



CONVEGNO NAZIONALE

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

24 settembre 2026

organizzato da

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS)
Centro Nazionale per la Salute Globale

Screening oncologici per i cittadini stranieri

Valentina Pettinicchio

UOSD Coordinamento Screening Oncologici, ASL Roma 2

Coordinamento Regionale PRP 2027-2031 per il PP8 - Screening Oncologici

Gli screening oncologici nel Lazio

Tre programmi organizzati, a chiamata attiva e gratuiti per la popolazione residente o stabilmente domiciliata

Mammella

Mammografia digitale in due proiezioni

Donne 50–69 anni

estensione a 70–74 anni

Ogni 2 anni

1.077.612

popolazione target Istat 2025, donne 50–74 anni

Cervice uterina

Pap test e HPV-DNA test

Pap test: 25–29 anni

ogni 3 anni

HPV-DNA test: 30–64 anni

ogni 5 anni

1.572.112

popolazione target Istat 2025, donne 25–64 anni

Colon-retto

Ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT)

Uomini e donne 50–69 anni

estensione a 70–74 anni

Ogni 2 anni

kit anche in farmacia

2.058.459

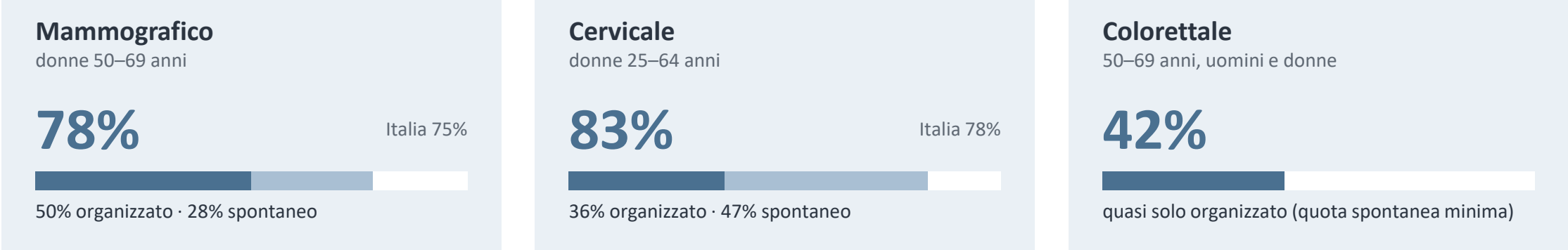
popolazione target Istat 2025, persone 50–74 anni

Come si accede lettera di invito personale, accesso spontaneo nella fascia target e prenotazione online con Prenota smart screening.

Fonte: [Regione Lazio, Programmi di screening oncologici nella Regione Lazio – Rapporto 2024 \(DCA 191/2015, DCA 240/2017, DCA 189/2017, Det. G00466/2023\)](#)

I dati della sorveglianza PASSI nel Lazio

Il programma organizzato è il canale principale, ma l'adesione segue un gradiente sociale



Gradiente sociale

Copertura per titolo di studio

	Media inferiore	Laurea
Mammografico	73%	85%
Cervicale	72%	89%
Colorettale	38%	47%

Invito e consiglio del medico funzionano

Copertura per interventi di promozione ricevuti

	Nessuno	Lettera + medico
Mammografico	42%	85%
Cervicale	53%	90%
Colorettale	5%	68%

Fonte: [Regione Lazio, Programmi di screening oncologici nella Regione Lazio – Rapporto 2024, cap. 6 \(PASSI 2023–2024, n = 6.451\)](#)

Cittadinanza e screening, un esempio

Dati nazionali: le straniere sono meno coperte, ma aderiscono di più al programma organizzato

Copertura screening cervicale, donne 25–64 anni

■ Organizzato

■ Spontaneo

Italiane

46,4%

31,8%

78,4%

Straniere

50,5%

18,1%

68,9%

Totale Italia 77,7% · n = 27.852 intervistate

Straniere vs italiane

Differenza in punti percentuali

Organizzato +4,1

Spontaneo -13,7

Totale -9,5

Il divario nasce fuori dal programma Le straniere fanno poco il test spontaneo: l'invito attivo della ASL è la leva di equità.

