

GRUPPI FRAGILI E SCREENING

LIVIA GIORDANO

CPO PIEMONTE AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA TORINO

DEFINIZIONE ED OBIETTIVI DELLO SCREENING ONCOLOGICO (...da Wikipedia...)

- Si definisce con il termine **screening oncologico** (o anche **depistaggio oncologico**) l'insieme delle prestazioni volte a individuare precocemente l'insorgenza di tumori. Questi test vengono condotti su una popolazione che non presenta segni né sintomi relativi a una neoplasia. Può essere coinvolta tutta la popolazione al di sopra di una certa età (ad esempio la colonscopia viene consigliata sopra i 50 anni a maschi e a femmine), solo un sesso (la mammografia è consigliata solo nelle donne, anche se il tumore della mammella esiste anche nei maschi), solo soggetti a elevato rischio di sviluppare la neoplasia per motivi genetici, professionali, voluttuari.
- Le campagne di *screening* dovrebbero essere associate, quando sono noti dei fattori di rischio che possono essere evitati, a campagne di prevenzione della neoplasia mediante comportamenti idonei.
- L'obiettivo dello *screening* oncologico non può però limitarsi alla diagnosi di un maggior numero di neoplasie. Lo *screening* si rivelerà utile solo se porta a una riduzione della mortalità generale o per lo meno alla mortalità legata a quella neoplasia. Lo *screening* deve quindi permettere la diagnosi della malattia in una fase in cui esiste una possibilità di guarigione, possibilità che è invece esclusa quando la malattia viene diagnosticata alla comparsa di segni o sintomi. Questo è il motivo per cui non tutte le campagne di *screening* oncologico hanno la stessa efficacia.



DEFINIZIONE ED OBIETTIVI DELLO SCREENING ONCOLOGICO (...DA WIKIPEDIA...)

- Si definisce con il termine **screening oncologico** (o anche **depistaggio oncologico**) l'insieme delle prestazioni volte a individuare precocemente l'insorgenza di tumori. Questi test vengono condotti su una popolazione che non presenta segni né sintomi relativi a una neoplasia. Può essere coinvolta tutta la popolazione al di sopra di una certa età (ad esempio la colonscopia viene consigliata sopra i 50 anni a maschi e a femmine), solo un sesso (la mammografia è consigliata solo nelle donne, anche se il tumore della mammella esiste anche nei maschi), solo soggetti a elevato rischio di sviluppare la neoplasia per motivi genetici, professionali, voluttuari.
- Le campagne di *screening* dovrebbero essere associate, quando sono noti dei fattori di rischio che possono essere evitati, a campagne di prevenzione della neoplasia mediante comportamenti idonei.
- L'obiettivo dello *screening* oncologico non può però limitarsi alla diagnosi di un maggior numero di neoplasie. Lo *screening* si rivelerà utile solo se porta a una riduzione della mortalità generale o per lo meno alla mortalità legata a quella neoplasia. Lo *screening* deve quindi permettere la diagnosi della malattia in una fase in cui esiste una possibilità di guarigione, possibilità che è invece esclusa quando la malattia viene diagnosticata alla comparsa di segni o sintomi. Questo è il motivo per cui non tutte le campagne di *screening* oncologico hanno la stessa efficacia.



ETHICS OF SCREENING

Lo screening è rivolto a soggetti asintomatici

FONDAMENTALE: massimizzare i benefici e minimizzare i danni.

Lo screening dovrebbe essere

- offerto piuttosto che imposto
- è necessario il consenso informato
- mantenere la riservatezza
- prevenire la discriminazione (assicurativa, lavorativa, sociale, ecc.)

- ✓ Nel contesto dello screening, è il Sistema Sanitario che si rivolge a una popolazione apparentemente sana/asintomatica per invitarla a sottoporsi a test di screening.



Dobbiamo rispettare l'autonomia dei pazienti, il loro diritto di decidere se accettare o meno l'invito allo screening, anche quando il rifiuto può comportare un danno per loro stessi.

Box 1.1 Ethical Principles as a Framework for Cancer Screening Education

Many programs use four key ethical principles to guide them in developing education and information materials:

- **Autonomy** is the responsibility to respect the decision-making abilities of independent persons. People who are mentally capable of making a decision for themselves will be allowed to choose whether or not to participate in screening and the follow-up testing as a general right to determine their own lives.
- **Beneficence** is the responsibility to do good. Applying this principle to cancer screening means that the overall effect of the screening program improves the health of the population.
- **Do no harm** is the responsibility to not cause harm intentionally or directly. In screening, the benefits need to outweigh the harms, knowing that the harms are not directly intended but rather an unfortunate side effect of attempting to improve a person's health.
- **Justice** is the responsibility to fairly offer and make accessible the services and information to all, assuming an equal distribution of risks and benefits to the entire population.

Adapted from: Beauchamp TL, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1979.

**REQUISITI ESSENZIALI
PER
L'IMPLEMENTAZIONE
DI UN PROGRAMMA DI
SCREENING**

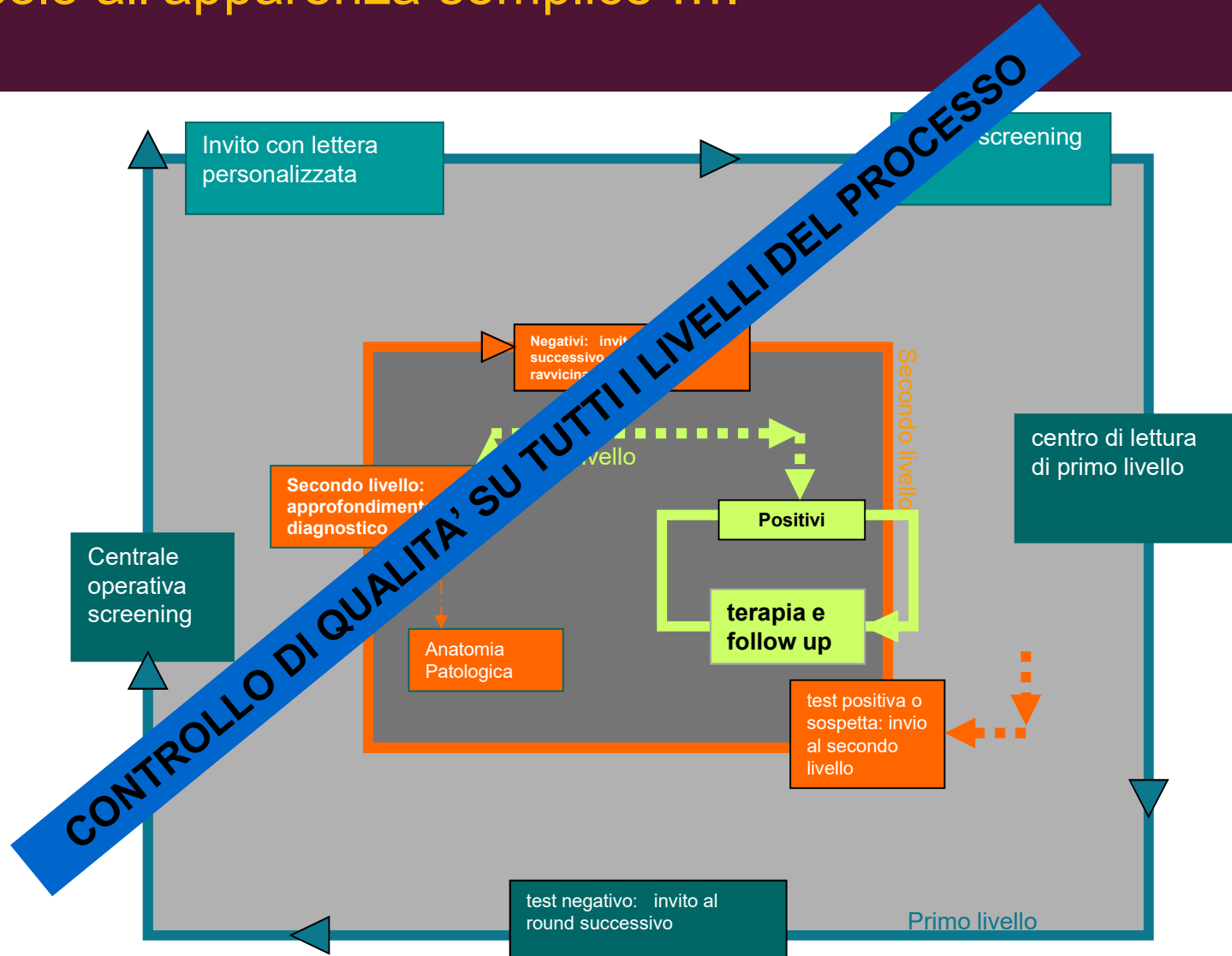
ASPETTI ECONOMICI: COST-EFFECTIVE

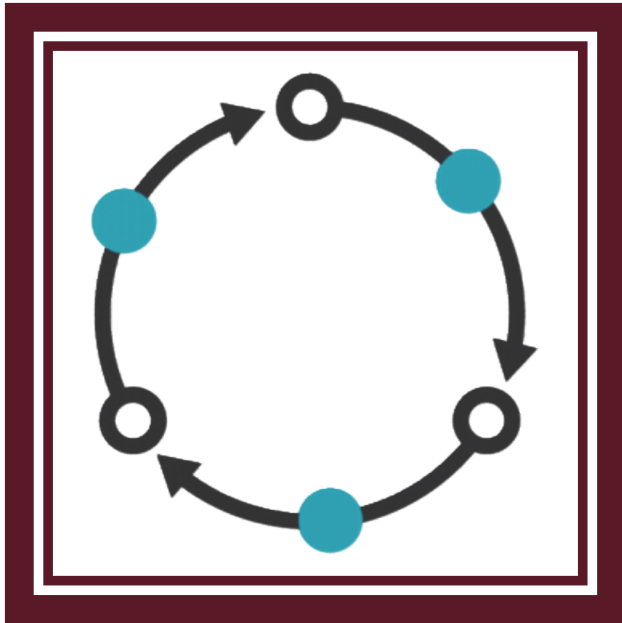
**STRUMENTAZIONE: DISPONIBILE O
FACILMENTE REPERIBILE**

ACCETTABILITA': LE PROCEDURE SUCCESSIVE A UN RISULTATO POSITIVO SONO GENERALMENTE CONCORDATE E ACCETTABILI SIA PER LE AUTORITÀ DI SCREENING CHE PER LE PERSONE SOTTOPOSTE A SCREENING.

EQUITA': EQUITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI DI SCREENING; DISPONIBILITÀ DI TRATTAMENTI EFFICACI, ACCETTABILI E SICURI

Lo screening organizzato di popolazione è un percorso solo all'apparenza semplice





- Invito attivo
- Presa in carico del destinatario dell'intervento
- Percorso completo e multidisciplinare
- Interconnessione tra figure diverse
- La qualità di tutte le fasi del programma è un requisito fondamentale
- La valutazione della qualità e dell'efficacia è un'attività costante
- Protocolli operativi
- Percorso Circolare

SCREENING

ORGANIZZATO:

un programma con obiettivi dichiarati, solitamente proposto da un'istituzione, per uno screening di provata efficacia, con una rete di gestione organizzativa e sistemi di valutazione del processo e dei risultati. agisce su una popolazione asintomatica invitata attivamente....

OPPORTUNISTICO:

attività di prevenzione spontanea o nell'ambito di programmi basati sull'offerta del test di screening a prescindere da un determinato insieme di prerequisiti organizzativi (inviti, richiami, protocolli di diagnosi e trattamento e controlli di qualità)

Obiettivi

Screening opportunistico	Screening organizzato
Ridurre la probabilità di morte per tumore	Ridurre la mortalità per causa-specifica
Ridurre la probabilità di avere un tumore	Ridurre l'incidenza dei tumori invasivi
Migliorare la qualità della vita	Migliorare la qualità della vita
	Equità nell'accesso
	Copertura della popolazione bersaglio

Protocolli (I)

Screening opportunistico	Screening organizzato
Singolo medico che raccomanda il test	Tutta la popolazione target riceve una lettera di invito
L'intervallo tra i test non è sempre definito	L'intervallo tra i test è ben definito (24 mesi)
La popolazione target è un mix di donne sintomatiche e sintomatiche	Tutta la popolazione è asintomatica
L'approccio è individuale	I protocolli sono ben definiti e concordati dal team multidisciplinare

2001: i programmi di screening vengono inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

2002: Osservatorio Nazionale Screening

2004: Legge 138/2004

2007- 2018 Piani Nazionali della Prevenzione

La sfida di attuare programmi di screening di alta qualità per l'intera popolazione bersaglio non può essere affrontata senza accettare la necessità di un progetto comune a cui aderiranno tutti i soggetti coinvolti:

- ✓ **la società con tutti i suoi organi istituzionali e le associazioni**
- ✓ **le società scientifiche dei professionisti coinvolti nello screening**
- ✓ **i mezzi di comunicazione di massa**
- ✓ **il sistema sanitario nel suo complesso e le sue sezioni**
- ✓ **le associazioni di advocacy**



- L'equità nella salute è definita da *Healthy People 2020* come:
- **'il raggiungimento del più alto livello di salute per tutte le persone. Il raggiungimento dell'equità nella salute richiede di valorizzare tutti allo stesso modo, con sforzi sociali mirati e continui per affrontare le disuguaglianze evitabili, le ingiustizie storiche e contemporanee e l'eliminazione delle disparità nella salute e nell'assistenza sanitaria'.**"

EQUITÀ NELLA PREVENZIONE DEI TUMORI E NEGLI SCREENING

L'equità nella salute si verifica quando tutti hanno la stessa opportunità di essere il più sani possibile.

