

LA PREVENZIONE DEL CERVICOCARCINOMA A MANTOVA: UNO SCREENING A PIU' VOCI

**Testo a cura di :
Elena Bianchera ed Anna Laura Bozzeda – 1° versione – novembre 2011**

PREMESSA:

Il lavoro che stiamo conducendo vede sul campo l'ipotesi di una collaborazione tra ASL, Provincia e il Centro di Educazione Interculturale della Provincia di Mantova. L'obiettivo è quello di studiare le più efficaci modalità per aumentare l'accessibilità ad effettuare il pap test alle donne straniere anche attraverso la figura del mediatore linguistico-culturale. Le evidenze epidemiologiche che di seguito verranno illustrate, rappresentano la base scientifica per giustificare l'intervento che si cerca di progettare, all'interno dei percorsi individuati come "Promozione della salute", intesa come *"quel processo che permette agli individui tutti ed alle comunità di accrescere il controllo sugli elementi determinanti della salute e quindi di incrementare la propria salute"* deve portarci a riflettere sul fatto che non esiste un modello comunicativo universale che si costruisce in anticipo a tavolino: occorre discuterlo e metterlo a punto con la comunità a cui sarà destinato.

Pensiamo che si arrivi ad ottenere un risultato sanitario importante utilizzando una strategia comunicativa efficace, individuabile soltanto dopo aver capito chi sono le persone, quali problemi hanno, quali sono le peculiari difficoltà da contrastare. Siamo fiduciosi che questo lavoro si rivelerà utile anche nel rapporto con i cittadini italiani perché esistono ampie fasce della popolazione italiana, meno riconoscibili degli immigrati, ma che vivono difficoltà socio-economiche e di accesso ai programmi di screening del tutto comparabili a quelle degli stranieri. Anche con loro sappiamo di dover imparare a parlare.

La popolazione straniera nel mantovano

I cittadini stranieri residenti nella provincia di Mantova provengono da Paesi a Sviluppo Avanzato, ma per la maggior parte sono originari dai Paesi in via di Sviluppo o a forte pressione migratoria e dell'Est Europa.

La forte predominanza degli stranieri provenienti dai Paesi economicamente meno sviluppati o in transizione è una caratteristica oramai consolidata che si ripropone pressoché invariata negli anni.

L'analisi dei dati di lungo periodo rivela che negli ultimi quattordici anni la presenza straniera nel territorio provinciale è notevolmente aumentata, di fatto raddoppiando ogni cinque anni. L'incidenza percentuale degli stranieri sulla popolazione residente è passata dall'1% del 1992 al 8,1% nel 2005, per raggiungere gli attuali valori di circa il 10%.

La distribuzione per sesso vede la presenza maggioritaria della componente maschile (54,7%) anche se si riconferma una tendenza, lenta ma costante, al riequilibrio del rapporto tra i sessi.

Questo lento processo di femminilizzazione della popolazione straniera sottende un progetto migratorio più stabile e una tendenza ad integrarsi e radicarsi gradualmente nel tessuto socio-culturale del paese di accoglienza. La maturazione del fenomeno migratorio implica una transizione degli stranieri da forza lavoro immigrata a vera e propria popolazione, attraverso la costituzione/ricostruzione dei nuclei familiari e la crescita delle seconde generazioni; i dati documentano entrambe le dinamiche.

Bisogna però tenere presente anche un'altra chiave di lettura che vede la femminilizzazione della popolazione straniera anche come conseguenza dell'ingresso sempre più frequente di donne sole e spesso di età matura, provenienti soprattutto dai Paesi dell'Est Europa. In effetti in alcuni casi è la donna e non l'uomo il pioniere della migrazione e questo succede in particolare per determinate nazionalità come l'Ucraina (87,6% sono donne), la Federazione Russa (80,4% di donne) e la Serbia-Montenegro per cui le donne sono il 60,7% del totale.

Gli immigrati sono in media più giovani e più sani degli Italiani, hanno accesso agli stessi servizi assistenziali (ammesso che siano regolari), ma si accostano meno alle campagne di prevenzione, compresa quella oncologica. Quando poi lo straniero "non è regolare" e vive in regime di clandestinità, la prevenzione diventa un lusso per pochi e tutto si gioca sull'iniziativa di ASL, Aziende Ospedaliere o Associazioni.

