



ISTISAN CONGRESSI 26|C6

ISSN: 0393-5620 (cartaceo) • 2384-857X (online)

Convegno Nazionale

La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 24 settembre 2026

A cura di
G. Marchetti, S. Declich, S. Crateri,
A. Ranghiasi e M.E. Tosti

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Convegno Nazionale

**La ricerca per la promozione della salute dei migranti:
capire dalle evidenze per agire**

Istituto Superiore di Sanità
Roma, 24 settembre 2026

RIASSUNTI

A cura di
Giulia Marchetti, Silvia Declich,
Simonetta Crateri, Alessia Ranghiasi e Maria Elena Tosti
Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità

ISSN 0393-5620
ISTISAN Congressi
26/C6

Istituto Superiore di Sanità

La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 24 settembre 2026.

A cura di Giulia Marchetti, Silvia Declich, Simonetta Crateri, Alessia Ranghiasi e Maria Elena Tosti
2026, xv, 56 p. ISTISAN Congressi 26/C6

Il Convegno Nazionale “La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire”, organizzato dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), affronta il passaggio dalla ricerca all’azione a partire dalle informazioni sulla salute dei migranti. L’obiettivo è di offrire una panoramica sulla disponibilità di dati nei flussi correnti, sulle criticità nel produrre informazioni per l’analisi delle disuguaglianze sociali di salute e sulle possibili strategie per rendere operativi i dati a supporto di politiche e interventi orientati all’equità per la promozione della salute dei migranti. In questo volume sono presentati i contributi raccolti tramite una call for abstract, presentati oralmente o come poster nella “Sessione 2 - Dalla ricerca... (Fonti dati, flussi correnti e possibilità di monitoraggio relativi alla salute dei migranti)”, relativi ai dati e alla ricerca sviluppata in ISS per la promozione e la tutela della salute dei migranti.

Parole chiave: Migranti, Ricerca, Evidenze-per-l’azione, Promozione della Salute

Istituto Superiore di Sanità

Health Promotion Research for Migrants: Understanding Evidence to Drive Action. Istituto Superiore di Sanità. Rome, September 24, 2026.

Edited by: Giulia Marchetti, Silvia Declich, Simonetta Crateri, Alessia Ranghiasi and Maria Elena Tosti
(in Italian)

2026, xv, 56 p. ISTISAN Congressi 26/C6

The National Conference “Research for the promotion of migrants’ health: understanding evidence to take action”, organized by National Center for Global Health of the Istituto Superiore di Sanità (ISS), addresses the transition from research to action by present data and tackling critical questions regarding data on migrants’ health. The aim is to provide an overview about data availability within current information flows concerning migrant health, the challenges in generating data suitable for analyzing social health inequalities, and potential strategies for operationalizing data to support equity-oriented policies and interventions for promoting migrant health. This volume collects the papers submitted in response to a call for abstracts, presented orally or as posters during the “Session 2 - From Research... (Data sources, current flows, and monitoring capabilities regarding migrant health)”, concerning the data and research carried out at the ISS to promote and protect migrants’ health.

Keywords: Migrants, Research, Evidences-to-act, Health Promotion

Responsabile scientifico: Silvia Declich

Segreteria scientifica: Marceca Maurizio, Marchetti Giulia e Tosti Maria Elena

Comitato scientifico: Benoni Roberto, Ferrari Caterina, Lauriola Paolo, Marceca Maurizio, Marchetti Giulia, Nobile Annina, Pavoncello Viola, Tosti Maria Elena e Turatto Federica

Segreteria organizzativa: Crateri Simonetta, Medici Alessia e Ranghiasi Alessia

Per informazioni su questo documento scrivere a: giulia.marchetti@iss.it

Il Rapporto è disponibile online sul sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Marchetti G, Declich S, Crateri S, Ranghiasi A, Tosti ME (Ed.). *La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire. Istituto Superiore di Sanità. Roma, 24 settembre 2026. Riassunti.* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2026 (ISTISAN Congressi 26/C6)

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 119 del 16/5/2014 (cartaceo) e n. 120 del 16/5/2014 (online)

Direttore Responsabile della serie: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Patrizia Mochi e Giovanna Morini*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© Istituto Superiore di Sanità 2024

Viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma



INDICE

Programma	iii
Relatori/trici, moderatori/trici e partecipanti alla tavola rotonda	ix
Prefazione: rilevanza e obiettivi	xiii
Note per la consultazione	xv
Riassunti	1
Indice degli autori	53

PROGRAMMA

08.30 Registrazione partecipanti

09.00 Saluti istituzionali
R. Bellantone
Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

09.10 Introduzione ai lavori
R. Bucciardini
Direttore del Centro Nazionale per la Salute Globale

Sessione 1

INTRODUZIONE

Moderano: **R. Bucciardini, M. Marceca**

09.20 *La salute dei migranti nel mondo e in Europa, drivers della migrazione, strategie e policy*
S. Severoni

09.40 *La presenza dei migranti in Italia e modelli consolidati di inserimento*
L. Di Sciullo

10.00 *Rafforzare il monitoraggio di sanità pubblica e la base di dati scientifici sulla salute dei migranti, includendo variabili relative alla migrazione nella raccolta sistematica dei dati sanitari (Strengthen public health monitoring and the scientific evidence base on migrants' health by including migration-related variables in the systematic collection of health data)*
S. J. Puthoopparambil

Sessione 2

DALLA RICERCA... (Fonti dati, flussi correnti e possibilità di monitoraggio relativi alla salute dei migranti) – Enti Nazionali

Moderano: **S. Declich, P. Lauriola**

10.20 *Dati sanitari nazionali a supporto della salute dei migranti*
S. Battilomo

10.35 *Le fonti dell'Istat sulla salute della popolazione straniera: contenuti, limiti e potenzialità*
S. Bruzzone, N. Mignolli

10.50 *Prossimità e disuguaglianze nell'accesso ai servizi*
G. Baglio

11.05 *Monitoraggio dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria*
A. Petrelli

11.20 Coffee break

Sessione 2

DALLA RICERCA... (Fonti dati, flussi correnti e possibilità di monitoraggio relativi alla salute dei migranti) – Dipartimenti e Centri ISS

Moderano: M. E. Tosti, G. Marchetti

11.40 *Migrazione e salute riproduttiva: i dati delle sorveglianze ISS su interruzione volontaria di gravidanza, percorso nascita e primi 1000 giorni*
S. Donati

11.50 *Il contributo delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento al profilo di salute della popolazione di cittadinanza straniera residente in Italia*
B. Contoli

12.00 *Demenza nelle popolazioni migranti: sviluppo e implementazione di modelli clinici e assistenziali culturalmente sensibili*
I. Bacigalupo

12.10 *Differenze nel rischio di COVID-19 grave tra Italiani e stranieri residenti in Italia nel periodo 2021-2024*
M. Fabiani

12.20 *Valutazione dell'uso dei farmaci nelle persone immigrate e in marginalità socio-sanitaria: l'esperienza di collaborazione tra Poliambulatorio Caritas e Istituto Superiore di Sanità*
R. Da Cas

12.30 *Disparità assistenziali in ambito cardiovascolare tra popolazione con cittadinanza in Paesi ad alta pressione migratoria e popolazione italiana: uno studio basato sulle Schede di Dimissione Ospedaliera*
S. Rosato

12.40 *Evoluzione dei trend temporali dell'incidenza di HBV acuta e dei suoi fattori di rischio nella popolazione migrante in Italia tra 2004 e 2025: un'analisi dal registro nazionale SEIEVA*
R. Benoni

12.50 Discussione

Sessione Poster

Questa sessione è arricchita dalla Sessione Poster nell'anti Aula Pocchiari e dal numero di ISTISAN Congressi dove sono raccolti gli abstract che i Dipartimenti e Centri dell'ISS hanno inviato in risposta alla call for abstract con i dati e la ricerca sviluppata in ISS sull'argomento negli ultimi 5 anni (2021-2025)

13.15 Pausa pranzo

Sessione 3

... ALL'AZIONE (PROSPETTIVE STRATEGICHE)

Moderano: S. Declich, M. Marceca

Prospettive di lettura e basi per le strategie

14.15 *Riconoscere e contrastare le barriere in un'ottica di giustizia sociale. Tra diritti e garanzie: LEA e accessibilità e fruibilità dei servizi nel contesto di equità*
M. Marceca

14.30 *Health literacy e vaccine literacy, con particolare riferimento a quella organizzativa*
C. Lorini, G. Bonaccorsi

14.45 *Intersezionalità e disuguaglianze di salute: ripensare la formazione dei professionisti per la salute*
M. L. Russo

15.00 *La sussidiarietà circolare: quale ruolo, quali attori?*
S. Geraci

Azioni pratiche

15.15 *Screening oncologici per i cittadini stranieri*
V. Pettinicchio

15.25 *La prevenzione delle malattie infettive per i migranti attraverso la vaccinazione*
F. D'Ancona

14.35 *Governance nazionale: Progetto Footprints Plus*
E. Caredda

15.45 Discussione

Tavole Rotonde

... E ALLE RACCOMANDAZIONI AGLI STAKEHOLDER

Moderata: **G. Dalla Zuanna**

16.00 *Tematica: come migliorare i dati per informare sulla salute dei migranti?*

Partecipano le Società Scientifiche:

Società Italiana Medicina delle Migrazioni - SIMM

M. Mazzetti

Associazione Italiana Epidemiologia - AIE (Gruppo di lavoro Salute delle popolazioni immigrate, migranti, richiedenti asilo e rifugiate)

F. Ricceri

Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva - SItI (Gruppo di lavoro disuguaglianze e salute)

L. Tivoschi

Domande e discussione

16.25 *Tematica: quali strategie adottare per rendere operativa la ricerca?*

Partecipano i professionisti PER la salute:

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri (FNOMCeO)

F. Anelli

Tavolo Immigrazione e Salute, Medici Senza Frontiere

L. Borruso

Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di ostetrica (FNOPO)

E. Lopresti

Consiglio Nazionale Ordini degli Assistenti Sociali (CNOAS)

S.F. Pirozzi

Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)

N. Volpi

Consiglio Nazionale Ordini degli Psicologi (CNOP)
A. Zamperini

Domande e discussione

17.15 Considerazioni conclusive e prospettive
S. Declich, M.E. Tosti

17.30 Chiusura dell'evento

RELATORI/TRICI, MODERATORI/TRICI E PARTECIPANTI ALLA TAVOLA ROTONDA

Anelli Filippo	Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Roma
Bacigalupo Ilaria	Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Baglio Giovanni	UOC Ricerca, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma
Battilomo Serena	UMPNRR Ufficio 3 - Sistema informativo sanitario nazionale e innovazione digitale in sanità, Ministero della Salute, Roma
Benoni Roberto	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Bonaccorsi Guglielmo	Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi, Firenze
Borruso Lucia	Medici Senza Frontiere, Tavolo Immigrazione e Salute, Roma
Bruzzone Silvia	Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Roma
Bucciardini Raffaella	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Caredda Emanuele	Dipartimento della Prevenzione, della Ricerca e delle Emergenze Sanitarie, Ministero della Salute, Roma
Contoli Benedetta	Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
D'Ancona Fortunato	Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Da Cas Roberto	Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Dalla Zuanna Gianpiero	Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi, Padova e Accademia dei Lincei, Roma
Declich Silvia	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Di Sciullo Luca	Centro Studi e Ricerche IDOS, Roma
Donati Serena	Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Fabiani Massimo	Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Geraci Salvatore	Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) della regione Lazio, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Roma
Lauriola Paolo	Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA) e International Society of Doctors for the Environment (ISDE)
Lopresti Elio	Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), Roma
Lorini Chiara	Dipartimento di Scienze della Salute, Laboratorio sulla Health Literacy (HeLiLab), Università degli Studi, Firenze
Marceca Maurizio	Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma
Marchetti Giulia	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Mazzetti Marco	Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Roma
Mignolli Nadia	Direzione centrale per la comunicazione, informazione e servizi ai cittadini e agli utenti, Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), Roma
Petrelli Alessio	UOC Epidemiologia, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Roma
Pettinicchio Valentina	Coordinamento Screening Oncologici, ASL Roma2, Roma
Pirozzi Sissj Flavia	Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS), Roma
Puthoopparambil Soorej Jose	WHO Collaborating centre on Migration and Health Data and Evidence, Uppsala University, Uppsala
Ricceri Fulvio	Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi, Torino

Rosato Stefano	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Russo Maria Laura	Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Roma
Severoni Santino	Health and Migration Programme, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra
Tavoschi Lara	Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi, Pisa
Tosti Maria Elena	Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma
Volpi Nicola	Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), Roma
Zamperini Adriano	Dipartimento FISPPA, Università degli Studi, Padova e Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi (CNOP), Roma

PREFAZIONE: RILEVANZA E OBIETTIVI

Il presente volume raccoglie i contributi presentati in occasione del Convegno Nazionale “La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire” organizzato dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il fulcro del convegno si articola lungo il binomio del passaggio dalla ricerca all’azione. Ci si è interrogati sia sulla disponibilità di dati che forniscano indicazioni utili per la promozione della salute dei migranti e sui limiti dei flussi correnti, che sugli elementi utili per trovare soluzioni alle criticità riscontrate e sulle prospettive strategiche che possono essere messe in campo per facilitare l’accesso ai servizi sanitari e migliorare la salute dei migranti.

Questi interrogativi rappresentano i pilastri concettuali attorno ai quali è necessario sviluppare un dibattito aperto e multidisciplinare tra istituzioni, operatori sanitari, terzo settore e società scientifiche. Attraverso la costruzione di un approccio integrato e partecipato è infatti possibile contribuire alla promozione della salute dei migranti e al contrasto delle disuguaglianze evitabili.

Il convegno, oltre ad essere in linea con l’obiettivo generale del Centro Nazionale per la Salute Globale “miglioramento della salute e dell’equità sanitaria per le popolazioni, con riduzione delle disuguaglianze e sviluppo di sistemi sanitari equi, inclusivi e sostenibili”, rappresenta un’importante occasione per mettere in rete le competenze dei ricercatori dell’ISS nel campo della salute dei migranti.

In questo volume sono raccolti i contributi raccolti tramite una call for abstract a all@iss.it relativi ai dati e alla ricerca sviluppata in ISS per la promozione e la tutela della salute dei migranti che, valutati positivamente dal Comitato Scientifico del Convegno, sono stati presentati oralmente o come poster nella “Sessione 2 - Dalla ricerca... (Fonti dati, flussi correnti e possibilità di monitoraggio relativi alla salute dei migranti)”. Si spera in tal modo di contribuire alla messa a sistema dei progetti e delle attività di tutto l’ISS sulla ricerca, la promozione e la tutela della salute dei migranti, creando un coordinamento ISS-migranti.

*Giulia Marchetti, Silvia Declich
e Maria Elena Tosti*

NOTE PER LA CONSULTAZIONE

Questo volume raccoglie i contributi che i colleghi dei Dipartimenti e Centri hanno inviato in risposta alla “call for abstract” con i dati e la ricerca sviluppata in ISS sull’argomento negli ultimi 5 anni (2021-2025).

I contributi sono stati presentati al Convegno Nazionale “La ricerca per la promozione della salute dei migranti: capire dalle evidenze per agire” come comunicazioni orali e/o poster durante la “Sessione 2 - Dalla Ricerca... (Fonti dati, flussi correnti e possibilità di monitoraggio relativi alla salute dei migranti)”.

Per agevolare la consultazione, gli abstract sono presentati in ordine alfabetico in base al primo autore e viene sottolineato il cognome dell’autore referente.

Al termine del volume è inoltre incluso un indice di tutti gli autori dei contributi.