In campo oncologico, l'equità si verifica quando tutti hanno la stessa opportunità di prevenire il cancro, di individuarlo precocemente e di ricevere un adeguato trattamento e un adeguato follow-up dopo la conclusione del trattamento.



Equità

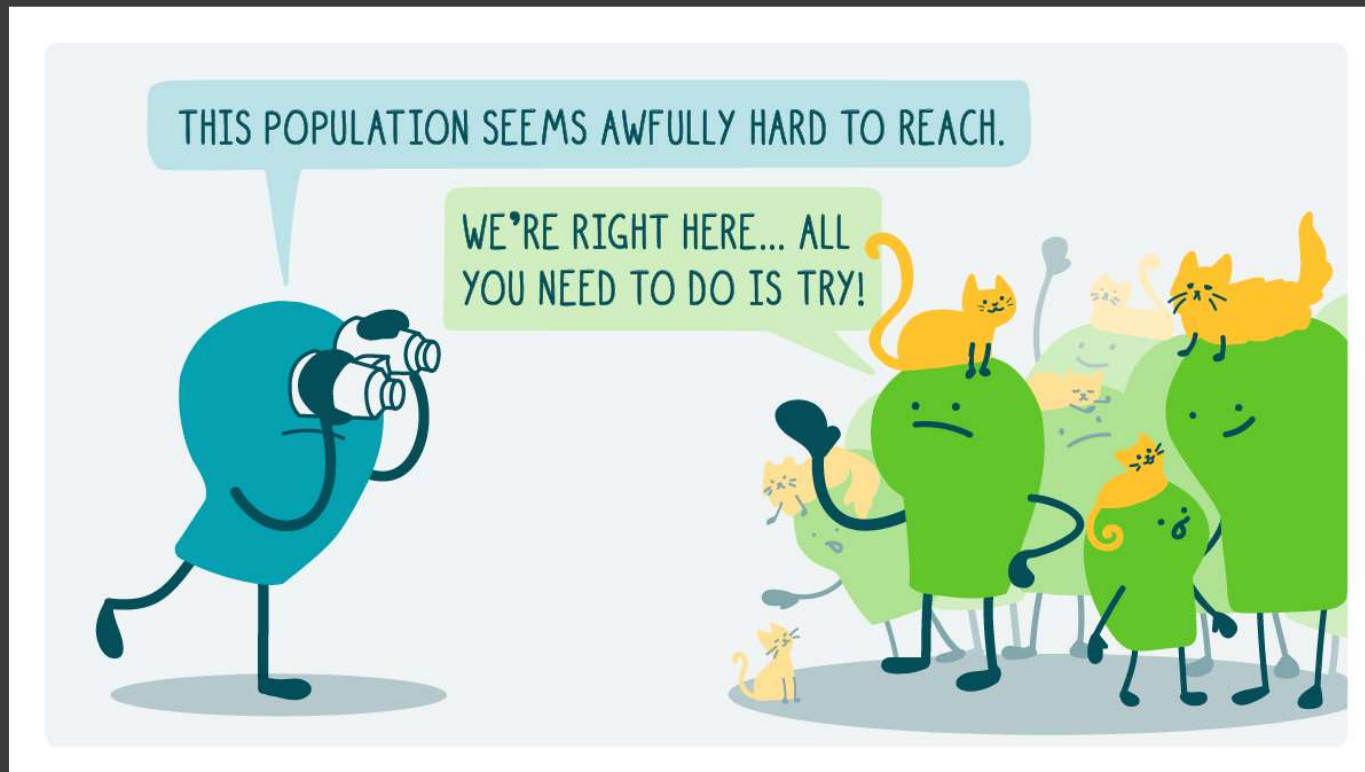
e gruppi fragili
nella
popolazione





mentre **l'equità** nello screening rappresenta un parametro che deve essere garantito da chi fornisce questo servizio per assicurare a tutti le stesse opportunità di accesso e comprensione, l'esistenza di **gruppi difficili da raggiungere** è parzialmente indipendente da questo, anche se i due elementi possono essere fortemente collegati

APPROCCI ALLO SCREENING DEI TUMORI PER I SOTTOGRUPPI FRAGILI DELLA POPOLAZIONE



DEFINIZIONI

- "**Hard-to-reach**" è un termine usato per descrivere quei sottogruppi della popolazione che sono difficili da raggiungere o da coinvolgere nella ricerca o nei programmi di salute pubblica a causa della loro posizione fisica e geografica (ad esempio in montagna, nelle foreste o nei deserti) o della loro situazione sociale ed economica" (Managing Community Health Services. Bringing services to hard to reach populations).
- Il termine "**Hidden population**" (popolazione nascosta) è talvolta utilizzato in letteratura soprattutto per riferirsi a coloro che non desiderano essere trovati o contattati (ad esempio i consumatori di droghe illegali o i migranti e i senzatetto) (Atkinson R, Flint J. Accessing Hidden and Hard-to-Reach Populations: Snowball research strategies)
- Le popolazioni difficili da raggiungere sono generalmente popolazioni fluttuanti e socialmente invisibili, per cui l'accesso a queste popolazioni pone notevoli ostacoli al loro reclutamento [Faugier J. Sampling hard to reach populations. J Adv Nurs. 1997;26(4):790-7.].



APPROCCI ALLO SCREENING PER I GRUPPI FRAGILI ALL'INTERNO DI UN SISTEMA STRUTTURATO

Fragile sub-groups for:

- ❖ background
- ❖ cultura
- ❖ health literacy
- ❖ Lingua utilizzata
- ❖ Disabilità fisiche e mentali
- ❖ Scarsa attitudine e conoscenza sullo screening
- ❖

APPROCCIO INFORMATIVO/COMUNICATIVO: aumentare la conoscenza e la consapevolezza della prevenzione e dello screening del cancro, correggere le rappresentazioni errate sul cancro; aumentare l'autoefficacia relativa allo screening del cancro e aumentare l'adesione allo screening del cancro.

APPROCCIO ORGANIZZATIVO: strumenti multilingue, aumento dell'orario di apertura dei centri di screening, coinvolgimento di mediatori culturali, sperimentazione di modalità di screening più semplici (es. autoprelievo per lo screening cervicale, ecc.).

E' ESSENZIALE :

definire e caratterizzare le popolazioni difficili da raggiungere che non si sottopongono allo screening oncologico

comprendere le barriere e i facilitatori che impediscono la partecipazione allo screening

esplorare strategie alternative per promuovere lo screening tra i sottogruppi vulnerabili

definire una strategia specifica per ciascun setting

EXAMPLES OF HARD-TO REACH POPULATIONS

Health Promotion Perspectives, Vol. 1, No. 2, 2011; P: 86-94

REVIEW ARTICLE

Open Access

Box 1

People who are sometimes categorized as being hard-to-reach or hidden

Those being under social pressure of the broader community

Those living in faith based communities

Those who fear of confrontation with legal authorities

Illiterates

Those who have no interest to be found or contacted

Migrants

Newly arrived residents

Over-researched people

Those living in remote physical and geographical location

Those living in vulnerable social and economic situation

Approaches to Recruiting 'Hard-To-Reach' Populations into Research: A Review of the Literature

**Abdolreza Shaghghi^{1,2}, Raj S Bhopal³, Aziz Sheikh⁴*

Addicts; Drug or substance abusers
Adolescents and young adults (AYA)
Brain and leptomeningeal metastases
Children; minors
Dementia sufferers; Cognitively impaired
Detainees; Prisoners
Geographic (rural) isolation
LGBTQ+ patients
Migrant populations; Ethnic minorities; Indigenous people
Older patients; geriatrics
Organ dysfunction sufferers (chronic renal impairment, hepatic impairment, kidney failure, hemodialysis, liver failure)
Patients who received too many (or too few) lines of treatment
Patients with auto-immune diseases
Patients with chronic viral infections (HIV, HBV, viral hepatitis, etc.)
Patients with poor performance status
Patients with prior or concurrent malignancies
People with limited health literacy
Physically handicapped patients; Obese patients; Cachexia sufferers
Pregnant patients
Psychiatric comorbidities; Psychiatric patients
Socioeconomically deprived; Socially disadvantaged populations; Social isolation; Remote isolation
Solid organ transplant recipients
Veterans

Check for updates

OPEN ACCESS
EDITED AND REVIEWED BY
David Wright, University of
Nottingham, United Kingdom
CORRESPONDENCE
Philip R. Debruyne
✉ philip.debruyne@protonmail.be

RECEIVED 18 February 2023
ACCEPTED 01 February 2023
PUBLISHED 02 March 2023

Editorial: Clinical cancer research in vulnerable populations

Laura Tack^{1,2}, Patricia Schofield³, Tom Botenberg⁴, Christopher N. Parris⁵ and Philip R. Debruyne^{1,2*}

¹ Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghentbrugge, Ghent, Belgium, ² Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghent, Ghent, Belgium, ³ School of Pharmacy and Pharmaceutical Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ⁴ School of Pharmacy and Pharmaceutical Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ⁵ School of Life Sciences, Faculty of Science and Engineering, Anglia Ruskin University, Cambridge, United Kingdom

*CORRESPONDENCE
vulnerable patient populations, cancer, cancer research, clinical trials, eligibility criteria, minority populations

Check for updates

OPEN ACCESS
EDITED AND REVIEWED BY
David Wright, University of
Nottingham, United Kingdom
CORRESPONDENCE
Philip R. Debruyne
✉ philip.debruyne@protonmail.be

RECEIVED 18 February 2023
ACCEPTED 01 February 2023
PUBLISHED 02 March 2023

Editorial: Clinical cancer research in vulnerable populations

Laura Tack^{1,2}, Patricia Schofield³, Tom Botenberg⁴, Christopher N. Parris⁵ and Philip R. Debruyne^{1,2*}

¹ Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghentbrugge, Ghent, Belgium, ² Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghent, Ghent, Belgium, ³ School of Pharmacy and Pharmaceutical Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ⁴ School of Pharmacy and Pharmaceutical Science, University of Liverpool, Liverpool, United Kingdom, ⁵ School of Life Sciences, Faculty of Science and Engineering, Anglia Ruskin University, Cambridge, United Kingdom

*CORRESPONDENCE
vulnerable patient populations, cancer, cancer research, clinical trials, eligibility criteria, minority populations

Addicts; Drug or substance abusers
Adolescents and young adults (AYA)
Brain and leptomeningeal metastases
Children; minors

Dementia sufferers; Cognitively impaired

Detainees; Prisoners

Geographic (rural) isolation

LGBTQ+ patients

Migrant populations; Ethnic minorities; Indigenous people

Older patients; geriatrics

Organ dysfunction sufferers (chronic renal impairment, hepatic impairment, kidney failure, hemodialysis, liver failure)

Patients who received too many (or too few) lines of treatment

Patients with auto-immune diseases

Patients with chronic viral infections (HIV, HBV, viral hepatitis, etc.)