La popolazione immigrata è meno colpita dai tumori rispetto a quella italiana. Secondo il primo rapporto del ministero dell'Interno sull'immigrazione in Italia presentato nel 2008 infatti gli stranieri che non provengono da Paesi occidentali hanno tassi di mortalità per tumore più bassi. I motivi di questo vantaggio in salute sono ancora tutti da esplorare e senz'altro conta il fatto che emigra chi è nelle condizioni fisiche per farlo. Ma ci sono anche differenze che pesano sul rischio oncologico, ad esempio gli immigrati hanno un'età media più bassa e fumano meno. Dall'indagine Istat Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia risulta che usano tabacco 28 uomini stranieri su cento,

contro 31 italiani e 14,6 donne straniere contro 20 italiane. Però, nota la medesima ricerca, le immigrate sfruttano ancora poco le opportunità di screening offerte dalla sanità pubblica.

Per gli stranieri «irregolari» la tutela della salute è un intricato groviglio che si trasforma da città a città. La legge italiana dice che anche agli immigrati irregolari «sono assicurate le cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva». Devono dotarsi presso l'ASL di un codice STP (Stranieri temporaneamente presenti), che sostituisce il codice fiscale e permette di accedere alle prescrizioni di esami e medicinali.

La popolazione straniera e la prevenzione dei tumori a Mantova

Nella ASL di Mantova, come nel resto del Paese, è ritenuto un dovere indeclinabile che i programmi di screening raggiungano tutta la popolazione residente nell'area di competenza, essendo le campagne di prevenzione Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli screening attivi sono quelli con evidenza di efficacia, per i tumori della cervice uterina, della mammella, del colon. In questo documento, e con questa iniziativa, l'ASL vuole concentrare lo sforzo e l'attenzione sullo screening per la diagnosi precoce del tumore dell'utero. Osservare qual è la diffusione di questa neoplasia nelle donne non avvezze a sottoporsi allo screening può far comprendere la sua importanza anche alle più diffidenti. Le donne immigrate nel nostro Paese, ancorché si presentino complessivamente più sane della popolazione femminile mantovana, hanno un rischio più elevato di incorrere in un tumore della cervice uterina, sia perché giungono da aree in cui le infezioni da Hpv sono molto frequenti sia perché aderiscono meno ai programmi di screening. Sudamericane e donne dell'Est Europa sono quelle più a rischio.

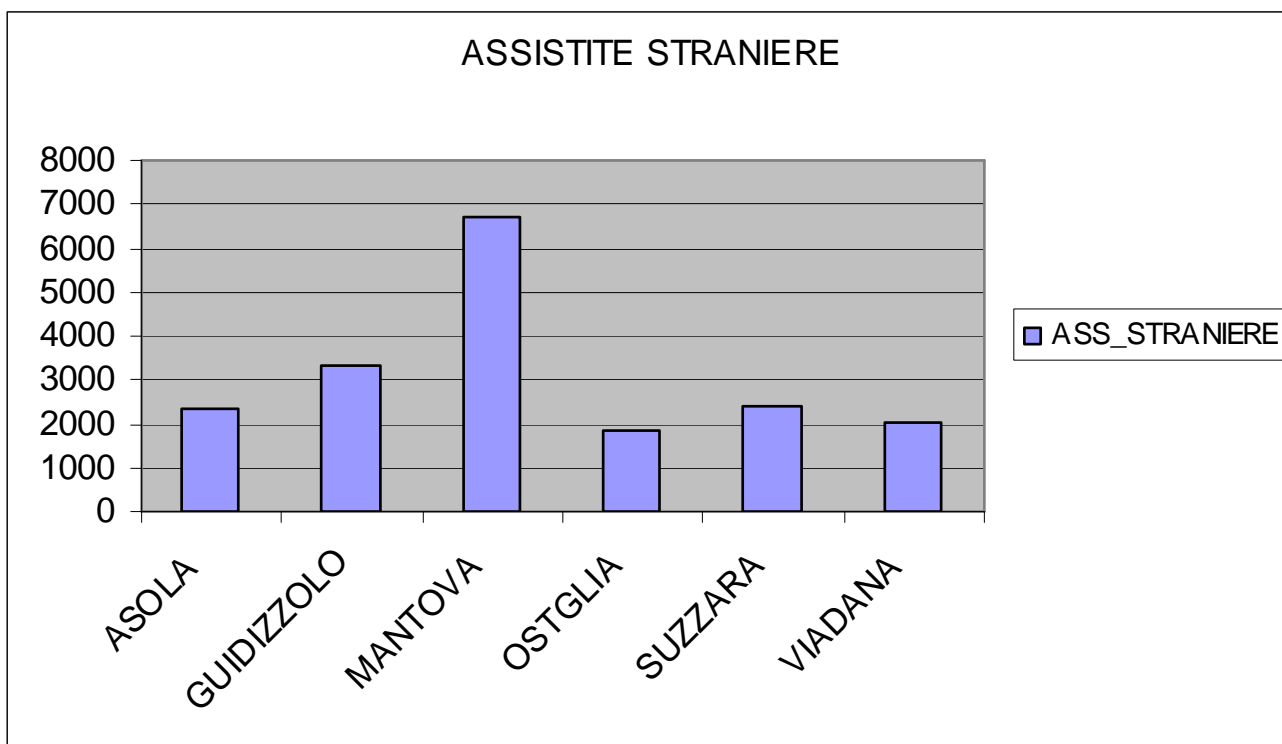
Il modello di rischio di questo tumore nella popolazione immigrata è diverso rispetto a quello presente nelle donne italiane per almeno due motivi: il primo è la diversa incidenza, nei Paesi di origine di queste donne, delle infezioni da Hpv. Chi migra da una zona ad alto rischio si porta almeno per il periodo iniziale un rischio più alto. Il secondo motivo sta nella bassa adesione di queste donne alle attività di prevenzione.

