



Salute della popolazione straniera

In Italia, lo scenario migratorio in poco meno di 2 anni si è completamente modificato. Il 2016, che nel precedente Rapporto Osservasalute avevamo definito “anno dei record” (per numero di sbarchi, accoglienze più o meno problematiche, azioni pianificate di *governance* etc.), appare un ricordo assai lontano.

I flussi si sono mantenuti alti nella prima metà del 2017 (+18,7% rispetto ai primi 6 mesi del 2016), si sono poi allineati a luglio (+1,1% complessivamente nell’anno, ma con una riduzione nel mese di oltre la metà degli arrivi) e ridotti drasticamente negli ultimi 5 mesi (-80,9%). L’anno si è concluso con un -34,2%. Tale riduzione è stata in larga parte frutto di specifici accordi sottoscritti dal Governo italiano con la Libia. Lo stesso trend si è osservato nel 2018, con un decremento degli sbarchi rispetto al 2017 dell’80,4% dovuto, oltre che al mantenimento degli accordi con la Libia, anche a ulteriori scelte politiche compiute dal nuovo Governo italiano da metà anno e cioè la chiusura dei porti, i contrasti con le Organizzazioni Non Governative per il soccorso in mare e il “braccio di ferro” con l’Europa. In termini numerici, i risultati sono eclatanti. Nel corso del 2016 erano sbarcati 181.436 migranti, mentre nel 2017 i migranti erano stati 119.369 e nel 2018 soltanto 23.370. I minori stranieri non accompagnati, giunti nel 2016, erano stati 25.846, 15.779 nel 2017 e solamente 3.534 nel 2018, seppur con una percentuale maggiore sul totale delle persone sbarcate (15,1% vs 7,7% del 2014) (1).

Quale sia l’impatto di queste scelte sulla salute è difficile da quantificare, ma sono ben note le disumane condizioni di vita nei campi di detenzione libici dove sono concentrate centinaia di migliaia di persone in fuga dalla miseria e, spesso, dai conflitti. E ancora, se è vero che le morti avvenute nel tentativo di attraversare il Mediterraneo per giungere in Italia si sono ridotte significativamente, da 4.581 nel 2016 a 1.306 nel 2018, occorre considerare che è molto aumentato il rischio di morte nel corso del viaggio: 1 morto ogni 40 arrivi nel 2016 vs 1 morto ogni 18 arrivi nel 2018 (2).

Nel frattempo, i dati relativi alla popolazione straniera presente in Italia sono rimasti più o meno invariati. I cittadini non italiani residenti sono poco più di 5 milioni, pari all’8,5% della popolazione complessivamente residente (3). La presenza di richiedenti asilo si è progressivamente ridimensionata, ma con il duplice record raggiunto nel 2018 in termini di domande esaminate (circa 95.000, anche per via dei ritardi accumulati negli anni precedenti) e di domande respinte (poco più di 60.000). Tra quelle accettate, 20.000 hanno riguardato la protezione umanitaria, 7.000 il riconoscimento dello *status* di rifugiato e circa 4.200 la protezione sussidiaria (4).

I numeri, dunque, non confermano la suggestione di una emergenza o peggio di una invasione in atto nel nostro Paese, riportata spesso dagli *opinion leader* e amplificata dai *mass media* con effetti distorti sulla percezione che gli italiani hanno della presenza degli stranieri in Italia (superiore di 3-4 volte rispetto al dato reale), del rapporto tra immigrati e criminalità, della riduzione delle possibilità occupazionali per gli italiani e del peso degli immigrati sulla sostenibilità del *welfare* nazionale (5). Si crea, così, un pericoloso circolo vizioso in cui dati falsati producono una distorta percezione che giustifica politiche emergenziali e securitarie che finiscono per rafforzare pregiudizi, paure e mistificazioni.

In questo clima di “enfattizzata emergenza”, nell’ottobre 2018 è stato pubblicato un Decreto Legge sulla sicurezza, convertito in legge con due voti di fiducia prima al Senato e, successivamente, alla Camera a inizio dicembre 2018. La Legge n. 132/2018, come spesso accade ai provvedimenti che riguardano l’immigrazione, ha suscitato reazioni fortemente polarizzate, con radicalizzazione delle posizioni su fronti opposti. Questo ha privato il dibattito della necessaria serenità e obiettività.

Alcune organizzazioni medico-umanitarie italiane, quali il Centro Astalli, *Emergency*, *Intersos*, Medici contro la Tortura, *Médecins du Monde*, Medici per i Diritti Umani e Medici Senza Frontiere, che si occupano da molti anni di assistenza sociale e sanitaria agli immigrati e, in particolare, ai profughi, unitamente alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, hanno espresso significative perplessità e manifestato una evidente contrarietà nei confronti dell’impianto normativo, per quel che riguarda i possibili effetti sulla salute. In una lettera congiunta indirizzata al Parlamento italiano (6) vengono sollevati dalle suddette organizzazioni quattro punti critici di seguito riportati.

1. Abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari

Secondo quanto riportato nella legge, questo permesso, concesso nei casi in cui, pur in assenza degli estremi per riconoscere l’asilo o la protezione sussidiaria, vi fossero seri motivi di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali per non far rientrare la persona nel proprio Paese di origine, sarà sostituito da quattro permessi di soggiorno “speciali”. In tutti i casi, si tratta di permessi della durata di 6-12 mesi che



limitano la possibilità di accedere alle prestazioni di assistenza sociale (destinate ai titolari di permessi di soggiorno di almeno 1 anno), agli alloggi di edilizia residenziale pubblica (garantiti a chi ha permessi di soggiorno di almeno 2 anni) e non prevedono la convertibilità in permessi di soggiorno per lavoro.

2. Riforma del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati

In base alla nuova legge, la Riforma del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati sarà destinato, esclusivamente, alle persone titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati. In questo modo, le persone richiedenti asilo non saranno più ammesse alle pratiche di formazione e inserimento socio-lavorativo che hanno caratterizzato tale modalità di accoglienza. Questa riforma, che prevede la permanenza delle persone richiedenti asilo nei soli Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), è un determinante negativo per la salute perché i CAS spesso non prevedono procedure idonee all'integrazione e misure adeguate per la presa in carico di persone in condizioni di fragilità (anziani, donne in gravidanza, persone affette da disabilità, genitori soli con figli minori, vittime di tratta-tortura-violenze e malati fisici e/o psichici) con gravi rischi di ritraumatizzazioni.

3. Allungamento dei tempi di trattenimento alla frontiera e nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio

Le nuove misure prevedono la possibilità di trattenere le persone negli *hotspot* alle frontiere per un massimo di 30 giorni e nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (ex Centri di Identificazione ed Espulsione-CIE) per un massimo di 180 giorni. Una situazione per cui le persone che non hanno commesso alcun reato, fatto salvo l'essere sprovvisti di documenti, potranno essere sottoposte a periodi di detenzione fino a 7 mesi (sinora erano 90 giorni), con gravi rischi per la loro salute fisica e mentale. A questo proposito, già nel 2016, le raccomandazioni finali del XIV Congresso della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni sottolineavano che "i CIE continuano a configurarsi come isole in cui il diritto è sospeso: costituiscono una condizione di reclusione in assenza di imputazioni, spesso gli ospiti non ricevono informazioni adeguate, esaustive e comprensibili limitando, quindi, la loro possibilità di difesa" e "gli hotspot si configurano come luoghi in cui i diritti non sono garantiti poiché il progetto migratorio viene indagato in modi e momenti impropri".

4. Mancata iscrizione all'Anagrafe dei residenti

Si prevede, inoltre, che il permesso di soggiorno per richiesta di asilo non consenta l'iscrizione all'Anagrafe dei residenti. Benché la legge precisi come questo non pregiudichi il diritto a forme di assistenza che rientrano nella titolarità del permesso di soggiorno (iscrizione al servizio sanitario, accesso al lavoro, iscrizione scolastica dei figli e misure di accoglienza), nella pratica il non avere la residenza anagrafica rappresenta un reale e diffuso ostacolo all'accessibilità dei servizi sanitari e alla fruibilità delle prestazioni sociali.

La critica di fondo riguarda gli effetti negativi che l'insieme delle suddette condizioni, quali la mancata accoglienza, la riduzione delle possibilità di lavoro, l'assenza di documenti, il ridotto accesso ai servizi e il clima diffuso di diffidenza e ostilità, che sappiamo bene essere tra le principali cause di disuguaglianze e di malattia, influiranno sulla salute dei singoli individui e dell'intera collettività.

Nel presente Capitolo si è scelto di non calcolare i tradizionali *core indicators* attraverso cui monitoriamo, nel tempo e per ambito territoriale, la salute dei migranti, ma di concentrarsi sulla proposta di nuovi indicatori relativi al percorso nascita (calcolati a partire dal flusso informativo dei Certificati di Assistenza al Parto, finora scarsamente utilizzato a livello nazionale) e sulla presentazione di dati ed esperienze significative in termini di valutazione e contrasto delle disuguaglianze sociali di salute.

Le analisi nel Capitolo sono condotte confrontando gli indicatori per la popolazione proveniente dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp¹) con quelli per la popolazione italiana. Gli indicatori di salute materno-infantile per le donne straniere forniscono risultati di particolare interesse per le politiche sanitarie. La conoscenza dei divari tra le donne provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e le donne italiane può consentire di individuare possibili aree di intervento per ridurre i differenziali di salute e migliorare l'accesso ai servizi di assistenza alle madri e ai bambini.

Anche l'analisi dei dati tratti dal sistema di monitoraggio sulla salute (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) fa emergere come per rafforzare le risorse per la salute occorra potenziare le competenze della popolazione, straniera e non, in termini di *health literacy*, migliorare il funzionamento dei servizi socio-sanitari e sostenere la coesione sociale. È necessario, inoltre, contrastare la crescente erosione della solidarietà e la sfiducia nel futuro, sempre più diffuse nella popolazione, affermano i ricercatori, attraverso uno sforzo comune per

¹ Il gruppo dei Pfp^m include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di nuova adesione all'Unione Europea (UE) entrati a partire dal 2004, nel 2007 e nel 2013 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria, Romania, Croazia e tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'UE. Gli apolidi sono esclusi.



rendere credibile e praticabile la costruzione di una società solidale, in cui tutti abbiano la possibilità di vedere realizzate le proprie aspirazioni.

