



La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali

Progetto Nazionale

Accordo Ministero della Salute – Agenas

Ottobre 2013



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



CCM



Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali



ISTAT



INAIL



Regione Marche



Regione Piemonte



Regione Lazio



Regione Puglia



Regione Calabria



Agenzia Sanitaria e Sociale
Emilia-Romagna



AUSL Cesena



AUSL Reggio Emilia

Gestione e coordinamento del progetto a cura di Agenas

Responsabile scientifico Agenas in collaborazione con Regione Marche - Osservatorio sulle Diseguglianze nella Salute/Agenzia Regionale Sanitaria

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)

Autori:

Agenzia Nazionale Servizi Sanitari Regionali – Agenas: Isabella Morandi, Annabella Pugliese

Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL): Maria Luisa Calamita, Adelina Brusco, Daniela Gallieri

Istituto Nazionale di Statistica (Istat): Alessandra Burgio, Marzia Loghi

Regione Calabria - Centro Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni ASP Catanzaro: Lorenzo Surace, Angela Latella

Regione Emilia - Romagna - Agenzia Sanitaria Sociale: Marco Biocca, Nicola Caranci, Barbara Pacelli

Regione Lazio - Laziosanità ASP Lazio: Silvia Casagrande, Gianni Vicario

Regione Marche - Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche: Patrizia Carletti (collaborazione con Norma Barbini, Rosa Squadroni, Osservatorio epidemiologico professionale - INRCA Ancona)

Regione Piemonte - Servizio di Epidemiologia ASL TO3: Luisa Mondo, Raffaella Rusciani, Teresa Spadea

Regione Puglia - Università degli Studi di Foggia, Osservatorio Epidemiologico Regionale: Francesca Fortunato, Domenico Martinelli

AUSL Reggio Emilia - Servizio Interaziendale di Epidemiologia: Paola Ballotari, Laura Bonvicini, Silvia Candela, Paolo Giorgi Rossi

AUSL Cesena - U.O. di Epidemiologia e Comunicazione: Mauro Palazzi, Patrizia Vitali

Contributi

Regione Abruzzo:	Ulisse Martegiani;
Regione Basilicata:	Maria Teresa Antenori;
Regione Liguria:	Germana Torasso, Domenico Gallo;
Regione Molise:	Francesco Sforza, Maria Valeriano;
Regione Sicilia:	Tullio Prestileo, Salvatore Scondotto;
Regione Toscana:	Francesco Cipriani, Monica Da Frè, Caterina Silvestri, Fabio Voller;
Regione Umbria:	Ombretta Checconi , Nera Bizzarri, Margherita Giannoni, E. Mancinelli, Paola Casucci, M. De Giorgi, A. Gili;
Regione Valle d'Aosta:	Patrizia Vittori;
Regione Veneto:	Daniele Donato, Urbano Brazzale, Silvana Bortolami;
Provincia Autonoma Bolzano:	Antonio Fanolla, Carla Melani;
Provincia Autonoma di Trento:	Anna Maria Trenti, Laura Battisti.

Coordinamento a cura di Agenas: Giovanna V. De Giacomi, Giovanni Caracci (anno 2010), Isabella Morandi (anni 2011-2013).

Si ringrazia il Ministero della salute, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle Malattie (CCM) e, in particolare, il dr. Oleari, il dr. Giovan Battista Ascone, la dr.ssa Carla Mauro e la dr.ssa Giuseppina Rizzo.

Il volume è stato redatto da tutti gli autori, ad eccezione del capitolo "La valutazione economica", predisposto da Isabella Morandi e Annabella Pugliese (Agenas) e, limitatamente al paragrafo "Estensione della valutazione economica a ulteriori tipologie di prestazioni: l'esperienza della Provincia Autonoma di Bolzano", da Antonio Fanolla (Provincia Autonoma di Bolzano - Osservatorio Epidemiologico Provinciale), e del capitolo "Il modello per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei centri di identificazione ed espulsione della Regione Calabria", predisposto da Lorenzo Antonio Surace e Angela Latella (Centro di Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni dell'ASP di Catanzaro).

Grafica e impaginazione - Dario Fella (Agenas).

Indice

Prefazione	1
Presentazione	3
1. Il Progetto	5
2. Il Network	9
3. Il Sistema di Monitoraggio	11
3.1 La popolazione immigrata: il quadro demografico ed il mondo del lavoro	13
3.1.1 Il quadro demografico	13
3.1.2 Il mondo del lavoro	16
3.2 La domanda di salute ed il ricorso ai servizi	19
3.2.1 Il ricovero ospedaliero	19
3.2.2 La salute materno infantile	25
3.2.3 Infortuni sul lavoro e le malattie professionali	33
3.2.4 La mortalità.....	39
3.3 La valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati.....	44
3.3.1 La Metodologia	44
3.3.2 I risultati	45
3.3.3 Estensione della valutazione economica a ulteriori tipologie di prestazioni: l'esperienza della PA Bolzano	55
3.3.4 Conclusioni	57
3.4 Sviluppo di nuovi indicatori per caratterizzare il profilo di salute della popolazione immigrata	58
3.5 La salute della popolazione immigrata in Europa: definizioni, fonti dei dati ed epidemiologia	63
4. Il modello per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei centri di identificazione ed espulsione della regione Calabria	69
5. Conclusioni	75
Bibliografia	81

CD allegato

La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali

Valutazione della domanda di salute ed il ricorso ai servizi

- Manuale operativo
- Inail - Malattie professionali
- Inail - Infortuni
- Inail - Lavoro
- La salute della popolazione immigrata in Europa: definizioni, fonti dei dati ed epidemiologia

Valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati metodologia e primi risultati - Isabella Morandi, Annabella Pugliese

Protocolli diagnostico-terapeutici - Prevenzione delle Malattie Infettive nei CIE - Lorenzo Antonio Surace, Angela Latella

Strumenti di supporto al calcolo degli indicatori

- I 36 indicatori
- Flussi
- Programmi SAS per il calcolo dei dati di base per gli indicatori di salute
- Programmi SAS per il calcolo dei dati di base per gli indicatori economici
- Format indicatori valutazione stato salute (automaticamente calcola gli indicatori, produce i report e i grafici)
- Format indicatori valutazione economica (automaticamente calcola gli indicatori, produce i report e i grafici)
- Format indicatori Pronto Soccorso (automaticamente calcola gli indicatori, produce i report e i grafici)

Contributi ed esperienze delle Regioni che hanno aderito al progetto

- La Valle d'Aosta nel Progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei SSR" - Patrizia Vittori
- Valorizzazione delle prestazioni di assistenza sanitaria in Provincia Autonoma di Bolzano per gruppi di popolazione - Antonio Fanolla
- Case Study in Regione Veneto - Urbano Brazzale e Silvana Bortolami
- Gli indicatori del Progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei SSR" in Toscana - Monica Da Frè, Caterina Silvestri e Fabio Voller
- Sintesi dei principali andamenti degli indicatori di performance, in termini di disuguaglianze di salute e accesso ai servizi sanitari sperimentate dai cittadini stranieri in Umbria - M. Giannoni, E. Mancinelli

Prefazione

La recente crisi economica globale ha reso evidente che la mobilità umana costituisce un elemento integrante del nostro mondo globalizzato.

Le migrazioni sono spesso uno dei modi in cui si realizzano le potenzialità degli individui ed il recupero della dignità di vita, e costituiscono il terreno per il potenziale scambio di una molteplicità di esperienze.

In Italia la necessità di gestire l'integrazione si fa sempre più urgente, a seguito della trasformazione da area di passaggio a territorio di insediamento stabile, con un ritmo d'aumento dei flussi non riscontrabile negli altri paesi industrializzati.

In tema di salute e di assistenza agli immigrati il nostro Paese ha una normativa molto avanzata, che prevede per gli immigrati regolarmente soggiornanti l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e per quelli non regolarmente soggiornanti le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o continuative, per malattia ed infortunio e la possibilità di essere inseriti in programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Sono previste inoltre la tutela sociale della gravidanza e della maternità, e la tutela della salute del minore, in esecuzione della Convenzione dei diritti del fanciullo. In questo contesto è importante la disponibilità di uno strumento che consenta di analizzare in modo omogeneo, quindi confrontabile tra le regioni, il profilo di salute degli immigrati presenti in Italia e la risposta approntata dai Servizi Sanitari Regionali.

Per questo il CCM ha finanziato specifici progetti, il primo del 2007, per la costruzione del profilo di salute e la valutazione dell'offerta dei servizi da parte del Sistema Sanitario, che ha prodotto la pubblicazione "La salute degli immigrati: metodologia di analisi", l'ultimo del 2010, che si conclude con il presente Rapporto ed ha realizzato la finalità di conoscere i bisogni di salute della popolazione immigrata, attraverso la definizione di una metodologia per la valutazione dello stato di salute e per la valutazione economica degli interventi. Inoltre, sono stati definiti i protocolli operativi, al fine di predisporre strumenti di supporto all'assistenza sanitaria, per il controllo delle malattie infettive nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE).

Il risultato più importante è peraltro certamente costituito dalla creazione di un *network* interregionale che ha permesso l'uso di metodologie condivise per la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata e per la programmazione degli interventi su base epidemiologica ed economica ed ha coinvolto direttamente i Sistemi Sanitari Regionali. Esso, insieme alla creazione di un sito internet dedicato, permette per la prima volta in Italia di analizzare per confronto diciassette regioni partecipanti al progetto (che rappresentano il 70% circa della popolazione italiana) ed il livello nazionale.

Il *benchmark* tra le regioni, favorirà la condivisione di strategie efficaci e contribuirà ad orientare la programmazione nazionale e dei SSR alla realizzazione di interventi adeguati a rispondere alle esigenze della popolazione immigrata, che costituisce oggi circa il 7% della popolazione residente in Italia.

Giuseppe Ruocco
Direttore Generale della Prevenzione
Ministero della salute
Direttore Operativo CCM

Presentazione

I Paesi europei si trovano in un momento storico caratterizzato da forti flussi migratori imputabili a diversi fattori, tra cui la crisi economica e l'instabilità geopolitica di alcune aree. In Italia il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è aumentato notevolmente nel tempo e si prevede che tale trend proseguirà nei prossimi anni. E' aumentato anche il numero di immigrati che transitano o sono trattenuti nei Centri di accoglienza istituzionali per immigrati. L'Istat stima che al Censimento 2011 la popolazione straniera residente sia pari a circa 4 milioni, il 6,8% del totale dei residenti in Italia; di questi il 95% sono persone provenienti da Paesi a forte pressione migratoria.

In tale contesto è indispensabile assicurare, in modo sostenibile, la corretta assistenza sanitaria agli immigrati affrontando le disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Ricordiamo che nel nostro Paese l'articolo 32 della Costituzione garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale. Il SSN italiano ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 specifica "Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione".

Anche il Parlamento Europeo, con la risoluzione 8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE, ha puntato a tutelare la salute quale diritto inviolabile per tutti i cittadini, ivi compresi gli immigrati non in regola con le norme di soggiorno, ponendo particolare attenzione alle donne in gravidanza ed ai bambini.

Ove si consideri anche che, nell'attuale contesto economico, la limitatezza delle risorse disponibili impone la necessità di rendere efficace ed efficiente il sistema sanitario, è fondamentale che le Regioni, allo scopo di organizzare servizi efficienti ed equi, possano disporre di adeguate ed omogenee informazioni per la programmazione sanitaria, basate sul monitoraggio dei principali problemi di salute dei differenti gruppi di popolazione presenti nei propri territori e della relativa spesa. Tuttavia, la mancanza di dati omogenei nazionali e regionali ha determinato l'insorgere di notizie contrastanti sui bisogni sanitari degli immigrati e sulla sostenibilità economica dell'assistenza ad essi erogata, in particolare con riferimento ai non regolari.

Le tante criticità esistenti nei Centri di identificazione ed espulsione, peraltro messe in evidenza dalle società scientifiche e dal mondo del volontariato, impongono di approfondire sforzi comuni allo scopo di garantire condizioni di normale vivibilità e dignità dell'ospite.

In questo contesto Agenas, in collaborazione con il Ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) nell'ambito del programma 2009, ha promosso il progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali", con l'obiettivo di creare un *network* interregionale al duplice scopo di fornire alle regioni metodologie condivise in grado di produrre informazioni per la programmazione sanitaria basate sulla valutazione epidemiologica ed economica, e di predisporre strumenti di supporto all'assistenza sanitaria nei Centri di identificazione ed espulsione. Il presente progetto è in continuità con quello intitolato "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (programma Ccm 2007, coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche negli anni 2007-2009), nel cui ambito era stata definita una specifica metodologia di analisi per lo studio dello stato di salute.

Possiamo affermare che gli obiettivi proposti sono stati conseguiti. Si è infatti costituito il *network* interregionale che ha condiviso, adottandola, la metodologia proposta, consentendo per la prima volta in Italia un monitoraggio che mette a confronto le regioni ed il livello nazionale in relazione sia alla valutazione dello stato di salute e del ricorso ai servizi sanitari, sia alla valutazione della relativa spesa. Il risultato conseguito consente di asserire che oggi esiste l'impegno istituzionale della maggior parte delle Regioni e Province Autonome italiane che lavorano in rete anche con le istituzioni centrali quali l'Istat, l'INAIL, l'Agenas per conoscere e monitorare i bisogni di salute della popolazione immigrata. Inoltre, per la prima volta sono stati realizzati specifici protocolli per il controllo delle malattie infettive nei centri istituzionali di accoglienza per immigrati, che consentono di migliorare l'assistenza e di migliorare l'efficienza operativa.

Lo studio presentato in questo volume è frutto di una positiva e costruttiva collaborazione tra enti centrali, Regioni e Province Autonome sul tema dell'immigrazione, che fa ormai parte della storia del nostro Paese.

Il volume non deve essere interpretato solo come conclusione di un progetto, ma come tappa di un percorso in divenire. Riteniamo, infatti, che la condivisione delle conoscenze consenta l'aumento delle competenze del Servizio Sanitario. Indubbiamente il consolidamento del lavoro in rete delle Regioni rappresenta un traguardo fondamentale non solo per la conoscenza dei problemi di salute ma soprattutto per organizzare, attraverso un costante confronto, le migliori risposte da parte dei SSR ai bisogni di salute in un'ottica di efficacia e anche di efficienza.

Il prossimo obiettivo è la creazione di un "*Network* Interregionale Permanente" che, con il *trait d'union* di Agenas ed in collaborazione con enti nazionali, secondo metodologie condivise, attui un più ampio monitoraggio istituzionale e sistematico dei bisogni di salute della popolazione immigrata e della relativa spesa, nel cui ambito possano anche essere definiti e diffusi ulteriori strumenti di supporto per i centri istituzionali di accoglienza per immigrati.

Fulvio Moirano
Direttore Generale di Agenas



1

Il progetto

La realtà migratoria è molto articolata e in continua evoluzione, basti pensare ai recenti arrivi dai paesi del nord Africa e del Sahel a causa di conflitti, guerre e povertà.

L'Istat stima che al censimento 2011 la popolazione straniera residente sia pari a circa 4 milioni, il 6,8% del totale dei residenti.

Il fenomeno migratorio, pertanto, necessita una attenzione specifica da parte del Paese ospite e un complessivo sistema di governo che si ponga oltre le logiche emergenziali con cui fino ad oggi esso è stato affrontato, ciò attraverso l'attuazione di interventi mirati a favorire l'inclusione sociale e prevenire conflitti sociali che inevitabilmente scaturiscono dalle condizioni di povertà ed emarginazione sociale con ricadute negative sull'intera collettività.

L'abbondante letteratura scientifica in campo epidemiologico e sociale mostra che:

- la migrazione, anche quando avviene nelle migliori condizioni, rappresenta di per sé un fattore di rischio per la salute del migrante stesso, che può perdere il vantaggio dell'effetto "migrante sano"¹;
- gli immigrati spesso hanno un precario accesso alle risorse economiche, culturali, relazionali, di *status* e vivono situazioni di deprivazione socio-economica; le condizioni di povertà, il basso grado di "*literacy*", lo scarso "capitale sociale" e le peggiori condizioni di lavoro rappresentano infatti importanti fattori di rischio per la perdita della salute;
- le persone in condizioni di deprivazione socio-economica hanno maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi e maggiori probabilità di ricevere cure di qualità scadente. I servizi, infatti sono spesso "meno permeabili" ai "poveri", agendo una sorta di esclusione morale;
- per gli immigrati le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite;
- tra i determinanti della salute l'organizzazione dei sistemi di *welfare* - inclusivi o esclusivi - riveste un peso rilevante sul benessere della popolazione immigrata e non.

¹ Come evidenzia la letteratura internazionale, i migranti sono mediamente giovani e di costituzione sana e robusta, tanto da avere un profilo di salute migliore rispetto a quello mediamente posseduto dai loro coetanei autoctoni. Nella maggior parte dei casi, avviene una autoselezione a monte, per cui partono solo i "migliori", chi ha minore possibilità di riuscire nel progetto migratorio non parte; la letteratura chiama questo fenomeno effetto migrante sano (Parkin 1992).

Sul piano della salute molta attenzione è stata data all'aspetto epidemico e poca alla salute degli immigrati nel paese ospite, all'accesso ai servizi e alla raccolta sistematica di informazioni, pur sapendo che è nel paese ospite che l'immigrato rischia di perdere il proprio capitale di salute; vi sono poi problemi in alcune aree specifiche quali ad esempio la salute della donna e materno-infantile, le malattie trasmissibili, gli incidenti e la violenza - morti evitabili -, l'ineguale accesso alla prevenzione - screening e vaccinazioni - il disagio psichico, specie nelle seconde generazioni, barriere legali, burocratiche, linguistiche, culturali ecc.

È pertanto urgente che i Sistemi Sanitari Regionali in quanto responsabili della programmazione sanitaria, siano in grado di conoscere e di monitorare i principali problemi di salute dei differenti sottogruppi vulnerabili di popolazione presenti nei propri territori e, tra questi, gli immigrati.

Per organizzare servizi efficaci ed efficienti, nell'ottica di equità cui sono ispirati i SSN e i SSR, le regioni devono essere in grado di fornire risposte alle domande:

- quali sono i principali problemi di salute degli immigrati?
- le loro condizioni di salute sono diverse da quelle della popolazione italiana?
- i servizi sanitari regionali sanno rispondere a questi problemi di salute?

Al contempo, nell'attuale contesto economico, la limitatezza delle risorse disponibili impone che le regioni siano in grado di conoscere e monitorare anche la relativa spesa. A ciò si aggiunga che la mancanza di dati omogenei a livello nazionale e regionale ha determinato l'insorgere di notizie contrastanti sulla sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati, in particolare con riferimento ai non regolari. Pertanto, con l'intento di offrire ai diversi livelli della programmazione sanitaria regionale e nazionale sufficienti elementi per affrontare il tema, è stata definita una metodologia per la valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati che mira a rispondere alle domande:

- le risorse assorbite per l'assistenza sanitaria sono differenti nei gruppi di popolazione?
- quanto si spende per erogare l'assistenza sanitaria agli immigrati?
- quale sarebbe il volume di risorse necessario per assicurare l'assistenza sanitaria agli immigrati non residenti?

Ulteriori considerazioni devono essere fatte con riguardo ai centri istituzionali di accoglienza per immigrati, in cui l'assistenza sanitaria è erogata frequentemente senza un concreto coordinamento/integrazione con i servizi sanitari locali, in modo disomogeneo nel territorio nazionale, in assenza di strumenti di guida o di supporto gestionale.

Per rispondere a tutti questi interrogativi è stato proposto alle regioni italiane di analizzare il profilo di salute della popolazione immigrata aggiornando la metodologia individuata negli anni 2007-2009 dal Gruppo di lavoro nazionale / CCM "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"², in modo da avere informazioni confrontabili tra le diverse realtà regionali e di valutare l'ammontare delle risorse impiegate per l'assistenza sanitaria erogata agli immigrati.

1.1 Obiettivi

Il progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali" è in continuità con il precedente tramite il quale è stata definita e sperimentata in sei regioni, due AUSL e a livello nazionale una metodologia di analisi per lo studio della salute della popolazione immigrata articolata secondo 36 indicatori³.

² Coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche. La metodologia è descritta nella pubblicazione "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi" (2009).

³ "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", 2009. http://ods.ars.marche.it/Portals/0/Eventi%202009/pubbl_Salutemigrati2009.pdf, http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf.

L'obiettivo generale dell'attuale progetto è la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione immigrata, attraverso un monitoraggio istituzionale e sistematico da parte delle Regioni e a livello nazionale, con la finalità di individuare le aree critiche necessitanti di interventi prioritari e di condividere le migliori soluzioni per la promozione della salute, la prevenzione e l'offerta delle cure.

Tale obiettivo è articolato in macro-obiettivi:

- creazione di un *Network* interregionale e nazionale per la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata e per la valutazione economica coinvolgendo istituzionalmente i Sistemi Sanitari Regionali;
- costruzione di un sistema di monitoraggio nazionale sulla base di una metodologia per la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata e di una metodologia per la relativa valutazione economica, da proporre e condividere nell'ambito del *network* interregionale;
- definizione di protocolli operativi per il controllo delle malattie infettive nei centri istituzionali per immigrati.

Nell'ambito del progetto, il lavoro si è ulteriormente articolato in sub-obiettivi specifici quali quelli di:

- individuare e sperimentare una metodologia per stimare l'impatto economico dell'assistenza sanitaria agli immigrati;
- confrontare i risultati regionali e nazionali allo scopo di individuare le priorità di intervento nazionali e locali;
- contribuire ad affinare i flussi informativi ai fini della rintracciabilità dell'utente non italiano e dello sviluppo di strumenti più elaborati di sorveglianza epidemiologica;
- sperimentare e proporre ulteriori indicatori: i) demografici relativi agli immigrati provenienti dall'Unione europea, ii) di salute attraverso l'utilizzo di nuovi flussi informativi sanitari, iii) sulle malattie professionali;
- fornire una panoramica sulle modalità di definizione e studio della popolazione immigrata in ambito epidemiologico, evidenziando punti chiave e criticità nella comparabilità tra i dati dei Paesi europei.
- il progetto ha previsto anche un collegamento con il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e Servizi sanitari" che opera dal 2008 in seno al coordinamento della Commissione Salute della conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Obiettivo del Tavolo è quello di promuovere la salute della popolazione immigrata, attraverso l'adozione da parte del SSN e dei SSR di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati agli specifici bisogni, a partire dalla erogazione uniforme sul territorio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza⁴.

In questa pubblicazione viene presentata una sintesi dei risultati conseguiti nel progetto in relazione ai diversi obiettivi, mentre nel CD allegato al volume è riportata la documentazione completa.

⁴ <http://ods.ars.marche.it/>



2

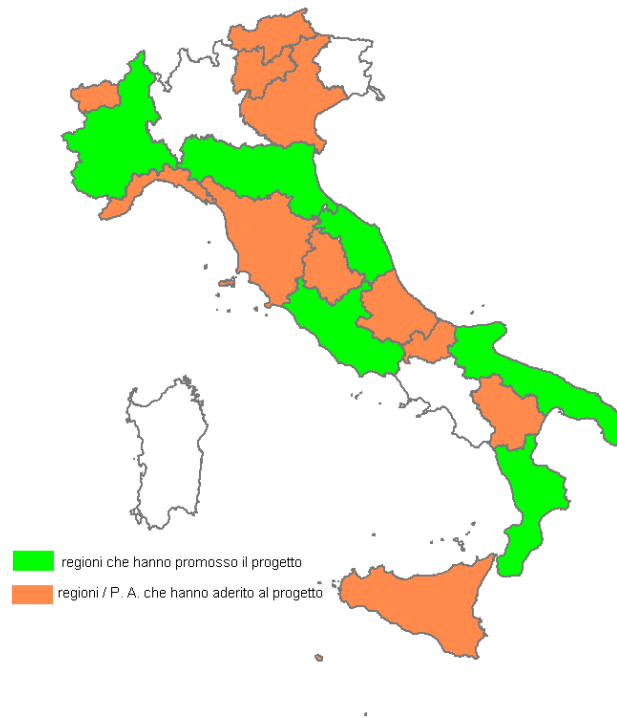
Il network

Le regioni e province autonome svolgono studi e analisi relative alla salute della popolazione immigrata, ciascuna con specifiche finalità così come le metodologie adottate sono differenti. L'ovvia conseguenza è che i risultati ottenuti, ancorché di estremo interesse nella singola realtà, non favoriscono il confronto tra regioni.

A partire dalla rete esistente dal 2007, realizzata tra enti nazionali (Agenas, Istat, Inail), cinque Regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia), due AUSL (Cesena e Reggio Emilia), cui si è aggiunta nel 2009 la Calabria, il *network* è stato consolidato ed allargato ad ulteriori undici Regioni/Province Autonome (Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Veneto, Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia). I referenti regionali, nominati dagli Assessori alla sanità, hanno condiviso la metodologia proposta per la valutazione dello stato di salute degli immigrati e per la relativa valutazione economica.

In tal modo, per la prima volta in Italia, sono disponibili informazioni omogenee che riguardano la quasi totalità del territorio nazionale, e potranno essere utilizzate per il monitoraggio e l'ottimizzazione dei servizi sanitari e per il confronto tra differenti realtà. Numerosi riscontri positivi sono pervenuti dalle regioni aderenti al progetto, tutti riconducibili alla conoscenza dei principali problemi di salute degli immigrati e alla programmazione di servizi in grado di soddisfare i loro bisogni di salute, alla condivisione di strumenti comuni per l'analisi delle necessità assistenziali degli immigrati, alla possibilità di estendere l'utilizzo degli indicatori economici all'analisi delle prestazioni ambulatoriali e alla farmaceutica, alla disponibilità di indicatori validati, alla potenzialità e all'affinamento dei flussi informativi, allo sviluppo di strumenti più efficaci di sorveglianza epidemiologica. Nel CD allegato al volume sono riportate le valutazioni ed i commenti espressi da alcune delle Regioni che hanno aderito al progetto (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Veneto, Toscana, Umbria), ad evidenziare l'arricchimento reciproco che può derivare dalla condivisione e dal confronto di metodologie di analisi e valutazione.

Complessivamente sono diciassette le Regioni e PA che hanno partecipato all'analisi del profilo di salute degli immigrati ed alla valutazione dell'impatto economico dell'assistenza; esse rappresentano circa il 70% della popolazione italiana e vi risiede circa il 70% della popolazione immigrata.



La creazione del *network* è stata agevolata da un metodo di lavoro costituito da formazione e strumenti operativi.

Sono stati organizzati i *Seminari Nazionali*, nel cui ambito sono state illustrate la metodologia relativa al sistema di monitoraggio adottata nel progetto e le modalità di “lettura” dei relativi indicatori, si è svolto il confronto con le metodologie già adottate localmente e sono stati un costruttivo momento di scambio.

Inoltre, sono stati predisposti specifici *manuali* per il calcolo degli indicatori secondo la metodologia prevista (descritta nel capitolo “Il sistema di monitoraggio”) - resi disponibili nel CD allegato al volume - e *strumenti di supporto per il calcolo automatico degli indicatori* inerenti lo stato di salute e valutazione economica. Sarà così possibile, immettendo i dati di base, produrre report e grafici in modo automatico e favorire lo scambio di dati in un formato standard. Le regioni saranno in grado di rappresentare i fenomeni di interesse secondo una connotazione omogenea, propria del progetto.

Ad integrazione di tali strumenti, è stato offerto un *help-desk* organizzato attraverso una casella di posta elettronica dedicata ed un servizio di assistenza telefonica per la discussione/audit e per la soluzione di eventuali problemi nel calcolo degli indicatori, nella interpretazione dei risultati e nel *benchmarking*.

Si è così realizzato un “metodo di lavoro” robusto, che, insieme con gli strumenti resi disponibili, costituisce un patrimonio che rimane a disposizione di tutte le regioni e del Ministero della salute, oltre la scadenza del progetto.

3

Il sistema di monitoraggio

Il sistema di monitoraggio è articolato in più ambiti che sono tra loro strettamente correlati: il quadro demografico ed il mondo del lavoro, la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata e la relativa valutazione economica.

La metodologia per analizzare il profilo di salute della popolazione immigrata include il quadro demografico ed il mondo del lavoro e si basa su quella individuata negli anni 2007-2009 dal Gruppo di lavoro nazionale / CCM "Salute immigrati", così come descritta nella pubblicazione "La salute degli immigrati: metodologia di analisi" (2009).

La metodologia per la valutazione economica è stata definita nell'ambito del progetto in coerenza con quella per la valutazione dello stato di salute.

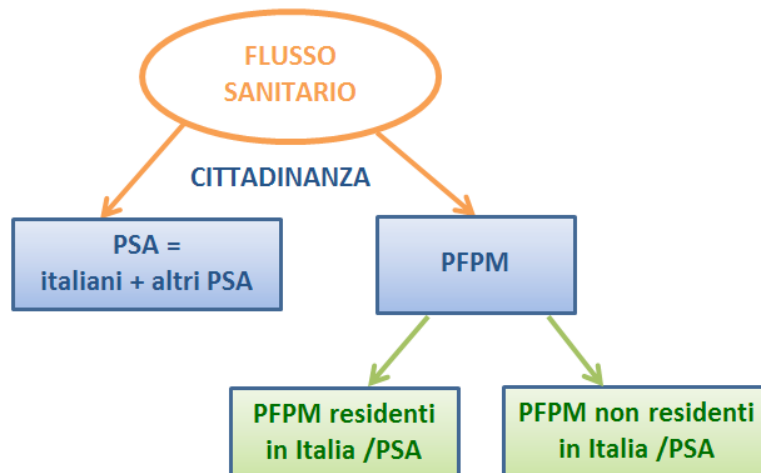
Entrambe le metodologie prevedono analisi a livello regionale e si basano sui flussi informativi correnti disponibili a livello di tutti i SSR. Le analisi sono condotte in relazione a due gruppi di popolazione considerati al loro interno tendenzialmente omogenei in termini di salute e bisogno di cure e assistenza definiti, con riferimento al Rapporto Sviluppo Umano 2007-2008⁵: in base alla cittadinanza e alla distinzione tra Paesi a Forte Pressione Migratoria⁶ (PFPM) e Paesi a Sviluppo Avanzato⁷ (PSA). I PFPM possono essere suddivisi in residenti in Italia/PSA e non residenti in Italia/PSA. La metodologia per individuare i 3 gruppi di popolazione in analisi è raffigurata nel seguente schema:

⁵ Rapporto sullo sviluppo umano 2007/2008, United Nations Development Programme

⁶ La classe dei Paesi a Forte Pressione Migratoria include (fonte: Rapporto Sviluppo umano 2007-2008) Paesi in via di sviluppo, Paesi a medio/basso reddito (classificazione Banca mondiale 1 luglio 2006 su reddito nazionale lordo *pro capite*), Paesi dell'Europa centrale e orientale e della Comunità degli Stati indipendenti (CSI), Apolidi.

⁷ I Paesi a sviluppo avanzato sono definiti come Paesi a reddito elevato (secondo la classificazione della Banca mondiale) che non compaiono nelle liste dei Paesi dell'Europa centrale e orientale e della CSI o nelle liste dei Paesi in via di sviluppo. In considerazione della dinamicità dei fenomeni, la classificazione dei Paesi secondo questi parametri può variare nel tempo. In questa pubblicazione i Paesi classificati come PSA sono: *Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera*. Per maggiori dettagli si veda il manuale operativo nel CD allegato.

Le popolazioni oggetto di studio



I tassi standardizzati sono stati calcolati sulla base della “Stima della popolazione residente straniera per sesso, età e cittadinanza per regione” che l’ISTAT ha messo a disposizione del progetto.

Al fine di facilitare l’analisi del profilo di salute degli immigrati e la valutazione economica dell’assistenza sanitaria erogata agli immigrati secondo la metodologia adottata, sono stati predisposti degli strumenti operativi (disponibili nel CD allegato al volume):

Analisi del profilo di salute

- “*La salute degli immigrati: metodologia di analisi*” (2009), contenente la metodologia di analisi e i risultati del precedente progetto;
- “*Manuale operativo*” (2011), volto a facilitare il lavoro di analisi ed il calcolo degli indicatori base per il profilo di salute, contenente la definizione di caso “immigrato”, le indicazioni per individuare l’“immigrato” nei flussi informativi sanitari e i “passi” per la preparazione dei data base per il calcolo degli indicatori;
- “*Fluss*”, ricognizione aggiornata dei flussi informativi utili per la descrizione della popolazione immigrata;
- “*I 36 indicatori*”, è stata fornita la versione aggiornata dei 36 indicatori di salute, la modalità di calcolo, il loro significato, la descrizione della validità e dei limiti di ciascun indicatore;
- “*Format Indicatori di salute*”, foglio di calcolo automatico degli indicatori di salute;
- “*I programmi sas*”, per il calcolo dei dati di base da inserire nei format per il calcolo degli indicatori di salute.

Valutazione economica

- “*La valutazione economica dell’assistenza sanitaria erogata agli immigrati – Metodologia e primi risultati*”, contenente la metodologia proposta, la descrizione delle fonti informative, le schede esplicative per il calcolo dei 6 indicatori economici e la descrizione delle analisi svolte;
- “*Format Indicatori economici*”, foglio di calcolo automatico degli indicatori economici;
- “*I programmi sas*”, per il calcolo dei dati di base da inserire nei format per il calcolo degli indicatori economici.

3.1 La popolazione immigrata: il quadro demografico ed il mondo del lavoro

3.1.1 Quadro demografico

Il fenomeno migratorio risulta in costante crescita a livello mondiale: secondo i dati pubblicati dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, il numero di migranti è globalmente passato da 150 milioni nel 2000 a 214 milioni nel 2010. Le proiezioni per i prossimi anni confermano questo andamento. Per il 2050 si prevedono circa 405 milioni di persone migranti, come risultato delle crescenti disparità demografiche, dei disastri ambientali, dell'aumento delle diseguaglianze socio-economiche e delle guerre, delle rivoluzioni tecnologiche e dell'utilizzo dei *social network*.

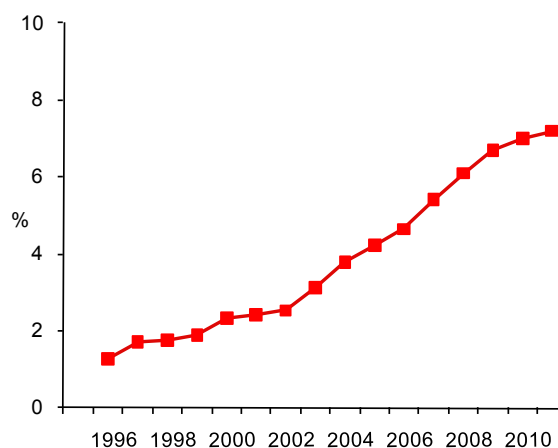
Le implicazioni sociali e sanitarie che ne derivano sono considerevoli. I flussi migratori interessano una moltitudine di popolazioni e di categorie di persone (lavoratori, studenti, rifugiati, ecc.), ognuna con determinanti di salute, bisogni e livelli di vulnerabilità differenti.

Lo studio delle migrazioni e l'individuazione di indicatori appropriati per descriverle richiede l'impiego di metodologie *ad hoc*. In particolare, è necessario tenere presente che uno dei limiti principali nel confronto tra popolazioni diverse, come italiani o assimilati e immigrati, relativamente alle questioni sulla salute o sull'accesso ai servizi è quello di avere stime affidabili sulla popolazione immigrata presente o residente nel paese. Non disponendo di una stima attendibile di dati necessari per costruire i "denominatori", alcune volte si deve rinunciare all'utilizzo dei tassi per valutare il profilo di salute di questa parte della popolazione.

Quanti sono gli immigrati?

- Al 01.01.2011 i PFPM, ovvero i residenti in Italia provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, risultavano 4.351.136 e rappresentano il 7,2% della popolazione residente.
- Nella popolazione residente, la proporzione di immigrati è andata aumentando negli anni, passando dall'1,3% nel 1996 al 7,2% nel 2011 (fig. 1).

Fig. 1. Proporzioni di PFPM residenti in Italia sul totale della popolazione residente per anno



Fonte: Istat

- La distribuzione dei PFPM sul territorio nazionale è alquanto disomogenea (**tab. 1**): il 50% risiede al Nord, il 36% al Centro e il 14% al Sud.
- La Lombardia è la regione che registra il maggior numero di PFPM (oltre un milione), pari a un quarto di tutti i PFPM nel nostro Paese. Seguono: Lazio, Veneto ed Emilia-Romagna con circa un decimo.
- La proporzione di PFPM residenti rispetto al totale della popolazione è molto varia: si passa dall'11% dell'Emilia-Romagna ad appena il 2% della Sardegna.
- Tale distribuzione geografica rispecchia sostanzialmente l'entità e la tipologia di offerta del lavoro.