Se tra le donne italiane il tasso di tumori invasivi si attesta intorno a 9,5 per 100 mila, in quelle dell'Est Europa si giunge a 38,3 per 100 mila, mentre nelle donne centro-americane addirittura a 60,5 per 100 mila. Inoltre nelle donne immigrate, i tumori pre-invasivi si trovano molto meno frequentemente che nelle italiane.

Popolazione straniera in età da screening per Distretto

Nella tabella e nel grafico seguente sono riportate, suddivise per distretto, le donne provenienti da Paesi stranieri ed appartenenti all'anagrafe degli assistiti della ASL:

DISTRETTO	ASS_STRANIERE
ASOLA	2318
GUIDIZZOLO	3335
MANTOVA	6708
OSTGLIA	1821
SUZZARA	2388
VIADANA	2021
TOTALE	18.591



L'attenzione di questo lavoro si concentra sulle donne in età di screening (25-64 anni), provenienti da molte parti del mondo, come mostra la tabella di seguito riportata, costruita avvalendosi dei dati anagrafici estratti dagli archivi delle assistite ASL (= straniere regolarmente iscritte all'anagrafe sanitaria regionale):

MAROCCO	16,3%
INDIA	12,6%
ALBANIA	9,6%
ROMANIA	8,7%
UCRAINA	6,3%
CINA	5,3%
BRASILE	4,6%
NIGERIA	3,6%
BANGLADESH	3,1%
GHANA	3,0%
POLONIA	2,8%
TUNISIA	2,5%
ARGENTINA	2,1%
REP. DELLA MOLDAVIA	1,7%
FILIPPINE	1,5%
REP. DOMINICANA	1,4%
SRI LANKA	1,4%
VIETNAM	1,3%
PAKISTAN	1,2%
CUBA	1,2%
ALTRI 36 PAESI	9,9%

I dati riguardano i primi 20 stati di provenienza per numerosità e portano a questa considerazione: oltre il 50% delle donne proviene da solo 5 Paesi: Marocco, India, Albania, Romania e Ucraina. Conoscere questa realtà è il primo passo per chi voglia intraprendere una qualsiasi azione nel verso di aumentare l'adesione al paptest.

La patologia della cervice uterina

Prima di affrontare l'analisi riguardante i tumori della cervice uterina nella popolazione femminile, si ritiene opportuno ricordare l'importanza di promuovere, sostenere e monitorare le attività di prevenzione e diagnosi precoce di questo tumore, che l'OMS ha annoverato tra le cause di morte evitabili nella popolazione. Poiché l'efficacia dei programmi di prevenzione dipende in modo rilevante dal numero di persone che si sottopongono ai test di screening, gli sforzi da parte dell'ASL e delle Istituzioni per promuovere la fidelizzazione degli assistiti alle iniziative di prevenzione oncologica sono fortemente raccomandati dalla Comunità Scientifica.