In questo senso, il lavoro tecnico basato su un approccio rigorosamente scientifico, che ha portato alla definizione delle nuove Linee Guida sul controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia, al riparo da pregiudizi e semplificazioni, e le esperienze di “medicina di prossimità”, in cui il servizio pubblico è riuscito a raggiungere popolazioni spesso “invisibili” alla sanità, sembrano indicare il percorso da compiere.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero.
- (2) Disponibile sul sito: <http://missingmigrants.iom.int>.
- (3) Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (4) Disponibile sui siti: www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/documentazione/statistica/i-neri-dellasil; <http://viedifuga.org/ricipienti-asilo-ed-esiti-in-italia-2018-lanno-dei-record>.
- (5) Disponibile sul sito: www.cattaneo.org/2018/08/27/immigrazione-in-italia-tra-realta-e-percezione.
- (6) Disponibile sul sito: www.simmweb.it/937-comunicato-stampa-il-decreto-immigrazione-e-le-implicazioni-per-la-salute.





Analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dei Certificati di Assistenza al Parto per la costruzione di indicatori sulla gravidanza e sulla salute materno-infantile delle donne straniere

Dott.ssa Annabella Pugliese, Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Alessandra Burgio

In questi anni, si è registrato un utilizzo crescente dei dati amministrativi raccolti dai sistemi informativi sanitari per descrivere il profilo di salute e monitorare l'assistenza offerta alla popolazione immigrata nel nostro Paese. Tra i vari flussi, quello basato sui Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) rappresenta una fonte particolarmente importante, anche se finora poco utilizzata in ambito nazionale per valutare il livello di sorveglianza prenatale, le condizioni di salute materno-infantile alla nascita, la nati-mortalità e la presenza di eventuali malformazioni neonatali.

Il presente lavoro intende offrire una prima analisi esplorativa sui livelli di completezza e sulla qualità delle informazioni contenute nell'archivio nazionale dei CedAP¹, con specifico riferimento alle variabili utilizzate per l'identificazione e la caratterizzazione socio-demografica degli stranieri. A tale scopo, è stato effettuato un confronto dei dati CedAP con le informazioni provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)², in quanto si tratta di archivi che condividono il medesimo *setting* di ricovero. Non si tratta di un vero e proprio "studio di validità", dal momento che nessuna delle due fonti può essere considerata come *gold standard* dal punto di vista dell'attendibilità delle informazioni. Vuole, piuttosto, essere un contributo al dibattito metodologico sulla confrontabilità delle fonti sanitarie e sui limiti del loro utilizzo a fini epidemiologici.

Definizione della base dello studio

Dall'archivio CedAP sono stati selezionati i *record* relativi alle donne di età 10-55 anni; dall'archivio delle SDO i ricoveri relativi a donne nello stesso *range* di età e con *Diagnosis Related Group* (DRG) di parto (DRG 370-375). Sono stati considerati gli anni di attività 2010 e 2015.

Gli stranieri sono stati identificati, all'interno di entrambi gli archivi, attraverso la variabile cittadinanza e classificati in due gruppi sulla base della provenienza: da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

L'analisi è stata limitata alle seguenti informazioni socio-demografiche: cittadinanza, età, titolo di studio e stato civile. Il confronto ha riguardato le distribuzioni di frequenza delle variabili nelle due fonti considerate.

Risultati

Nel 2010, il numero delle SDO relative ad episodi di ricovero per parto è risultato superiore al totale dei CedAP (+3,7%), mentre nel 2015 le due fonti mostrano un sostanziale allineamento (-0,1%).

La Tabella 1 riporta la distribuzione percentuale delle donne per cittadinanza. Emergono scostamenti minimi, soprattutto nel 2015, con differenze che per le straniere provenienti dai Pfp si attestano a 0,3 punti percentuali. Anche rispetto all'età delle donne (Grafico 1), non si denotano importanti variazioni. Le curve relative ai CedAP appaiono, rispetto alle SDO, solo leggermente più spostate verso le età avanzate, tanto per le italiane quanto per le straniere provenienti dai Pfp.

La Tabella 2 riporta i dati relativi allo stato civile ed al livello di istruzione. Si evidenzia un grave problema di completezza delle informazioni, soprattutto a carico delle SDO. Nel 2010, la percentuale di dati mancanti sullo stato civile (non dichiarato o *missing*) era del 31,4% tra le donne immigrate e del 24,8% tra le italiane. Per quanto riguarda il titolo di studio, tali percentuali in entrambi i gruppi si avvicinavano addirittura al 59,6%. La situazione è migliorata nel 2015, anche se permangono importanti criticità, maggiormente a carico della variabile "stato civile" sulle SDO, sia tra le donne immigrate (32,4%) che tra le italiane (21,8%).

Un ulteriore elemento di interesse riguarda il confronto tra le distribuzioni CedAP-SDO. Mentre per lo stato civile, al netto dei valori mancanti, la distribuzione di frequenza appare simile tra le due fonti, per il titolo di studio si rileva una tendenza alla sottostima da parte delle SDO rispetto ai CedAP. Nel 2015, la percentuale di donne con basso livello di istruzione calcolata sulle SDO risulta del 62,3% tra le donne immigrate e del 35,8% tra le italiane, rispetto al 47,6% e al 24,1% sulla base dei CedAP (Tabella 2).

¹Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute. I CedAP contengono informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche dei genitori, sulla storia riproduttiva della madre, sulla gravidanza, le caratteristiche del parto, le caratteristiche del nato, le cause di nati-mortalità e la presenza di malformazioni congenite. Tra le informazioni utili per l'identificazione degli stranieri, i CedAP contengono quelle relative alla cittadinanza della madre e del padre.

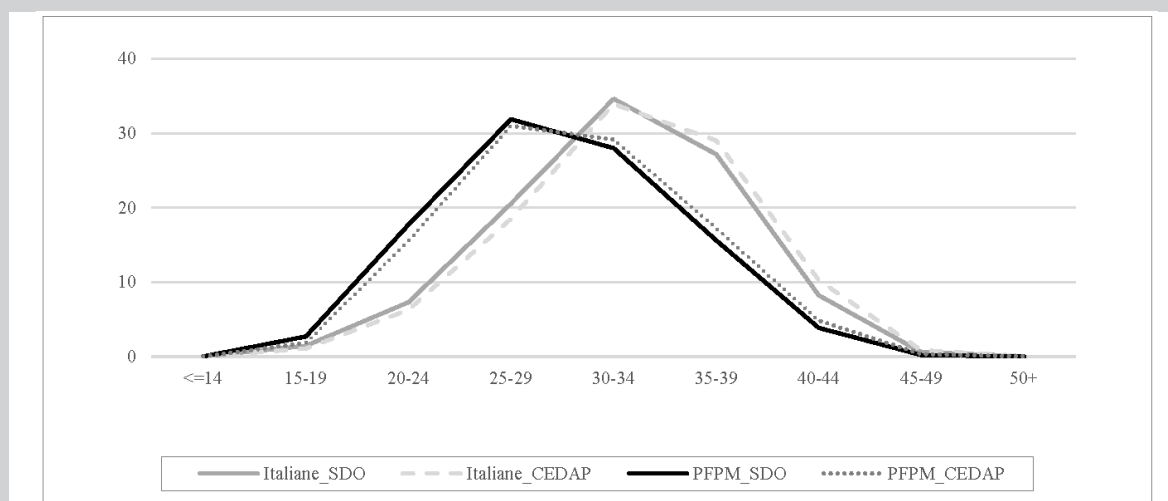
²Le SDO sono lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso (compresi i deceduti) dagli istituti di cura pubblici e privati su tutto il territorio nazionale. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute. La scheda contiene dati relativi all'ospedale (tipo di istituto, rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale etc.), informazioni socio-demografiche sul paziente (data di nascita, genere, luogo di nascita, luogo di residenza, stato civile, cittadinanza, titolo di studio etc.) e informazioni sulle caratteristiche del ricovero (regime ordinario o Day Hospital, durata delle degenze, diagnosi principale e secondarie, interventi e procedure effettuate durante il ricovero, modalità di dimissione etc.).



**Tabella 1** - Donne (valori per 100) al parto per fonte dei dati e per cittadinanza - Anni 2010, 2015

Cittadinanze	2010		2015	
	CedAP (n=532.091)	SDO (n=551.918)	CedAP (n=477.422)	SDO (n=476.796)
Italiane	80,8	82,0	78,9	80,2
Straniere Psa	0,7	0,7	0,7	0,6
Straniere Pfpn	17,7	17,0	19,2	18,9
Non indicata	0,8	0,3	1,2	0,3

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP e SDO. Anno 2018.

Grafico 1 - Distribuzione (valori per 100) delle donne al parto per cittadinanza, fonte dei dati e per classe di età - Anno 2015

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP e SDO. Anno 2018.

Tabella 2 - Donne (valori per 100)* italiane e straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per fonte dei dati e per alcune variabili socio-demografiche - Anni 2010, 2015

Variabili socio-demografiche	2010				2015			
	Italiane CedAP (n=430.146)	Italiane SDO (n=452.857)	Straniere Pfpn CedAP (n=94.1269)	Straniere Pfpn SDO (n=93.906)	Italiane CedAP (n=376.568)	Italiane SDO (n=382.534)	Straniere Pfpn CedAP (n=91.655)	Straniere Pfpn SDO (n=90.205)
<i>Stato civile</i>								
Nubile	23,0	26,3	20,5	21,9	32,4	34,4	23,7	25,4
Coniugata	74,1	71,7	77,2	76,5	65,0	63,4	74,0	72,9
Altro	2,8	2,0	2,3	1,6	2,6	2,1	2,2	1,7
Non indicato	13,6	24,8	14,0	31,4	12,4	21,8	12,7	32,4
<i>Titolo di studio</i>								
Laurea	24,9	18,0	11,1	7,3	30,6	23,5	14,4	9,5
Media superiore	46,0	40,3	36,0	28,8	45,3	40,7	38,0	28,2
Media inferiore/ elementare	29,0	41,7	52,9	63,9	24,1	35,8	47,6	62,3
Non indicato	3,3	59,7	2,2	59,6	2,3	6,0	1,9	9,6

*Le percentuali sono calcolate al netto dei valori non indicati.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP e SDO. Anno 2018.

Conclusioni

Dall'analisi effettuata emerge un problema di completezza delle informazioni socio-demografiche, soprattutto per le SDO, relativamente allo stato civile e al livello di istruzione. Emergono, inoltre, dal confronto CedAP-SDO, importanti variazioni nelle distribuzioni di frequenza del titolo di studio, sia tra le donne immigrate che tra le italiane. Si tratta di problemi che possono avere un grave impatto sulle analisi epidemiologiche, in quan-





to riguardano variabili generalmente utilizzate come *proxy* della condizione socio-economica (soprattutto il titolo di studio), nell'ambito delle valutazioni sulle disuguaglianze di salute.