Chi sono?

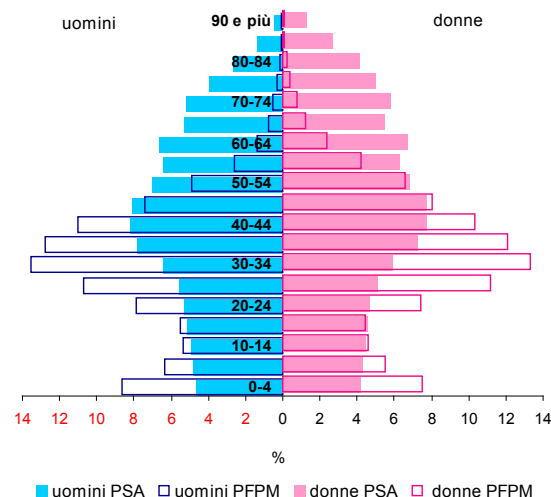
- Si tratta di una popolazione **giovane**; mediamente l'età è di 30 anni mentre i PSA presentano un'età media di 46 anni; un PFPM su quattro ha un'età compresa tra i 30 e i 40 anni.
- Nella classe di età 0-4 anni, la proporzione di **bambini** PFPM è circa doppia rispetto a quella dei bambini PSA delle rispettive popolazioni (**fig. 2**).
- Tra la popolazione PFPM, il 21,7% è costituito da **minorenni**, mentre tra i PSA questa proporzione è del 16,5%.
- Le donne costituiscono il 51%; la proporzione di **donne** di età compresa tra 25 e 39 anni è doppia rispetto alle residenti PSA nelle stesse classi di età.

Tab. 1. Popolazione PFPM residente al 01.01.2011

Regione	PFPM residenti	% su pop residente	% su tot pop PFPM
Piemonte	383.894	8,6	8,8
Valle d'Aosta	8.102	6,3	0,2
Lombardia	1.016.084	10,2	23,4
Bolzano	34.623	6,8	0,8
Trento	46.791	8,8	1,1
Veneto	491.343	10,0	11,3
Friuli Venezia Giulia	101.012	8,2	2,3
Liguria	116.078	7,2	2,7
Emilia-Romagna	486.158	11,0	11,2
Toscana	339.739	9,1	7,8
Umbria	94.030	10,4	2,2
Marche	140.686	9,0	3,2
Lazio	505.032	8,8	11,6
Abruzzo	76.996	5,7	1,8
Molise	8.452	2,6	0,2
Campania	158.279	2,7	3,6
Puglia	90.313	2,2	2,1
Basilicata	14.274	2,4	0,3
Calabria	71.551	3,6	1,6
Sicilia	134.535	2,7	3,1
Sardegna	33.164	2,0	0,8
ITALIA	4.351.136	7,2	100

Fonte: Istat

Fig. 2. Piramide delle età della popolazione PSA e PFPM, Italia 01.01.2011

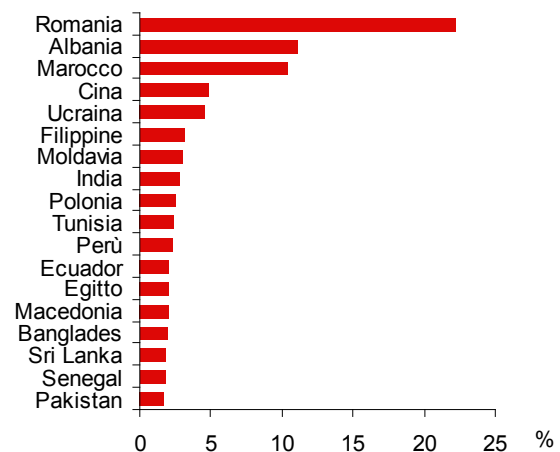


Fonte: Istat

Negli anni, si è assistito a un netto calo dei PFPM provenienti da paesi extraeuropei e a un evidentiissimo aumento dei provenienti dai paesi europei (e in particolare comunitari), cambiamento condizionato dalle modificazioni nelle "rotte dell'immigrazione clandestina" e dalle normative che regolano l'ingresso degli extra-comunitari e dei comunitari in Italia. Con l'allargamento dell'Unione Europea (UE) ad alcuni paesi dell'Est Europa, in particolare alla Romania (entrata a far parte dell'UE nel 2007), si è assistito ad un massiccio afflusso di rumeni che rappresentano oggi il gruppo di immigrati più numeroso in Italia.

- Oltre alla Romania da cui proviene il 22% di tutti i PFP, i principali paesi di provenienza sono l'Albania (11%) e il Marocco (10%); seguono Cina (4,8%) e Ucraina (4,6%) (fig. 3).
- I rumeni sono passati da circa 95.000 nell'anno 2002 a 968.576 nel 2010, di cui il 54,6% donne, con un netto incremento a partire dalla fine del 2006.
- In base ai dati forniti dal Ministero dell'Interno all'1/1/2012 erano presenti in Italia 3.6 milioni di **cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti**⁸. Per questi la motivazione prevalente del loro soggiorno è il lavoro (58%) unitamente ai motivi familiari (34%).

Fig. 3. Proporzione di PFP per nazionalità, Italia 01.01.2011



Fonte: Istat

I **nuovi permessi di soggiorno** rilasciati nel 2011 (361.690) sono calati quasi del 40% rispetto all'anno precedente. Più in dettaglio, quelli rilasciati per lavoro si sono ridotti del 65% e le nuove concessioni per ricongiungimento familiare del 21%. Tale diminuzione è risultata maggiore tra le donne e nelle aree settentrionali del paese.

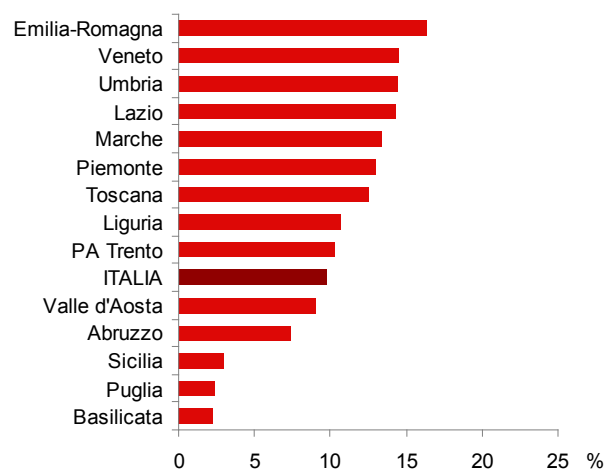
Tra i non comunitari, vanno considerati anche i "migranti forzati, persone che fuggono da guerre, persecuzioni e disastri ambientali". Questi costituiscono una esigua minoranza: secondo l'UNHCR (United Nations High Commissioners for Refugees), a giugno 2012, i rifugiati in Italia erano 58mila. In Francia, Paesi Bassi e Regno Unito i rifugiati sono tra 3 e 4 ogni mille abitanti, in Germania oltre 7, in Svezia 9, mentre in Italia meno di 1 ogni mille abitanti. Nel 2011, sono state presentate poco più di 36mila domande di protezione/asilo⁹, in aumento rispetto agli anni precedenti, determinate dagli effetti delle ribellioni arabe e della guerra in Libia.

I minorenni e le nuove nascite

In Italia risiedono oltre 10 milioni di minorenni; gli stranieri, compresi quelli provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato, sono pari a 993.238, per il 97% circa figli di genitori immigrati (Stima Istat al 1° gennaio 2011).

- I minori stranieri sono pari al 9,7% dei minorenni residenti. Tra le regioni c'è tuttavia una grossa variabilità: si passa dal 16% dell'Emilia-Romagna alla Basilicata con solo il 2,3% (fig. 4).
- Le principali comunità di appartenenza dei minori stranieri sono analoghe a quelle della popolazione adulta: rumena (22%), albanese (11%), marocchina (10%).

Fig. 4. Proporzione di minorenni stranieri residenti sul totale dei minorenni residenti (01.01.2011)



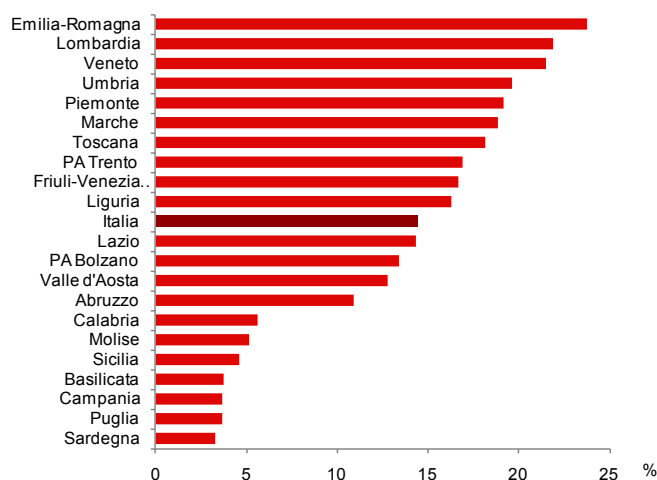
Fonte: Elaborazioni regionali su dati Istat

⁸ Istat Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti, statistiche report 2012.

⁹ The UN Refugee Agency "Asylum levels and trend in industrialized country", 2012

- Nel 2011, i nati registrati nelle anagrafi comunali sono stimati pari a 546.607, il 14,4% di questi è PFPM.
- La proporzione più alta di nati PFPM si registra in Emilia-Romagna (24%) seguono Lombardia (22%) e Veneto (21%); la più bassa si conferma al sud, in particolare, in Sardegna (3% - **fig. 5**).

Fig. 5 Proporzione di nati PFPM sul totale dei nati per regione (anno 2011)



Fonte: Istat

3.1.2 Il mondo del lavoro

I lavoratori stranieri rappresentano una risorsa fondamentale nell'economia italiana e la loro presenza nel mercato del lavoro sta diventando sempre più importante.

Diverse sono le fonti che diffondono le stime o i dati degli occupati (Caritas, Istat, Inail); in questo paragrafo vengono indicate le statistiche relative alla base dati Inail che si riferisce a tutti i lavoratori per i quali vige l'obbligo assicurativo. Ovviamente restano esclusi coloro che non sono assicurati all'Istituto e la quota di lavoratori in nero che sono presenti, in particolare, in alcuni settori quali: edilizia, agricoltura, assistenza familiare e domestica.

La provenienza dei lavoratori è rilevata attraverso il paese di nascita, tramite il codice fiscale, e non per cittadinanza, inoltre i lavoratori sono contati una sola volta nell'arco dell'anno a prescindere dalla durata del contratto e dalla numerosità dei rapporti di lavoro. Nel 2010 gli assicurati risultano circa 22,7 milioni, di questi oltre 3,5 milioni (15,4%) sono stranieri con una prevalenza di uomini (55%). La crisi economica mondiale ha determinato, in generale negli ultimi anni, una contrazione dei lavoratori; se si analizzano, però, i gruppi di popolazione si registra una riduzione per i Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e un aumento dell'occupazione femminile tra i Paesi a Forte Pressione migratoria (PFPM) che nel 2010 ha raggiunto quota 1,4 milioni.

Le lavoratrici rappresentano il 42% del totale con differenze sostanziali tra i gruppi di popolazione (**tab.2**); in generale, la componente femminile è maggiore in termini relativi tra i PSA non italiani dove tende quasi alla metà (49%).

Sul totale della forza lavoro straniera la quota più importante è costituita da immigrati provenienti dai PFPM che nel 2010 rappresentano l'88% del totale, in particolare spiccano gli oltre 700mila lavoratori rumeni (oltre il 22% del totale) e a seguire gli albanesi e i marocchini (rispettivamente 7,3% e 6,5%). Queste popolazioni sono anche ai primi posti quando si considerano gli infortuni sul lavoro.

Tab. 2 Lavoratori assicurati all'Inail per tipologia di paese di appartenenza e sesso - Anno 2010

Paese di nascita	Uomini	Donne	Totale	% Donne
PSA	11.405.561	8.125.255	19.530.816	41,6
- esclusi italiani	210.817	202.507	413.324	49,0
PFFPM	1.744.496	1.402.159	3.146.655	44,6
Totale	13.150.057	9.527.414	22.677.471	42,0

Fonte: Inail

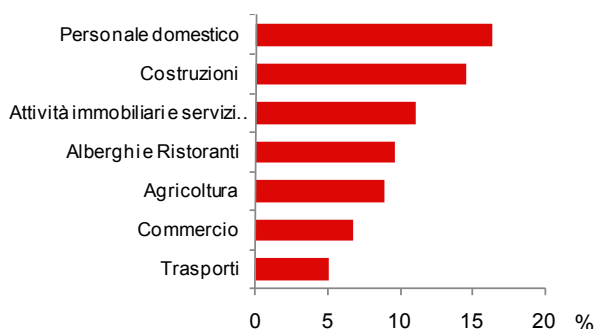
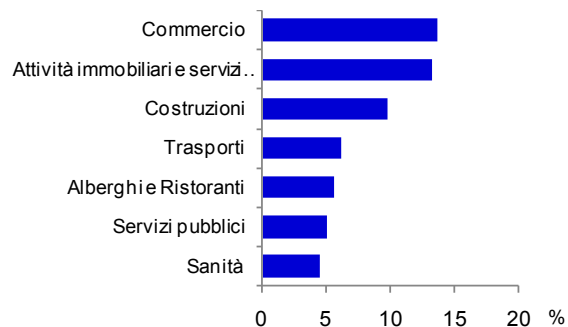
Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Il fenomeno migratorio per alcuni paesi risulta quasi esclusivamente maschile: è il caso del Pakistan (poco meno del 96%), dell'Egitto e del Bangladesh con poco meno del 95% di occupati uomini, del Senegal, della Tunisia e dell'India con oltre l'85%; in questi casi i paesi sono anche tra i primi 15 per consistenza numerica.

Per le donne la nazionalità prevalente è in termini assoluti quella rumena (403mila lavoratrici), a seguire l'ucraina (135mila) e l'albanese (79mila). In termini relativi spiccano, invece, oltre alle ucraine (82%) le nazionalità dell'ex federazione russa per le quali la quota di lavoratrici è generalmente sopra l'85%.

I lavoratori dei PFFPM sono impiegati per circa un terzo come personale domestico (per l'85% si tratta di donne e tra le sole donne quelle impiegate nel settore sono circa il 30%) e nelle Costruzioni (il 95% sono uomini) e, in generale, in molte attività dei servizi come pulizie, alberghi e ristoranti. Il settore agricolo per questo gruppo di nazionalità risulta al quinto posto, ma non si esclude che siano molti di più i lavoratori impiegati stagionalmente e in nero (fig. 6).

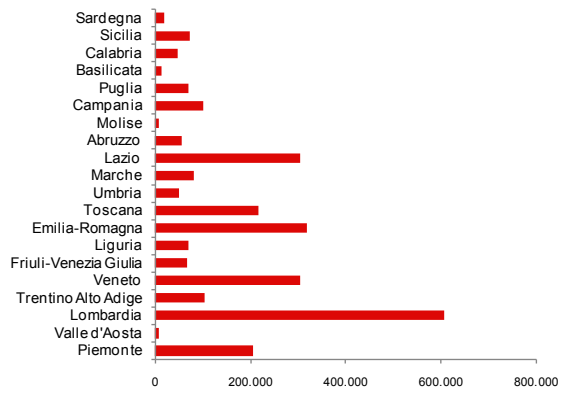
Nel caso dei PSA (fig. 7) la distribuzione nei settori di attività è differente: al primo posto il Commercio (13,6%) a seguire le Attività immobiliari (13,3%) che comprendono anche i servizi di pulizia, nei quali sono impegnati nella stragrande maggioranza stranieri, e le Costruzioni (9,7%).

Fig. 6 Principali settori in cui operano i lavoratori assicurati all'Inail – PFFPM, Anno 2010Fonte: Inail dati aggiornati al 31 ottobre 2012
Nota: PFFPM regolari = immigrati regolari/residenti**Fig. 7** Principali settori in cui operano i lavoratori assicurati all'Inail – PSA, Anno 2010Fonte: Inail dati aggiornati al 31 ottobre 2012
Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

A livello territoriale le regioni che contano il maggior numero di assicurati sono quelle più produttive: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio che offrendo maggiori opportunità di impiego sono anche quelle dove vivono e lavorano gli immigrati (figg. 8-9)¹⁰.

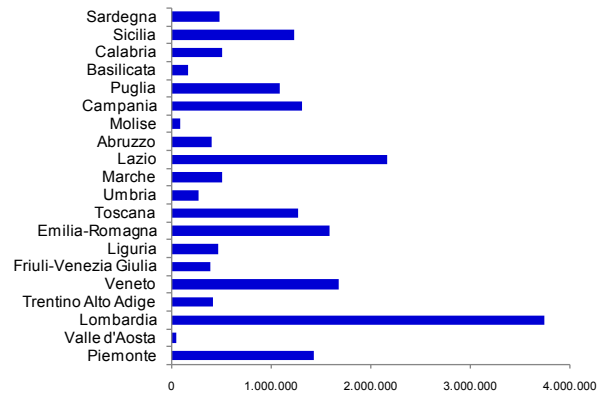
¹⁰ Per il dettaglio dei Lavoratori assicurati all'Inail per sesso, settore di attività economica e regione – Anno 2010 e per gli Assicurati per sesso e paese di provenienza si rimanda al CD allegato al volume.

Fig. 8 Distribuzione dei lavoratori assicurati all'Inail per regione – PFPM, Anno 2010



Fonte Inail
 Nota: PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Fig. 9 Distribuzione dei lavoratori assicurati all'Inail per regione – PSA, Anno 2010



Fonte Inail
 Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

3.2 La domanda di salute ed il ricorso ai servizi

3.2.1 Il ricovero ospedaliero

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) rappresentano una fonte preziosa per lo studio dei problemi di salute degli immigrati sia perché si ricorre al ricovero nelle situazioni più gravi sia perché, al momento, non sono possibili rilevazioni sistematiche sulle prestazioni assistenziali distrettuali e preventive fornite a questo gruppo di popolazione.

Quanti sono i ricoveri degli immigrati?

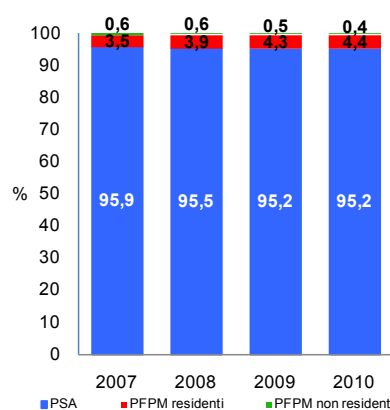
- Nel 2010, su oltre 10 milioni di **ricoveri totali** avvenuti nelle strutture italiane la proporzione dei ricoveri dei PFPM residenti è risultata pari al 4,4% (la popolazione residente è pari al 7,2%), con un trend in leggero aumento negli anni, dovuto all'aumento della popolazione PFPM residente. Negli anni, a conferma di quanto già evidenziato nel triennio 2004-2006, la proporzione dei ricoveri a carico dei PFPM non residenti si mantiene sempre al di sotto dell'1% (**tab. 3 e fig. 10**). A carico di questi ultimi si evidenzia una riduzione (sia assoluta che relativa) di ricoveri a partire dal 2009. Questo potrebbe essere in parte una conseguenza del fatto che nel 2009 il governo italiano ha proposto che le persone "senza documenti" che si fossero rivolte ai servizi sanitari fossero segnalate all'autorità di polizia.
- A livello regionale, la proporzione di ricoveri di PFPM residenti varia dall'1,3% della Sicilia al 7% dell'Umbria (**fig. 11**), mentre quella dei non residenti è costantemente al di sotto dell'1% in tutte le regioni (**fig. 12**).

Tab. 3 N° di ricoveri totali per cittadinanza. Italia, anni 2007-2010

Anno	Cittadinanza		
	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti
2007	10.827.486	394.654	72.025
2008	10.565.768	428.483	66.501
2009	10.115.827	451.602	58.078
2010	9.671.608	446.472	38.558

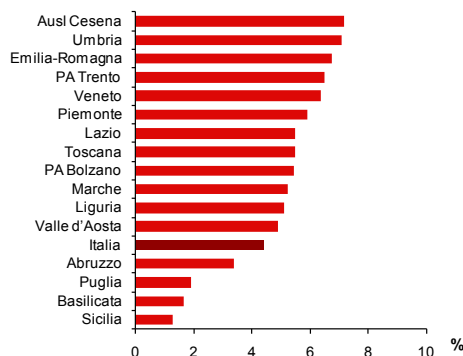
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Fig. 10 Proporzione di ricoveri per cittadinanza. Italia 2007-2010



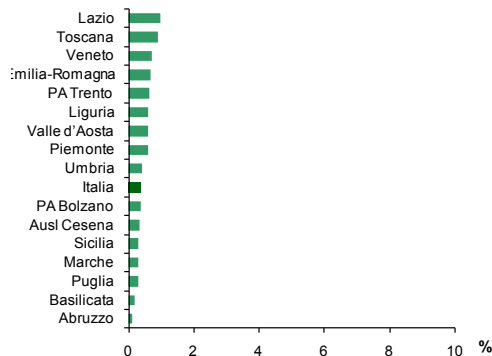
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Fig. 11 Proporzione di ricoveri totali erogati dalle strutture delle regioni a PFPM residenti. Anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Fig. 12 Proporzione di ricoveri totali erogati dalle strutture delle regioni a PFPM non residenti. Anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

La gran parte dei ricoveri avviene in regime ordinario (7.182.298, pari al 70%), il restante 30% in day-hospital.

Chi si ricovera?

L'analisi dei ricoveri ordinari dei residenti per sesso evidenzia, sia a livello delle regioni che a livello nazionale, un costante maggior ricorso del genere femminile, soprattutto tra i PFPM. A livello nazionale la proporzione dei ricoveri delle donne PFPM è del 68,5%, mentre per le PSA tale proporzione è del 52,5% (anno 2010). Questo fenomeno risulta stabile negli anni (tab.4).

Tab. 4 Numero e proporzione dei ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza e sesso. Italia, anni 2007 – 2010

Anno	PSA			PFPM		
	Uomini	Donne	% Donne	Uomini	Donne	% Donne
2007	3.512.994	3.871.932	52,4	94.613	194.167	67,2
2008	3.426.291	3.791.310	52,5	102.495	211.362	67,3
2009	3.366.326	3.699.403	52,4	108.352	227.495	67,7
2010	3.233.132	3.578.022	52,5	104.811	228.428	68,5

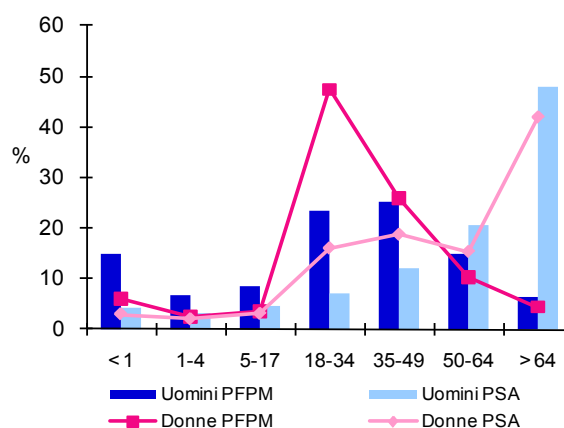
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

- La maggior frequenza di ricoveri tra gli uomini PFPM si verifica tra i 18-49 anni, mentre per le donne, più della metà dei ricoveri si concentra nella classe 18-34 anni.
- Per i PSA la maggiore proporzione di ricoveri, come era da attendersi, è a carico delle classi di età anziane (> 64 anni) in entrambi i sessi.
- Questa caratterizzazione della popolazione ricoverata è simile in tutte le Regioni/PA aderenti al progetto (es. Regione Lazio fig.13).

In che misura i PFPM ricorrono al ricovero?

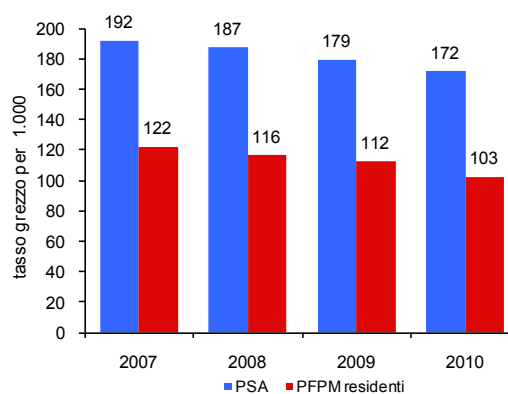
- Per rispondere a questa domanda viene calcolato il tasso di ospedalizzazione che misura il ricorso alle strutture ospedaliere.
- In Italia, nel 2010, si sono registrati 172 **ricoveri totali** ogni 1.000 PSA residenti e 103 ogni 1.000 PFPM residenti: la popolazione PFPM, dunque, ricorre al ricovero meno di quanto non avvenga per i PSA, verosimilmente perché si tratta di una popolazione giovane e quindi, con minori bisogni assistenziali (fig. 14).
- Tale differenza permane, in misura minore, per i ricoveri ordinari (77 vs 121 per mille, PFPM vs PSA) soprattutto a causa del minor ricorso da parte dei PFPM al ricovero in day hospital, con una certa variabilità tra le regioni.
- Il ricorso all'ospedalizzazione, negli anni, è in diminuzione, sia per i PSA che per i PFPM, fatto questo legato alle politiche sanitarie e di controllo, disincentivanti l'inappropriato ricorso al ricovero.

Fig.13 Distribuzione percentuale di ricoveri ordinari per cittadinanza e sesso. Regione Lazio, anno 2010



Fonte: SDO Regione Lazio

Fig. 14 Tasso grezzo di ospedalizzazione per ricoveri ordinari per 1.000 ab. I

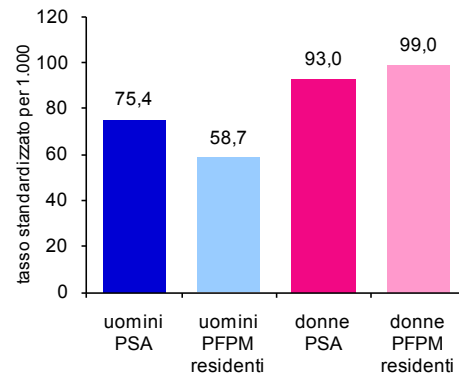


Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Per poter effettuare un confronto più corretto circa il ricorso al ricovero tra le due popolazioni, PSA e PFPM residenti, molto differenti per la struttura delle età, occorre calcolare il tasso standardizzato di ospedalizzazione, che esprime il ricorso al ricovero al netto della differenza di età considerando le classi di età tra 0 e 64 anni.

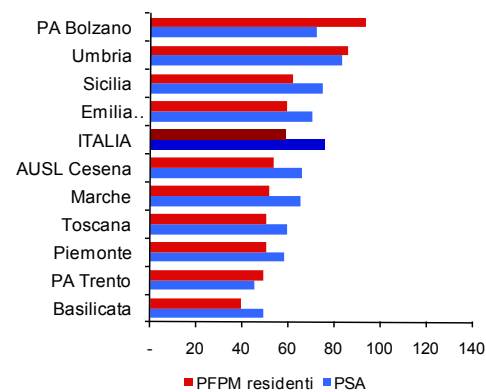
- I tassi standardizzati dei ricoveri ordinari, a livello nazionale sono in leggera diminuzione negli anni in ogni gruppo di popolazione ed entrambi i sessi.
- Se si considerano i due generi, il tasso di ricovero è di gran lunga inferiore per gli uomini PFPM rispetto ai PSA (meno 29 punti percentuali, nel 2010), mentre le donne si ricoverano in misura leggermente superiore (+7%) (fig. 15).
- Le differenze riscontrate a livello delle Regioni/PA partecipanti al progetto sono evidenziate nelle fig. 16 per gli uomini e fig 17 per le donne.
- Esaminando i tassi per età e genere si evidenzia che tra i 20-29 anni le donne PFPM si ricoverano di più essenzialmente a causa delle complicazioni delle gravidanze e per i parti. Per le classi di età al di sopra dei 30 anni il tasso di ricovero dei PFPM è costantemente inferiore a quello dei PSA (fig. 18).
- Questi dati si confermano nella maggior parte delle Regioni/PA coinvolte nel progetto.

Fig. 15 Tasso standardizzato di ospedalizzazione (0-64 anni) dei ricoveri ordinari, per 1.000 ab. per cittadinanza e sesso. Italia, anno 2010



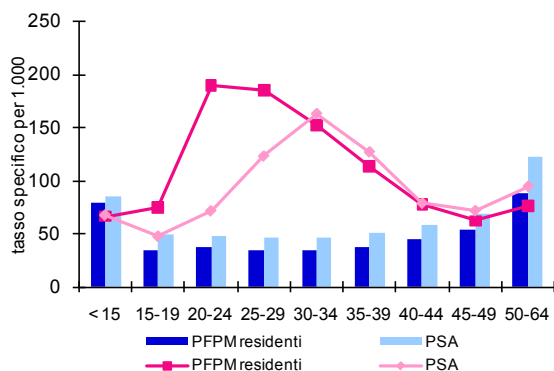
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Fig. 16 Tasso standardizzato di ospedalizzazione (0-64 anni) dei ricoveri ordinari degli uomini, per 1.000 ab. per cittadinanza. Anno 2010



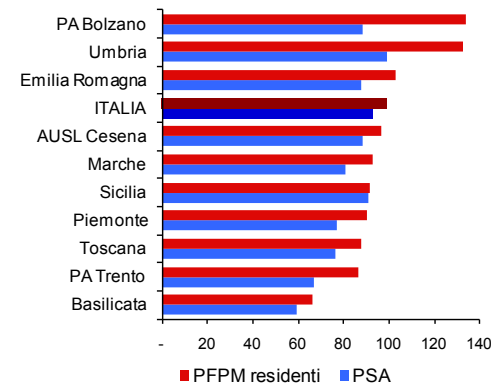
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Fig. 18 Tassi di ospedalizzazione età specifici per 1.000 ab. per sesso. Ricoveri Ordinari. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazioni Agenas)

Fig. 17 Tasso standardizzato di ospedalizzazione (0-64 anni) dei ricoveri ordinari delle donne, per 1.000 ab. per cittadinanza. Anno 2010



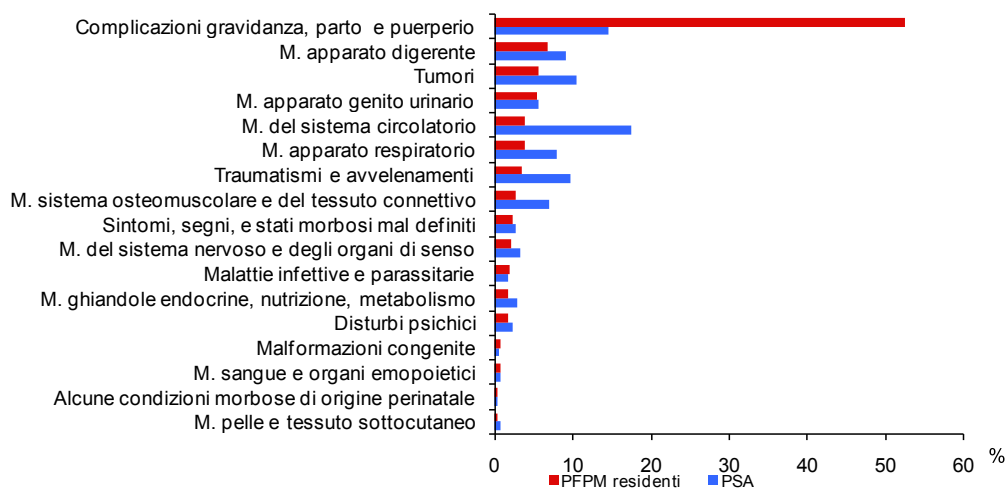
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Quali le cause che inducono al ricovero ordinario?

A livello nazionale (anno 2010), analogamente a quanto rilevato nel triennio 2004-2006, le principali cause di ricovero delle donne PFFM di tutte le età sono legate alla gravidanza, parto e puerperio (51%), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (6%) e del sistema genito-urinario (6%). Per le PSA i motivi principali sono riconducibili alla gravidanza, parto e puerperio (17%), a malattie del sistema circolatorio (15%) e ai tumori (10%).

Le cause di ricovero sono sovrapponibili in tutte le regioni; nella **fig. 19** è riportato l'esempio della regione Toscana.

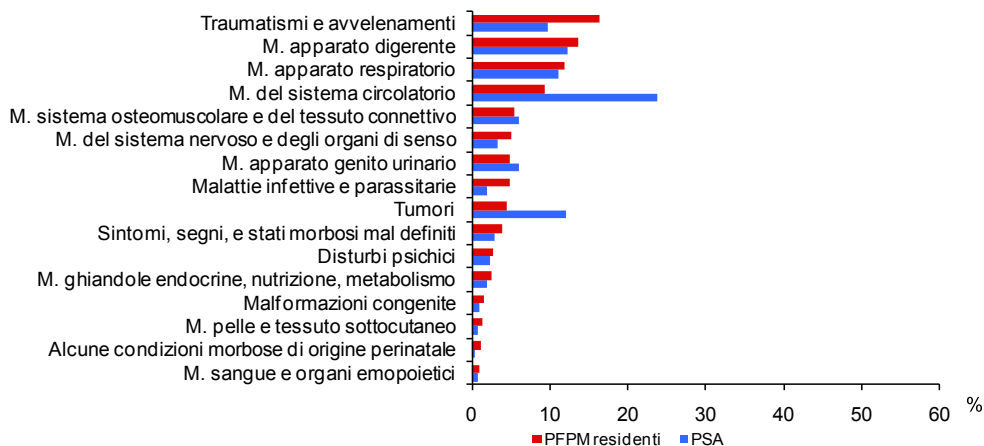
Fig. 19 Cause di ricovero ordinario delle donne residenti. Regione Toscana, anno 2010



Fonte: SDO Regione Toscana

Le principali cause di ricovero negli uomini PFFM (fig. 20) sono rappresentate dai "traumatismi e avvelenamenti" (15%), legati agli infortuni sul lavoro e a varie tipologie di incidenti, seguite dalle malattie dell'apparato digerente (12%) e di quello respiratorio (12%), mentre per i PSA prevalgono le malattie del sistema circolatorio (21%) e i tumori (11%).

Fig. 20 Cause di ricovero ordinario degli uomini residenti. Regione Toscana, anno 2010



Fonte: SDO Regione Toscana

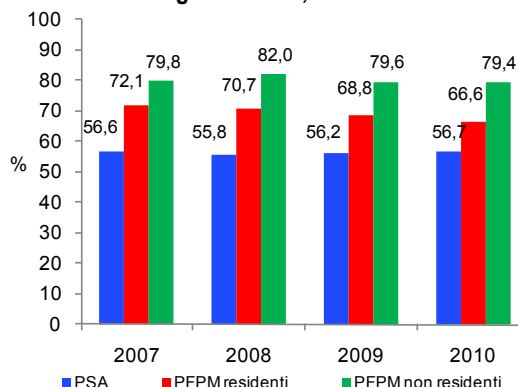
Emerge quindi con chiarezza che i più frequenti motivi di ricovero ospedaliero per la popolazione PFPM residente sono rappresentati da cause “esterne” (traumi) o fisiologiche (ostetriche) senza particolari differenze tra le Regioni/PA che hanno partecipato allo studio.

Con quali modalità si ricorre al ricovero?

La frequenza dei ricoveri ordinari (RO) che avvengono in urgenza risulta, a livello nazionale e in tutte le Regioni/PA partecipanti, nettamente superiore nella popolazione PFPM, sia residente che non residente: per quest’ultima il fenomeno è più rilevante.

