



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**ADERENZA AD INTERVENTI DI  
PREVENZIONE IN IMMIGRATI IN AST1  
REGIONE MARCHE**

Relatore:  
**Prof.ssa Emilia Prospero**

Tesi di Laurea di:  
**Inna Kozii**

Correlatore:  
**Dott.ssa Aicha Ait Bassou**

A.A. 2021/2022

## INDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUZIONE</b>	<b>2</b>
1.2	Programmi di screening	2
1.3	Cancro della Cervice dell'utero	3
1.4	Cancro alla mammella	4
1.5	Cancro del colon retto	5
1.6	Programmi di vaccinazione	6
1.7	Il ruolo dell'infermiere di comunità	8
<b>2.</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>MATERIALI E METODI</b>	<b>10</b>
<b>4.</b>	<b>RISULTATI</b>	<b>12</b>
4.1	Screening	16
4.2	Vaccinazioni	18
<b>5.</b>	<b>DISCUSSIONE</b>	<b>18</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>19</b>
<b>7.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>21</b>
<b>8.</b>	<b>ALLEGATO</b>	<b>30</b>

## **1. INTRODUZIONE**

L'Italia è un Paese di accoglienza per immigrati dalla fine degli anni '70. Secondo i dati nazionali sulla popolazione italiana, gli immigrati sono quasi quadruplicati negli ultimi anni: da 1.300.000 nel 2001 a oltre 5.030.716 nel 2022 (Istat, 2023). L'immigrazione ha implicazioni su diversi livelli, politico, umanitario, sociale e culturale e per la salute. I migranti possono avere alcune caratteristiche che incidono sul loro stato di salute e un diverso modello di rischio correlato a specifici stili di vita ed esposizione a fattori di rischio del paese di origine (Crocetti, 2017).

La popolazione immigrata in Italia tende a manifestare dei problemi di salute e, di conseguenza, gli immigrati sono soggetti vulnerabili. Presumibilmente questo problema è causato da un minore ricorso agli screening gratuiti messi a disposizione dal servizio sanitario nazionale dato da una concomitanza di fattori tra cui la mancanza d'informazione, una ridotta istruzione, barriere linguistiche e sociali, che condizionano un accesso adeguato all'assistenza sanitaria. Pertanto sarebbe necessario ridurre le disuguaglianze di salute tenendo conto delle caratteristiche culturali e dei diversi orientamenti di ciascuna popolazione immigrata (Di Napoli, 2017).

La popolazione straniera, di cittadinanza non italiana, residente nella provincia di Pesaro al 2022 è di 27.909 persone (12.646 maschi e 15.264 femmine). (Istat, 2023).

### **1.2 Programmi di screening**

In Italia esistono programmi di screening pubblici basati sulla popolazione per i tumori femminili della mammella e del collo dell'utero e, per tutta la popolazione, per i tumori del colon-retto. I programmi si basano su un invito attivo rivolto a tutta la popolazione target (in base al genere ed alla fascia d'età), includono test di screening gratuiti, esami e trattamenti di secondo livello (Carrozzi, 2015). La prevenzione secondaria attraverso lo screening consente di individuare il cancro prima dello sviluppo dei sintomi. La diagnosi precoce del cancro risulta in trattamenti meno aggressivi, tempo di recupero inferiori e migliori tassi di sopravvivenza, riducendo così la morbosità e la mortalità per cancro (Curry, 2003).

Per i tre tumori citati il rischio per le persone immigrate dai paesi sviluppati è simile a quello dei nativi italiani. I migranti provenienti da paesi a forte pressione migratoria hanno generalmente un minor rischio per il tumore al seno e per i tumori coloretali, mentre, hanno un rischio maggiore di cancro alla cervice uterina rispetto alle italiane (Manneschi, 2001). Il coinvolgimento delle donne immigrate nei programmi di screening rappresenta un obiettivo prioritario del servizio sanitario nazionale, sia per l'incremento potenziale delle diagnosi precoci delle patologie tumorali, sia per la

possibilità di veicolare informazioni generali sulla prevenzione, a partire da quelle relative ad abitudini e stili di vita.

L'aumento dei livelli di copertura dei programmi di screening tra gli immigrati costituisce anche un'opportunità di integrazione, e rappresenta uno strumento attraverso il quale favorire l'accesso a interventi di comprovata efficacia, contrastando disuguaglianze e barriere sociali dovute a livelli socioculturali più bassi, minore informazione sui programmi di prevenzione, difficoltà linguistiche e norme culturali che possono ostacolare l'adozione di servizi sanitari preventivi (Pelullo, 2021). Inoltre, le barriere logistiche che la letteratura ha individuato come molto rilevanti per la popolazione nativa italiana (mancanza di tempo, difficoltà a raggiungere gli ambulatori in orario di lavoro) possono essere ancora più limitanti per le donne immigrate (Francovich, 2015). Sono state attuate diverse strategie per affrontare le disparità nello screening del cancro negli immigrati popolazioni, ma molto rimane ancora da fare (Fang 2020).

### **1.3 Cancro della Cervice dell'utero**

Il cancro cervicale (CC) è una delle principali cause di morte tra le donne in tutto il mondo, con circa 530.000 nuovi casi e 275.000 decessi all'anno. I principali fattori di rischio associati allo sviluppo di CC includono l'infezione da papilloma virus umano (HPV), l'età, il fumo, il parto, l'uso di contraccettivi orali e la dieta (Singh, 2022). Il principale fattore di rischio è rappresentato dall'HPV. Nelle fasi iniziali, lo sviluppo di CC associato a HPV è asintomatico, pertanto, può non essere rilevato se non sottoposto a screening e indurre una trasformazione oncogenica che porta allo sviluppo di CC.

In Italia, lo screening citologico per il cancro del collo dell'utero (Pap-Test) è raccomandato per le donne tra i 25 e i 64 anni di età ogni 3 anni, mentre è raccomandato un test del DNA del papillomavirus umano (HPV) per le donne di età compresa tra 30 e 64 anni ogni 5 anni. Programmi organizzati di screening del cancro della cervice e della mammella sono stati promossi in Italia fin dagli anni '90 e sono erogati a livello regionale e attuati dalle unità sanitarie locali. (Pelullo, 2021)

Nella valutazione dei programmi di screening organizzati per i tumori femminili, diventa sempre più importante chiedersi se i messaggi sui possibili benefici derivanti dalla diagnosi precoce raggiungano e motivino le donne immigrate. I fattori socio-economici sono fortemente associati

all'uso di strutture sanitarie preventive. La scarsa partecipazione alle pratiche di screening da parte delle donne immigrate può portare a reali disuguaglianze sanitarie.

