambino
- **Prevenzione (screening)**
- Accesso ai percorsi assistenziali (nel paese d'origine e in italia)



Problemi comuni tra le diverse etnie riferiti dai focus group

- Conoscenza della **lingua**
- Scarsa **informazione sui servizi in Italia**, resta l'immagine di quelli dei propri Paesi
- **Trasporti e orari** apertura servizi
- Scarsa o assente **rete di supporto familiare**
- **Diseguaglianze sociali** che si trasferiscono anche nel nuovo Paese.

Problemi più di natura socio economica che culturale

Problemi specifici degli operatori

- **Frustrazione** per il poco tempo disponibile e per la scarsa formazione alla relazione interculturale.
- **Rapporto con il mediatore:** risorsa e ostacolo alla relazione (come per il marito)
- **Empatia con la donna sola**, ma recriminazione contro il marito che non aiuta.
- **Pregiudizi e stereotipi** verso alcune Etnie.
- **Tendenza ad attribuire i problemi alla cultura**
- **La diversità è il problema, sottostima di problemi di contesto.**
- **Necessità di formazione alla relazione interculturale** fra gli operatori

Alcune riflessioni:

- E' necessario **promuovere politiche sanitarie e interventi che favoriscano l'accessibilità all'assistenza sanitaria**, piuttosto che dare per scontato che un servizio previsto come universale dalla legge sia equo nella pratica
- **Ricerca/azione**: il nostro compito è quello di monitorare la presenza di disuguaglianze e agire per contrastarle.