Riassunti

PREVALENZA DI DEMENZA E MORTALITÀ NEI MIGRANTI RESIDENTI NEL LAZIO

Acampora Anna (1), Cascini Silvia (1), Angelici Laura (1), Canevelli Marco (2,3), Cova Ilaria (4), Contoli Benedetta (2), Pomati Simone (5), Bellomo Guido (2), Bacigalupo Ilaria (2), Vanacore Nicola (2), Agabiti Nera (1)

(1) *Dipartimento di Epidemiologia, SSR del Lazio, ASL Roma 1, Roma*

(2) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(3) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(4) *UO Neurologia, Ospedale Universitario Luigi Sacco, Milano*

(5) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, IRCCS Maugeri, Pavia*

Introduzione. In Italia, la quota di migranti in età avanzata è in crescita e, di conseguenza, si prevede un aumento della prevalenza di demenza in questa popolazione. I dati sugli esiti di salute rimangono scarsi. L'obiettivo di questo studio è analizzare la prevalenza di demenza e la mortalità nei migranti residenti nella regione Lazio (ImmiDem, GR-2021-12372081).

Metodi. I residenti nel Lazio al 31/12/2018 con 50 anni o più sono stati inclusi nello studio. I pazienti con demenza sono stati identificati tramite un algoritmo validato, basato sui Sistemi Informativi Sanitari (SIS). Lo status di migrante è stato definito in base al paese di nascita: nativi, migranti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e migranti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). La prevalenza standardizzata per età (IC95%), è stata stimata in totale e per status migratorio. La coorte di soggetti prevalenti è stata seguita per 5 anni per Stimare i tassi di Mortalità Standardizzati (SMR). Un'analisi di sopravvivenza è stata condotta mediante curve di Kaplan-Meier, log-rank test e modelli di regressione di Cox.

Risultati. Su oltre 3,6 milioni di individui 50+ residenti nel Lazio al 31/12/2018, sono stati identificati 38.380 casi di demenza (2,2% PFPM; 0,9% PSA), pari a una prevalenza totale di 1,07% (IC95%: 1,06-1,08). La prevalenza è risultata 0,92% (IC95%: 0,91-0,93) tra i nativi, 0,70% (IC95%: 0,63-0,78) nei migranti PSA e 0,59% (IC95%: 0,55-0,64) nei migranti PFPM. I nativi erano mediamente più anziani e presentavano un uso più elevato di farmaci anti-demenza (53,5% vs 51,6% dei PSA e 49,3% dei PFPM, $p<0,001$). L'SMR è risultato inferiore nei migranti (PFPM: 34,8%, IC95% 30,1%-40,2%; PSA: 29,1%, IC95% 21,6%-39,1%) rispetto ai nativi (44,8%; IC95% 43,2%-46,4%). L'*Hazard Ratio* (HR) di mortalità ha confermato un rischio inferiore per la popolazione migrante (PSA: HR=0,77, IC95%: 0,66-0,91; PFPM: HR=0,84, IC95%: 0,75-0,93).

Conclusioni. I risultati evidenziano una minore prevalenza di demenza tra i migranti rispetto ai nativi italiani, con un minor accesso ai trattamenti specifici, soprattutto tra i soggetti provenienti da PFPM. Lo studio di coorte ha mostrato tassi di mortalità più bassi nella popolazione straniera. Questo apparente paradosso potrebbe essere riconducibile in parte a fenomeni di sotto-diagnosi o al salmon bias. Va inoltre considerato che il tracciamento dei migranti attraverso i SIS può generare sottostime. Una comprensione più approfondita di queste dinamiche appare fondamentale per definire politiche sanitarie e percorsi assistenziali mirati alla gestione della demenza nella popolazione migrante.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE DEL PROGETTO IMMIDEM

Bacigalupo Ilaria (1), Sciancalepore Francesco (1), Contoli Benedetta (1), Salvi Emanuela (2), Bellomo Guido (1), Acampora Anna (3), Cascini Silvia (3), Maestri Giorgia (4), Cova Ilaria (4), Pomati Simone (5), Vanacore Nicola (1), Canevelli Marco (6)

(1) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(3) *Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario, Regionale Lazio, Roma*

(4) *Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(5) *IRCCS Maugeri Pavia, Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, Pavia*

(6) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. Il progetto Demenza nei migranti che vivono in Italia: sviluppo e implementazione di modelli clinici e assistenziali sensibili alle diversità (ImmiDem) ha tra gli obiettivi principali l'incremento della consapevolezza e dell'alfabetizzazione sanitaria in merito ai disturbi cognitivi nella popolazione migrante. A tal fine, sono stati sviluppati percorsi formativi dedicati agli operatori sanitari, volti a colmare un vuoto formativo che spesso ostacola una gestione tempestiva ed efficace del paziente migrante con disturbi cognitivi.

Metodi. L'attività formativa è stata offerta tramite corsi residenziali intitolati "Demenza e migranti" organizzati annualmente presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma. Le informazioni sul corso sono state condivise via e-mail e mediante la newsletter dell'osservatorio demenze.

Risultati. Nel periodo 2022-2026 sono state realizzate cinque edizioni del corso, per un totale di 115 partecipanti. La prima edizione, erogata online nel 2022, ha rappresentato una fase sperimentale, mentre le quattro successive (2023, 2024, 2025 e 2026) si sono svolte in presenza, registrando una partecipazione costante e distribuita su tutto il territorio nazionale. Il percorso didattico è stato strutturato con l'obiettivo di fornire ai partecipanti strumenti operativi e informazioni pratiche applicabili nel contesto clinico. Al termine delle sessioni formative, i professionisti hanno acquisito competenze specifiche per:

- inquadrare correttamente la dimensione epidemiologica del fenomeno;
- riconoscere e utilizzare scale di valutazione neuropsicologica cross-culturali, con particolare riferimento a strumenti quali RUDAS, BASIC e CNTB;
- affinare le competenze comunicative necessarie per la gestione del paziente migrante e del suo nucleo familiare.

La composizione professionale dei partecipanti ha evidenziato una prevalenza di psicologi e medici, che insieme rappresentano oltre i due terzi del totale. La partecipazione è stata incentivata attraverso l'accreditamento ECM, subordinato alla verifica rigorosa delle presenze e dell'apprendimento, garantendo così un elevato standard formativo per il personale coinvolto nella rete assistenziale.

Conclusioni. I corsi hanno confermato l'importanza di un approccio multidisciplinare, coinvolgendo un'ampia gamma di professionisti, tra cui medici di medicina generale, neurologi, psichiatri, neuropsicologi, fisioterapisti e terapisti occupazionali e infermieri.

Questi incontri hanno rappresentato uno spazio di confronto fondamentale per promuovere una solida consapevolezza culturale e per condividere esperienze cliniche utili a ottimizzare la presa in carico del paziente migrante con disturbi cognitivi. L'attività formativa del progetto ha promosso modelli di cura realmente sensibili alla diversità culturale, capaci di garantire equità nell'accesso ai trattamenti. In tutte le edizioni, la valutazione complessiva del corso è risultata decisamente positiva il metodo didattico è stato valutato come efficace.

EVOLUZIONE DEI TREND TEMPORALI DELL'INCIDENZA DI HBV ACUTA E DEI SUOI FATTORI DI RISCHIO NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE IN ITALIA TRA 2004 E 2025: UN'ANALISI DAL REGISTRO NAZIONALE SEIEVA

Benoni Roberto (1), Ronconi Alessandra (2), Ferrigno Luigina (1), Crateri Simonetta (1), Tosti Maria Elena (1)

(1) Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Introduzione. In molti Paesi a bassa endemia per HBV, i flussi migratori possono influenzare il profilo epidemiologico dell'epatite B acuta. Tuttavia, sono limitate le evidenze sull'evoluzione temporale dei casi e dei fattori di rischio segnalati tra cittadini italiani e persone da High Migratory Pressure Countries (HMPC). Scopo dello studio è valutare l'evoluzione nel tempo dell'incidenza di epatite B acuta e dei principali fattori di rischio nei due gruppi.

Metodi. È stato condotto uno studio retrospettivo utilizzando i casi di epatite notificati al Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), gestito dall'ISS e la popolazione residente per cittadinanza fornita dall'istituto nazionale di statistica (ISTAT). Sono stati inclusi tutti i casi HBV acuti notificati tra il 2004 e il 2025 con informazioni disponibili su anno di segnalazione, provenienza (Italia vs HMPC) e fattori di rischio. L'incidenza è stata stimata tramite standardizzazione diretta per sesso ed età utilizzando come popolazione standard, quella italiana riferita al 2011. Le differenze nei trend temporali nei fattori di rischio sono state stimate tramite regressione binomiale negativa e i risultati riportati come incidence rate ratio (IRR).

Resulti. Nel periodo in studio sono stati registrati 7.090 casi, di cui 5.891 (83,1%) italiani e 1.199 (16,9%) provenienti da HMPC. L'incidenza tra gli italiani è diminuita da 1,07 per 100.000 tra 2004-2014 a 0,38 per 100.000 tra 2015-2025. Similmente tra gli HMPC, l'incidenza è diminuita 2,77 a 0,81 per 100.000 nei due periodi considerati. Entrambe le curve mostrano un trend in calo con una riduzione nel divario di incidenza tra italiani e stranieri. Anche l'analisi dei trend dei fattori di rischio mostra un avvicinamento tra italiani e stranieri. Tra i casi da HMPC l'uso di droghe aumenta del 5,9% annuo rispetto agli italiani (IRR=1,059 IC95%1,004-1,118; p=0,042), mentre i trattamenti estetici mostrano un incremento relativo del 2,6% annuo (IRR=1,026 IC95% 1,007-1,045; p=0,011). Al contrario, la convivenza con soggetti HBsAg-positivi diminuiva più rapidamente nel tempo tra i casi da HMPC rispetto agli italiani (IRR=0,968 IC95% 0,937-0,998; p=0,047). Non sono emerse differenze significative nei trend relativi ai comportamenti sessuali a rischio e alle esposizioni nosocomiali.

Conclusioni. I casi di epatite B acuta provenienti da HMPC presentano una riduzione dell'incidenza con un avvicinamento ai tassi della popolazione italiana. Anche i trend dei fattori di rischio hanno mostrato una convergenza tra italiani e stranieri nel tempo. Tali risultati confermano la necessità di integrare i processi di sorveglianza, prevenzione e cura delle persone migranti in quelli comuni per la popolazione italiana evitando la creazione di sistemi multipli paralleli.

ACCESSO AI SERVIZI DI SALUTE MENTALE DEI MIGRANTI: TASSI STANDARDIZZATI E RICOVERI OBBLIGATORI NEL DSM DELLA TOSCANA NORD OVEST (2020-2024)

Bouanani Siham (1,2), Calzone Immacolata (1), Massei Guido Jacopo (1), Marazziti Donatella (3), Scattoni Maria Luisa (2), Mucci Federico (1)

(1) Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord-Ovest, Pisa

(2) Centro Nazionale Malattie Rare, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(3) Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi, Pisa

Introduzione. L'accesso ai servizi di salute mentale da parte dei migranti è spesso descritto tramite conteggi grezzi, fortemente influenzati dalla struttura per età delle popolazioni, e più raramente analizzato distinguendo tra volume e modalità di accesso. La cittadinanza è qui utilizzata come proxy della condizione migratoria. L'obiettivo è misurare i tassi di primo contatto col Dipartimento di Salute Mentale (DSM) per cittadinanza, rapportandoli alla popolazione residente, e confrontare la distribuzione tra ricoveri volontari e Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO).

Metodi. Analisi retrospettiva sui flussi del DSM dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest (Massa-Carrara, Lucca, Livorno, Pisa), 2020-2024: prime visite specialistiche e ricoveri psichiatrici, inclusi i TSO. Tassi di primo contatto, grezzi e standardizzati per età (metodo diretto), calcolati per italiani, cittadini UE, europei non UE ed extra-europei; denominatori: popolazione residente ISTAT per cittadinanza, età e sesso. Quota di TSO confrontata mediante test del chi-quadrato e intervalli di confidenza al 95% calcolati con il metodo di Wilson.

Risultati. Dopo standardizzazione per età, il rapporto dei tassi di primo contatto tra stranieri e italiani si riduce da 1,25 a 1,05, evidenziando un effetto di composizione demografica. La parità complessiva nasconde tuttavia differenze: tra i minori stranieri il tasso di accesso supera del 38% quello dei coetanei italiani, mentre tra i giovani adulti si osserva un'inversione (rapporto 0,76), con un sotto-accesso marcato nei maschi. L'eccesso residuo si concentra nel sesso maschile (1,14 contro 0,97 nelle donne). Sui ricoveri, la quota di TSO tra gli stranieri è del 4,6% contro il 3,1% degli italiani ($p=0,01$) e sale al 6,3% tra gli extra europei ($p=0,0002$); UE ed europei non UE non mostrano differenze significative.

Conclusioni. Considerando l'aggiustamento per età, l'accesso iniziale ai servizi di salute mentale appare complessivamente simile tra stranieri e italiani. Sembrano tuttavia emergere disuguaglianze rilevanti, interpretabili in chiave di salute dei migranti, sia nella distribuzione per età - con elevata intercettazione in età pediatrica e sotto-accesso nei giovani adulti maschi - sia nelle modalità di ricovero. In particolare, tra gli extra-europei la probabilità di trattamento obbligatorio risulta quasi doppia. Sebbene i tassi degli stranieri possano essere lievemente sovrastimati per la mancata inclusione degli irregolari nei denominatori, i risultati suggeriscono che una quota significativa di migranti acceda ai servizi in condizioni di maggiore urgenza o gravità. I dati non consentono tuttavia di distinguere se tale fenomeno sia attribuibile a differenze nella gravità clinica al momento del contatto, a specifiche modalità di invio ai servizi o alla carenza di percorsi alternativi.

PROTEGGERE, PROMUOVERE E SOSTENERE L'ALLATTAMENTO LUNGO I PERCORSI MIGRATORI: INTEGRAZIONE DELLE PROCEDURE PER L'INFANT AND YOUNG FEEDING IN EMERGENCIES (IYCF-E) NELL'INIZIATIVA BABY FRIENDLY IN ITALIA

Bruschi Elisa (1), Chellini Marzia (1), Luzi Cinzia (1), Chapin Elise M. (2), Giusti Angela (3), Di Nolfi Annachiara (3), Di Stefano Vincenza (3), Splendore Flavia (3), Tambascia Gabriella (3), Solare Stefania (2), Zambri Francesca (3)

(1) Azienda USL Toscana Nord-Ovest, Pisa

(2) Comitato Italiano per l'UNICEF Fondazione ETS, Roma

(3) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. L'alimentazione dei/delle lattanti e dei bambini e bambine nelle emergenze (IYCF-E) rappresenta una priorità di salute pubblica riconosciuta a livello internazionale, ma la sua integrazione operativa nei sistemi di gestione delle emergenze e nei servizi sanitari rimane, anche in Italia, discontinua, a fronte di flussi migratori complessi. Dal 2023, alcuni porti toscani sono stati designati come punti di sbarco per persone soccorse nel Mediterraneo centrale. L'Azienda USL Toscana Nord-Ovest (ATNO) ha risposto numerosi sbarchi, assistendo diverse migliaia di persone migranti, di cui molte donne, minori e bambine/bambini sotto i due anni (dati in corso di elaborazione). In assenza di procedure strutturate, le risposte d'emergenza erano orientate prevalentemente al triage medico e al controllo delle malattie trasmissibili, con attenzione insufficiente alle pratiche di alimentazione infantile.

Metodi. È stato adottato un approccio di integrazione sistematica delle procedure IYCF-E, derivate dalle Linee Guida Operative dell'IFE Core Group, all'interno dei Dieci Passi della Baby-Friendly Community (BFC). Il processo ha previsto: 1) l'endorsement istituzionale delle IYCF-E come componente essenziale dell'assistenza sanitaria alle madri migranti e ai/alle loro lattanti; 2) la definizione di procedure operative locali; 3) la designazione di personale dedicato e formato secondo gli standard Baby Friendly (ostetriche e personale medico); 4) la collaborazione strutturata con mediatrici linguistico-culturali; 5) meccanismi di collegamento con i servizi di comunità e i centri di accoglienza. Il protocollo è stato integrato nel Sistema di Gestione per la Qualità e la Sicurezza aziendale di ATNO.