Complessivamente la stima del tasso di incidenza del cervicocarcinoma uterino per l'intera popolazione femminile di Mantova risulta essere di 4,5X100.000 (fonte: http://www.aslmn.it/Docs_File/incidenza_tumori_02_04.pdf)

Per i tumori che colpiscono la cervice uterina è possibile, non solo rilevare patologia tumorale in fase precoce, ma addirittura consentire di riconoscere e

curare forme che precedono nel tempo il tumore stesso (diagnosi precoce) , le cosiddette lesioni precancerose, indicate con l'acronimo CIN=Cervical intraepitelial neoplasia evitandone l'insorgenza (prevenzione).

Questo è possibile grazie alla storia naturale della malattia che impiega molti anni ,anche 10, per evolvere dalle alterazioni cellulari individuabili attraverso il pap-test, al tumore maligno.

Dalle tabelle che seguiranno emerge che la maggior parte delle lesioni pre-tumorali viene individuata all'interno del programma di screening e la piccola quota di tumori invasivi sono la conferma della raccomandazione che il test vada eseguito quando le donne non presentano sintomi.

Su scala nazionale, rileva l'Istat, si sottopone a Pap-test per la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina poco più della metà delle donne straniere contro il 72 per cento delle donne italiane nella fascia d'età raccomandata (25-64 anni). Ma le giovani sotto i 35 anni sembrano più attente e si discostano di poco dalle coetanee italiane. Un analogo discorso vale per la mammografia: la esegue il 43 per cento delle straniere e il 73 per cento delle italiane fra i 50 e i 64 anni. Un recente studio condotto dalla ASL di Mantova in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, ha consentito di tracciare un profilo della donna straniera che si avvicina alla prevenzione sottoponendosi ad eseguire il paptest all'interno del programma di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma in provincia di Mantova.

Nel triennio 2004-2006, sono stati spediti 120.923 inviti alla popolazione target dello screening, rappresentata 99.892 donne, in età compresa tra 25-64 anni. In questo numero, erano comprese 5.947 donne straniere (corrispondenti al 6% dell'intera popolazione target) , per le quali sono stati prodotti 6.936 inviti .

Ogni donna dunque nel triennio ha ricevuto mediamente 1,2 inviti nel caso delle mantovane, 1,16 inviti nel caso delle straniere assistite dalla ASL .

Sono poi stati calcolati indicatori relativi al tasso di invio al secondo livello di screening (tabella 1) e di compliance alla colposcopia raccomandata (tabella 2):

Tabella 1			
POPOLAZIONE IN SCREENING	PAP-TEST ESEGUITI NEL TRIENNIO	INVIATI AL SECONDO LIVELLO	% INVIO AL SECONDO LIVELLO
mantovane	55306	558	1,0 %
straniere	2861	55	1,9 %
Totale SCREENING	58167	613	1,05%

Tabella 2			
ADESIONE ALLA COLPOSCOPIA			
TRIENNIO 2004-2006	inviate al secondo livello	aderenti alla colposcopia	%compliance
mantovane	558	388	69,5%
straniere	55	35	63,6%
Totale SCREENING	613	423	69,0%

Nelle tabelle successive è riportato invece il tasso di patologia riscontrata (detection rate) per patologia significativa, CIN2+ , in particolare, nella tabella 5 i valori assoluti, nella tabella 6 i tassi per 1.000 donne screenate

Tabella 3			
TRIENNIO 2004-2006	N° CASI DI TUMORE MALIGNO (carcinoma/adenocarcinoma)	CIN 2/3	CIN 1
mantovane	8	77	64
straniere	2	9	6
totale SCREENING	10	86	70

Tabella 4	
DETECTION RATE PER 1.000 DONNE SCREENATE	
mantovane	1,5
straniere	3,8
Totale SCREENING	1,6