**Conoscere le diversità
per ridurre le disuguaglianze**

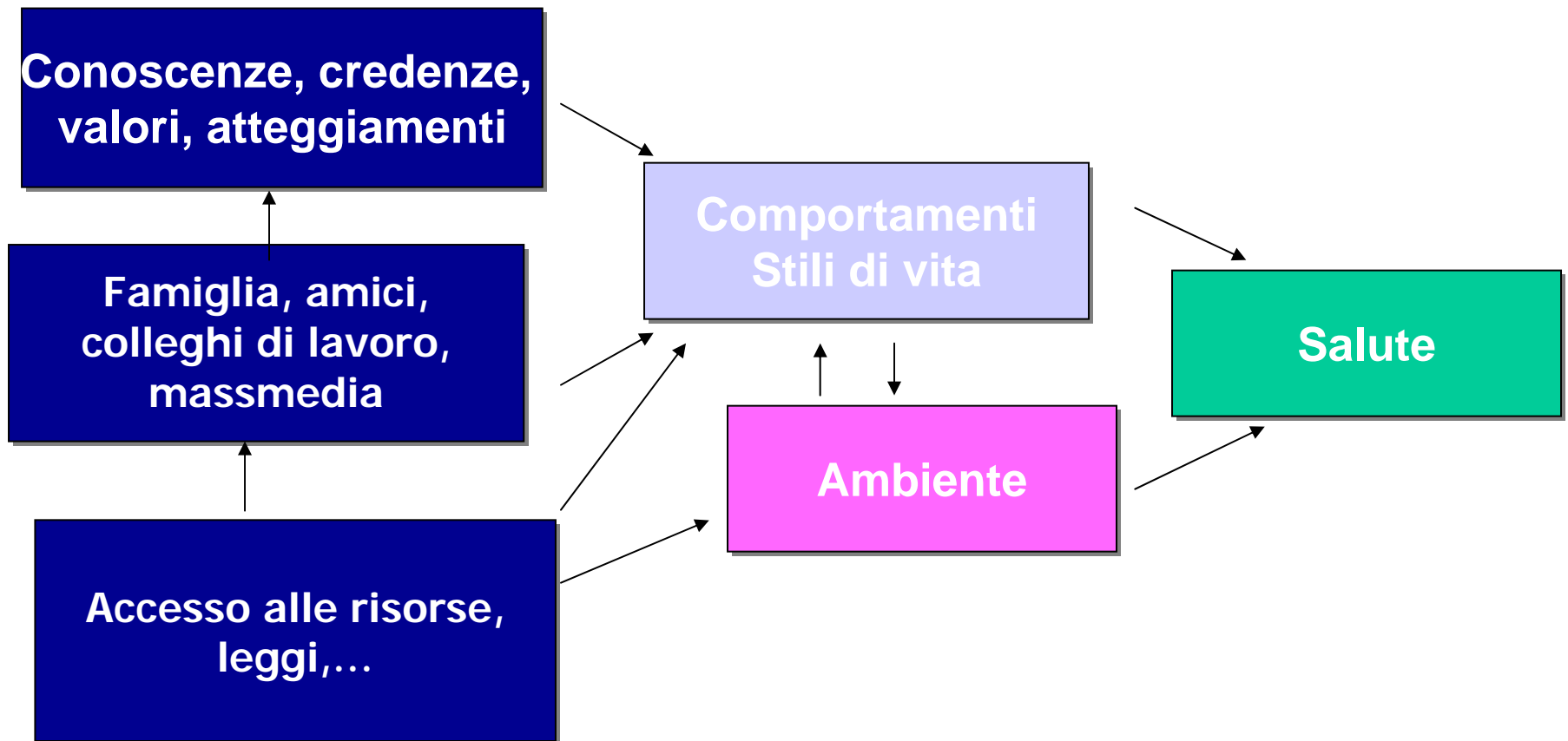
Raccomandazioni tratte da

“Inequalities of access to cancer screening: a literature review

Lai Fong Chiu – NHS Cancer Screening Programmes - UK Dicembre 2003

- **Ogni gruppo etnico non è un insieme stabile e monolitico**, ma è formato da individui diversi ed è influenzato dal contesto sociale in cui vive.
- **Studiare di più il processo dinamico dell'incontro fra individuo e servizi sanitari**
- **Migliorare la formazione del personale** alla relazione interculturale
- **Non limitarsi ad interventi basati su un approccio cognitivo-comportamentale**, che enfatizza il ruolo delle conoscenze, attitudini e credenze, ma agire anche su fattori organizzativi, sociali, economici. (*Modello di Green Kreuter*)

Il modello di Green-Kreuter (parziale)



Alcune idee per l'azione

Conoscenze, credenze,
valori, atteggiamenti

- **Incontri con gruppi e associazioni**
- **Produrre materiali in lingua (lettere, opuscoli..)**

**Ma le persone
leggono???**



Analfabeti d'Italia

(Tullio De Mauro su Internazionale del 7 marzo 2008)

- 5 italiani su 100, tra i 14 e i 65 anni, non sanno distinguere una lettera o una cifra dall'altra,
- 38 riescono a leggere con difficoltà una scritta e a decifrare qualche cifra.
- 33 non riescono a leggere un testo scritto e non capiscono un grafico con qualche percentuale.
- **Solo il 20% della popolazione adulta ha gli strumenti per leggere, scrivere e calcolare, necessari per orientarsi nella nostra società.**