Patients with poor performance status

Patients with prior or concurrent malignancies

People with limited health literacy

Physically handicapped patients; Obese patients; Cachexia sufferers

Pregnant patients

Psychiatric comorbidities; Psychiatric patients

Socioeconomically deprived; Socially disadvantaged populations; Social isolation; Remote isolation

Solid organ transplant recipients

Veterans

[Check for updates](#)

OPEN ACCESS
EDITED AND REVIEWED BY
David Wright, Norwegian Institute of Public Health
and Science, Norway
*CORRESPONDENCE
Philip R. DeBruyne
✉ philip.debruyne@protonmail.be

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to
Clinical Oncology, a specialty of
the journal Frontiers in Oncology

RECEIVED 02 February 2023
ACCEPTED 21 February 2023
PUBLISHED 02 March 2023

[Check for updates](#)

OPEN ACCESS
EDITED AND REVIEWED BY
David Wright, Norwegian Institute of Public Health
and Science, Norway
*CORRESPONDENCE
Philip R. DeBruyne
✉ philip.debruyne@protonmail.be

SPECIALTY SECTION
This article was submitted to
Clinical Oncology, a specialty of
the journal Frontiers in Oncology

RECEIVED 18 February 2023
ACCEPTED 01 February 2023
PUBLISHED 02 March 2023

Editorial: Clinical cancer research in vulnerable populations

Laura Tack^{1,2}, Patricia Schofield³, Tom Botenberg⁴, Christopher N. Parris⁵ and Philip R. DeBruyne^{1,2*}

1 Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghentbrugge, Ghent, Belgium, **2** Ghent University, Department of Human Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium, **3** School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States, **4** School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States, **5** School of Life Sciences, Faculty of Science and Engineering, Anglia Ruskin University, Cambridge, United Kingdom

KEYWORDS
vulnerable patient populations, cancer, cancer research, clinical trials, eligibility criteria, minority populations

TYPE Editorial
PUBLISHED 02 March 2023
DOI 10.3389/fonc.2023.1166714

Editorial: Clinical cancer research in vulnerable populations

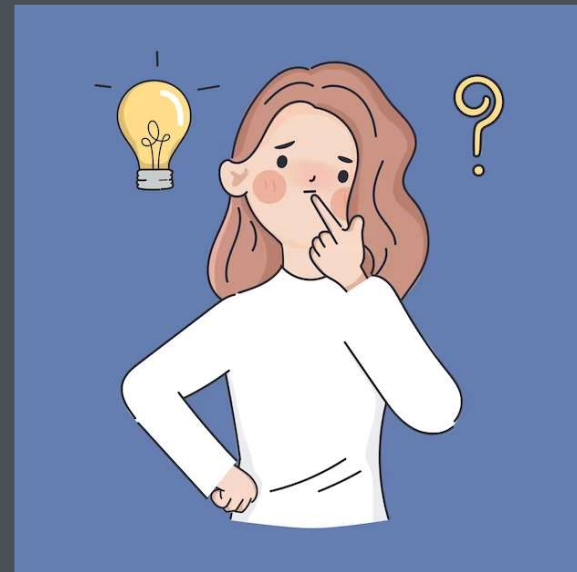
Laura Tack^{1,2}, Patricia Schofield³, Tom Botenberg⁴, Christopher N. Parris⁵ and Philip R. DeBruyne^{1,2*}

1 Ghent Cancer Center, Department of Medical Oncology, Ghent Hospital Ghentbrugge, Ghent, Belgium, **2** Ghent University, Department of Human Sciences, Ghent University, Ghent, Belgium, **3** School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States, **4** School of Nursing and Midwifery, Faculty of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States, **5** School of Life Sciences, Faculty of Science and Engineering, Anglia Ruskin University, Cambridge, United Kingdom

KEYWORDS
vulnerable patient populations, cancer, cancer research, clinical trials, eligibility criteria, minority populations

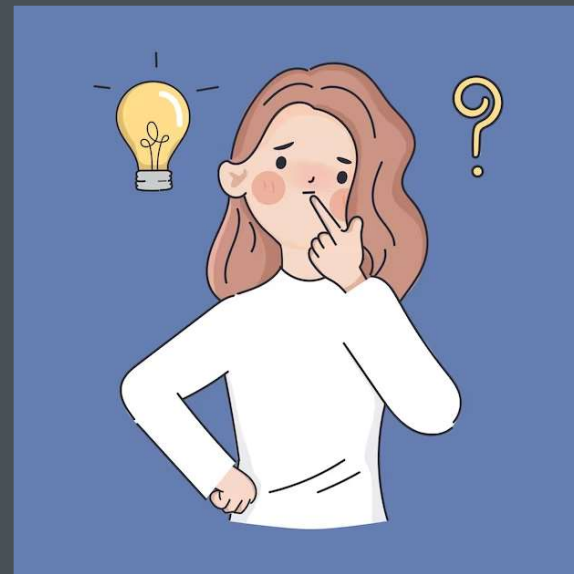
CI SONO DELLE INIQUITÀ?

COME FACCIAMO A
RILEVARLE?



CI SONO DELLE INIQUITÀ?

**COME FACCIAMO
A RILEVARLE?**





Copertura

- Capacità del programma di invitare tutta la popolazione bersaglio con il giusto periodismo

Partecipazione

- Capacità del programma di favorire la partecipazione dell'utenza nel pieno rispetto dell'autonomia decisionale delle persone

COPERTURA DA INVITI

Uno dei fattori che maggiormente influenza l'efficacia dei programmi di screening oncologici nel ridurre la mortalità e/o la morbosità per tumore è la copertura e la partecipazione della popolazione bersaglio al programma.

È necessario raggiungere alti tassi di copertura e partecipazione per ottenere un significativo impatto sulla salute della popolazione coinvolta.

Tale obiettivo deve essere raggiunto disponendo di tutte le risorse necessarie ad invitare tutta la popolazione e favorendo una partecipazione informata dell'individuo che, prima di aderire, deve essere messo a conoscenza dei **benefici, dei limiti e degli svantaggi del programma di screening.**



Chiamare le persone in modo attivo impone
obblighi etici verso chi riceve un invito.

La piena e gratuita continuità assistenziale dall'effettuazione del test sino alle eventuali necessità terapeutiche e riabilitative - e oltre sino al follow-up - è la prima garanzia da assicurare al fine di salvaguardare l'equità di accesso per tutte le persone interessate e rappresenta al tempo stesso un riconoscimento del significato sociale dello screening.

LA COPERTURA DA INVITI: LA CAPACITÀ DI INVITARE CON IL GIUSTO PERIODISMO

- Capacità organizzative
- Committenza politica (Impegno)
- Risorse adeguate
- Processo continuo nel tempo

LA PARTECIPAZIONE: LA CAPACITÀ DI ESSERE ATTRATTIVI MA AL CONTEMPO RISPETTOSI DELL'AUTONOMIA DECISIONALE DELLE PERSONE

- Capacità organizzative
- Awareness della popolazione e degli operatori sanitari
- Sinergia tra setting sanitari e non
- Eterogeneità della popolazione target: presenza di sottogruppi fragili nella popolazione
- Facilitare scelte consapevoli
- Presenza di screening spontaneo

■ per garantire l'equità d'accesso ci si è impegnati attraverso varie azioni:

- azioni coordinate su tutto il territorio regionale da un punto di vista gestionale
- un'integrazione dello screening spontaneo in quello organizzato

(DGR 111 del 2006)

- una comunicazione coordinata e diffusa, con attenzione alla coerenza dei messaggi tra le diverse parti del sistema sanitario (predisposizione di materiale informativo uniforme condiviso anche sui percorsi).

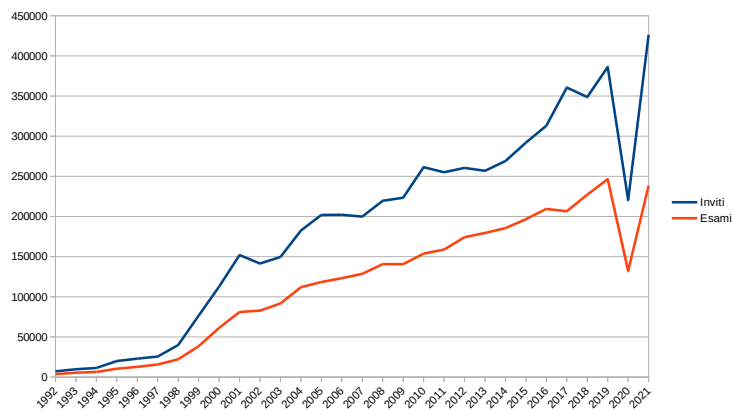
Nella consapevolezza che le disuguaglianze non rappresentano un problema risolvibile una volta per tutte ma un evento da monitorare costantemente, l'attenzione rimane vigile sulla necessità di:

- rilevare dati periodici sulle caratteristiche socio-anagrafiche che possono condizionare l'accesso delle donne;
- favorire studi che permettano una migliore comprensione del legame tra reti sociali, etnie e disuguaglianze;
- approfondire comportamenti e stili di vita della popolazione

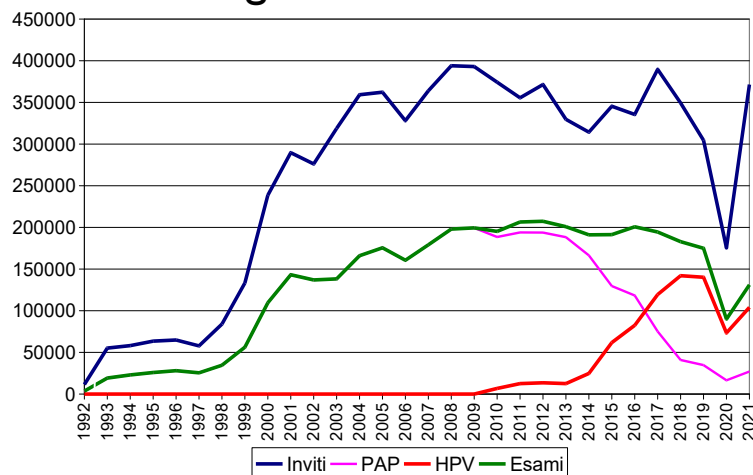
PREVENZIONE SERENA

COPERTURA DA INVITI ED ESAMI

Screening mammografico

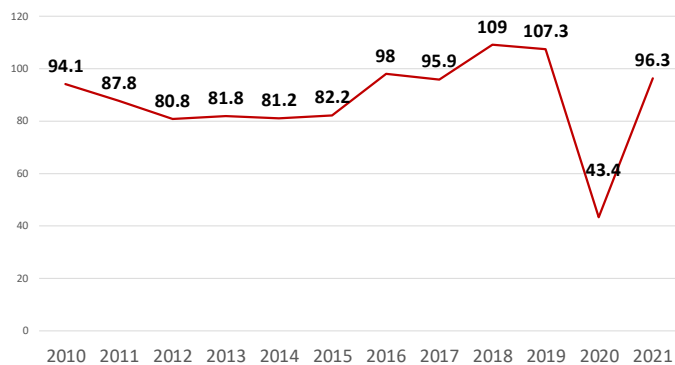


Screening cervicale

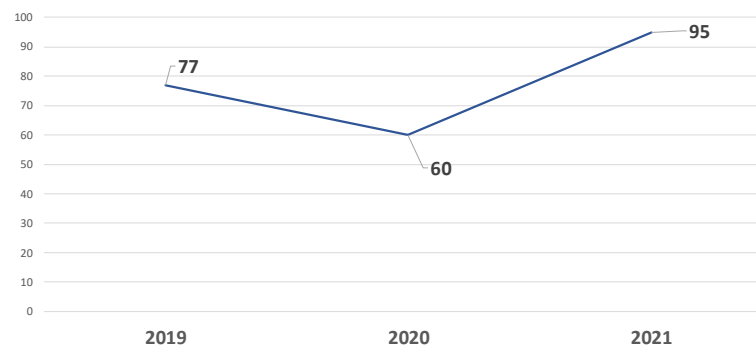


Screening colorettaie

Sigmoidoscopia (inviti)



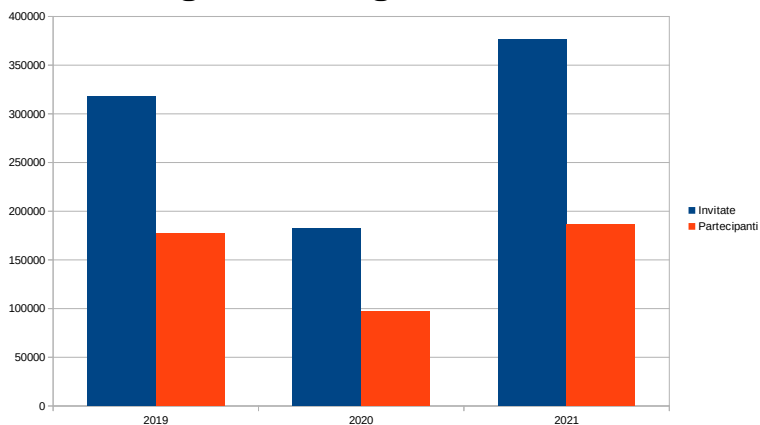
FIT (inviti)