Questo è un aspetto rilevante dell'organizzazione dello screening poiché il sottoutilizzo dei programmi di screening è ben documentato tra gli immigrati, specialmente quando provengono da paesi con economie a reddito medio-basso. Numerosi studi, infatti, hanno dimostrato che le donne immigrate provenienti da tali paesi hanno un rischio più elevato di cancro o lesioni di alto grado rispetto alle native dovuto sia al basso ricorso al Pap test nei Paesi di provenienza che all'alta prevalenza di Papillomavirus umano in alcune aree geografiche come Est-Europa ed Africa subsahariana (Singh, 2022; Gallo, 2017; Olusola, 2019).

#### **1.4 Cancro alla mammella**

Il cancro al seno è il secondo tumore più comune nelle donne in tutto il mondo, dopo i tumori della pelle ed è anche la seconda causa di morte per cancro tra le donne dopo il cancro ai polmoni (Siegel 2021). Diversi fattori di rischio sono stati identificati per lo sviluppo del cancro al seno, tra cui genetica (mutazione dei geni di suscettibilità BRCA 1 e/o BRCA 2), età (>50 anni), razza, stile di vita, alimentazione e fattori socio-economici, in particolare l'incidenza del cancro al seno è più comune nei paesi ad alto reddito che in quelli a basso reddito riflettendo l'associazione con la globalizzazione (Kashyap 2022). Tra i fattori dietetici, una dieta ricca di grassi, il sovrappeso/obesità e alcol sono stati fortemente associati alla malattia (Uhomoihi 2022). Per quanto riguarda i fattori ormonali, la letteratura evidenzia un incremento del rischio nelle donne che assumono contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva durante la menopausa, in particolare se basata su estrogeni sintetici ad attività androgenica (Kashyap 2022).

In Italia, lo screening del cancro al seno è raccomandato ogni 2 anni per le donne di età compresa tra 50 e 69 anni. Lo screening mammografico è il metodo di diagnosi precoce più efficace e il mezzo per ridurre i tassi di mortalità. Tuttavia, barriere logistiche, psicologiche, culturali e sociali impediscono alle donne appartenenti a minoranze razziali/etniche di partecipare a screening regolari (Miller, 2019). Le differenze socioeconomiche nell'assorbimento sono ancora molto evidenti, qualunque sia la variabile considerata: istruzione, cittadinanza, occupazione o difficoltà economiche percepite. In particolare, la copertura mammografica la stima è pari al 19% in meno per le immigrate che per le italiane (Francovich, 2015; Bianco, 2017; Petrelli, 2018). Queste nette differenze suggeriscono di porre l'attenzione sulle cause del basso accesso delle donne immigrate alla prevenzione oncologica.

## **1.5 Cancro del colon retto**

Il cancro del colon-retto (CRC) è il terzo tumore più frequentemente diagnosticato e la terza principale causa di mortalità correlata al cancro al mondo (Siegel, 2021). Lo screening del CRC è stato avviato a metà degli anni '90 per tutti gli adulti di età pari o superiore a 50 anni. I fattori di rischio, correlati al tumore del colon retto, sono riconducibili principalmente a stili di vita e familiarità. Il rischio di insorgenza del tumore del colon si correla a consumo di carni rosse e insaccati, farine e zuccheri raffinati, a dieta ricca di grassi e proteine animali e povera di fibre, fumo, alcool. Lo sviluppo di tumore del colon-retto si correla a patologie dismetaboliche, quali sovrappeso, obesità e diabete mellito (Venugopal, 2022). Ulteriori condizioni di rischio sono costituite dalla malattia di Crohn e dalla rettocolite ulcerosa, ereditarietà (geni MSH2 e MLH1 di suscettibilità per i tumori del colon-retto non-poliposici) e sindromi in cui sono state identificate mutazioni genetiche favorevoli lo sviluppo di tale tumore, quali la poliposi adenomatosa familiare e la sindrome di Lynch (Roudko, 2021).

Studi sugli immigrati, hanno dimostrato che il CRC è particolarmente sensibile ai cambiamenti nelle esposizioni ambientali, nello stile di vita e nel livello socio-economico e hanno dimostrato che i fattori ambientali acquisiti nel paese di immigrazione, tra cui, soprattutto, la dieta, hanno un effetto sostanziale sull'incidenza di CRC (Monroe, 2003).

In Italia, il test di screening per i tumori colorettali è effettuato tramite il test del sangue occulto nelle feci, eseguito ogni due anni nelle persone tra i 50 e i 69 anni d'età. I programmi di screening del cancro del colon-retto in Italia coprono la maggior parte della popolazione residente, senza alcuna differenza in termini di cittadinanza. In Italia i migranti hanno una minore adesione allo screening rispetto agli italiani, di circa un terzo (34% vs. 51%). La prevalenza della neoplasia era inferiore al primo screening e simile a quella degli italiani a screening ripetuti (Turrin, 2015). I risultati sono simili sono riportati anche da studi europei (Vanthomme, 2022).

## **1.6 Programmi di vaccinazione**

L'immigrazione presenta importanti problemi socioeconomici, incluso la trasmissione di malattie prevenibili da vaccino. I vaccini hanno notevolmente ridotto la trasmissione di molte malattie (morbillo, parotite, rosolia, pertosse, difterite, varicella e poliomielite). Gli immigrati sono più vulnerabili a queste malattie poiché spesso provengono da aree povere, con cattive condizioni di salute e bassi tassi di vaccinazione, pertanto, potenziano la rapida trasmissione di tali malattie. Gli

immigrati rappresentano una sfida speciale per i programmi di vaccinazione sanitaria pubblica del paese ospitante. Le guerre nei loro paesi d'origine potrebbero aver interrotto i programmi di vaccinazione, la documentazione potrebbe non essere disponibile o inaffidabile e i rifugiati potrebbero presentare problemi di salute a causa della scarsa igiene e del cibo ingerito durante la migrazione. Inoltre, gli immigrati sono spesso reticenti ad accedere all'assistenza sanitaria nel paese di destinazione o possono incontrare barriere finanziarie o linguistiche. L'accesso equo all'assistenza e ai servizi sanitari, comprese le vaccinazioni indipendentemente dallo stato di immigrazione dell'individuo, dovrebbe essere una priorità, come garantire una vaccinazione appropriata e tempestiva per gli immigrati al loro arrivo (Prymula, 2018).