Risultati. L'intervento ha consentito la creazione di uno spazio protetto, orientato alla dignità e all'ascolto narrativo, fin dal primo contatto allo sbarco. Sono state attivate misure concrete per prevenire la distribuzione non richiesta di sostituti del latte materno, in linea con il Codice Internazionale OMS. L'esperienza ha migliorato l'identificazione e la protezione delle diade madre-bambina/o, rafforzato la coerenza tra gli attori coinvolti nella risposta d'emergenza e promosso la continuità delle cure lungo il percorso di accoglienza. Il framework BFC ha fornito linguaggio condiviso, chiarezza dei ruoli e allineamento etico nella gestione dei sostituti del latte.

Conclusioni. L'integrazione delle IYCF-E nella Baby-Friendly Community rappresenta un approccio replicabile e trasferibile ad altri contesti europei, a integrazione della Buona Pratica implementata nell'ambito della Joint Action PreventNCD. L'esperienza dimostra che le BFC possono fungere da piattaforme strategiche per la protezione dell'alimentazione infantile nell'intero continuum emergenza-sviluppo, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze di salute nei primi anni di vita e all'agenda della prevenzione orientata all'equità.

DIFFERENZE PER LUOGO DI NASCITA NEI PERCORSI DI CURA E MORTALITÀ DELLE PERSONE CON DIAGNOSI DI TUMORE IN VENETO

Cacciani Laura (1), Tania Lopez (1), Tavilla Andrea (1), Pierannunzio Daniela (1), Zorzi Manuel (2), Andreotti Alessandra (2), Guzzinati Stefano (2), Francisci Silvia (1)

(1) Centro nazionale per la prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Registro Tumori Veneto, Servizio Epidemiologico Regionale, Azienda Zero, Padova

Introduzione. L'immigrazione in Italia rappresenta un fenomeno consolidato e in costante crescita. A partire dagli anni '90 a oggi il numero di stranieri è passato da 0,5 a 5,6 milioni di abitanti. La popolazione straniera si caratterizza come sana, giovane e stabile. L'evidenza suggerisce tuttavia che i migranti sperimentano barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria, risultando così esposti a maggiori rischi di ricevere cure di qualità inferiore e di sperimentare peggiori esiti di salute rispetto agli italiani. Il presente lavoro mira a esaminare il ruolo del luogo di nascita nei percorsi di cura per tumore. I dati utilizzati derivano dallo studio EPICOST-2 e l'analisi è condotta nel contesto della JA-Prevent-NCD che include i tumori come tema trasversale.

Metodi. Lo studio è osservazionale ed è basato su oltre 56mila casi di tumore nelle dieci sedi più frequenti nel Registro Tumori Veneto. È stata analizzata una coorte cross-sectional di casi prevalenti al 01/01/2018, con 1 anno di *follow-up* e di età 30-79 anni. Sono state analizzate le fasi di cura clinicamente rilevanti (iniziale, continua e fine vita) e la mortalità per tutte le cause rispetto al luogo di nascita (non italiano vs italiano). È stata stimata la probabilità di attribuzione alle diverse fasi di cura (in termini di *Odds Ratio*-OR), usando un modello logit generalizzato per variabili ordinali, e sono stati stimati i rapporti tra i tassi di mortalità per tutte le cause (RR) dei nati all'estero rispetto ai nati in Italia.

Risultati. Il 3% delle 56.569 persone con diagnosi di tumore in Veneto è nato all'estero. Si osserva una maggiore proporzione di nati all'estero rispetto ai nati in Italia nella fase di cura iniziale (37% vs 21%) e in quella finale (5,7% vs 4,2%). Nella fase continua si osserva invece tra i primi, rispetto agli italiani, una minore proporzione (57,3% vs 74,9%), oltre a una maggiore probabilità di attribuzione alla fase finale (OR:1,98;95%CI:1,62-2,41). La mortalità per tutte le cause aggiustata per età è risultata maggiore nei nati all'estero rispetto ai nati in Italia (RR:1,7;95%CI:1,44-2,00).

Conclusioni. I risultati suggeriscono che tra le persone con tumore vi sono disparità nei percorsi di cura in relazione al luogo di nascita. Un approccio che tenga in considerazione possibili diversità culturali e di alfabetizzazione sanitaria, nonché le note barriere di accesso ai servizi sanitari, potrebbe migliorare la qualità delle cure per tumore nei migranti. Futuri approfondimenti potranno riguardare la caratterizzazione delle differenze osservate anche in termini di costi.

IO STO BENE AZIONE DI SISTEMA DEL PROGETTO “IL FVG IN RETE CONTRO LA TRATTA”

Colucci Anna (1), Mannu Daniela (2), Schwarz Matteo (1), Gbedo Letonde Hermine (3), Fanales Belasio Emanuele (1), Peresson Francesca (4), Di Filippo Sara (4), Gruppo di lavoro*

(1) *Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma,*

(2) *Coordinamento Regionale Progetto Il FVG in Rete contro la Tratta, Udine*

(3) *Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute ApS, Trieste*

(4) *Fondazione Caritas, Udine*

Introduzione. I Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e le donne migranti vittime o potenziali Vittime di Tratta (VdT) costituiscono una componente particolarmente fragile della popolazione migrante, per le condizioni di vita che hanno lasciato, i lunghi viaggi intrapresi spesso in contesti segnati da violenze, l'assenza nei luoghi di transito e arrivo di relazioni affettive familiari. È stato, pertanto, sviluppato a partire dal 2023 attraverso tre differenti progetti, un intervento formativo volto a rafforzare le competenze del personale coinvolto nell'accoglienza dei MSNA e delle VdT nell'ambito dell'Azione di sistema “Io sto bene” (Programma Il FVG in rete contro la tratta) condotta dalla Regione Friuli-Venezia Giulia. La terza fase progettuale, in corso di realizzazione, ha ampliato l'Azione di sistema ad alcune province della Lombardia e della Sicilia, coinvolgendo soggetti competenti appartenenti a tali territori oltre al gruppo di lavoro iniziale costituito dal Coordinamento regionale antitratta e da Enti del Friuli-Venezia Giulia con la collaborazione dell'UO RCF del Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità.

Metodi. Nel periodo febbraio-maggio 2026 sono stati somministrati due questionari anonimi per la rilevazione dei bisogni formativi - uno dedicato al personale impegnato con i MSNA e uno rivolto a chi opera con VdT. Sono state adottate alcune scelte strategiche fondamentali: utilizzo di due questionari separati ma costruiti su una metodologia comune; necessità di accompagnare attivamente la somministrazione attraverso contatti diretti con i referenti del territorio; definizione di un percorso formativo articolato in un modulo base e moduli specifici territoriali sulla base di quanto emerso dall'analisi dei dati dei questionari.

Risultati e Conclusioni. Dall'analisi dei questionari pervenuti (111 area MSNA e 105 area VdT), i bisogni formativi più ricorrenti riguardano la gestione del Disturbo Post Traumatico da Stress, il rafforzamento delle competenze comunicative relazionali, la conoscenza dei percorsi sanitari e l'orientamento ai servizi, compresi quelli impegnati nella prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmesse. È necessario, pertanto, sviluppare interventi formativi continui, in grado di raggiungere tutte le figure che si occupano di MSNA e di VdT, al fine di salvaguardare il diritto alla salute in queste fasce di popolazione migrante, individuarne i fattori di rischio, evitare ri-traumatizzazioni e criticità nei processi di integrazione, favorire l'accesso ai servizi sanitari, migliorare il lavoro di rete e il coordinamento interistituzionale, insieme alla capacità di leggere le vulnerabilità emergenti, come i rientri da altri Paesi UE, le diagnosi complesse nei bambini, la presenza di nuove nazionalità nei flussi migratori.

* Gruppo di lavoro: Anna Colucci (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Angela Convertini (Comune di Milano, Milano), Tiziana Cosatto (Coordinamento regionale del Progetto “Il FVG in Rete contro la

Tratta” – bando 7, Udine), Fabio Caso (Cooperativa lotta contro l'esclusione social, Milano,) Anna D'Agostini (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Sara Di Filippo (Fondazione Caritas, Udine), Emanuele Fanales Belasio (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Letondea Hermine Gbedo (Comitato per i diritti civili delle prostitute, Trieste), Laurent Libenstein (Cooperativa LULE, Mantova), Daniela Mannu (Coordinamento regionale del Progetto “Il FVG in Rete contro la Tratta” – bando 7, Udine), Francesca Peresson (Fondazione Caritas, Udine), Stefania Russello (Casa dei giovani-Palermo), Matteo Schwarz (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Chiara Valerio (Cooperativa Nuovi Vicini, Pordenone)

ITALIAN NATIONAL FOCAL POINT INFECTIOUS DISEASES AND MIGRANT

Colucci Anna, D'Agostini Anna, Dalla Torre Rosa, Fanales Belasio Emanuele, Schwarz Matteo, Valli Rudi

Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. In Italia, il National Focal Point – Infectious Diseases and Migrant (Italian NFP ID and M) si è costituito nel 1997 nell'ambito del Programma Europeo AIDS e Mobility. L'Italian NFP ID and M è un network di esperti di Istituzioni Pubbliche, Servizi sociosanitari territoriali, Enti del Terzo Settore e Referenti di comunità di stranieri, presenti in differenti regioni italiane che nella loro peculiarità, si occupano da tempo della salute della popolazione migrante presente nel nostro Paese. Tale Gruppo di lavoro permanente, coordinato dall'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive –Istituto Superiore di Sanità vede la collaborazione integrata di professionisti, i quali con le loro specifiche competenze hanno consentito all'Italian NFP ID and M, di proporre, a livello internazionale e nazionale, progetti di ricerca sugli aspetti epidemiologici e psico-socio-comportamentali dell'infezione da HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale nelle popolazioni migranti, di sviluppare interventi di prevenzione delle malattie infettive, di organizzare percorsi formativi e di aggiornamento rivolti a professionalità di area sociosanitaria impegnati in ambito interculturale, nonché di collaborare con il Ministero della Salute nella predisposizione di materiali ad hoc all'interno di campagne di comunicazione volte alla prevenzione dell'HIV con specifica attenzione alla popolazione migrante.

Metodi. Il metodo di lavoro dell'Italian NFP ID and M vede il coinvolgimento dell'intero network in convegni e meeting, ma anche il costituirsi di sottogruppi di esperti impegnati su specifiche aree tematiche.

Risultati e conclusioni. Il Network ha condotto azioni di ricerca mirate a fornire strumenti e chiavi di lettura al fine di orientare e supportare politiche ed interventi di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità straniere. Inoltre, è stata approfondita, attraverso la realizzazione di diversi progetti di ricerca multicentrici, l'importanza degli aspetti comunicativo-relazionali tra persona migrante e il personale di salute con differenti professionalità. È stato, infatti, messo appunto un Modello Operativo Comunicativo-Relazionale all'interno del quale sono state individuate precise procedure, fasi ed azioni che, nel loro insieme, definiscono un protocollo di riferimento finalizzato alla creazione di relazioni professionali al fine di favorire efficaci interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale. Il tema dell'accesso ai servizi sanitari e della possibilità di usufruire di interventi mirati alla popolazione migrante, rimane una priorità fondamentale di sanità pubblica e un diritto da preservare per ciascuna persona presente sul territorio italiano.

ESPLORARE LA PROPENSIONE ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL COVID-19 IN ITALIA: UN FOCUS SUI RESIDENTI STRANIERI E ITALIANI ATTRAVERSO I DATI DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA PASSI E PASSI D'ARGENTO

Contoli Benedetta (1), Tosti Maria Elena (2), Asta Federica (1), Minardi Valentina (1), Marchetti Giulia (2), Scarso Salvatore (2,3), Declich Silvia (2), Masocco Maria (1)

(1) *Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(3) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. La pandemia di COVID-19 ha aggravato le disuguaglianze di salute sia tra la popolazione straniera sia tra quella autoctona. L'Italia è stata uno dei Paesi europei maggiormente colpiti dalla pandemia di COVID-19; tuttavia, erano disponibili solo dati limitati sulla propensione alla vaccinazione. Questo studio si è proposto di valutare la disponibilità alla vaccinazione delle popolazioni straniere e autoctone residenti in Italia e i relativi fattori associati.

Metodi. I dati sono stati raccolti e analizzati utilizzando i due sistemi di sorveglianza italiani, PASSI e PASSI d'Argento, nel periodo compreso tra agosto 2020 e dicembre 2021. I dati riguardavano la popolazione adulta residente in Italia di età superiore ai 18 anni. Per valutare l'associazione tra variabili socio-demografiche, condizioni di salute, esperienza legata al COVID-19 e atteggiamenti nei confronti della vaccinazione, è stato utilizzato un modello di regressione logistica multinomiale stratificato per cittadinanza.

Risultati. Lo studio ha incluso 19.681 soggetti eleggibili. Per quanto riguarda la disponibilità a vaccinarsi, i residenti stranieri risultavano significativamente meno propensi a dichiararsi certi di vaccinarsi rispetto agli italiani (49,4% contro 60,7%) e più frequentemente orientati al rifiuto della vaccinazione. Dopo aggiustamento per le principali caratteristiche socio-demografiche e di salute, la cittadinanza straniera risultava associata a una maggiore probabilità di rifiuto vaccinale. Tra gli italiani, le difficoltà economiche e la sfiducia nella capacità delle Aziende Sanitarie Locali di gestire l'emergenza COVID-19 rappresentavano i principali fattori associati all'esitazione vaccinale, mentre tra gli stranieri il rifiuto risultava più frequente nelle donne. Aver ricevuto la vaccinazione antinfluenzale stagionale è risultato un forte predittore dell'accettazione del vaccino contro il COVID-19 sia tra i residenti stranieri sia tra quelli italiani. Inoltre, la propensione alla vaccinazione è aumentata nel 2021 rispetto al 2020 in entrambi i gruppi, suggerendo l'effetto della progressiva implementazione della campagna vaccinale e della maggiore familiarità della popolazione con i vaccini anti-COVID-19.

Conclusioni. Lo studio evidenzia l'importanza di adattare gli interventi volti a contrastare l'esitazione vaccinale alle differenti caratteristiche delle popolazioni straniere e italiane. Le differenze osservate nella disponibilità alla vaccinazione suggeriscono la necessità di sviluppare campagne informative e interventi di promozione della salute culturalmente appropriati,

migliorare l'accessibilità dei servizi vaccinali e rafforzare la fiducia nelle istituzioni sanitarie, al fine di ridurre le disuguaglianze e favorire un accesso equo alla prevenzione. I risultati confermano inoltre il valore delle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento nel monitorare atteggiamenti e determinanti della salute anche nella popolazione straniera residente, fornendo evidenze utili per orientare politiche e interventi di sanità pubblica.

IL RUOLO DEI SISTEMI DI SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE NELLA COMPrensIONE DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E DEI BISOGNI DI PREVENZIONE TRA MIGRANTI RESIDENTI IN ITALIA

Contoli Benedetta (1), Asta Federica (1), Minardi Valentina (1), Sampaolo Letizia (2), Carrozzi Giuliano (2), Battisti Laura (3), Fateh-Moghadam Pirous (3), Masocco Maria (1)

(1) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio dell'Azienda USL, Modena

(3) Osservatorio Epidemiologico Dipartimento di Prevenzione Centro per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione. La popolazione migrante rappresenta una quota crescente dei residenti in Italia. Conoscere i suoi profili di salute, le disuguaglianze e i bisogni di prevenzione è fondamentale per orientare interventi e politiche di sanità pubblica efficaci ed eque.

Metodi. È stato valutato il contributo dei sistemi PASSI (18-69 anni) e PASSI d'Argento (≥ 65 anni) nell'identificazione dei profili di salute, delle disuguaglianze e dei bisogni di prevenzione della popolazione migrante residente in Italia. Le sorveglianze utilizzano campioni probabilistici estratti dalle anagrafi sanitarie delle ASL e raccolgono informazioni tramite interviste standardizzate. Sono stati analizzati indicatori relativi a fattori di rischio comportamentali (fumo, alcol, attività fisica, alimentazione ed eccesso ponderale), stato di salute (patologie croniche, diabete, salute percepita e sintomi depressivi) e accesso ai servizi di prevenzione. Le analisi hanno confrontato migranti e italiani, considerando il tempo di permanenza in Italia e l'area di provenienza.