Si richiede, dunque, un maggiore sforzo da parte dei sistemi informativi sanitari per il miglioramento della qualità dei dati correnti, anche attraverso una sensibilizzazione degli operatori impegnati nelle attività di rilevazione e registrazione dei dati.

Per gli obiettivi del Rapporto Osservasalute, l'analisi effettuata è utile per capire quali nuovi indicatori possano essere calcolati a livello regionale per monitorare il fenomeno della gravidanza e della salute materno-infantile delle donne straniere.





Nuovi indicatori per il monitoraggio della gravidanza e della salute riproduttiva delle donne straniere

Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Alessia D'Errico, Dott.ssa Annabella Pugliese

Il monitoraggio della salute riproduttiva delle donne straniere attraverso indicatori relativi a gravidanza, parto e nascite consente di ampliare la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione immigrata e di individuare eventuali aree critiche necessitanti di interventi prioritari della programmazione sanitaria.

Una proposta di un *set* di indicatori su questi aspetti era stata avanzata già nel 2007 nell'ambito di un Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della regione Marche e finalizzato alla costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata ed alla valutazione dell'offerta dei servizi da parte del Servizio Sanitario Nazionale (1). Tale proposta è stata ripresa nel 2009 in un secondo Progetto del CCM, coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a creare un *network* interregionale per produrre informazioni sulla popolazione immigrata utili per la programmazione sanitaria, basate sulla valutazione epidemiologica ed economica dell'assistenza sanitaria (2).

In entrambi i Progetti, la costruzione degli indicatori si è basata sui flussi informativi correnti disponibili sia a livello nazionale che nelle singole regioni. Le analisi sono state condotte in relazione a due gruppi di popolazione individuati in base alla cittadinanza: Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e italiani.

In relazione al *set* di indicatori riferiti alla salute riproduttiva della donna straniera, le fonti informative individuate nei Progetti sono la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) (3, 4).

Nel *Box* "Analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dei Certificati di Assistenza al Parto per la costruzione di indicatori sulla gravidanza e sulla salute materno-infantile delle donne straniere" è stato effettuato un confronto tra i dati SDO e CedAP per verificare la coerenza delle informazioni comuni presenti nelle due fonti e valutare l'affidabilità delle variabili da utilizzare nel calcolo degli indicatori sulla gravidanza, il parto e le nascite. Dal confronto è emersa la scarsa qualità della variabile titolo di studio, importante *proxy* dello *status* socio-economico della popolazione che, pertanto, è stata esclusa nel calcolo degli indicatori. Le variabili cittadinanza, età e stato civile sono, invece, state considerate utilizzabili; appunto per questo si è proceduto con l'elaborazione dei seguenti indicatori a livello regionale con riferimento all'anno 2015, sia per le italiane che per le donne provenienti dai Pfp, per la classe di età 15-49 anni.

Da fonte Schede di Dimissioni Ospedaliere

Tasso grezzo e tassi specifici per età di ospedalizzazione per ricoveri ostetrici¹.

Ricoveri ostetrici per tipologia (parto, Interruzione Volontaria di Gravidanza-IVG, aborto spontaneo e altro).

Distribuzione per classi di età dei ricoveri per parto.

Percentuale di parti cesarei.

Da fonte Certificati di Assistenza al Parto

Età media delle madri al parto.

Percentuale di madri nubili.

Percentuale di madri che hanno effettuato un numero insufficiente di visite in gravidanza (<5).

Percentuale di madri che hanno effettuato la prima visita in gravidanza tardivamente (>11 settimane di gestazione).

Percentuale di madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3).

Percentuale di madri che hanno effettuato almeno una indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali e fetoscopia/funicolocentesi).

Tasso di natimortalità.

Percentuale di nati totali pretermine (<37 settimane di gestazione) e gravemente pretermine (<32 settimane di gestazione).

Percentuale di nati vivi da parti singoli sottopeso (<2.500 g) e fortemente sottopeso (<1.500 g).

Percentuale di nati vivi con punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita <7.

¹I ricoveri ostetrici sono individuati selezionando i codici *Diagnosis Related Group* (DRG) da 370 a 384, i parti con i codici DRG da 370 a 375, le IVG con il codice *International Classification of Diseases* (ICD) ICD-9 "635" nella diagnosi principale, gli aborti spontanei con i codici ICD-9 "632" e "634" nella diagnosi principale, mentre gli altri ricoveri sono ottenuti per differenza.





Descrizione dei risultati

Nel 2015 si sono registrati nelle SDO oltre 700 mila ricoveri ostetrici di donne in età fertile residenti in Italia con cittadinanza italiana (80,8%) o da Pfp (19,2%). I tassi di ospedalizzazione per questa tipologia di ricoveri per le donne provenienti dai Pfp sono circa il doppio di quelli delle italiane, in particolare al Nord dove è più elevata la presenza di donne straniere (Tabella 1). I tassi specifici per età mostrano una composizione molto più giovane delle donne straniere: l'età modale delle donne provenienti dai Pfp rientra nella classe di età 25-29 anni, mentre per le donne italiane la fascia di età è 30-34 anni; inoltre, il tasso nella classe di età 15-19 anni delle donne provenienti dai Pfp è 3,3 volte più elevato delle italiane e nella classe di età 20-24 anni è di 4,1 volte superiore.

I ricoveri ostetrici delle donne provenienti dai Pfp sono dovuti nel 61,2% dei casi al parto, nel 18,0% dei casi a IVG, nel 7,9% dei casi ad Aborti Spontanei (AS) e nel 12,9% dei casi ad altre cause. Nelle donne italiane è più contenuta l'incidenza delle IVG (10,7%) e leggermente più elevata quella degli AS (9,4%) (dati non presenti in tabella).

I parti delle donne provenienti dai Pfp sono concentrati nelle età più giovani: oltre la metà delle donne partorisce entro i 29 anni vs il 29,3% delle italiane; solo il 4,1% ha più di 40 anni vs l'8,8% delle italiane. Anche l'età media delle madri al parto conferma la maggiore precocità dei parti delle donne straniere (30,0 anni vs 32,9 anni) e le differenze nelle regioni risultano abbastanza costanti. Il 20,7% delle madri provenienti dai Pfp è nubile (28,4% tra le italiane), con un minimo del 15,2% nella PA di Trento ed un massimo del 36,3% in Campania.

La quota di parti cesarei nelle donne provenienti dai Pfp ammonta al 28,3% vs il 37,1% delle donne italiane. Tale differenza è, in parte, dovuta alla diversa struttura per età nei due gruppi di popolazione. Tuttavia, è interessante notare come vi sia una elevata variabilità a livello regionale e le percentuali relative alle donne provenienti dai Pfp tendono ad essere più elevate nelle regioni con elevate percentuali di parti cesarei (Grafico 1). Questo risultato sta ad indicare che il ricorso al parto cesareo non dipende solo dalle condizioni di salute della donna o dal percorso della gravidanza, ma anche da altri fattori legati all'organizzazione dei servizi sanitari. Pertanto, le differenze tra le italiane e le donne provenienti dai Pfp andrebbero valutate con indicatori più appropriati, quali le classi di Robson.

Gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza in gravidanza presentano una elevata variabilità territoriale sia nelle donne provenienti dai Pfp che nelle italiane (Tabella 2). Il 16,6% delle donne provenienti dai Pfp ha effettuato un numero di visite <5 durante la gravidanza (9,9% per le italiane); tale valore aumenta sensibilmente in Campania (35,2%), nella PA di Trento (27,7%), in Puglia (26,6%) e in Sicilia (25,1%). L'11,0% delle donne straniere ha effettuato la prima visita tardivamente, dopo l'11ª settimana di gestazione (2,5% per le italiane); le percentuali risultano particolarmente elevate nella PA di Bolzano (22,3%) e nella PA di Trento (25,6%). Inoltre, il 9,8% ha effettuato un numero insufficiente di ecografie nel corso della gravidanza (2,3% per le italiane) e l'indicatore sale al 25,0% in Basilicata, al 15,1% in Liguria e al 14,5% in Toscana. Il ricorso alle indagini prenatali invasive, tramite amniocentesi, villi coriali e fetoscopia/funicolocentesi, riguarda in misura maggiore le madri italiane (13,6% vs 4,8% straniere), in particolare quelle che hanno partorito in Umbria (28,0%), Emilia-Romagna (24,2%) e Liguria (23,8%). Questo indicatore è influenzato sia dalla struttura per età delle madri che dalla conoscenza e accessibilità di tali indagini.

Nel 2015, il tasso di nati-mortalità è pari a 3,8 nati morti per 1.000 nati per le donne provenienti dai Pfp e a 2,6 per 1.000 per le italiane. Il *gap* tra i due gruppi di popolazione si amplia in Abruzzo (7,8 straniere vs 2,1 italiane), Sardegna (6,9 straniere vs 2,0 italiane), Veneto (4,8 straniere vs 2,1 italiane) e Lazio (3,9 straniere vs 1,6 italiane).

Per quanto riguarda gli indicatori di rischio per la salute del nato (Tabella 3), il divario tra i nati da donne provenienti dai Pfp e da italiane è piuttosto contenuto per i nati sottopeso (<2.500 g). L'età media delle madri al parto, più elevata per le donne italiane, probabilmente attenua i differenziali. Più importanti sono, invece, i divari tra le donne provenienti dai Pfp e le italiane per gli indicatori di maggior rischio per la salute del neonato, sebbene riguardino una quota molto contenuta del totale dei nati. I nati gravemente pretermine sono l'1,36% se la madre proviene dai Pfp (1,90% in Puglia) vs l'1,04% dei nati da madri italiane. I nati fortemente sottopeso sono lo 0,85% se la madre proviene dai Pfp (1,58% in Puglia) vs lo 0,62% dei nati da madri italiane. I nati con punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita <7 sono lo 0,78% se la madre proviene dai Pfp (1,59% in Valle d'Aosta) vs lo 0,55% dei nati da madri italiane.

Interessante rilevare che la variabilità regionale di tutti gli indicatori risulta significativamente più elevata per le nascite da madri provenienti dai Pfp rispetto alle nascite da donne italiane.