Molti studi hanno documentato le disparità nella copertura vaccinale tra gli immigrati rispetto alla popolazione generale e sono stati identificati quattro tipi di barriere: fattori culturali, mancanza di informazioni sull'immunizzazione, sul vaccino o sulle malattie, accesso insufficiente all'assistenza sanitaria ed esitazione nei confronti del vaccino dovute a preoccupazioni circa gli effetti collaterali, la sicurezza e la scarsa efficacia (Wilson, 2018)

Le regioni/aziende sanitarie locali dovrebbero provvedere ad individuare quali siano le migliori strategie per migliorare la prevenzione della salute primaria, andando a lavorare sulla:

- Fiducia e coinvolgimento della comunità (favorendo un comportamento attivo della popolazione nei confronti del proprio stato di salute, sviluppando fiducia nei confronti del sistema sanitario nazionale);
- Tutela dei soggetti stranieri vulnerabili (identificando, informando e fornendo sostegno alla popolazione straniera ed in particolare anziani, bambini);
- Ridurre la disinformazione tra la popolazione straniera;
- Osservare le caratteristiche comportamentali (monitorando ed osservando le credenze, bisogni e percezione della salute della popolazione immigrata, valori e convinzioni culturali). (Rezza, 2022)

E' in uscita il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2023-2025 che andrà a sostituire e integrare il precedente (2017-2019) ad oggi in vigore.

In particolare, il Piano 2023-2025, ha come obiettivi:

- Mantenere lo status polio-free
- Raggiungere e mantenere l'eliminazione di morbillo e rosolia

- Rafforzare la prevenzione del cancro della cervice uterina e delle altre malattie HPV correlate
- Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali target rafforzando Governance, Reti e percorsi di prevenzione vaccinale
- Promuovere interventi vaccinali nei gruppi di popolazione ad alto rischio per patologia, favorendo un approccio centrato sulle esigenze del cittadino/paziente
- Ridurre le diseguaglianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale
- Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e mettere a regime l'anagrafe vaccinale nazionale
- Migliorare la sorveglianza delle malattie prevenibili da vaccino
- Rafforzare la comunicazione in campo vaccinale
- Promuovere nei professionisti sanitari la cultura delle vaccinazioni e la formazione in vaccinologia (PNPV 2023-2025)

Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 prevede, per l'età adulta (fascia 19-64 anni) la somministrazione periodica di alcuni vaccini, difterite-tetano-pertosse (ogni 10 anni), oltre alla verifica di suscettibilità per morbillo, rosolia, parotite e varicella. Dal momento che l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita è una priorità assoluta per la sanità pubblica non solo italiana, ma dell'intera Regione Europea dell'OMS, è cruciale abbattere le sacche di suscettibilità ampiamente presenti nella popolazione adulta offrendo attivamente la vaccinazione con due dosi di vaccino MPR in tutte le occasioni possibili. Lo stesso vale per la vaccinazione contro la varicella, essendo necessario offrire la vaccinazione con 2 dosi nei soggetti anamnesticamente negativi per la malattia che non siano già stati immunizzati attivamente in precedenza. E' importante, anche, ribadire la raccomandazione di immunizzare contro l'influenza ad ogni stagione autunnale i soggetti a rischio tra i 19 e i 64 anni. Deve essere rammentata la vaccinazione contro epatite A e pneumococco per le situazioni di rischio. Per quest'ultima immunizzazione, andrà valutata la possibilità di somministrare una prima dose con vaccino coniugato, seguita ad almeno 2 mesi di distanza da una dose di vaccino polisaccaridico. Inoltre, è indicata la vaccinazione contro Herpes zoster nei soggetti a rischio a partire dai 50 anni di età. Nel caso permangano situazioni epidemiologiche di rischio anche per l'età adulta, deve essere somministrata una dose di vaccino quadrivalente meningococcico ACYW135.

Nel 2002 l'Italia ha ottenuto la certificazione ufficiale di Paese libero da polio e la malattia è stata ufficialmente dichiarata eradicata dalla regione europea dell'OMS, compiendo tutti gli sforzi necessari per contribuire a raggiungere l'obiettivo di eradicazione concordato con la Risoluzione WHA41.28 "Eradicazione Globale della polio entro l'anno 2000", approvata nel 1988, durante la 41<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità.

Nell'agosto del 2020, anche la regione africana dell'OMS è stata finalmente certificata polio-free. Tuttavia, ad oggi, il poliovirus selvaggio di tipo 1 (WPV1) rimane endemico in 2 Paesi del mondo (Afghanistan e Pakistan), mentre molti altri paesi sono interessati da epidemia di poliovirus circolanti derivati da vaccino (cVDPV), nonostante gli sforzi profusi nella campagna mondiale di eradicazione. Da questi serbatoi i poliovirus possono essere esportati in molti altri Paesi<sup>2930</sup>. Infatti, anche in anni recenti si sono verificati focolai epidemici.

Alcuni fattori rendono il nostro Paese particolarmente suscettibile alla minaccia di reintroduzione di poliovirus selvaggi. Tra questi, in primo luogo, il notevole movimento di persone da e per i Paesi in cui la polio è ancora endemica o con epidemie in corso. È noto, infatti, che i soggetti infetti asintomatici (cento volte più frequenti dei casi manifesti di polio) possono eliminare virus vivo, con le feci, fino a sei settimane dopo l'infezione.

Un altro fattore è rappresentato dalla presenza di gruppi di popolazione suscettibili alla reintroduzione del poliovirus a causa dei bassi livelli di copertura vaccinale. Tali gruppi sono costituiti sia dai soggetti socialmente vulnerabili o "difficili da raggiungere"<sup>31</sup>, come gli immigrati (soprattutto se privi di documenti), le diverse etnie di popolazioni nomadi (Rom, Sinti) e i soggetti senza dimora, i quali sono spesso poco integrati nella società, hanno difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria e sfuggono frequentemente agli interventi di prevenzione, sia dai gruppi di soggetti che rifiutano le vaccinazioni per ragioni filosofiche, ideologiche o religiose, o che comunque sono esitanti nei confronti della vaccinazione.

Questi gruppi possono costituire il terreno fertile per la riaccensione di focolai epidemici di polio, in caso di reintroduzione del virus. Di conseguenza, essi possono mettere in pericolo anche la popolazione generale, qualora quest'ultima non sia adeguatamente protetta. (PNPV 2023-2025).

## **1.7 Il ruolo dell'infermiere di comunità**

L'infermiere di comunità è un professionista sanitario che si occupa in modo pro-attivo di promuovere uno stato di benessere generale all'interno della popolazione (in particolare dei soggetti vulnerabili e la comunità straniera).

Di fatto questa figura si occupa di:

- Collaborare ad indentificare i bisogni di salute della popolazione, operando sulla prevenzione, prevenzione e/o gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- Facilitare l'accesso e l'orientamento alle prestazioni (es. screening e vaccinazioni) con lo scopo di assicurare un'adeguata presa in carico della persona assistita;
- Favorire un comportamento pro-attivo da parte della comunità (in particolare la popolazione immigrata), includendo attività d'informazione ed educazione sanitaria, fornendo competenze adeguate in base ai vari gradi d'istruzione della popolazione a cui sono rivolte per agevolarne la comprensione;
- Promuove interventi di supporto motivazionale e comportamenti volti a sostenere la partecipazione a screening e vaccinazioni. (FNOPI, 2019)

L'infermiere di comunità si occupa, inoltre, a livello comunitario, di attivare tutte le risorse come le reti formali ed informali disponibili sul territorio (Reti informali: Associazioni, parrocchie, famiglie, cittadini disponibili a fornire aiuto), (Pesaresi, 2022).