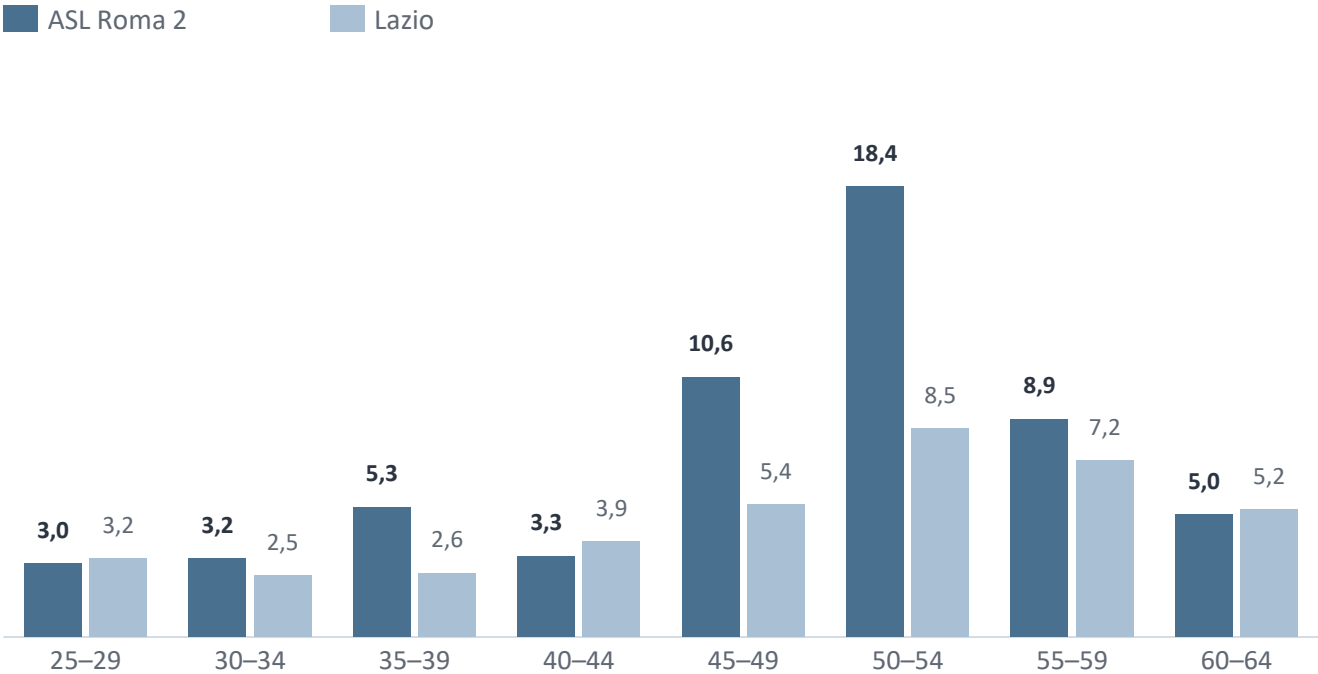
Fonte: [ISS, EpiCentro – Sorveglianza PASSI 2023–2024, screening cervicale \(dati nazionali\)](#)

Adesione PFPM: Lazio e ASL Roma 2

In ASL Roma 2 l'adesione delle donne PFPM supera la media regionale, soprattutto con il test HPV

Inviti 2025, donne 25–64 anni		
	RM2	Lazio
Popolazione bersaglio	7.201	35.433
Invitate	1.813	12.522
Inviti inesitati	1	450
Aderenti	107	542
Adesione corretta	5,9%	4,5%
Adesione corretta per test primario		
Pap primario, 25–29	3,0%	3,1%
HPV primario, 30–64	7,1%	4,7%

Adesione corretta per classe di età (%)



Fonte: Survey GISCI-ONS 2025, sez. 1–2, tabelle 11 e 18, dati Regione Lazio e ASL Roma 2 per Paesi a forte pressione migratoria (elaborazione D. Baiocchi)

ASL Roma 2: due metodi, due numeri

Stessa ASL, stesso anno: con fonti e metodi diversi il numero di aderenti cambia di 30 volte

Donne PFPM aderenti agli inviti 2025

Survey GISCI

Paese di nascita dal comune di nascita (ASUR)

107

Donne 25–64 anni invitate nel 2025 con test entro l’anno. La lista PFPM è la stessa: cambia il modo di attribuire il paese di nascita

Gestionale ASL

Paese di nascita dal codice fiscale

≈3.500



Stesse fonti, metodi diversi, flussi simili, risultati diversi occorre stabilire un criterio comune.

Fonti: Survey GISCI-ONS 2025, tabella 11 (ASL Roma 2, PFPM, elaborazione Regione Lazio su dati paese nascita ASUR); dati ASL Roma 2, test 1/1/2025–30/6/2026, classificazione PFPM con la tabella di transcodifica della survey (esclusi 43 test senza codice paese)

Chi è migrante, chi è straniero

Le definizioni del Glossario OIM e il limite dei nostri flussi informativi

Migrante

“Termine generico, non definito dal diritto internazionale, che nell’uso comune indica una persona che si sposta dal proprio luogo di residenza abituale, all’interno di un Paese o attraverso un confine internazionale, in modo temporaneo o permanente e per diverse ragioni.”