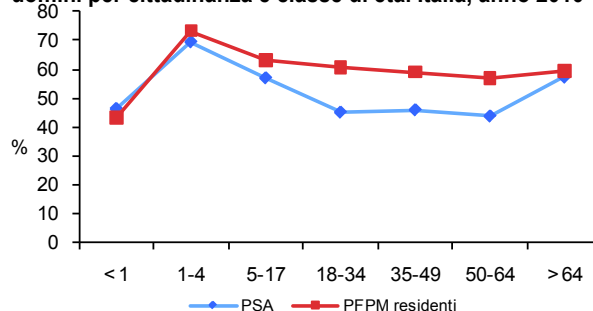
- A livello nazionale per l’anno 2010, la proporzione dei ricoveri ordinari in urgenza è infatti del 54,1% nei PSA, del 64,1% nei PFPM residenti e del 74,5% in quelli non residenti, con un evidente gradiente nel tempo. Nella **fig. 21** è riportato l’esempio della regione Sicilia.
- La frequenza di ricoveri ordinari in urgenza risulta superiore per i PFPM residenti rispetto ai PSA fino ai 64 anni d’età e per entrambi i sessi (**fig. 22-23**).
- La distribuzione dei ricoveri in urgenza evidenzia che la maggiore frequenza di accesso con tale modalità per i PFPM si verifica in tutte le classi di età, tranne quelle estreme (inferiori a 4 anni e superiori a 64 anni). Ciò suggerisce, anche in considerazione delle principali cause di ricovero, che per gli uomini l’urgenza è condizionata da traumi e incidenti mentre le donne utilizzano la modalità dell’urgenza anche per la gravidanza/parto, verosimilmente a causa della scarsa conoscenza/utilizzo dei servizi territoriali e della medicina generale ed una difficoltà ad essere prese in carico da questi. Il Pronto Soccorso dunque risulta essere la principale modalità di accesso alle cure di cui i PFPM hanno bisogno e all’assistenza di cui hanno diritto.

Fig. 21 Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza, per cittadinanza. Regione Sicilia, anni 2007-2010



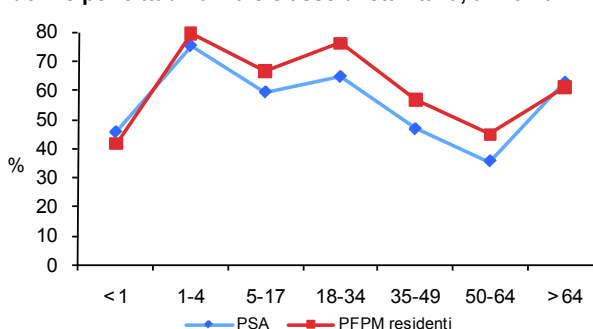
Fonte: SDO, Regione Sicilia

Fig. 22 Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza degli uomini per cittadinanza e classe di età. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Fig. 23 Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza delle donne per cittadinanza e classe di età. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Ricoveri in day hospital

Nel 2010 si sono registrati circa 3 milioni di **ricoveri in Day-Hospital (DH)** a livello nazionale, con un andamento in diminuzione rispetto agli anni precedenti per ognuna delle tre popolazioni esaminate (tab.5).

- Sono prevalentemente a carico delle donne, ma in proporzione piuttosto differente tra PFPM e PSA: per il 75,4% tra i PFPM non residenti, per il 69,8% tra i PFPM residenti e per il 52,6% dei casi tra i PSA (tab. 6).
- In tutte le regioni considerate la proporzione di DH è superiore nelle donne ed è più elevata nella popolazione PFPM rispetto a quella PSA.

Tab. 5 Numero di ricoveri in Day-Hospital per cittadinanza. Italia, anni 2007-2010

Anno	Cittadinanza		
	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti
2007	3.423.696	105.388	19.590
2008	3.330.661	114.181	17.369
2009	3.029.527	115.173	14.618
2010	2.845.841	112.925	9.207

Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Tab. 6 Ricoveri in DH per cittadinanza e sesso. Italia, anno 2010

Cittadinanza e sesso	n. tot. DH	% DH per sesso / tot. DH	DRG più frequente (codice)	% su tot. DH
uomini PSA	1.348.491	47,4	410-Chemioterapia	7,0
donne PSA	1.497.350	52,6	410-Chemioterapia	7,1
uomini PFPM residenti	34.079	30,2	410-Chemioterapia	3,5
donne PFPM residenti	78.846	69,8	381-Aborto	36,8
uomini PFPM non residenti	2.265	24,6	410-Chemioterapia	7,0
donne PFPM non residenti	6.942	75,4	381-Aborto	65,0

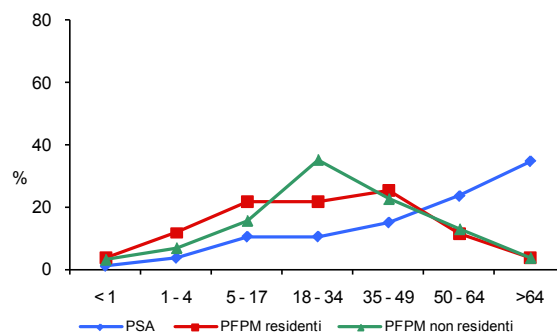
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

- La maggior frequenza di accesso al DH da parte dei PFPM, sia uomini che donne, si verifica nelle classi di età centrali, mentre per i PSA la maggior frequenza si ha dopo i 50 anni (figg. 24-25). Le donne PFPM presentano un picco molto elevato nell'età riproduttiva dovuto principalmente alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG).

Quali le cause che inducono al ricovero in day hospital?

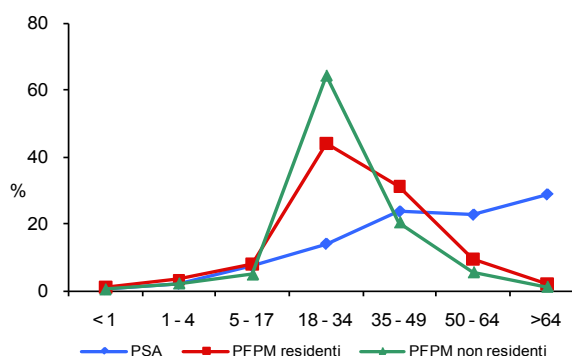
- A livello nazionale, nel 2010, la prima causa di accessi in DH sia per i PSA che i PFPM residenti e non, è il DRG 410 (chemioterapia) con frequenze simili (rispettivamente del 7%, 4%, 7%).
- Nelle donne PFPM, sia residenti che non, il primo DRG è costantemente, sia a livello nazionale che nelle regioni, il 381 (IVG) che copre rispettivamente il 37% e il 65% degli accessi in DH.

Fig. 24 Proporzioni di ricoveri in regime di Day Hospital degli uomini, per cittadinanza ed età. Italia anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Fig. 25 Proporzioni di ricoveri in regime di Day Hospital delle donne per cittadinanza ed età. Italia anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

3.2.2 La salute materno infantile

Quella materno-infantile risulta ancora essere una delle aree più critiche per la salute delle popolazioni immigrate. L'accessibilità ai servizi socio-sanitari continua a essere condizionata profondamente dalle informazioni e dalle conoscenze che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazione tra operatori e utenti.

Tra i problemi più rilevanti per le immigrate vi sono l'insufficiente assistenza nel percorso nascita e l'elevata frequenza di ricorso all'IVG. Fattori quali lo stress della migrazione, la perdita di una rete sociale di sostegno, la difficoltà nell'accesso ai servizi, una cultura discriminatoria presente nei servizi e nella società ospite, variamente combinati tra loro, sono la causa della maggiore frequenza di esiti sfavorevoli della gravidanza rispetto alle italiane, come dimostrato in diversi paesi europei dall'effetto protettivo svolto dalle politiche attive di integrazione.

L'esito della gravidanza, la nati-mortalità, la mortalità neonatale, perinatale e post-neonatale, le condizioni del neonato rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, le politiche di *welfare*. Questi indicatori, infatti, sono strettamente correlati alle condizioni socio-economiche generali di un paese e alle politiche di inclusione delle persone in condizioni di deprivazione socio-economiche.

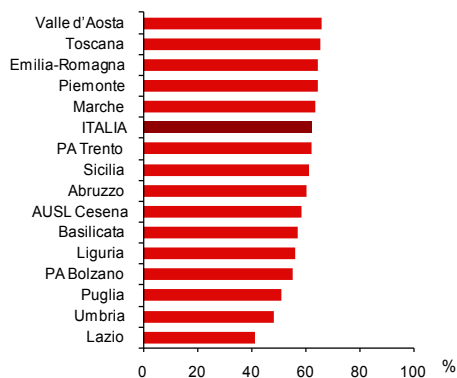
Come già evidenziato nell'analisi dei dati di ospedalizzazione, la maggior parte dei ricoveri della popolazione PFPM residente è a carico delle donne.

- Nel 2010 in Italia, quasi il 70% dei ricoveri tra i PFPM risultava a carico di donne, con un trend in leggero ma costante aumento nel tempo.
- Questa proporzione risulta costante in tutte le realtà regionali esaminate (fig. 26).

In età fertile (15 ai 49 anni), a differenza delle donne PSA, i ricoveri tra le donne PFPM residenti sono prevalentemente dovuti a cause ostetriche (oltre il 60%). (fig. 27)

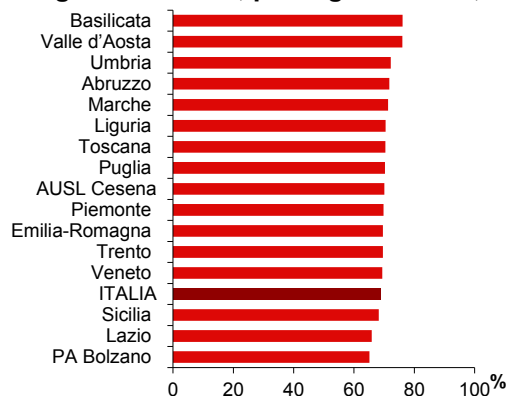
- Nel tempo, a livello nazionale la proporzione dei ricoveri ostetrici delle PFPM residenti in età fertile risulta sostanzialmente invariata.
- Si registra, invece, una certa difformità tra le realtà regionali: nel 2010, in alcune regioni come il Lazio, l'Umbria, la Puglia, questa proporzione risulta inferiore al 50%. (fig. 28)

Fig. 28 Proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne immigrate residenti in età fertile (15-49 anni), per regione. Italia, anno 2010.



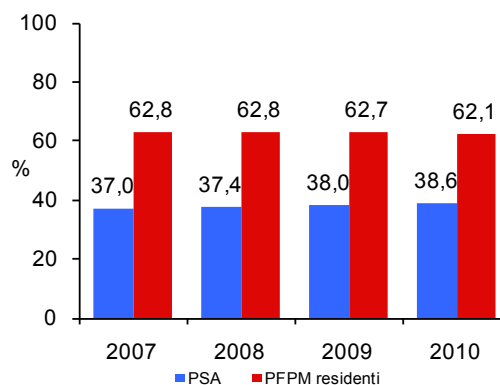
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Fig. 26 Proporzione dei ricoveri delle donne immigrate residenti, per regione. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Fig. 27 Proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne residenti in età fertile (15-49 anni), per cittadinanza. Italia, anni 2007-2010

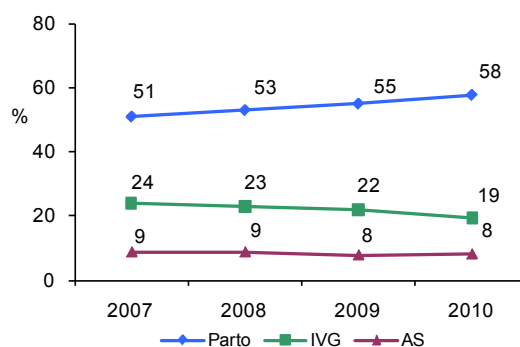


Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Analizzando nel dettaglio emerge che:

- Tra le donne PFPM, oltre la metà dei ricoveri ostetrici è legata al parto (fig. 29), con un trend in progressivo aumento nel quadriennio esaminato (2007: 51%; 2010: 58%).
- La proporzione di ricoveri ostetrici dovuti a una IVG è risultata costantemente superiore a quella delle PSA (circa 10%), ma in progressiva riduzione nel tempo, passando dal 24% registrato nel 2007 al 19% registrato nel 2010.
- La proporzione di ricoveri per aborto spontaneo tende a rimanere stabile nel tempo, intorno all'8-9%.

Fig. 29 Proporzione dei ricoveri ostetrici per causa delle donne PFPM residenti in età fertile (15-49 anni). Italia, anni 2007-2010



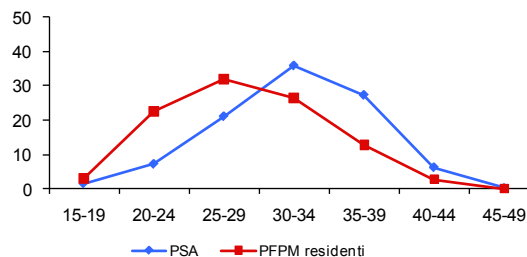
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Parti e Gravidanze

In questi anni, in Italia, si è assistito ad un progressivo aumento della popolazione immigrata femminile, tanto che nel 2008, per la prima volta, la proporzione di donne ha superato quella degli uomini, con una forte tendenza all'inserimento stabile. Si tratta di donne giovani e il loro accesso ai servizi è strettamente connesso alla salute sessuale e riproduttiva.

- Nel 2010, i parti delle donne PFPM rappresentano in Italia il 17% di tutti i parti, in progressivo aumento dal 2007 (14,7%).
- In alcune regioni del Centro-Nord, questa proporzione raggiunge e supera il 20% (Emilia-Romagna, Veneto, Umbria) mentre in regioni del Sud come Puglia e Sicilia il valore di questo indicatore non raggiunge il 10%.
- A causa della differente distribuzione dell'età e del differente comportamento riproduttivo delle due popolazioni, l'età del parto delle donne PFPM è anticipata rispetto a quella delle PSA (classe modale: 25-29 anni verso 30-34 fig. 30). Tale distribuzione risulta analoga in tutte le regioni esaminate.

Fig. 30 Distribuzione dei parti per classe di età e per cittadinanza. Italia, anno 2010



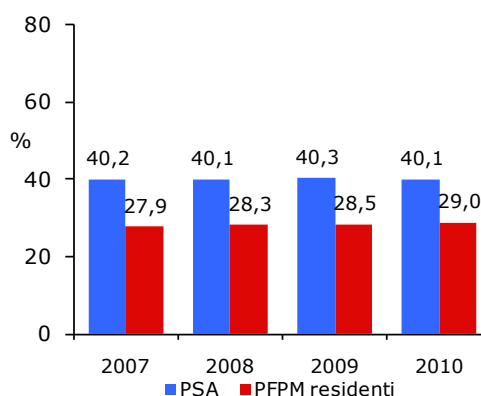
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elab. Agenas)

Parti Cesarei

La minore età media al momento del parto e fattori identitari e culturali possono costituire una sorta di protezione contro la forte medicalizzazione del parto presente in Italia.

- Tra le donne PFPM si registra una proporzione di parti cesarei costantemente inferiore (quasi il 30% nel 2010) rispetto a quella registrata tra le PSA (oltre il 40% - fig. 31)
- Questo indicatore supera il 35% in Puglia, Lazio e Sicilia, in linea con quanto avviene per le PSA.

Fig. 31 Proporzione di parti cesarei, per cittadinanza. Italia, anni 2007-2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elab. Agenas)

Assistenza in gravidanza

Come già evidenziato, esistono a tutt'oggi tra i vari gruppi di popolazione importanti diseguaglianze nel percorso nascita; la conoscenza di queste diseguaglianze è di fondamentale importanza per poter realizzare interventi specifici a favore dei gruppi più svantaggiati.

Il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) contiene informazioni preziose, non rilevabili con le SDO, attraverso cui valutare l'accesso alle cure pre-natali, la qualità dell'assistenza ricevuta dalle donne durante la gravidanza e le condizioni del neonato in relazione ai fattori socio-demografici. La scheda CedAP viene compilata per ogni parto nel punto nascita.

Nella **tabella 7**, che si riferisce ai dati dell'Emilia-Romagna, sono riportate alcune informazioni che possono essere ricavate dall'analisi dei CedAP relativamente ai differenti gruppi di popolazione.

Il confronto tra le donne PSA, PFPM residenti e PFPM non residenti mostra che l'età al momento del parto decresce costantemente dalle PSA alle PFPM residenti alle non residenti, mentre cresce la quota di donne con bassa scolarità. La frequenza di donne coniugate è massima tra le PFPM residenti, anche perché il matrimonio è condizione necessaria per il ricongiungimento in Italia.

Tutti gli indicatori di buona performance assistenziale in gravidanza (n. visite, età gestazionale alla prima visita, n. ecografie, indagini invasive pre-parto) presentano livelli inferiori per le donne PFPM, specialmente non residenti, suggerendo possibili problemi di accesso alle cure e/o differente atteggiamento comportamentale. La struttura assistenziale di riferimento è in larga misura il consultorio pubblico per le PFPM e quella privata per le PSA.

Infine, come già riscontrato dall'analisi delle SDO, la frequenza di parto cesareo è maggiore tra le PSA rispetto alle PFPM.

Tab. 7 Gravidanze, parti e nascite nelle donne, per cittadinanza. Regione Emilia-Romagna, anno 2010

indicatori		PSA	PFPM residenti	PFPM NON residenti
<i>n. parti</i>		29.888	10.294	959
<i>età media (d.s.)</i>		32,8 (5)	28,9 (5,4)	26,7 (5,4)
<i>scolarità bassa[†] (%)***</i>		6,43	14,46	23,15
<i>scolarità media^{††} (%)***</i>		62,70	74,25	69,24
<i>stato civile (%)*</i>	<i>coniugate</i>	62,08	82,83	63,42
	<i>nubili</i>	35,09	15,49	34,56
<i>meno di 4 visite in gravidanza (%)</i>		2,10	8,39	22,52
<i>età gestazionale prima visita >12 settimane (%)**</i>		9,25	25,88	38,58
<i>meno di 3 ecografie in gravidanza (%)***</i>		4,94	13,29	30,14
<i>almeno una indagine prenatale invasiva^{†††} (%)</i>	<i>< 35 anni</i>	16,45	2,90	1,38
	<i>>=35</i>	56,73	21,42	24,42
<i>struttura utilizzata (%)</i>	<i>privata</i>	75,13	17,65	12,51
	<i>consultorio pubblico</i>	20,53	71,96	71,95
	<i>ospedale pubblico</i>	4,28	10,16	13,76
	<i>nessuna</i>	0,06	0,22	1,77
<i>parti con taglio cesareo (%)</i>		30,16	26,45	25,13

Fonte: Banca dati CedAP SISEPS Regione Emilia-Romagna, anno 2010

Elaborazioni: ASSR Emilia-Romagna e Unità di epidemiologia AUSL Reggio Emilia

[†]scolarità bassa = nessun titolo o licenza elementare; ^{††}media=licenza media inferiore, diploma

^{†††}indagine prenatale invasiva: amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi.

*parti (escluso non dichiarati)

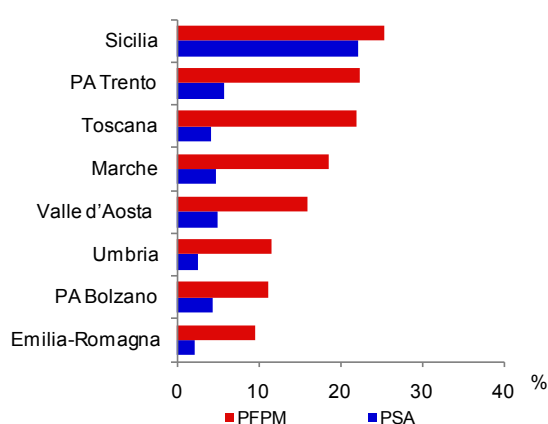
** i casi con epoca la visita=0 sono considerati missing

***parti escluso AUSL Rimini

Confrontando alcuni degli indicatori nelle diverse realtà regionali, si registra un quadro abbastanza polimorfo.

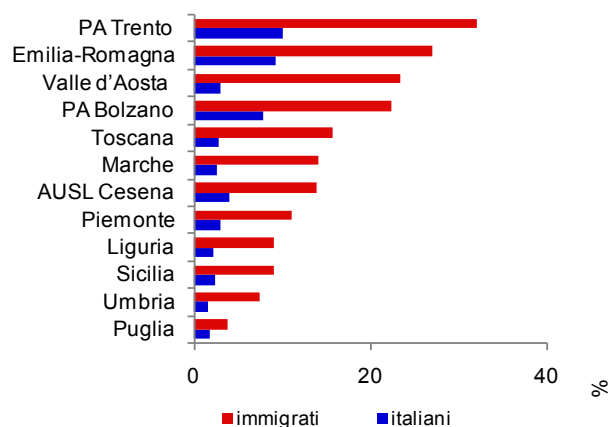
- Se si considera la proporzione di donne con meno di 4 visite in gravidanza per l'anno 2010, valori superiori al 20% si registrano in Toscana nella provincia autonoma di Trento e in Sicilia (dove, però, questa indicatore raggiunge valori elevati anche tra le PSA - **fig. 32**)
- In modo analogo, difforme appare sul territorio nazionale la distribuzione dell'indicatore sul ritardo della prima visita in gravidanza (dopo la 12° settimana), con valori più elevati registrati per la provincia autonoma di Trento e l'Emilia-Romagna (**fig. 33**).

Fig. 32 Proporzioni di donne che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza, per cittadinanza. Anno 2010



Fonte: CeDAP, Regioni

Fig. 33 Proporzioni di donne che hanno effettuato la prima visita in gravidanza dopo la dodicesima settimana, per cittadinanza. Anno 2010



Fonte: CeDAP, Regioni

Gravidanze interrotte

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

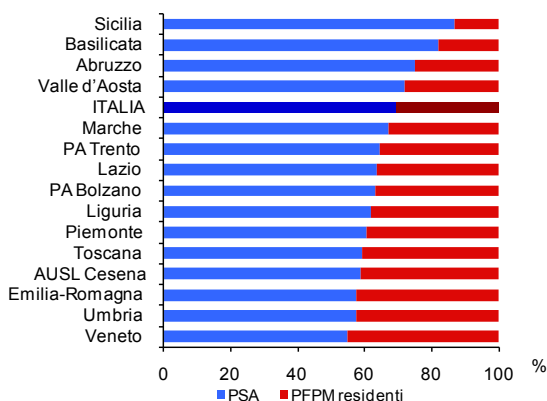
Per le donne PFPM spesso le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono negativamente e in modo conflittuale sulla scelta della maternità. In molti casi, ad esempio, vi può essere la paura di perdere il lavoro o non esistono condizioni economiche e relazionali adeguate. Tra le PFPM, inoltre, in modo differente a seconda della cultura e dei sistemi di pianificazione familiare presenti nei vari Paesi d'origine, sembra esserci una minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva ed un minor uso dei contraccettivi.

Da qui, il frequente ricorso all'aborto, conseguenza della difficoltà a gestire la propria salute riproduttiva.

Il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza è, come noto, assai elevato tra le donne PFPM.

- In Italia nel 2010, quasi il 30% delle IVG è stato effettuato da donne PFPM, con un trend sostanzialmente stabile nel tempo.
- In regioni come il Veneto, l'Umbria, l'Emilia-Romagna o la Toscana, questa proporzione supera il 40% (fig. 34).

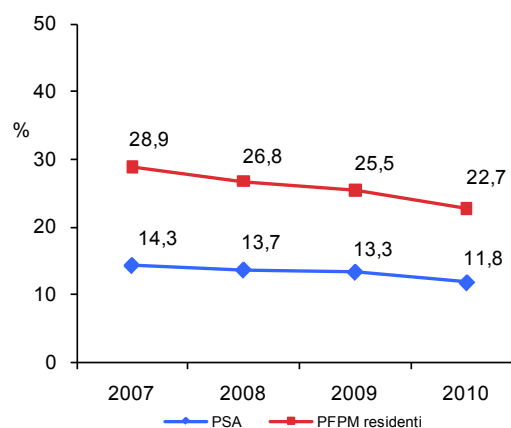
Fig. 34 Proporzione di IVG in età fertile, per cittadinanza e per regione. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

- Complessivamente, in Italia, la proporzione di gravidanze che esitano in IVG nelle donne PFPM è circa doppia rispetto a quella delle PSA (fig. 35).
- In entrambi i gruppi di popolazione si evidenzia una progressiva riduzione nel tempo, più marcata tra le PFPM.
- In Puglia e nel Lazio nel 2010, questo indicatore supera nelle PFPM il 30%.
- Come per i parti, l'età cui si fa ricorso all'IVG è costantemente inferiore nelle donne PFPM rispetto alle PSA.

Fig. 35 Proporzione di gravidanze che esitano in IVG, per cittadinanza. Italia, anni 2007-2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elab. Agenas)

L'abortività volontaria costituisce un fenomeno sociale molto importante che è stato possibile monitorare, fin dagli anni di approvazione della Legge 194/78, mediante la rilevazione condotta dall'Istat. Solo negli anni più recenti, importanti informazioni sul fenomeno sono ricavabili anche dall'analisi delle SDO che risultano avere un maggior grado di completezza, ma mancano di una serie di informazioni socio-demografiche e relative alla storia riproduttiva della donna, contenute invece nelle schede Istat. Pertanto dal flusso Istat è possibile valutare meglio alcuni aspetti qualitativi del fenomeno ed analizzare in maniera più approfondita le differenze tra le PSA e le PFPM.

La fonte Istat evidenzia che nell'anno 2010 oltre il 30% delle IVG¹¹ è effettuato da donne PFPM (tab. 8). L'età media è simile tra le donne PSA (circa 30 anni) e le PFPM residenti (circa 29 anni), mentre è inferiore per le PFPM non residenti (27,7); tuttavia le IVG delle minorenni sono più frequenti tra le PSA. La maggior parte delle donne PFPM che ricorre all'IVG ha una scolarità media.

Per quanto riguarda lo stato civile, le donne PFPM residenti sono più frequentemente coniugate (49,8%), mentre tra le non residenti prevalgono le IVG effettuate da donne nubili (60,2%).

La maggior prevalenza di IVG si verifica tra le donne occupate eccetto che tra le PFPM non residenti, che nel 41% dei casi sono non occupate.

¹¹ Tale proporzione è del 31% secondo la fonte SDO.

Tra le PFPM la proporzione di donne che hanno avuto delle IVG precedenti è molto superiore rispetto alle PSA: circa una su tre ne ha avuta almeno una in precedenza, mentre il 13% delle PFPM residenti e il 15% delle non residenti ne ha avute due o più, sintomo di incapacità nell'utilizzo di misure preventive e del mancato effetto protettivo dei servizi sanitari al primo contatto.

La quasi totalità delle donne effettua l'IVG entro i primi 90 giorni di gestazione, ma il tempo di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo per le donne PFPM, indicando un problema di accessibilità ai servizi. Il 46% delle donne PFPM residenti attende più di 14 giorni, rispetto al 40% delle PSA.

Molto diversa risulta anche la distribuzione secondo la struttura che ha rilasciato l'autorizzazione all'IVG. I consultori risultano avere un ruolo molto importante tra le donne PFPM, in quanto sono essi a rilasciare l'autorizzazione nella maggior parte dei casi, mentre è meno frequente il rilascio da parte del medico o del servizio ostetrico-ginecologico.

Tab. 8. Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) per cittadinanza. Italia, anno 2010

Indicatori	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti
n. IVG	74.257	33.244	3.898
% sul totale IVG	66,7	29,8	3,5
Età media	30,3	29,4	27,7
% IVG <18 anni	4,1	1,7	1,4
% scolarità alta (a)	9,4	5,2	4,5
% scolarità media (a)	85,0	80,7	78,9
% scolarità bassa (a)	3,2	11,2	12,4
% stato civile nubili	51,2	42,3	60,2
% stato civile coniugate	40,7	49,8	32,5
% altro stato civile (b)	7,0	6,5	5,1
% occupate (c)	46,6	45,1	32,5
% non occupate	14,0	21,3	41,5
% altro	37,1	31,7	21,8
% 0 IVG precedenti	76,9	61,4	57,6
% 1 IVG precedenti	16,2	24,1	26,5
% 2+ IVG precedenti	5,4	13,4	15,3
% età gestazionale <90gg	95,7	98,1	98,8
% età gestazionale 90+ gg	4,0	1,5	0,9
% tempo attesa <14 gg	53,9	48,8	52,5
% tempo attesa 14+ gg	40,3	45,9	41,4
% certificazione consultorio	33,6	53,4	48,5
% certificazione medico	30,0	18,4	12,3
% certificazione servizio ostetrico.gin.	32,5	25,5	27,1
% certificazione altra struttura socio-san.	2,9	2,0	8,0
% certificazione mancante per pericolo di vita	-	0,0	-

Fonte: ISTAT- IVG

(a) scolarità bassa=nessun titolo o licenza elementare; media=licenza media inferiore,diploma;alta= laurea o superiore

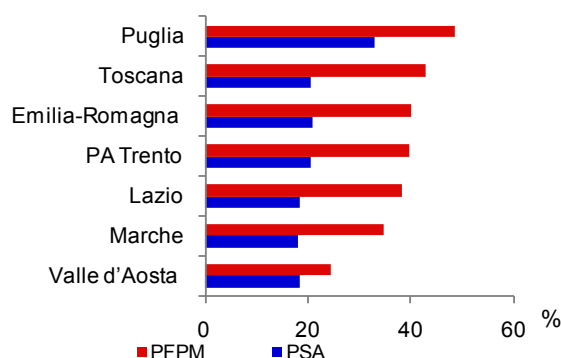
(b) separate, divorziate e vedove

(c) non occupata= disoccupata o in cerca di lavoro

La percentuale delle IVG per cittadinanza viene calcolata sul totale escludendo i casi con cittadinanza non indicata, pertanto la somma è pari a 100. Invece in tutti gli altri casi la somma è inferiore a 100 poiché a denominatore vengono considerati anche i casi che presentano valori non indicati per le varie variabili.

- Il confronto tra le regioni per l'anno 2010 evidenzia che la distribuzione della proporzione di donne che ricorrono all'IVG con storia di 1 o più IVG precedenti è costantemente più elevata tra le donne PFPM (fig. 36).

Fig. 36 Proporzioni di donne con una o più IVG precedenti, per cittadinanza. Anno 2010



Fonte: Istat-IVG, Archivi regionali

Aborto spontaneo (AS)

Gli ambienti di vita e di lavoro possono assumere un ruolo importante come fattore di rischio per la salute riproduttiva. In particolare, alcuni studi hanno messo in relazione l'abortività spontanea con l'esposizione a fattori chimici e fisici presenti nell'ambiente di lavoro e a stili/condizioni di vita insalubri. Non si può escludere inoltre che, specialmente nelle giovani "irregolari", gli aborti spontanei siano in realtà aborti autoindotti. Le caratteristiche del fenomeno andrebbero pertanto sorvegliate.

In Italia, l'aborto spontaneo non sembra costituire un problema quantitativamente rilevante tra le donne PFPM. La proporzione di gravidanze che esitano in AS appare molto simile tra i due gruppi di popolazione e nei diversi contesti regionali. Mentre per le PSA il picco massimo in cui si verifica l'aborto spontaneo è dopo i 35 anni, per le donne PFPM l'età si abbassa, con un picco tra i 25 e 34 anni.

Condizioni del neonato

La mortalità e le condizioni neonatali oltre che da fattori socio-ambientali in senso lato, sono influenzate dalle condizioni socio-economiche della madre e dall'accesso alle cure prenatali.

Gli indicatori utilizzati per descrivere le condizioni del neonato sono natimortalità, peso alla nascita, punteggio Apgar, desumibili dal CedAP. Nella [tabella 9](#) sono riportati gli indicatori relativi alle condizioni neonatali della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2010.

Tab. 9 Condizioni neonatali. Regione Emilia-Romagna, anno 2010

Indicatori	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti
n. nati	30411	10445	968
% nati	72,71	24,97	2,31
% sottopeso *			
<1.500 g	1,18	0,95	1,98
<2.500 g	6,08	5,37	4,68
tasso di natimortalità (per 1.000)	2,27	3,35	7,23
% Apgar † <8 (a 5min) *	1,32	1,59	1,87
% necessità di rianimazione *	2,40	2,59	3,23

Fonte: data base CeDAP Regione Emilia-Romagna, anno 2010

* escluso i nati morti

† Apgar: è un indice basato su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) utilizzato per valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. Il valore va da 0 a 10. Il valore normale è tra 8 e 10. Valori inferiori indicano vari gradi di sofferenza neonatale.

I ricoveri ospedalieri nel primo anno

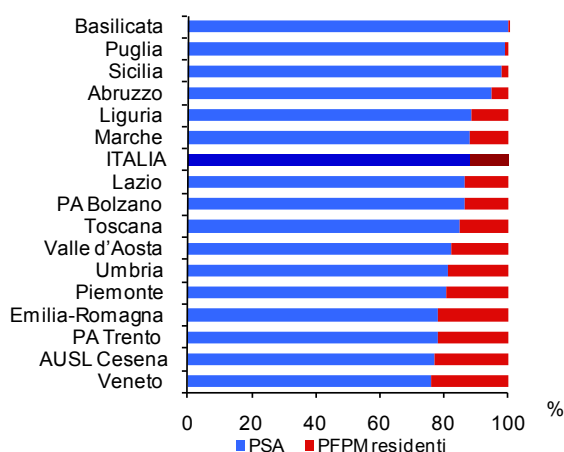
I ricoveri dei neonati entro il primo anno di vita sono stati studiati separandoli in due gruppi: entro il primo mese e nei mesi successivi.

Nel primo mese infatti i ricoveri sono imputabili alle condizioni del bambino alla nascita, mentre nei mesi successivi divengono rilevanti le patologie intercorse nel frattempo.

Quanti sono i ricoveri degli immigrati nel primo anno di vita?

- A livello nazionale, nel 2010, i ricoveri dei bambini PFPM al di sotto dell'anno di età sono stati oltre 30.000, pari al 12% del totale dei ricoveri dei bambini nel primo anno di vita.
- Tra il 2007 e il 2010 questa proporzione è progressivamente aumentata a causa dell'aumento della popolazione PFPM.
- In alcune realtà locali come il Veneto, la provincia autonoma di Trento, l'Emilia-Romagna nel 2010, i ricoveri dei bambini PFPM hanno superato il 20% di tutti quelli sotto l'anno (fig. 37).

Fig. 37 Proporzioni dei ricoveri entro il primo anno di vita, per regione e per cittadinanza. Italia, anno 2010



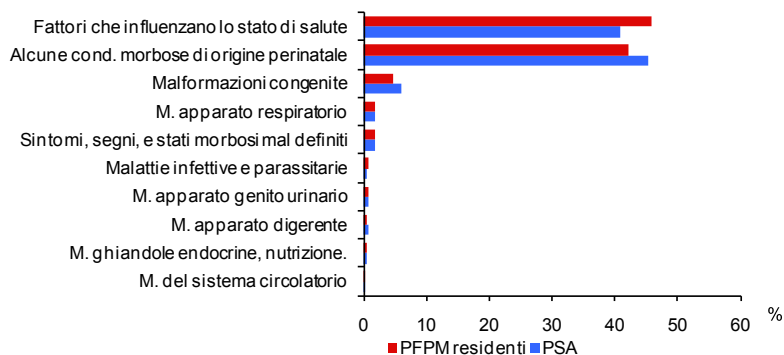
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute e Regioni (elaborazioni Agenas e Regioni)

Quali sono i motivi di ricovero?

I ricoveri nel primo mese

Oltre il 45% dei ricoveri nel primo mese di vita per la popolazione PFPM sono dovuti a cause aspecifiche ("fattori che influenzano lo stato di salute") mentre poco più del 40% alle "condizioni morbose di origine perinatale", tra cui la prematurità (fig. 38). Non sembrano esserci differenze sostanziali tra i due gruppi di popolazioni.

Fig. 38 Distribuzione dei ricoveri per le prime 10 cause, età: 0-28 giorni, per cittadinanza. Italia, anno 2010

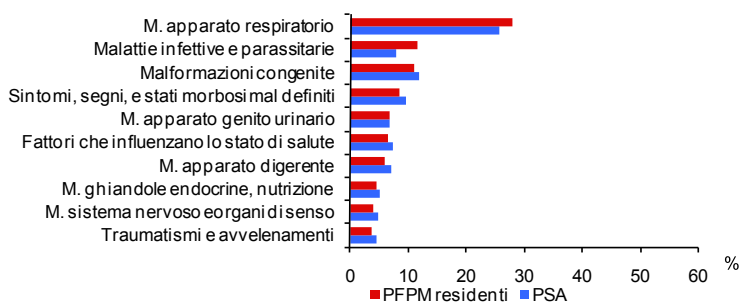


Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elab. Agenas)

I ricoveri successivi al primo mese

Le principali cause sono rappresentate dalle malattie respiratorie per entrambi i gruppi di popolazione seguite per la popolazione PFPM da "malattie infettive e parassitarie" e dalle malformazioni congenite (fig. 39).

Fig. 39 Distribuzione dei ricoveri per le prime 10 cause, età: 29-365 giorni, per cittadinanza. Italia, anno 2010



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elab. Agenas)

3.2.3 Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Gli infortuni sul lavoro

Quanti sono gli infortuni sul lavoro?

Nel 2010 gli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'Inail sono stati 536.258, di questi 78.368, pari al 14,6% del totale, hanno riguardato i lavoratori nati all'estero¹².