Risultati. I migranti rappresentano circa il 7% dei campioni PASSI e PASSI d'Argento; oltre il 70% risiede in Italia da più di 10 anni. In base ai criteri di inclusione, gli intervistati sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e rappresentano quindi un sottogruppo relativamente ben integrato. La prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali risulta simile tra migranti e italiani per fumo (23% vs 21%) ed eccesso ponderale (45% vs 43%). I migranti mostrano invece una minore prevalenza di sedentarietà (22% vs 28%) e di consumo abituale di alcol (47% vs 59%). Parallelamente, presentano una maggiore vulnerabilità socioeconomica e riferiscono più frequentemente difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari e di prevenzione. La prevalenza di diabete riferito è pari a circa il 5-6%, ma risulta più elevata tra i soggetti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria rispetto agli italiani con caratteristiche socio-demografiche simili. Per diversi indicatori si osserva inoltre un progressivo avvicinamento ai profili della popolazione italiana con l'aumentare della permanenza nel Paese, suggerendo un'attenuazione dell'healthy migrant effect. Emergono infine importanti differenze legate all'area geografica di origine, al genere e alla durata della permanenza in Italia.

Conclusioni. La popolazione migrante residente in Italia non è un gruppo omogeneo, ma presenta differenze rilevanti legate all'origine geografica, alle condizioni socioeconomiche e al tempo di permanenza nel Paese. Sebbene molti indicatori di salute e di rischio comportamentale

siano simili a quelli della popolazione italiana, persistono specifiche vulnerabilità e disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione. Le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento si confermano strumenti strategici per monitorare questi fenomeni e produrre evidenze utili a orientare interventi e politiche di sanità pubblica più efficaci, inclusive ed eque.

CAMBIAMENTO NELL'APPROCCIO DIAGNOSTICO NEI PAZIENTI CALD (*CULTURALLY AND LINGUISTICALLY DIVERSE*) CON DISTURBI COGNITIVI DOPO L'AVVIO DEL PROGETTO IMMIDEM: ESPERIENZA DI UN CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE

Cova Ilaria (1), Maestri Giorgia (2), Nicotra Alessia (1), Forgione Arianna (1), Maggiore Laura (1), Acampora Anna (3), Canevelli Marco (4), Vanacore Nicola (5), Pomati Simone (6), Pantoni Leonardo (7,8)

(1) *Unità di Neurologia, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(2) *Centro Disturbi Cognitivi e Demenze, ASST Rhodense, Milano*

(3) *Dipartimento di Epidemiologia, Azienda Sanitaria Regionale del Lazio, Azienda Sanitaria Locale Roma 1, Roma*

(4) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

(5) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(6) *Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, Pavia*

(7) *Dipartimento di Scienze Biomediche e Cliniche, Università degli Studi, Milano*

(8) *Dipartimento di Scienze della Neuroriabilitazione, Casa Di Cura Igea, Milano*

Introduzione. Le popolazioni CALD (*Culturally and Linguistically Diverse*) rappresentano una quota crescente degli utenti dei servizi per i disturbi cognitivi e le demenze. Tuttavia, differenze linguistiche, culturali e socioeducative possono ostacolare l'accesso ai percorsi diagnostici e compromettere l'accuratezza della valutazione cognitiva. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'evoluzione delle pratiche diagnostiche in una popolazione CALD afferente a un Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) italiano dopo l'avvio del progetto ImmiDem (2020).

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo includendo tutti i pazienti CALD valutati presso il CDCD tra il 2016 e il 2024. Sono stati raccolti dati demografici, livello di istruzione, provenienza geografica, lingua parlata, tipologia di valutazione cognitiva effettuata e strumenti utilizzati. Le pratiche diagnostiche sono state confrontate tra due periodi: T1 (2016-2020) e T2 (2021-2024).

Risultati. Nel periodo di studio sono stati identificati 163 pazienti CALD (età $65,2 \pm 13,8$, 66,6% donne, scolarità $11,3 \pm 5,2$ anni) che rappresentavano il 4,2% delle valutazioni complessive; gli accessi sono aumentati del 180% in T2 rispetto a T1. I pazienti provenivano da 46 Paesi e parlavano 26 lingue, evidenziando un'elevata eterogeneità culturale della popolazione valutata. Non sono emerse differenze demografiche significative tra T1 e T2. Lo screening cognitivo è stato eseguito nell'81,6% dei casi e una valutazione neuropsicologica approfondita nel 33,1%. I mediatori culturali professionali, assenti in T1, sono stati coinvolti solo in T2 per 19 screening cognitivi e 27 batterie neuropsicologiche estese, per le quali sono stati introdotti test cross-culturali. La Rowland Universal Dementia Assessment Scale

(RUDAS), somministrata a 41 pazienti in T2, ha mostrato una minore influenza di età e scolarità rispetto a MMSE e MoCA, mantenendo una buona concordanza diagnostica. Nel periodo T2 abbiamo osservato una maggiore proporzione di soggetti senza deficit cognitivi oggettivabili (10,9% in T2 vs 2,9% in T1) o con Subjective Cognitive Decline (19,5% in T2 vs 11,4% in T1) e una minore frequenza di *Mild Cognitive Impairment* (32,8% in T2 vs 42,9% in T1) e demenza (36,7% in T1 vs 42,9% in T2).

Conclusioni. Le valutazioni cognitive di pazienti CALD sono aumentate in modo significativo dal 2020, parallelamente ad una diagnosi più precoce dei disturbi cognitivi e ad un più ampio utilizzo di strumenti di valutazione culturalmente appropriati. Persistono tuttavia lacune nella disponibilità di strumenti validati e nelle competenze transculturali dei servizi, sottolineando la necessità di ulteriori studi prospettici multicentrici per supportare pratiche diagnostiche più eque e inclusive.

VALUTAZIONE DELL'USO DEI FARMACI NELLE PERSONE IMMIGRATE E IN MARGINALITÀ SOCIO-SANITARIA: L'ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE TRA POLIAMBULATORIO CARITAS E ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Da Cas Roberto (1), Annunziata Arianna (1), Cutillo Maria (1), Ippoliti Ilaria (1), Marano Giuseppe (1), Civitelli Giulia (2), Vischetti Elisa (2), Geraci Salvatore (2)

(1) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Area Sanitaria, Caritas, Roma*

Introduzione. La collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Area Sanitaria della Caritas di Roma nasce dalla necessità di colmare un vuoto informativo riguardo all'assistenza farmaceutica delle popolazioni vulnerabili. Il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, richiede il monitoraggio dell'accesso alle cure per garantire l'equità del sistema. Partendo dal lavoro condiviso nel 2013 relativo ad un rapporto nazionale sull'uso dei farmaci nella popolazione immigrata, l'attività si è successivamente focalizzata sui gruppi in condizione di grave marginalità sociale, spesso non tracciabili nei flussi informativi tradizionali.

Metodi. Il percorso di ricerca ha utilizzato due approcci metodologici complementari. Inizialmente, sono stati analizzati i dati di prescrizione farmaceutica territoriale a carico del SSN (2011) su una coorte di oltre 710.000 immigrati regolarmente residenti, confrontati con quelli dei cittadini italiani. In seguito, sono stati condotti approfondimenti (2023-2026) basati sulla banca dati del Poliambulatorio Caritas che registra le dispensazioni di farmaci a persone in marginalità (inclusi senza dimora e persone in condizione di irregolarità). Le analisi sono state stratificate per età, sesso, cittadinanza e categoria terapeutica (ATC).

Risultati. I risultati del rapporto 2013 evidenziavano che gli immigrati incidono poco sulla spesa farmaceutica (2,6% del totale nel 2011) nonostante rappresentassero il 7,5% dei residenti. Rispetto agli italiani, mostravano una maggiore prevalenza d'uso di antidiabetici (1,6% vs 1,1%) e gastroprotettori (10,3% vs 8,7%). Gli approfondimenti al Poliambulatorio Caritas hanno mostrato una variabilità tra nazionalità: i cittadini del Bangladesh presentano alti tassi di diabete e ipercolesterolemia, mentre i rumeni utilizzano maggiormente antipertensivi. Tra le persone senza dimora, il 40% riceve farmaci, prevalentemente per patologie croniche come l'ipertensione (33%). Le analisi di genere mostrano che gli uomini ricevono più frequentemente FANS e ipolipemizzanti, mentre le donne utilizzano maggiormente antibiotici e antipiretici. Un dato critico recente indica che il 75% dei pazienti diabetici assistiti nel terzo settore non è iscritto al SSN.

Discussione. Nella consapevolezza della estrema diversità delle fonti, dell'approccio metodologico e della casistica esaminata, questa esperienza di collaborazione fa emergere come la sinergia tra istituzioni pubbliche e terzo settore permette di individuare diversificate chiavi di lettura ai fenomeni analizzati e di intercettare i bisogni di salute di popolazioni altrimenti invisibili. Se i dati del 2013 confermano l'effetto "migrante sano" con una minore spesa pro capite rispetto agli italiani, l'emergere crescente di patologie croniche in contesti di

marginalità richiede interventi mirati di formazione/informazione e una sanità pubblica di prossimità. Inoltre, la comprensione dei pattern prescrittivi specifici per nazionalità è importante per superare le barriere culturali e migliorare l'aderenza terapeutica, contrastando le disuguaglianze in salute.

IL PROGETTO SA.MI.R.A. IN BASILICATA: SVILUPPO DI UNA SURVEY SOCIO-SANITARIA E DI UN CORSO DI FORMAZIONE PER GLI OPERATORI SANITARI

Di Pirchio Rosilde (1), Borgi Marta (1), Manoli Manfredi (1), Malorni Giorgio (1), Ruocco Angela (1), Marconi Matteo (2), Pierdominici Marina (1)

(1) *Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Centro Nazionale della Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione. Le persone migranti in condizioni di vulnerabilità presentano bisogni di salute complessi e incontrano frequentemente ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari, con conseguenti disuguaglianze negli esiti di salute. Per migliorare la conoscenza di tali bisogni e supportare lo sviluppo di interventi appropriati è stato avviato il progetto SA.MI.R.A. - Salute Migranti Richiedenti Asilo, promosso dalla Regione Basilicata nell'ambito del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI 2021-2027), in partenariato con l'Istituto Superiore di Sanità e le Aziende Sanitarie Locali della Regione.

Metodi. Il progetto si articola in due attività. La prima consiste in uno studio osservazionale trasversale su un campione di 90 persone migranti in condizioni di vulnerabilità, tra cui richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati con vulnerabilità sanitarie, psicologiche e sociali. Lo studio è basato su una singola rilevazione mediante questionario socio-sanitario multilingue e campionamento di convenienza presso centri sanitari e unità mobili regionali. La seconda prevede la realizzazione di un corso di Formazione a Distanza (FAD) con accreditamento ECM, della durata di 16 ore, rivolto agli operatori sanitari della Regione Basilicata coinvolti nella presa in carico delle persone migranti, finalizzato a rafforzarne le competenze nella gestione dei bisogni di salute, delle vulnerabilità e della comunicazione interculturale.

Risultati. Sono stati predisposti il questionario socio-sanitario multilingue, la piattaforma digitale per la raccolta dei dati e il programma del corso FAD ECM. La raccolta dei dati è in fase di avvio, mentre il corso sarà erogato agli operatori sanitari della Regione Basilicata attraverso la piattaforma EDUISS. Le informazioni raccolte consentiranno di descrivere il profilo di salute del campione, analizzare i bisogni sanitari e le principali barriere di accesso ai servizi socio-sanitari.

Conclusioni. Il progetto SA.MI.R.A. rappresenta uno studio pilota che coniuga ricerca e formazione per migliorare la presa in carico delle persone migranti in condizioni di vulnerabilità. Le evidenze prodotte potranno supportare la programmazione sanitaria regionale e fornire elementi utili per la replicabilità dell'esperienza in altri contesti territoriali.

DIFFERENZE NEL RISCHIO DI COVID-19 GRAVE TRA ITALIANI E STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA NEL PERIODO 2021-2024

Fabiani Massimo (1), Urdiales Alberto Mateo (1), Pezzotti Patrizio (1), Fotakis Emmanouil Alexandros (1,2)

(1) *Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Centro Health Emergencies, Fondazione Bruno Kessler, Trento*

Introduzione. Le evidenze disponibili sulle disuguaglianze legate al COVID-19 e il loro modificarsi nel tempo risultano ancora limitate. Questo studio ha l'obiettivo di valutare l'evoluzione dell'associazione tra paese di nascita e l'incidenza di COVID-19 grave tra gli individui vaccinati residenti in Italia nel periodo 2021-2024.

Metodi. Abbiamo condotto un'analisi retrospettiva su 44.008.275 adulti residenti in Italia che avevano ricevuto almeno una dose di vaccino anti-COVID-19 nel periodo di studio. Per quest'analisi abbiamo collegato i dati estratti dal sistema nazionale di sorveglianza del SARS-CoV-2 con i dati estratti dal registro nazionale delle vaccinazioni anti-COVID-19. Utilizzando un modello di regressione di Cox sono stati stimati gli *Hazard Ratio* (HR) annuali di ospedalizzazione e/o decesso per COVID-19 in relazione al Paese di nascita, distinguendo tra individui nati in Italia, nati in Paesi con alto *Human Development Index* (HDI), nati in Paesi con medio HDI, e nati in Paesi con basso HDI. L'analisi è stata condotta aggiustando per il potenziale confondimento dovuto a fattori demografici, comorbidità e altre condizioni di rischio, e livello di deprivazione del comune di residenza. L'analisi è stata ripetuta aggiungendo lo stato vaccinale come variabile tempo-dipendente nel modello per valutare l'impatto dell'adesione alle campagne vaccinali sulle associazioni osservate.

Risultati. Rispetto alla popolazione italiana, le persone nate all'estero sono risultate maggiormente colpite da forme gravi di COVID-19 nel 2021, in particolare quelle provenienti da Paesi con basso HDI (HR: 1,86; IC95%: 1,57-2,21) e medio HDI (HR: 1,96; IC95%: 1,84-2,10). Malgrado negli anni successivi questa differenza si sia ridotta per gli stranieri provenienti da Paesi a medio-alto HDI, fino ad annullarsi nel 2023-2024, un rischio aumentato di COVID-19 grave appare ancora presente nel 2024 tra gli stranieri provenienti da Paesi con basso HDI (HR: 1,49; IC95%: 1,28-1,72). Tenendo conto dello stato vaccinale, i diversi livelli di adesione alle campagne vaccinali spiegano una parte delle differenze osservate nel 2021-2022 tra gli stranieri provenienti da Paesi con basso-medio HDI, ma non appaiono incidere sulle differenze osservate negli anni successivi.

Conclusioni. Le disuguaglianze iniziali nei casi gravi di COVID-19 in base al paese di nascita, parzialmente spiegate da una differente adesione alle campagne vaccinali, si sono progressivamente ridotte nel corso dell'epidemia, eccetto per gli stranieri provenienti da Paesi a basso HDI. Questi risultati suggeriscono la necessità di dare priorità a questo sottogruppo nei futuri piani di preparazione alle pandemie in Italia, soprattutto nelle fasi iniziali della vaccinazione di massa.

LA SALUTE NELLA SOCIETÀ MULTICULTURALE. BENESSERE E SALUTE MENTALE DI ITALIANI, STRANIERI E ITALIANI FIGLI DI STRANIERI (SECONDE GENERAZIONI)

Fateh-Moghadam Pirous (1), Battisti Laura (1), Minardi Valentina (2), Asta Federica (2), Contoli Benedetta (2), Masocco Maria (2)

(1) Servizio Osservatorio Epidemiologico, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

(2) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Cittadinanza e status migratorio sono importanti determinanti di salute, direttamente e attraverso il condizionamento di altri determinanti (genere, istruzione, lavoro, reddito). Nel panorama italiano risultano ancora poco indagato il benessere dei figli italiani da genitori stranieri (seconde generazioni).