Conta lo spostamento, non la cittadinanza né lo status giuridico

Straniero (non-national)

“Persona che non ha la nazionalità o la cittadinanza di un determinato Stato.”

Conta la cittadinanza, non il luogo di nascita. L’OIM sconsiglia il termine “alien” per la sua connotazione negativa

Una criticità: nei flussi di screening usiamo il paese di nascita ricavato dal codice fiscale o dall’anagrafe sanitaria per definire migranti o stranieri

Contiamo chi non è straniera

Cittadine italiane nate all’estero: figlie di emigrati, adozioni internazionali, naturalizzate

Perdiamo chi è straniera

Figlie di migranti nate in Italia che non hanno la cittadinanza italiana

Non vediamo chi non ha codice fiscale

Le persone STP ed ENI restano fuori dai flussi e dagli indicatori

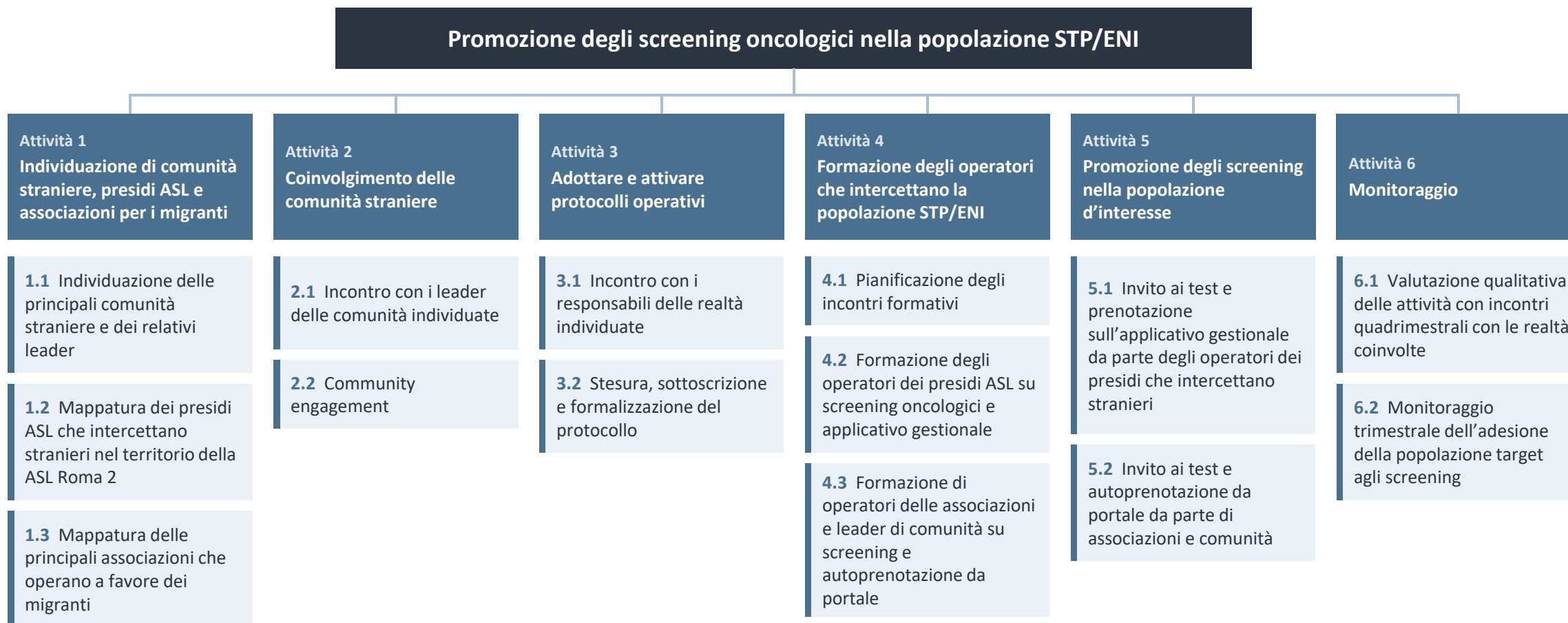
Cosa serve rilevare la cittadinanza accanto al paese di nascita e tracciare gli accessi STP/ENI.