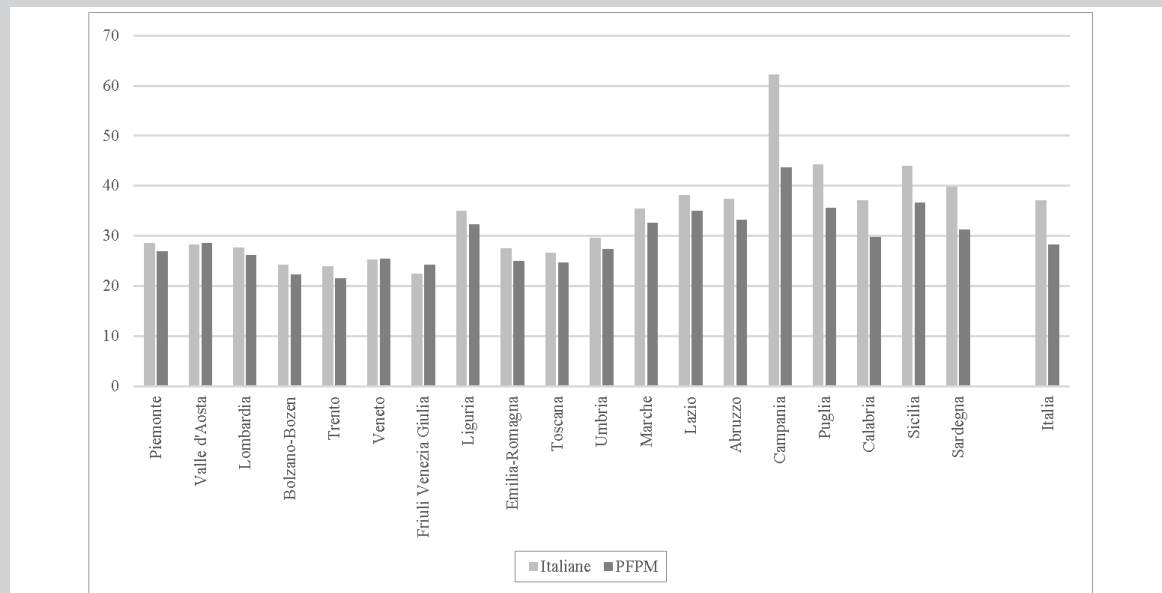
Tabella 1 - Tasso (specifico per 1.000) di ricoveri ostetrici di donne di età 15-49 anni italiane e straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anno 2015

Regioni	Italiane								Straniere PfpM							
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Totale	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Totale
Piemonte	9,1	31,4	78,8	121,7	84,6	25,6	1,9	45,7	32,7	148,4	157,8	138,8	82,1	33,2	2,9	89,7
Valle d'Aosta	9,9	47,8	101,1	141,1	84,9	27,0	2,0	52,2	11,8	144,9	184,4	138,4	122,7	35,8	7,5	104,5
Lombardia	7,6	29,2	78,1	128,9	89,8	27,0	2,0	47,8	33,0	151,2	168,3	133,0	87,4	33,0	2,4	91,3
Bolzano-Bozen	6,1	32,7	102,3	151,8	95,0	25,9	1,2	53,8	37,4	190,2	178,7	149,0	97,6	34,3	1,3	104,5
Trento	6,9	29,5	90,8	130,6	92,2	26,3	2,5	49,3	26,3	150,9	185,6	154,7	94,4	37,0	2,5	102,4
Veneto	5,3	22,5	69,6	122,3	87,7	26,0	1,9	43,6	25,6	147,3	172,5	134,8	87,2	28,2	2,2	92,0
Friuli Venezia Giulia	7,6	25,1	69,6	115,3	78,3	25,8	1,8	42,0	30,7	131,9	164,5	122,0	74,2	24,9	1,8	83,0
Liguria	9,5	32,5	75,0	117,3	91,9	27,6	2,3	44,8	53,0	178,8	172,2	141,7	95,4	36,1	2,2	99,7
Emilia-Romagna	7,5	27,6	75,8	119,2	83,9	27,2	2,2	45,3	32,1	158,6	180,6	144,4	94,7	32,3	2,3	98,1
Toscana	7,5	27,0	69,2	114,3	88,9	28,4	2,2	45,1	40,1	156,4	163,1	127,4	81,7	29,0	2,7	87,7
Umbria	8,1	30,6	77,6	117,0	88,0	27,6	2,2	47,7	38,6	148,6	162,8	130,0	77,3	29,7	2,8	84,8
Marche	7,6	29,2	73,6	121,0	86,7	26,6	2,0	46,7	29,3	136,7	160,4	120,5	78,2	26,1	2,2	82,4
Lazio	10,2	35,4	79,0	122,2	98,3	33,5	3,1	51,7	39,0	153,8	152,2	117,1	71,8	25,9	1,9	76,6
Abruzzo	9,4	33,5	73,2	114,3	90,1	28,6	2,1	48,2	35,6	145,1	153,0	115,0	75,6	27,1	1,4	81,3
Molise*	10,6	37,2	95,2	136,4	92,6	29,6	3,0	55,7	30,6	50,9	63,3	46,5	39,0	16,7	0,0	35,7
Campania	14,4	47,4	99,4	130,7	82,8	24,9	2,0	55,2	29,9	117,3	102,0	79,0	47,9	15,8	1,2	51,6
Puglia	13,4	41,5	83,4	117,5	80,0	24,6	1,9	49,6	36,9	89,8	93,8	83,9	52,6	20,4	1,7	54,8
Basilicata*	9,2	33,7	77,8	113,8	91,9	26,6	2,1	49,2	7,5	17,6	9,0	11,4	4,4	0,9	0,0	6,7
Calabria	9,7	40,1	90,7	120,3	81,5	25,5	2,2	51,9	40,4	152,6	130,5	109,8	65,6	21,7	2,2	74,7
Sicilia	18,5	49,9	90,7	115,7	78,2	22,9	1,9	51,9	47,7	145,9	123,0	89,3	55,1	21,3	1,4	67,4
Sardegna	13,0	38,8	73,7	109,8	90,1	35,5	3,6	50,9	63,1	127,5	114,4	95,6	62,9	22,2	1,6	64,8
Italia	10,5	35,9	82,0	121,9	86,6	27,1	2,2	48,9	34,7	148,1	158,0	125,6	79,8	28,7	2,2	84,9

*I tassi PfpM di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato nazionale e dai valori delle altre regioni per problemi di qualità nella codifica della cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2018.

Grafico 1 - Proporzioni (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo di donne di età 15-49 anni italiane e straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione* - Anno 2015



*I valori del Molise e della Basilicata non sono riportati per problemi di qualità dei dati.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2018.



Tabella 2 - Indicatori (valori per 100) sui controlli effettuati in gravidanza di madri di età 15-49 anni italiane e straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anno 2015

Regioni	Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di visite in gravidanza (<5)		Madri che hanno effettuato la prima visita in gravidanza tardivamente (>11 settimane di gestazione)		Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3)		Madri che hanno effettuato almeno una indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali e fetoscopia/funicolocentesi)	
	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp
Piemonte*	8,0	14,6	2,6	10,2	n.d.	n.d.	13,5	5,3
Valle d'Aosta	2,7	2,1	2,9	11,6	4,6	5,8	17,5	4,8
Lombardia	8,4	15,5	2,7	11,8	2,3	9,4	14,9	4,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,6</i>	<i>11,1</i>	<i>5,6</i>	<i>22,3</i>	<i>3,8</i>	<i>11,3</i>	<i>5,2</i>	<i>4,3</i>
<i>Trento</i>	<i>19,3</i>	<i>27,7</i>	<i>9,8</i>	<i>25,6</i>	<i>2,9</i>	<i>8,2</i>	<i>10,5</i>	<i>3,7</i>
Veneto	10,8	21,6	4,9	16,2	1,5	8,4	19,3	5,2
Friuli Venezia Giulia	15,9	23,4	3,8	12,5	0,9	3,8	18,1	7,3
Liguria	3,6	13,4	1,8	9,5	5,4	15,1	23,8	8,3
Emilia-Romagna	6,1	16,0	3,3	13,7	2,0	10,0	24,2	5,8
Toscana	9,0	20,2	2,4	9,6	6,5	14,5	15,3	4,7
Umbria	4,6	10,2	1,7	5,1	2,0	6,1	28,0	8,2
Marche	4,3	18,2	2,6	13,7	0,7	9,3	17,3	4,5
Lazio*	n.d.	n.d.	2,1	4,8	n.d.	n.d.	18,5	4,7
Abruzzo	5,5	20,0	1,4	6,8	2,1	6,0	7,7	1,8
Molise	6,9	8,3	3,6	2,8	5,9	8,3	9,4	2,8
Campania	17,4	35,2	1,4	6,2	1,9	12,8	9,7	4,2
Puglia	14,2	26,6	1,5	5,6	0,9	7,4	7,1	2,0
Basilicata	11,3	50,0	3,4	25,0	1,4	25,0	9,3	0,0
Calabria	7,8	20,2	1,0	7,0	2,0	8,8	8,1	2,2
Sicilia	16,0	25,1	1,7	8,3	1,7	8,8	5,6	2,0
Sardegna	8,7	20,8	1,8	5,8	3,6	10,0	14,2	5,8
Italia*	9,9	16,6	2,5	11,0	2,3	9,8	13,6	4,8

*Il totale Italia non include i dati di Piemonte e Lazio dove mancanti.
n.d.= non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2018.