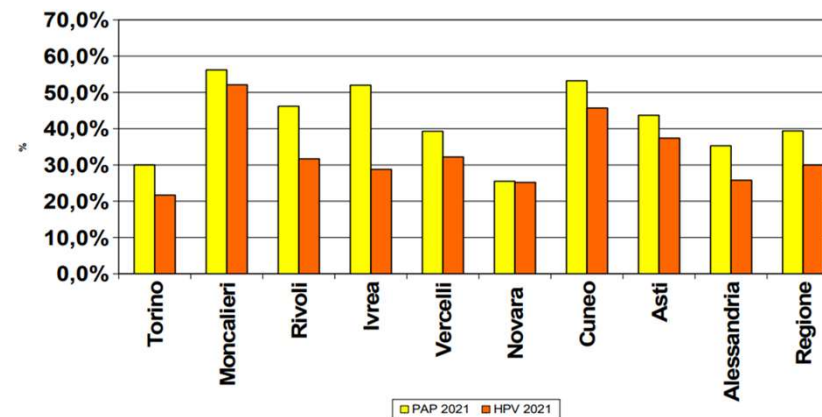
PREVENZIONE SERENA

ADESIONE

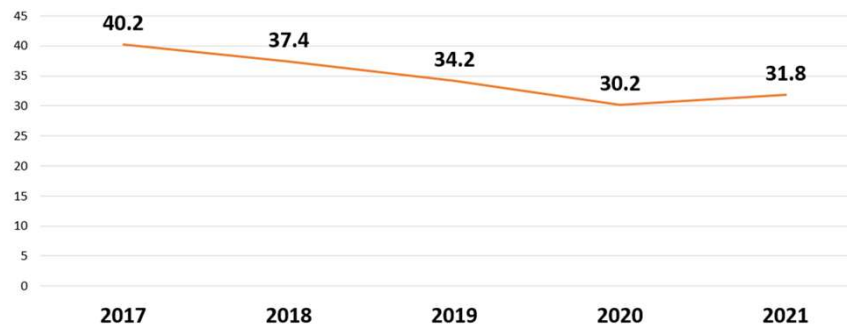
Screening mammografico



Screening cervicale



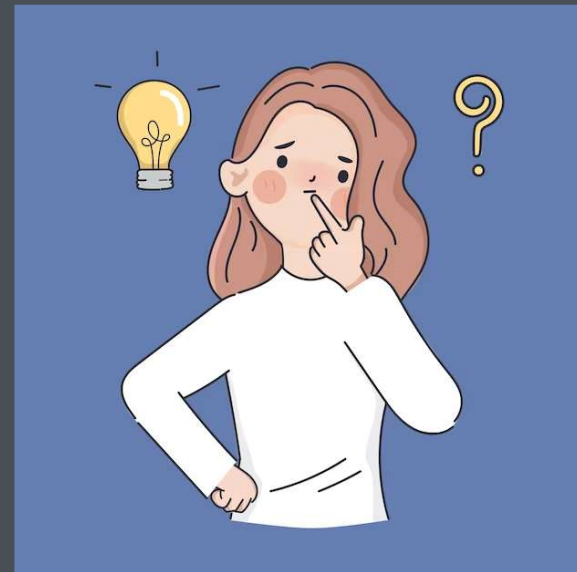
Partecipazione cumulativa FS+FIT



Screening colorettaie

CI SONO DELLE
INIQUITÀ?

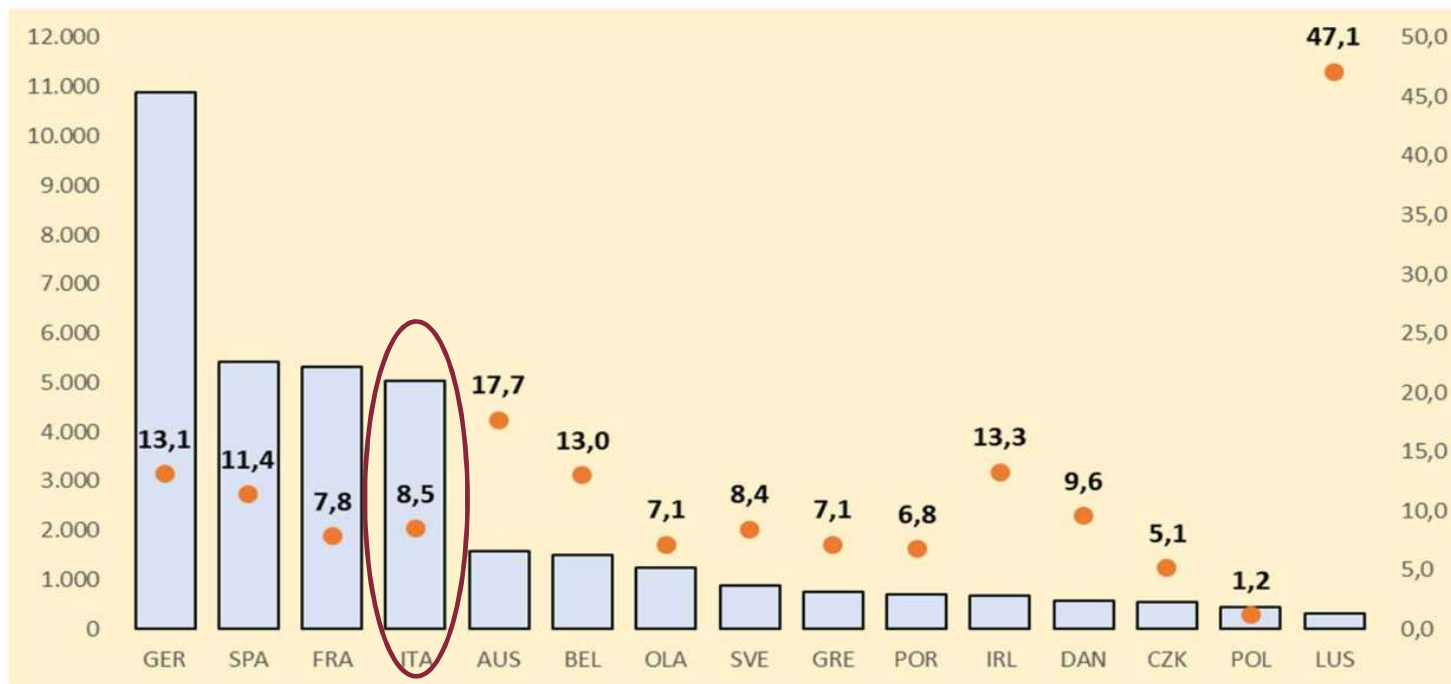
COME FACCIAMO A RILEVARLE?





LE POPOLAZIONI DI IMMIGRATI

Figura 1.1. Popolazione straniera residente: livelli e incidenza % nei 15 Paesi Ue con la maggiore presenza in termini assoluti di cittadini stranieri. Valori assoluti (scala di sinistra, chiave di ordinamento) e % sulla popolazione residente (scala di destra) al 1° gennaio 2022



Fonte: elaborazioni Applicazioni Data Science - Direzione Studi e Ricerche di Anpal Servizi su dati EUROSTAT (Population)

GLI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA

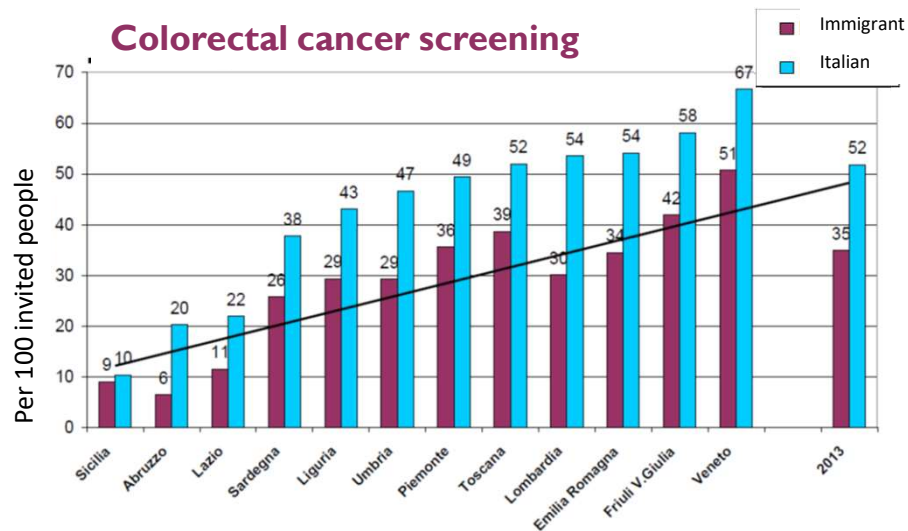
Tabella 1.2. Numero di residenti stranieri in Italia per cittadinanza al 1° gennaio (v.a. e var. %). Prime 20 nazionalità. Anni 2021 e 2022 (chiave di ordinamento)

NAZIONALITA'	2021		2022	
	V.a.	Var. % '20/'21	V.a.	Var. % '21/'22
Romania	1.076.412	-6,0	1.083.771	0,7
Marocco	428.947	3,5	420.172	-2,0
Albania	433.171	2,7	419.987	-3,0
Cina	330.495	14,4	300.216	-9,2
Ucraina	235.953	3,2	225.307	-4,5
India	165.512	8,0	162.492	-1,8
Bangladesh	158.020	13,8	159.003	0,6
Filippine	165.443	4,9	158.997	-3,9
Egitto	139.569	9,0	140.322	0,5
Pakistan	135.520	11,4	134.182	-1,0
Nigeria	119.089	5,3	119.435	0,3
Moldova	122.667	3,5	114.914	-6,3
Senegal	111.092	4,6	110.763	-0,3
Sri Lanka	112.018	4,1	108.069	-3,5
Tunisia	97.407	4,3	99.002	1,6
Perù	96.546	5,3	94.131	-2,5
Polonia	77.779	-10,3	74.981	-3,6
Ecuador	72.193	-0,6	66.590	-7,8
Macedonia del Nord	55.771	-0,1	53.443	-4,2
Bulgaria	50.355	-11,1	49.205	-2,3

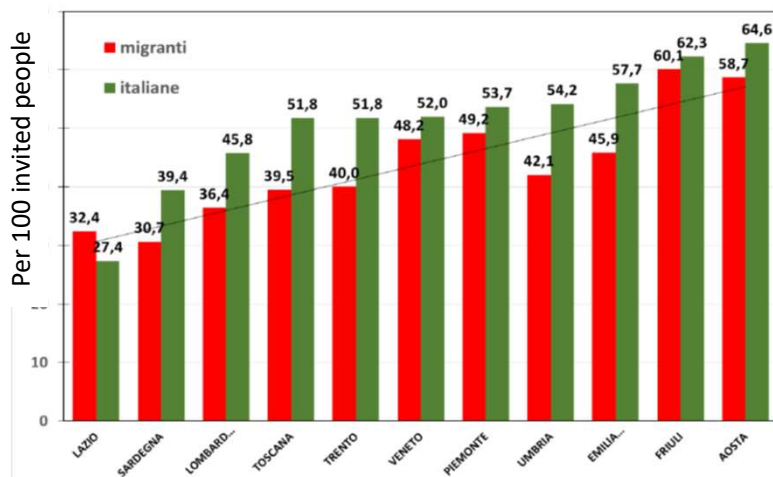
Fonte: elaborazioni Applicazioni Data Science - Direzione Studi e Ricerche di Anpal Servizi su dati EUROSTAT (Population) e ISTAT (Indicatori demografici).