Fonte: OIM, Glossary on Migration, International Migration Law n. 34, 2019 (traduzione italiana a cura dell’autrice)

PRP 2021–2025: la WBS del percorso STP/ENI



Programma PL15, azione A4 in ASL Roma 2: una rete con le comunità per raggiungere chi è fuori dagli inviti



Fonte: PL15 ASL Roma 2 – Work Breakdown Structure, azione A4 del PRP Lazio 2021–2025

PRP 2021–2025: equità e STP/ENI

Programma PL15, azione A4 in ASL Roma 2: una rete con le comunità per raggiungere chi è fuori dagli inviti

Obiettivi

- Ridurre le disuguaglianze di accesso agli screening per i gruppi vulnerabili
- Raggiungere gli assistiti STP/ENI, privi di codice fiscale regolare e quindi esclusi dagli inviti
- Percorso in 6 attività: mappatura di comunità e presidi, coinvolgimento dei leader, protocolli, formazione degli operatori, invito e prenotazione, monitoraggio

Risultati 2025

118

assistiti STP/ENI aderenti agli screening

56 cervicale · 42 mammografico · 20 coloretale

- Protocolli operativi attivati nel 2024 e consolidati nel 2025
- Rete formalizzata con Caritas (CRS), MSF, MEDU, INTERSOS, Nonna Roma, Binario 95
- Opuscoli regionali in 14 lingue

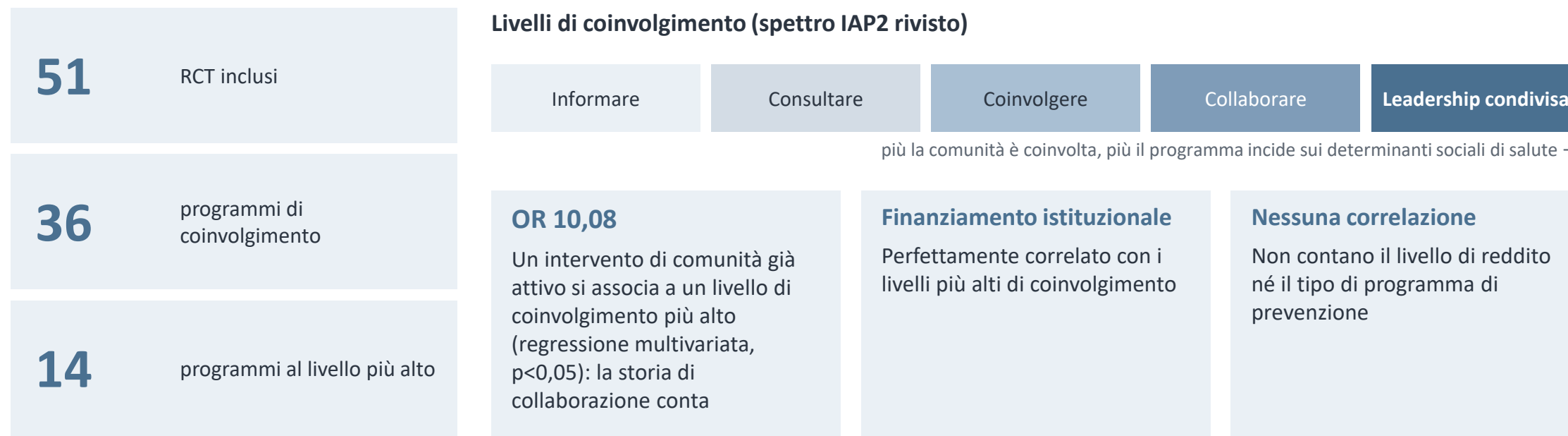
Limiti

- Le fasce più difficili da intercettare restano in parte non raggiunte
- Collaborazioni con il Terzo Settore da rendere sostenibili nel tempo
- Adesione ancora inferiore al desiderabile
- **Equità affrontata per categorie, non ancora come modalità di progettazione**

Verso il PAP 2027–2031 Rendere i protocolli equity-oriented e le alleanze con il Terzo Settore pratica ordinaria.

Le evidenze - Coinvolgere stabilmente le comunità funziona

Revisione sistematica di RCT con approccio partecipativo (CBPR) in popolazioni svantaggiate



Per gli screening partire dalle reti già attive sul territorio e sostenerle con risorse istituzionali.