Alcune idee per l'azione

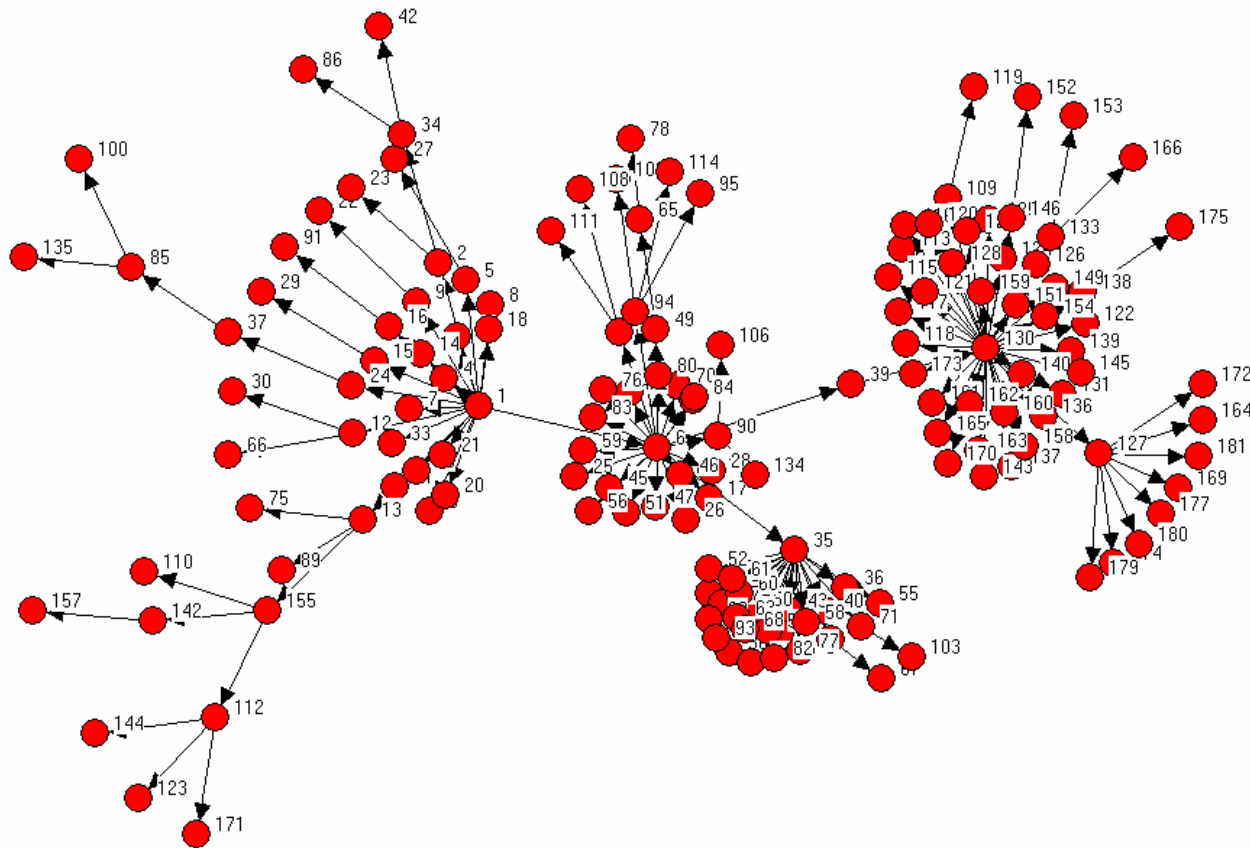
Famiglia, amici,
colleghi di lavoro,
massmedia

- **Tv e radio (soap opera)**



Marketing “virale”

(educatori alla salute nelle comunità, peer education, operatori di strada)



Alcune idee per l'azione

Accesso alle risorse,
leggi,...

- Organizzare programmi di screening gratuiti
- Corsi di alfabetizzazione per le donne
- Mediazione culturale
- Formazione degli operatori
- Orari di apertura dei servizi



Bibliografia:

- Lai Fong Chiu (2003), *Inequalities of access to cancer screening: a literature review*. NHS cancer screening series n.1
- D. Baker, E. Middleton (2003), *Cervical screening and health inequality in England in the 1990s*, “J. Epidemiol. Community Health” 57; 417-423
- Sara J. Newmann, Elizabeth O. Garner (2005), *Social inequities along the cervical cancer continuum: a structured review*. Cancer Causes and Control 16: 63-70
- H. Quan, A. Fong, C. De Coster, et al (2006), *Variation in health services utilization among ethnic population*. “CMAJ” 174(6): 787-791
- Howard K Koh, Christine M. Judge et al (2005), *Using public health data system to understand and eliminate cancer disparities*. Cancer Causes and Control 16: 15-26
- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Planning and implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: a Manual for Managers*. Seattle: ACCP; 2004
- World Health Organization (2002) *Cancer Screening in Developing Countries: report of a WHO consultation*. WHO, Geneva.
- M. Arbyn et All (2007) *Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004*. Annals of Oncology 2007 18(10):1708-1715. Published online on March 16, 2007.