Obiettivi. Verificare la presenza di disuguaglianze sociali nella percezione della salute e nella prevalenza di sintomi di depressione dovute a cittadinanza e status migratorio, con particolare attenzione alle seconde generazioni.

Metodi. Analisi dei dati PASSI raccolti nel 2023, rappresentativi dei residenti in Italia di 18-69 anni. Dal 2023 in PASSI è possibile suddividere la cittadinanza in Italiani figli di Italiani (Italiani), stranieri figli di stranieri (stranieri) e Italiani figli di stranieri. Le associazioni tra cittadinanza e esiti di salute sono state valutate con analisi multivariata controllando per caratteristiche socio-demografiche.

Risultati. Sono state analizzate 34892 interviste del 2023. Il 91,4% degli intervistati sono italiani, l'1,9% italiani figli di stranieri e il 6,7% stranieri. Il livello di istruzione è simile tra Italiani e Italiani figli di stranieri, mentre gli stranieri risultano meno istruiti (diploma superiore/laurea: italiani 74,9% (IC95% 74,3-75,5), Italiani figli di stranieri 73,0% (69,1-76,9), stranieri 58,9% (56,6-61,2)). Sia gli Italiani figli di stranieri che gli stranieri dichiarano maggiori difficoltà economiche rispetto agli Italiani (Italiani figli di stranieri OR=2,0 $p<0,0001$; stranieri OR=2,2 $p<0,0001$), anche quando hanno un lavoro di tipo continuativo (Italiani figli di stranieri OR=1,9 $p<0,0001$; stranieri OR=2,0 $p<0,0001$). Hanno inoltre più frequentemente paura di perdere il lavoro rispetto agli Italiani, anche in caso di lavoro continuativo (Italiani figli di stranieri OR=1,6 $p<0,009$; stranieri OR=2,1 $p<0,0001$). A parità di condizioni socioeconomiche gli stranieri si dichiarano più frequentemente in buona salute (OR=1,3 $p<0,0001$) e presentano meno sintomi depressivi (OR=0,7 $p=0,004$). Gli Italiani figli di stranieri non mostrano differenze rispetto agli Italiani nella percezione della propria salute (dichiararsi in buona salute OR=1,1 $p=0,5$; avere sintomi depressivi OR=1,1 $p=0,6$). Suddividendo gli Italiani figli di stranieri per classi d'età si osserva che tra i 50-69enni il vantaggio di salute registrato negli stranieri si riduce (OR=1,5 $p=0,08$) e si annulla per le età inferiori: 35-49enni OR=0,9 $p=0,6$; 25-34enni OR=0,8 $p=0,6$; 18-24enni OR=1,1 $p=0,7$.

Conclusioni. Esistono barriere sociali che impediscono alle persone con background di immigrazione di sviluppare appieno le proprie potenzialità. Nonostante le difficoltà, gli

stranieri hanno una migliore percezione della salute e meno sintomi di depressione, che potrebbe essere riconducibile ad un maggiore senso di coerenza (Antonovsky). Questo vantaggio tende a perdersi progressivamente considerando le seconde generazioni.

DIFFERENZE SOCIALI E BENESSERE PERCEPITO NELL'INTERSEZIONALITÀ TRA GENERE E CITTADINANZA. DATI PASSI ITALIA 2022-2023

Fateh-Moghadam Pirous (1), Battisti Laura (1), Minardi Valentina (2), Asta Federica (2), Contoli Benedetta (2), Masocco Maria (2)

(1) Servizio Osservatorio Epidemiologico, Dipartimento di Prevenzione, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

(2) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Genere, cittadinanza impattano sulla salute, direttamente e attraverso il condizionamento di altri determinanti. Solitamente questi fattori vengono analizzati separatamente, più raramente nella loro intersezionalità.

Obiettivi. Verificare il ruolo dell'intersezione tra genere e cittadinanza nella percezione dello stato di salute e nella prevalenza di sintomi di depressione.

Metodi. Sono stati analizzati i dati PASSI raccolti negli anni 2022-2023 da un campione rappresentativo per genere e età della popolazione di 18-69 anni. Le associazioni sono state valutate con analisi multivariata controllando per caratteristiche socio-demografiche.

Risultati. Sono state analizzate 63.814 interviste del biennio di riferimento. Il 51,2% degli intervistati è donna e il 7,3% straniero. Le donne sono mediamente più istruite (laurea: F 24,8% [IC95% 24,3-23,4] - M 20,5% [19,9-21,1]) e sono meno occupate in lavori retribuiti (F 60,9% [60,2-61,5] - M 78,7% [78,0-79,3]). A parità di condizione lavorativa, età, istruzione e cittadinanza le donne dichiarano maggiori difficoltà economiche (OR=1,2 $p<0,0001$), pur avendo un lavoro di tipo continuativo (OR=1,3 $p<0,0001$) e sono più preoccupate di perdere il lavoro, anche in caso di lavoro continuativo (OR=1,3 $p<0,0001$). Tra Italiani e stranieri emergono disuguaglianze analoghe a quelle riscontrate per genere. Considerando l'intersezionalità tra genere e cittadinanza e considerando come riferimento gli uomini italiani, il rischio di difficoltà economiche aumenta per le donne italiane (OR=1,3 $p<0,0001$), per gli uomini stranieri (OR=2,4 $p<0,0001$), per le donne straniere (OR=2,4 $p<0,0001$). Il gradiente si conferma anche tra le persone con lavoro stabile (donne italiane OR=1,3 $p<0,0001$; uomini stranieri OR=1,8 $p<0,0001$; donne straniere OR=2,6 $p<0,0001$) e per la paura di perdere il lavoro (donne italiane OR=1,3 $p=0,0001$; uomini stranieri OR=2,0 $p<0,0001$; donne straniere OR=2,8 $p<0,0001$). Indipendentemente dalle variabili socio-demografiche e stratificando per genere, gli stranieri riferiscono più frequentemente una buona salute rispetto agli italiani (uomini str vs uomini ita OR=1,2 $p=0,0354$; donne str vs donne ita OR=1,3 $p<0,0001$) e mostrano meno frequentemente sintomi depressivi (uomini str vs uomini ita OR=0,5 $p<0,0001$; donne str vs donne ita OR=0,7 $p=0,0008$). Invece stratificando per cittadinanza, sia tra gli italiani, sia tra gli stranieri, le donne rispetto agli uomini riferiscono meno frequentemente di essere in buona salute (donne ita vs uomini ita OR=0,7 $p<0,0001$; donne str vs uomini str OR=0,8 $p=0,022$) e mostrano più frequentemente sintomi depressivi (donne ita vs uomini ita OR=1,5 $p<0,0001$; donne str vs uomini str OR=2,0 $p=0,0003$).

Conclusioni. Esistono disuguaglianze sociali nella salute che penalizzano il genere femminile e gli stranieri seguendo un gradiente che indica la presenza di barriere a livello sociale (patriarcato e razzismo strutturale). Questo vale sia nel confronto tra italiani e stranieri sia confrontando i due generi all'interno dei due gruppi (italiani e stranieri).

RISULTATI DI UNO STUDIO PILOTA SULLA VACCINAZIONE TRA I MIGRANTI ADULTI DI RECENTE ARRIVO IN ITALIA

Ferrari Caterina (1,2), Russo Maria Laura (2,5), Tosti Maria Elena (1), Marchetti Giulia (1), Bellini Arianna (2,6), Gatta Angela (3), Napoli Pier Angela (3), Perrelli Fabrizio (3), Trani Federica (3), Adamo Giovanna (3), Coraci Benedetta (4), Rusi Eqram (4,7)

(1) Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

(3) Azienda Sanitaria Locale, ASL Roma 2, Roma

(4) Centro di Prima Accoglienza Staderini, Medihospes, Roma

(5) SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

(6) Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

(7) Università degli Studi, Brescia

Introduzione e obiettivo. Riuscire a migliorare l'accesso alla vaccinazione per i migranti di recente arrivo è attualmente una priorità fondamentale per la salute pubblica; tuttavia, tale accesso è spesso ostacolato da numerose barriere sistemiche. Il progetto europeo "AcToVax4NAM" (Increased Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants/NAM) ha avuto l'obiettivo di migliorare l'accesso alle vaccinazioni per i NAM, ossia persone entrate nel paese ospitante negli ultimi 12 mesi, indipendentemente dal loro status giuridico. La fase finale del progetto in Italia ha previsto uno studio pilota presso un Centro di Accoglienza Straordinaria (CAS) nel territorio dell'ASL Roma 2, con l'obiettivo di aumentare la copertura vaccinale tra gli ospiti della struttura.

Metodi. Un team di ricercatori e operatori (tra cui il personale del CAS, il personale ASL e medici di medicina generale) ha co-progettato un percorso vaccinale *ad hoc* basato sulle linee guida nazionali e regionali, partendo dall'analisi delle barriere esistenti e delle possibili soluzioni. L'intervento si è concretizzato in sessioni informative per gli ospiti del CAS e sessioni di vaccinazione in loco, nonché nell'utilizzo di un glossario multilingue dei termini chiave della vaccinazione e materiale tradotto in nove lingue per il consenso informato, il pre-triage e consigli post-vaccinazione.

Risultati. I tassi di vaccinazione tra i NAM sono aumentati da 0,4 per 100 mesi-persona nel 2023 a 7,6 nel 2024 (RR=21,7; IC95%: 8,5-70,6). Tra coloro che hanno partecipato alle sessioni informative, il 60% è stato vaccinato, mentre solo il 17,6% dei non partecipanti è risultato vaccinato (OR=7,0; IC95%: 2,6-18,8). Anche i NAM che non hanno partecipato alle sessioni informative hanno registrato tassi di vaccinazione più elevati rispetto al 2023 (RR=13,4; IC95%: 4,8-46,3). Un aumento simile è stato rilevato anche tra gli ospiti del CAS non definiti come NAM, che si trovavano all'interno della struttura in cui l'intervento è stato implementato.

Conclusioni. Questo studio pilota ha aumentato significativamente i tassi di vaccinazione tra i NAM nel setting scelto. I dati confermano che i migranti adulti hanno maggiori probabilità di rimanere indietro rispetto al calendario vaccinale, mentre i minori aderiscono maggiormente, anche perché la frequenza scolastica richiede il rispetto dell'obbligo

vaccinale. Tuttavia, questo studio ha dimostrato che interventi collaborativi e multisettoriali superano efficacemente le barriere sistemiche alla vaccinazione e possono migliorare la copertura vaccinale dei NAM adulti.

EQUITÀ DEI PROGRAMMI EDUCATIVI PER LA GESTIONE DEL DIABETE E DEGLI STILI DI VITA: IL CONTRIBUTO DEL PROGRAMMA CARE4DIABETES ITALIA PLUS (C4DI+) JACARDI PER POPOLAZIONI MIGRANTI DAL NORD AFRICA

Giacomozzi Claudia, Barbalace Marta, Gruppo di lavoro del programma Care4Diabetes Italia plus (c4di+) (*)

Dipartimento di Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. I migranti adulti giunti in Italia dal Nord Africa hanno un rischio di diabete (tipo 2) 2-4 volte superiore ai loro coetanei italiani. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non sempre riesce a garantire loro l'equità dei servizi, anche per via di barriere linguistiche, religiose, economiche e culturali. Lo studio pilota Care4Diabetes Italia plus (c4di+, progetto JACARDI) sta esplorando fattibilità e utilità di un programma educativo che ne guidi lo sviluppo di consapevolezza e auto-monitoraggio, l'adozione di stili di vita salutari, la riduzione del carico di malattia.

Metodi. Il modello c4di+, ispirato alla Best Practice ReverseDiabetes2Now è stato adattato a questa specifica popolazione attraverso un processo iterativo di co-design, svolto nell'ambito di un Advisory Board *ad-hoc*, nel pieno rispetto di cultura, tradizione e religione. L'intervento in tre fasi (conoscitiva, intensiva, *follow-up*), della durata di un anno, si fonda su: interazione continua con un team multidisciplinare di esperti coadiuvato dal facilitatore culturale; incontri e tutorial di persona e online su gestione clinica del diabete, nutrizione, movimento, stress e sonno; piattaforma digitale multifunzione.

Risultati. La fase preliminare (febbraio-marzo 2026), è consistita in 3 incontri informativi online aperti a tutti. Da aprile 2026 è attiva la fase intensiva, con incontri mensili in presenza. Tra le azioni e i materiali fin qui prodotti, in italiano e arabo, segnaliamo i decaloghi su diabete e pilastri del benessere, i diari per auto-monitoraggio, approfondimenti su principi nutrizionali ed esercizio fisico, e un workshop per una partecipata "anamnesi alimentare". Il programma monitorerà alcuni indicatori per almeno 6 mesi (profilo glicemico e lipidico, peso, circonferenza vita, abitudini alimentari e di movimento, salute percepita). Sarà comunque possibile continuare ad includere partecipanti, per meglio valutare aspetti quali partecipazione e aderenza.

Conclusioni. Per il coinvolgimento dei migranti nel programma sono risultati vincenti la divulgazione capillare sul territorio e l'inversione del modello c4di+: mentre per la popolazione italiana si è rivelato efficace partire da lezioni frontali, approfondimenti e tutorial, poi seguiti dalla distribuzione di materiali didattici, con le persone migranti intercettate è risultato convincente un processo iterativo che, a partire da esempi molto pratici e da informazioni di base, ha fatto emergere problematiche macroscopiche da cui partire per poi stimolare l'interesse ad approfondire e a proseguire il percorso. In virtù della sua

adattabilità, scalabilità e, auspicabilmente, della sua sostenibilità, il modello c4di+ potrebbe essere integrato nei percorsi di cura del SSN, contribuendo a ridurre le disuguaglianze e migliorandone equità, gestione e spesa.

**Gruppo di lavoro del programma Care4Diabetes Italia plus (c4di+): Pandolfo Mayme Mary, Barbalace Marta, Claro Angelo Emilio, Mancuso Marco Giuseppe, Monte Sara, Rizzi Alessandro, Al Husban Ahmad, Giacomozzi Claudia*

IVG E BACKGROUND MIGRATORIO IN ITALIA: TREND E DIFFERENZE SOCIODEMOGRAFICHE (2003-2024)

Longhi Marzia (1), D'Aloja Paola (2), Mandolini Donatella (2), Corsi Decenti Edoardo (2), Mayer Flavia (3), Da Cas Roberto (3), Capparucci Paola (4), Pompili Anna (5), Donati Serena (2)
(1) *Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione, ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica, Roma*
(2) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(3) *Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
(4) *SIMM, Gruppo Salute Donna, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma*
(5) *Servizio di Salute Riproduttiva e IVG, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma*

Introduzione. L'accesso ai servizi per la salute sessuale e riproduttiva, inclusa l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), rappresenta un diritto fondamentale e un indicatore chiave di equità sanitaria. La sorveglianza epidemiologica dell'IVG, attiva presso l'Istituto Superiore di Sanità dal 1980 in collaborazione con ISTAT e Regioni/Province Autonome, consente di monitorare il fenomeno e orientare interventi di salute pubblica. Nel 2024, le donne con background migratorio costituivano il 12,6% della popolazione femminile residente in età fertile (15-49 anni) ma rappresentavano il 26,5% delle IVG effettuate in Italia, con un tasso di abortività pari a 12,2‰ rispetto al 5,3‰ delle italiane. Obiettivo dello studio è descrivere l'andamento dei tassi di IVG, le disuguaglianze sociodemografiche e di accesso ai servizi per cittadinanza in Italia dal 2003 al 2024.

Metodi. I dati ISTAT hanno permesso di stimare i tassi di abortività per 1.000 donne residenti di età 15-49 anni, distinti per cittadinanza: italiana, di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). Sono stati analizzati i *trend* temporali, le caratteristiche sociodemografiche e i tassi specifici per alcune delle principali cittadinanze nel periodo 2003-2024.