Fonte: [Riccardi MT, Pettinicchio V, Di Pumpo M, et al. Health Policy 2023;137:104905](#)

Le evidenze – adattare i servizi funziona

Interventi adattati sul piano culturale e linguistico aumentano l'adesione agli screening oncologici di migranti e minoranze etniche

Revisione sistematica (PRISMA) · Regione europea
OMS · letteratura fino a ottobre 2025

12

studi inclusi

4

Paesi: Regno Unito, Norvegia,
Israele, Turchia

0

studi sullo screening coloretale

Cosa funziona (screening mammografico e cervicale)

Educazione sanitaria di comunità

anche informale: la più efficace (es. donne sud-asiatiche ed ebre ultraortodosse)

Mediatori culturali

ponte tra servizio e comunità

Inviti, promemoria e informazioni multilingue

materiali comprensibili per chi non parla la lingua del Paese

Supporto linguistico e trasporto gratuito

rimozione delle barriere pratiche di accesso

Gap e implicazioni Nessun intervento rivolto agli uomini né allo screening coloretale: servono politiche inclusive per genere, campagne integrate su più screening e maggiore coinvolgimento delle comunità.

Fonte: [De Marchi C, Di Lullo F, Ferrari C, Pettinicchio V, et al. Journal of Cancer Policy 2025;47:100677](#)

PRP 2027–2031: equità nel PP8

Azione 8: integrare l'equità nei programmi per ridurre le disuguaglianze di accesso e di esito

Obiettivo specifico

Migliorare l'accessibilità per i soggetti **hard to reach**

Adesione delle persone da PFPM, per ciascuno dei tre screening

≥5% nel 2028

≥10% dal 2029

Aderenti / invitati × 100, fonte SipsoWeb.
Denominatore da definire nel piano annuale

Obiettivo intermedio 1

Comunicazione mirata

Un piano annuale verso i gruppi con minore partecipazione, individuati da dati e letteratura

≥1 campagna l'anno per screening

Obiettivo intermedio 2

Interventi di prossimità

Piano aziendale entro gennaio, protocollo operativo per contesti e modalità, focus group con i portatori di interesse

2 rapporti di monitoraggio l'anno (giugno e dicembre)

Obiettivo intermedio 3

Medicina di genere

Percorsi adattati, con algoritmi definiti da un tavolo interregionale e un canale comunicativo dedicato

Report semestrale su interventi e persone coinvolte

Da dove partiamo nel 2025 l'adesione cervicale PFPM era 4,5% nel Lazio e 5,9% in ASL Roma 2.

Cosa ci serve: i dati

Per misurare l'equità servono dati confrontabili, accessibili e aggiornati

1 Uniformità di definizione

Un criterio unico : cittadinanza o paese di nascita, lista PFPM e denominatore condivisi.

Oggi il target PP8 parla di cittadinanza, i flussi usano il paese di nascita

2 Flussi affidabili e accessibili

Variabile cittadinanza nell'anagrafe degli assistiti e nel gestionale, completezza del dato, accesso diretto per le ASL

3 Cruscotti in tempo reale

Indicatori stratificati per cittadinanza e zona di residenza, fino al distretto o al municipio o alla sezione di censimento, con indici di deprivazione socioeconomica

4 Informazione per chi è privo di assistenza

Strategie specifiche per le persone STP/ENI: tracciare gli accessi, stimare il denominatore, raggiungerle con centri di accoglienza e associazioni

Il collegamento con il PP8 senza questi strumenti il target del 10% non è misurabile in modo confrontabile.

Cosa ci serve: la rete

L'equità negli screening non si costruisce solo dentro i servizi sanitari

Una rete stabile

Governance e rete sanitaria

- Coordinamento regionale e aziendale, con i 4 referenti previsti dal DCA 191/2015
- Rete intra e interaziendale con i percorsi della rete oncologica
- MMG nell'offerta attiva: dal 20% nel 2027 al 50% nel 2031

Obiettivo PP8: coordinamenti aziendali completi al 100% dal 2029

I decisori

Chi assegna mandato e risorse

- Direzioni regionali e aziendali: personale dedicato secondo gli standard, agende, sistemi informativi
- Un mandato esplicito sui flussi: criterio comune per cittadinanza
- Comuni e municipi: accordi e protocolli sul territorio

Obiettivo PP8: personale dedicato $\geq 50\%$ dello standard al 2031

Gli attori non sanitari

Chi raggiunge le persone

- Terzo settore, volontariato e centri di accoglienza per migranti
- Leader di comunità e mediatori interculturali
- Luoghi di lavoro (≥ 4 incontri l'anno in aziende), farmacie, questure

Mappa stakeholder PP8: interesse alto, influenza medio-bassa

Il passo successivo dare più peso a chi raggiunge davvero le persone, portandolo ai tavoli decisionali.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione

Diego Baiocchi

Regione Lazio

Salvatore Borzì

Chiara Lo Giudice

Sapienza Università di Roma

valentina.pettinicchio@aslroma2.it