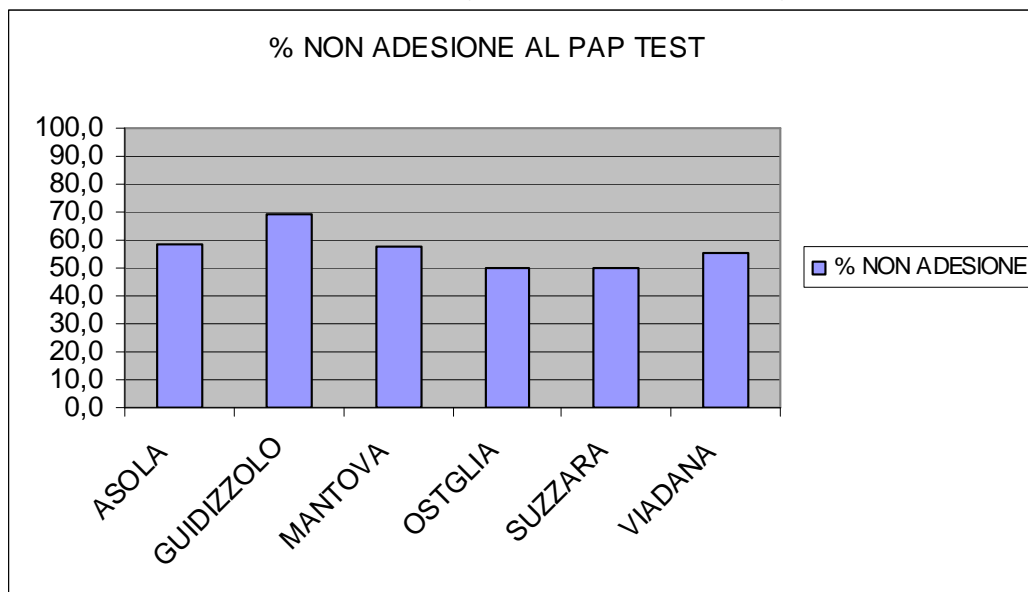
In ragione del tasso di patologia riscontrato nel percorso degli accertamenti di screening, abbiamo approfondito l'analisi del tasso di adesione alla campagna di prevenzione, consapevoli del fatto che il rischio di occorrenza di patologia pretumorale nelle straniere è di gran lunga maggiore che nelle donne mantovane.

Pertanto, in relazione al programma di screening abbiamo documentato nella tabella sottostante l'adesione suddivisa per Distretto. Come si evidenzia, nel Distretto di Guidizzolo si riscontra la più alta percentuale di donne straniere non rispondenti allo screening cervico-vaginale. Questo altro dato rappresenta un ulteriore elemento di conoscenza per decidere da dove poter partire per cercare di intervenire su questo fenomeno.

Tabella 5: Adesione per distretto

DISTRETTO	ASS_STRANIERE	PAP ESEGUITO	%	NON ESEGUITO	%
ASOLA	2318	966	41,7	1352	58,3
GUIDIZZOLO	3335	1018	30,5	2317	69,5
MANTOVA	6708	2826	42,1	3882	57,9
OSTIGLIA	1821	913	50,1	908	49,9
SUZZARA	2388	1189	49,8	1199	50,2
VIADANA	2021	897	44,4	1124	55,6
TOTALE	18591	7809	42,0	10782	58,0

Assenza di compliance al programma di screening con PAP-TEST



Anche un'analisi stratificata per Comune, conferma ovviamente la scarsa adesione che caratterizza i Comuni dell'Alto Mantovano.

Tabella 6: Non adesione allo screening con paptest per Comune

COMUNE	ASSISTITE STRANIERE	NO PAP TEST	% NO PAP TEST
PONTI SUL MINCIO	116	96	82,8
MAGNACAVALLO	74	55	74,3
SOLFERINO	100	74	74,0
MEDOLE	207	152	73,4
MONZAMBANO	217	159	73,3
COMMESSAGGIO	40	29	72,5
CASTIGLIONE DELLE ST	1540	1108	71,9
CASALOLDO	143	97	67,8
GUIDIZZOLO	292	195	66,8
CAVRIANA	146	97	66,4
REDONDESCO	35	23	65,7
RIVAROLO MANTOVANO	82	53	64,6
CASTEL GOFFREDO	812	515	63,4
MANTOVA	2714	1710	63,0
CASALMORO	143	90	62,9
VOLTA MANTOVANA	270	166	61,5
CASTELLUCCHIO	159	97	61,0
FELONICA	30	18	60,0
GOITO	424	252	59,4
MOTTEGGIANA	123	73	59,3
BIGARELLO	65	38	58,5