Risultati. Tra il 2003 e il 2024, il tasso di abortività è diminuito da 7,6‰ a 5,3‰ tra le donne italiane e da 40,6‰ a 12,2‰ tra quelle provenienti da PFPM. Nel 2024, i tassi più elevati si osservano tra le donne provenienti da Perù (40,4‰), Nigeria (26,3‰), Marocco (10,9‰), Cina (10,6‰), Albania (10,3‰) e Romania (8,6‰). Rispetto alle italiane, le donne con background migratorio che effettuavano IVG hanno più frequentemente ≥ 2 figli (49,3% vs 31,3%), sono più spesso coniugate (45,2% vs 26,6%), meno istruite e meno occupate. La quota di IVG ripetute risultava pari al 20,4% tra le italiane e al 29,7% tra le donne migranti. Nel 2024, il 55,4% delle donne con background migratorio e il 44,8% delle italiane si è rivolto al consultorio familiare per ottenere il certificato per l'IVG.

Conclusioni. Negli ultimi vent'anni i tassi di IVG tra le donne provenienti da PFPM si sono ridotti del 70%, pur rimanendo oltre il doppio rispetto a quelli delle italiane. Persistono

disuguaglianze nell'accesso ai servizi di salute sessuale e riproduttiva e alla contraccezione, legate a barriere informative, linguistiche, culturali ed economiche. Le differenze osservate per cittadinanza evidenziano bisogni assistenziali eterogenei e la necessità di rafforzare l'accessibilità ai consultori familiari con la presenza di operatori multilingue nei servizi front-office e di mediatrici linguistico-culturali in quelli di assistenza.

EQUITÀ NELL'ASSISTENZA AL PERCORSO NASCITA PER LE DONNE CON CITTADINANZA STRANIERA IN ITALIA

Mandolini Donatella (1), Corsi Decenti Edoardo (1), D'aloja Paola (1), Lega Ilaria (1), Mastroeni Simona (1), Tommasella Margherita (1,2), Ventura Martina (1), Andreozzi Silvia (1), Bucciarelli Mauro (1), Donati Serena (1)

(1) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Maltattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma*

Introduzione. L'equità nell'accesso ai servizi per la salute riproduttiva rappresenta un indicatore fondamentale di inclusione sociale e integrazione delle popolazioni migranti. In Italia, i cittadini stranieri rappresentano il 9% della popolazione residente; il 51% sono donne e quelle in età riproduttiva costituiscono il 12,2% delle residenti, contribuendo a un quinto delle nascite. La sorveglianza nazionale della mortalità materna e i progetti sulla grave morbosità materna coordinati dall'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) consentono di identificare disuguaglianze nell'assistenza e negli esiti del percorso nascita in funzione della cittadinanza delle donne.

Metodi. Sono stati analizzati i dati 2024 del flusso nazionale del Certificato di assistenza al parto (CeDAP), i risultati della sorveglianza della mortalità materna e della ricerca sulla grave morbosità materna, coordinate da ItOSS-ISS che attualmente include il 99% dei nati in Italia.

Risultati. Nel 2024, il 20,5% dei parti ha riguardato cittadine non italiane, con quote superiori al 30% in Emilia-Romagna, Liguria e Marche. Rispetto alle italiane, le madri con cittadinanza straniera erano mediamente più giovani (31,3 vs 33,3 anni), presentavano più frequentemente un livello di istruzione medio-basso (42,2% vs 21,9%), erano più spesso casalinghe (50,5% vs 16,2%) e accedevano più tardivamente al primo bilancio di salute in gravidanza (9,8% vs 1,7%). Nel periodo 2011-2021, la sorveglianza ItOSS ha rilevato un rapporto di mortalità materna pari a 10,8 decessi per 100.000 nati vivi tra le cittadine straniere rispetto a 7,4 tra le italiane, con valori più elevati tra le donne asiatiche (13,2) e africane (15,3). Le donne non italiane presentavano inoltre un rischio maggiore di grave morbosità materna. Gli studi ItOSS su emorragia ostetrica, sepsi ed eclampsia hanno evidenziato un aumento del rischio di isterectomia dopo emorragia del post partum e di sepsi nelle donne straniere e hanno documentato la presenza di una barriera linguistica nel 35-49% dei casi di sepsi ed eclampsia, rispettivamente.

Conclusioni. Nonostante il Servizio Sanitario Nazionale garantisca l'accesso gratuito all'assistenza al percorso nascita indipendentemente dalla cittadinanza o dallo status giuridico, le cittadine straniere continuano ad avere peggiori esiti perinatali. La maggiore vulnerabilità sociale, le barriere linguistiche e culturali, le difficoltà di accesso e fruizione dei servizi e la più frequente assenza di una rete familiare di supporto contribuiscono alle disuguaglianze osservate. Rafforzare l'appropriatezza dell'assistenza e garantire la disponibilità di mediazione linguistico-culturale rappresentano una priorità di salute pubblica per ridurre le disuguaglianze e migliorare gli esiti perinatali.

LE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE NELLE POPOLAZIONI VULNERABILI: UNA REVISIONE SISTEMATICA SULL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI

Marchetti Giulia (1), Ferrari Caterina (1,2), Turatto Federica (1), Benoni Roberto (1,2), Pizzarelli Scilla (3), Gesuita Rosaria (4,5), Faragalli Andrea (4,6), Bonanno Giulia (2), Centola Carmela (7), Turrone Casadei Viola (2), Puliani Natascia (7), Baldassari Arianna (7), Fei Giulia (2), Goletti Benedetta (2), Unim Brigid (8), Declich Silvia (1), Tosti Maria Elena (1)

(1) Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(2) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma
(3) Servizio Comunicazione Scientifica, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(4) Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
(5) RCCS INRCA, Ancona
(6) Dipartimento di Scienze della Vita, della Salute e delle Professioni Sanitarie, Università degli Studi Link, Roma
(7) Scuola di Specializzazione in Statistica Sanitaria e Biometria, Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
(8) Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche e Invecchiamento, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Introduzione. Le Malattie Respiratorie Croniche (MRC) sono associate a significativa morbidità, mortalità e disabilità, in particolare tra le popolazioni vulnerabili, per questo rappresentano importanti sfide di salute pubblica a livello mondiale. Nell'ambito della Joint Action on REspiratory Diseases (JARED) è stata condotta una revisione sistematica della letteratura per indagare quali siano le possibili barriere e soluzioni relative all'accesso alla prevenzione, alla diagnosi precoce, al trattamento e ai servizi di *follow-up* per le MRC, nelle popolazioni vulnerabili. Tali popolazioni comprendono migranti, rifugiati, minoranze etniche e popolazioni socialmente svantaggiate.

Materiali e metodi. La revisione sistematica è stata condotta secondo il framework PRISMA 2009. Sono state consultate le banche dati Medline, Embase e SciSearch, includendo studi, pubblicati dal 2015 al 2025, che riguardano le popolazioni della Regione Europea dell'OMS. Sono stati inclusi articoli qualitativi, quantitativi e mixed-methods in lingua inglese, italiana, portoghese e spagnola. La qualità degli studi inclusi è stata valutata utilizzando le checklist del Joanna Briggs Institute.

Risultati. Dei 3.696 articoli valutati ne sono stati inclusi 37. Gli studi riguardano Tubercolosi (TB) (31 articoli), asma (5) e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (1). Poiché molti articoli trattano più livelli di assistenza (diagnosi, screening, prevenzione, riabilitazione e trattamento), i risultati sono stati organizzati in 54 record in base al livello di assistenza. Gli articoli trattano principalmente lo screening (22 record) e il trattamento (26 record). Degli studi inclusi nella revisione, 25 sono stati valutati di alta qualità, mentre 9 di media e 3 studi di bassa qualità. I risultati preliminari della revisione si focalizzano sull'accesso ai servizi di screening

per la TB. Le principali barriere riscontrate per l'accesso allo screening sono la scarsa conoscenza della patologia o della possibilità di eseguire lo screening, le difficoltà linguistico-culturali, la paura dell'isolamento e lo stigma. Anche il paese di provenienza è risultato un fattore determinante per l'accesso. Tra i principali facilitatori per l'accesso allo screening per la TB sono emersi: la formazione del personale, l'utilizzo dei servizi di mediazione culturale, il coinvolgimento delle comunità e la presa in carico già attiva per altre patologie.

Conclusioni. Considerata la complessità di queste sfide, è essenziale riesaminare e analizzare sistematicamente le disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione, alla diagnosi precoce, al trattamento e ai servizi di *follow-up* per le CRD, in particolare nelle popolazioni vulnerabili. I risultati preliminari di questa revisione confermano che affrontare queste disuguaglianze richiede un approccio multidisciplinare che contribuisca al miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari.

CLASSIFICARE I MIGRANTI DI RECENTE ARRIVO NELL'UE PER PROGRAMMARE L'OFFERTA VACCINALE

Marchetti Giulia (1), Tosti Maria Elena (1), Russo Maria Laura (2), Karnaki Pania (3), Marceca Maurizio (2), Declich Silvia (1), Ingleby David (4)

(1) *Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma*

(3) *Prolepsis Institute, Atene*

(4) *Centre for Social Science and Global Health, University of Amsterdam, Amsterdam*

Introduzione. Migliorare l'accesso alla vaccinazione per i migranti richiede una comprensione approfondita della popolazione target al fine di costruire un'offerta vaccinale basata sui bisogni. Questa indagine è stata condotta nell'ambito del progetto AcToVax4NAM, finanziato dal 2021 al 2024 dalla Commissione europea all'interno del 3° Programma sanitario dell'UE (Grant n° 101018349). Il progetto mirava proprio al miglioramento dell'accesso alla vaccinazione per i migranti appena arrivati (NAM). In questo contesto, l'indagine analizza i dati sui NAM nei Paesi del consorzio AcToVax4NAM (Cipro, Germania, Grecia, Italia, Malta, Polonia, Romania, Spagna) e nell'UE, al fine di elaborare un framework per la classificazione e descrizione dei migranti.

Metodi. Sono stati analizzati gli arrivi in Europa tra il 2013 e il 2023, utilizzando principalmente i dati dal dataset di Eurostat. I NAM sono stati categorizzati sulla base dei motivi di arrivo come “managed” o “unmanaged”. Per “managed” si intende una migrazione in cui i Paesi hanno la competenza giuridica di decidere se ammettere o meno una persona nel paese. Al contrario, per “unmanaged” si intende quella in cui i Paesi hanno una libertà limitata nel decidere se accettare o meno una domanda, poiché la decisione è disciplinata dal diritto internazionale. Tuttavia, si è aggiunta un'ulteriore categoria “intermediate”, in cui la migrazione è parzialmente regolamentata dal singolo Paese.

Risultati. Nel periodo osservato, il trend dei nuovi arrivi è stato influenzato dal picco di ingressi non autorizzati nel 2015, dall'emergenza COVID-19 e dalla crisi in Ucraina. Si riscontrano ampie variazioni tra i Paesi del consorzio nelle proporzioni delle diverse categorie di migranti e nelle tendenze nel corso del tempo.

Conclusioni. Classificare la migrazione nelle tre categorie “managed”, “unmanaged” e “intermediate” può aiutare a stimare la popolazione di riferimento dei NAM e a fornire un quadro operativo per pianificare un'equa offerta vaccinale.

ANALISI DEI DATI DISPONIBILI SULLA VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 DELLA POPOLAZIONE STRANIERA NON RESIDENTE IN ITALIA

Marchetti Giulia (1), Petrone Daniele (2), Geraci Salvatore (3), Proietti Valeria (4), Battilomo Serena (4), Fabiani Massimo (2), Declich Silvia (1)

(1) *Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Dipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(3) *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma*

(4) *Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute, Roma*

Introduzione. Durante la campagna di vaccinazione contro il COVID-19, anche la popolazione straniera non residente in Italia è stata inclusa nei piani di vaccinazione. Lo scopo era descrivere la situazione vaccinale in questa popolazione e valutare la possibilità di stimarne la copertura vaccinale contro il COVID-19.

Metodi. I dati sono stati ricavati dal Registro Nazionale dei Vaccini (AVN) per la popolazione straniera non residente in Italia vaccinata con il codice fiscale provvisorio, la popolazione straniera temporaneamente presente vaccinata tramite il codice STP, i cittadini dell'UE non iscritti al sistema sanitario italiano identificati tramite il codice ENI, e la popolazione residente nata in Italia e all'estero, entrambe identificate tramite la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM).

Risultati. Nel periodo dal 27 dicembre 2020 al 14 giugno 2023, gli stranieri non residenti in Italia che hanno ricevuto la vaccinazione contro il COVID-19 rappresentavano solo lo 0,38% della popolazione totale vaccinata e il 3,47% della popolazione straniera vaccinata. Le informazioni relative alla "cittadinanza" non sono state sempre registrate nell'AVN.

Conclusioni. Le difficoltà nell'accesso alle vaccinazioni anti-COVID-19 per gli stranieri non residenti in Italia hanno creato nuove opportunità, ma il processo richiede ulteriori sforzi per superare le sfide organizzative, amministrative e di raccolta dati necessarie a garantire un accesso equo e universale alle vaccinazioni per tutte le persone presenti sul territorio, indipendentemente dal loro status giuridico o dal paese di origine. Lo studio ha inoltre evidenziato l'impossibilità di calcolare la copertura vaccinale degli stranieri non residenti e la necessità di migliorare la raccolta delle variabili già esistenti e di includere nei sistemi informativi quelle necessarie per valutare la salute dei migranti.

DISUGUAGLIANZE NELLA PREVALENZA, NEI FATTORI DI RISCHIO E NELLA PRESA IN CARICO DEL DIABETE MELLITO TRA CITTADINI ITALIANI E STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA. PASSI, 2014-2023

Minardi Valentina (1), Asta Federica (1), Contoli Benedetta (1), Sampaolo Letizia (2), Carrozzi Giuliano (2), Battisti Laura (3), Fateh-Moghadam Pirous (3), Masocco Maria (1)

(1) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Servizio Epidemiologia e Comunicazione del Rischio dell'Azienda USL, Modena

(3) Osservatorio Epidemiologico, Dipartimento di Prevenzione Centro per i Servizi Sanitari, Trento

Introduzione. Il diabete mellito rappresenta una delle principali cause di morbosità cronica nei Paesi ad alto reddito. In Italia, la crescente presenza di popolazioni con background migratorio impone un'analisi delle disuguaglianze nella prevalenza della malattia, nei fattori di rischio e nei percorsi di presa in carico.

Metodi. Sono stati analizzati i dati di PASSI relativi al periodo 2014-2023, raccolti su un campione rappresentativo della popolazione 18-69 anni residente in Italia. La popolazione straniera è stata classificata per macro-area di provenienza e cittadinanza (EU-PSA, EU-PFPM, Africa, Asia, America Centro-Sud). La prevalenza di diabete e le associazioni con caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, livello di istruzione, difficoltà economiche, macroarea di residenza), fattori di rischio cardiovascolare, stili di vita e indicatori di presa in carico sono state stimate mediante modelli di regressione di Poisson, con Prevalence Rate Ratios (PRR) e relativi intervalli di confidenza al 95%.

Risultati. L'analisi ha incluso oltre 303.000 interviste, di cui il 6% relative a cittadini stranieri. La prevalenza di diabete è pari al 5% tra gli italiani e varia tra gli stranieri dal 4% al 6%, con valori più elevati tra i provenienti da Africa e Asia, confermati dall'analisi multivariata a parità di caratteristiche socioeconomiche. Mentre la prevalenza tra gli italiani rimane stabile dal 2008, tra gli stranieri aumenta a partire dal 2020, arrivando al 6% nel biennio 2022-2023. Gli stranieri che vivono in Italia da oltre 10 anni presentano un PRR di diagnosi di diabete pari a 1,622 (IC95%: 1,264-2,083) rispetto ai residenti da minor tempo. Emergono inoltre disuguaglianze nella presa in carico, nella consapevolezza e nell'adesione al monitoraggio della patologia: il 19% dei diabetici provenienti dall'Asia è seguito presso centri diabetologici, contro il 32% degli italiani; il 67% conosce il test dell'HbA1c (vs il 78%) e solo il 29% ha effettuato il test negli ultimi 4 mesi (vs 35%). A parità di caratteristiche sociodemografiche, tra i diabetici italiani si osservano minori prevalenze di fumo (PRR 0,903) e consumo di alcol (PRR 0,834) rispetto ai non diabetici, mentre tra i diabetici stranieri, non emergono differenze significative per consumo di alcol e sedentarietà, mentre il fumo risulta meno frequente (PRR 0,673).