IL FENOMENO IN ITALIA

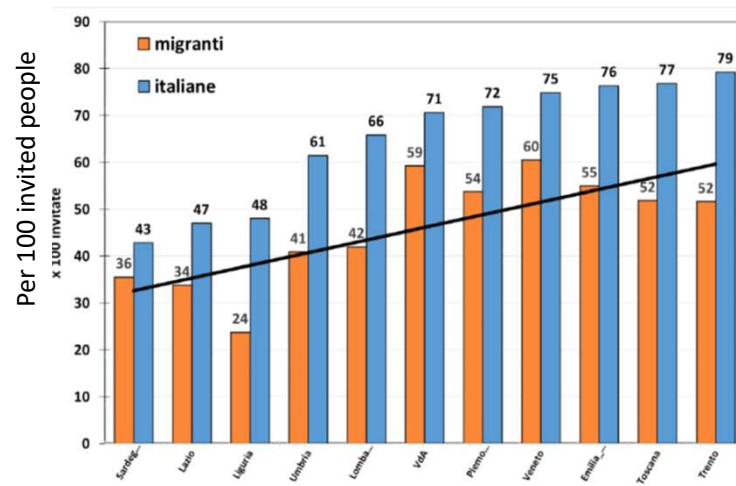
Screening participation by citizenship



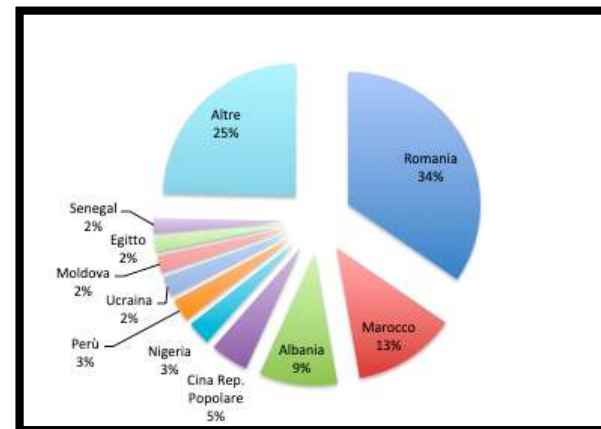
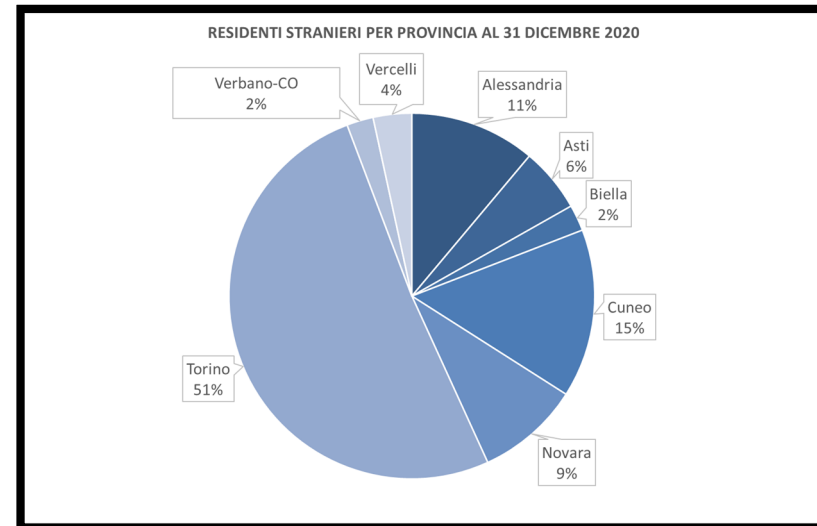
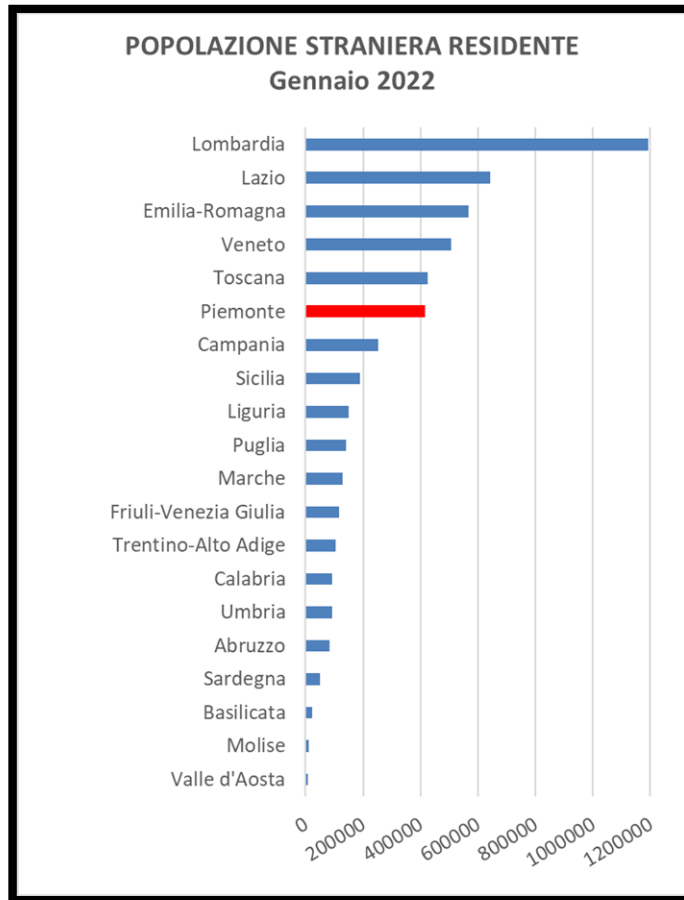
Cervical cancer screening



Breast cancer screening



GLI STRANIERI RESIDENTI IN PIEMONTE





Inequalities in cervical cancer screening utilisation and results: A comparison between Italian natives and immigrants from disadvantaged countries

Federica Gallo*, Adele Caprioglio, Roberta Castagno, Guglielmo Ronco, Nereo Segnan, Livia Giordano

CPO Piemonte, Centre for Cancer Prevention, Unit of Epidemiology, Screening and Cancer Registry, AOU Città della Salute e della Scienza, Turin, Italy

Table 1
Cervical screening invitation and participation among LMIC^a and HIC^b women, Piedmont 2001–2013.

	Invited Population ^c		Participation Rate ^c		
	N. of invitations	%	N. of exams	%	
LMIC and HIC group, by area of origin					
LMIC group	Africa	97,627	2.16	40,797	41.79
	Asia	32,134	0.71	11,314	35.21
	Central/Eastern Europe	227,201	5.03	103,642	45.62
	Central/Southern America + Caribbean	72,430	1.60	33,090	45.69
Total	429,392	9.50	188,843	43.98	
HIC group	Italy	4,017,764	88.93	1,955,373	48.67
	Other HIC	70,989	1.57	31,312	44.11
Total	4,088,753	90.50	1,986,685	48.59	
LMIC and HIC group, by age class					
LMIC group	25–34 years	164,069	3.63	69,431	42.32
	35–44 years	138,057	3.06	63,472	45.98
	45–54 years	84,870	1.88	39,514	46.56
	55–64 years	42,396	0.94	16,426	38.74
Total	429,392	9.51	188,843	43.98	
HIC group	25–34 years	884,618	19.58	377,023	42.62
	35–44 years	1,121,472	24.82	534,798	47.69
	45–54 years	1,053,354	23.31	537,170	51.00
	55–64 years	1,029,309	22.78	537,694	52.24
Total	4,088,753	90.49	1,986,685	48.59	
Overall Total	4,518,145	100.00	2,175,528	48.15	

^a Low and Middle Income Countries.

^b High Income Countries.

^c As units of observation screening episodes were considered.

The issue of participation among hard-to-reach populations



Health Policy
Volume 121, Issue 10, October 2017, Pages 1072-1078



Inequalities in cervical cancer screening utilisation and results: A comparison between Italian natives and immigrants from disadvantaged countries

Federica Gallo  , Adele Caprioglio , Roberta Castagno , Guglielmo Ronco , Nereo Segnan , Livia Giordano 

Participation rate was lower for immigrants than for Italians: 43.98% versus 48.59% ($\chi^2(1): p < 0.001$). This gap increased with age ($p_{trend} < 0.0001$). Some socio-demographic factors negatively influenced immigrants' participation. Illiteracy (OR = 0.75) versus secondary school, being single (OR = 0.71) versus attached, first screens (OR = 0.67) versus subsequent ones. Although the interaction between educational and professional levels showed that graduated immigrant women conducting an intellectual job have a higher inclination towards screening than their Italian peers (OR = 1.43 vs OR = 1.04)

www.epiprev.it

ep

CC

A comparison of diagnostic indicators of cervical cancer screening among women accessing through volunteer organisations and those via the organised programme in Turin (Piedmont Region, Northern Italy)

Lo screening dei tumori della cervice uterina: confronto di indicatori di processo e diagnostici tra donne che accedono tramite le organizzazioni di volontariato e quelle che partecipano al programma organizzato a Torino

Gianluigi Ferrante, Roberta Castagno, Raffaella Rizzolo, Paola Armaroli, Adele Caprioglio, Cristina Larato, Livia Giordano
 SSD epidemiologia screening, CPO AOU Città della salute e della scienza di Torino (Italy)
 Corresponding author: Gianluigi Ferrante; gianluigi.ferrante@cpo.it

ABSTRACT

OBJECTIVES: to compare cervical cancer screening diagnostic indicators in women accessing screening through volunteer non-governmental organisations (NGOs) and in those who access via the National Health Service (NHS) programme.

DESIGN: cohort study on archive data.

SETTING AND PARTICIPANTS: the study cohort consists of 93,086 women aged 30-64 years who underwent an HPV test via NHS screening programme or through premises implemented within volunteers NGOs in Turin between 2015 and 2019. The screening history and Census data recorded into the Piedmont screening archive were used.

MAIN OUTCOME MEASURES: positive baseline HPV test, positive triage cytology (low-grade lesions, ASC-US, L-SIL and high-grade lesions, H-SIL, ASC-H, AGC, Cancer), attendance at one-year HPV test repeat, referral and attendance to colposcopy at first and test repeat, and detection rate at first and test repeat, for cervical intraepithelial neoplasia grade ≥ 2 (CIN2+) and ≥ 3 (CIN3+), overall detection rates.

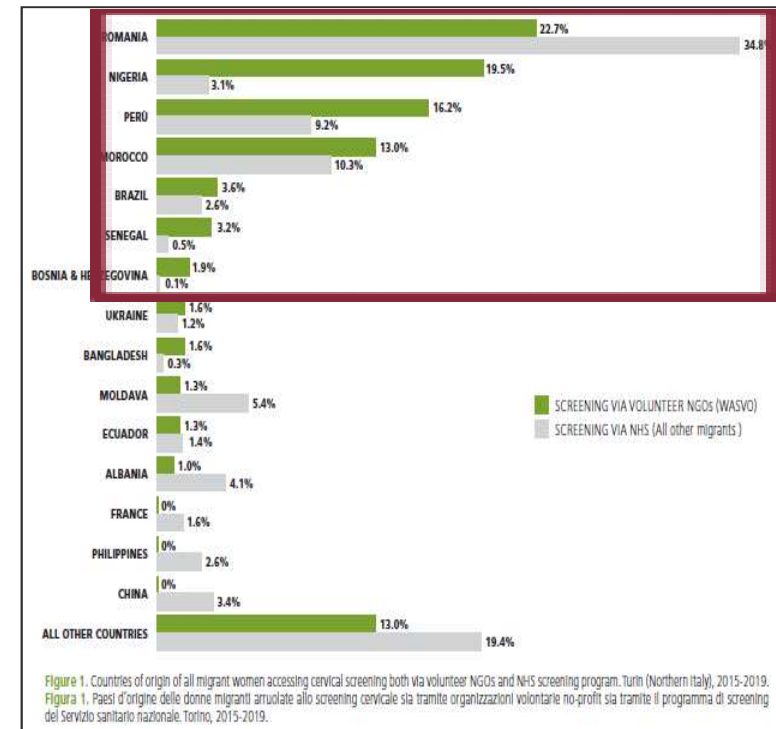
RESULTS: women performing cervical screening through volunteer NGOs (WASVO) are disadvantaged in terms of diagnostic indicators compared to women accessing via the NHS. WASVO are 60% more likely to be positive at the first HPV-test (adjusted prevalence ratio 1.6; 95%CI 1.2-2.0); their like-

WHAT WAS ALREADY KNOWN

- Migrant women from high migratory pressure countries have a higher risk of cervical cancer due both to high prevalence of HPV infection and barriers in access to screening.
- Barriers to screening attendance among migrants include mainly language difficulties, lack of knowledge about cancer prevention, and screening and cultural values.
- Migrant women resident in Italy have a lower uptake in cervical cancer screening compared to Italian women.

WHAT THIS PAPER ADDS

- This study fills a literature knowledge gap on cervical cancer screening for an under-researched population subgroup, i.e., women accessing screening through volunteer NGOs, that in Turin are almost all undocumented migrants.
- Women performing cervical screening through volunteer NGOs are disadvantaged in terms of diagnostic indicators compared to women accessing via the Italian National Health Service programme.
- Volunteer NGOs with their mission of support to the most disadvantaged represent a valid strategy to approach women at increased risk for cervical cancer to cancer prevention and screening.



Lo screening dei tumori della cervice uterina: confronto di indicatori di processo e diagnostici tra donne che accedono tramite le organizzazioni di volontariato e quelle che partecipano al programma organizzato a Torino.