Di fatto l'infermiere di comunità si occupa dell'educazione alla popolazione ed informazione riguardante gli screening e le vaccinazioni ed è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. (FNOPI, 2019)

L'infermiere di famiglia e di comunità è il professionista in possesso di specifico titolo di master universitario di primo livello, competente nella promozione della salute, nella prevenzione e nella gestione partecipativa dei processi di salute dell'individuo, della famiglia e della comunità.

La conoscenza della prevenzione è fondamentale per gli infermieri che si trovano ad interagire con i cittadini.

Una preparazione più specifica degli infermieri nel campo della prevenzione, anche grazie a validi programmi di formazione, può contribuire in modo significativo al raggiungimento degli obiettivi di salute.

L'infermiere di famiglia e di comunità si opera nel:

- analizzare il contesto comunitario;
- mappare le risorse disponibili nel territorio per distribuirle adeguatamente;
- formare e coordinare le reti formali e informali della comunità;
- implementare e migliorare la continuità assistenziale dei servizi territoriali;

- garantire una buona qualità di assistenza verificando e supervisionando protocolli e procedure;
- pianificare gli interventi e controllare i risultati, anche applicando concetti di empowerment di comunità;
- promuovere la partecipazione attiva della comunità nei confronti della salute;

collaborare con MMG, PLS ed equipe territoriale nell'integrazione dell'assistenza specialistica e ospedaliera (Aimaretti, 2019)

L'Health Literacy (alfabetizzazione alla salute) significa essere in grado di acquisire, comprendere e utilizzare informazioni per la propria salute. Influenza gli stili di vita, l'aderenza terapeutica e l'accesso ai servizi sanitari, rappresenta un concetto importante sia nella promozione della salute che nella prevenzione, dove strategie di comunicazione efficaci sono essenziali.

I professionisti sanitari utilizzano le loro capacità comunicative per soddisfare le esigenze dei pazienti e favorirne l'alfabetizzazione sanitaria, giacché influiscono in modo attivo sulla salute.

Assistenza sanitaria significa offrire i servizi e la possibilità di accedere ad essi.

La capacità degli infermieri nel comprendere i bisogni di salute dell'utente tende a migliorare l'accesso al sistema sanitario e incrementare la salute sia del singolo che della comunità (Omeri, 2015).

Ruediger Krech, Direttore del Dipartimento per la promozione della salute dell'OMS, evidenzia che: "Abbiamo bisogno di soluzioni mirate per superare il gradiente sociale dell'alfabetizzazione sanitaria. L'alfabetizzazione sanitaria è una pietra miliare della promozione della salute e del sostegno alle persone per affrontare le complesse sfide dei tempi attuali".

## **2. OBIETTIVO**

Valutare i determinanti associati all'utilizzo dei servizi di prevenzione primaria e secondaria erogati dal SSN in popolazione immigrata residente nelle Marche.

## **3. MATERIALI E METODI**

È stato elaborato un questionario per investigare lo stato socio-economico e culturale, l'aderenza al programma vaccinale e di screening degli immigrati basato sulla conoscenza di quanto disposto dal Ministero della Salute. Il questionario è stato somministrato in forma anonima in un campione di popolazione straniera residente a Pesaro (vedi Allegato 1).

I dati socio demografici includono informazioni su genere, età, stato civile, nazionalità, attività lavorativa, durata della residenza in Italia e istruzione. Le domande sullo stile di vita e sullo stato di salute includono domande sulla partecipazione al programma di screening e vaccinali.

I dati sono stati raccolti attraverso interviste alle persone straniere, conosciute e sconosciute di diverse nazionalità, a Pesaro. Tutte le persone intervistate erano abbastanza collaborative, ad eccezione di alcune persone cinesi che hanno rifiutato la compilazione del questionario dimostrando paura. La maggior parte degli intervistati ha preferito rispondere alle domande oralmente e non compilare il questionario per difficoltà con la lingua italiana. Nonostante la compilazione del questionario fosse anonima, molti intervistati rispondevano alle domande riguardanti lo stato socio-economico con tanta timidezza e disagio.

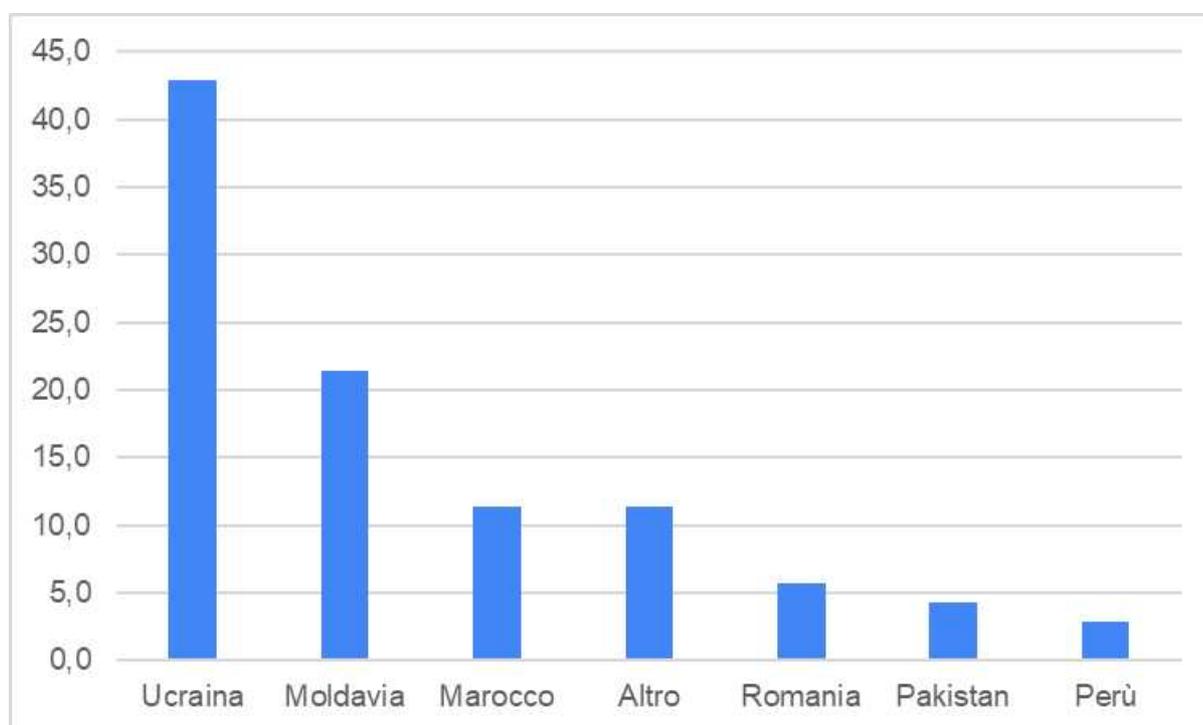
13 questionari sono stati somministrati dagli infermieri dell'ADI (infermieri di Assistenza Domiciliare Integrata) ai caregiver stranieri dei loro assistiti. In particolare, è stato riferito dagli infermieri che ci sono state due soggetti che non hanno potuto compilare i questionari per impedimento dei famigliari delle persone assistite.