Nel triennio 2008-2010 si è assistito ad una riduzione generale degli infortuni pari al 12,0% che ha interessato i lavoratori italiani (-11,2%) ed in maniera più incisiva quelli nati all'estero (-16,4%).

Occorre, comunque, precisare che il dato relativo al 2010 non è da ritenersi definitivo in quanto non consolidato e dunque soggetto a variazioni dovute ai tempi di definizione di trattazione dei casi. La proporzione di infortuni dei lavoratori PFPM regolari riconosciuti dall'Inail nel 2010 è risultata pari al 13,0%, in linea con gli anni precedenti (fig.40).

Il trend decrescente degli infortuni riconosciuti nel complesso è frutto di una contrazione consistente nell'Industria e Servizi (-13,0%) e nell' Agricoltura (-6,9%) non bilanciata dal lieve incremento (+2,7%) osservato per i Dipendenti del Conto Stato. In particolare, la situazione registrata nei PFPM è di sostanziale differenza: in Agricoltura si registra un aumento (+5,5%) degli infortuni rispetto al 2008, una contrazione molto più accentuata nell'Industria e Servizi (-18,1%) ed un lieve decremento nel Conto Stato (-2,12%).

Nella tabella 10 è riportato il quadro relativo ai PFPM regolari per settore di attività.

Tab. 10 Numero e proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti per i PFPM nei settori di attività. Italia, anni 2008-2010

Anno	Agricoltura			Industria e Servizi			Dipendenti Conto Stato		
	inf. PFPM	Inf.Totale	% inf PFPM/Tot	Inf. PFPM	Inf. Totale	%inf PFPM/Tot	Inf. PFPM	Inf. Totale	%inf PFPM/Tot
2008	4.013	44.217	9,08	79.378	545.542	14,55	189	19.757	0,96
2009	4.123	43.597	9,46	64.907	483.981	13,41	189	20.014	0,94
2010	4.232	41.182	10,28	65.033	474.780	13,70	185	20.296	0,91

Fonte: INAIL, anni 2008-2010

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Nella tabella 11 è invece riportato il quadro degli infortuni registrati nei PSA che, come detto, ha una tendenza diversa rispetto ai PFPM. Si nota in particolare come continuano a diminuire gli infortuni in Agricoltura, settore che risulta essere più a rischio per i PFPM.

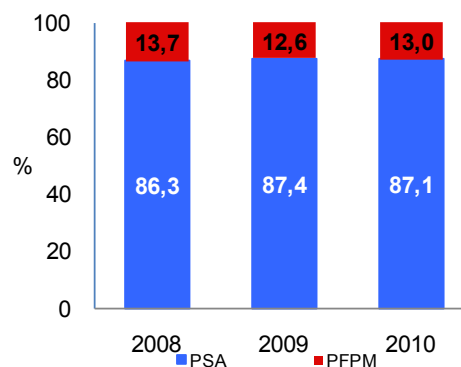
Tab. 11 Numero e proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti per i PSA nei settori di attività. Italia, anni 2008-2010

Anno	Agricoltura			Industria e Servizi			Dipendenti Conto Stato		
	inf. PSA	Inf.Totale	% inf PSA/Tot	Inf. PSA	Inf. Totale	%inf PSA/Tot	Inf. PSA	Inf. Totale	%inf PSA/Tot
2008	40.204	44.217	90,92	466.164	545.542	85,45	19.568	19.757	99,04
2009	39.474	43.597	90,54	419.074	483.981	86,59	19.825	20.014	99,06
2010	36.950	41.182	89,72	409.747	474.780	86,30	20.111	20.296	99,09

Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Fig. 40 Proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti dall'Inail, per tipologia di paese di nascita. Anni 2008-2010



Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

¹² Vedi paragrafo "il mondo del lavoro"

Infortuni nell'Industria e Servizi e in Agricoltura

Si è deciso di approfondire l'analisi per i settori dell'Industria e Servizi e dell'Agricoltura per i quali si dispone anche del numero di assicurati all'Istituto (fonte Comunicazioni obbligatorie al Ministero del Lavoro, già Denuncia Nominativa degli Assicurati). In particolare, sono stati realizzati dei focus per genere e tipologia di paese di nascita (PSA e PFPM). Ulteriori approfondimenti sono riportati nel CD allegato al volume.

Nel 2010 la proporzione di infortuni avvenuti e riconosciuti dall'Inail conferma un leggero trend in aumento rispetto all'anno precedente per i lavoratori PFPM, mentre una diminuzione di lieve entità dei PSA. Sempre nel 2010 il 28,9% degli infortuni riconosciuti ha riguardato le donne, percentuale in lieve aumento rispetto agli anni precedenti.

Distinguendo rispetto ai paesi di provenienza si osserva una riduzione continua degli infortuni maschili sia dei PFPM che nel triennio si contraggono di oltre il 21,0% sia dei PSA che diminuiscono del 14,5%. Contestualmente diminuiscono gli infortuni femminili nell'ambito dei PSA (-4,5%), mentre per le lavoratrici dei PFPM nell'ultimo anno si registra un lieve incremento rispetto al 2008 dell'1%.

Interessante la distribuzione degli infortuni delle donne rispetto agli infortuni degli uomini nell'ambito della stessa provenienza: mentre per le donne PFPM si registra un aumento di infortuni nell'Industria e Servizi che passano dal 20,2% al 25,0%, per gli uomini PFPM si verifica una contrazione degli infortuni nell'Industria e Servizi con un leggero aumento in Agricoltura.

Considerando l'età degli infortunati si osserva che, senza distinzioni di genere, il 45% degli infortuni riconosciuti si colloca nella classe 35-49 anni, nella quale si concentra anche il maggior numero di lavoratori.

In generale più giovani gli uomini infortunati (33% fino a 34 anni contro il 29% dell'altro sesso), più anziane le donne (una su quattro si infortuna tra i 50 e i 64 anni). (tab. 12)

I lavoratori PFPM sono sostanzialmente giovani, a riprova il fatto che il 47% degli infortuni si verifica tra gli under 35 (per i PSA la percentuale è del 32). Più anziani i PSA che registrano circa un quarto degli infortuni nella classe di età 50-64 (tra i PFPM la percentuale corrispondente è del 10%). Per quanto riguarda i PFPM, differenziando per genere, si nota come si stia spostando la percentuale più alta di infortunio verso la fascia di età 35-49 sia nelle donne che negli uomini, proprio a causa della stabilizzazione dei lavoratori stranieri nel nostro Paese.

Tab .12 Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2008-2010 e riconosciuti dall'Inail per tipologia di paese di appartenenza, anno e classe di età – Agricoltura, Industria e Servizi

Classe di età	PFPM			PSA		
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Fino a 34	19.664	81.333	100.997	115.707	335.400	451.107
35 - 49	22.178	75.523	97.701	176.512	435.198	611.710
50 - 64	7.282	15.375	22.657	97.697	223.163	320.860
Oltre 64	100	191	291	3.565	19.026	22.591
Non determinata	26	14	40	556	4.789	5.345
Totale	49.250	172.436	221.686	394.037	1.017.576	1.411.613

Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Romania, Marocco e Albania sono i Paesi che nel triennio 2008-2010 hanno pagato il maggior contributo in termini di infortuni sul lavoro riconosciuti, totalizzando il 57% rispetto a tutti i PFPM. È interessante notare che ciò vale sia per gli uomini che per le donne anche in proporzione leggermente diversa (44% la femminile, 47% quella maschile).

Tra le donne da non sottovalutare la quota di infortuni delle peruviane con 1.024 riconoscimenti nel 2010 (il 6% sul totale).

Interessante il caso dei cinesi che pur essendo tra le comunità più numerose, sono, infatti quarti nella graduatoria della popolazione immigrata residente in Italia col 4,8% del totale e quarti in quella

dei lavoratori assicurati all'Inail (vedi paragrafo sul mondo del lavoro) si collocano solo al 24-esimo posto della classifica dei maschi come infortuni riconosciuti e al 23-esimo posto di quella femminile. Occorre rilevare, che vi sono però dei paesi per i quali il fenomeno infortunistico è praticamente maschile, si tratta di paesi asiatici quali: Pakistan, Bangladesh e India che registrano rispettivamente il 98%, il 97% e il 93% degli infortuni e di paesi africani quali: Egitto, Senegal e Algeria che contano tutti oltre il 90% di infortuni maschili.

Per quanto riguarda le femmine, la quota di infortuni supera il 60% del totale nel caso della Federazione Russa, di Cuba e dell'Ucraina.

In generale, le stesse statistiche sono confermate anche dalle analisi sugli Assicurati all'Inail (vedi paragrafo sul mondo del lavoro).

Tra i PSA, escludendo l'Italia, invece, ai primi posti della graduatoria degli infortuni si pongono Svizzera, Germania e Francia, con differenze non significative tra i sessi (per le donne il 66,4%, per gli uomini il 73,9%). È da tener presente che potrebbero essere lavoratori nati in questi Paesi da genitori italiani emigrati che sono rientrati successivamente in Italia o anche lavoratori di confine.

La percentuale degli infortuni riconosciuti nell'ambito di ciascun settore di attività economica (ateco 2002) assume una connotazione diversa in relazione al genere e talvolta alla tipologia di paese di provenienza.

Nel 2010 tra i PFFM si osserva che per le donne i settori nei quali si concentra il maggior numero di infortuni sono rappresentati in genere da attività terziarie: in primo luogo le attività di sanità e servizi sociali (ateco N) con il 19,8%, le attività di pulizia (che rientrano nell'ateco K) con il 18,2% di infortuni riconosciuti, le attività delle colf e badanti (14,2%) e le attività svolte negli alberghi e ristoranti (14,1%).

Per gli uomini, invece, prevalgono le attività industriali; più precisamente il 23,5% degli infortuni riconosciuti si verifica nelle costruzioni, a seguire i trasporti con il 12,7%, l'industria dei metalli con il 12,6% e le attività di pulizia con il 7,9%.

Passando ai PSA, per le donne i settori più rischiosi risultano essere ancora quelli del terziario con una diversa composizione e ordine di graduatoria rispetto all'altra tipologia di paese: il 14,6% degli infortuni riguardano la sanità, seguono il commercio (14,3%), e le attività di pulizia rientranti nell'ateco K (12,7%) e quelle svolte negli alberghi e ristoranti (8,9%).

Per i maschi PSA i settori in cui si verificano il maggior numero di infortuni sono: le costruzioni con il 16,2%, seguono il commercio con l'11,6%, i trasporti con l'11,3% e l'industria dei metalli con l'8,0%.

Ulteriori considerazioni rispetto ai settori di attività economica si possono fare esaminando la percentuale di infortuni per genere in ogni comparto produttivo.

Per i PFFM si rileva che l'incidenza degli infortuni femminili raggiunge punte massime nel caso del lavoro domestico (86,9% contro il 13,1% degli uomini) e nella sanità (89,3% contro 10,7% dei maschi). Invece, per i maschi si arriva a livelli prossimi al 100% nell'estrazione dei minerali e nelle costruzioni (99,1%), mentre nell'industria pesante si registra il 97,0% nell'industria dei metalli e il 94,8% nella lavorazione dei minerali non metalliferi; da rilevare anche il 92,3% nell'ambito dell'industria petrolifera, settore in cui operano quasi esclusivamente uomini.

Per i PSA si riconfermano la sanità (75,9%) e il lavoro domestico (91,5%) come settori con più alta incidenza infortunistica della popolazione femminile. Per gli uomini sono sempre le costruzioni (98,0%) e l'industria dei metalli (94,8%) ai primi posti, segue la lavorazione del legno (94,6%). Anche se la numerosità infortunistica è quasi irrilevante vanno segnalati due settori, estrazione di minerali e industria del petrolio nei quali si infortunano solo uomini.

Per un ulteriore approfondimento del fenomeno è presentata nel CD allegato al volume anche la tavola dettagliata rispetto al settore di attività economica e alle regioni.

Considerando i soli casi indennizzati in morte si osserva che l'andamento nel triennio è rimasto sostanzialmente stabile se si analizzano i casi nel complesso. Da evidenziare è, invece, l'aumento delle morti delle donne straniere dei PFFM che rispetto al 2008 sono quasi raddoppiate passando

da 9 a 16. Va comunque precisato che nello stesso periodo c'è stato un incremento delle lavoratrici donne straniere assicurate all'Inail dell'ordine del 30%. (tab.13)

Tab. 13 Infortuni sul lavoro nei settori dell'Industria, dei Servizi e dell'Agricoltura, indennizzati in morte dall'Inail per Paese di nascita e sesso. Italia, anni 2008-2010

Anno	PSA		PFPM regolari	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
2008	832	64	158	9
2009	803	52	113	10
2010	768	57	103	16

Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Natura della lesione

Le prime quattro cause di tipologia di lesione, anche se con dimensioni diverse, sono rappresentate sia per gli uomini che per le donne PFPM e PSA da ferite, contusioni, lussazioni e fratture.

Se si mettono a confronto le donne provenienti dai due gruppi di popolazione, si evidenziano alcune differenze nelle tipologie di lesione. Più precisamente, per le donne PSA la tipologia di lesione più frequente risulta essere la lussazione con il 38,7% di infortuni seguita da contusione con il 32,2%, mentre la natura della lesione più frequente delle donne PFPM risulta essere la contusione con il 33,9%, seguita da lussazione con il 33,4%.

Situazione differente per gli uomini nell'ambito dei due diversi gruppi di popolazione.

Nei PSA la contusione è la tipologia di lesione più frequente con il 28,4% degli infortuni, seguita da lussazione con una percentuale simile pari al 28,1%. Al terzo posto risultano le ferite con il 21,0% degli infortuni. Per quanto riguarda invece gli uomini PFPM, al primo posto risulta come conseguenza dell'infortunio la contusione con il 28,9%, seguita da ferita con il 23,6% e da lussazione con il 22,6%.

Più in dettaglio, nell'ambito degli infortuni occorsi ai lavoratori PFPM si evidenzia una tipologia di lesioni differenziata per genere. Per gli uomini risulta particolarmente gravosa la lesione da corpi estranei (95,4%), da perdita anatomica (92,0%), da ferita (85,3%) e da frattura (77,1%); le donne hanno invece una distribuzione più omogenea tra le tipologie di lesione, ma in ordine di importanza si registrano lesioni da agenti infettivi (33,9%), da lussazione (32,1%), da contusione (27,3 %).

Per quanto riguarda invece gli infortuni occorsi ai lavoratori PSA se per le donne le cause più frequenti sono gli agenti infettivi, le lussazione e le contusioni, per gli uomini sono quelle da corpi estranei (92,5%), da perdita anatomica e da ferite. Tale diversità è dovuta alle lavorazioni più rischiose a cui sono addetti gli uomini rispetto alle donne.

Sede della lesione

Le prime quattro sedi del corpo che subiscono una lesione, a seguito di infortunio sul lavoro, a prescindere dal sesso e dalla tipologia di paese di provenienza sono: la mano, la colonna, la caviglia e il ginocchio.

Non si evincono differenze sostanziali tra le donne PSA e le donne PFPM rispetto alle sedi delle lesioni conseguenti agli infortuni sul lavoro. Permane la graduatoria prima delineata di colonna vertebrale, mano, caviglia e ginocchio con percentuali quasi simili.

Anche per gli uomini dei due gruppi di provenienza non si evidenziano differenze sostanziali. L'unica differenza che si nota rispetto alle donne è che la mano risulta essere la sede della lesione più frequente negli infortuni sul lavoro maschili (intorno al 26%).

Analizzando la sede della lesione e il sesso si osserva che per i PSA risultano molto rilevanti per gli uomini gli infortuni agli occhi (87,1%), alla gamba, alla coscia con l'80%, alla parete toracica, alla mano e al braccio con una percentuale intorno al 78%. Per le donne esiste invece una proporzionalità intorno al 45% per quanto riguarda le altre dita e il collo, a seguire la colonna vertebrale (41%), la caviglia e il polso entrambe intorno al 34%.

Per i PFFM, invece, si nota come siano molto rilevanti per gli uomini gli infortuni agli occhi (92%), alla faccia, alla coscia, alla gamba, alla mano, al braccio e alla parete toracica con una percentuale intorno all'80%. Per le donne esiste invece una proporzionalità intorno al 30% per quanto riguarda il collo, altre dita, il polso, la colonna vertebrale, il cingolo toracico, la caviglia, il ginocchio e il cingolo pelvico.

La conseguenza più importante per le due tipologie di gruppi è la lussazione alla colonna vertebrale, seguita dalla contusione al torace e agli organi interni e dalla contusione alla testa.

Per quanto riguarda le conseguenze più frequenti occorse agli uomini, si nota anche in questo caso la lussazione alla colonna vertebrale, la contusione al torace e organi interni, e la ferita agli arti superiori. Per gli uomini PSA inoltre si evidenzia la contusione alla testa mentre per gli uomini PFFM anche la contusione agli arti inferiori.

L'incidenza infortunistica

L'incidenza infortunistica espressa dal rapporto tra gli infortuni sul lavoro riconosciuti e i lavoratori assicurati all'Inail risulta essere per l'anno 2010 pari a 22,9 per i PSA e a 22 per i PFFM.

Se a livello complessivo l'incidenza risulta abbastanza simile tra i due gruppi di popolazione, quando si dettaglia rispetto al genere si rilevano delle differenze.

Tab. 14 Indici di incidenza infortunistica (x1.000) per paese di nascita e sesso. Italia, anno 2010

Genere	PSA	PFFM
Uomini	27,8	30,1
Donne	15,9	12,0
Totale	22,9	22,0

Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFFM regolari = immigrati regolari/residenti

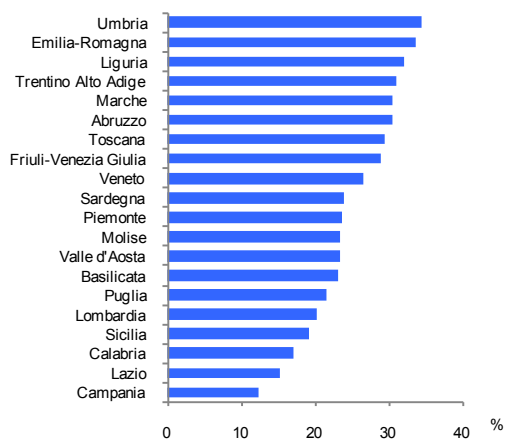
I maschi hanno sempre un indice di rischio molto più elevato rispetto a quello delle donne, in particolare, nel caso dei PFFM i valori sono 30,1 per 1.000 per gli uomini e 12,0 per le donne, mentre per i PSA risultano rispettivamente pari a 27,8 e 15,9.

Tale differenza è giustificata dalla diversa rischiosità delle mansioni svolte dai due sessi: le donne in genere, sono occupate in settori con più bassi profili di rischio, quando lavorano in settori particolarmente rischiosi come per esempio l'industria pesante, svolgono quasi sempre mansioni impiegate o manageriali.

A livello territoriale sono le regioni del Centro Nord a quelle a più elevato rischio, nello specifico per i PSA: Umbria (34,4), Emilia-Romagna (33,7) e Liguria (33,2); per i PFFM: Emilia-Romagna (41,2), Friuli-Venezia Giulia (38,8) e Veneto (34,5) (fig. 41).

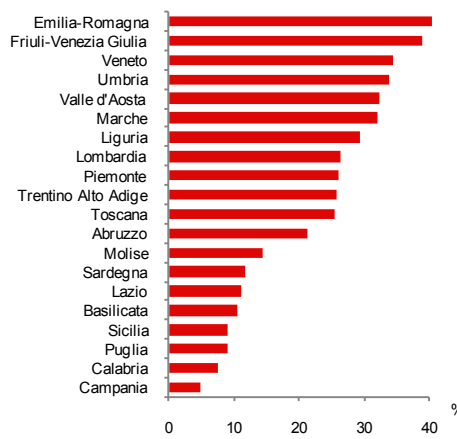
Rispetto al sesso, per le donne PSA si confermano le stesse regioni, per gli uomini dei PSA spicca al primo posto della graduatoria il Trentino Alto Adige (43,5) (fig. 42). Per i PFFM, invece, le stesse regioni sono confermate anche quando si analizzano le distribuzioni per sesso.

Fig. 41 Indici di incidenza infortunistica (per 1.000) degli PSA per regione – Anno 2010



Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Fig. 42 Indici di incidenza infortunistica (per 1.000) degli PFFM per regione – Anno 2010



Fonte: INAIL dati aggiornati al 31 ottobre 2012

Rispetto ai settori di attività economica per i PSA si registrano le maggiori incidenze in Agricoltura (58,4), nei Trasporti (37,2) e nell'industria pesante della lavorazione dei metalli e dei minerali (35).

Differenziando rispetto al sesso va rilevato che gli stessi settori risultano quelli a maggior rischio anche per gli uomini, mentre tra le donne un'incidenza più elevata si riscontra oltre che in Agricoltura (31,5) e nei Trasporti (29,8), nella Sanità (29,3).

Per i PFFPM, indici elevati, più del doppio rispetto all'indice medio nazionale, si osservano nell'industria manifatturiera, in particolare: quella della gomma e della plastica (56,3), dei metalli (56,1), della lavorazione dei minerali (55); i settori appena indicati risultano più rischiosi anche per gli uomini. Differenze, invece, si rilevano nel caso delle donne dei PFFPM per le quali risultano più rischiosi la Sanità che registra un indice infortunistico pari a 44,4 contro il 12 relativo a tutti i settori e, a seguire, la Pubblica Amministrazione (33,9) e l'industria della fabbricazione dei mezzi di trasporto (31,3).

Si raccomanda massima cautela nella lettura analisi per regione e settore di attività economica, in particolare, in tutti quei settori dove la consistenza numerica dei lavoratori è scarsa. Trattandosi di indici calcolati su base annuale, soprattutto nel caso di piccoli numeri, si possono verificare anche variazioni significative, non sempre indicative di un fenomeno ad elevata rischiosità. Si è comunque scelto di non oscurare i dati "anomali" per garantire la massima completezza delle informazioni.

Le malattie professionali

Le malattie professionali manifestatesi nel 2010 e riconosciute dall'Inail alla data dell'ultimo aggiornamento disponibile (31 ottobre 2012) sono state 17.702; la quasi totalità hanno riguardato i settori dell'Industria e Servizi e dell'Agricoltura (17.625). Le malattie riconosciute hanno registrato un aumento del 41% circa rispetto al 2008 e di poco meno del 20% rispetto all'anno precedente.

L'aumento delle malattie professionali è da imputare a diversi fattori: da un lato la maggiore consapevolezza dei soggetti coinvolti (lavoratori, datori di lavoro, parti sociali, medici, ecc.) in materia di tutela assicurativa delle malattie professionali frutto dell'impegno profuso dall'Inail nell'opera di sensibilizzazione e informazione; dall'altro l'entrata a regime delle nuove tabelle delle malattie professionali in cui sono inserite anche le patologie da sovraccarico biomeccanico e da vibrazioni meccaniche esonerate quindi dall'onere della prova del nesso causale con l'attività. Altro aspetto da non sottovalutare è la possibilità di denunciare contestualmente, da parte di un soggetto tecnopatico, più malattie professionali contratte.

La stragrande maggioranza di malattie professionali si manifesta nell'Industria e Servizi cui afferiscono oltre l'83% del totale dei riconoscimenti, la quota rimanente riguarda, a meno di poche decine di casi, il settore dell'Agricoltura.

Il fenomeno tecnopatico risulta a carico quasi esclusivamente dei PSA con oltre il 96% di riconoscimenti, molto probabilmente i lavoratori stranieri non hanno la consapevolezza e la giusta informazione relativamente alla possibilità di denunciare una malattia professionale anche se in tal senso si sta cercando di sensibilizzare e informare a più livelli.

Tab. 15 Numero e proporzione di malattie professionali riconosciute per i PFFPM nei settori di attività. Italia, anni 2008-2010

Anno	Agricoltura			Industria e Servizi			Dipendenti Conto Stato		
	MP PFFPM	MP Totali	% MP PFFPM/Tot	MP PFFPM	MP Totali	% MP PFFPM/Tot	MP PFFPM	MP Totali	% MP PFFPM/Tot
2008	10	935	1,1	412	11.510	3,6	-	88	
2009	16	1.880	0,9	571	12.836	4,4	1	73	1,4
2010	24	2.923	0,8	623	14.702	4,2	-	77	

Fonte Inail – aggiornamento al 31 ottobre 2012

Nota: PSA: italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato, PFFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Per i motivi già descritti precedentemente le malattie professionali risultano in forte crescita per i due sessi e per entrambi i raggruppamenti di popolazioni. Più sostenuto l'incremento per le donne che in un triennio mostrano un aumento intorno al 60% (57,1% le PSA e 50,2% le PFPM).

Le malattie a carico del sesso femminile rappresentano per entrambi i gruppi di popolazione circa il 28% del totale dei riconoscimenti.

Uno strumento di classificazione del tipo di malattia in Inail è rappresentato dal codice nosologico "M" ("Codice Sanitario") aggiornato alla IX revisione della classificazione internazionale analitica delle malattie e delle cause di morte. Tale codice descrive le affezioni morbose (non tutte necessariamente di natura professionale) articolate in 17 settori nosologici (per tipo di malattia, apparato o sistema).

Se si analizzano le malattie professionali rispetto a tali raggruppamenti per i due gruppi di popolazione si osserva che per i PSA oltre il 65% riguarda malattie osteoarticolari da sovraccarico biomeccanico, in particolare: tendiniti e sindromi del tunnel carpale. Nel 17% circa i riconoscimenti riguardano gli organi di senso e in particolare le ipoacusie o sordità da rumore.

Si ribadisce che l'incremento delle malattie osteo-articolari è dovuto soprattutto all'introduzione di nuove tabelle di malattie professionali.

Anche nel caso dei PFPM le principali malattie riconosciute riguardano il sistema muscolo-scheletrico con poco meno del 70% di casi, a seguire con una quota pari al 20% le malattie degli organi di senso.

Se si stratifica rispetto al sesso si osservano analoghi comportamenti per i due gruppi di popolazioni: da rilevare per le donne che la stragrande maggioranza di malattie è di origine muscolo-scheletrica (90% dei casi), tali patologie colpiscono gli uomini, invece, in proporzione inferiore (56% per i PSA e 61% per i PFPM).

3.2.4 Mortalità

La mortalità fornisce indicazioni valide e importanti sullo stato di salute di una popolazione mentre la conoscenza delle cause di morte è fondamentale per l'individuazione di fattori di rischio associati all'ambiente, alle condizioni di vita e di lavoro e allo stile di vita.

Nell'interpretazione dei dati di mortalità relativi agli immigrati PFPM va tenuto conto del fatto che essi sono una popolazione giovane ed essenzialmente in buona salute, per cui i tassi di mortalità sono piuttosto contenuti. Inoltre, gli immigrati in età avanzata e con gravi problemi di salute spesso rientrano nel loro paese di origine; quest'ultimo aspetto potrebbe portare a sottostimare la mortalità. Tale fenomeno, probabilmente, tenderà a ridursi nel tempo in conseguenza della progressiva integrazione della popolazione immigrata.

Il numero dei decessi dei PFPM è passato da 2.926 nel 2004 a 4.556 nel 2009, pari allo 0,8% del totale di tutti i decessi registrati in Italia.

Il valore più elevato si riscontra nel Lazio (1,4%) e in alcune regioni del centro nord.

- Tra gli uomini la regione in cui si verifica la proporzione di decessi di PFPM più elevata rispetto alla media nazionale è il Lazio; seguono la Lombardia, la PA di Bolzano, l'Emilia-Romagna, il Veneto, la Toscana, l'Umbria e la Valle d'Aosta (tab. 16). Tale distribuzione rispecchia quella della presenza di popolazione PFPM. Tra le donne, la proporzione è più elevata nel Lazio e in altre regioni con popolazione immigrata numerosa, quali la Lombardia, l'Emilia-Romagna e la Toscana (tab. 17).
- Complessivamente si registra un totale di 2.977 decessi tra i soli PFPM residenti (tab. 18), a fronte dei 4.556 decessi complessivi di PFPM (tab. 16 e tab. 17).

Tab. 16. Numero e proporzione di decessi degli uomini per cittadinanza e regione di decesso. Anno 2009

Regione di decesso	Decessi PFPM	Totale decessi	% decessi PFPM
Piemonte	212	23.778	0,9
Valle d'Aosta	7	656	1,1
Lombardia	581	42.682	1,4
PA Bolzano	27	1.898	1,4
PA Trento	21	2.258	0,9
Veneto	240	21.459	1,1
FVG	59	6.710	0,9
Liguria	87	10.251	0,8
Emilia-Romagna	273	23.040	1,2
Toscana	224	20.197	1,1
Umbria	54	4.853	1,1
Marche	76	8.110	0,9
Lazio	503	26.147	1,9
Abruzzo	48	6.970	0,7
Molise	7	1.709	0,4
Campania	220	24.627	0,9
Puglia	74	17.112	0,4
Basilicata	8	2.931	0,3
Calabria	51	9.261	0,6
Sicilia	121	24.212	0,5
Sardegna	28	7.758	0,4
Italia	2.921	286.619	1,0

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

Tab. 17. Numero e proporzione di decessi delle donne per cittadinanza e regione di decesso. Anno 2009

Regione di decesso	Decessi PFPM	Totale decessi	% decessi PFPM
Piemonte	126	2.681	0,5
Valle d'Aosta	3	634	0,5
Lombardia	308	46.909	0,7
PA Bolzano	7	1.901	0,4
PA Trento	15	2.374	0,6
Veneto	141	22.894	0,6
FVG	39	7.514	0,5
Liguria	55	11.406	0,5
Emilia-Romagna	175	25.271	0,7
Toscana	139	22.034	0,6
Umbria	27	5.032	0,5
Marche	48	8.247	0,6
Lazio	247	27.115	0,9
Abruzzo	30	7.105	0,4
Molise	1	1.750	0,1
Campania	102	24.873	0,4
Puglia	49	17.336	0,3
Basilicata	2	2.617	0,1
Calabria	36	9.009	0,4
Sicilia	70	24.679	0,3
Sardegna	15	7.038	0,2
Italia	1.635	301.819	0,5

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

- I tassi grezzi di mortalità mettono in luce valori molto più contenuti per i PFPM: muoiono circa 7 PFPM contro circa 103 PSA ogni 10.000 residenti (**tab. 18**).
- In alcune regioni come Campania, Sicilia, Puglia, Abruzzo, Liguria e Lazio la popolazione PFPM presenta tassi di mortalità lievemente superiori alla media nazionale.
- Il rapporto uomini/donne nei PFPM è pari a 1,7 (da 1,1 in Friuli a 6,4 in Molise), mentre per i PSA il rapporto è pari a 1. Ciò può derivare da una mortalità prematura più accentuata nei maschi e in particolar modo nei PFPM, maggiormente esposti a fattori di rischio (ad esempio lavori più rischiosi). Inoltre la giovane età dei PFPM, unitamente al rientro nel loro paese di origine in età avanzata e in caso di problemi di salute, può comportare che non si arrivi a vedere l'appiattimento delle differenze di mortalità tra i due sessi, tipico delle età più avanzate.

Cause di morte

- L'analisi delle cause di morte secondo i Grandi Capitoli ICD10, nell'anno 2009, mostra che le cause violente (**fig. 43**) rappresentano costantemente il primo motivo di decesso (34% del totale) tra gli uomini PFPM di 0-64 anni d'età. Tra le cause violente, quelle più frequenti risultano essere gli incidenti stradali e le autolesioni intenzionali. Rispetto al 2003, si osserva inoltre un aumento della frequenza dei decessi causati da malattie del sistema circolatorio (si passa dal 16% al 20%).
- Tra gli uomini PSA, il 63% dei decessi è imputabile ai tumori e alle patologie del sistema circolatorio.

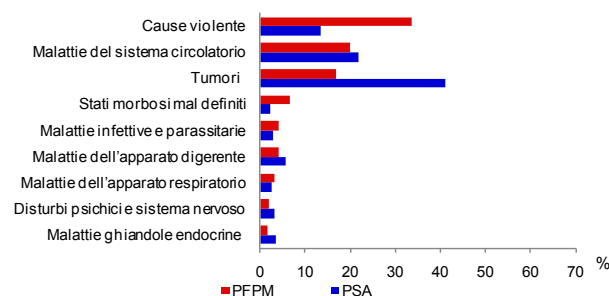
Tab. 18. Numero e tasso grezzo di mortalità (per 10.000 ab.) per cittadinanza e regione di residenza. Anno 2009¹

Regione di residenza	PSA		PFPM	
	N.	Tasso grezzo	N.	Tasso grezzo
Piemonte	49.317	120,8	268	7,4
Valle d'Aosta	1.247	103,7	6	7,9
Lombardia	88.507	99,5	656	7,0
PA Bolzano	3.716	78,9	23	7,2
PA Trento	4.559	94,9	26	5,9
Veneto	43.802	98,5	289	6,2
FVG	13.927	122,4	66	6,8
Liguria	21.458	142,0	93	8,8
Emilia-Romagna	47.132	119,9	314	7,0
Toscana	41.434	121,3	244	7,8
Umbria	9.658	118,8	61	7,0
Marche	16.152	111,9	99	7,3
Lazio	51.899	99,4	368	8,0
Abruzzo	14.042	110,0	63	8,8
Molise	3.394	108,6	6	7,8
Campania	49.665	87,4	147	10,5
Puglia	34.457	86,0	70	8,8
Basilicata	5.649	98,0	3	2,4
Calabria	18.594	95,5	43	6,8
Sicilia	48.773	99,1	111	9,2
Sardegna	14.823	90,2	21	7,3
Italia	582.205	103,4	2.977	7,4

Nota: ¹ La differente numerosità rispetto alla tab. 16 è dovuta al fatto che in un caso la regione di riferimento è quella di residenza, nell'altro quella di decesso.

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009

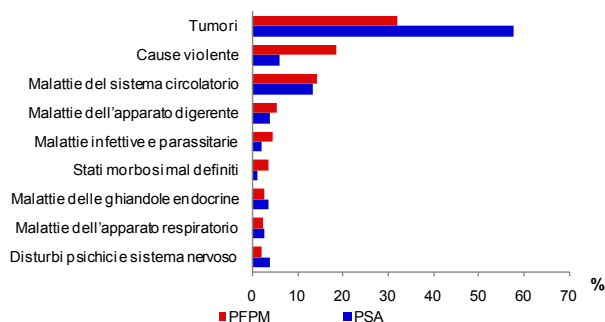
Fig. 43 Cause di morte per cittadinanza degli uomini (0-64 anni). Italia, anno 2009



Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

- Tra le donne la principale causa di morte è rappresentata dai tumori, sia per le PSA (58%) che per le PFPM (32%); in particolare: tumore della mammella, del polmone e della cervice uterina, in parte sintomo di un insufficiente utilizzo dei programmi di screening. Le cause violente costituiscono la seconda causa di morte tra le donne PFPM (19% - **fig. 44**), con una frequenza superiore di tre volte a quella delle donne PSA.

Fig. 44 Cause di morte per cittadinanza delle donne (0-64 anni). Italia, anno 2009



Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

Mortalità infantile e neonatale

Lo studio della mortalità infantile consente di evidenziare lo svantaggio dei bambini immigrati. Questo indicatore è, infatti, associato negativamente ad alcuni fattori di rischio per la salute del bambino nella fase post-natale (carenze alimentari e/o igienico-sanitarie, pratiche non corrette da parte delle madri, povertà, emarginazione sociale e a difficoltà di accesso ai servizi sanitari).

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) presentano una serie di problematiche a livello di calcolo che inducono ad utilizzare direttamente i dati elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica.

In Italia, nel triennio 2007-2009, sono deceduti 5.012 bambini italiani e 990 bambini PFPM¹³. Analogamente a quanto avvenuto negli anni precedenti, nel 2009 sul totale dei decessi avvenuti nel primo anno di vita, circa l'83% è a carico dei bambini italiani e il 17% a carico dei bambini PFPM (**tab. 19**). Le morti che si verificano nel primo mese di vita sono circa i due terzi delle morti che avvengono nel primo anno di vita, con una frequenza superiore tra gli italiani.

Tab. 19 Numero di decessi nel primo anno di vita, per cittadinanza. Italia, anni 2007-2009

Anno	Italiani		PFPM	
	n. morti primo anno di vita	% morti nel primo mese di vita	n. morti primo anno di vita	% morti nel primo mese di vita
2007	1.647	71,7	312	67,6
2008	1.670	72,9	327	64,8
2009	1.695	73,7	351	67,2
Totale	5.012	72,7	990	66,6

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

L'Istituto Nazionale di Statistica ha registrato, nel 2009, un tasso di mortalità infantile a carico dei PFPM pari al 4,0 per 1.000 nati vivi e per la mortalità neonatale un tasso del 2,8. Gli stessi indicatori per gli italiani risultavano rispettivamente pari a 3,3 per 1.000 e 2,5 per 1.000¹⁴ (**tab. 20**).