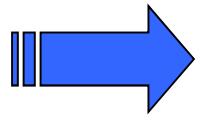
Ferrante G, Castagno R, Rizzolo R, Armaroli P, Caprioglio A, Larato C, Giordano L

	ALL WOMEN (No. 93,086)		ITALIAN + HICS WOMEN (No. 72,451)		HMPCS WOMEN (No. 20,323)			WASVO (No. 312)			PREVALENCE RATIOS (PR) WASVO VS ITALIAN/HIC/HMPCS WOMEN			
	NUMERATOR/ DENOMINATOR	%	NUMERATOR/ DENOMINATOR	%	NUMERATOR/ DENOMINATOR	%	AGE- ADJUSTED %	NUMERATOR/ DENOMINATOR	%	AGE- ADJUSTED %	CRUDE PR	95%CI	AGE- ADJUSTED PR	95%CI
Positive baseline HPV tests	8,607/93,086	9.3%	6,563/72,451	9.1%	1,987/20,323	9.8%	9.6%	57/312	18.3%	19.7%	2.0	1.5 - 2.6	1.6	1.2-2.0
CITOTOLOGY TRIAGE FOR WOMEN WITH HPV +														
Negative triage Pap tests	6,804/8,607	79.1%	5,169/6,563	78.8%	1,595/1,987	80.3%	80.5%	40/57	70.2%	64.0%	0.9	0.7-1.2	0.9	0.7-1.2
Inadequate triage Pap tests	123/8,607	1.4%	93/6,563	1.4%	28/1,987	1.4%	1.4%	2/57	3.5%	6.1%	2.5	0.6-10.0	3.3	0.8-13.5
Positive triage Pap tests (ASC-US +)	1,680/8,607	19.5%	1,301/6,536	19.8%	364/1,987	18.3%	18.1%	15/57	26.3%	30.0%	1.4	0.8-2.2	1.3	0.8-2.1
Low-grade lesions (ASC-US, L-SIL)	1,179/8,607	13.7%	961/6,563	14.6%	208/1,987	10.5%	10.3%	10/57	17.5%	19.9%	1.3	0.7-2.4	1.2	0.7-2.3
High-grade lesions (H-SIL, ASC-H, AGC, Cancer)	501/8,607	5.8%	340/6,563	5.2%	156/1,987	7.9%	7.8%	5/57	8.8%	10.1%	1.5	0.6-3.6	1.4	0.6-3.3
Referral to colposcopy	1,803/93,086	1.9%	1,394/72,451	1.9%	392/20,323	1.9%	1.7%	17/312	5.5%	8.5%	2.8	1.8-4.6	2.1	1.3-3.4
Colposcopy attendance	1,567/1,803	86.9%	1,209/1,394	86.7%	345/392	88.0%	88.8%	13/17	76.5%	69.8%	0.9	0.5-1.5	0.9	0.5-1.5
Detection rate CIN2+ (%)	579/93,086	6.2‰	415/72,451	5.7‰	158/20,323	7.8‰	7.0‰	6/312	19.2‰	28.6‰	3.1	1.4-7.0	2.1	0.9-4.6
Detection rate CIN3+ (%)	471/93,086	5.1‰	232/72,451	4.5‰	143/20,323	7.0‰	6.4‰	5/312	16.0‰	27.6‰	3.2	1.3-7.7	2.1	0.9-5.1
ONE-YEAR HPV TEST REPEAT														
Attendance at one-year HPV test repeat	4,701/6,804	69.1%	3,687/5,169	71.3%	1,008/1,595	63.2%	63.6%	6/40	15.0%	12.9%	0.2	0.1-0.5	0.2	0.1-0.5
Positive HPV tests at one-year test repeat	2,351/4,701	50.0%	1,890/3,687	51.3%	459/1,008	45.5%	46.2%	2/6	33.3%	12.7%	0.7	0.2-2.7	0.7	0.2-2.6
Referral to colposcopy at test repeat	2,351/93,086	2.5%	1,890/72,451	2.6%	459/20,323	2.3%	2.5%	2/312	0.6%	0.7%	0.3	0.1-1.0	0.2	0.1-0.8
Colposcopy attendance at test repeat	1,975/2,351	84.0%	1,594/1,890	84.3%	379/459	82.6%	82.5%	2/2	100.0%	29.8%	1.2	0.3-4.8	1.2	0.3-4.8
Detection rate CIN2+ (%) at repeat test	281/93,086	3.0‰	227/72,451	3.1‰	54/20,323	2.7‰	2.3‰	0/312	0.0‰	0.0‰	-	-	-	-
Detection rate CIN3+ (%) at repeat test	221/93,086	2.4‰	179/72,451	2.5‰	42/20,323	2.1‰	1.9‰	0/312	0.0‰	0.0‰	-	-	-	-
OVERALL DETECTION RATES														
Overall Detection rate CIN2+ (%)	860/93,086	9.2‰	642/72,451	8.9‰	212/20,323	10.4‰	9.3‰	6/312	19.2‰	28.6‰	2.1	0.9-4.7	1.4	0.6-3.2
Overall Detection rate CIN3+ (%)	692/93,086	7.4‰	502/72,451	6.9‰	185/20,323	9.1‰	8.4‰	5/312	16.0‰	27.6‰	2.2	0.9-5.2	1.5	0.6-3.6

Table 3. Diagnostic indicators in cervical screening with primary HPV test. Turin, 2015-2019.

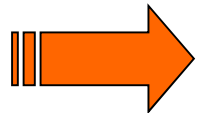
Tabella 3. Indicatori diagnostici dello screening cervicale con test HPV primario. Torino, 2015-2019.

Principali barriere allo screening nelle popolazioni di stranieri



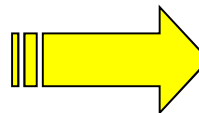
Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie

- Orari di apertura inadatti agli orari lavorativi: L'assenza di flessibilità e/o difficoltà di chiedere permessi da parte di fasce di lavoratori in condizione di precariato



Problematiche relative alla comprensione dei messaggi

- Difficoltà comunicative per la popolazione immigrata
- Assenza di competenze interculturali (culturali e comunicative) nel personale sanitario ed amministrativo



Scarsa informazione e cultura di prevenzione

Atteggiamenti, credenze, pregiudizi (stigma sociale)

Il cancro è considerato una malattia incurabile che porta inevitabilmente alla morte (credenze fataliste)

Il tumore è causato da: volontà di Dio (spiegazione religiosa) o stregoneria, scarsa igiene, promiscuità/prostituzione

Il tratto genitale femminile è considerato "privato": allontanando la donna dai servizi, soprattutto se di fronte alla possibilità di essere visitata o doverne parlare con un operatore di genere maschile.



Incompatibilità tra i valori culturali, religiosi delle popolazioni e le procedure alla base dello screening



Fattori emotivi e psicologici (repressione, paura, imbarazzo per il test di screening, ecc...)

OPEN ACCESS



Effect of invitation letter in language of origin on screening attendance: randomised controlled trial in BreastScreen Norway

Solveig Hofvind,^{1,2} Nadia Iqbal,¹ Jonas E Thy,¹ Gunhild Mangerud,¹ Sameer Bhargava,^{1,3} Sophia Zackrisson,^{4,5} Paula Berstad¹

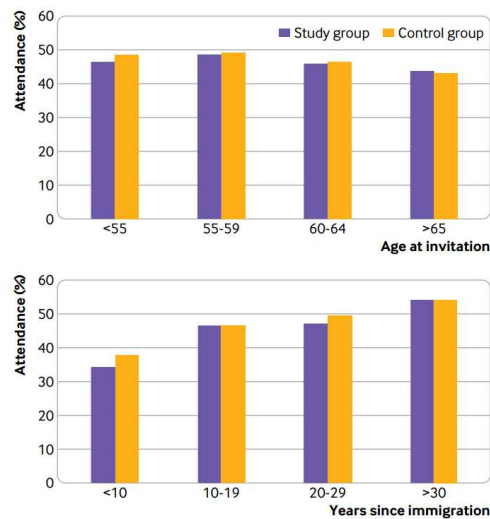



Fig 2 | Attendance at BreastScreen Norway among immigrants born in countries with Arabic, English, Polish, Somali, or Urdu as language of origin; percentage of participating women in intervention group receiving invitations in their language of origin and Norwegian and percentage in control group receiving invitations in Norwegian only, stratified by age at invitation, and by years since immigration

Access to a health service implies more than availability of translated information or awareness of the service's existence. Accessibility has several dimensions including acceptability. The list of potential barriers includes, in addition to health literacy, sociodemographic, cultural, psychological, and migration related factors, travel distance, and healthcare system barriers.^{2 26 41 44 45} The results of this study indicate that efforts other than translated information are needed to increase attendance. Future intervention studies should emphasise these aspects.

- 
- I risultati dello studio randomizzato di Hofvind e colleghi sono importanti perché ci ricordano che interventi semplici, come la traduzione delle lettere ai pazienti, non sempre funzionano come ci si aspetta. In ogni Paese, i servizi sanitari locali, i servizi di screening e i responsabili politici devono impegnarsi attivamente con un'ampia gamma di comunità nel lungo periodo per sviluppare in collaborazione interventi più sfumati, sfaccettati e mirati. Un elemento di questo potrebbe essere la riconsiderazione da parte dei servizi di quanto a lungo etichettano le donne come "immigrate", piuttosto che considerarle come cittadine stabili provenienti da contesti culturali diversi.

LE PERSONNE DETENUTE



Detenuti presenti - aggiornamento al 30 settembre 2023¶

30 settembre 2023¶

⊕ Detenuti presenti e capienza regolamentare degli istituti penitenziari per regione di detenzione - Situazione al 30 settembre 2023⊖

Regione di detenzione⊖	Numero Istituti⊖	Capienza Regolamentare (*)⊖	Detenuti Presenti⊖		di cui Stranieri⊖	Detenuti presenti in semilibertà (**) ^c ⊖	
			Totale⊖	Donne⊖		Totale⊖	Stranieri⊖
ABRUZZO⊖	8	1.714	1.930	80	357	25	5
BASILICATA⊖	3	368	468	0	57	3	0
CALABRIA⊖	12	2.725	3.046	54	650	24	0
CAMPANIA⊖	15	6.165	7.199	344	908	175	5
EMILIA-ROMAGNA⊖	10	2.979	3.491	167	1.683	72	22
FRIULI-VENEZIA GIULIA⊖	5	476	587	22	233	18	4
LAZIO⊖	14	5.337	6.381	421	2.376	48	7
LIGURIA⊖	6	1.110	1.408	76	785	29	15
LOMBARDIA⊖	18	6.153	8.597	394	4.044	120	26
MARCHE⊖	6	837	901	24	296	38	6
MOLISE⊖	3	275	312	0	73	8	0
PIEMONTE⊖	13	3.999	4.139	155	1.620	116	28
PUGLIA⊖	11	2.912	4.309	211	600	121	2
SARDEGNA⊖	10	2.616	2.117	41	489	33	2
SICILIA⊖	23	6.476	6.472	219	991	134	7
TOSCANA⊖	16	3.163	3.062	77	1.345	134	50
TRENTINO-ALTO ADIGE⊖	2	508	463	29	291	6	3
UMBRIA⊖	4	1.344	1.430	55	401	22	8
VALLE D'AOSTA⊖	1	181	111	0	60	1	0
VENETO⊖	9	1.947	2.564	129	1.313	56	24
Totale⊖	189	51.285	58.987	2.498	18.572	1.183	214

(*)^c I posti sono calcolati sulla base del criterio di 9 mq per singolo detenuto + 5 mq per gli altri, lo stesso per cui in Italia viene concessa l'abitabilità alle abitazioni, più favorevole rispetto ai 6 mq + 4 stabiliti dal CPT + servizi sanitari. Il dato sulla capienza non tiene conto di eventuali situazioni transitorie che comportano scostamenti temporanei dal valore indicato.¶

(**)^c I detenuti presenti in semilibertà sono compresi nel totale dei detenuti presenti.¶

Cancer Screening Rates and Outcomes for Justice-Involved Individuals: A Scoping Review

Christopher R Manz^{1,2}, Varshini S Odayar³, Deborah Schrag⁴

Affiliations + expand

PMID: 37074345 DOI: 10.1089/jchc.21.11.0128

Abstract

Individuals who have been incarcerated or under community supervision have higher rates of cancer mortality. This review summarizes existing knowledge on implementation and outcomes of cancer screening for justice-involved individuals to identify opportunities for reducing cancer mortality. This scoping review identified 16 studies published between January 1990 and June 2021 that evaluated cancer screening rates and outcomes in U.S. jails or prisons or for individuals under community supervision. Most studies evaluated cervical cancer screening, while fewer studies evaluated screening for breast, colon, prostate, lung, and hepatocellular cancers. Although incarcerated individuals are up to date with cervical cancer screening, only about half had recent mammography for breast cancer. For prostate cancer, only about half of incarcerated male patients were up to date with colorectal cancer screening. Justice-involved individuals have a higher risk of cancer, yet few studies have evaluated cancer screening for these populations. The findings suggest that intensification of cancer screening for justice-involved populations may address cancer disparities.

Keywords: cancer screening; criminal justice; health care disparities; incarceration; justice-involved; prison; scoping review.

REVIEW

Disparities in cancer prevalence, incidence, and mortality for incarcerated and formerly incarcerated individuals: A scoping review

Christopher R. Manz^{1,2} | Varshini S. Odayar³ | Deborah Schrag⁴

¹Division of Population Sciences, Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA, USA
²Harvard Medical School, Boston, MA, USA
³Harvard University, Boston, MA, USA

Correspondence: Christopher Manz, Dana-Farber Cancer Institute, 450 Brookline Ave, Dana Building 1167, Boston, MA 02215, USA. Email: Christopher_Man@dfci.harvard.edu

Funding information: This work was supported by the National Cancer Institute (grant 5T32CA092203 to CM). No other funding supported this work. CM also discloses funding from the Conquer Cancer Foundation/Genentech 2020 Young Investigator Award. DS discloses funding received from: (1) Pfizer for participating in a satellite symposium at the 2019 ESMO meeting; (2) Grail; (3) JAMA for editorial services. VO reports no funding support. Funders had no role in any aspect of this study.