Conclusioni. I risultati evidenziano la presenza di disuguaglianze persistenti e strutturali nella prevalenza e nella gestione del diabete tra cittadini italiani e stranieri. Interventi di prevenzione e modelli di presa in carico culturalmente competenti appaiono fondamentali per ridurre il carico di malattia e contrastare le disuguaglianze di salute.

ACCESSO EQUO ALLA VACCINAZIONE CONTRO IL COVID-19 TRA I MIGRANTI IN CONDIZIONE DI IRREGOLARITÀ: L'ESPERIENZA DI ROMA

Punzo Ornella (1), Ferrara Carla (2), Pierconti Silvia (3)

(1) *Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Centro Nazionale Trapianti, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(3) *INMP, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma*

Introduzione. Durante la campagna di vaccinazione contro il COVID-19, i migranti in condizioni di precarietà e privi di documenti sono stati formalmente inclusi nelle strategie di vaccinazione in molti contesti ad alto reddito, ma le barriere amministrative, linguistiche, digitali e legate alla fiducia hanno continuato a limitarne l'accesso. Questo studio descrive il ruolo delle Organizzazioni della Società Civile (OSC) nel facilitare la vaccinazione contro il COVID-19 tra i migranti in condizioni di precarietà a Roma ed esamina le implicazioni per l'erogazione equa dei servizi e la preparazione e capacità di risposta della sanità pubblica.

Metodi. Abbiamo condotto uno studio descrittivo retrospettivo su dati operativi anonimizzati condivisi da due OSC coinvolte nella risposta regionale del Lazio alla vaccinazione contro il COVID-19 a Roma, Nonna Roma e INTERSOS. Il dataset di Nonna Roma includeva informazioni su età, sesso, paese di origine, nazionalità e documenti rilevanti per l'accesso all'assistenza sanitaria. INTERSOS ha fornito dati aggregati sulle persone assistite. Abbiamo caratterizzato attraverso analisi statistiche descrittive la popolazione raggiunta e valutato con il test del chi-quadro le associazioni tra il possesso di documenti e la fascia d'età o l'area geografica di provenienza nel dataset di Nonna Roma. Un questionario in corso di ultimazione, destinato al personale delle autorità locali e regionali, è mirato a valutare le difficoltà logistiche, la disponibilità di risorse e le lacune normative che incidono sull'accesso alla vaccinazione per i migranti irregolari.

Risultati. dopo la pulizia dei dati, il dataset Nonna Roma comprendeva 531 record. Gli uomini erano sovrarappresentati e oltre l'80% delle persone aveva meno di 45 anni. Complessivamente, il 78,4% era in possesso di almeno un documento che potenzialmente consentiva l'accesso all'assistenza sanitaria o ai servizi di vaccinazione. Il possesso di un documento era significativamente associato al continente di origine e alla fascia d'età. INTERSOS ha sostenuto la vaccinazione di 145 migranti tra maggio 2021 e febbraio 2022 (69% di sesso maschile; 85% età compresa tra i 30 e i 59 anni).

Conclusioni. questo studio dimostra che l'idoneità formale non si traduce automaticamente in un accesso effettivo per i migranti in condizioni di precarietà e privi di documenti. Le OSC possono fungere da ponti essenziali tra i sistemi sanitari e le persone che rimangono formalmente incluse ma praticamente escluse. È necessario rivalutare i modelli di erogazione dei servizi per includere meglio i gruppi di migranti vulnerabili e garantire un accesso equo ai servizi sanitari essenziali, in particolare durante una pandemia.

DISPARITÀ ASSISTENZIALI IN AMBITO CARDIOVASCOLARE TRA POPOLAZIONE CON CITTADINANZA IN PAESI AD ALTA PRESSIONE MIGRATORIA E POPOLAZIONE ITALIANA: UNO STUDIO BASATO SULLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Rosato Stefano (1), Tosti Maria Elena (1), Burgio Alessandra (2), Ronconi Alessandra (2),
D'Errigo Paola (1)

(1) Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Introduzione. La letteratura scientifica evidenzia disparità nell'accesso ai servizi sanitari da parte di sottogruppi di popolazione più vulnerabili, sia in termini di Ospedalizzazioni potenzialmente Evitabili (OE) sia in termini di tempestività e appropriatezza delle cure. Obiettivo dello studio è analizzare le differenze tra individui con cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e i cittadini italiani nell'accesso ai servizi sanitari e ai percorsi clinico-assistenziali più appropriati in ambito cardiovascolare.

Metodi. Il database nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera rappresenta la principale fonte di dati utilizzata in questo studio. Sono stati analizzati tutti i ricoveri di pazienti adulti (età > 18 anni) avvenuti negli ospedali per acuti, pubblici e privati, italiani. Le OE sono state valutate attraverso i ricoveri per ipertensione arteriosa e scompenso cardiaco registrati nel periodo 2022-2024. Sono stati calcolati i tassi standardizzati per la popolazione da PFPM e confrontati con quelli della popolazione italiana utilizzando come standard la popolazione italiana complessiva (2022-24). I dati della popolazione residente per cittadinanza, sesso ed età sono di fonte ISTAT. Per valutare tempestività e appropriatezza dei percorsi clinico-assistenziali ospedalieri sono stati analizzati i ricoveri per infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) relativi al 2023 e calcolate la proporzione di pazienti con STEMI trattati con angioplastica coronarica percutanea (PTCA) entro 2 giorni dal ricovero e la proporzione di pazienti gestiti in reparti specialistici, aggiustando per età e genere.

Risultati. Negli anni 2022-2024 gli adulti con cittadinanza in PFPM hanno mostrato tassi di OE superiori rispetto a quelli degli italiani, con differenze meno marcate per l'ipertensione arteriosa ($RR=1,13$, $p_value<0,0001$) e più marcate per lo scompenso cardiaco ($RR=1,31$, $p_value<0,0001$). Relativamente ai percorsi clinico-assistenziali ospedalieri, non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due gruppi nell'accesso alla PTCA entro 2gg ($OR=1,07$, $p_value=0,402$), mentre la probabilità di essere gestiti in un reparto specialistico è risultata di circa il 30% più bassa nel gruppo PFPM ($OR=0,67$, $p_value=0,0003$) con un potenziale rischio di esiti negativi a medio termine dovuti a una gestione meno appropriata.

Conclusioni. I risultati confermano la tendenza della popolazione adulta proveniente da PFPM a ricorrere più frequentemente a ricoveri ospedalieri potenzialmente prevenibili con

un'adeguata gestione sul territorio anche in ambito cardiovascolare, suggerendo criticità nell'accesso o nell'efficacia dell'assistenza territoriale. Inoltre, sebbene non emergano differenze nell'accesso tempestivo alla PTCA, i pazienti provenienti da PFPM hanno una minore probabilità di essere gestiti in reparti specialistici, evidenziando possibili disuguaglianze anche nell'appropriatezza del percorso assistenziale ospedaliero.

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE E CLINICHE DEI PAZIENTI MIGRANTI AFFERENTI AI CDCD ITALIANI: RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO CROSS-SECTIONAL DEL PROGETTO IMMIDEM

Sciancalepore Francesco (1), Bacigalupo Ilaria (1), Contoli Benedetta (1), Bellomo Guido (1), Marconi Domitilla (2), Cova Ilaria (3), Acampora Anna (4), Vanacore Nicola (1), Canevelli Marco (5)

(1) *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(2) *Scuola Post Laurea di Sanità Pubblica, Università degli Studi, Siena*

(3) *Ospedale Luigi Sacco, Milano*

(4) *Dipartimento Epidemiologia, Regione Lazio, Roma*

(5) *Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma, Roma*

Introduzione. Il progetto ImmiDem “*Dementia in migrants living in Italy: promoting a diversity-sensitive clinical approach and provision of care*” nasce dalla crescente consapevolezza che i fenomeni migratori stiano modificando il profilo epidemiologico della popolazione anziana residente in Italia. Uno degli obiettivi del progetto è stato indagare le caratteristiche demografiche, socioculturali e cliniche dei migranti con disturbi cognitivi residenti in Italia.

Metodi. È stato condotto uno studio multicentrico cross-sectional presso 19 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD) nel 2024/25. In occasione di accesso al servizio, con una scheda di raccolta dati validata, sono state raccolte variabili relative a stato sociodemografico, anamnesi migratoria, fattori di rischio per la demenza e stato clinico. Le visite sono state eseguite con mediatore culturale o interprete lì dove possibile. I soggetti nati all'estero sono stati identificati come “migranti” ed è stato poi eseguito un confronto con soggetti nati in Italia afferenti agli stessi servizi. I dati sono stati raccolti e analizzati in forma anonimizzata con analisi inferenziali.

Risultati. Sono stati arruolati 869 soggetti, di cui il 54% migranti. Rispetto ai nativi, i migranti presentavano un'età significativamente inferiore (73 vs 80 anni; $p<0,001$) e un livello medio di istruzione più elevato, pur essendo più frequentemente occupati in lavori a bassa qualificazione. Tra i fattori di rischio per la demenza nei migranti risultavano inoltre più frequenti: isolamento sociale (30,4% vs 16,8%; $p<0,001$), inattività fisica (59,9% vs 50,8%; $p=0,008$), consumo di alcol (10,0% vs 5,5%; $p=0,014$) e traumi cranici (15,2% vs 7,3%; $p<0,001$). Dal punto di vista cognitivo, i migranti mostravano performance peggiori rispetto ai nativi sia al MMSE ($20,6\pm 7,5$ vs $22,2\pm 6,1$) sia alla RUDAS ($19,7\pm 7,6$ vs $20,5\pm 6,1$). Il 66% del campione totale presentava almeno due patologie croniche. Analizzando la durata della permanenza in Italia, i migranti residenti da almeno 20 anni mostravano odds significativamente più elevate di multimorbilità rispetto ai migranti di più recente stabilizzazione (OR=1,89; IC95% 1,02–3,47) e ai nativi (OR=1,49; $p=0,040$).

Conclusioni. I dati evidenziano che i migranti presentano uno stato di salute peggiore rispetto ai nativi e che lo stesso tende a deteriorarsi all'aumentare degli anni in Italia ("effetto migrante esausto"), in accordo con la letteratura internazionale. È fondamentale orientare i servizi garantendo un'assistenza culturalmente appropriata per rispondere ai bisogni di questa popolazione e ridurre le disuguaglianze di salute.

CIÒ CHE VIENE MISURATO PUÒ ESSERE REALIZZATO: MIGLIORARE LA RACCOLTA DEI DATI SULLE VACCINAZIONI TRA LE PERSONE MIGRANTI DI RECENTE ARRIVO

Tosti Maria Elena (1), Ferrari Caterina (1,2), Russo Maria Laura (2,3), Marchetti Giulia (1), Marceca Maurizio (2,3), Declich Silvia (1,3)

(1) Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

(3) SIMM, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Introduzione. Il progetto europeo "AcToVax4NAM" (Increased Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants/NAM) si è svolto nel periodo (2021-2024) in risposta a una call della Commissione Europea che parte da due assunzioni: a) i migranti appena arrivati (NAM) presentano una copertura vaccinale insufficiente; b) è necessario aumentare la copertura vaccinale e l'adesione alla vaccinazione tra i NAM.

Metodi. Sappiamo però che per calcolare la copertura vaccinale occorre sia il numero di vaccinazioni effettuate tra i NAM (numeratore) che il numero di NAM entrati nel Paese (denominatore) e che spesso i dati non sono disponibili in forma integrata perché vengono raccolti da settori/ministeri diversi (Ministero della Salute e Ministero dell'Interno) oppure non vengono raccolti in modo sistematico, ma solo *ad hoc*. Infatti, i dati relativi alle vaccinazioni tra i cittadini di origine straniera (NAM) spesso non sono inseriti nei sistemi informativi sanitari correnti: a) il flusso di dati sulle vaccinazioni non contiene informazioni sul contesto migratorio e pertanto non è possibile identificare e conteggiare le vaccinazioni dei cittadini di origine straniera (NAM); b) il flusso di dati sulla popolazione spesso non include i cittadini di origine straniera (NAM) che non risiedono nel Paese e pertanto è difficile conteggiarli.

Risultati. Durante gli studi pilota degli 8 Paesi partecipanti al progetto, solo 3 sono riusciti a calcolare la copertura vaccinale (percentuale di NAM che sono stati vaccinati in un determinato periodo di tempo tra coloro che si trovano nel contesto scelto per il progetto pilota), 6 Paesi hanno calcolato l'aderenza alla vaccinazione (percentuale di NAM che hanno deciso di vaccinarsi tra coloro che beneficiano dell'intervento), mentre tutti hanno potuto calcolare solo l'intenzione di vaccinarsi (percentuale di NAM non vaccinati che hanno espresso l'intenzione di vaccinarsi tra coloro che beneficiano dell'intervento) e la vaccine literacy (aumento della conoscenza individuale sui vaccini dopo l'intervento, valutata come indicatore surrogato in alcuni studi pilota).

Conclusioni. Il quadro concettuale generale di AcToVax4NAM prevede un hub dedicato alla valutazione (le attività necessarie per valutare l'efficacia del processo di vaccinazione per i NAM) che raccomanda di rafforzare la raccolta e l'accesso ai dati attraverso le seguenti azioni: a) colmare le lacune nei registri di vaccinazione dei NAM migliorando l'accesso ai dati e conducendo valutazioni periodiche per comprendere l'entità della copertura vaccinale dei NAM; b) migliorare la collaborazione con i registri locali e i servizi governativi per una migliore qualità dei dati; c) integrare sistematicamente le variabili demografiche chiave

(paese di nascita, cittadinanza, anno di arrivo e Paesi di nascita dei genitori) nelle attività di raccolta dati ; d) sostenere il miglioramento delle infrastrutture (come i sistemi digitali per il monitoraggio delle vaccinazioni dei NAM) che consentiranno un'erogazione dei servizi sostenibile ed efficace al di là delle iniziative iniziali di sensibilizzazione.

ANALISI PRELIMINARE DEI FLUSSI DI DATI PER IL MONITORAGGIO DELLE VULNERABILITÀ TRA RTPI IN VENETO

Turatto Federica (1), Benoni Roberto (1), Marchetti Giulia (1), Ferrari Caterina (1), Russo Maria Laura (2), Baldini Marco (3), Carturan Catia (4), Meneghetti Leonardo (4), Capano Gemma (5), Declich Silvia (1), Tosti Maria Elena (1)

(1) *Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto superiore di Sanità, Roma*

(2) *Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Roma*

(3) *GEA, Cooperativa Sociale, Padova*

(4) *Azienda ULSS8 Berica, Vicenza*

(5) *UO Salute Mentale e Sanità Penitenziaria, Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto, Venezia*

Introduzione. Il progetto Spir.Net 2 (FAMI prog. 708 - 2025-2027) si propone di potenziare il sistema di tutela della salute degli RTPI in condizione di vulnerabilità nel sistema di accoglienza della Regione Veneto attraverso lo sviluppo di un modello di governance multilivello e intersettoriale. In quest'ottica, si rende necessario sviluppare un sistema di monitoraggio delle vulnerabilità che permetta un'efficace presa in carico. A tal fine è stata avviata un'indagine per valutare lo stato dell'arte relativo ai flussi di dati e indicatori utilizzati per la rilevazione e il monitoraggio delle vulnerabilità nei RTPI.