Tabella 3 - Indicatori di rischio (valori per 100 nati) per la salute del nato da madri italiane e straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione di evento - Anno 2015

Regioni	Nati pretermine (<37 settimane di gestazione)		Nati gravemente pretermine (<32 settimane di gestazione)		Nati sottopeso (<2.500 g)*		Nati fortemente sottopeso (<1.500 g)*		Nati con punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita <7	
	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp
Piemonte	8,71	10,34	1,04	1,65	5,94	5,03	0,65	0,78	0,85	1,16
Valle d'Aosta	9,08	5,29	0,26	0,00	5,80	4,81	0,13	0,00	1,04	1,59
Lombardia	7,60	7,74	1,05	1,24	5,39	5,66	0,60	0,83	0,59	0,76
Bolzano-Bozen	6,93	5,52	1,06	0,58	4,60	3,89	0,45	0,24	0,60	0,46
Trento	6,86	8,93	1,07	1,46	5,09	6,02	0,62	1,44	0,83	0,86
Veneto	7,31	7,99	1,11	1,05	4,70	4,81	0,63	0,68	0,44	0,53
Friuli Venezia Giulia	8,11	8,49	1,05	1,40	4,45	5,05	0,56	0,79	0,78	1,30
Liguria	8,09	7,90	1,42	1,41	6,26	6,06	0,83	0,90	0,71	1,01
Emilia-Romagna	7,83	8,51	1,26	1,35	5,06	4,94	0,79	0,84	0,71	0,91
Toscana	7,97	7,79	1,09	1,15	5,41	4,72	0,58	0,61	0,41	0,50
Umbria	5,62	6,28	0,52	1,27	4,01	3,86	0,48	0,66	0,29	0,55
Marche	7,14	8,18	1,14	1,27	5,01	5,54	0,71	0,80	0,56	0,65
Lazio	8,67	10,21	1,12	1,75	5,24	6,25	0,61	1,14	0,48	0,82
Abruzzo	6,52	8,42	0,77	1,42	4,98	5,57	0,59	0,59	0,52	0,42
Molise	6,25	5,26	0,59	0,00	4,53	8,57	0,55	0,00	0,64	0,00
Campania	6,71	8,19	0,84	1,65	5,82	7,15	0,51	1,00	0,48	0,85
Puglia	8,00	9,62	1,17	1,90	5,27	7,61	0,63	1,58	0,32	0,71
Basilicata	7,09	0,00	1,44	0,00	5,80	0,00	0,76	0,00	0,73	0,00
Calabria	7,00	9,00	0,97	1,21	6,10	6,63	0,71	0,73	0,49	0,64
Sicilia	6,84	8,68	0,93	1,60	5,81	6,56	0,58	1,16	0,55	0,78
Sardegna	8,67	7,41	1,12	0,69	6,63	4,85	0,71	0,72	0,83	0,34
Italia	7,57	8,46	1,04	1,36	5,45	5,52	0,62	0,85	0,55	0,78

*Indicatori calcolati sui nati vivi da parti singoli.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2018.

Conclusioni

Le analisi condotte per la prima volta sugli indicatori di salute materno-infantile per le donne straniere forniscono risultati di estremo interesse per le politiche sanitarie. La conoscenza dei divari tra donne provenienti dai Pfp e donne italiane nel percorso della gravidanza, nell'assistenza al parto e nelle condizioni di salute del nato consente di individuare le aree di intervento per ridurre le disuguaglianze e migliorare l'accesso ai servizi di assistenza alle madri ed ai bambini.

Il set di indicatori individuati dai Progetti CCM del 2007 e 2009, opportunamente integrati con altri indicatori utili per la programmazione sanitaria, potranno costituire nuovi *core indicators* da aggiungere nel Capitolo del Rapporto Osservasalute dedicato alla salute degli stranieri e consentiranno un monitoraggio continuo del fenomeno nelle regioni.

I dati delle SDO e dei CedAP non risultano ancora esenti da problemi di qualità, in particolare in alcune regioni. Il calcolo annuale degli indicatori costituirà anche una opportunità per approfondire questi aspetti, con l'obiettivo di stimolare le regioni ad intervenire per migliorare l'affidabilità e la robustezza dei dati.

Riferimenti bibliografici

- (1) AA.VV. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. 2009. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007). Disponibile sul sito: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf.
- (2) AA.VV. La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali. Progetto nazionale. Accordo Ministero della Salute - Agenas (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria 0054892-P-03/122009, f.5.B.C.3) Ottobre 2013. Disponibile sul sito: www.immigrazione.regione.toscana.it/sites/default/files/La_salute_della_popolazione_immigrata_il_monitoraggio_da_parte_dei_Sistemi_Sanitari_Regionali.pdf.
- (3) Ministero della Salute. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO. 2015. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto.
- (4) Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita. 2015. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3837&area=statisticheSSN&menu=pubb.





Linea Guida “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”

Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Erica Eugeni, Dott.ssa Franca D’Angelo, Dott.ssa Luigina Ferrigno, Dott.ssa Maria Elena Tosti, Dott. Stefano Vella, Dott. Salvatore Geraci, Dott. Maurizio Marceca, Gruppo di lavoro Linea Guida “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”

La Linea Guida “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia” è stata sviluppata nell’ambito del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti, avviato dall’Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Poverità (INMP) in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Il documento intende offrire ai decisori e agli operatori socio-sanitari raccomandazioni *evidence-based* sul contrasto della tubercolosi tra gli immigrati, a fronte dell’incertezza e della variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali. In particolare, il documento intende promuovere l’appropriatezza clinica e organizzativa, all’interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci, per la prevenzione, l’identificazione precoce e il trattamento della malattia tubercolare e dell’infezione tubercolare latente (con particolare riferimento alla *compliance* e al completamento del *follow-up*); evitare sprechi legati all’effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti; ridimensionare le pratiche difensive derivanti da ingiustificati allarmismi. All’elaborazione del documento hanno contribuito un gruppo tecnico, composto da professionisti delle tre Istituzioni promotrici e un *panel* multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate al tema e di organizzazioni sanitarie nazionali ed internazionali.

Per l’elaborazione del documento è stata considerata come riferimento la *Consensus Conference* italiana “Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata”, realizzata nel 2008 e recepita dal Ministero della Salute nel 2010. La popolazione *target* della Linea Guida (LG) è rappresentata dagli immigrati presenti sul territorio nazionale, in quanto soggetti particolarmente vulnerabili. Sono esclusi da tale popolazione gli stranieri richiedenti protezione internazionale ospiti presso i centri di accoglienza, già considerati nella LG “I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”, precedentemente pubblicata nell’ambito del suddetto Programma e già recensita nel Rapporto Osservasalute 2017.

Sono stati considerati i seguenti ambiti tematici: l’accessibilità dei servizi socio-sanitari, l’identificazione precoce della malattia tubercolare e dell’infezione latente, l’aderenza al trattamento e la vaccinazione antitubercolare nei minori immigrati.

Per quanto riguarda la metodologia è stato seguito il medesimo approccio *evidence-based* già sperimentato per il documento relativo ai controlli sanitari, che ha previsto una revisione sistematica della letteratura bio-medica sui temi individuati. Complessivamente, sono stati reperiti in prima battuta 942 documenti (tra revisioni sistematiche e LG); di questi, 62 sono stati ritenuti pertinenti e inclusi nel documento finale a supporto delle 25 raccomandazioni formulate dal *panel*.

Prima della pubblicazione, il documento è stato reso disponibile ai fini di una revisione pubblica, sul sito dell’INMP, per circa 3 settimane. Obiettivo di tale consultazione è stato quello di rendere possibile un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli *stakeholder* e gli operatori socio-sanitari e favorire la costruzione del consenso intorno alle raccomandazioni elaborate, in vista della loro futura implementazione.

Il testo integrale della LG è disponibile sui siti delle tre Istituzioni proponenti (www.inmp.it, www.epicentro.iss.it, www.simmweb.it).

Elenco raccomandazioni

Quesito 1 - *Quali strategie sono efficaci per migliorare l’accessibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati?*

R1.1 - Si raccomanda di offrire agli immigrati, alla prima occasione di contatto con le istituzioni pubbliche e con le organizzazioni del privato sociale, e comunque al momento della richiesta del permesso di soggiorno o all’atto dell’iscrizione anagrafica, informazioni sul diritto alla tutela della salute e sull’organizzazione dell’assistenza sanitaria in Italia. I messaggi chiave devono essere formulati in termini comprensibili, nelle lingue maggiormente parlate dagli immigrati, e resi facilmente accessibili anche per gli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno in Italia. (Grado B)

R1.2 - È opportuno promuovere, nelle comunità di immigrati, l’acquisizione di conoscenze relative ai percorsi di accesso all’assistenza sanitaria, anche attraverso il coinvolgimento di figure di riferimento in grado di svolgere attività di orientamento ai servizi e di educazione alla salute. (Grado B)





R1.3 - È raccomandata la formazione del personale sanitario, amministrativo e sociale sui temi della salute degli immigrati, con particolare riferimento a: informazioni di base sul fenomeno migratorio in ambito nazionale e locale, diritto all'assistenza e percorsi sanitari, strategie di comunicazione ed *health literacy*, approccio transculturale. (Grado B)

R1.4 - È necessario che i servizi socio-sanitari adottino modalità organizzative flessibili (apertura pomeridiana o serale, servizi decentrati, sistema di interpretariato/mediazione culturale) e promuovano forme di collaborazione tra gli operatori sociali e i sanitari, anche appartenenti ad istituzioni differenti, per favorire la presa in carico. (Grado B)

R1.5 - È raccomandata l'implementazione di percorsi socio-sanitari a bassa soglia di accesso a beneficio di gruppi in condizioni di marginalità sociale, nell'ambito di interventi di medicina di prossimità, promossi dalle istituzioni sanitarie pubbliche in rete con associazioni del privato sociale. (Grado B)

Quesito 2 - *Quali strategie sono indicate per l'identificazione precoce della malattia tubercolare nella popolazione immigrata?*

R2.1 - Al fine di favorire una tempestiva identificazione dei casi di tubercolosi attiva, si raccomanda alle istituzioni sanitarie di promuovere campagne di educazione alla salute presso le comunità di immigrati, nell'ambito di programmi di offerta attiva di assistenza sanitaria, da sviluppare anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale e con la partecipazione di persone di riferimento delle comunità stesse. (Grado A)

R2.2 - Si raccomanda di utilizzare tutte le occasioni di contatto degli immigrati con il personale sanitario per fornire informazioni sulla malattia tubercolare, sui sintomi di esordio e sulle modalità di contagio dell'infezione, anche attraverso la distribuzione di materiale multilingue. (Grado B)

R2.3 - Gli operatori sanitari, e in particolare i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), per ogni nuovo assistito proveniente da un Paese ad alta endemia (incidenza stimata di tubercolosi >100/100.000), devono raccogliere l'anamnesi tubercolare (con particolare riferimento ai recenti contatti con malati di tubercolosi) ed accertare l'eventuale presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva. (Grado A)

R2.4 - In caso di sospetta malattia tubercolare, si raccomanda di avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico. (Grado A)

Quesito 3 - *Quali strategie sono indicate per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata?*

R3.1 - È raccomandata la ricerca dell'Infezione Tubercolare Latente (ITL) nei soggetti asintomatici provenienti da Paesi ad alta endemia (incidenza stimata di tubercolosi >100/100.000), presenti in Italia da meno di 5 anni, nell'ambito dell'assistenza primaria garantita dai MMG/PLS o attraverso gli ambulatori dedicati. (Grado A)