E' stata effettuata l'analisi descrittiva per descrivere le caratteristiche demografiche e le abitudini di vita degli immigrati. L'analisi univariata è stata condotta utilizzando il test del chi quadro per valutare le relazioni tra i sottogruppi di studio, suddivisi per titolo di studio (scuola media, superiore o università).

## 4. RISULTATI

Sono state intervistate 70 persone, 65 (93%) residenti a Pesaro, solo 1 (1%) con cittadinanza italiana e 4 (6%) non residenti. La maggioranza degli intervistati proviene da Ucraina (42,9%) e Moldavia (21,4%) (Figura 1) ed è di genere femminile (84,3%). L'età media del campione è 53 (range 22-74) anni ed è in Italia in media da 17 anni (range 1-43). Per quanto riguarda l'istruzione, la maggior parte degli intervistati ha il diploma di scuola superiore (52,9%), 20% hanno diploma di scuola media e 25,7% degli intervistati possiede la laurea, mentre 1,4% non aveva nessun titolo di studio. La sintesi delle caratteristiche degli intervistati è riportata in Tabella 1.

**Figura 1) Distribuzione del paese di origine degli intervistati**



Gli intervistati sono stati divisi in tre gruppi secondo il grado di istruzione (media, superiore o laurea), le caratteristiche delle tre popolazioni e della popolazione totale sono riportate in tabella 1. I tre gruppi sono simili in composizione per quanto riguarda età, genere, stato civile, livello di conoscenza della lingua italiana e anni trascorsi in Italia. Dal confronto dei tre gruppi a diversa istruzione, emerge che un maggior numero di laureati hanno figli (88,9% vs 71,4%,  $p=0,001$ ), ha un'auto di proprietà (50% vs 35,7%,  $p=0,046$ ), casa di proprietà (16,7% vs 7,1%,  $p=0,030$ ), scarsa situazione finanziaria (44,4% vs 28,6%,  $p=0,028$ ), disoccupati (22,2% vs 14,3%,  $p=0,003$ ), dipendenti (27,8% vs 14,3%,  $p=0,015$ ), rispetto ai diplomati alla scuola media; mentre un maggior

numero di questi ultimi hanno famiglia che vive in Italia (78,6% vs 44,4%,  $p<0,001$ ), media situazione finanziaria familiare (64,3% vs 38,9%,  $p=0,005$ ), sono badanti (71,4% vs 16,7%,  $p<0,001$ ), hanno un pediatra di libera scelta per i propri figli (40% vs 18,8%,  $p=0,001$ ), rispetto ai laureati.

**Tabella 1) Caratteristiche del campione**

	Tutto il campione (N=70)		Scuola media (N=14)		Scuola superiore (N=37)		Laurea (N=18)		p medie vs superiori	p medie verso laurea
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Età mediana (range)</b>	53 (22-74)		49,5 (30-74)		49 (22-67)		58,5 (26-71)		0,609	0,677
<b>Anni in italia</b>	17 (1-43)		18,5 (1-43)		15 (1-24)		18,5 (1-33)		0,147	0,647
<b>Femmine</b>	59	84,3	12	85,7	30	81,1	16	88,9	0,341	0,521
<b>Coniugato/convivente</b>	41	58,6	9	64,3	19	51,4	12	66,7	0,063	0,655
<b>Con figli</b>	55	78,6	10	71,4	28	75,7	16	88,9	0,423	<b>0,001</b>
<b>Famiglia vive in Italia</b>	39	55,7	11	78,6	19	51,4	8	44,4	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Auto di proprietà</b>	27	38,6	5	35,7	13	35,1	9	50,0	0,883	<b>0,046</b>
<b>Casa di proprietà</b>	8	11,4	1	7,1	4	10,8	3	16,7	0,323	<b>0,030</b>
<b>Situazione finanziaria familiare</b>				0,0						
Buona	6	8,6	1	7,1	2	5,4	3	16,7	0,552	0,323
Media	36	51,4	9	64,3	19	51,4	7	38,9	0,063	<b>0,005</b>
Scarsa	28	40,0	4	28,6	16	43,2	8	44,4	<b>0,039</b>	<b>0,028</b>
<b>Occupazione attuale</b>										
Badante	26	37,1	10	71,4	13	35,1	3	16,7	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Disoccupato	10	14,3	1	7,1	5	13,5	4	22,2	0,106	<b>0,003</b>
dipendente	16	22,9	2	14,3	9	24,3	5	27,8	0,071	<b>0,015</b>
Pulizie	7	10,0			3	8,1	4	22,2		
Lavoro autonomo, proprietario attività	2	2,9			1	2,7	1	5,6		
studente	2	2,9			2	5,4				
altro	7	10,0	1	7,1	4	10,8	1	5,6	0,447	0,552
<b>Tipo contratto lavoro</b>										
tempo determinato	4	5,7	2	14,3	1	2,7	1	5,6	<b>0,005</b>	0,059
tempo indeterminato	41	58,6	7	50,0	23	62,2	11	61,1	0,087	0,118
altro	7	10,0	3	21,4	3	8,1	1	5,6	<b>0,009</b>	<b>0,001</b>
nd	18	25,7	2	14,3	10	27,0	5	27,8		
<b>Medico di medicina generale in Italia</b>	68	97,1	13	92,9	36	97,3	18	100,0	0,194	0,081
<b>Pediatra di libera scelta in Italia</b>	15	27,3	4	40,0	8	28,6	3	18,8	0,102	<b>0,001</b>

<b>Conoscenza lingua italiana</b>										
avanzato	12	17,1	2	14,3	6	16,2	4	22,2	0,692	0,141
elementare	19	27,1	3	21,4	12	32,4	3	16,7	0,078	0,471
insufficiente	3	4,3	1	7,1	1	2,7	1	5,6	0,194	0,774
intermedio	36	51,4	8	57,1	18	48,6	10	55,6	0,257	0,776

## 4.1 Screening

La maggior parte degli intervistati è a conoscenza che, attraverso esami specifici, alcune malattie possono essere individuate prima che diano dei sintomi (88,6%) e dei programmi di screening (81,4%), ma solo il 27,1% si è sottoposto ad uno screening nel paese d'origine, mentre il 71,4% si sono sottoposti allo screening in Italia. Gli immigrati hanno usufruito di tutti gli screening disponibili in Italia: 94% hanno effettuato il Pap-test, 64% la mammografia 52% il SOF. Il Pap-test è stato effettuato nella maggior parte dei casi (74,5%) su invito da parte del sistema sanitario regionale.