ASL Mantova

MARCARIA	235	137	58,3
CASALROMANO	79	46	58,2
PIUBEGA	45	26	57,8
REVERE	111	64	57,7
BAGNOLO SAN VITO	236	136	57,6
MARMIROLO	301	173	57,5
CURTATONE	331	190	57,4
RONCOFERRARO	242	138	57,0
ROVERBELLA	422	239	56,6
VILLIMPENTA	92	52	56,5
SABBIONETA	131	74	56,5
BORGOFORTE	149	84	56,4
ASOLA	498	280	56,2
SAN GIOVANNI DEL DOS	66	37	56,1
SAN MARTINO DALL'ARG	45	25	55,6
POMPONESCO	69	38	55,1
VIADANA	1015	558	55,0
SUSTINENTE	77	42	54,5
MOGLIA	232	126	54,3
SUZZARA	1115	596	53,5
PORTO MANTOVANO	574	305	53,1
CERESARA	83	44	53,0
ACQUANEGRA SUL CHIES	127	67	52,8
GAZZUOLO	93	49	52,7
SAN GIACOMO DELLE SE	97	51	52,6
BORGOFRANCO SUL PO	25	13	52,0
VIRGILIO	477	248	52,0
CASTEL D'ARIO	254	131	51,6
DOSOLO	146	75	51,4
PIEVE DI CORIANO	37	19	51,4
CARBONARA DI PO	47	24	51,1
BOZZOLO	167	85	50,9
GONZAGA	398	199	50,0
MARIANA MANTOVANA	26	13	50,0
CASTELBELFORTE	127	63	49,6
RODIGO	162	80	49,4
QUISTELLO	207	101	48,8
SAN GIORGIO DI MANTO	369	180	48,8
OSTIGLIA	314	151	48,1
POGGIO RUSCO	282	134	47,5
SERMIDE	235	111	47,2
GAZOLDO DEGLI IPPOLI	133	61	45,9
QUINGENTOLE	49	22	44,9
CANNETO SULL'OGGIO	223	99	44,4
VILLA POMA	53	23	43,4
PEGOGNAGA	248	107	43,1
SCHIVENOGLIA	45	19	42,2
SAN BENEDETTO PO	302	115	38,1
SERRAVALLE A PO	64	23	35,9

Conclusioni

La prevenzione dei tumori femminili che colpiscono la cervice uterina rappresenta un Livello Essenziale di Assistenza nel nostro Paese. L'uso della pratica di eseguire il pap-test ad intervalli raccomandati nella fascia di età compresa tra 25-64 anni è risultata un'arma vincente nel combattere le forme invasive del cervicocarcinoma uterino. I tassi di adesione al programma di screening della ASL di Mantova, raggiungono valori nel complesso soddisfacenti, specie se paragonati al resto dell'Italia, come di seguito riportato:

Indicatore	Valore Italia	Valore Italia del Nord	Valore ASL Mantova
Adesione all'invito	38,49%	45,62%	51,8%

(*) Fonte: "Osservatorio Nazionale Screening – 6° Rapporto"-pag.53, tabella modificata

Tuttavia, un'analisi più attenta dei nostri dati mantovani, ci ha portato a riconoscere, già da qualche tempo, un'aumentata frequenza di patologia riscontrata nelle donne provenienti dai Paesi stranieri e residenti nel nostro territorio. Alla luce dei dati che abbiamo riportato in questo lavoro, e data l'importanza emergente dell'immigrazione nella nostra Provincia, del significato e del valore che il fenomeno ha per il Paese di accoglienza, crediamo importante pianificare strategie preventive culturalmente appropriate per colmare la distanza tra questi gruppi ed i servizi sanitari, anche avvalendoci di importanti alleanze per ottenere l'obiettivo.

Stiamo "cercando" un nuovo modello culturale e personale specificamente formato per sensibilizzare gli stranieri all'importanza della prevenzione, con la collaborazione con l'Assessorato alle Politiche di coesione Sociale e Pari Opportunità e con il Servizio delle Politiche dell'Immigrazione della Provincia di Mantova.

Avvicinare le donne straniere ai servizi sanitari è una necessità che non può essere procrastinata, diffondendo la consapevolezza che non è soltanto con gli atti sanitari complessi che si garantisce la salute, ma anche attraverso la promozione e l'adozione di stili di vita corretti e di pratiche di prevenzione come appunto gli Screening. In questo senso la collaborazione tra ASL e Provincia rappresenta certamente una sinergia che può portare a modificare gli attuali indicatori di adesione.