L'Istat rileva che i tassi di mortalità neonatale e infantile dei PFPM sono costantemente superiori a quelli degli italiani, anche se si registra un graduale avvicinamento dei profili di mortalità.

Tra le cause di morte più frequenti si segnalano l'asfissia del neonato, la sindrome di aspirazione neonatale e le malformazioni congenite.

¹³ Nelle elaborazioni ISTAT i bambini vengono classificati stranieri se hanno entrambi i genitori stranieri e italiani se hanno almeno un genitore italiano.

¹⁴ Istat, Rapporto Osservasalute 2012.

Tab. 20 Tasso (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) di mortalità neonatale ed infantile per cittadinanza. Italia, Anni 2005-2009

Anno	Tasso di Mortalità neonatale		Tasso di Mortalità infantile	
	Italiani*	PFPM	Italiani*	PFPM
2005	2,6	3,6	3,6	5,0
2006	2,5	3,2	3,4	4,4
2007	2,4	2,6	3,3	3,9
2008	2,4	2,5	3,3	3,8
2009	2,5	2,8	3,3	4,0

*Il tasso di mortalità per gli italiani è stato calcolato considerando al numeratore i soli decessi nel primo di vita, avvenuti in Italia, di individui di cittadinanza italiana e al denominatore il contingente dei nati vivi residenti al netto dei nati vivi di cittadinanza straniera

Fonte: Istat, Indagine su decessi e cause di morte, anno 2009.

L'analisi della mortalità infantile e neonatale dei PFPM per regione di residenza evidenzia, inoltre, che anche per gli immigrati, al pari degli italiani, è presente uno svantaggio nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Centro nord.

3.3 La valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati

3.3.1 La metodologia

Per consentirne la più ampia diffusione presso le Regioni e PA, è stata definita una metodologia in modo da rispondere ad alcuni quesiti ritenuti fondamentali:

1. Le risorse assorbite per l'assistenza sanitaria sono differenti nei gruppi di popolazione?
2. Quanto si spende per erogare l'assistenza sanitaria agli immigrati?
3. Quale sarebbe il volume di risorse necessario per assicurare l'assistenza sanitaria agli immigrati non residenti?

In particolare la metodologia è in grado di fornire una stima sufficientemente accurata dei fenomeni in studio, comporta un limitato impegno per il calcolo degli indicatori, può essere replicata nel tempo.

I gruppi di popolazione a cui si fa riferimento, secondo l'accezione del progetto, sono i PSA (italiani e cittadini di Paesi a Sviluppo Avanzato), i PFPM (cittadini di Paesi a Forte Pressione Migratoria) residenti e non residenti in Italia/PSA.

A fine di offrire una informativa completa, sarebbe necessario svolgere valutazioni con riferimento a tutte le tipologie di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Ovviamente a tale scopo è importante disporre di adeguate fonti informative relative ai consumi sanitari, alla relativa spesa e alla popolazione. Tali fonti, inoltre, dovrebbero possedere alcune caratteristiche fondamentali, in particolare, essere disponibili routinariamente presso tutte le Regioni e PA, essere tra loro coerenti, ossia riferirsi alla stessa tipologia di prestazioni sanitarie, e consentire l'individuazione dei tre gruppi di popolazione oggetto dello studio.

Purtroppo l'analisi delle diverse fonti informative ha evidenziato che, tranne per alcune Regioni/PA che dispongono di ampie banche dati, le fonti informative che rispondono alle esigenze del progetto sono limitate. In coerenza con le analisi relative allo stato di salute, si prevede di valutare esclusivamente i ricoveri ospedalieri, anche se ciò costituisce un limite, in quanto, nel tempo, si è assistito alla progressiva riduzione dei volumi del numero di ricoveri ospedalieri ed al contestuale incremento dei volumi di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Per quanto riguarda le informazioni relative all'impegno economico a carico delle Regioni, si è scelto di utilizzare la quota programmata del FSN destinata all'assistenza ospedaliera, pari al 44% del FSN indistinto, come previsto dal Patto per la salute 2010-2012 e dal D.Lgs 68/2011. Nelle singole Regioni la quota effettivamente destinata all'assistenza ospedaliera è variabile ma tende comunque alla proporzione indicata. Si è preferito non utilizzare i dati dei "modelli LA" di rilevazione dei dati di costo associati alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che le Regioni inviano annualmente al Ministero della salute, in quanto gli importi sono stimati attraverso criteri non sempre omogenei sulla base dati della contabilità e talvolta non sono congruenti con i dati del Conto Economico.

Solo le seguenti fonti informative soddisfano le caratteristiche richieste:

- Consumi sanitari: Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- Informazioni relative alla spesa:
 1. Fondo sanitario nazionale¹⁵ (FSN) / regionale (FSR) – quota relativa all'assistenza ospedaliera
 2. Tariffa Unica Convenzionale¹⁶ (TUC) relativa ai singoli anni
 3. Pesi relativi¹⁷ corrispondenti alle diverse versioni dei DRG

¹⁵ Fondo destinato al finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato (quota indistinta).

¹⁶ La TUC è la tariffa che le Regioni concordano annualmente per la compensazione della mobilità interregionale.

¹⁷ Il peso relativo rappresenta l'indice di costo associato, per i ricoveri per acuti, a ciascun DRG ed esprime il grado di "costosità relativa" del DRG rispetto agli altri.

- Popolazione:
 1. dati Istat relativi alla Popolazione straniera residente per sesso, cittadinanza e regione
 2. stime Istat della Popolazione straniera residente per sesso, cittadinanza, età e regione

La limitatezza delle fonti disponibili a tutte le regioni impone di circoscrivere la valutazione economica alle sole schede di dimissione ospedaliera. Anche se ciò è un limite, costituisce comunque una *proxy* sufficientemente valida ove si consideri che il livello assistenziale ospedaliero assorbe poco meno della metà delle risorse economiche destinate alla sanità. In coerenza con la fonte informativa relativa al finanziamento (quota del FSN destinato al livello ospedaliero), la valutazione economica riguarderà tutti i ricoveri ospedalieri, sia per acuti (che includono i neonati sani con DRG 391) sia per post-acuti (riabilitazione e lungodegenza).

Gli indicatori economici verranno determinati per ciascun anno sulla base dei ricoveri (classificati secondo i DRG vigenti nei singoli anni di interesse), distinti in base alla cittadinanza ed alla residenza dei pazienti (PSA, PFPM residenti, PFPM non residenti), valorizzati secondo la Tariffa Unica Convenzionale (TUC) adottata annualmente ai fini della compensazione della mobilità interregionale e secondo il sistema di pesi relativi coerente con la versione DRG, utilizzando quale parametro di spesa la quota del 44% del Fondo Sanitario Nazionale (fondo indistinto) destinata ai ricoveri ospedalieri.

Nell'interpretazione dei dati si dovrà ricordare che, secondo la normativa vigente, la fonte del finanziamento delle prestazioni erogate a cittadini stranieri è diversa a seconda che siano comunitari o extra-comunitari, residenti o non residenti, che provengano da Paesi convenzionati, o che abbiano il permesso di soggiorno, o che non siano regolarmente presenti. Spetta alle singole Aziende raccogliere la documentazione prevista e presentare agli enti competenti (Regioni, Ministero della salute, Ministero dell'interno) le richieste di rimborso per le prestazioni erogate a cittadini stranieri. Tuttavia, poiché il comportamento delle Aziende è molto disomogeneo e frequentemente non presentano tali richieste di rimborso, ai fini del progetto i ricoveri erogati a stranieri saranno considerati a carico delle regioni, senza tener conto della possibilità di ottenere tali rimborsi.

Inoltre, le analisi preliminari svolte hanno evidenziato che nel calcolo di alcuni indicatori la presenza di classi/gruppi/categorie di ricoveri di numerosità molto bassa può determinare dei valori anomali. In considerazione della scarsa consistenza di tali dati, si potrebbe ipotizzare di eliminarli dal calcolo, tuttavia, è opportuno che le Regioni valutino la presenza di singoli ricoveri che hanno costi particolarmente elevati e che stabiliscano come trattarli. In particolare, al fine di evitare interpretazioni distorsive, si dovrebbero probabilmente escludere i ricoveri correlati a eventuali programmi regionali di cooperazione internazionale relativi a specifiche zone geografiche o a particolare patologie, in quanto non rappresentano una casistica legata al fenomeno migratorio. La spesa generata da tali ricoveri, generalmente di alta specializzazione (e quindi ad elevato costo) e concentrati presso singole strutture (in relazione ai quali a livello nazionale non si dispone di informazioni), può determinare effetti distorsivi in relazione alla stima della spesa generando una eventuale sovrastima in ambiti locali o di patologia. La metodologia proposta è descritta integralmente nel documento "La valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati: metodologia e primi risultati" presente nel CD allegato al volume.

3.3.2 I risultati

Gli indicatori per la valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione immigrata sono stati determinati per gli anni di indagine 2007-2010, in accordo con l'analisi della salute della popolazione immigrata. Vengono presentati oltre ai dati nazionali, i dati regionali, calcolati secondo la metodologia proposta, da alcune delle regioni partecipanti al progetto (Piemonte, Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria).

Le risorse assorbite per l'assistenza sanitaria sono differenti nei gruppi di popolazione?

Per rispondere al quesito vengono proposti gli indicatori:

- E1. Tasso standardizzato di ospedalizzazione per i ricoveri in regime ordinario dei residenti per cittadinanza
- E2. Proporzione del numero di ricoveri e del valore tariffario per cittadinanza e tipologia di ricovero
- E3. Valore tariffario medio dei ricoveri per cittadinanza, classe di età, tipologia e regime di ricovero
- E4. Indice di case-mix e Peso medio dei ricoveri per acuti per cittadinanza, classe di età e regime di ricovero

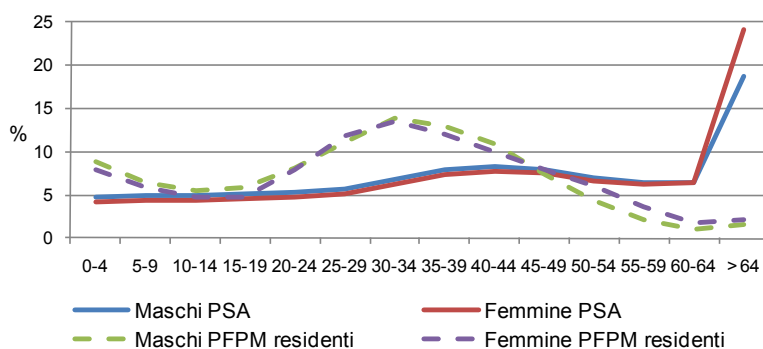
Indicatore E1 - Tasso di ospedalizzazione per i ricoveri in regime ordinario di PSA e PFPM residenti

Il tasso di ospedalizzazione, pur non essendo un indicatore strettamente economico, è un fondamentale indicatore del livello dei costi dell'assistenza sanitaria: a valore più elevati corrispondono, mediamente, livelli più elevati della spesa. In questa accezione, a differenza di quanto previsto nelle analisi relative allo stato di salute della popolazione immigrata, nel calcolo dell'indicatore è stata inclusa la classe di età 65 anni e più.

L'Istat ha messo a disposizione del progetto la stima della popolazione straniera residente in Italia per sesso, cittadinanza, età e regione di residenza al 1 gennaio per gli anni 2007-2010; quindi è possibile disporre di informazioni relative ai PSA e ai PFPM residenti; ovviamente non sono disponibili informazioni relative ai PFPM non residenti.

La struttura per classe di età dei due gruppi di popolazione è diversa. Nei PFPM residenti è maggiore la quota di popolazione in età infantile e in età lavorativa, gli anziani invece sono pressoché assenti (fig. 45).

Fig. 45 – Struttura della popolazione residente in Italia per classe d'età, genere e cittadinanza (% , anno 2010)

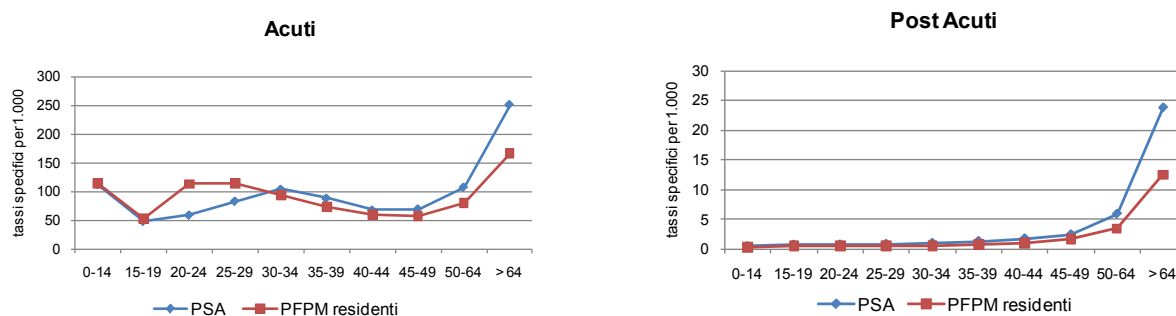


Fonte: Istat

Se si calcolano i tassi di ospedalizzazione per classe d'età specifici si osserva che solo per i ricoveri per acuti e per la classe di età 20-29 anni, il tasso di ospedalizzazione dei PFPM residenti è maggiore di quello dei PSA (fig. 46). A livello nazionale il tasso standardizzato¹⁸ di ospedalizzazione nei ricoveri per acuti in regime ordinario è pari a 123 ricoveri per i PSA e a 102 ricoveri per i PFPM residenti per 1.000 residenti, pertanto il livello di costi connesso all'assistenza sanitaria dei PFPM residenti è inferiore a quello dei PSA (fig.47).

¹⁸ Il tasso è standardizzato con il metodo diretto, utilizzando come popolazione tipo la popolazione italiana al 1 gennaio 2010.

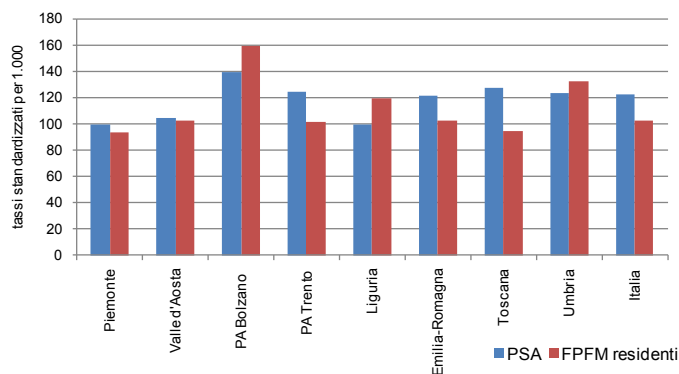
Fig. 46 – Tassi di ospedalizzazione età specifici per tipo di ricovero e cittadinanza (valori per 1.000 residenti, anno 2010)



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

A livello regionale si riscontrano delle differenze, infatti la PA di Bolzano, la Liguria e Umbria presentano tassi standardizzati di ospedalizzazione dei PPFM residenti superiori rispetto a quelli dei PSA residenti (fig. 47) e quindi livelli di spesa maggiori per il primo gruppo di popolazione, mentre le altre Regioni confermano il dato nazionale. Se si considerano i ricoveri per post-acuzie il dato riferito ai PSA è quasi il doppio di quello dei PPFM residenti (6,7 verso il 3,5 per 1.000 residenti, il dato non è rappresentato graficamente).

Fig. 47 – Tassi standardizzati di ricovero per acuti in regime ordinario per regione e cittadinanza (valori per 1.000 residenti, anno 2010)



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

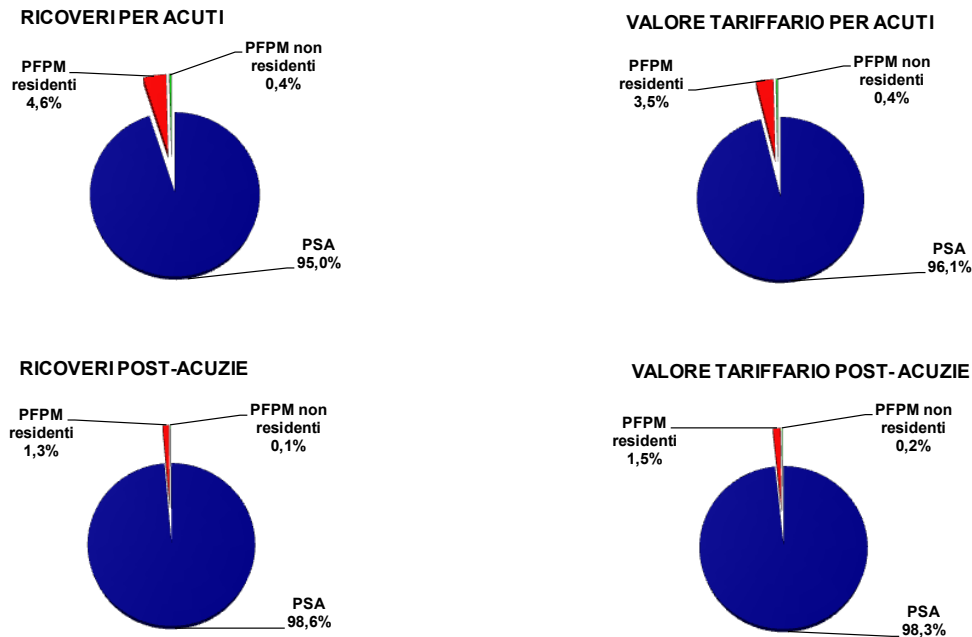
Indicatore E2 - Proporzione del numero di ricoveri e del valore tariffario per cittadinanza

L'indicatore mette a confronto, con riferimento ai tre gruppi di popolazione, la proporzione di ricoveri e il relativo valore tariffario.

A livello nazionale si osserva che, con riferimento al 2010 e considerando i ricoveri per acuti, i PSA, pur rappresentando il 95% dei ricoveri, assorbono il 96,1% del valore tariffario; i PPFM residenti rappresentano il 4,6% dei ricoveri ed assorbono il 3,5% del valore tariffario; mentre per i PPFM non residenti le proporzioni di ricoveri e di valore tariffario sono pari a 0,4%.

Per i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione le proporzioni dei ricoveri e del valore tariffario nei tre gruppi di popolazione sono sostanzialmente le stesse, rispettivamente 98,6% e 98,3% per i PSA, 1,3% e 1,5% per i PPFM residenti e lo 0,1% e lo 0,2% per i PPFM non residenti (fig. 48).

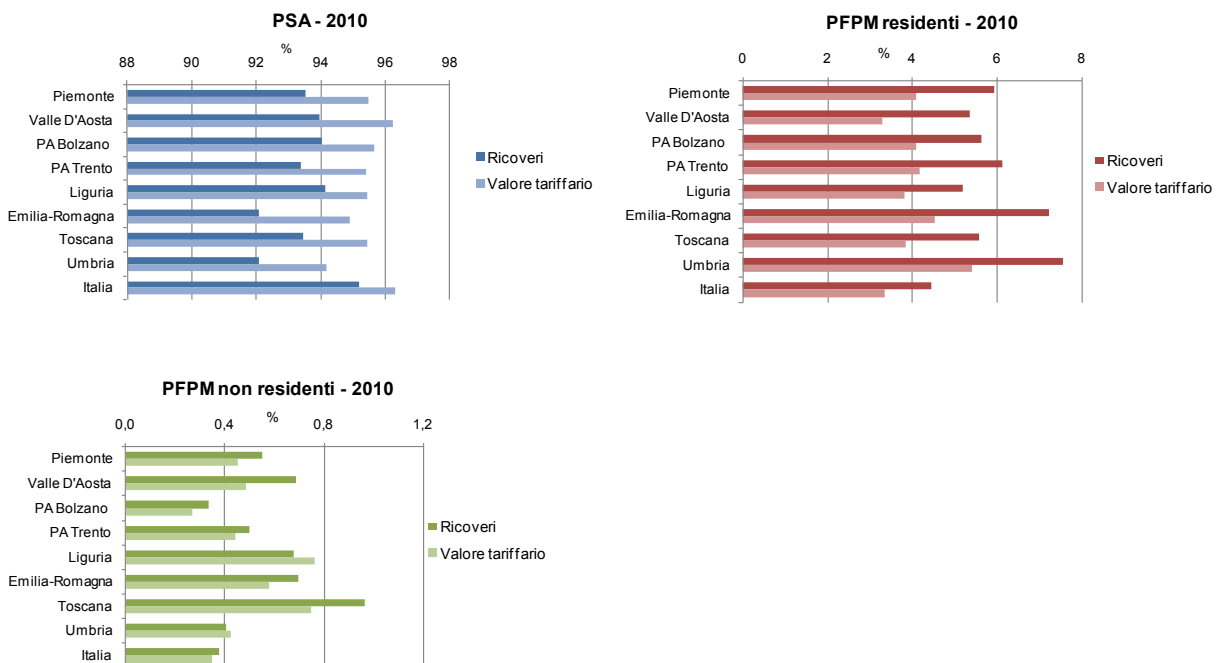
Fig. 48 – Ricoveri e valore tariffario per tipo di ricovero e cittadinanza (% , anno 2010)



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Se si considerano congiuntamente le tipologie di ricovero, si registra per l'anno 2010 che i PSA pur rappresentando il 95,2% dei ricoveri assorbono il 96,3% del valore tariffario, mentre il volume assorbito dai PFPM, sia residenti che non residenti, è inferiore alla quota dei corrispondenti ricoveri. Il dato nazionale trova conferma in tutte le realtà regionali esaminate, fatta eccezione per la Liguria e in misura minore per l'Umbria che per i PFPM non residenti presentano volumi tariffari maggiori dei corrispondenti ricoveri (fig. 49).

Fig. 49 – Ricoveri totali (per acuti e post-acuzie) e valore tariffario per regione e cittadinanza (% , anno 2010)

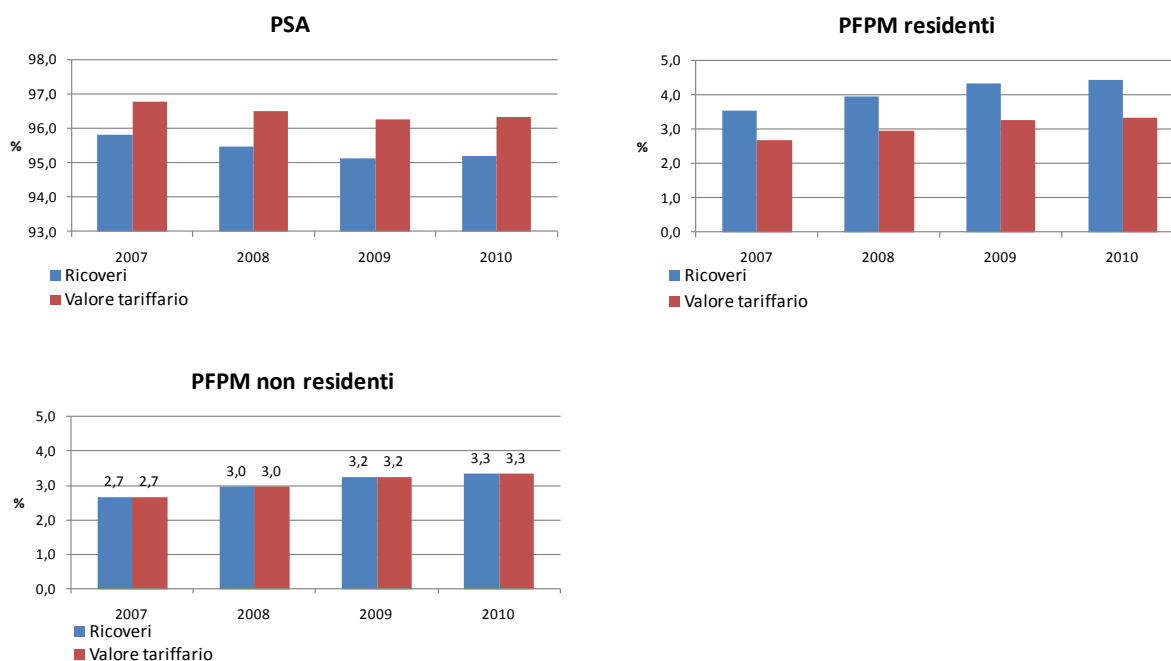


Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas) e Regioni

Per gli anni 2007-2010 a livello nazionale l'analisi del trend del volume complessivo dei ricoveri e del relativo valore tariffario (fig.50) è:

- in lieve diminuzione per i PSA nel triennio 2007-2009, mentre nel 2010 non si registrano variazioni;
- in aumento per i PFPM residenti;
- in lieve aumento per i PFPM non residenti.

Fig. 50 – Serie storica dei ricoveri totali (per acuti e post-acuzie) e del valore tariffario per cittadinanza (%), anni 2007-2010)



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas) e Regioni

Indicatore E3 - Valore tariffario medio dei ricoveri per cittadinanza

Il valore tariffario medio dei ricoveri costituisce una *proxy* della spesa sostenuta per ciascun ricovero. È possibile analizzare il valore tariffario medio calcolato sia sul totale dei ricoveri, sia distintamente per tipologia e/o regime di ricovero, sia per classe di età.

Alcune differenze tra regioni possono essere spiegate dal differente livello di deospedalizzazione di alcune tipologie di ricoveri per acuti.

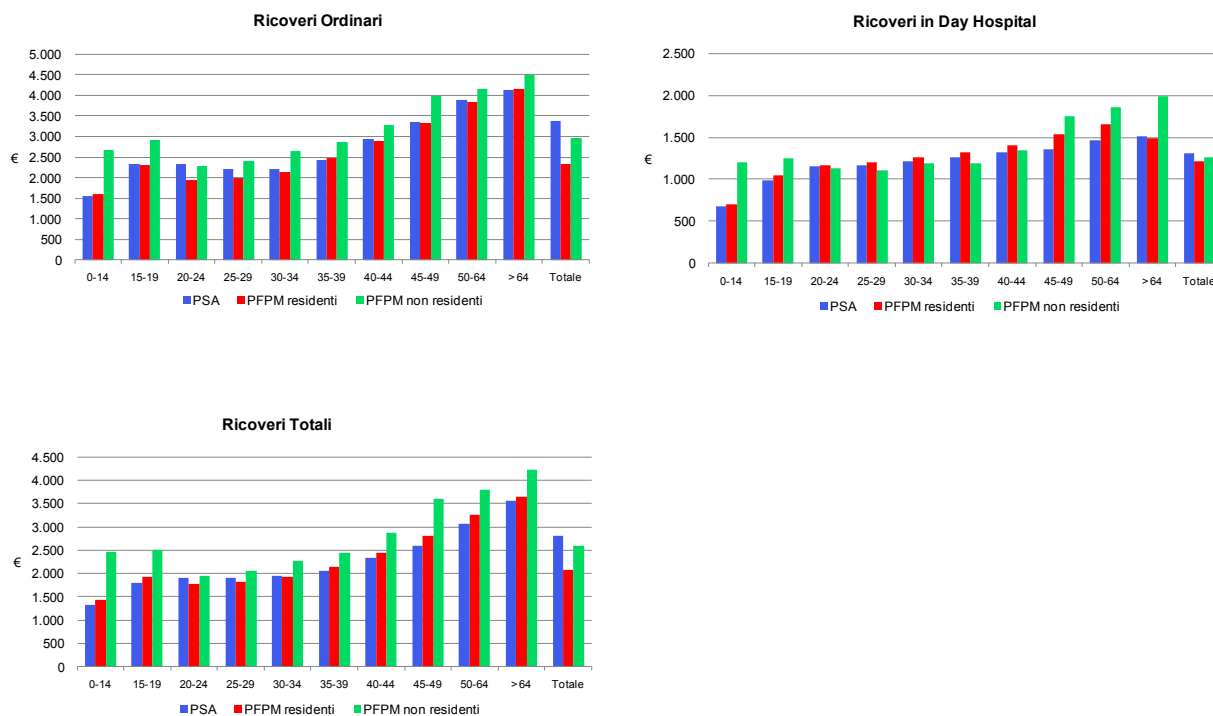
L'analisi dei ricoveri per regime di ricovero ha consentito di riscontrare differenze tra i gruppi di popolazione, anche con riferimento alle classi di età.

Nel 2010 a livello nazionale si osserva che rispetto ai ricoveri dei PSA, i ricoveri in regime ordinario dei PFPM residenti hanno un valore tariffario medio inferiore del 31%; quelli dei PFPM non residenti un valore inferiore del 12%, essendo comunque superiore a quello dei PFPM residenti.

Le differenze sono però diverse se si osservano le classi di età. I PFPM residenti presentano un valore tariffario medio inferiore a quello dei PSA per tutte le classi di età ad eccezione delle classi 0-14 anni, 35-39 anni e 65 anni e più, mentre i PFPM non residenti presentano generalmente valori medi più elevati dei PSA tranne per la classe 20-24 anni (fig. 51).

Se si considerano i ricoveri in day hospital per i PFPM residenti si osservano valori tariffari medi maggiori dei PSA per ogni classe d'età ad eccezione di quella di 65 anni e più, mentre per i PFPM non residenti si osservano valori inferiori a quelli dei PSA nelle classi di età non centrali (fig.51).

Fig. 51 – Valore tariffario medio dei ricoveri totali (per acuti e post-acuzie) per classe di età, cittadinanza e regime di ricovero (Italia, anno 2010)



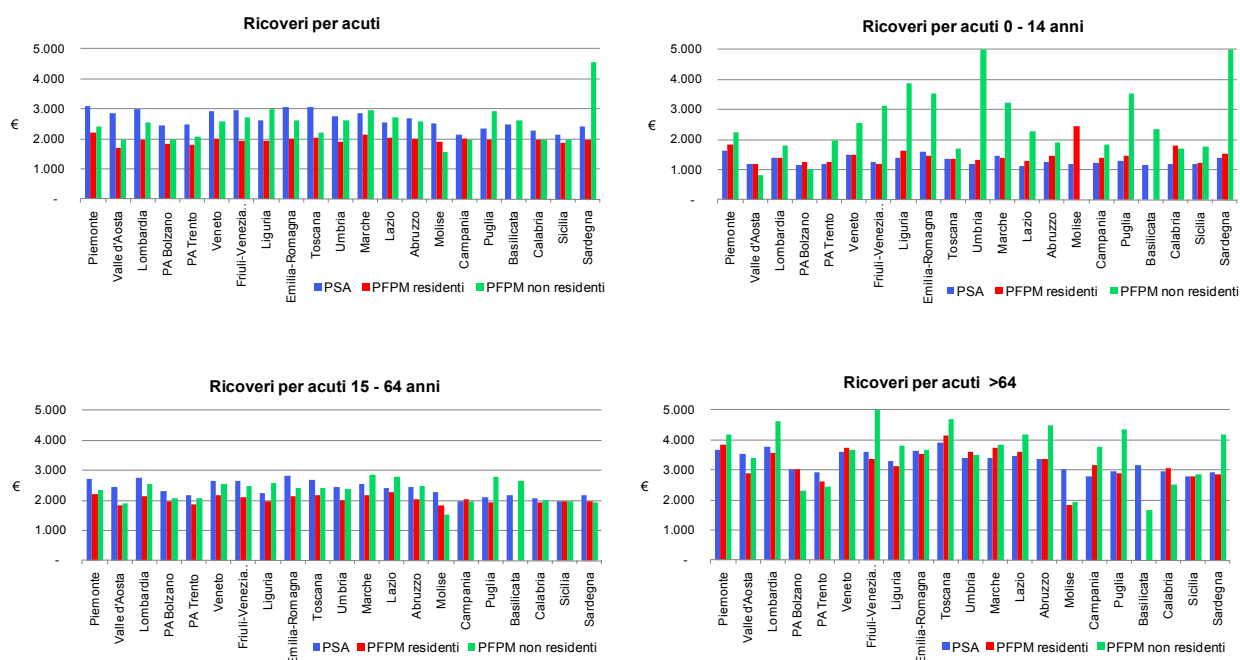
Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

L'analisi a livello regionale è stata condotta estendendo le elaborazioni anche alle Regioni non aderenti al progetto, facendo riferimento ai ricoveri per acuti e distintamente per tre classi di età (0-14 anni, 15-64 anni, 65 anni e più).

Per i ricoveri per acuti si confermano valori tariffari medi inferiori dei PFPM residenti rispetto a quelli dei PSA, le differenze risultano maggiormente evidenti nelle Regioni del centro-nord quali la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, la Lombardia, l'Emilia-Romagna, il Veneto, la Toscana e l'Umbria (decrementi compresi tra il 40% e 30%), mentre per i PFPM non residenti in Regioni quali la Liguria, Marche, Lazio, Basilicata e Puglia si osservano valori tariffari maggiori di quelli dei PSA. Caso particolare è quello della Sardegna in cui si registra un valore tariffario medio dei PFPM non residenti circa due volte di quello dei PSA (fig. 52).

L'analisi dei dati per classi di età evidenzia una certa variabilità. Nella classe di età 0-14 anni il valore tariffario medio dei PFPM residenti risulta essere di poco maggiore a quello dei PSA di pari età in quasi tutte le Regioni, tranne in Calabria e Molise che presentano valori superiori rispettivamente del 50% e del 100%; nella classe di 65 anni e più si registra un lieve incremento nel valore tariffario medio per Piemonte, Veneto, Toscana, Umbria, Marche e Campania e un decremento per le restanti realtà regionali (fig. 52). Il valore tariffario medio dei PFPM residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni conferma invece il trend dei ricoveri per acuti.

La presenza di valori tariffari medi così diversi tra loro potrebbe essere determinata dal motivo del ricovero, dalla tipologia di ricovero e dalla esiguità dei ricoveri dei PFPM residenti; basti pensare che i ricoveri di PFPM residenti nelle classi di età 0-14 anni, 15-64 anni e 65 anni e più rappresentano rispettivamente l'1%, il 3,2% e lo 0,1% del totale dei ricoveri per l'anno 2010.

Fig. 52 – Valore tariffario medio dei ricoveri per acuti per regione, cittadinanza e classe d'età (Italia, anno 2010)


Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Analoghe considerazioni possono essere fatte in relazione ai PFPM non residenti, infatti i valori tariffari medi dei ricoveri per acuti risultano inferiori a quelli dei PSA ad eccezione di alcune realtà regionali e della Sardegna, che registra un eccesso del 90%. Anche l'analisi per le tre classi di età evidenzia molta variabilità, tuttavia questi casi devono essere valutati con estrema prudenza in quanto è possibile che non siano necessariamente riconducibili al fenomeno migratorio. Occorre infine ricordare che i ricoveri dei PFPM non residenti nelle classi di età 0-14, 15-64 e 65 anni e più rappresentano rispettivamente lo 0,6‰, 3‰ e 0,1‰ del totale dei ricoveri dell'anno 2010.

I ricoveri per acuti dei PFPM non residenti di età compresa tra i 0 e i 14 anni presentano valori tariffari medi ampiamente superiori a quelli dei PSA di pari età; i casi esemplificati sono quelli di Sardegna, Umbria, Liguria, Puglia ed Emilia-Romagna.

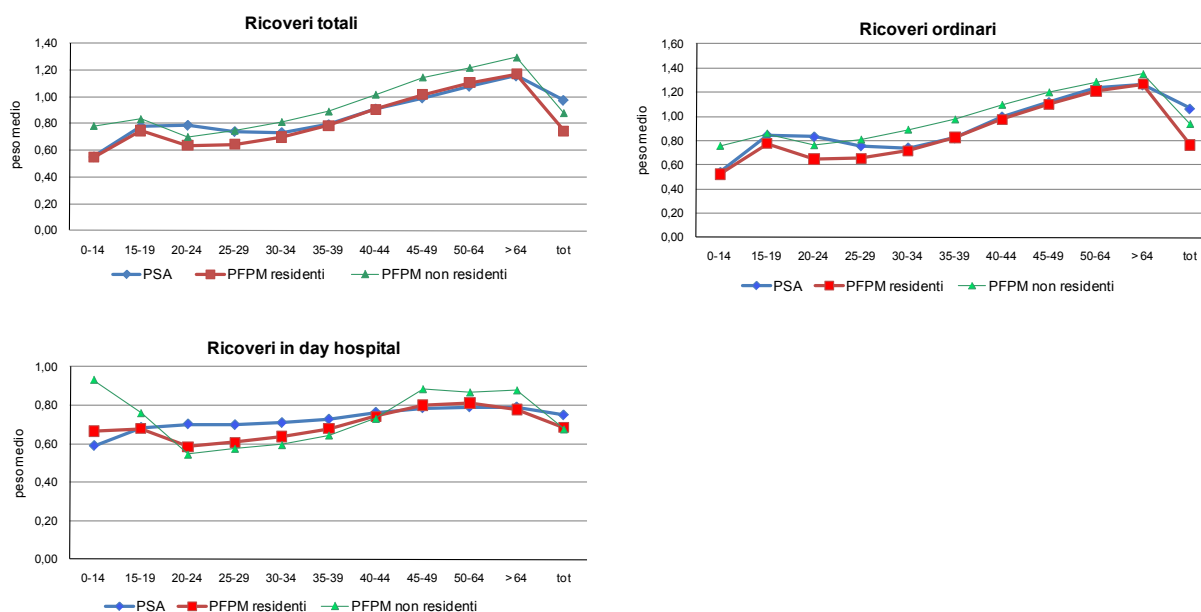
Eccessi contenuti del valore tariffario medio, rispetto ai PSA di pari età, si registrano per la classe di età dei 65 anni e più, ad eccezione della Puglia, del Friuli-Venezia Giulia, della Basilicata e della Sardegna che superano il 40%. Anche in questo caso è necessaria prudenza nella valutazione dei risultati, in quanto l'analisi svolta evidenzia per queste regioni un esiguo numero di ricoveri che, per la maggior parte, rientrano nelle fasce tariffarie più elevate.