Le motivazioni che hanno fornito coloro che non si sono sottoposti allo screening sono state principalmente: mancanza di informazioni necessarie/invito ad entrare in un programma di screening (75,9%) e mancanza di tempo (13,8%).

Per quanto riguarda i tre gruppi in esame, un maggior numero di laureati sono a conoscenza che attraverso esami specifici, alcune malattie possono essere individuate prima che diano dei sintomi (83,3% verso 71,4%,  $p=0,044$ ), dei programmi di screening (100% verso 71,4%,  $p<0,001$ ) e si sono sottoposte ad uno screening nel paese d'origine (83,3% verso 0%), rispetto ai diplomati alla scuola media. Tra gli screening in Italia, un maggior numero di laureati ha effettuato il Pap- test (100% verso 78,6%,  $p=0,044$ ) su invito (76,9% verso 63,6%,  $p=0,044$ ) rispetto ai diplomati alla scuola media. Mentre tra le motivazioni per il rifiuto allo screening un maggior numero di laureati hanno dato come motivazione la mancanza di informazioni necessarie/invito ad entrare in un programma di screening (100% verso 50%,  $p<0,001$ ). (Tabella 2)

**Tabella 2) Conoscenza e aderenza ai programmi di screening**

	Tutto il campione (N=70)		Scuola media (N=14)		Scuola superiore (N=37)		Laurea (N=18)		p medie vs superiori	p medie verso laurea
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Sei a conoscenza del fatto che, attraverso esami specifici, alcune malattie possono essere individuate prima che diano dei sintomi?</b>	62	88,6	10	71,4	33	89,2	18	100,0	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sei a conoscenza del fatto che esistono programmi di screening gratuiti</b>	57	81,4	10	71,4	31	83,8	15	83,3	<b>0,028</b>	<b>0,044</b>
<b>Ti sei mai sottoposta ad uno screening nel tuo Paese d'origine?</b>	19	27,1	0	0,0	12	32,4	6	33,3		
<b>Hai usufruito dei programmi di screening in Italia?</b>	50	71,4	11	78,6	25	67,6	13	72,2	0,082	0,327
<b>Se sì, quali?</b>										
Pap test	47	94,0	11	78,6	22	88,0	13	100,0	0,060	<b>&lt;0,001</b>
Mammografia	32	64,0	8	57,1	15	60,0	8	61,5	0,667	0,471
SOF	26	52,0	7	50,0	10	40,0	9	69,2	0,155	0,004
<b>Se ti sei sottoposta al Pap Test, con che modalità?</b>										
Invito	35	74,5	7	63,6	17	77,3	10	76,9	<b>0,044</b>	<b>0,044</b>
Spontaneo	12	25,5	4	36,4	5	22,7	3	23,1	<b>0,044</b>	<b>0,044</b>
<b>Se non ti sei mai sottoposta ad uno screening, quali sono state le ragioni? (più di una risposta)</b>										
Paura/imbarazzo/motivi religiosi	1	3,4			1	2,7				
Non ho le informazioni necessarie/Non ho mai ricevuto l'invito ad entrare in un programma di screening	22	75,9	2	50,0	14	37,8	<b>6</b>	100,0	0,087	<b>&lt;0,001</b>
Non credo nella possibilità di prevenire le malattie	2	6,9	2	50,0						
Non ho tempo	4	13,8			4	10,8				

## 4.2 Vaccinazioni

La maggior parte degli intervistati (95,7%) ha risposto di essere stati vaccinati su tutti i vaccini obbligatori nel proprio paese di origine in età infantile. Per quanto riguarda le vaccinazioni in Italia 13,4% degli intervistati hanno dichiarato di aver effettuato la vaccinazione per l'epatite B, 10,4% per l'influenza, 17,9% il richiamo dell'antitetanica e il 78,6% il vaccino anti COVID-19 (tabella 3). Un maggior numero di laureati hanno effettuato le vaccinazioni (100% verso 78,6%,  $p < 0,001$ ), in particolare quelle obbligatorie (100% verso 81,8%,  $p < 0,001$ ) e per il COVID-19 (88,9% verso 78,6%,  $p = 0,003$ ) e si sono vaccinati in Italia (44,4% verso 27,3%,  $p = 0,012$ )

**Tabella 3) Vaccinazione per COVID-19**

	Tutto il campione (N=70)		Scuola media (N=14)		Scuola superiore (N=37)		Laurea (N=18)		p medie vs superiori	p medie verso laurea
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Vaccinato</b>	67	95,7	11	78,6	37	100,0	18	100	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Paese vaccinazione</b>										
Italia	18	26,9	3	27,3	7	18,9	8	44,4	0,179	<b>0,012</b>
Paese origine	67	100,0	11	100,0	37	100,0	18	100,0		
<b>Tipo vaccino</b>										
Obbligatorie	63	94,0	9	81,8	36	97,3	18	100,0	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Epatite B	9	13,4	2	18,2	7	33,3				
Influenza	7	10,4			3	14,3	4	44,4		
Richiamo Tetano	12	17,9	2	18,2	7	33,3	4	44,4	0,015	0,000
HPV	3	4,5			2	9,5	1	11,1		
Meningococco	1	1,5	1	9,1						
COVID-19	55	78,6	10	71,4	28	75,7	16	88,9	0,524	<b>0,003</b>

## 5. DISCUSSIONE

In uno studio, nel campione di immigrati, l'aderenza alle pratiche raccomandate di screening cervicale (32,8%) e mammario (20,8%) è inferiore a quella delle popolazioni autoctone italiane, rispettivamente del 77% e del 71% (Bianco 2017). È possibile che le differenze tra la popolazione campione e altri studi su campioni possano essere dovute a differenze di fattori culturali e socioeconomici. Inoltre, bisogna considerare che in Italia c'è una differenza geografica nella copertura dello screening, con la percentuale più alta di donne che vi partecipano effettivamente nel nord del Paese e la più bassa nel sud.