- Tudor Hart J. (1971), *The inverse care law*. Lancet 1971, 27 feb: 405-412
- G. Costa, C. Peducci, N. Diridin (1999), *Le disuguaglianze nella salute e il piano sanitario*. “Epidemiologia & Prevenzione” 23: 133-240
- Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2007), *Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie*. Dossier 145. Bologna, Regione Emilia Romagna
- Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2005), *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo esperienze europee*. Dossier 111. Bologna, Regione Emilia Romagna
- Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna (2006), *Sana o Salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia Romagna*. Dossier 138. Bologna, Regione Emilia Romagna
- P. Bravemen, S. Gruskin (2003), *Defining equity in health*. “J. Epidemiol. Community Health” 57: 254-258
- A. Stefanini (2004) *Diseguaglianze ed equità nella salute. Cosa può fare un sistema sanitario?* “Salute e Sviluppo” 1: 43-48

- E. Rapiti, C. Peducci, N. Agabiti et al (1999), *Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sociosanitari. Tre esempi nel Lazio*. "Epidemiologia & Prevenzione" 23: 133-240
- G. Ciccone, L. Loranconi, C. Ivaldi et al (1999), *Classe sociale, modalità di ricovero, gravità clinica e mortalità ospedaliera: un'analisi con "all patient refined-DRG" dei dimessi dall'ospedale Molinette di Torino*. "Epidemiologia & Prevenzione" 23: 133-240
- E. Materia, T. Spadea, L. Rossi et al, (1999), *Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socio-economica a Roma*. "Epidemiologia e Prevenzione" 23: 133-240
- A. Stefanini (1998), *Salute e disuguaglianze. Perché è urgente mobilitarsi*. "Difesa sociale" 6.
- A. Bruni, R. Fasol, S. Gherardi (2007), *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*. Carocci Faber, Roma.

Definizione dei Paesi a forte pressione migratoria (ISTAT)

Paesi a forte pressione migratoria:

EUROPA

Europa centro-orientale Albania, Bielorussia, Bulgaria, Rep. Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Moldavia, Polonia, Romania, Russia, Rep. Slovacca, Turchia, Ucraina, Ungheria, ex Jugoslavia (*Bosnia-Erzegovina, Croazia, Jugoslavia, Macedonia, Slovenia*)

ASIA (eccetto Israele e Giappone)

Asia occidentale Arabia Saudita, Armenia, Azerbaigian, Bahrein, Emirati Arabi Uniti, Georgia, Giordania, Iran, Iraq, Israele, Kuwait, Libano, Oman, Qatar, Siria, Yemen, Palestina;

Asia centro-meridionale Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Kazakistan, Kirghizistan, Maldive, Nepal, Pakistan, Sri Lanka, Tagikistan, Turkmenistan, Uzbekistan;

Asia orientale Brunei, Cambogia, Cina, Corea del Nord, Corea del Sud, Filippine, Giappone, Indonesia, Laos, Malaysia, Mongolia, Myanmar, Singapore, Taiwan, Thailandia, Vietnam.

AMERICA

America centro-meridionale Antigua e Barbuda, Argentina, Bahama, Barbados, Belize, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Rep. Dominicana, Ecuador, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Perù, Saint Kitts e Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent e Grenadine, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguay, Venezuela.

Apolidi

Definizione dei Paesi a sviluppo avanzato (ISTAT)

Paesi a sviluppo avanzato:

EUROPA

Unione Europea	Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia;
----------------	---

Altri paesi europei	Andorra, Città del Vaticano, Islanda, Liechtenstein, Malta, Monaco, Norvegia, Svizzera.
---------------------	---

ASIA	Israele
------	---------

	Giappone
--	----------

AMERICA

America settentrionale	Canada, Stati Uniti;
------------------------	----------------------

OCEANIA	Australia, Figi, Kiribati, Marshall, Micronesia, Nauru, Nuova Zelanda, Palau, Papua Nuova Guinea, Salomone, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Isole di Cook.
---------	---



grazie per l'attenzione