R3.2 - Test di riferimento per la ricerca dell'ITL è il test cutaneo alla tubercolina (*Tuberculin Skin Test-TST* o Mantoux) o l'*Interferon-Gamma Releasing Assay* (IGRA), quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione e nei soggetti immunodepressi. Entrambi i test, usati singolarmente, sono idonei per identificare i soggetti eleggibili per la terapia. Può anche essere considerato l'uso sequenziale dei due test: primo screening con TST e conferma della positività al TST con IGRA, considerando eleggibili per la terapia i soggetti positivi ad entrambi i test. Nei bambini di età <5 anni, la ricerca deve essere effettuata mediante il TST. (Grado A)

R3.3 - È da considerarsi positivo un TST con diametro dell'infiltrato ≥ 10 mm. Nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività all'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV), e nei recenti contatti con malati di tubercolosi, si considera clinicamente significativo un diametro ≥ 5 mm. (Grado A)

R3.4 - La terapia per l'ITL deve essere offerta a tutte le persone positive allo screening, dopo aver escluso la malattia attiva, ed effettuata nell'ambito di programmi per il monitoraggio e il supporto al completamento del *follow-up*. (Grado A)

Quesito 4 - *Quali strategie sono indicate per incrementare l'aderenza al trattamento e il completamento del follow-up per la malattia tubercolare e per l'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata?*

R4.1 - Per migliorare l'aderenza al trattamento, è necessario garantire una gestione del caso integrata e incentrata sulla persona, che assicuri una presa in carico dei pazienti con tubercolosi attiva o con ITL da parte di un *team* multiprofessionale di operatori sanitari e sociali (ivi compresi i mediatori linguistico-culturali esperti in sanità) e che preveda, ove necessario, forme di accompagnamento sociale. (Grado A)

R4.2 - Al momento della presa in carico, deve essere individuato un operatore sanitario di riferimento per il paziente in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico (*case manager*). (Grado A)

R4.3 - Si raccomanda agli operatori socio-sanitari di offrire un *counselling* culturalmente orientato (anche attraverso la predisposizione di materiale informativo multilingue) per aumentare la consapevolezza dei pazienti





in merito alla malattia attiva e all'ITL, sottolineando l'importanza di seguire le indicazioni terapeutiche. (Grado A)

R4.4 - Al fine di garantire un supporto nel *follow-up*, può essere utile coinvolgere persone significative per il paziente o membri della comunità di appartenenza, adeguatamente formati (*peer educator*). (Grado A)

R4.5 - Le strategie da prendere in considerazione per il miglioramento dell'aderenza al trattamento includono:

- il ricorso, ove possibile, a regimi di trattamento semplificati attraverso l'uso di combinazioni di farmaci a dosi fisse;
- i contatti frequenti con il paziente per incoraggiarlo a seguire il trattamento e a presentarsi con regolarità ai controlli (chiamate telefoniche, lettere promemoria ed eventuali visite domiciliari);
- l'erogazione diretta e gratuita dei farmaci;
- il monitoraggio dell'assunzione dei farmaci, mediante l'utilizzo di diari della terapia. (Grado A)

R4.6 - La *Directly Observed Therapy* (DOT) è raccomandata nei casi di fallimento terapeutico e ritrattamento, o in soggetti a rischio per bassa aderenza (ad esempio, persone con disturbi psichiatrici, senza fissa dimora o tossicodipendenti), soprattutto in presenza di tubercolosi multiresistente o HIV-associata. La DOT può essere effettuata da operatori sanitari o *caregiver* opportunamente formati, ove possibile presso il domicilio del paziente o comunque in luoghi a lui facilmente accessibili. (Grado A)

R4.7 - È da preferire l'utilizzo di regimi terapeutici brevi per aumentare l'aderenza al trattamento dell'ITL prestando comunque particolare attenzione al rischio di epatotossicità. (Grado A)

R4.8 - Per assicurare la continuità assistenziale, si raccomanda l'integrazione dei diversi servizi di diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali, anche a livello interregionale e tra Paesi, attraverso l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la condivisione dei dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della *privacy* del paziente. (Grado B)

Quesito 5 - *In quali condizioni è indicata l'offerta della vaccinazione antitubercolare ai minori immigrati?*

R5.1 - La vaccinazione è raccomandata in neonati e bambini di età <5 anni, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora ogni altra misura (inclusi l'allontanamento del caso e la terapia per ITL) sia impossibile da attuare. (Grado A)

R5.2 - Si raccomanda di offrire la vaccinazione antitubercolare a neonati e bambini di età <5 anni che si recano in aree endemiche (incidenza stimata di tubercolosi >100/100.000) per periodi >3 mesi. (Grado A)

R5.3 - Nei bambini di età >6 mesi, prima di procedere con la vaccinazione antitubercolare si raccomanda di eseguire il TST. In presenza di un diametro dell'infiltrato ≥ 5 mm, la vaccinazione non deve essere effettuata. (Grado A)

R5.4 - La vaccinazione è controindicata nei casi di:

- pregressa vaccinazione antitubercolare, confermata da certificazione o evidenza di cicatrice vaccinale;
- infezione da HIV o altre condizioni di immunosoppressione. (Grado A)

Gruppo di lavoro "Sviluppo della Linea Guida"

Rosario Ascianto (Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà-INMP), Giovanni Baglio (INMP), Gabriella Badoni (Istituto Superiore di Sanità-ISS), Giulia Barbarossa (INMP), Laura Carletti (INMP), Franca D'Angelo (ISS), Pasquale De Soccio ("Sapienza" Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive-DSPMI), Eugenia Di Meco (INMP), Anteo Di Napoli (INMP), Alessandra Diodati (INMP), Maurella Della Seta (ISS), Paola D'Errigo (ISS), Emilia De Vita ("Sapienza" Università di Roma), Erica Eugeni (INMP), Loredana Falzano (ISS), Luigina Ferrigno (ISS), Antonio Fortino (INMP), Salvatore Geraci (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni-SIMM), Maurizio Marceca (SIMM), Rosalia Marrone (INMP), Giorgia Mazzarini (Università Politecnica delle Marche), Lorenzo Paglione (DSPMI), Maria Chiara Pajno (INMP), Adolfo Marco Perrotta (DSPMI), Erica Pitini (DSPMI), Scilla Pizzarelli (ISS), Ornella Punzo (ISS), Annalisa Rosso (DSPMI), Livia Maria Salvatori (DSPMI), Maria Elena Tosti (ISS), Esmeralda Tyli (INMP), Stefano Vella (ISS), Paolo Villari (DSPMI).

Panel - Giorgio Besozzi (Presidente di Stop TB Italia Onlus), Francesco Blasi (Presidente Società Italiana di Pneumologia), Daniela Cirillo (esperta indipendente, Ospedale San Raffaele di Milano), Stefania D'Amato (Ministero della Salute), Salvatore De Masi (esperto indipendente, Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer, Firenze), Enrico Di Rosa (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), Antonietta Filia (esperta indipendente, Dipartimento Malattie Infettive, ISS), Luisa Galli (Presidente della Società Italiana di Infettivologia Pediatrica), Laura Lancellata (esperta indipendente, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma), Simona La Placa (Società Italiana di Pediatria), Francesco Paolo Maraglino (Ministero della Salute), Alberto Mattelli (Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale), Maria Luisa Moro (Direttore Agenzia Regionale Emilia-Romagna), Pier Angela Napoli (esperta indipendente, ASL Roma 2, Coordinamento Tavolo migranti in transito Regione Lazio), Fabrizio Palmieri (Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma), Roberto Parrella (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali), Alessandro Rossi (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie), Sabrina Senatore (referente della Regione Lombardia per la Rete nazionale INMP), Santino Severoni (World Health Organization Regional Office for Europe), Blenti Shehaj (Presidente dell'Associazione Multi-etnica Mediatori Interculturali Piemonte. Rappresentante dei mediatori culturali in sanità), Lorenzo Surace (referente della Regione Calabria per la Rete nazionale INMP), Eteleva Zenuni (Presidente dell'Associazione Idea Donna onlus. Rappresentante dei migranti).





Disuguaglianze nella salute e migrazioni. Analisi della situazione e spunti per l'azione

Dott. Pirous Fateh-Moghadam, Dott.ssa Laura Battisti, Dott.ssa Viviana Santoro, Dott.ssa Valentina Pettinicchio, Dott.ssa Rosaria Gallo, Dott. Giuliano Carrozzi, Dott. Stefano Campostrini, Dott.ssa Letizia Sampaolo, Dott.ssa Valentina Minardi, Dott.ssa Maria Masocco

Dal 2007 è attivo in Italia il sistema di monitoraggio sulla salute, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) (1), che comprende anche una variabile sulla cittadinanza e che rende, pertanto, possibile una analisi specifica per verificare lo stato di salute degli immigrati residenti in Italia e l'eventuale presenza di disuguaglianze rispetto alla popolazione italiana, al fine di una migliore programmazione e valutazione delle politiche socio-sanitarie volte a ridurre le differenze sociali nella salute.

Il presente lavoro è il risultato dell'analisi delle 366.381 interviste condotte nel periodo 2008-2017, di cui 17.174 relative a cittadini stranieri (4,7%). La cittadinanza straniera è stata suddivisa in Paesi a sviluppo avanzato (Psa; 985 persone) e Paesi a forte pressione migratoria (Pfp; 16.189 persone, di cui: 10.116 europei, 2.031 nord-africani, 961 sub-sahariani, 1.536 americani e 1.545 asiatici) (Grafico 1).

Gli stranieri intervistati nell'ambito del sistema di monitoraggio PASSI rappresentano la parte di popolazione immigrata più integrata in Italia: sono residenti, in regola con il permesso di soggiorno, conoscono sufficientemente bene la lingua italiana, circa il 60% di loro vive in Italia da almeno 10 anni, oltre la metà ha una scolarità medio-alta e sempre più della metà ha una occupazione regolare. Queste caratteristiche riducono la rappresentatività del campione poiché escludono la parte più vulnerabile della popolazione di riferimento. Si tratta, quindi, di un limite che tende a ridurre la capacità del sistema PASSI di evidenziare eventuali differenze tra la popolazione immigrata e quella italiana. Ciò nonostante, l'analisi dei dati PASSI conferma gli elementi di differenziazione tra italiani e stranieri provenienti dai Pfp legati a reddito, scarsa mobilità sociale ed alto rischio di povertà (2). Rispetto agli italiani, gli stranieri provenienti dai Pfp hanno livelli di istruzione e occupazionali solo di poco inferiori (diplomati/laureati: 56% dei Pfp vs 66% degli italiani; lavoro continuativo: 57% dei Pfp vs 59% degli italiani), ma risultano notevolmente sfavoriti dal punto di vista economico: il 74% degli stranieri dichiara di avere almeno qualche difficoltà economica vs il 55% degli italiani.