Non sono emerse differenze relative al livello di istruzione per quanto riguarda l'aderenza agli screening. Il dato più importante sembra essere quello relativo al perché gli stranieri intervistati non si sono sottoposti a screening. Più della metà degli intervistati che non si sono sottoposti a screening hanno dichiarato che non hanno ricevuto l'invito e che non hanno abbastanza informazioni. Quasi il 60% del totale del campione non si è mai sottoposto a screening nel suo paese di origine, di questi la metà non ci si è sottoposto neanche dall'arrivo in Italia a oggi.

Sarebbe importante fornire tutte le informazioni necessarie a permettere l'utilizzo dei sistemi di prevenzione messi a disposizione gratuitamente dalla Regione. Considerando che oltre l'80% degli intervistati ha un livello di conoscenza della lingua italiana tra elementare e medio si può presumere che le lettere, inviate e ricevute, vengano comprese (ciò è dimostrato anche dall'elevato numero di stranieri che partecipano agli screening), quindi si potrebbe ragionare sul far arrivare più informazioni oltre al fatto di potenziare l'invio delle lettere di invito allo screening.

Confrontando i nostri risultati con quelli regionali e italiani della Sorveglianza Passi, vediamo che l'aderenza agli screening, organizzati e spontanei, per le Marche, al 2021, sono: 85,3% per lo screening cervicale, 82,3% per lo screening mammografico e 56,6% per lo screening coloretale, tutte le percentuali sono superiori alla media nazionale.

## 6. CONCLUSIONI

Dai risultati ottenuti dalla ricerca si riscontra che più del 70% del totale del campione non si è sottoposto agli screening nel suo paese d'origine, e di questi la metà (circa il 30%), neanche una volta giunti in Italia e fino ad oggi.

Pertanto sarebbe necessario continuare ad indagare ulteriormente sulle motivazioni che spingono questa parte di popolazione a non adoperarsi dei servizi forniti dal sistema sanitario nazionale.

A termine di questo studio si evince che la popolazione straniera ha sempre più bisogno di una figura di riferimento che riesca ad orientare i molteplici servizi presenti sul territorio e di prendere in carico la persona nella sua totalità.

L'obbiettivo principale dovrebbe essere puntare sulla soddisfazione e una buona qualità di vita della persona.

In conclusione l'infermiere è un educatore ed un comunicatore che sa adattare la comunicazione all'età e al livello culturale di chi ha davanti e diventa il mezzo tra il sistema sanitario nazionale (cioè la sanità pubblica) e l'intera comunità straniera in Italia.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Aimaretti, G, Bidone S., Campagna S., Costa G., Dal Molin A., Dimonte V., Faggiano F., Giuliano P., Menarello G., Obbia P., 2019 Position Paper Infermiere di famiglia e di comunità
2. Bianco, A., Larosa, E., Pileggi, C., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2017). Cervical and breast cancer screening participation and utilisation of maternal health services: a cross-sectional study among immigrant women in Southern Italy. *BMJ open*, 7(10), e016306.
3. Carrozzi, G., Sampaolo, L., Bolognesi, L., et al. (2015). Cancer screening uptake: association with individual characteristics, geographic distribution, and time trends in Italy. *Epidemiologia e prevenzione*, 39(3 Suppl 1), 9–18.
4. Crocetti, E., Giuliani, O., Ravaioli, A., Bucchi, L., Vattiato, R., & Falcini, F. (2017). Immigrants and cancer in Italy: a literature review. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 53(3), 238–245.
5. Curry, S. J., Byers, T., & Hewitt, M. (2003). Potential of screening to reduce the burden of cancer. In *Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection*. National Academies Press (US).
6. Di Napoli, A., Perez, M., Rossi, A., Spizzichino, D., Iannucci, L., Gargiulo, L., Panaccione, D., Mirisola, C., & Petrelli, A. (2017). Capitolo 6: Fattori associati al ricorso a visite mediche: confronto tra cittadini italiani e stranieri residenti in Italia [Factors associated to medical visits: comparison among Italians and immigrants resident in Italy]. *Epidemiologia e prevenzione*, 41(3-4 (Suppl 1)), 41–49. <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P041.064>
7. Fang, C. Y., & Ragin, C. C. (2020). Addressing Disparities in Cancer Screening among U.S. Immigrants: Progress and Opportunities. *Cancer prevention research (Philadelphia, Pa.)*, 13(3), 253–260.
8. FNOPI (Federazione Nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche), “Infermiere di famiglia e di comunità”, 2019
9. Francovich, L., Di Napoli, A., Giorgi Rossi, P., Gargiulo, L., Giordani, B., & Petrelli, A. (2017). Capitolo 3: La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia [Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy]. *Epidemiologia e prevenzione*, 41(3-4 (Suppl 1)), 18–25.

10. Gallo, F., Caprioglio, A., Castagno, R., Ronco, G., Segnan, N., & Giordano, L. (2017). Inequalities in cervical cancer screening utilisation and results: A comparison between Italian natives and immigrants from disadvantaged countries. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(10), 1072–1078.
11. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) <http://www.istat.it/it/immigrati> (Consultato il Marzo 2023).
12. Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Garg, V. K., Goel, N., Koundal, D., Zaguia, A., Koundal, S., & Belay, A. (2022). Global Increase in Breast Cancer Incidence: Risk Factors and Preventive Measures. *BioMed research international*, 2022, 9605439. <https://doi.org/10.1155/2022/9605439>
13. Manneschi, G., Crocetti, E., Puliti, D., Zappa, M., Sacchetti, C., & Paci, E. (2011). L'incidenza dei tumori in cittadini nati in Italia e in immigrati di prima generazione [Cancer incidence in Italian natives and in first-generation immigrants to Italy]. *Epidemiologia e prevenzione*, 35(5-6), 292–296.
14. Miller, B. C., Bowers, J. M., Payne, J. B., & Moyer, A. (2019). Barriers to mammography screening among racial and ethnic minority women. *Social science & medicine (1982)*, 239, 112494.
15. Rezza G., Lecchini P., (Ministero della Salute) Considerazioni operative di salute pubblica per la prevenzione e controllo delle malattie infettive nel contesto dell'emergenza in Ucraina, 2022
16. Monroe, K. R., Hankin, J. H., Pike, M. C., Henderson, B. E., Stram, D. O., Park, S., Nomura, A. M., Wilkens, L. R., & Kolonel, L. N. (2003). Correlation of dietary intake and colorectal cancer incidence among Mexican-American migrants: the multiethnic cohort study. *Nutrition and cancer*, 45(2), 133–147.
17. Olusola, P., Banerjee, H. N., Philley, J. V., & Dasgupta, S. (2019). Human Papilloma Virus-Associated Cervical Cancer and Health Disparities. *Cells*, 8(6), 622.
18. Omeri C. Health literacy e la strategia del teach-back method. Revisione della letteratura. 2015. Tesi di Laurea Unipd. <https://hdl.handle.net/20.500.12608/20879>
19. Pelullo, C. P., Cantore, F., Lisciotta, A., Di Giuseppe, G., & Pavia, M. (2021). Organized Breast and Cervical Cancer Screening: Attendance and Determinants in Southern Italy. *Cancers*, 13(7), 1578.
20. Pesaresi F. (2022). L'infermiere Di Famiglia O Comunità, Come Sarà.