Coerentemente a quanto accade per i PFPM residenti, i ricoveri per acuti dei non residenti di età compresa tra i 15 e 64 anni mostrano valori tariffari medi inferiori ai PSA di pari età, tranne per la Liguria, le Marche, il Lazio, la Puglia e la Basilicata che registrano eccessi compresi tra il 10% e il 30% (fig. 52).

Indicatore E4 – Peso medio dei ricoveri per acuti per cittadinanza e Indice di Case-Mix

Il peso medio¹⁹ costituisce una *proxy* della complessità assistenziale e, quindi, dell'impegno economico per l'erogazione dei ricoveri per acuti. Si riscontrano differenze tra i gruppi di popolazione sia a livello nazionale sia con riferimento alle classi di età (fig. 53).

¹⁹ Il peso medio è calcolato come rapporto tra la somma dei pesi DRG specifici dei ricoveri e il numero di ricoveri.

Fig. 53 – Peso medio dei ricoveri per acuti per classe di età, cittadinanza e regime di ricovero (Italia, anno 2010)

Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Poiché le diverse versioni di pesi relativi non sono tra loro immediatamente confrontabili, non è possibile utilizzare il peso medio per valutare il trend temporale. A tal fine è possibile utilizzare l'Indice di Case-Mix (ICM), che consente di valutare la complessità dell'assistenza e, quindi, del relativo costo correlato ai singoli gruppi di popolazione rispetto al complesso dei ricoveri in ciascun anno, in modo quasi del tutto indipendente dal sistema di pesi relativi utilizzato eliminando le distorsioni determinate dai diversi sistemi di pesi utilizzati.

Con l'Indice di Case-Mix la complessità della casistica trattata di un gruppo di popolazione è misurata attraverso il rapporto tra il peso medio dei ricoveri di quel gruppo e il peso medio calcolato su tutti i ricoveri.

Se si considerano i ricoveri per acuti in regime ordinario, negli anni 2007-2010 si assiste ad un lieve incremento dell'Indice di Case Mix per i PSA, ad un decremento sia per i PFPM residenti che per i PFPM non residenti, trend che per quest'ultimo gruppo di popolazione si interrompe nell'anno 2009 per continuare a decrescere nell'anno successivo.

In tutti gli anni l'Indice di Case Mix dei PFPM, sia residenti che non residenti, risulta inferiore a quello dei PSA, pur essendo quello dei PFPM non residenti costantemente superiore a quello dei PFPM residenti. Inoltre si evidenzia un trend di riduzione dell'ICM dei PFMP residenti e non residenti rispetto ai PSA, che passano rispettivamente dal -25,9% al -28,3% e dal -11,2% al -12% (tab.21).

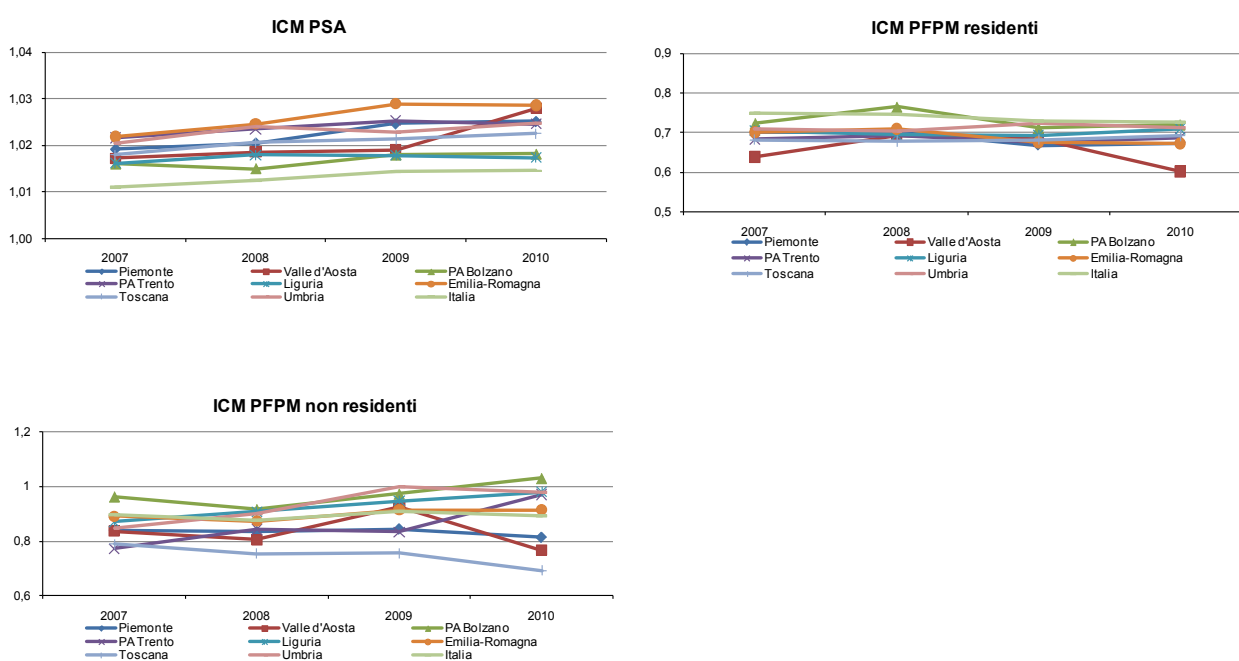
Tab.21 – Serie storica dell'Indice di case-mix per ricoveri per acuti in regime ordinario per cittadinanza (anni 2007-2010)

Indice di case-mix	2007	2008	2009	2010
PSA	1,011	1,013	1,014	1,015
PFPM residenti	0,750	0,747	0,729	0,728
PFPM non residenti	0,898	0,878	0,910	0,893

Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Per le regioni partecipanti che hanno calcolato l'indicatore ICM risulta per i PSA un ICM in lieve crescita negli anni 2007-2009 mentre per il 2010 l'indice rimane sostanzialmente invariato, ad eccezione della Valle d'Aosta che registra ancora un incremento (+0,9%); per i PFPM residenti si osserva una certa difformità non soltanto tra le realtà regionali ma anche all'interno delle stesse, come ad esempio la Valle d'Aosta che dopo un iniziale incremento registrato nel 2008 (+8,4%) mostra un consistente decremento nel 2010 (-12%) e di segno opposto la Liguria, -1,5% nel 2008 e +2,3% nel 2010; per i PFPM non residenti si registra un andamento simile a quello della componente residente, con alcune realtà, quali le PA di Bolzano e Trento, la Liguria e l'Emilia-Romagna, che mostrano un ICM in crescita nel quadriennio a fronte delle restanti Regioni che presentano invece nell'ultimo anno una variazione di segno opposto (fig.54).

Fig. 54 – Serie storica dell'Indice di case mix per ricoveri per acuti in regime ordinario per regione e cittadinanza (v.a., anni 2007-2010)



Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas) e Regioni

Quanto si spende per erogare l'assistenza sanitaria agli immigrati?

Per disporre di una stima della spesa complessiva dell'assistenza ospedaliera erogata ai tre gruppi di popolazione, che comprenda, oltre al valore tariffario anche gli ulteriori costi che le Regioni sostengono, è necessario disporre della quota del complessivo finanziamento del sistema sanitario destinato all'assistenza ospedaliera, il cui valore programmato è pari, come indicato in precedenza, al 44% del FSN indistinto.

Sono stati calcolati gli indicatori:

- E5. Stima della spesa dei ricoveri per cittadinanza e tipo di ricovero (in base alla quota del FSN destinata ai ricoveri)
- E6. Stima della spesa media per ricovero per cittadinanza e tipo di ricovero (in base alla quota del FSN destinata ai ricoveri)

Ai fini della corretta interpretazione dei dati giova ricordare che la spesa per i ricoveri dei PFPM non residenti include quella relativa a programmi di cooperazione internazionale (con ricoveri generalmente ad elevato costo) che non dovrebbero essere ricompresi nell'analisi dei fenomeni legati all'immigrazione, rispetto ai quali però a livello nazionale non sono disponibili informazioni che ne consentano l'esclusione dalle analisi. La spesa relativa ai PFPM non residenti, quindi, è da ritenere sovrastimata.

Indicatore E5 - Stima della spesa relativa ai ricoveri per cittadinanza e tipo di ricovero

Nell'ipotesi che la spesa sia proporzionale al numero di ricoveri opportunamente ponderato, la spesa per ciascun gruppo di popolazione si ottiene rapportando il valore del finanziamento relativo all'assistenza ospedaliera per l'anno di indagine al numero ponderato di ricoveri della popolazione di interesse. La ponderazione dei ricoveri deve essere effettuata sulla base del valore tariffario dei ricoveri. Il finanziamento complessivo per i ricoveri ospedalieri dovrà essere suddiviso tra i tre gruppi di popolazione in proporzione alla quota assorbita da ciascun gruppo (e per le singole tipologie di ricovero) rispetto al complessivo valore dei ricoveri, ottenuto applicando le tariffe.

La stima della spesa per i ricoveri ospedalieri per cittadinanza e tipo di ricovero è riportata nella **tabella 22**.

Tab. 22 - Spesa per i ricoveri ospedalieri per cittadinanza e tipologia di ricovero (v.a. e %, anno 2010)

Tipologia di ricovero	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti	TOTALE
Acuti	39.660.110.067	1.448.870.848	152.359.861	41.261.340.776
	87,4%	3,2%	0,3%	91%
Post-Acuzie	4.045.240.990	62.199.376	6.437.935	4.113.878.300
	8,9%	0,1%	0,0%	9%
TOTALE	43.705.351.056	1.511.070.224	158.797.796	45.375.219.076
	96,3%	3,3%	0,3%	100,00%

Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

Se osserviamo la distribuzione per gruppo di popolazione, si stima che la spesa complessiva per i ricoveri ospedalieri è assorbita per il 96,3% dai PSA e può essere scomposta nella componente destinata ai ricoveri per acuti 87,4% e post-acuzie 8,9%; per il 3,3% dai PFPM residenti e solo per lo 0,3% è destinato ai PFPM non residenti. Esigie risultano essere le percentuali di spesa destinate ai ricoveri in lungodegenza e riabilitazione nella popolazione PFPM residente e non residente.

Indicatore E6 - Stima della spesa media per singolo ricovero per cittadinanza

Dopo aver determinato la spesa per i ricoveri ospedalieri per cittadinanza e tipo di ricovero è possibile stimare la spesa per singolo ricovero, rapportando la spesa di ciascun gruppo di popolazione al relativo numero di ricoveri (**tab. 23**). L'indicatore, considerando l'esiguità dei ricoveri post-acuti per i PFPM, viene proposto solo in relazione ai ricoveri per acuti.

Si evidenzia che la spesa media per ricovero per acuti dei PFPM, sia residenti che non residenti, risulta inferiore a quella dei PSA rispettivamente del 24% e del 6%.

Tab. 23 - Stima della spesa media per ricovero per acuti per cittadinanza (v.a., anno 2010)

	PSA	PFPM residenti	PFPM non residenti	Popolazione totale
Acuti	3.990	3.024	3.758	3.945

(*) include ricoveri legati a programmi di cooperazione internazionale

Fonte: SDO Italia, Ministero della Salute (elaborazione Agenas)

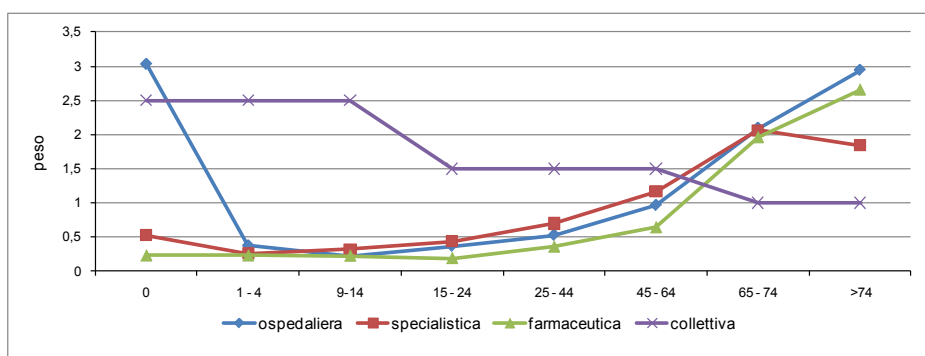
Quale sarebbe il volume di risorse necessario per assicurare l'assistenza sanitaria agli immigrati non residenti?

Il Fondo Sanitario Nazionale viene ripartito tra le Regioni sulla base della popolazione residente effettiva e/o ponderata in base a indicatori relativi ai consumi per classe di età specifici per alcuni Livelli Essenziali di Assistenza. I “pesi” relativi ai consumi per i diversi LEA evidenziano che la spesa sanitaria è inferiore nelle classi di età più giovani ed aumenta al crescere dell'età (fig. 55). Anche le Regioni adottano analoghi criteri per la ripartizione dei fondi destinati alla sanità tra le proprie aziende sanitarie.

Applicando lo stesso criterio, se fosse nota la popolazione PFPM non residente, considerando gli immigrati non residenti quali cittadini per i quali deve essere prevista una quota capitaria intera come per i cittadini italiani, sarebbe possibile stimare le risorse che dovrebbero teoricamente essere stanziare per erogare l'assistenza sanitaria.

Poiché non è nota la numerosità della popolazione PFPM non residente, non è possibile stimare le risorse necessarie, tuttavia, a favore della sostenibilità dell'assistenza sanitaria dei PFPM non residenti, si deve ricordare che in passato, per la regolarizzazione dei lavoratori stranieri immigrati, è stato condiviso da Regioni, Ministero della salute e Ministero dell'economia il criterio della valutazione dei costi basata sui “pesi” relativi ai consumi per i diversi LEA.

Fig. 55 – Pesi per classe di età determinati in base ai differenti consumi rilevati



Fonte: Ministero della Salute, Regione Toscana

3.3.3 Estensione della valutazione economica a ulteriori tipologie di prestazioni: l'esperienza della PA Bolzano

(la versione completa è contenuta nel CD allegato al volume)

Nella PA di Bolzano è disponibile²⁰ dal 2004 una base dati, costituita da record individuali anonimizzati, con informazioni anagrafiche, epidemiologiche ed economiche relative a tutta la popolazione assistita ed a tutte le prestazioni sanitarie erogate. È stato quindi possibile ricostruire i costi individuali attribuiti in termini di tariffa delle prestazioni (assistenza ospedaliera e specialistica), di spesa sostenuta (assistenza farmaceutica, assegno di non autosufficienza) o di spesa stimata (erogazione di presidi sanitari), di seguito riportati per l'anno 2010.

L'importo totale della spesa e del valore tariffario delle prestazioni erogate ammonta a circa 738 milioni di Euro. Il 46,3% dell'importo è generato dai ricoveri ospedalieri, il 27,5% dagli assegni di cura. Spesa farmaceutica (11,8%) e assistenza specialistica (11,3%) si equivalgono mentre alla spesa per presidi sanitari spetta la quota minore (3,1%).

²⁰ Osservatorio Epidemiologico della Provincia Autonoma di Bolzano. Mappatura patologie croniche <http://www.provincia.bz.it/oep/registri-patologia/mappatura-patologie-croniche.asp>

Ai residenti PFPM sono state erogate prestazioni per un valore di circa 20,5 milioni di Euro, pari al 2,8% dell'importo complessivo (il 3,6% escludendo la spesa in assegni di cura per la non autosufficienza). La spesa imputabile a cittadini PFPM non residenti è pari a circa un milione di Euro (0,1% del totale), l'86,4% generato da ricoveri ospedalieri (tab. 24).

Tab. 24 – Valore tariffario delle prestazioni per tipologia e cittadinanza (in migliaia di Euro e %, anno 2010)

Tipologia di prestazione	PSA		PFPM residenti		PFPM non residenti		Totale
		%		%		%	
Ricoveri di acuti	293.327	95.6	12.733	4.1	905	0.3	306.965
Ricoveri di post acuti	34.224	98.9	376	1.1	-	0.0	34.600
Assistenza farmaceutica	84.649	97.5	2.088	2.4	73	0.1	86.811
Assistenza specialistica	79.539	95.5	3.715	4.5	58	0.1	83.313
Presidi sanitari	22.638	98.0	452	2.0	10	0.0	23.100
Non autosufficienza	201.844	99.5	1.080	0.5	2	0.0	202.926
TOTALE	716.222	97.1	20.445	2.8	1.048	0.1	737.715

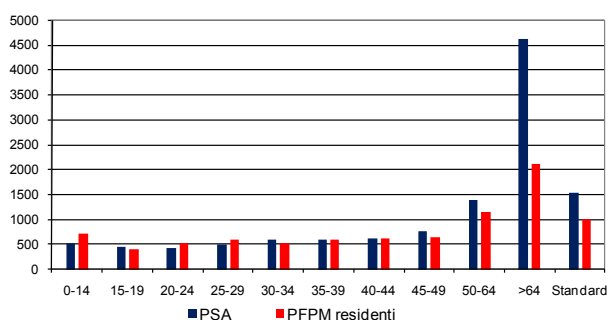
Fonte: PA Bolzano - Osservatorio Epidemiologico Provinciale

I residenti PFPM sono 29.300, pari al 5,9% della popolazione provinciale (500.000). La spesa media per residente è pari a 699 Euro nel caso della popolazione PFPM e 1.522 per la popolazione PSA.

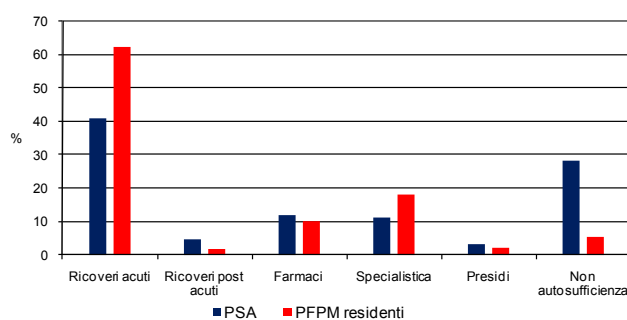
Nel caso della popolazione PFPM residente i ricoveri per acuti spiegano oltre il 60% dei costi complessivi, mentre nella popolazione PSA sono poco più del 40%. Nella popolazione PSA è più elevata la quota costituita dagli assegni di cura per la non autosufficienza.

Il divario tra i costi standardizzati per sesso ed età, sostenuti a favore delle popolazioni PFPM e PSA, è significativo ($p < 0,0001$). In particolare la spesa è significativamente più elevata nella popolazione PFPM nella classe di età 0-14 anni ($p < 0,01$) e 20-24 anni ($p < 0,05$), in quella PSA nelle classi di età 30-34 anni ($p < 0,05$) ed a partire dai 65 anni di età ($p < 0,0001$).

Fig. 56 - Spesa per classe di età e valore standardizzato. Anno 2010 **Fig. 57 - Distribuzione della spesa per categorie. Anno 2010**



Fonte: PA Bolzano - Osservatorio Epidemiologico Provinciale



Fonte: PA Bolzano - Osservatorio Epidemiologico Provinciale

Il divario tra i costi standardizzati per sesso ed età è significativamente differente nelle diverse categoria di spesa ($p < 0,0001$). Per i ricoveri la spesa media è di 696 Euro/residente nella popolazione PSA, 448 Euro/residente in quella PFPM. La spesa farmaceutica per residente è pari a 180 Euro nella popolazione PSA ed a 71 Euro in quella PFPM, 169 Euro/residente la spesa specialistica nella popolazione PSA, 127 Euro in quella PFPM.

Nella PA Bolzano la spesa per l'assistenza sanitaria ai residenti è caratterizzata dalla diversa struttura per età delle popolazioni PFPM e PSA e dai comportamenti riproduttivi e migratori.

Nella popolazione più anziana, prevale la quota di residenti PSA. Gli anziani della popolazione PFPM appaiono inoltre in migliori condizioni di salute, con un più basso consumo di risorse. È lecito pensare che, al peggiorare delle condizioni di salute i residenti PFPM rientrino nei paesi di origine.

Il secondo elemento che caratterizza i costi assistenziali è legato alla riproduttività, molto elevata nella popolazione PFPM (TFT 2,9 vs 1,5) e con picco della fecondità specifica tra i 20 ed i 24 anni (30-34 anni tra le donne PSA).

Il terzo elemento è sempre legato alla fecondità: quasi un quarto dei residenti 0-14 anni appartiene alla popolazione PFPM. In questa fascia d'età le condizioni di salute della popolazione PFPM appaiono peggiori, caratterizzate da una maggiore spesa per farmaci.

Se si considera la sola spesa per ricoveri, la quota a favore della popolazione PFPM è pari al 3,8%, che scende al 3,6% computando anche le altre voci di spesa (eccetto l'assegno di non autosufficienza). L'assistenza ospedaliera ed il ricorso ai servizi specialistici rappresentano le maggiori voci di spesa per la popolazione PFPM.

3.3.4 Conclusioni

Le analisi svolte dimostrano che, con riferimento al livello ospedaliero, l'assorbimento di risorse è differente tra i tre gruppi di popolazione, e le differenze possono essere attribuite solo in parte alla differente composizione demografica.

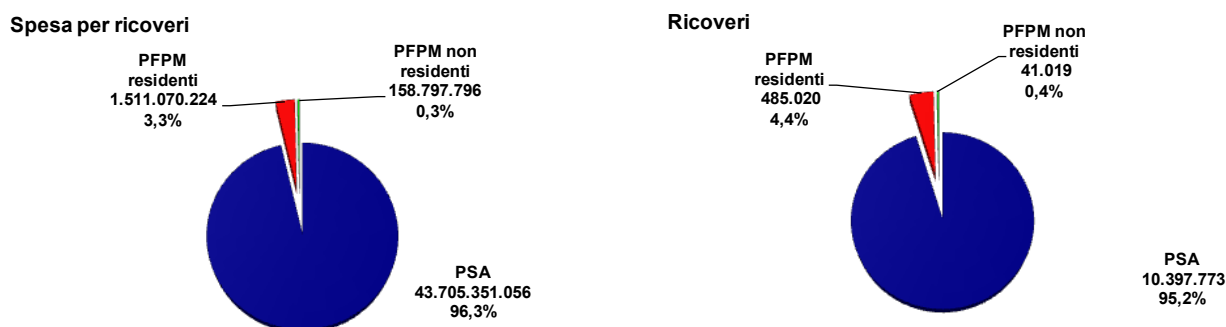
Si può ragionevolmente affermare che i PFPM consumano meno risorse sanitarie rispetto ai PSA: si ricoverano meno (e quasi esclusivamente in strutture per acuti), presentano una casistica di minore complessità assistenziale e i ricoveri hanno un valore tariffario medio inferiore. In particolare, i PFPM residenti, avendo un tasso di ospedalizzazione standardizzato più basso, consumano meno risorse rispetto ai PSA.

L'Indice di Case-Mix ed il valore tariffario medio dei ricoveri dei PFPM sono inferiori a quello dei PSA, tuttavia per i PFPM non residenti entrambi gli indicatori risultano superiori a quelli dei PFPM residenti. La quota di spesa assorbita dai PFPM non residenti, comprendendo anche i ricoveri legati a programmi di cooperazione internazionale, stimata in 159 milioni di euro, rappresenta circa lo 0,4% della complessiva spesa per i ricoveri ospedalieri (fig. 58).

L'estensione della valutazione economica a ulteriori tipologie di prestazioni svolta presso la PA di Bolzano conferma il maggiore assorbimento di risorse da parte dei PSA, salvo alcune eccezioni per alcune fasce di età e con riferimento alle diverse tipologie di prestazioni analizzate.

Non è possibile determinare l'entità delle risorse per l'assistenza sanitaria agli immigrati non residenti in quanto non è nota la loro numerosità tuttavia, a favore della sostenibilità, si ricorda che il criterio, della valutazione dei costi basata sugli elementi informativi relativi alla quota capitaria per sesso e fascia di età, è stato adottato in passato per la regolarizzazione dei lavoratori stranieri immigrati ed è condiviso da Regioni, Ministero della salute e Ministero dell'economia.

Fig. 58 – Ricoveri e spesa per ricoveri per cittadinanza (v.a. e %, anno 2010)



3.4 Sviluppo nuovi indicatori per caratterizzare il profilo di salute della popolazione immigrata

Al fine di caratterizzare ulteriormente il profilo di salute della popolazione immigrata si è proceduto ad esplorare altri flussi informativi sanitari, quali il flusso dell'emergenza-urgenza, della farmaceutica e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

L'obiettivo è quello di individuare un set di indicatori calcolabili da tutte le regioni secondo la metodologia in uso presentata nel paragrafo precedente.

Il gruppo di lavoro ristretto a cui è stata affidata tale attività è costituito dai referenti del progetto della Regione Emilia-Romagna, della Regione Puglia, della Regione Lazio, della Regione Piemonte, della AUSL di Cesena e della AUSL di Reggio Emilia, quest'ultima con il ruolo di capofila.

Flusso informativo Emergenza e Urgenza - Accesso al Pronto Soccorso

A partire dall'analisi del quadro legislativo nazionale e regionale (limitatamente alle Regioni/PA coinvolte nel gruppo di lavoro), si è deciso di concentrare l'attenzione sul flusso dell'emergenza urgenza e nello specifico sull'accesso al Pronto Soccorso. La ragione principale è che in tale flusso il campo "cittadinanza" – necessario per individuare le sottopopolazioni secondo la metodologia utilizzata - è presente ed ha una qualità di compilazione relativamente buona, almeno nelle Regioni/PA del gruppo di lavoro. Nella Regione Puglia il flusso dell'emergenza urgenza è stato implementato recentemente, per cui non è stato possibile raccogliere informazioni sulla sua qualità.

Indicatori

Il set di indicatori presentato per analizzare l'accesso al Pronto Soccorso è il risultato di un percorso iniziato con l'analisi della letteratura e proseguito con la sperimentazione da parte delle Unità Operative del gruppo di lavoro di varie versioni. La versione finale è stata utilizzata per il calcolo degli indicatori per l'anno 2010.

Il flusso di riferimento utilizzato è quello nazionale²¹. Sono stati creati due gruppi di indicatori, il gruppo A calcolabile anche in assenza della distribuzione per età, sesso e cittadinanza della popolazione immigrata residente e il gruppo B, che include indicatori per il cui calcolo è necessario disporre di questo tipo di informazione. Gli indicatori proposti descrivono le differenze tra PSA e PFPM, rispetto al volume, alla gravità, all'appropriatezza e alla causa di accesso, oltre che all'esito della prestazione in Pronto Soccorso.

Sulla scorta dell'esperienza realizzata per i 36 indicatori base, è stata realizzata un format in excel (contenuta nel CD allegato al volume) per facilitare e standardizzare il calcolo degli indicatori proposti.

La **Tabella 25** riporta l'elenco degli indicatori, specificando la descrizione, la formula per il calcolo e il loro significato. Seguono alcuni esempi di calcolo realizzati sulla base dei dati forniti dai referenti del gruppo di lavoro.

Al fine di fornire un'interpretazione corretta dei risultati è importante verificare se, all'interno della propria organizzazione o sistema sanitario, esistano dei punti di accesso diretto a Pronto Soccorso specialistici che non utilizzano tale flusso informativo per registrare gli accessi.

²¹ DM 17.12.2008 Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza urgenza.

Tab. 25 - Elenco degli indicatori proposti per analizzare l'accesso al Pronto Soccorso (PS)

Indicatore#	descrizione	formula di calcolo	significato
A1 ^s	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza e genere, erogati dalle strutture della Regione	N. di accessi dei PSA, dei PFPM residenti (in Italia/ PSA) e PFPM non residenti (in Italia/PSA)/ N. totale di accessi erogati nella Regione * 100, per genere	Fornisce indicazioni sulla diversa composizione dell'utenza del PS (della specifica regione), suddivisa per genere e cittadinanza
A2	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza e genere, dei residenti nella Regione	N. di accessi al PS dei PSA residenti in regione, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere e cittadinanza.
A3	N. e proporzione di accessi al PS per cittadinanza, genere e classi di età	N. di accessi al PS per genere e classi di età PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, classi di età e cittadinanza.
A4	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e modalità di invio	N. di accessi al PS per genere e modalità di invio PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza e modalità di invio.
A5	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e codice colore al triage	N. di accessi al PS per genere e codice colore in entrata PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza e codice colore assegnato al momento del triage.
A5.1	Rapporto per genere tra % codici bianchi al triage di PFPM e di PSA	per genere, rapporto tra % di codici bianchi in entrata PFPM e % di codici bianchi in entrata PSA	È una misura che confronta la diversa propensione all'accesso con codice bianco assegnato al triage tra PFPM (numeratore) e PSA (denominatore)
A6	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e livello di appropriatezza di accesso (codice colore in uscita)	N. di accessi al PS per genere e livello di appropriatezza PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza e codice colore assegnato al momento della dimissione.
A6.1	Rapporto per genere tra % codici bianchi in uscita di PFPM e di PSA	per genere, rapporto tra % di codici bianchi in uscita PFPM e % di codici bianchi in uscita PSA	È una misura che confronta la diversa propensione all'accesso con codice bianco valutato dal medico dopo la visita tra PFPM (numeratore) e PSA (denominatore)

Indicatore#	descrizione	formula di calcolo	significato
A7	N. e proporzione di accessi al PS di PFPM, per genere e per nazionalità ° (prime 10 + altro)	N. di accessi al PS per genere e nazionalità PFPM residenti nella Regione / n. totale accessi al PS dei PFPM residenti nella Regione * 100	Elenco delle prime dieci nazionalità (appartenenti al gruppo PFPM) in ordine di frequenza di accesso. Ci sono tre diversi ordinamenti: uno per ciascun sesso e quello considerando entrambi i sessi.
A8	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e diagnosi principale	N. di accessi al PS per genere, cittadinanza e diagnosi principale PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza e diagnosi principale assegnata. Le diagnosi sono classificate utilizzando l'ICD9-CM-2002 (grandi capitoli)
A9	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e problema principale	N. di accessi al PS per genere, cittadinanza e problema principale PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza e problema principale riscontrato/percepito al momento del triage.
A9.1	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere e tipo di trauma	N. di accessi al PS per genere cittadinanza e tipo di trauma PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi per trauma al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Nel caso il problema principale sia un trauma, indica la tipologia di trauma rilevato per genere e cittadinanza.
A10	N. e proporzione di accessi al PS, per cittadinanza, genere ed esito	N. di accessi al PS per genere, cittadinanza ed esito dei PSA, PFPM residenti nella Regione / N. totale accessi al PS dei PSA, PFPM residenti nella Regione * 100	Fornisce indicazioni sugli accessi dei residenti al PS, suddivisi per genere, cittadinanza ed esito dei trattamenti effettuati al PS.
B1	Tasso grezzo di accesso al PS dei residenti, per cittadinanza e genere	N. di accessi al PS dei PSA e dei PFPM residenti nella Regione / N. totale di PSA e PFPM residenti nella Regione * 1.000/anno.	Fornisce informazioni sul numero di accessi per 1.000 residenti per genere e cittadinanza.
B2	Tasso standardizzato di accesso al PS dei residenti, per cittadinanza e genere	Standardizzazione diretta	Fornisce informazioni sul numero di accessi per 1.000 residenti per genere e cittadinanza, aggiustato per struttura per età.

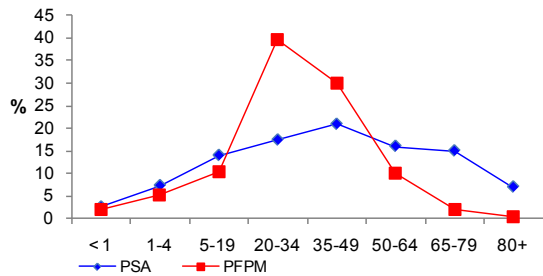
La fonte utilizzata per il calcolo degli indicatori è il Flusso Emergenza Urgenza – tracciato PS. Per il calcolo dell'indicatore B2, oltre alla fonte citata, è necessario disporre della popolazione suddivisa per età, sesso e cittadinanza, desumibile dal database dell'Anagrafe Assistiti qualora disponibile.

§ Per il calcolo dell'indicatore A1 utilizzare il database dell'offerta. Per i restanti indicatori il database da utilizzare è quello della domanda, esclusa la mobilità passiva.

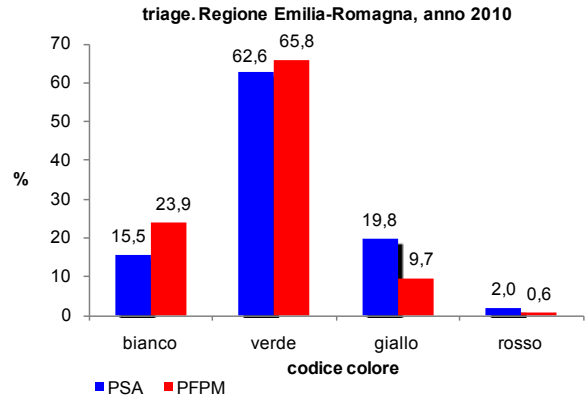
° La nazionalità corrisponde alla cittadinanza. Il termine è stato utilizzato per distinguere questa variabile dalla variabile "cittadinanza" che in realtà identifica i PSA e i PFPM

Esempi di calcolo degli indicatori

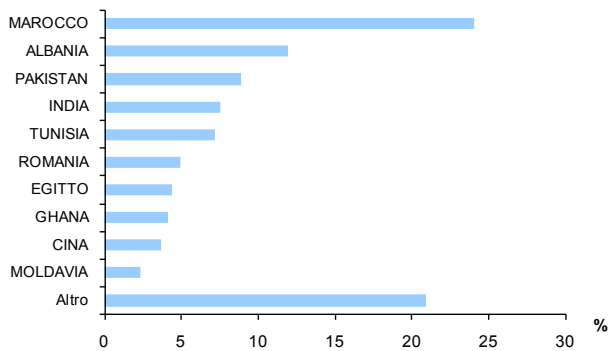
Indicatore A3: proporzione di accessi al Pronto Soccorso dei maschi residenti, per cittadinanza e classe di età. Regione Lazio, anno 2010



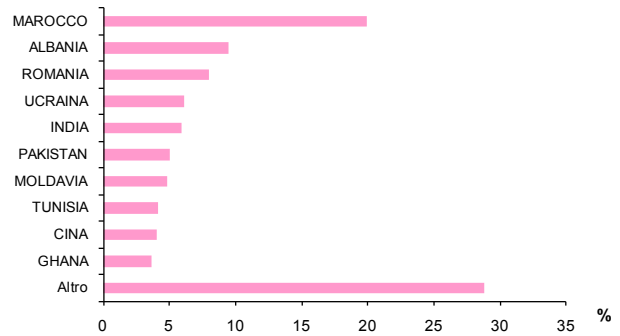
Indicatore A5: proporzione di accessi al Pronto Soccorso dei residenti maschi, per cittadinanza e codice colore al triage. Regione Emilia-Romagna, anno 2010



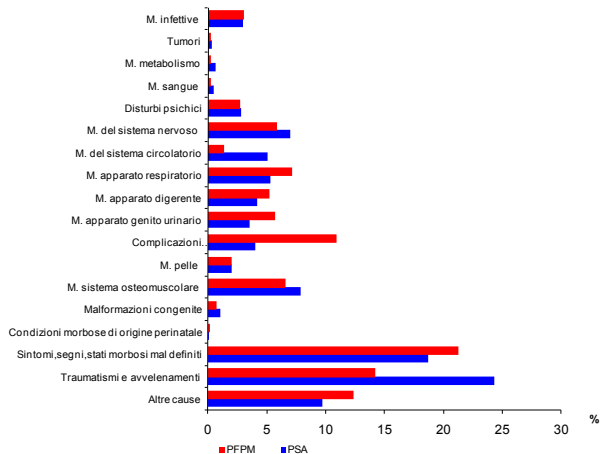
Indicatore A7: distribuzione proporzionale dei maschi residenti PFFPM per nazionalità. AUSL Reggio Emilia, anno 2010



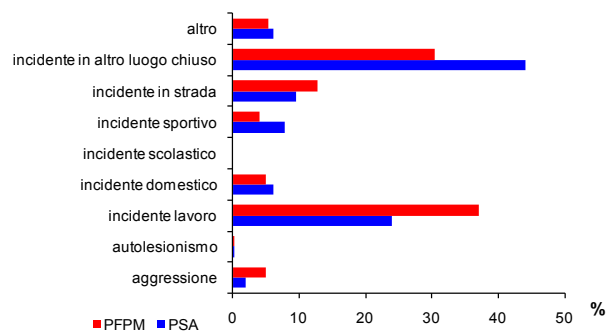
Indicatore A7: distribuzione proporzionale delle femmine residenti PFFPM e nazionalità. AUSL Reggio Emilia, anno 2010



Indicatore A8: distribuzione proporzionale delle femmine residenti per causa di accesso e cittadinanza. Regione Piemonte, anno 2010



Indicatore A9.1: proporzione di accessi dei maschi residenti per cittadinanza e tipo di trauma. AUSL Cesena, anno 2010



Esistono alcune differenze in termini di opportunità di calcolo e di classificazioni delle variabili utilizzate tra le Regioni che hanno calcolato gli indicatori (Regioni Lazio, Piemonte e Emilia-Romagna, inclusa AUSL di Cesena). La sperimentazione da parte delle altre Regioni che hanno aderito in tempi diversi al progetto permetterà di accertare se effettivamente possano costituire uno strumento condivisibile per confrontare il volume e le caratteristiche degli accessi al Pronto Soccorso differenziati per cittadinanza.