Tenendo conto della diversa struttura demografica e socio-economica di intervistati italiani e stranieri, risulta che i cittadini provenienti dai Pfp sono esposti maggiormente ad alcuni fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche. In particolare, gli stranieri hanno un rischio aumentato di sedentarietà (*Odds Ratio*-OR=1,3 $p<0,0001$), sovrappeso/obesità (OR=1,2 $p<0,0001$) e di mangiare meno frutta e verdura (OR=1,2 $p<0,0001$). Inoltre, gli stranieri provenienti dai Pfp europei hanno un rischio aumentato di essere fumatori (OR=1,1 $p<0,0001$) e quelli americani di essere consumatori di alcol a maggior rischio (OR=1,2 $p<0,0001$).

È noto che i consigli ricevuti dal proprio medico sono efficaci per indurre cambiamenti positivi nelle persone. I medici e gli altri operatori sanitari sono ancora poco attenti, in generale, a questo aspetto della promozione della salute e, inoltre, si osservano differenze significative dei consigli ricevuti tra stranieri e italiani. L'aver ricevuto il consiglio di praticare attività fisica fra i sedentari è riferito dal 27% dei cittadini italiani, dal 25% fra chi proviene dai Psa e solo dal 15% di stranieri provenienti dai Pfp. Il consiglio di praticare attività fisica è riferito più frequentemente dalle persone in eccesso ponderale, ma continua a restare differenziato tra cittadini italiani e stranieri (italiani 39%, Psa 43% e Pfp 25%). Sempre tra le persone in eccesso ponderale l'aver ricevuto da un medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso viene riferito dal 51% degli italiani, dal 49% dei cittadini provenienti dai Psa e dal 39% dei cittadini provenienti dai Pfp. Al 54% dei fumatori di cittadinanza italiana è suggerito dal proprio medico di smettere, così come al 41% degli stranieri provenienti dai Psa e al 45% degli stranieri provenienti dai Pfp. Queste differenze sono confermate dall'analisi multivariata che, invece, non mette in luce differenze per cittadinanza nel consiglio di bere meno che praticamente non viene dato a nessuno (solo al 6-7% dei consumatori di alcol a maggior rischio).

Tra gli stranieri la lungo-residenza in Italia aumenta la probabilità di ricevere consigli per adottare stili di vita salutari senza, tuttavia, raggiungere i livelli degli italiani, nemmeno dopo 10 anni o più di residenza in Italia. Il consiglio di praticare attività fisica passa dal 16% tra i provenienti dai Pfp che risiedono in Italia da meno di 5 anni al 22% dei cittadini dei Pfp residenti da almeno 10 anni (OR=1,2 $p<0,0001$), il consiglio di smettere di fumare passa dal 34% al 45% (OR=1,6 $p=0,0009$), rispettivamente, e quello di perdere peso dato alle persone in eccesso ponderale passa dal 30% (Psa) al 42% (Pfp) (OR=1,6 $p<0,0001$) (Grafico 2).

Notoriamente, occorrono molti anni prima che i fattori di rischio si traducano in vere e proprie malattie croniche, più diffuse dopo i 65 anni (fascia di età non monitorata dal sistema PASSI) e, presumibilmente, questo è il motivo per cui i problemi di salute conclamati, come la presenza di malattie croniche, risultano ancora meno presenti tra gli stranieri. Infatti, rispetto agli italiani, agli stranieri provenienti dai Pfp sono state diagnosticate





meno malattie croniche (l'88% non ha nessuna malattia cronica vs l'82% degli italiani).

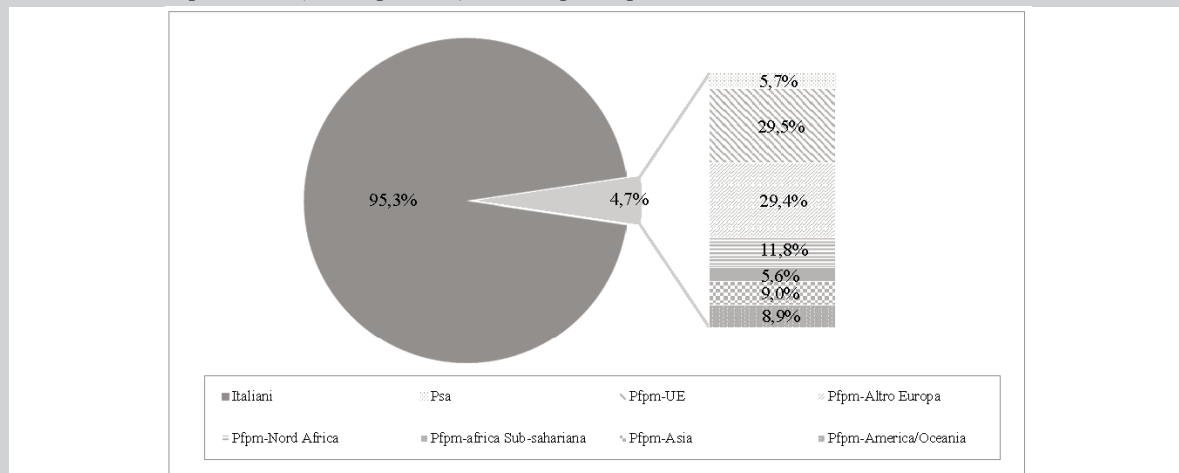
Sin dagli anni Ottanta numerosi studi hanno dimostrato come lo stato di salute percepito a livello individuale sia strettamente correlato ai tradizionali indicatori "oggettivi", quali la mortalità e la presenza di malattie. Solitamente, gruppi più svantaggiati dal punto di vista socio-economico risultano avere indicatori di salute peggiori, compresa la percezione della propria salute, evidenziando un problema di disuguaglianza sociale nella salute. Tuttavia, per quanto riguarda gli immigrati residenti in Italia, lo svantaggio socio-economico non si ripercuote, almeno per ora, sulla percezione che gli stranieri hanno rispetto alla loro salute. Indipendentemente dalle differenze di età, gli stranieri, pensando agli aspetti di salute fisica e soprattutto psicologica, riportano di sentirsi bene o molto bene addirittura più frequentemente degli italiani (il 77% dichiara di sentirsi bene/molto bene vs il 68% degli italiani) e presentano anche meno sintomi depressivi (5% vs 7% degli italiani). Una possibile spiegazione di questo risultato, per certi versi inaspettato, porta al concetto del "senso di coerenza", elaborato da Aaron Antonovsky all'interno del suo modello di salutogenesi (3). Secondo tale modello, confermato da diversi studi empirici, un elevato senso di coerenza è associato a buona salute nonostante le avversità a cui l'individuo può essere esposto (4, 5). Il senso di coerenza è composto da tre colonne: la comprensibilità (essere in grado di capire ciò che accade nel proprio ambiente), l'affrontabilità (legata alla consapevolezza di possedere le risorse, interne o esterne, necessarie per affrontare gli eventi) e la significatività (la sensazione che quello che si fa abbia un senso, che valga la pena impegnarsi), considerata quest'ultima da Antonovsky la più importante delle tre colonne e sintetizzata dall'affermazione "Chi ha un - perché - può resistere a qualsiasi - come" (6, 7). Per spiegare la migliore percezione della propria salute (soprattutto psicologica) degli stranieri nonostante le loro condizioni socio-economiche peggiori non è, quindi, da escludere l'ipotesi che rispetto agli italiani il senso di coerenza sia più elevato tra chi è impegnato in un progetto migratorio, specialmente se di prima generazione e avendo già conseguito qualche risultato positivo (come è appunto il caso degli stranieri intervistati dal sistema PASSI). In particolare, l'aspetto della significatività potrebbe essere meglio sviluppato tra gli stranieri (devo riuscirci per garantire ai figli una vita migliore, perché sono una importante risorsa per la famiglia rimasta nel Paese di origine etc.), mentre tra gli autoctoni si sta progressivamente perdendo la consapevolezza del senso delle proprie fatiche e, quindi, del senso di coerenza¹.

Quali sono, quindi, i possibili spunti di azione per affrontare le criticità emerse dall'analisi? Rimane fondamentale indirizzare gli sforzi di promozione della salute sui determinanti sociali della salute in generale e, per quanto riguarda i singoli fattori di rischio, rimane prioritario il contrasto al fumo di sigaretta, alla sedentarietà e la promozione di una sana alimentazione, coinvolgendo maggiormente i medici di medicina generale, gli istituti scolastici e i datori di lavoro. Particolare attenzione va posta all'accessibilità dei servizi a persone non italiane e alla riduzione della evidente discriminazione alla quale i cittadini stranieri sono esposti anche all'interno del mondo sanitario, come evidenziato nel caso dei consigli dei medici. Tali discriminazioni sono imbarazzanti per un servizio sanitario universalistico basato sul principio di garantire la salute "a tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali" (art. 1, Legge n. 833/1978).

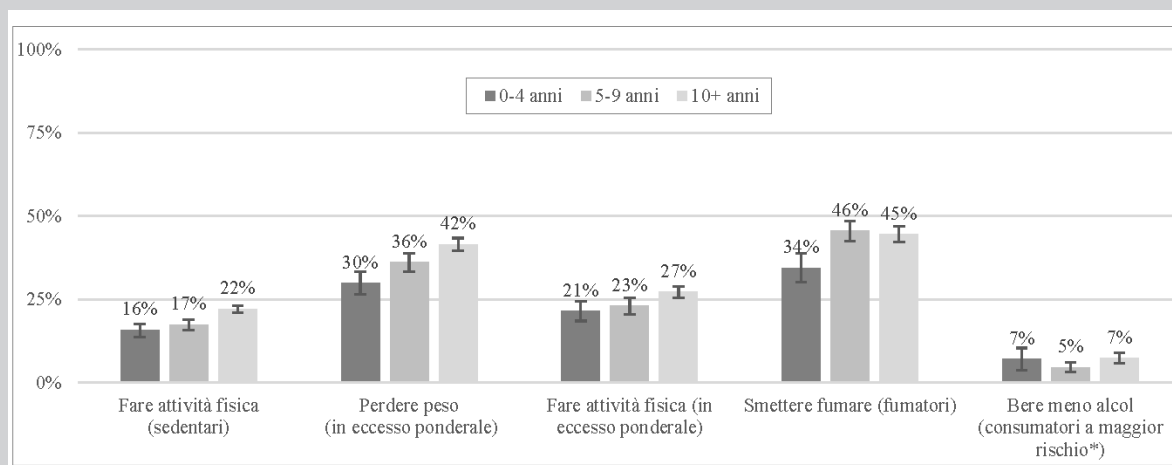
Per rafforzare le risorse per la salute occorre continuare l'impegno per incrementare la competenza in salute della popolazione, straniera e non (la colonna della comprensibilità), il buon funzionamento dei servizi socio-sanitari, la solidarietà e la coesione sociale (risorse esterne dell'affrontabilità). Infine, per promuovere la significatività, l'energia e la forza degli immigrati nel superamento di grosse difficoltà, anche grazie alla loro motivazione e volontà di "farcela", può essere da esempio e modello per il resto della popolazione. Occorre contrastare la crescente erosione della solidarietà e sfiducia nel futuro, sempre più diffuse nella popolazione, attraverso uno sforzo comune per rendere credibile e praticabile la costruzione di una società solidale in cui tutti abbiano la possibilità di vedere realizzate le proprie aspirazioni, con l'obiettivo di lasciare alle generazioni future una situazione migliore di quella ereditata dalle generazioni precedenti.