Abstract

Background: Racial and ethnic disparities in cancer prevalence, incidence, and mortality, and poverty and lower educational attainment, and with higher rates of incarceration, suggest that incarcerated patients, as this literature suggests, may have a higher risk of cancer mortality. This scoping review in searched PubMed in May 2021 for 1990 and 30 April 2021, that report on cancer screening for incarcerated or formerly incarcerated patients. **Results:** Twenty studies were identified. Most studies were scarce but suggested that incarcerated patients have a similar overall risk of cancer mortality. However, some studies evaluated risk of certain cancers such as lung cancer, prostate cancer, and colorectal carcinoma for which effective screening exists. Cancer mortality data in state and national registries suggests that both incarcerated and formerly incarcerated patients have a higher cancer mortality than the general population.

Conclusions: Incarcerated and formerly incarcerated patients have a higher risk of dying from cancer. Additional research is needed to improve our knowledge about the extent of these disparities. Additional research is needed to address the disparities for patients experiencing these disparities.

KEYWORDS

cancer, criminal justice, healthcare disparities

Cervical cancer screening among incarcerated women

Patricia J Kelly¹, Molly Allison², Megha Ramaswamy²

Affiliations + expand

PMID: 29944694 PMCID: PMC6019745 DOI: 10.1371/journal.pone.0199220

Free PMC article

Abstract

Background: Women with a history of incarceration bear a disproportionate burden of cervical disease and have special characteristics that affect their intent and/or ability to adhere to cervical screening and follow-up recommendations. The goal of this study was to identify factors associated with cervical cancer screening and screening outcomes among incarcerated women.

Methods: We applied a framework of predisposing factors, enabling factors and population-specific characteristics that could impact screening behaviors and outcomes for this population. We used bivariate chi-square tests and Wilcoxon signed-rank tests to analyze data previously collected from 200 incarcerated women.

Results: Cervical cancer screening belief score, as a predisposing factor, was associated with women who had an up-to-date Pap test and who had a cervical cancer diagnosis ever in their life. Both a sexual history containing high-risk behaviors and a history of abuse, population-specific factors, were each associated with having had an abnormal pap; mental health, incarceration, and substance use histories were each associated with having a diagnosis of cervical cancer.

Conclusions: The significant differences in outcomes for these population-specific factors suggest the need for a health services approach that addresses the challenges to the cervical cancer preventive health needs of incarcerated women.

Implications for practice: Providers working with vulnerable populations such as women who have been incarcerated should be aware that their risk histories have an influence on their follow-up behaviors. These women will need extra support for cervical cancer screening and follow-up care.

Cancer and cardiovascular health inequities in prison settings

A RAPID LITERATURE REVIEW

Key messages

The review assesses inequities in cancer and cardiovascular disease in prisons; most articles assessed cancer, with cervical cancer the most commonly studied disease.


Addressing and improving health in prison can reduce health inequities and contribute to a healthier and more equitable society.



On the whole, research still concentrates on the problems and inequities related to time spent in prison. Evidence on interventions to reduce inequities is still mainly based on research from the United States of America and on the analysis of data from prison records.

Investments made in health education have the potential to improve cardiovascular health.



 Research found lower cancer screening rates in prison populations than in non-prison populations. People spending any time in prison present at a later stage for all cancer types and for preventable diseases.

The average age of the prison population and length of stay can affect which prevention services are offered but, regardless, there are opportunities to reduce health inequities, even for people with short prison sentences.



Countries with universal health care do not guarantee the offer of preventive health services such as screening; as such, offering these services to people in prison may reduce inequities.



More evidence is needed to better understand the reasons for poor-quality prevention services in prisons. The current evidence suggests that health inequities are exacerbated in prison due to poor record keeping, the low priority for some staff to address health, the inconsistent quality of health care, and poor links between prison and community health services.

 Health education programmes in prison can improve screening rates and health literacy among those on low incomes and the fewest years of education.

Improving the health of the prison population can have a lasting impact on inequities in the families of people in prison and, in turn, in the communities that people return to when they are released from prison.

Improving cancer in prison through preventable health services, such as prison health screening programmes, can improve health and reduce costs for health systems.





Screening mammografico: ottobre rosa per le carceri del Lazio

14 Ottobre 2019

di Antonella Barone

Tumori all'intestino: la diagnosi precoce entra in carcere e vince

Premiato il progetto che ha coinvolto 145 detenuti. La vincita assegnata all'ARIM

02/07/2015 - Da diversi anni la Regione Emilia-Romagna promuove, tramite le Aziende sanitarie, lo [screening per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto](#), rivolto a donne e uomini dai 50 ai 69 anni di età. Con la ricerca del sangue occulto nelle feci, un esame semplice e gratuito, eventualmente seguito dalla colonscopia in caso di positività, è possibile riscontrare lesioni pre-tumorali o tumorali all'intestino e quindi intervenire in modo tempestivo con la idonea terapia.

Anche a Parma e provincia, rimane però **una fascia di popolazione cosiddetta debole che difficilmente viene raggiunta da questa opportunità.**

Se oggi l'80% di chi si deve sottoporre all'esame lo fa in un centro di screening, si deve evitare che permanga una fascia di popolazione che, per evitare di sottoporsi all'esame, non si sottopone all'esame.

Centoquarantacinque detenuti, tra i 50 e i 69 anni, ovvero oltre il 95% degli interessati, hanno accettato l'invito e si sono sottoposti all'esame per la ricerca del sangue occulto.

Un'iniziativa, questa, che consente non solo di **diagnosticare precocemente eventuali patologie tumorali**, ma anche di **garantire continuità tra i programmi attivi sul territorio e i percorsi di prevenzione in carcere**, riducendo le possibili disuguaglianze nell'accesso alle cure e offrendo assistenza ai soggetti risultati positivi allo screening.

Il progetto della campagna di screening, raccontato in un poster presentato al convegno "La prevenzione utile" che si è svolto a maggio a Vittorio Veneto è risultato **vincitore di un premio di 500 euro che è stato assegnato dai professionisti di AUSL e Università autori del lavoro all'ARIM**, Associazione di volontariato ricerca e prevenzione delle malattie gastrointestinali.

SCREENING IN CARCERE

Prevenzione dei tumori, conclusi gli esami su oltre 200 detenuti al Pagliarelli

L'iniziativa a cura dell'Asp all'interno della casa circondariale. Eseguite ricerche del sangue occulto nelle feci, mammografie, Pap test e Hpv test



I sanitari dell'Asp all'interno del carcere Pagliarelli

LE PERSONE CON PROBLEMI MENTALI



Received: 21 July 2021 | Revised: 3 September 2021 | Accepted: 5 September 2021

DOI: 10.1002/pon.5822

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Knowledge about risk factors for cancer and cancer risk behavior among patients with severe mental illness

Luigi Grassi¹  | Rosangela Caruso¹ | Bruno Biancosino² |
Martino Belvederi Murri¹ | Michelle Riba³ | Elena Meggiolaro⁴ | Federica Ruffilli⁴ |
Laura Palagini¹ | Maria Giulia Nanni¹ | Sara Zavatta¹ | Tommaso Toffanin¹ |
Federica Folesani¹ | Luigi Zerbinati¹

Abstract

Objective: To examine knowledge about, perception of and current risk factors for cancer, among patients with severe mental illness (SMI) and to compare these variables with patients without SMI.

Methods: A series of patients affected by SMI (i.e., schizophrenia spectrum disorders, bipolar disorders and severe personality disorders) and a matched (gender, age) control group of primary care attenders were assessed, by using an ad hoc semi-structured interview and a short true/false 17-item questionnaire, about family history of cancer, cancer risk-related lifestyles, personal perception and knowledge of risk for cancer.

Results: Patients with SMI ($n = 185$, mainly schizophrenia spectrum disorders, 48%, and mood disorders, 33%) significantly differed from primary care attenders ($n = 173$) for: lower participation to occult stool blood screening test, Pap smear test and mammography; higher prevalence of current and past smoking habits; lower awareness towards their own physical symptoms and their perception of risks for cancer; lower physical exercise practicing; lower knowledge about risk factors for cancer (e.g. familiarity for cancer, smoke-habits, breast and uterine cancer).

Conclusions: Patients suffering from SMI had higher at-risk behavior for cancer and showed fewer concerns and less knowledge about risk for cancer than primary care attendees. These findings can guide to implement screening for cancer (e.g., Pap test, blood) and to design evidence-based interventions to reduce cancer risk (e.g., educational and behavioral change for smoking cessation, dietary habits) among patients with SMI.

KEYWORDS

cancer, cancer at-risk behavior, cancer risk factors, mental health, oncology, psycho-oncology, severe mental illness

TABLE 1 Knowledge of Cancer Risk Factors in patients with and without SMI (% of the true/false or yes/no responses)

TABLE 2 Risk perception about cancer (% of the yes/no responses)

Questions	Pts with SMI		Primary care attenders		χ^2	p
	Yes	No	Yes	No		
Do you consult a doctor if you have persistent coughing (especially if with copious sputum production)?	71.9	28.1	67.8	32.2	0.77	ns
Do you worry if you notice spots on your skin or a mole which changes shape and size?	74.1	25.9	87.9	12.1	10.95	0.001
When experiencing digestion problems abdominal pain, diarrhoea or constipation, did you change your own eating habits?	71.9	28.1	85.1	14.9	6.56	0.007
Have you ever used sunscreens during sun exposure in summer?	60.9	39.1	80.2	19.8	15.94	0.000
Have you consulted a physician if you have noticed vaginal or blood discharges?	71.6	28.4	83.2	16.8	3.74	0.053
If you noticed the presence of breast nodules, would you think it would be important to consult your physician?	93.2	6.8	99	1	4.32	0.039

Abbreviation: SMI, severe mental illness.

Review > Scand J Gastroenterol. 2022 Oct;57(10):1216-1226.

doi: 10.1080/00365521.2022.2073185. Epub 2022 May 31.

Mental illness and participation in colorectal cancer screening: a scoping review

Marie D Jørgensen¹, Ellen M Mikkelsen¹, Rune Erichsen^{1,2}, Mette K Thomsen¹

Affiliations + expand

PMID: 35639472 DOI: 10.1080/00365521.2022.2073185

Abstract

Introduction: Compared with the background population, persons with mental illness have increased colorectal cancer (CRC) mortality. Screening has the potential to alleviate the increased cancer mortality due to mental illness, but the extent to which persons with mental illness participate in CRC screening programs is uncertain. This scoping review aims to summarize the literature on CRC screening participation among persons with mental illness.

Materials and methods: We searched four databases (PubMed, PsychInfo, Embase, and the Cochrane Library) to identify published literature on mental illness and participation in CRC screening programs. We included full-text papers available in English, published before February 2021, and excluded papers on dementia, intellectual disabilities, and developmental disabilities.

Results: In total, we included 17 studies and categorized the findings according to severity of mental illness. Across varying study designs, the studies found that persons with severe mental illness, e.g. schizophrenia, participate less in CRC screening compared with the background population. The results were ambiguous for common mental illness, such as depression and anxiety. In general, studies were small or lacked comparison groups and the estimates were imprecise.

Conclusion: This is the first scoping review to evaluate participation in CRC screening programs among persons with mental illness. Overall, the existing literature lacks high quality evidence from large population-based studies and comparison groups based on organized screening programs.

Keywords: Mental illness; colorectal cancer; participation; screening and prevention.

Clifton et al. BMC Health Services Research (2016) 16:257
DOI 10.1186/s12913-016-1505-4

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Influences on uptake of cancer screening in mental health service users: a qualitative study

Abigail Clifton¹, Caroline Burgess², Sarah Clement¹, Ruth Ohlsen¹, Pras Ramluggun¹, Jackie Sturt¹, Paul Walters³ and Elizabeth A. Barley^{6*}

Abstract

Background: Cancers are a leading cause of death worldwide. People with mental illness are 30 % more likely to die from cancer than the general population. One reason for this may be low uptake of nationally offered cancer screening tests by people with mental illness. We aimed to identify barriers and facilitators for breast, cervical and bowel cancer screening uptake by people with mental illness in order to inform interventions to promote equal access.

Methods: The interview study was conducted in both urban and rural settings. The study was informed by the Theoretical Domains Framework, using framework analysis and triangulation across participant groups. Participants included 45 mental health service users (service users) eligible for cancer screening, 29 mental health professionals and 11 professionals involved in cancer screening.

Results: Themes emerging from the data that affected uptake included knowledge of screening programmes by both service users and healthcare providers; knowledge of, and attitudes towards, mental illness; health service-delivery factors; service users' beliefs and concerns about cancer screening, and practical issues. These are relevant to different stages of the screening process. Service users do not receive invitations to screening or cancer testing kits if they are admitted to hospital. They are not routinely invited for screening if they are not registered with a general practitioner (GP). Lack of integrated care means that mental health staff do not know if someone is overdue for a test and cancer screening is often not considered during health promotion. Barriers including information processing problems, the extent to which the screening process aggravates symptoms, poor staff client relationships and travel difficulties vary between individuals. Screening professionals are motivated to help, but may lack time or training to manage mental health needs. Reactive measures are available, but service users must request help which they may find difficult.