Flussi informativi della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale

Per questi flussi informativi ci si è limitati all'analisi comparativa dei tracciati tra il livello nazionale e quello regionale, limitatamente alle Regioni/PA aderenti al gruppo di lavoro. Per il flusso della specialistica ambulatoriale, il flusso delle Regioni/PA aderenti all'area tematica include ulteriori informazioni rispetto a quelle richieste dall'ex art. 50.

Nel caso di questi due flussi informativi non si è proceduto allo sviluppo di nuovi indicatori, in quanto si rendono necessarie ulteriori considerazioni e approfondimenti sulle loro caratteristiche.

Nel flusso della Farmaceutica Convenzionata, il campo "cittadinanza" contiene molti missing e i flussi informativi dell'Erogazione Diretta dei Farmaci e dell'Erogazione in Ambito Ospedaliero non sono stati attivati in tutte le Regioni/PA del gruppo di studio. Inoltre il flusso dell'erogazione dei farmaci in ambito ospedaliero - laddove esiste - ha come unità statistica il reparto di erogazione.

In mancanza di informazioni attendibili sulla cittadinanza, è possibile individuare le due sottopopolazioni a partire dal Paese di nascita, desunto a sua volta dal codice fiscale.

È possibile inoltre utilizzare una metodologia analoga a quella riportata in questo documento, ma assegnando la cittadinanza a partire dalle informazioni contenute nell'Anagrafe Sanitaria degli Assistiti eventualmente disponibile nella Regione/PA.

Per quel che concerne l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, non si è approfondita l'analisi del flusso in quanto, - come evidenziato da Agenas²² - esistono delle differenze tra le codifiche e le denominazioni utilizzate dai nomenclatori tariffari regionali. Tale disomogeneità rende complicata lo sviluppo di indicatori che permettano il confronto tra Regioni. Si rendono necessari ulteriori studi per individuare un denominatore comune nella classificazione delle prestazioni erogate.

A titolo esemplificativo, riportiamo i riferimenti di tre documenti/pubblicazioni che contengono al loro interno indicatori sull'accesso alle prestazioni ambulatoriali e sull'erogazione dei farmaci e che considerano le differenze tra cittadini di Paesi a Sviluppo Avanzato e di Paesi a Forte Pressione Migratoria.

- Il profilo di salute degli stranieri a Modena. <http://www.sociale.provincia.modena.it/alle-gato.asp?ID=141313>
- La valutazione dell'uso dei farmaci nella popolazione immigrata in ambito territoriale. www.epicentro.iss.it/farmaci
- Il profilo di salute della popolazione immigrata in provincia di Bolzano (dati in corso di pubblicazione).

²² Agenas "Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali. Variabilità ed impatto economico dei nomenclatori tariffari regionali al 31 dicembre 2009". Roma, 2010.

3.5 La salute della popolazione immigrata in Europa: definizioni, fonti dei dati ed epidemiologia

Per il monitoraggio e il confronto delle caratteristiche del fenomeno migratorio è fondamentale disporre di dati confrontabili e facilmente acquisibili. I problemi maggiormente riscontrati nel confronto di dati tra i paesi europei riguardano diversi ambiti: l'eterogeneità delle definizioni, le differenze nelle popolazioni immigrate e nelle loro condizioni di vita all'interno e tra i paesi di destinazione, la disponibilità e l'accessibilità dei dati nonché la diversità delle fonti e dei metodi di rilevazione. Maggiori informazioni rispetto a quelle qui di seguito riportate sono contenute nel CD allegato al volume.

1) Popolazione: definizioni, caratteristiche chiave e disponibilità di dati utili all'identificazione della popolazione immigrata

In ambito internazionale ed europeo esiste una forte eterogeneità ed ambiguità nella **definizione** della popolazione immigrata, oltre che nella terminologia usata per riferirsi ad essa; ciò in parte è spiegato dalla difficoltà di incontrarsi e collaborare delle diverse discipline coinvolte e in parte riflette differenti contesti storici, legislativi e politici, nonché regimi di *welfare* e tradizioni statistiche (Ingleby 2009). Da qui è nata l'esigenza di glossari specifici sul fenomeno migratorio (IOM 2011, EMN 2001).

Con il termine **migranti** (*ingl: migrant*) si fa riferimento a persone che lasciano il proprio paese per stabilirsi in un altro. In particolare, quando il punto di vista è quello del paese d'arrivo o di destinazione, si usano rispettivamente i termini **immigrati** (*ingl: immigrant*) e **emigrati** (*ingl: emigrant*). Un termine ancora più ampio è quello di **popolazione con background migratorio** (*ingl: population with migrant background*), che comprende sia la **prima generazione** (*ingl: first generation/ International/ foreign-born migrants*), ossia la popolazione immigrata in senso stretto, che la **seconda generazione** (*ingl: second generation*), costituita dai nati nel paese ospitante con almeno un genitore immigrato.

Le **raccomandazioni internazionali** sul Censimento della Popolazione (UN 2008; EC 2008; UNECE 2006; UN 1998²³) forniscono indicazioni sulla definizione della popolazione migrante che i paesi membri devono adottare in occasione dei censimenti: si parla di una migrazione internazionale quando una persona cambia il proprio paese di *residenza abituale*. Al fine di produrre dati coerenti con gli standard internazionali in Italia, come in altri paesi europei, le statistiche sui flussi migratori basate su fonti amministrative fanno riferimento alla popolazione legalmente residente²⁴.

Negli studi statistici ed epidemiologici gli immigrati vengono generalmente identificati in riferimento alle loro "origini" più che alle esperienze migratorie in senso stretto. I **concetti chiave** più spesso utilizzati per dare una definizione operativa al termine "origine" sono:

- il **paese di nascita**, da cui si individuano i nativi (*native-born*) ed i nati all'estero (*foreign-born*)
- la **cittadinanza** (alla nascita o acquisita) che permette di distinguere tra cittadini della nazione (*citizens* oppure *nationals*) e stranieri (*foreigners*)

²³ New York and Geneva: United Nations; UN (2008): United Nations: Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses. Revision 2. New York.; EC (2008). Regulation (EC) No 763/2008 of the European Parliament and of the Council of 9 July 2008 on population and housing censuses, Brussels: European Commission; UNECE (2006): Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing. UN (1998): Recommendations on Statistics of International Migration. Revision 1. New York.

²⁴ Corrisponde al concetto statistico di popolazione de jure e non tiene conto della condizione legale (essere in possesso di un titolo legale a risiedere nel Paese), ma si limita al requisito oggettivo della residenza. Esistono tuttavia differenti criteri per definire in modo operativo il concetto di residenza abituale (es: residenza in un periodo continuo di almeno 12 mesi - precedenti la data del Censimento, oppure arrivo nel luogo di residenza abituale durante i 12 mesi precedenti, e altre ancora), ognuno dei quali produce differenti stime degli stock di popolazione. L'Italia non adotta nessun criterio temporale e le migrazioni internazionali misurate conteggiando le registrazioni e le cancellazioni dovute al cambio di residenza rispettivamente da e per un paese estero sono considerate assimilabili alle long-term migration così come definite dalle Nazioni Unite.

- **origini etniche** (*ethnicity*) delle persone in questione o simili caratteristiche dei loro genitori
- **background migratorio** (*migratory background*), termine spesso utilizzato per indicare persone appartenenti alla prima e le seconde generazioni di immigrati.

Nonostante le raccomandazioni europee abbiano nel tempo enfatizzato la necessità di raccogliere in modo armonico i dati rilevanti per lo studio dei fenomeni migratori, le soluzioni per la definizione operativa degli immigrati sono ancora guidate da esigenze politiche, amministrative, legislative specifiche per ogni paese, nonché dalla tipologia delle fonti dati utilizzate e dalla modalità di rilevazione. Queste differenze rendono ancora relativamente difficile il confronto del fenomeno migratorio tra paesi (Nielsen 2009, Cacciani 2010) anche se si stanno compiendo dei passi avanti in questa direzione.

In **Italia** per la maggior parte dei dati correntemente raccolti per scopi amministrativi o di indagine è disponibile sia il paese di nascita che la cittadinanza, ma la variabile prevalentemente utilizzata è la cittadinanza. Ciò avviene per differenti motivi: 1) finché è in vigore lo *ius sanguinis*²⁵ l'acquisizione della cittadinanza italiana è molto difficile, per cui nella gran maggioranza dei casi l'immigrato mantiene la cittadinanza del paese d'origine; 2) l'Italia è stato storicamente un paese di emigrazione e quindi molti cittadini italiani sono nati all'estero: il paese di nascita identificherebbe molti "falsi immigrati"; 3) nei flussi informativi demografici e socio-sanitari non viene rilevata l'appartenenza etnica ma, eventualmente il paese di nascita, residenza e cittadinanza.

Nel contesto europeo²⁶, l'Italia non è il solo paese a privilegiare la variabile cittadinanza, altri esempi sono rappresentati da Germania, Austria, Belgio, Spagna, mentre l'utilizzo del paese di nascita rappresenta una pratica comune nei paesi di più antica tradizione immigratoria, come ad esempio la Francia e la Norvegia.

Nei paesi anglosassoni e in qualche altro paese europeo si fa spesso riferimento all'affiliazione etnica. Nel Regno Unito le comunità di migranti si sono in gran parte formate attraverso le migrazioni dalle precedenti colonie dopo la Seconda Guerra Mondiale e si riferiscono ai "*black and minority ethnic*" groups (BME) piuttosto che ai migranti, e gli immigrati che si sono stabilizzati nel tempo non sono più considerati "migranti" (Ingleby 2009). Sempre in Gran Bretagna, la variabile etnia è costruita tenendo conto di più informazioni: paese di nascita (individuale e/o genitori), colore (*White, Black, British*), origine geografica (India, Pakistan), gruppo razziale e religione (Singleton 2010). Altri paesi europei che raccolgono informazioni circa l'etnia e/o le minoranze etniche, come ad esempio l'Austria, la Finlandia, l'Estonia, e altri paesi dell'Europa orientale, dichiarano tuttavia particolari accorgimenti per l'utilizzo e il trattamento di informazioni di dati sensibili e molto spesso la compilazione del campo "etnia" non è obbligatoria. Per alcuni paesi, come ad esempio Francia, Svezia e Germania, il focus sull'etnia è considerato non necessario o addirittura da evitare (Ingleby 2009). Nei Paesi Bassi il termine "*allochtonen*" ("di origine straniera") è stato creato in contrasto al termine "autoctono", e serve per identificare tutti gli immigrati e le generazioni successive. Tale classificazione si basa sul paese di nascita del soggetto e dei suoi genitori, e chi ha almeno un genitore nato all'estero è definito come "*allochtonen*" (Ingleby 2009).

Ogni differente definizione presenta alcuni vantaggi e alcuni limiti. L'utilizzo della cittadinanza ha il limite di non considerare le naturalizzazioni inoltre è di incerta attribuzione in caso di doppia cittadinanza. Infine, la regolazione relativa all'attribuzione della cittadinanza può cambiare nel tempo e, a livello internazionale, i confronti risultano indeboliti dalle specificità di ciascun paese in tema di

²⁵ Tuttavia in Italia si sta già ragionando sull'opportunità di utilizzare una definizione più ampia del contingente di persone con background migratorio, in quanto le prime coorti di stranieri nati in Italia stanno progressivamente acquisendo la cittadinanza italiana. Inoltre in ambito politico è oggetto di dibattito che lo *ius sanguinis* venga abbandonato in favore dello *ius soli*. (Repubblica, febbraio 2003). http://www.repubblica.it/politica/2011/11/22/news/napolitano_follia_no_cittadinanza_a_bimbi-25399147/index.html?ref=search

²⁶ Il documento più esteso nel cd allegato contiene una tavola sinottica (tabella1) dei campi chiave utilizzati per caratterizzare la popolazione nello studio dei fenomeni migratori derivanti da database amministrativi e/o statistici, utilizzando le informazioni contenute nei Country Report prodotti dal progetto PROMINSTAT dai 27 paesi UE più Norvegia e Svizzera (PROMINSTAT: *Country report 2010*; <http://www.prominstat.eu/drupal/?q=node/139>)

legislazione su trasmissione ed acquisizione della cittadinanza. La variabile paese di nascita offre due vantaggi: il paese di nascita di un individuo non cambia ed è unico. Tuttavia, il gruppo di persone nate all'estero risulta da un lato troppo ampio, in quanto include persone con cittadinanza nel paese e nate all'estero (fenomeno particolarmente presente negli ex paesi coloniali) e, dall'altro, troppo ristretto perché esclude i discendenti di immigrati, la cosiddetta "seconda generazione". Infine, l'etnia, la cittadinanza e il paese di nascita non tengono conto dell'anno di arrivo nel paese ospitante e di altre variabili utili a ricostruire la storia migratoria (es. paese di precedente residenza, motivo della migrazione).

2) Salute immigrati: disponibilità di dati (*register o survey based*) e principali evidenze della letteratura

La disponibilità di dati accurati sulla salute della popolazione immigrata, i determinanti di salute ed il ricorso ai servizi sanitari, sono una condizione essenziale per il monitoraggio e il miglioramento della salute di questa popolazione e la fornitura di servizi sanitari adeguati e accessibili.

La maggior parte dei paesi europei non raccoglie e/o elabora con continuità dati sulla salute o sull'utilizzo dei servizi sanitari secondo le caratteristiche della popolazione immigrata e inoltre le definizioni possono essere molto diverse tra paesi.

Le informazioni riportate di seguito sono state raccolte nell'ambito di due progetti finanziati dalla Commissione europea negli anni 2000:

- Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of Indicators. Migration and Ethnic Health Observatory (MEHO) (coordinato da Erasmus University, Netherlands);
- Promoting Comparative Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe (Prominstat) (coordinato da Bristol University, United Kingdom).

Problemi di definizione e classificazione delle diverse tipologie di immigrati

Oltre al problema dell'individuazione della popolazione immigrata nelle diverse fonti di dati, si aggiungono almeno altre tre complicazioni:

1. impossibilità di distinguere le diverse sotto-categorie (richiedenti asilo politico, migranti irregolari, vittime di tratta, migranti per motivi economici o studenti).
2. impossibilità di ricostruire la storia migratoria (prima, seconda o terza generazione);
3. impossibilità di costruire indicatori con numeratore e denominatore omogenei.

Disponibilità di dati sulla salute ed i servizi sanitari utilizzati dalla popolazione immigrata (*register o survey based*)

I **registri di mortalità** sono generalmente una fonte di buona qualità e sono disponibili in molti paesi. Tuttavia questi dati tendono a sottostimare il fenomeno in quanto una parte di immigrati rientra nel proprio paese in prossimità del decesso (Ingleby 2009).

Anche i **registri delle malattie infettive** sono molto diffusi nei paesi europei: per HIV/AIDS e tubercolosi sono in genere disponibili sistemi di sorveglianza che consentono di monitorare la salute della popolazione immigrata.

In molti paesi europei sono disponibili anche dati da **indagini campionarie** ²⁷ contenenti variabili sulla popolazione migrante. Si tratta sia di indagini specifiche sulla salute, sia di indagini più ampie che includono anche quesiti sulla salute.

I dati raccolti con indagini campionarie possono avere gravi limitazioni per misurare le differenze tra gli immigrati e la popolazione "nativa": bassi tassi di risposta, utilizzo di campioni di piccole dimensio-

²⁷ Il documento più esteso nel cd allegato contiene: una prima tavola sinottica che descrive informazioni disponibili relative a indagini campionarie condotte a livello nazionale e le variabili disponibili relative alla popolazione immigrata (tabella 2) e una seconda tavola riportante le principali indagini campionarie condotte a livello internazionale che raccolgono dati sulla salute e sulla popolazione immigrata (tabella 3) (Fonte: WHO European Observatory on Health Systems and Policies (2011) Migration and Health in the European Union).

ni, utilizzo della sola lingua ufficiale del paese; quesiti soggettivi influenzati dall'autopercezione (su cui le differenze culturali possono avere un effetto distorto nei confronti tra paesi). Il confronto tra paesi risulterebbe particolarmente utile per la pianificazione di interventi di politica sanitaria a livello europeo, nonché per la valutazione della capacità dei sistemi sanitari di rispondere alle esigenze della popolazione immigrata, in particolare quando si analizzano immigrati che provengono dallo stesso paese d'origine.

Dati epidemiologici

Gli studi di **mortalità** per la popolazione immigrata suggeriscono che, dopo una prolungata presenza nel paese di destinazione, i fattori socioeconomici possono diventare più importanti di quelli legati al processo migratorio nel determinare le differenze con la popolazione "nativa". È importante tenere in considerazione le caratteristiche del paese di origine in quanto influenzano i livelli di mortalità nel paese di destinazione; tuttavia le condizioni di vita nel paese di destinazione possono modificare anche profondamente queste caratteristiche "originali".

Per quanto riguarda le **malattie non trasmissibili** in generale le persone con livello socioeconomico più basso sono più svantaggiate in termini di salute e speranza di vita rispetto alle persone con livello socioeconomico elevato, ma tra la popolazione immigrata lo svantaggio è presente solo per specifiche malattie.

Per le **malattie cardiovascolari** si rilevano forti differenze tra immigrati e popolazione native a seconda del paese di origine (Keppel 2010).

Molti studi europei hanno dimostrato che l'incidenza e la mortalità per **cancro** sono in genere più basse tra i migranti rispetto ai non migranti: questo vale per le principali localizzazioni (polmone, mammella, ovaio, prostata, colon, rene, vescica) mentre per il tumore dello stomaco e per i tumori legati alle malattie infettive si riscontra un eccesso di rischio tra i migranti. I tassi di incidenza, prevalenza e mortalità del **diabete** sono molto più alti tra gli immigrati che tra le persone nate e residenti nel paese di origine (Misra 2007, Vandenhede 2011). Per quanto concerne le **malattie trasmissibili**, i flussi migratori sono stati sempre considerati un "veicolo" di trasmissione delle **malattie infettive** nel nord Europa e nell'Europa occidentale. I sistemi di sorveglianza nazionali riportano una maggiore incidenza e prevalenza tra gli immigrati, in particolare per l'HIV, la tubercolosi e le epatiti.

La **tubercolosi** è considerata una malattia della povertà. In Europa occidentale dal 2004 si assiste ad una interruzione del declino dell'incidenza dovuto al miglioramento delle condizioni igieniche e delle condizioni di vita. Gli studi in letteratura rilevano che sono soprattutto le cattive condizioni socio-economiche, l'esclusione sociale e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari a determinare la diffusione della TBC, più che un effetto legato al paese di origine.

Alcune evidenze mostrano che la diffusione delle **epatiti** è più elevata tra gli immigrati, soprattutto con riferimento all'epatite B (HBV).

Tra gli immigrati i casi di **HIV/AIDS** avvengono principalmente per trasmissione eterosessuale, meno per rapporti omosessuali o per consumo di droghe. Gli immigrati provenienti dall'Africa sono il gruppo a rischio più elevato e nella maggior parte dei casi il virus è stato contratto nel paese di origine (Hamers 2004). La maggior diffusione dell'AIDS e della mortalità per AIDS tra gli immigrati è in parte attribuibile alle diagnosi tardive (Del Amo 2004).

Dati sull'utilizzo dei servizi

Dati sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata sono molto importanti per verificare eventuali difficoltà di accesso alle cure. Da uno studio (Nielsen 2009) risulta che solo 11 dei 27 Stati membri dell'UE²⁸ dispongono di questa informazione, in molti casi limitata all'assistenza ospedaliera. Pochi paesi hanno i dati sull'accesso ai servizi ambulatoriali.

Per quanto riguarda la **prevenzione** si riscontra un minor ricorso delle donne immigrate agli screening oncologici e in particolare alla mammografia e il pap test (Price 2010, Webb 2004). Nell'ambito delle interruzioni volontarie di gravidanza il ricorso è più elevato tra le donne migranti non occiden-

²⁸ Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Slovenia e Svezia.

tali, probabilmente per difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione legati alla salute riproduttiva (Rasch 2008). Anche i **servizi di assistenza prenatale** sono meno utilizzati dalle donne immigrate (Choté 2009), mentre è più elevato il ricorso alle unità di cura neonatali per i loro bambini (Merten 2007) e meno frequente la loro **copertura vaccinale** (Rondy 2010).

La popolazione immigrata ricorre più frequentemente al **medico di medicina generale** e ai **servizi di emergenza**, probabile segnale di una maggiore difficoltà di accesso ad altri servizi sanitari. Invece sul ricorso ai **servizi ospedalieri** gli studi in letteratura sono discordanti, mostrando sia un sovrautilizzo che un sottoutilizzo degli stessi. Non emergono differenze significative sulle **visite specialistiche e delle cure ambulatoriali**, eccetto qualche caso di sottoutilizzo.

L'analisi di indicatori indiretti della **qualità delle cure** e del tempestivo accesso ai servizi (diagnosi tardive, presenza di malattie quali tumori e diabete ad uno stadio avanzato, mortalità evitabile) mostrano generalmente uno svantaggio della popolazione immigrata (Nolte 2004).

Le difficoltà di accesso ai servizi sanitari o la scarsa qualità degli stessi possono avere un impatto negativo sugli *outcome* sanitari, per esempio sulla **salute perinatale** (nascite pretermine, nascite sottopeso, natimortalità, mortalità infantile, malformazioni congenite).

In Europa la mortalità perinatale ed infantile variano a seconda dell'appartenenza etnica e dello status socio-economico. Circa metà degli studi rileva uno svantaggio degli immigrati rispetto ai non immigrati sia per la natimortalità che per la mortalità infantile (Gissler 2009). I gruppi più vulnerabili risultano essere quelli che provengono dall'Europa occidentale ed i rifugiati. I bambini nati in famiglie di immigrati sono a maggior rischio di morte per cause perinatali (Troé 2007).

I migranti non residenti o in posizione precaria, così come coloro che sono perseguitati politici nel loro paese d'origine, hanno un rischio particolarmente elevato di esiti sfavorevoli di salute perinatale (Wolff 2008). L'assenza di documenti crea una situazione di incertezza e quindi di ostacoli giuridici nell'accesso ai servizi sanitari, di conseguenza uno stato di salute più precario che si riflette anche sul rischio di esiti sfavorevoli per la salute perinatale e infantile.

Dagli studi analizzati non è chiara l'associazione tra *background* migratorio e basso peso alla nascita o nascita pretermine (Gagnon 2009). Il rischio di parto pretermine tra le donne migranti varia in base al paese di origine e di nascita, inoltre è difficile individuare quale fattore, tra storia di migrazione e il basso status socio-economico, abbia un effetto maggiore sul rischio di parto pretermine.

Negli ultimi decenni l'Europa ha visto un numero crescente di iniziative volte a promuovere le cure prenatali. Tuttavia l'esistenza di barriere culturali e linguistiche rendono l'accesso particolarmente difficile alle donne immigrate le quali, quindi, tendono a iniziare le visite prenatali più tardi nella loro gravidanza e fare meno visite rispetto alle donne non migranti.

Dati sulla salute professionale

È noto che le condizioni lavorative della popolazione immigrata sono molto precarie a causa di insicurezza lavorativa, mancanza di *benefits*, limitata possibilità di *empowerment*, povertà, emarginazione e lunghi orari di lavoro. Il grado di precarietà risulta più elevato tra i lavoratori migranti rispetto a quelli non migranti, ed è più alto tra gli immigrati privi di permesso di soggiorno. Tali condizioni hanno un impatto sulle condizioni di salute e gli effetti più evidenti sono rappresentati da tassi di infortunio più elevati (Schenker 2010): alta incidenza di lavori occasionali, elevata rotazione tra i posti di lavoro, elevato numero di ore di lavoro, rischi fisici e psicologici. Il fenomeno potrebbe essere ancora più grave poiché i dati ufficiali riguardano solo i lavoratori regolari e non tengono conto del lavoro "nero" e della conseguente minore denuncia degli eventuali infortuni.

Nonostante sia difficile analizzare le differenze per malattie professionali per la scarsità dei dati, si ritiene che gli immigrati siano più avvantaggiati dei non migranti a causa dell'effetto "migrante sano", ma che tale vantaggio si perda rapidamente con il passare del tempo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2007).

I lavoratori immigrati riportano più frequentemente di soffrire di disturbi psichici (ansia, depressione, ecc.) e di non godere di buona salute: a questo contribuisce anche il fenomeno del “presentismo” (si effettua la prestazione lavorativa anche quando si è malati) dovuto alla precarietà delle condizioni lavorative (Aronsson 2005). In caso di lavoro non regolare aumentano anche le difficoltà di accesso ai servizi sanitari dovuto soprattutto alla paura del rimpatrio.

Gli attuali sistemi informativi sulla salute degli immigrati in Europa sono carenti per programmare adeguate politiche di salute pubblica. Sarebbe importante disporre di informazioni non solo sulla nazionalità, ma anche sul paese di nascita e sull’anno d’arrivo nel paese di destinazione.

Conclusioni

In molti paesi dell’Unione europea mancano dati sulla salute riferiti alla popolazione immigrata, quindi è inevitabile una carenza di studi e analisi volti a conoscere i determinanti sociali della salute, l’accesso ai servizi sanitari e la qualità delle cure. Questa mancanza limita le possibilità di monitorare e migliorare la salute degli immigrati.

La maggior parte dei paesi in Europa non ha registri o indagini regolari contenenti informazioni sulla salute per la popolazione immigrata.

Il quadro è reso ancora più complesso da problemi concettuali e metodologici che derivano sia dall’utilizzo di diverse definizioni, sia dalle difficoltà di conoscere la numerosità della popolazione immigrata nei diversi paesi (residenti vs. presenti, regolari vs. irregolari).

Vi è quindi la necessità di concordare definizioni standard, di includere variabili e domande condivise a livello internazionale riferite alla popolazione immigrata nelle raccolte dati esistenti (censimenti, statistiche e indagini nazionali sulla salute, registri di informazioni sanitarie).

A livello di Unione europea è necessario lo sviluppo e l’attuazione di linee guida e l’emanazione della legislazione in materia di raccolta di dati sulla salute della popolazione migrante, in linea con il regolamento comunitario sulla salute pubblica approvato nel 2008. Ciò contribuirebbe ad assicurare un approccio più omogeneo e coerente per migliorare il monitoraggio della salute della popolazione migrante in Europa.

4

Modello per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei Centri di Identificazione ed Espulsione della Regione Calabria (CIE di Lamezia Terme e di Crotone)

Premessa

Nella Regione Calabria sono presenti da diversi anni due centri istituzionali di accoglienza per immigrati, di cui uno localizzato a Isola Capo Rizzuto (KR) comprendente un CDA, un CARA ed un CIE con una capienza di circa 1200 ospiti; e uno localizzato a Lamezia Terme (CZ) comprendente un CIE (Centro di identificazione ed espulsione) con una capienza di circa 80 ospiti. Nel 2011 con l'Emergenza Nord Africa, nella Regione Calabria sono stati istituiti diversi centri di accoglienza gestiti dalla Protezione Civile per accogliere i profughi provenienti dal Nord Africa, e diverse strutture "ponte" per i Minori Stranieri non Accompanati, gestiti dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

La presenza di un numero così importante di immigrati, insieme a quelli già presenti nella regione, sia regolari che irregolari, sicuramente può determinare rilevanti problemi di sanità pubblica, di cui quello relativo alla prevenzione delle malattie infettive risulta meritevole di maggiore attenzione.

Le malattie infettive più frequenti e ad elevato impatto nella popolazione immigrata sono fondamentalmente le seguenti: epatiti B e C, infezione da HIV, tubercolosi, malattie sessualmente trasmesse, parassitosi cutanee e intestinali, malaria.

Queste malattie infettive nell'immigrato sono spesso determinate da diversi fattori di cui alcuni legati al percorso e allo stress migratorio, altri legati invece alle condizioni di disagio e deprivazione sociali cui sono costretti a vivere gli immigrati una volta giunti in Italia.

Dovendo quindi avviare un percorso di prevenzione nei confronti delle malattie infettive citate, diventa obbligatorio per chi si cimenta in tale esercizio, conoscere a fondo e analizzare i fattori, al fine di poter attuare una serie di strategie finalizzate a favorire adeguate politiche di prevenzione e controllo.

I CIE sono luoghi in cui convivono negli stessi alloggi abitativi persone con differenti determinanti di salute da ricondurre ai fattori: stress migratorio, deprivazione sociale, povertà, fattori psico-sociali, fragilità e differenti situazioni sanitarie: persone sane, persone affette da tossicodipendenze, da patologie croniche infettive, da patologie psichiatriche.

La maggior parte degli ospiti del CIE sono extracomunitari che, pur provenendo da situazioni di estrema o grave emarginazione, giungono nel nostro Paese in condizioni discrete di salute.

Le patologie che frequentemente si riscontrano in questi soggetti sono causate da malattie contratte nel territorio italiano. Purtroppo, a causa dell'estrema povertà, della condizione di clandestinità e della scarsità di Centri di Accoglienza, queste persone sono costrette a vivere in condizioni di degrado e spesso di promiscuità e sovraffollamento. La nutrizione talvolta non è equilibrata ed è spesso anche insufficiente a causa delle differenze dietetiche dei diversi Paesi di provenienza; la cura della salute, anche per banali malattie, viene trascurata per mancanza di mezzi, per disinformazione, per paura e difficoltà di accesso alle strutture sanitarie.

Inoltre la lunga permanenza degli ospiti immigrati nel Centro (da 2 a 18 mesi) comporta l'emergere di nuove problematiche sanitarie. La prolungata reclusione suscita nel Centro frequenti risse e rivolte con ripercussioni sulla salute fisica e psichica degli stessi.

Pertanto gli ospiti del CIE devono poter usufruire, non solo delle cure essenziali, ma anche di cure preventive, a tutela della propria salute e della salute della Comunità locale ospitante.

Da qui la necessità di garantire un'assistenza sanitaria adeguata, potenziando i contatti con il Servizio Sanitario Nazionale ed elaborando specifici protocolli diagnostico-terapeutici.

Attività progettuali

L'obiettivo principale del progetto ha riguardato la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive all'interno dei CIE della Regione Calabria e precisamente di quello di Crotone e di Lamezia.

Per il raggiungimento di tale obiettivo sono state previste delle attività che hanno preso spunto dal contesto riguardante tali strutture.

Nello specifico, si è data importanza e priorità a rimuovere, o per lo meno a migliorare una serie di criticità riscontrate all'interno di queste strutture:

- intenso turnover di ospiti e condizioni di sovraffollamento;
- presenza di cittadini di varia etnia e provenienti da aree ad elevata endemia per alcune malattie infettive;
- scarsa organizzazione dell'attività sanitaria all'interno dei CIE;
- scarsa conoscenza da parte del personale socio-sanitario delle problematiche riguardanti alcune malattie infettive e tropicali;
- difficoltà di accesso alle strutture sanitarie e difficoltà della fruibilità dei servizi sanitari;

Il primo passaggio che si è ritenuto effettuare è stato quello di conoscere, attraverso il supporto degli Enti Gestori, le varie realtà in rapporto all'organizzazione dell'attività sanitaria, e al grado di conoscenza da parte degli operatori socio-sanitari delle strutture, nei confronti di alcune problematiche riguardanti le patologie dell'immigrato ed in particolare le malattie infettive ad elevato impatto.

Per ottenere queste informazioni sono stati realizzati degli incontri con i Rappresentanti degli Enti Gestori e con il personale socio-sanitario ivi operante, ai quali è stato presentato il progetto concordando così un percorso di formazione e le attività finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo progettuale.

L'attività di formazione, è stata realizzata con il personale del Centro di Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni dell'ASP di riferimento supportato dalla figura del Mediatore Culturale.

Sono stati realizzati nel corso degli anni diversi incontri di formazione sia nel CIE di Lamezia che in quello di Crotone, in cui sono state affrontate tematiche riguardanti le malattie infettive ad elevato impatto (HIV, epatiti, Tbc, Malattie sessualmente trasmesse, Malaria, parassitosi cutanee ed intestinali), e tematiche riguardanti il ruolo della figura infermieristica e del Mediatore Culturale.

Per quanto riguarda le malattie infettive, nei vari incontri sono stati trattati gli aspetti epidemiologici, clinici, diagnostici e terapeutici, concentrando maggiormente l'attenzione sull'aspetto diagnostico, sulla necessità e importanza dello screening all'ingresso, ed infine sulla correttezza delle procedure. Si è inoltre data importanza, tenendo conto delle condizioni di sovraffollamento e di promiscuità tipiche dei CIE, alle misure di igiene e profilassi quali strumenti indispensabili per il contenimento, la diffusione ed il contagio delle malattie infettive.

Per fornire agli operatori dei CIE contestualmente alle informazioni, anche uno strumento pratico, sono stati realizzati dei protocolli operativi diagnostico-terapeutici sulle malattie infettive ad elevato impatto, oggetto di discussione e condivisione con gli operatori socio-sanitari dei CIE.

L'importanza dell'utilizzo dei protocolli deriva dal fatto che tali strumenti consentono di uniformare le procedure diagnostiche e terapeutiche, evitando errori comportamentali, spesso causa di ritardi diagnostici, e a volte responsabili di contagi e microepidemie.

Al fine di migliorare l'assetto organizzativo della struttura sanitaria esistente all'interno del CIE, in alcuni incontri formativi con il personale sanitario, sono stati affrontati come argomenti di discussione il ruolo dell'infermiere e del mediatore culturale; due figure necessarie, sia pur con compiti diversi, in contesti particolari come quelli dei CIE.

Ruolo dell'Infermiere

Per quanto riguarda il ruolo della figura infermieristica, considerato che il benessere del paziente è il principale scopo dell'assistenza infermieristica e che deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona (Leininger, 2002) negli incontri formativi sono stati trattati gli aspetti specifici del ruolo dell'infermiere in queste strutture detentive, cercando di evidenziare sia il ruolo assistenziale che quello di supporto psicologico finalizzato all'integrazione. Tale esigenza è quanto mai attuale in una società che tende, anche in Italia, a divenire rapidamente multietnica e interculturale e che impone agli operatori sanitari la necessità di dotarsi di uno strumentario professionale nuovo, adeguato ai bisogni di salute dei cittadini stranieri. In particolare l'infermiere deve conoscere le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza adeguata.

Attraverso il *counselling* l'infermiere fornisce un'assistenza finalizzata ed efficace tenendo conto anche di alcune problematiche di natura sociale, culturale, dei riti e delle usanze, che appartengono al paziente immigrato. Attraverso tale pratica si riesce a motivare l'individuo, per esempio, a sottoporsi a degli esami di screening riguardanti le malattie ad elevato impatto sociale (malattie sessualmente trasmissibili, tbc, ecc.). Il supporto infermieristico gioca anche un ruolo particolare che è quello di integrare l'immigrato nel sistema sanità, facilitandone l'accesso ai servizi sanitari.