¹Una simile ipotesi viene discussa da Emanuel Carrère (E. Carrère, Calais, Adelphi, 2016, pagina 34) nel suo *reportage* sul famigerato campo profughi di Calais, noto come La Giungla (attualmente dismessa): "[...] questo non vieta ai siriani e agli afgani [...] di considerare la Giungla come momento della loro vita, una prova passeggera, un trampolino verso la realizzazione dei loro sogni. Molti bianchi del Beau Marais che vivono e hanno sempre vissuto di sussidi di disoccupazione si trovano in una situazione forse meno precaria ma per certi versi molto più stagnante, più irrimediabile, e io mi chiedo se questo non incida, in modo consapevole o meno, sul loro risentimento [...]"



**Grafico 1** - Composizione (valori per 100) del campione per cittadinanza - Anni 2008-2017

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2018.

Grafico 2 - Consigli (valori per 100) degli operatori sanitari ai cittadini provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per anni di residenza - Anni 2008-2017

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2018.

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp.
- (2) Fondazione Leone Moressa. Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. L'impatto fiscale dell'immigrazione, Ed. il Mulino, 2016.
- (3) Antonovsky A. Health, Stress and Coping, Jossey-Bass, 1979. Disponibile sul sito: www.salutogenesis.hv.se/eng/Publications.18.html.
- (4) Eriksson M, Lindstrom B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter, Health Promotion International, March 2008, Vol. 23 No. 2, 190-199. Sintesi in italiano a cura di Pierò A, Di Pilato M, Longo R, Tortone C. Disponibile sul sito: http://allegati.usl4.toscana.it/dl/20140422155503786/Salutogenesi_2008_Eriksson_Lindstrom.pdf.
- (5) Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA (Eds.). The Handbook of Salutogenesis, Springer 2017. Disponibile sul sito: www.springer.com/gb/book/9783319045993.
- (6) Antonovsky A. Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, DGVT-Verlag, 1997, p 38.
- (7) Friedrich Nietzsche, Götzen-Dämmerung (1889), Sprüche und Pfeile, 12. Disponibile sul sito: www.textlog.de/3572.html.





Piano di intervento socio-sanitario per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica presenti negli insediamenti abusivi ed edifici occupati

Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Erica Eugeni, Dott.ssa Alessandra Brandimarte, Dott. Filippo Gnolfo, Dott.ssa Adelaide Landi, Dott.ssa Stefania Tonetti, Dott. Francesco Colosimo, Dott.ssa Pier Angela Napoli, Dott. Fabrizio Perrelli, Dott.ssa Doriana Leotta

La Regione Lazio, con nota Prot. n. 527930/GR/II/27 del 5 ottobre 2015, ha dato mandato alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di realizzare un piano di intervento socio-sanitario rivolto agli immigrati e alle persone in condizione di fragilità socio-economica che vivono stabilmente presso alcuni edifici occupati della Capitale. Tale piano è stato sviluppato con l'intento di migliorare lo stato di salute della popolazione presente negli stabili, attraverso l'offerta attiva di prestazioni sanitarie, l'educazione alla salute e l'orientamento ai servizi, in occasioni di incontri svolti direttamente nei luoghi di vita e dedicati a specifiche tematiche ("giornate per l'accessibilità").

Il 10 dicembre 2015, si è insediato un Gruppo di lavoro interaziendale composto dai referenti delle ASL metropolitane e dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), con il compito di definire le modalità di attuazione del piano nei contesti specifici. Per la realizzazione delle attività, sono stati individuati i seguenti stabili: Via Santa Croce in Gerusalemme 54, Roma; Piazza Attilio Pecile 20, Roma; Lungomare Paolo Toscanelli 181, Ostia; Via Cardinal Domenico Capranica 37, Roma.

Dal punto di vista dell'analisi dei *setting* di intervento, sono stati contattati, laddove presenti, i Comitati di gestione degli edifici, in qualità di organi di rappresentanza delle popolazioni ivi soggiornanti, o figure chiave delle comunità residenti, per la condivisione degli obiettivi del piano, e l'acquisizione di informazioni relative al contesto e alle caratteristiche della popolazione presente. Sono stati, inoltre, organizzati incontri e *focus group* con i referenti all'interno degli edifici e con alcuni abitanti, per discutere e concordare i contenuti, le modalità e la tempistica degli interventi.

Il piano di intervento è stato strutturato come percorso di formazione accreditato ECM (Educazione Continua in Medicina), rivolto agli operatori dei servizi territoriali delle ASL, e prevedeva due giornate di approfondimento in aula con almeno una giornata di esperienza sul campo all'interno degli edifici. Tutti i materiali prodotti nell'ambito del corso sono stati resi disponibili ai discenti all'interno di un ambiente appositamente predisposto sulla piattaforma *e-learning* dell'INMP. In questo stesso spazio sono stati allestiti altri strumenti di supporto e lavoro collaborativo. In particolare, è stato predisposto un *forum* per agevolare il confronto tra pari, nell'ambito del quale i discenti hanno potuto discutere, trasversalmente rispetto alle diverse *équipe*, eventuali difficoltà o casi particolari emersi nel corso delle giornate per l'accessibilità e richiedere, se necessario, il supporto degli esperti dell'INMP.

Le "giornate per l'accessibilità" (16 in totale) realizzate negli stabili dalle ASL tra giugno e settembre 2017, in alcuni casi con la collaborazione dei Municipi sono state dedicate ai seguenti temi: diritto alla salute e accesso ai servizi sanitari per i cittadini dell'Unione Europea (UE) ed extra-UE; salute e benessere del bambino; salute e benessere della donna; stili di vita e patologie croniche. Vista la diversità degli stabili per dimensioni, caratteristiche logistiche e profilo della popolazione presente, la modalità di svolgimento degli interventi è stata improntata alla massima flessibilità, anche per tener conto della limitata disponibilità di risorse strutturali e organizzative. Nell'ambito delle giornate, è stata svolta una attività di educazione sanitaria, con distribuzione di materiale informativo su: diritto alla salute, accesso ai servizi, scelta e revoca del Medico di Medicina Generale (MMG)/Pediatria di Libera Scelta, invalidità civile, esenzione per patologia; stili di vita, alimentazione, alcol, dipendenze; igiene personale e degli ambienti di vita; patologie infettive e dermatologiche; patologie croniche; salute della donna e del bambino; salute mentale. È stato, inoltre, realizzato un orientamento attivo ai servizi sanitari territoriali, mediante l'utilizzo di "mappe di fruibilità", appositamente realizzate per ciascuno degli stabili oggetto dell'intervento e contenenti indicazioni semplici e fruibili sulle strutture presenti. Sono state erogate prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e psicologiche minime per un totale di 305 interventi, documentati attraverso la compilazione di una scheda informativa appositamente predisposta. Tra le richieste di ambito sanitario avanzate dagli utenti agli operatori figurano: informazioni su controlli in gravidanza e sul Pap test, visita pediatrica e vaccinazioni per i bambini, controllo glicemia e pressione, prestazioni di oculistica, dermatologia, ortopedia e odontoiatria, esenzione ticket, domicilio sanitario, codice Straniero Temporaneamente Presente (STP)/Europeo Non Iscritto (ENI). Tra le questioni di ambito sociale si annoverano: problemi legati alla casa, sostegno al reddito, disoccupazione, permesso di soggiorno. Per quanto riguarda le prestazioni erogate, sono state realizzate 24 visite pediatriche, 42 misurazioni della pressione arteriosa, 38 misurazioni della



glicemia, 5 consulenze psicologiche, 36 consulenze di ambito sociale, 91 altre varie prestazioni. Sono stati, infine, effettuati 108 invii ai Presidi territoriali; i servizi maggiormente coinvolti sono stati consultori, poliambulatori e punti unici di accesso; molte persone sono state anche indirizzate ai rispettivi MMG.

Gli interventi hanno coinvolto, nella maggior parte dei casi, donne (168 vs 124 uomini) e stranieri provenienti da Paesi al di fuori dell'UE (213 vs 73 provenienti dall'UE). Per quanto riguarda la residenza anagrafica, il 31% delle persone raggiunte ha dichiarato di risiedere fuori dallo stabile e in altro Municipio, il 13% in altro edificio nello stesso Municipio e solo un terzo presso lo stabile. Il 26% delle persone raggiunte, infine, era del tutto priva di residenza. Particolarmente rilevante è risultato il numero delle persone non iscritte al Servizio Sanitario Nazionale e non titolari di codice STP/ENI.

La principale criticità emersa nel corso delle attività di campo ha riguardato l'accesso ai servizi sanitari territoriali per i non residenti. Molte persone attualmente presenti negli edifici individuati risultano residenti in una ASL diversa da quella del luogo di effettiva dimora e, pertanto, alla luce dell'attuale assetto organizzativo dei servizi, non possono accedere alle prestazioni sanitarie. Tale criticità costituisce un fattore fortemente limitativo dell'esercizio del diritto alla salute e, nello specifico, vanifica l'attività di orientamento attivo pensata in un'ottica di prossimità. Un intervento correttivo in questo senso sarebbe particolarmente auspicabile, soprattutto per quei servizi come i dipartimenti di salute mentale e i consultori, in cui la presa in carico non si risolve in una singola prestazione ma richiede continuità terapeutica.