Conclusions: There are specific barriers to cancer screening uptake for mental health service users that prevent equality of care. Interventions that can be personalised are needed at individual, policy and service-delivery levels. Primary and secondary care staff and policy-makers should work together to develop an integrated approach to cancer screening in this population.

Keywords: Mental health, Preventative medicine, Public health, Qualitative research, Cancer screening, Breast, Cervical, Bowel

> J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2022 Dec 7;10783903221140600. doi: 10.1177/10783903221140600.
Online ahead of print.

Barriers and Facilitators to Breast Cancer Screening for Women With Severe Mental Illness

Sheila Linz ¹, Bonnie Jerome-D'Emilia ²

Affiliations + expand

PMID: 36475418 DOI: 10.1177/10783903221140600

Abstract

Background: Women with severe mental illness (SMI) are diagnosed with breast cancer at later stages, with greater mortality rates than the general population. Although breast cancer screening is an acknowledged strategy for early breast cancer detection, women with SMI are 32% to 50% less likely to have regular mammography screenings, yet the specific factors related to the disparity in this population have not been determined.

Aim: The purpose of this study was to identify the barriers and facilitators toward breast cancer screening in women diagnosed with SMI.

Method: In collaboration with a community-based mental health services agency, women aged 40 and older, diagnosed with SMI, and treated at that agency, were identified and asked if they were willing to participate. Fifteen women agreed to be interviewed. An interpretive descriptive approach was utilized to analyze the qualitative data.

Results: The themes elicited included barriers and facilitators to screening. Barriers found were: Psychiatric Symptoms, Fear, Distrust in the Health care System, and Not my Priority. Among the facilitators were Support, Good Health care Experiences, Make it Easy, Integrated Care, and Self-Care.

Conclusion: Unique to this study was the understanding by participants that physical health needed to be integrated into their mental health care services through direct support and education, primarily because the process of recovery from mental illness itself entailed the increasing ability for self-care, encompassing a focus on both mental and physical health needs and preventive care.

Keywords: breast cancer screening; mammography; mental illness; mentally ill persons.

Barriere:

Avere sintomi

Paura

Sfiducia nel Sistema Sanitario

‘Non è una mia priorità’

Facilitatori:

Supporto

Esperienze positive con il SS

Percorsi semplificati

Cure integrate e cure

autosomministrate

LE POTENZIALITÀ DELLO SCREENING



.....
European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 2, 280–285

© The Author 2013. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.
doi:10.1093/eurpub/ckt119 Advance Access published on 5 September 2013

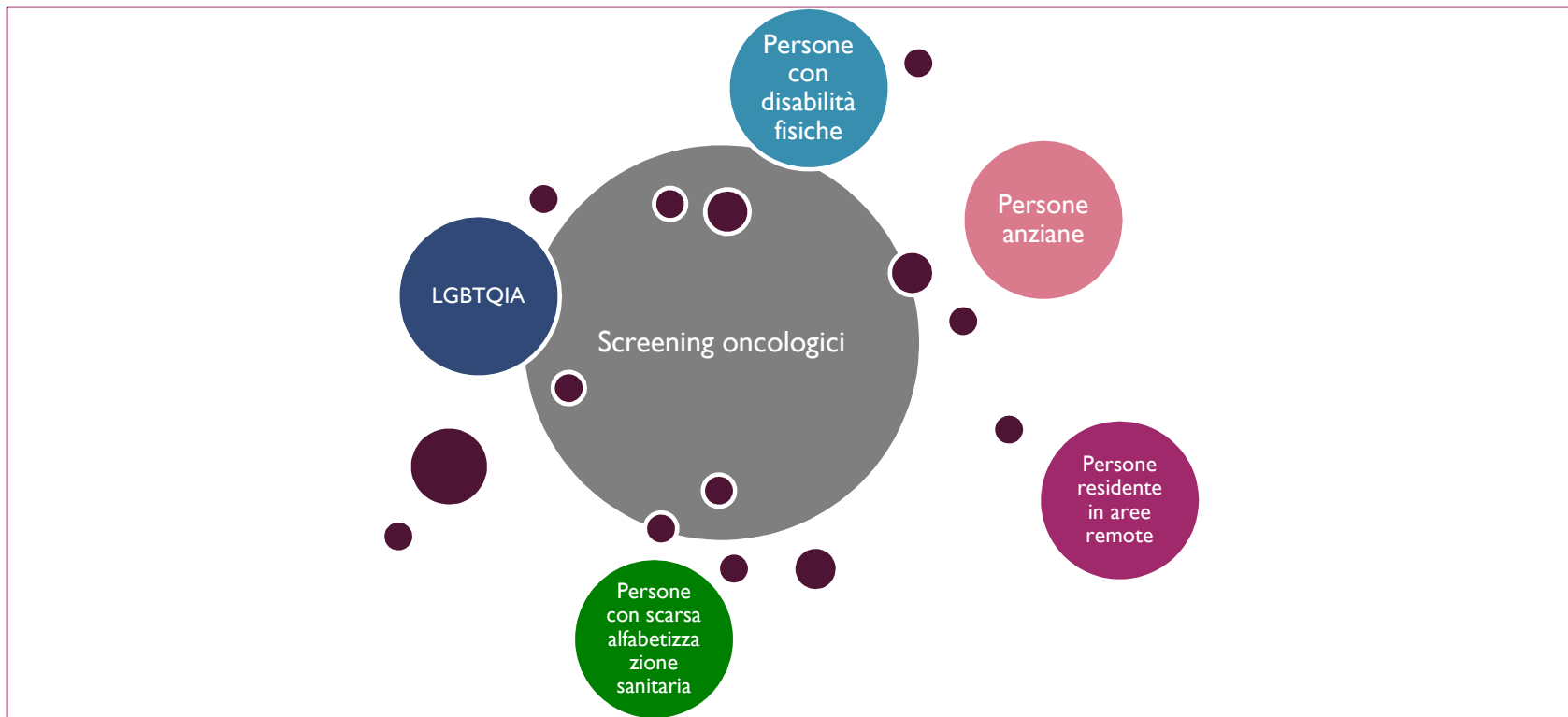
.....
Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region

Barbara Pacelli¹, Elisa Carretta^{2,3}, Teresa Spadea⁴, Nicola Caranci¹, Enza Di Felice³,
Elisa Stivanello², Silvio Cavuto³, Luca Cisbani¹, Silvia Candela³, Rossana De Palma¹,
Maria P. Fantini²

Risultati: Sono stati analizzati in totale 9639 casi. Nel periodo 1997-2000, le donne con un basso livello di istruzione avevano una sopravvivenza significativamente più bassa rispetto alle donne con un alto livello di istruzione, sia nelle fasce di età più giovani che in quelle più anziane. Dopo l'implementazione completa del programma di screening, queste differenze sono diminuite in entrambi i gruppi di età, fino a scomparire completamente tra le donne del gruppo di età invitato allo screening.

Conclusioni: I nostri risultati suggeriscono che un programma di screening mammografico organizzato e gratuito basato sulla popolazione mammografia organizzata e gratuita, con l'invito attivo di tutta la popolazione target, potrebbe essere efficace nel ridurre le differenze di sopravvivenza nella popolazione target dello screening.

MOLTI ALTRI SOTTOGRUPPI ...



Interventions to reduce cancer screening inequities: the perspective and role of patients, advocacy groups, and empowerment organizations



Afua Richardson-Parry^{1*}, Carole Baas², Shaantanu Dondé³, Bianca Ferraiolo⁴, Maimah Karmo⁵, Zorana Maravic⁶, Lars Münter⁷, Ignacio Ricci-Cabello⁸, Mitchell Silva⁹, Stacey Tinianov¹⁰, Jose M. Valderas¹¹, Seth Woodruff¹² and Joris van Vugt¹³

Una visione nuova dello screening e delle attuali barriere

- L'importanza di non considerare lo screening oncologico come un evento discreto;
- esistenza di un continuum in termini di barriere che sono alla base dell'accesso e della volontà di un individuo di sottoporsi allo screening.

Prospettive per ridurre le disuguaglianze nello screening

- Evitare l'uso di un unico approccio «one size fits all» per tutti i partecipanti.
- Gli interventi personalizzati sono probabilmente più efficaci perché tengono conto delle convinzioni, delle conoscenze, dei comportamenti e delle preferenze personali della persona.
- Riconoscere il valore del supporto dei pari negli interventi di gruppo.
- Prestare maggiore attenzione allo sviluppo, al miglioramento e alla valutazione degli interventi digitali e interattivi, soprattutto perché hanno il potenziale per essere altamente implementabili e possono essere utilizzati a distanza, rivolgendosi a grandi gruppi di persone

L'importanza crescente dei social media e dei strumenti digitali

- l'importanza di comprendere il gruppo target e di raggiungerlo in luoghi familiari, utilizzando tecniche a cui il gruppo è abituato
- capire ogni gruppo target in termini di utilizzo della tecnologia e dei social media, dove cercano notizie o informazioni, e poi pensare a come utilizzare questi canali per attirare la loro attenzione sull'importanza dello screening o per trovare il modo di integrare gli interventi di screening all'interno delle diverse tecnologie.

L'importanza di coinvolgere le persone comuni, i pazienti ed i gruppi di volontariato

- formare persone nella comunità e successivamente collaborare con loro per organizzare eventi o strategie locali
- l'importanza per gli operatori sanitari e i ricercatori di interagire con le organizzazioni dei pazienti e quindi di coinvolgere le comunità di riferimento in modi culturalmente rilevanti che si concentrino sulle loro esigenze e preferenze.

Empowerment

- favorire un processo di condivisione delle scelte e di una scelta informata
- Prendere atto degli atteggiamenti di un individuo nei confronti dell'assistenza sanitaria e dei sistemi sanitari e cercare di portarlo da un livello di empowerment a un altro.

Politica sanitaria e barriere sistematiche

- Affrontare l'integrazione e la deframmentazione dei sistemi sanitari
- Ridurre la frammentazione delle attività di advocacy a livello nazionale ed internazionale e fornire strumenti legislativi e pratici per consentire ai gruppi di difesa dei pazienti di avere un impatto più forte.

NON LAVORIAMO (VIVIAMO...) IN SILOS SEPARATI



Espandiamo le prospettive...ed i punti di vista



GLI IMMIGRATI SONO
ESSERI UMANI PROPRIO COME
NOI. DA CIÒ NASCE LA PAURA
E IL SOSPETTO.



Grazie per
l'attenzione

livia.giordano@cpo.it

Interventions to reduce cancer screening inequities: the perspective and role of patients, advocacy groups, and empowerment organizations



Afua Richardson-Parry^{1*}, Carole Baas², Shaantanu Donde³, Bianca Ferraiolo⁴, Maimah Karmo⁵, Zorana Maravic⁶, Lars Münter⁷, Ignacio Ricci-Cabello⁸, Mitchell Silva⁹, Stacey Tinianov¹⁰, Jose M. Valderas¹¹, Seth Woodruff¹² and Joris van Vugt¹³

Perspectives on sources of cancer screening inequities and current barriers to cancer screening uptake

- The importance of not viewing cancer screening as a discrete event ;
- it spans across a continuum in terms of the barriers that underlie an individual's access and willingness to undergo screening.

Perspectives on current interventions to reduce cancer screening inequities

- Avoid the use of a single "one-size-fits all" approach for all participants
- individually tailored interventions are likely to be more effective because they account for the person's personal beliefs, knowledge, behaviors, and preferences.
- recognize the value of peer support in group-based interventions.
- more attention should be made to develop, improve, and evaluate digital, interactive interventions especially as they have the potential to be highly scalable and can be used remotely while targeting large groups of people.

The use of digital tools and social media to reach the unreachable

- the importance of understanding the target group and reaching out to them in places that they are familiar with, using techniques that resonate with them.
- to understand each target group in terms of how they use technology and social media, where they look for news or information, and then think about how these outlets can be used to bring their attention to the importance of screening or to find ways to integrate screening interventions within different technologies.

Importance of involving lay persons, patients, and survivors

- to train individuals in the community and to subsequently work with them to hold local events or strategies that help empower individuals to undergo screening.
- the importance of healthcare professionals and researchers to interact with patient organizations and then to engage target communities in culturally relevant ways that focus on their needs and preferences.

Empowerment

- to increase shared decision making between vulnerable people and their healthcare provider,
- to consider an individual's attitude towards healthcare and health systems and try to lift them from one empowerment level to another.

Policy and system barriers

- integration and defragmentation of healthcare systems needed to be addressed to help tackle health inequity.
- the fragmentation of patient advocacy within Europe, and the need to build a patient advocacy program into the European Union and provide legislative and practical tools to enable patient advocacy groups to have a more powerful impact.