Metodi. È stato sviluppato un questionario che, per ciascuna categoria di soggetti vulnerabili definite dal D.Lgs 142 del 18/08/2015, indagasse: l'utilizzo di definizioni operative; gli attori responsabili della rilevazione del dato; il trasferimento del dato all'AULSS; la frequenza di rilevazione del dato; l'utilizzo di strumenti specifici per la rilevazione; il numero di RTPI sul territorio. Il questionario è stato somministrato ai focal point di progetto per ognuna delle 9 AULSS venete e le risposte sono state analizzate per riflettere la situazione rispetto alla rilevazione delle vulnerabilità sul territorio regionale.

Risultati. La categoria per la quale è stata riportata più frequentemente la presenza di flussi di dati è quella dei minori stranieri non accompagnati (6 AULSS, 67%). Quattro AULSS (44%) hanno riportato presenza di flussi per persone con disabilità, minori, genitori soli con minori, persone con disturbi mentali e anziani. Una AULSS ha riportato presenza di flussi per vittime di violenza legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere. Le AULSS sono state l'attore più frequentemente indicato come coinvolto nella rilevazione della vulnerabilità, seguito da Prefettura e Enti Locali/Enti del Terzo Settore. Nei casi in cui il dato viene rilevato da altri attori, è stato riportato che viene trasferito all'AULSS solo nel 36.4% dei casi. La maggior parte delle risposte sulla frequenza di rilevazione del dato sulle vulnerabilità tra RTPI sul territorio ha evidenziato che la rilevazione avviene nel momento in cui si presenta il caso (40%), o che il dato non è rilevabile (33%).

Conclusioni. È stata rilevata una eterogeneità nelle risposte tra diverse AULSS. La variabilità nelle procedure, negli strumenti e nella frequenza di rilevazione può costituire un ostacolo alla rilevazione delle vulnerabilità tra RTPI e al monitoraggio della presa in

carico. A tal proposito sono stati previsti dei tavoli di lavoro interaziendali di confronto, finalizzati alla co-costruzione di indicatori condivisi per la valutazione e il monitoraggio delle vulnerabilità.

VALUTAZIONE DELLA FATTIBILITÀ DELLA RACCOLTA DI DATI DI MONITORAGGIO SULLA COPERTURA VACCINALE PER HPV E HBV NELLA POPOLAZIONE MIGRANTE: UN PROGETTO PILOTA DELLA JA SHIELD

Turatto Federica, Benoni Roberto, Marchetti Giulia, Ferrari Caterina, Declich Silvia, Tosti Maria Elena

Centro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Background. Le popolazioni migranti presentano frequenti criticità nell'accesso ai servizi vaccinali e difficoltà di tracciamento all'interno dei sistemi informativi sanitari. Pertanto, la stima della copertura vaccinale per il virus dell'epatite B (HBV) e il papillomavirus umano (HPV) risulta spesso difficile o incompleta. Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuovono il rafforzamento dei sistemi informativi esistenti, attraverso l'integrazione di variabili essenziali nei flussi routinari e raccomandano di evitare la creazione di registri paralleli.

Obiettivi. Nell'ambito della JA SHIELD (2025-2027), il progetto pilota ha l'obiettivo di valutare la fattibilità dell'inserimento, all'interno dell'anagrafe vaccinale e sanitaria, di un campo standardizzato volto a identificare lo status di migrante dell'individuo. L'iniziativa mira a migliorare il monitoraggio delle coperture vaccinali contro HBV e HPV nei gruppi hard-to-reach e a supportare una programmazione sanitaria più equa ed efficiente.

Metodi. Il progetto sarà condotto nella città di Roma, con il supporto della rete territoriale dei servizi sanitari e del sistema locale di accoglienza e presa in carico delle popolazioni migranti. Le attività includeranno il rafforzamento delle competenze degli operatori, l'adeguamento dell'anagrafe sanitaria e vaccinale esistente e la sperimentazione su scala limitata dell'inserimento del nuovo campo informativo. L'intervento sarà sviluppato nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Risultati attesi. Il progetto consentirà di valutare l'accettabilità, la sostenibilità operativa e l'utilità del nuovo campo nella formazione di specifici indicatori, nonché di identificare barriere e facilitatori all'integrazione nei sistemi informativi routinari. Saranno inoltre generate evidenze utili a supportare il miglioramento della qualità e completezza dei dati vaccinali relativi alle popolazioni migranti.

Conclusioni. L'iniziativa mira a rafforzare la capacità dei sistemi informativi sanitari di intercettare e monitorare le popolazioni migranti, riducendo le disuguaglianze di accesso alle vaccinazioni. L'integrazione di un campo standardizzato relativo allo stato di migrante nell'anagrafe sanitaria e vaccinale rappresenta un elemento chiave per evitare duplicazioni dei sistemi di raccolta dati e migliorare l'efficacia delle politiche vaccinali in un'ottica di equità e sanità pubblica.

L'ADERENZA ALLE RACCOMANDAZIONI NEI PRIMI 1.000 GIORNI DI VITA TRA MADRI ITALIANE E STRANIERE: COSA DICONO I DATI DELLA SORVEGLIANZA BAMBINE E BAMBINI 0-2 ANNI DELL'ISS

Ventura Martina (1), Tommasella Margherita (1,2), Donati Serena (1), Bucciarelli Mauro (1), Pausilli Romina (3), Andreozzi Silvia (1), Pizzi Enrica (1), Gruppo Sorveglianza Bambini 0-2 anni 2025*

(1) Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(2) Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Roma Tor Vergata, Roma

(3) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Roma

Introduzione. I primi 1.000 giorni di vita sono una finestra di opportunità unica per promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita. Le evidenze scientifiche mostrano come le condizioni sociali, economiche e i contesti culturali influenzino la salute di madri e bambine/i, contribuendo a definire e amplificare disuguaglianze già prima della nascita. Il Sistema di Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni, coordinato dall'ISS, monitora l'adozione di comportamenti protettivi e a rischio nei primi 1000 giorni, consentendo di analizzare le disuguaglianze associate alle caratteristiche materne e familiari, tra cui la cittadinanza.

Obiettivi. Descrivere le differenze nell'aderenza alle raccomandazioni relative ai primi 1.000 giorni di vita tra madri italiane e straniere, utilizzando i dati della Sorveglianza 0-2 anni.

Metodi. La Sorveglianza prevede un'indagine triennale su campioni rappresentativi di madri arruolate presso i centri vaccinali in occasione delle vaccinazioni nei primi due anni di vita dei/delle bambini/e. Attraverso un questionario on-line o in cartaceo, autocompilato dalle madri e disponibile in 12 lingue, viene indagata l'aderenza alle raccomandazioni relative a assunzione di acido folico, al consumo di alcol e fumo in gravidanza e allattamento, allattamento, posizione in culla, lettura in famiglia, esposizione a schermi, sicurezza a casa e in auto e intenzione vaccinale. Inoltre, vengono raccolte informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche di madri e famiglie, tra cui la cittadinanza e il paese di nascita. Vengono stimate prevalenze complessive e stratificate per caratteristiche materne. L'analisi multivariata permette di valutare l'associazione tra cittadinanza e aderenza alle buone pratiche.

Risultati. La raccolta dati 2025 si è svolta in tutte le regioni/province autonome italiane (ad eccezione della Toscana). Sono state coinvolte 64.789 madri, con un tasso di partecipazione del 93% (range regionale 85%-97%). Le madri con cittadinanza straniera sono l'11,4% del campione, nel 14,7% dei casi il Paese di nascita è diverso dall'Italia. La maggior parte delle madri con cittadinanza straniera proviene dall'Europa dell'Est (4,3%), il 3% dall'Africa, il 2,2% dall'Asia. Rispetto alle madri italiane, le madri con cittadinanza straniera riferiscono più frequentemente l'astensione dal fumo e dal consumo di alcol in allattamento e hanno una prevalenza più alta di allattamento esclusivo a 4-5 mesi. Si osservano differenze marcate nell'assunzione appropriata di acido folico e nella non esposizione a schermi con

prevalenze più alte tra le madri con cittadinanza italiana. Inoltre le madri con cittadinanza straniera meno frequentemente partecipano agli incontri di accompagnamento alla nascita.

Conclusioni. I risultati della Sorveglianza evidenziano differenze tra donne italiane e straniere in termini di aderenza alle raccomandazioni relative ai primi 1000 giorni di vita. Per le madri straniere tali differenze suggeriscono la presenza di barriere nell'accesso all'informazione e ai servizi. La Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni si conferma una fonte informativa essenziale per definire le aree prioritarie di intervento e orientare le politiche nazionali e locali volte alla prevenzione e promozione della salute.

** Gruppo di lavoro Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni - 2025 Enrica Pizzi, Serena Donati, Martina Ventura, Margherita Tommasella, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Monica Pirri (Gruppo di Coordinamento Nazionale - Istituto Superiore di Sanità), Maria Grazia Privitera, Renata Bortolus (Ministero della Salute), Adriano Murgano, Natascia Nesti (Regione Abruzzo), Maria Angela Mininni (Regione Basilicata), Anna Domenica Mignuoli, Dario Macchioni (Regione Calabria), Alessandro Scoppa, Concetta Pani (Regione Campania), Simona Di Mario (Regione Emilia-Romagna), Luca Ronfani, Nicoletta Santangelo, Claudia Carletti, Federica Concina, Alessandra Knowles, Eleonora Maurel, Paola Pani (Regione Friuli Venezia Giulia), Lilia Biscaglia, Maria Gabriella Calenda, Patrizia Proietti, Daniela Porta, Simona Marocchini (Regione Lazio), Federica Varlese, Federico Grammatico, Laura Pozzo (Regione Liguria), Danilo Cereda, Corrado Celata, Olivia Leoni, Giuseppina Gelmi, Edda Pellegrini (Regione Lombardia), Cristina Mancini, Vittorio Marconi, Gabriella Tambascia (Regione Marche), Michele Colitti, Angelo Salzo (Regione Molise), Marcello Caputo, Monica Bonifetto (Regione Piemonte), Monica Zambotti, Marta Legnalioli, Laura Battisti, Chiara Mocellin, Silvia Molinaro, Maria Grazia Zuccali (Provincia Autonoma di Trento), Silvia Spertini, Antonio Fanolla, Sabine Weiss, Alessia Callino, Antonio Lorenzon (Provincia Autonoma di Bolzano), Maria Teresa Balducci, Nehludoff Albano, Mariangela Dafne Vincenti (Regione Puglia), Maria Antonietta Palmas, Patrizia Cadau (Regione Sardegna), Maria Paola Ferro, Patrizia Miceli (Regione Sicilia), Marco Cristofori, Sonia Bacci, Carla Bietta (Regione Umbria), Maria Paola Farinelli, Enrico Ventrella, (Regione Valle d'Aosta), Federica Michieletto, Anna Sabbadin, Diana Gazzani (Regione del Veneto).*

INDICE DEGLI AUTORI

Acampora Anna	3; 4; 18; 43	Crateri Simonetta	6
Adamo Giovanna	28	Cutillo Maria	20
Agabiti Nera	3	D'Agostini Anna	13
Andreotti Alessandra	10	D'Aloja Paola	32
Andreozzi Silvia	34; 50	D'Errigo Paola	41
Angelici Laura	3	Da Cas Roberto	20; 32
Annunziata Arianna	20	Dalla Torre Rosa	13
Asta Federica	14; 16; 24; 26; 39	D'aloja Paola	34
Bacigalupo Ilaria	3; 4; 43	Declich Silvia..	14; 35; 37; 38; 45; 47; 49
Baldassari Arianna	35	Di Filippo Sara	11
Baldini Marco	47	Di Nolfi Annachiara	8
Barbalace Marta	30	Di Pirchio Rosilde	22
Battilomo Serena	38	Di Stefano Vincenza	8
Battisti Laura	16; 24; 26; 39	Donati Serena	32; 34; 50
Bellini Arianna	28	Fabiani Massimo	23; 38
Bellomo Guido	3; 4; 43	Fanales Belasio Emanuele	11; 13
Benoni Roberto	6; 35; 47; 49	Faragalli Andrea	35
Bonanno Giulia	35	Fateh-Moghadam Pirous ...	16; 24; 26; 39
Borgi Marta	22	Fei Giulia	35
Bouanani Siham	7	Ferrara Carla	40
Bruschi Elisa	8	Ferrari Caterina	28; 35; 45; 47; 49
Bucciarelli Mauro	34; 50	Ferrigno Luigina	6
Burgio Alessandra	41	Forgione Arianna	18
Cacciani Laura	10	Fotakis Emmanouil Alexandros	23
Calzone Immacolata	7	Francisci Silvia	10
Canevelli Marco	3; 4; 18; 43	Gatta Angela	28
Capano Gemma	47	Gbedo Letonde Hermine	11
Capparucci Paola	32	Geraci Salvatore	20; 38
Carrozzi Giuliano	16; 39	Gesuita Rosaria	35
Carturan Catia	47	Giacomozzi Claudia	30
Cascini Silvia	3; 4	Giusti Angela	8
Centola Carmela	35	Goletti Benedetta	35
Chapin Elise M.	8	Guzzinati Stefano	10
Chellini Marzia	8	Ingleby David	37
Civitelli Giulia	20	Ippoliti Ilaria	20
Colucci Anna	11; 13	Karnaki Pania	37
Contoli Benedetta	3; 4; 14; 16; 24; 26; 39; 43	Lega Ilaria	34
Coraci Benedetta	28	Longhi Marzia	32
Corsi Decenti Edoardo	32, 34	Luzi Cinzia	8
Cova Ilaria	3; 4; 18; 43	Maestri Giorgia	4; 18
		Maggiore Laura	18

Malorni Giorgio	22	Proietti Valeria	38
Mandolini Donatella.....	32; 34	Puliani Natascia	35
Mannu Daniela	11	Punzo Ornella	40
Manoli Manfredi	22	Ronconi Alessandra	6; 41
Marano Giuseppe	20	Rosato Stefano	41
Marazziti Donatella	7	Ruocco Angela.....	22
Marceca Maurizio	37; 45	Rusi Egram	28
Marchetti Giulia ...	14; 28; 35; 37; 38; 45; 47; 49	Russo Maria Laura	28; 37; 45; 47
Marconi Domitilla.....	43	Salvi Emanuela	4
Marconi Matteo	22	Sampaolo Letizia	16; 39
Masocco Maria.....	14; 16; 24; 26; 39	Scarso Salvatore.....	14
Massei Guido Jacopo	7	Scattoni Maria Luisa	7
Mastroeni Simona.....	34	Schwarz Matteo	11; 13
Mayer Flavia	32	Sciancalepore Francesco	4; 43
Meneghetti Leonardo	47	Solare Stefania	8
Minardi Valentina	14; 16; 24; 26; 39	Splendore Flavia.....	8
Mucci Federico.....	7	Tambascia Gabriella.....	8
Napoli Pier Angela	28	Tania Lopez	10
Nicotra Alessia	18	Tavilla Andrea	10
Pantoni Leonardo	18	Tommasella Margherita.....	34; 50
Pausilli Romina	50	Tosti Maria Elena... 6; 14; 28; 35; 37; 41; 45; 47; 49	
Peresson Francesca.....	11	Trani Federica	28
Perrelli Fabrizio.....	28	Turatto Federica	35; 47; 49
Petrone Daniele	38	Turroni Casadei Viola.....	35
Pezzotti Patrizio	23	Unim Brigid.....	35
Pierannunzio Daniela	10	Urdiales Alberto Mateo.....	23
Pierconti Silvia	40	Valli Rudi.....	13
Pierdominici Marina.....	22	Vanacore Nicola.....	3; 4; 18; 43
Pizzarelli Scilla.....	35	Ventura Martina	34; 50
Pizzi Enrica	50	Vischetti Elisa	20
Pomati Simone	3; 4; 18	Zambri Francesca.....	8
Pompili Anna	32	Zorzi Manuel.....	10

*Serie ISTISAN Congressi
luglio-settembre 2026 (n. 3)*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica - Istituto Superiore di Sanità*

Roma, settembre 2026