21. Petrelli, A., Giorgi Rossi, P., Francovich, L., Giordani, B., Di Napoli, A., Zappa, M., Mirisola, C., & Gargiulo, L. (2018). Geographical and socioeconomic differences in uptake of Pap test and mammography in Italy: results from the National Health Interview Survey. *BMJ open*, *8*(9), e021653.
22. PNPV (2017-2019) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
23. PNPV (2023-2025) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
24. Prymula, R., Shaw, J., Chlibek, R., Urbancikova, I., & Prymulova, K. (2018). Vaccination in newly arrived immigrants to the European Union. *Vaccine*, *36*(36), 5385–5390.
25. Roudko, V., Cimen Bozkus, C., Greenbaum, B., Lucas, A., Samstein, R., & Bhardwaj, N. (2021). Lynch Syndrome and MSI-H Cancers: From Mechanisms to "Off-The-Shelf" Cancer Vaccines. *Frontiers in immunology*, *12*, 757804.
26. Siegel, R.L., Miller, K.D., Fuchs, H.E. .et al (2021) Cancer statistics, 2021. *CA Cancer J Clin* 71:7–33
27. Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., & Vaccarella, S. (2022). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet. Global health*, S2214-109X(22)00501-0.
28. Turrin, A., Zorzi, M., Giorgi Rossi, P., Senore, C., Campari, C., Fedato, C., Naldoni, C., Anghinoni, E., Carrozzi, G., Sassoli De' Bianchi, P., Zappa, M., & Italian colorectal cancer screening survey group (2015). Colorectal cancer screening of immigrants to Italy. Figures from the 2013 National Survey. *Preventive medicine*, *81*, 132–137.
29. Uhomobhi, T.O., Okobi, T.J., Okobi, O.E., et al. (2022). High-Fat Diet as a Risk Factor for Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Cureus*, *8*;14(12):e32309.
30. Vanthomme, K., Roskamp, M., De Schutter, H., & Vandenheede, H. (2022). Colorectal cancer incidence and survival inequalities among labour immigrants in Belgium during 2004-2013. *Scientific reports*, *12*(1), 15727.
31. Venugopal, A., & Carethers, J. M. (2022). Epidemiology and biology of early onset colorectal cancer. *EXCLI journal*, *21*, 162–182.
32. Wilson, L., Rubens-Augustson, T., Murphy, M., Jardine, C., Crowcroft, N., Hui, C., & Wilson, K. (2018). Barriers to immunization among newcomers: A systematic review. *Vaccine*, *36*(8), 1055–1062.

## 8. ALLEGATO

### Questionario

L'Università Politecnica delle Marche - Corso di Laurea in Infermieristica ha promosso uno studio intitolato: "Aderenza ad interventi di prevenzione in immigrati in AST1 Regione Marche", allo scopo di valutare le attitudini ed i comportamenti di un campione di immigrati residenti nel comune di Pesaro in merito alle vaccinazioni e ai programmi di screening. E' stato predisposto il seguente questionario che sarà compilato in forma anonima, rispettando le norme di buona Pratica Clinica ed Etica della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (D. Lgs. 10/08/2018, n. 101). I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica ed elaborati in forma totalmente anonima. In tale forma verranno utilizzati ai fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico. Grazie per la preziosa collaborazione.

#### QUESTIONARIO:

1. Paese di origine:
2. Anno di nascita:
3. Genere: M/F
4. Stato civile:
  - libera/vedova/divorziata
  - coniugata/convivente
5. Hai figli? SI/NO
6. La sua famiglia vive con lei in Italia? SI/NO
7. Livello di istruzione
  - Diploma di Scuola Media
  - Diploma di Scuola Superiore
  - Laurea
  - Nessun titolo di studio
8. E' in possesso di:
  - Auto di proprietà

- Casa di proprietà
  - Entrambe
9. Situazione finanziaria familiare:
- Buona
  - Media
  - Scarsa
10. Occupazione attuale:
11. In quale anno sei arrivato in Italia?
12. Ti ricordi se hai mai ricevuto vaccinazioni? SI/NO
13. Se sì:
- Dove? \_\_\_\_\_
  - Quando? \_\_\_\_\_
  - Contro quali malattie? \_\_\_\_\_
14. Hai ricevuto la vaccinazione anti COVID-19? SI/NO
15. Se sì:
- Dove? \_\_\_\_\_
  - Quante dosi? \_\_\_\_\_
16. Sei a conoscenza del fatto che, attraverso esami specifici, alcune malattie possono essere individuate prima che diano dei sintomi? SI/NO
17. Sei a conoscenza del fatto che esistono programmi di screening gratuiti, cioè di esami per individuare i segni prima che si manifesti la malattia? SI/NO
18. Ti sei mai sottoposta ad uno screening (test per il rilevamento precoce delle malattie) nel tuo Paese d'origine? SI/NO
19. Se sì, quale? (risposta multipla)
- Pap Test, per evitare il cancro alla cervice uterina
  - Mammografia, per la diagnosi precoce del tumore della mammella
  - Sangue Occulto Fecale (SOF), per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto
20. Hai attualmente un medico di medicina generale in Italia? SI/NO
21. Se hai figli, hanno un pediatra di libera scelta in Italia? SI/NO
22. Hai usufruito dei programmi di screening in Italia? SI/NO
23. Se sì, quali?
- Pap Test

- Mammografia
- Sangue Occulto Fecale (SOF)

24. Se ti sei sottoposta al Pap Test, con che modalità?

- Screening gratuito, presso l'ambulatorio territoriale
- Privatamente dal ginecologo

25. Se non ti sei mai sottoposta ad uno screening, quali sono state le ragioni? (più di una risposta)

- Paura / Imbarazzo / Motivi religiosi
- Non ho informazioni
- Non credo nella possibilità di prevenire le malattie
- La distanza dall'ambulatorio è eccessiva / Tempi di attesa troppo lunghi

NOTE PER IL COMPILATORE:

L'intervistato è:

- Residente regolare
- Residente irregolare
- Non so/Non risponde

Il livello di italiano dell'intervistato è:

- Insufficiente
- Elementare
- Intermedio
- Avanzato

L'intervistato è assunto con:

- Contratto a tempo indeterminato
- Contratto a tempo determinato
- Altra tipologia di contratto o rapporto lavorativo