Infatti, l'utente straniero incontra una serie di problematiche nel momento in cui accede ad una struttura sanitaria: la prima barriera è di natura culturale, cioè di difficoltà di relazione con i sanitari e di interpretazione dei concetti di salute per criticità di natura linguistica; altro nodo importante è la scarsa conoscenza delle normative nazionali sulle politiche sanitarie, ed infine le barriere economiche.

Ruolo del Mediatore Culturale

Per quanto riguarda il ruolo del Mediatore culturale, si è cercato di mettere in evidenza quali sono i veri compiti che deve svolgere il Mediatore culturale all'interno di una struttura detentiva, non limitandoli alla semplice traduzione linguistica, ma dando l'idea dell'importanza del ruolo all'interno di queste strutture, sia per garantire una comunicazione di tipo interculturale, sia per fornire uno strumento necessario al superamento di ostacoli e conflitti dovuti a barriere di carattere linguistico e culturale.

La natura poliedrica di quest'attività fa sì che il Mediatore si adatti e si specializzi rispetto ai servizi in cui si trova ad operare. Così anche nei CIE (Centri di Identificazione ed Espulsione) il ruolo della mediazione è estremamente importante sia per comunicare agli ospiti delle strutture notizie altamente emotive, (es. un rimpatrio forzato) sia per placare gli animi di persone che scontano una doppia pena. La mediazione culturale, come attività di comunicazione interculturale, ha un ruolo particolarmente importante e delicato, e presuppone che anche in contesti particolari quali i CIE e le carceri, il soggetto immigrato venga posto al centro delle dinamiche comunicative e, attraverso un'attività specifica di carattere interculturale, contribuisca a creare un clima di convivenza pacifica consentendo agli operatori che vi lavorano di poter svolgere bene il proprio ruolo.

L'importanza di poter realizzare l'attività di mediazione culturale in un contesto difficile, ma in un clima "neutrale", pone le condizioni per poter fornire informazioni dure e negative attenuandone l'impatto sullo stato emotivo dell'immigrato, che già si trova in una "naturale posizione di vulnerabilità".

Attività Sanitarie

Screening

Le attività sanitarie previste per la realizzazione del progetto sono state realizzate in stretta collaborazione con il personale socio-sanitario del CIE.

L'attività maggiormente impegnativa è stata sicuramente quella relativa all'attuazione degli screening nei confronti delle malattie infettive ad elevato impatto (HIV, epatiti, Tbc, Malattie sessualmente trasmesse, Malaria, parassitosi cutanee ed intestinali).

Tale attività ha visto impegnati sia gli operatori del CIE che quelli del Centro di Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni, in un clima di completa collaborazione e sinergia, specie nei momenti in cui veniva riscontrata una certa resistenza da parte degli ospiti a collaborare.

Nel rispetto del cronoprogramma l'attività di screening, durata per buona parte dei due anni, ha consentito di individuare precocemente diversi casi di malattie infettive per le quali è stata tempestivamente impostata una corretta terapia che ha permesso di ottenere nell'ospite il miglioramento clinico e di evitarne la diffusione ed il contagio all'interno della struttura.

Contestualmente l'attività sanitaria è stata organizzata in modo tale da prevedere la discussione dei casi clinici meritevoli di particolare attenzione, e da garantire agli operatori del CIE la massima collaborazione ed un supporto continuo.

Protocolli diagnostico-terapeutici

Per ottimizzare le attività gestionali nei confronti delle malattie infettive, sono stati redatti dei protocolli operativi, contenenti i percorsi diagnostici e terapeutici più aggiornati al fine di uniformare le procedure e dare una certa regolarità comportamentale che sicuramente ha contribuito a rendere più fiduciosi e aderenti gli ospiti alle pratiche sanitarie.

La corretta applicazione dei protocolli oltre a consentire una gestione ottimale dei vari casi di malattie infettive, ha permesso di migliorare alcune pratiche relative alle procedure di disinfestazione e sanificazione degli ambienti all'interno del CIE rendendoli idonei dal punto di vista igienico, oltrechè salubri.

Cartella clinica informatizzata

Tra le attività progettuali è stata prevista la realizzazione di una cartella clinica informatizzata, per avere a disposizione uno strumento utile per ricavare ogni tipo di informazione sulla posizione giuridica e sullo stato di salute degli ospiti, avendo contestualmente a disposizione un data base da mettere a disposizione delle strutture nelle quali l'ospite eventualmente viene trasferito.

La cartella clinica, così come il report sulle presenze e sul turnover degli ospiti, ha consentito di monitorare i flussi all'interno dei CIE, potendo inoltre disporre di una serie di informazioni utili per la valutazione del loro stato di salute.

Accesso alle strutture e fruibilità dei servizi sanitari

Al fine di garantire la fruibilità delle prestazioni e l'accesso alle strutture sanitarie degli ospiti, sono state definite le seguenti azioni:

- rilascio del codice STP a tutti gli ospiti al momento dell'ingresso nel CIE;
- compilazione di una scheda-diario su cui annotare l'anamnesi dell'ospite e le eventuali terapie praticate;
- protocollo d'intesa tra Prefettura e ASP di competenza, in cui sono state definite le modalità di accesso in ospedale per usufruire di prestazioni specialistiche, esami di laboratorio e strumentali, utilizzando come Centro di riferimento il Centro di Medicina del Viaggiatore e delle Migrazioni.

Il rilascio del codice STP è risultato uno strumento cosiddetto apripista, nel senso che l'ospite, dotato di tale documentazione, ha sicuramente incontrato minori difficoltà sia nell'accesso alle strutture sia nella fruibilità delle prestazioni.

La compilazione della scheda-diario ha permesso di poter rendicontare le prestazioni di cui hanno beneficiato gli ospiti del CIE, consentendo ai sanitari coinvolti di poter accedere a tutte le informazioni necessarie e conoscere le prestazioni offerte all'ospite.

La stipula di un Protocollo d'intesa tra Prefettura e ASP ha rappresentato uno strumento importantissimo per la gestione delle attività sanitarie in favore degli ospiti del CIE.

Attraverso la stipula del protocollo, le due istituzioni coinvolte, hanno avuto l'opportunità di veder risolte una serie di problematiche che spesso nel passato hanno creato non pochi problemi di natura gestionale ed organizzativa. Infatti nel protocollo sono stati definiti ruoli e percorsi finalizzati al raggiungimento di alcuni obiettivi necessari per garantire l'assistenza sanitaria agli ospiti dei CIE.

Inoltre con la definizione dei suddetti percorsi è stato possibile raggiungere una serie di risultati che hanno permesso agli ospiti di possedere un codice STP per usufruire delle prestazioni sanitarie, di accedere alle strutture sanitarie con modalità semplificate, di poter usufruire di varie prestazioni sanitarie senza lunghi tempi d'attesa, e di integrarsi nel sistema sanitario riuscendo a superare il senso di diffidenza e paura che in passato li ha sempre condizionati.

Conclusioni

Per quanto concerne l'obiettivo principale del progetto, si può affermare che il lavoro svolto ha consentito da un lato di garantire un sistema ottimale di sorveglianza e controllo delle malattie infettive, dall'altro sicuramente ha dato l'opportunità di individuare delle strategie la cui efficacia e validità possono sicuramente costituire la base di partenza per dotare i CIE di sistemi efficienti per l'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità, nonostante il contesto che caratterizza tali strutture.

5

Conclusioni

Nell'attuale contesto globale le migrazioni internazionali sono un fenomeno in crescita: la popolazione migrante transnazionale è passata da 150 milioni nel 2000 a circa 214 milioni nel 2012, rappresentando il 3,1% della popolazione mondiale²⁹ e per il 70% riguarda i paesi del sud del mondo; infatti meno di un terzo si sposta da paesi in via di sviluppo a paesi sviluppati. Va ricordato inoltre che la maggior parte dei migranti, pari a circa 740 milioni, sono migranti "interni", ovvero si spostano all'interno del proprio paese. Il fatto che i migranti internazionali rappresentino solo una piccola quota dei migranti non significa che le condizioni di vita non siano importanti; infatti la maggior parte di essi si spostano in paesi con uno standard di vita superiore a quello di origine e con maggiori probabilità di lavoro e libertà.

È ormai acclarato che le migrazioni apportano un sostanziale contributo positivo alle dinamiche demografiche e anche alle dinamiche economiche dei paesi di origine e dei paesi ospiti.

Nel mondo occidentale il tendenziale invecchiamento, legato all'aumento della speranza di vita e alla diminuzione della natalità, ha portato di recente ad un sostanziale rovesciamento della piramide per età. Tale tendenza è stata rallentata e parzialmente interrotta da un sensibile incremento di nuovi cittadini provenienti da altri Paesi, giovani e in età feconda. Se non fosse per le migrazioni, si prevede che la popolazione dei paesi sviluppati dopo un picco previsto per il 2020, diminuirebbe del 7% nei tre decenni successivi.

In Italia si è osservato, negli ultimi decenni, un evidente calo delle emigrazioni verso l'estero, seguito nel tempo da una crescita spiccata delle immigrazioni. La popolazione straniera rappresentava poco più del 2% all'inizio degli anni 2000 ed è triplicata in un decennio.

Se inizialmente i flussi hanno riguardato principalmente gli uomini, con un progetto lavorativo e quindi mediamente giovani e in buona salute ("effetto migrante sano"), negli ultimi anni è cresciuto l'afflusso di donne per via dei ricongiungimenti familiari e della richiesta di impieghi nella cura alla persona, nonché di soggetti in fuga da guerre e disastri ambientali, richiedenti protezione internazionale.

²⁹ United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/migration/index.asp?panel=1>

La piramide per età si è spostata verso un nuovo equilibrio: le fasce centrali si sono rinforzate, con il relativo contributo alla natalità e quindi alle classi di età più giovani, da parte degli immigrati. Oggi il fenomeno coinvolge, dunque, anche le seconde generazioni di immigrati, rispetto alle quali è in atto il dibattito sull'acquisizione della cittadinanza italiana³⁰.

È ampiamente noto che gli immigrati esperiscono anche nel nostro Paese una serie di condizioni di svantaggio, legate non solo allo sradicamento e alle difficoltà linguistico-culturali, ma anche a problemi di integrazione e di accesso ai servizi, alle sfavorevoli condizioni lavorative, abitative e sociali, che rischiano di compromettere il capitale di salute con cui generalmente arrivano. Inoltre, l'attuale crisi economica può influire sulle dinamiche demografiche e aumenta, particolarmente per le fasce deboli, il rischio di cadere in condizioni di povertà.

Gli immigrati dunque condividono tali rischi con le fasce socio-economicamente più svantaggiate della popolazione ospite, con l'aggravante che la condizione di "immigrato" rappresenta di per sé fattore di rischio per la perdita della salute.

In coerenza con quanto raccomandato dall'OMS³¹ e dalla Commissione Europea³², anche in Italia si riscontra a vari livelli istituzionali un'attenzione verso i determinanti sociali della salute e dell'assistenza e verso le fasce deboli della popolazione (immigrati compresi); l'analisi di tali determinanti si colloca dunque tra le priorità dei tecnici e dei politici che sono chiamati ad occuparsene, sia in termini di monitoraggio sia in termini di indicazioni e scelte per le politiche.

Rispetto a quanto accaduto in altri Paesi europei, in Italia l'immigrazione ha assunto dimensioni notevoli da meno tempo; gli studi sulla salute degli immigrati sono generalmente descrittivi e non si sono ancora soffermati sul complesso dei fattori che la influenzano. Nelle attività di monitoraggio da parte delle Regioni e di Aziende Sanitarie i sistemi informativi correnti, pur con gli attuali limiti nella completezza ed affidabilità dell'informazione, hanno il potenziale di descriverne i bisogni, almeno per quanto essi si incontrano con l'offerta dei servizi stessi e per quanto è dato sapere attraverso le informazioni raccolte routinariamente.

La disponibilità, dal 2009, di uno strumento operativo che propone a coloro che a livello nazionale e regionale sono coinvolti nella lettura della domanda di salute e nella programmazione di servizi sanitari una metodologia di analisi per la costruzione del profilo di salute e valutare l'offerta dei servizi da parte del Sistema Sanitario, a partire da una definizione di caso condivisa e utilizzando flussi informativi correnti, è alla base del progetto "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali". Questo progetto ha avuto come obiettivo principale quello di consolidare un *network* tra le regioni e tra queste ed enti centrali per la realizzazione di un monitoraggio istituzionale e sistematico sullo stato di salute degli immigrati e sull'impatto economico della relativa assistenza sanitaria da parte dei SSR e del SSN nel suo insieme, al fine di individuare, tramite il confronto tra i risultati regionali e nazionali, le priorità di intervento per ridurre gli svantaggi nella salute di questa popolazione.

Il progetto ha inoltre proposto protocolli operativi per il controllo delle malattie infettive nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE) per immigrati della Calabria (Crotone e Lamezia Terme), ha contribuito ad esplorare nuovi flussi informativi e sperimentato nuovi indicatori per la specifica sorveglianza epidemiologica, ha fornito una panoramica delle fonti e delle modalità di studio del profilo di salute degli immigrati in uso in altri Paesi europei.

³⁰ <http://www.stranieriinitalia.it/briguglio/immigrazione-e-asilo/2013/maggio/zincone-cittadinanza.pdf>

³¹ Comm. CSDH, 2008

³² Risoluzioni 2010/2089 (8 marzo 2011) e 2010/2276 (9 marzo 2011)

Per effettuare una lettura dei bisogni in popolazioni relativamente omogenee, si è convenuto di fissare l'attenzione sui cittadini stranieri con cittadinanza in un Paese a Forte Pressione Migratoria (PFPM, paesi a basso/medio reddito), sia UE che extra UE, definiti immigrati. Come popolazione di confronto sono stati considerati i cittadini italiani assieme agli stranieri con cittadinanza in un Paese a Sviluppo Avanzato (PSA; paesi ad alto reddito).

Le analisi svolte dimostrano che vi sono importanti differenze tra i gruppi di popolazione in relazione alla composizione demografica, alla salute, all'accesso ai servizi sanitari e alla spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria.

Gli immigrati PFPM sono una popolazione giovane (età media 30 anni contro i 46 della popolazione con cittadinanza in PSA), e rappresentano al censimento 2011 il 6,8% dei residenti in Italia. La quota dei bambini e degli adolescenti immigrati sta crescendo, ma si registrano incrementi anche in età adulte. Il panorama sta, quindi, diventando più complesso perché comprende uomini e donne giovani, arrivati da poco in Italia, insieme alle famiglie stabilizzate e persone presenti da più tempo. Tali cambiamenti modificano i bisogni e hanno conseguenze sulla domanda di servizi sanitari.

Lo studio del profilo di salute mostra risultati simili a livello regionale e nazionale, e, in sintesi, confermano che oltre ad essere giovane, la popolazione immigrata è generalmente *sana*. Rispetto alla popolazione italiana, la popolazione immigrata ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri, che in media sono meno onerosi, probabilmente anche a causa della minore complessità delle malattie.

Il ricorso all'ospedale è sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili come la gravidanza, il parto e le interruzioni volontarie della gravidanza o a situazioni legate all'attività lavorativa ed alla peggior condizione socio-economica (traumatismi, malattie dell'apparato digerente e respiratorio, malattie infettive e parassitarie, del sistema nervoso, della nutrizione, disturbi psichici).

La maggiore frequenza di ricoveri in urgenza tra gli immigrati residenti e, ancor più tra i non residenti, rispetto agli italiani può essere un segnale di una limitata conoscenza dei servizi territoriali e della medicina generale, di una carenza quali-quantitativa dell'offerta o delle difficoltà d'accesso da parte degli immigrati. Il fenomeno è infatti più evidente in quei gruppi, come i PFPM non residenti, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base né per gli adulti, né per i bambini. Ne deriva che il Pronto Soccorso (e di conseguenza la struttura ospedaliera), diventa la principale porta di accesso alle cure di cui hanno bisogno e all'assistenza di cui hanno diritto.

L'assistenza materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la salute delle popolazioni immigrate, con evidenti diseguaglianze nel percorso nascita, come segnalano gli indicatori di qualità dell'assistenza, che risultano inferiori per le donne da PFPM ed in particolare per le non residenti.

L'elevato ricorso all'IVG per le donne PFPM (doppio rispetto alle donne PSA) dimostra che le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono negativamente e in modo conflittuale sulla scelta della maternità, e sembra esserci una minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva.

Tuttavia, le donne provenienti da PFPM ricorrono più frequentemente ai consultori pubblici e questo permette di ipotizzare che possano acquisire le informazioni necessarie per la loro pianificazione familiare.

I bambini PFPM presentano, rispetto ai PSA, un maggior ricorso al ricovero per malattie infettive e parassitarie ed i loro tassi di mortalità neonatale e infantile sono costantemente superiori, sebbene si registri un graduale avvicinamento dei profili.

Questo svantaggio è presumibilmente legato alle precarie condizioni di vita dei bambini nella fase post-natale: carenze alimentari e/o igienico-sanitarie, povertà, emarginazione sociale, e difficoltà di accesso ai servizi sanitari e nella gestione della "convalescenza" in abitazioni non salubri.

I cittadini PFPM rappresentano il 14% dei lavoratori iscritti all'Inail: l'incidenza degli infortuni sul lavoro dei PFPM è lievemente superiore rispetto ai PSA, mentre le malattie professionali risultano a carico quasi esclusivamente dei PSA con oltre il 96% di riconoscimenti.

Molto probabilmente i lavoratori stranieri non hanno la consapevolezza del rischio e la giusta informazione relativamente alla possibilità di denunciarle o si trovano nell'impossibilità di farlo perché sottoposti a qualche forma di pressione da parte del datore di lavoro. È pertanto importante proseguire ed estendere le azioni di sensibilizzazione e informazione già messe in atto dall'Inail, così come quelle di verifica del rispetto dei diritti dei lavoratori.

I tassi di mortalità complessivi risentono fortemente della struttura per età più giovane dei cittadini da PFPM; con l'analisi dei dati grezzi è possibile solo riscontrare una minor intensità del fenomeno complessivo, oltre che una distribuzione per cause di decesso che segnala frequenze sensibilmente maggiori tra i PFPM delle morti violente, in particolare negli uomini (per i quali costituiscono la prima causa di morte).

La stima della spesa sostenuta per l'assistenza ospedaliera, sia a livello regionale che nazionale, mostra differenze tra i gruppi di popolazione e tali differenze sono attribuibili solo in parte alla composizione demografica (maggior prevalenza di bambini e giovani adulti).

A livello nazionale si osserva, con riferimento agli anni 2007-2010 e considerando i ricoveri per acuti, che i ricoveri dei PSA, pur rappresentando il 95% dei ricoveri, assorbono il 96,1% del valore tariffario, i ricoveri dei PFPM residenti rappresentano il 4,6% dei ricoveri ed assorbono il 3,5% del valore tariffario, mentre per i PFPM non residenti le proporzioni di ricoveri e di valore tariffario sono pari a 0,4%.

Il valore tariffario medio dei ricoveri ordinari dei PFPM residenti è inferiore del 31% rispetto a quello dei PSA; mentre quello dei PFPM non residenti, pur essendo inferiore del 12% a quello dei PSA, è superiore a quello dei PFPM residenti. La complessità assistenziale e, quindi, l'impegno economico per l'erogazione dei ricoveri ordinari, valutati indirettamente attraverso la misurazione del peso medio dei ricoveri, mostra un andamento analogo.

Dunque i cittadini PFPM residenti in media, per i ricoveri ospedalieri, consumano meno risorse sanitarie rispetto ai cittadini PSA: si ricoverano meno, presentano una casistica di minore complessità assistenziale e i ricoveri hanno un valore tariffario medio inferiore. I PFPM non residenti in media consumano meno risorse rispetto ai PSA ma più dei PFPM residenti.

La quota di spesa per i ricoveri ospedalieri assorbita dai PFPM non residenti, comprendendo anche i ricoveri legati a programmi di cooperazione internazionale (che non rientrano nel fenomeno migratorio), è stimata in 159 milioni di euro e rappresenta circa lo 0,3% della complessiva spesa ospedaliera, a fronte di 43.705 milioni di euro per i PSA (96,3%) e 11.511 milioni di euro per i PFPM residenti (3,3%).

L'estensione della valutazione economica a ulteriori tipologie di prestazioni svolta presso la PA di Bolzano conferma sostanzialmente un minor assorbimento di risorse da parte dei cittadini da PFPM.

Non è possibile determinare l'entità dello stanziamento che sarebbe necessario per l'assistenza sanitaria agli immigrati non residenti in quanto non è nota la loro numerosità, tuttavia, a favore della sostenibilità dell'assistenza sanitaria dei PFPM non residenti, che devono essere considerati cittadini per i quali deve essere prevista una quota capitaria intera come per i cittadini italiani, si deve ricordare che in passato, per la regolarizzazione dei lavoratori stranieri immigrati, è stato condiviso da Regioni, Ministero della salute e Ministero dell'economia il criterio della valutazione dei costi basata sui "pesi" relativi ai consumi per i diversi LEA, che evidenziano che la spesa sanitaria aumenta al crescere dell'età.

Le evidenze emerse dalle analisi mostrano che le problematiche legate all'immigrazione sono di natura sociale oltre che sanitaria. Le condizioni socio-economiche contribuiscono in ampia misura

allo stato di salute, pertanto si dovrebbero prevedere interventi volti a migliorare le condizioni di vita degli immigrati nel nostro Paese.

Le priorità di intervento nell'area della sanità pubblica riguardano principalmente i settori della prevenzione e dell'informazione, poiché è necessario che gli immigrati siano correttamente informati in relazione alle diverse tipologie di servizi disponibili, così da potervi accedere tempestivamente ed in modo appropriato.

Per superare le diseguaglianze e migliorare l'assistenza sanitaria agli immigrati, è necessario, da un lato, che i servizi territoriali siano in grado di fare una offerta quali-quantitativamente adeguata e capaci di prenderli in carico, superando i problemi di accesso alle cure e indirizzandoli alle diverse specialità sulla base delle effettive necessità assistenziali; si sottolinea che l'adeguatezza dell'offerta è anche relativa alla qualità della comunicazione, per la quale è fondamentale il contributo dei mediatori interculturali al fine di migliorare la fruibilità dei servizi³³.

Interventi così strutturati sono coerenti con i generali obiettivi della programmazione sanitaria, che nell'attuale contesto economico mira a migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema. In termini generali, ridurre i divari ha anche vantaggi economici e consente agli immigrati di non sciupare il bagaglio di salute che portano al loro arrivo.

Un'altra area di intervento per il settore sanitario riguarda l'organizzazione dell'assistenza sanitaria nei CIE. Le politiche nazionali in materia di immigrazione degli ultimi anni hanno reso la normativa più restrittiva, introducendo, tra l'altro, il reato di clandestinità, e trasformando i Centri di Permanenza Temporanea in Centri di Identificazione ed Espulsione, nei quali il periodo di permanenza può arrivare a 18 mesi.

Le analisi condotte in Calabria evidenziano che la maggior parte degli ospiti dei CIE, pur provenendo da situazioni di estrema o grave emarginazione, giungono nel nostro Paese in discreta salute. Le patologie che frequentemente si riscontrano sono causate da diversi fattori, di cui alcuni legati al percorso e allo stress migratorio, altri dovuti a condizioni di disagio e deprivazione sociali cui sono costretti a vivere in Italia.

Gli strumenti di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e le strategie organizzative messe a punto e sperimentate nell'ambito del progetto costituiscono la base di partenza per dotare i CIE di sistemi efficienti per l'erogazione di prestazioni sanitarie di qualità.

Tale esperienza dovrebbe essere ampliata a ulteriori patologie ed estesa, come buona pratica, a tutti i centri istituzionali di accoglienza per immigrati.

L'apporto del presente progetto ha consentito di diffondere e consolidare metodologie comuni per la costruzione e il confronto del profilo di salute degli immigrati nelle regioni italiane.

Alcune criticità permangono nell'identificazione della popolazione in studio all'interno dei flussi informativi sanitari, nella ricostruzione dei dati demografici e nell'utilizzo di un approccio analitico che consideri contemporaneamente gli altri determinanti sociali di salute ed assistenza.

L'evoluzione delle capacità d'osservazione tramite dati correnti su uso dei servizi e salute e lo sfruttamento di dati da indagini campionarie dimensionate anche per lo studio degli immigrati potrà fornire nuovi strumenti analitici, adatti anche al confronto con altri Paesi europei.

Del resto, molti Paesi dell'Unione europea non raccolgono e/o non elaborano con continuità dati sulla salute riferiti alla popolazione immigrata, quindi permane una carenza di studi utili al confronto.

³³ S. Geraci, I. El Hamad, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre, Italian Journal Of Public Health, n. 3 2011 <http://www.ijph.it/pdf/64/014.pdf>

Si riscontrano inoltre problemi concettuali e metodologici che derivano sia dall'utilizzo di diverse definizioni, sia dalle difficoltà di conoscere la numerosità della popolazione immigrata nei diversi paesi specie per quanto riguarda i PFPM non residenti.

Vi è quindi la necessità di concordare definizioni standard, di includere variabili e domande condivise a livello internazionale riferite alla popolazione immigrata nei sistemi di raccolta dati esistenti. A livello di Unione europea è necessario lo sviluppo e l'attuazione di linee guida e l'emanazione della legislazione in materia di raccolta di dati sulla salute della popolazione migrante, in linea con il regolamento comunitario sulla salute pubblica approvato nel 2008.

Per concludere, il lavoro in rete tra regioni ed enti nazionali promosso dal progetto ha consentito: l'analisi dei diversi aspetti delle problematiche di salute correlate al fenomeno migratorio e del relativo impatto economico - attraverso un *set* condiviso di indicatori di salute e di spesa degli immigrati, ancorché non esaustivo e conclusivo; la rilevazione delle priorità di intervento; la predisposizione di strumenti per l'assistenza sanitaria nei CIE.

Data la complessità e la spiccata dinamicità del fenomeno in studio, si è inteso alimentare un confronto metodologico e, con un procedimento standardizzato, si è cercato di elaborare informazioni utili a orientare politiche e azioni, sanitarie e non. Tutto ciò a supporto di una migliore integrazione ed assistenza, contribuendo anche a migliorare la coesione e l'inclusione delle fasce di popolazione fragili, ma vitali per l'intera società.

Indubbiamente il consolidamento del lavoro in rete delle Regioni rappresenta un traguardo fondamentale non solo per la conoscenza dei problemi di salute ma soprattutto per organizzare, attraverso un costante confronto, le migliori risposte da parte dei SSR ai bisogni di salute in un'ottica di efficacia e anche di efficienza.

Sarà tuttavia necessaria una maggior evoluzione nella capacità di osservazione e monitoraggio della condizione degli immigrati, contemporaneamente alla migliore misurazione ed analisi degli altri determinanti sociali, con un'ampia attenzione a tutte le condizioni di svantaggio e ai gruppi fragili.

Bibliografia

Capitolo 1 - Il Progetto

Bischoff A, Bovier PA, Rrustemi I, et al. (2003) Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Soc Sci Med*, 57:503–12.

Bophal R (1998) Spectre of racism in health and health care. *BMJ*, 316: 1970-3.

Bordogna MT (2013) Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati, in *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni sociali*, Anno III, Numero 5/Giugno 2013 n.5, p p.59 – 72

Costa G, Spadea T, Cardano M, (a cura di) *Diseguaglianze di Salute in Italia*. *Epidemiol Prev*, 2004; 28 (3), suppl: 1-161.

Freeman HP, Payne R (2000) Racial injustice in health care. *N Engl J Med*, 232; 1045-47.

Karlsen S, Nazroo JY, (2002) Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. *Am J Public Health*, 92: 624–631.

Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, et al. (2003) Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int Journal Epidemiol*, 32: 830-837.

Nazroo JY (2003) The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health*, 93: 277-284.

Parkin DM (2008) Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 40: 410-424, 1992.

Todd KH, Samaroo N, Hoffman JR (1993) Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *JAMA*, 269:1537–1539.

Capitolo 3 - Il sistema di monitoraggio

3.1 La popolazione immigrata: Il quadro demografico e il mondo del lavoro

AA.VV. (2012) Salute degli immigrati. In: 10° Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2013/2013_osservasalute_immigrati.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Erica Petrillo (2010) Buon compleanno pacchetto insicurezza. Sintesi, 20 settembre 2010 <http://www.sintesi.it/2010/09/buon-compleanno-pacchetto-insicurezza/> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Istat (2012) Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti. Statistiche report <http://www.istat.it/it/archivio/67648> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

UNHCR- *The UN Refugee Agency (2012) Asylum levels and trend in industrialized country*

3.2 La domanda di salute ed il ricorso ai servizi

AA.VV. (2009) La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche 2007-2009.

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf. (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

AA.VV. (2012) Salute degli immigrati. In: 10° Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2013/2013_osservasalute_immigrati.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Agenzia regionale di Sanità (ARS) Toscana (2001) Immigrazione e Salute in Toscana. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 58. http://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2011/58_immigrati.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Baglio G, Cacciani L (2005) L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, 2002. Unità operativa Studio dei Fenomeni Migratori Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/files_fen_migratori/immigrazione/monografie_asp/report_SDO_2002.zip (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B (2009) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med*, 68: 452-461.

Candela S, Ballotari P, Bonvicini L, et al. (2011) La salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia, 2° rapporto. Dipartimento di Sanità Pubblica, Servizio di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia

<http://www.ausl.re.it/attachments/archive/2921-volume-salute-stranieri-alta-risoluzione-finale.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Caranci N, Lupi C, Baronciani D (2009) Le diseguaglianze sociali nel percorso nascita: l'esperienza del CeDAP in Emilia-Romagna *SISmagazine*

<http://old.sis-statistica.org/magazine/spip.php?article154> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Coffano ME, Mondo L, Del Savio M. Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità (2005) Stranieri e salute. In: Rapporto 2005 - Osservatorio Interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2005/pdf/12.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

DGSPS Direzione generale Sanità e politiche sociali. Regione Emilia-Romagna (2012) La nascita in Emilia Romagna. 9° rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto, 2011.

<http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/Rapporto-2011.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, et al. (2005) Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet*. 2005 Mar 12-18;365(9463):997-1000

IRER- Istituto Nazionale di ricerca della Lombardia (2010) Indagine sulla presenza nel territorio Lombardo di popolazione a rischio in relazione alla salute sessuale e riproduttiva e alle mutilazioni genitali femminili, 2010.

<http://www.ierer.it/ricerche/sociale/salute/2009B061> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Lai Fong Chiu (2003) Inequalities of Access to Cancer Screening: a Literature Review. NHS Cancer Screening Programmes, Cancer Screening Series No 1 <http://www.cancerscreening.nhs.uk/publications/cs1.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Leonardi A, Scaravelli G (2004) Salute della donna e del concepito: prevenzione dei rischi ambientali e occupazionali. Rapporto Istisan 04/20

<http://www.iss.it/binary/publ/publi/0420.1106229524.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Lombardi L (2004) Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali. Working papers del Dipartimento di Studi sociali e politici Università degli Studi Milano. <http://www.sociol.unimi.it/papers/lombardi.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Megale A, Mottura G, Glossi E (2008) Immigrazione e sindacato. Discriminazione, precarietà, sicurezza. V rapporto IRES. Ediesse

Ministero della salute (2011) Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2009-2010. http://www.rssp.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Ministero della salute (2013) Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_373_allegato.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Osservatorio Epidemiologico Regione (OER) Puglia (2006) Tubercolosi ed immigrazione: le esperienze di controllo nella regione Puglia. In: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese. http://www.oerpuglia.org/public/StatodiSalute/Stato_di_Salute_Puglia_2006.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche (2005) Lo stato di salute della popolazione immigrata nella regione Marche. http://ods.ars.marche.it/Portals/0/stato%20di%20salute_immigrati_2005%20.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Pacelli B, Caranci N, Terri F, Biocca M (2011) La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale.

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss217> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Palazzi M et al. (2006) Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio Cesenate. <http://www.epicentro.iss.it/territorio/profiloimmigra.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013).

Parolari L, Sacchetti G (2001) Donne immigrate: gravidanza e maternità. Carocci

Pasini N, Pullini A, Lombardi L, Carrillo D (2012) La salute degli immigrati in Lombardia. In: AA.VV. Rapporto 2011. Gli immigrati in Lombardia - Regione Lombardia, Éupolis Lombardia, Fondazione Ismu <http://www.orimregionelombardia.it/upload/4f71b73b35ecc.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Nuti S, Maciocco G, Barsanti S (2012) Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. IL MULINO

Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo M (2006) L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporti ISTISAN - Istituto Superiore di Sanità - Roma: 2006; 06/17 <http://www.iss.it/binary/publ/cont/06-17.1153815368.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, et al. (2001) Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma. In: C. Bedetti, S. Geraci, R. Guerra. Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali. Rapporti ISTISAN 03/6: 57-63. <http://www.iss.it/binary/publ/publi/0306.1109072916.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Stephansson O, Dickman P W, Johansson A LV, Cnattingius S (2001) The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden. *Int J Epidemiol*, 30, 1296-1301.

WHO (2004) Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Organization, Geneva

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591838.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

WHO (2007) Standards for Maternal and Neonatal Care. Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization, Geneva

<http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/a91272.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit (1996) Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of Technical Working Group. World Health Organization: Geneva

http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Sitografia (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

I programmi e i progetti del Ccm, pagina del progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche 2007-2009

http://www.ccm-network.it/prg_area5_immigrati_promozione_salute

Istat Cittadini stranieri e Bilancio demografico In: Demo ISTAT. Demografia in cifre <http://demo.istat.it>

Linee guida sull'IVG. In: SaPeRiDoc (Centro di documentazione sulla salute perinatale, riproduttiva) Regione Emilia-Romagna <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/277>

Ministero della Salute. La salute delle donne immigrate http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=932&area=Salute%20donna&menu=statoalute

3.3 La valutazione economica

AA.VV. (2008) La spesa sanitaria per gli immigrati, Monitor n. 21

<http://www.agenas.it/monitor2008.html>

Andretta M, Cinconze E, Costa E, et al. (2013) Farmaci e immigrati. Rapporto sulla prescrizione farmaceutica in un paese multietnico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore

Baglio G (2009) Una ricerca Istat smonta il mito dell'immigrato untore. Salute Internazionale, 17 Aprile 2009

<http://www.saluteinternazionale.info/2009/04/una-ricerca-istat-smonta-il-mito-dellimmigrato-untore/> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Cappellini E, Guidi CF (2010) Immigrazione e salute in Toscana a cura di IRPET sull'immigrazione per la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche della Solidarietà della Regione Toscana

Compensazione interregionale della mobilità sanitaria, testo unico versione in vigore per le attività dell'anno 2007, 2008, 2009, 2010. Accordo Stato Regioni e Province Autonome (per i singoli anni)

Delibera CIPE Servizio sanitario nazionale anno 2007 / 2008 / 2009 / 2010 - Ripartizione delle disponibilità finanziarie tra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano"

Geraci S, De Gaetano A (2004) Costi e benefici dell'assistenza sanitaria agli immigrati: prime ipotesi e considerazioni. In: Atti VIII Consensus Conference sulla immigrazione e VI Congresso nazionale SIMM Lampedusa 5 – 8 maggio 2004

Giannoni M (a cura di) (2010) Equità nell'accesso ai servizi sanitari, disuguaglianze di salute e immigrazione Franco Angeli

Giannoni M, Casucci P, Ismail Z (2013) Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Franco Angeli

Livi Bacci M (a cura di) (2005) L'incidenza economica dell'immigrazione. Quaderno Cesfin n° 20, Giappichelli

Piperno F (2009) Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura. Risultati di una consultazione tra esperti. Working Papers 55/2009. Centro Studi di Politica Internazionale- CeSPI.

<http://www.cespi.it/WP/WP%2055%20rapporto%20finale%20delphi%2030%20marzo.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Ricci S, Dimasi L (2013) Stranieri irregolari, diritto alla salute e sostenibilità finanziaria tra presunte criticità e possibili soluzioni. *Sanità Pubblica e Privata* 3-4 2013

Rowthorn R (2008) The fiscal impact of immigration on the advanced economics. *Oxford Review of Economic Policy* 24: pp. 560-580.

Stuppini A (2011) “Gli immigrati non sono solo un costo” *L'Ircorcervo – la rivista della libertà*. Sett/Dic. 2011 90-91 http://www.ircocervo.it/immagini/riviste/2011_3_sett_dic/16_stuppini.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Stuppini A (2010) Se il costo dell'immigrato è marginale. Fondazione Roberto Franceschi onlus <http://www.fondfranceschi.it/cogito-ergo-sum/se-il-costo-dellimmigrato-e-marginale> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

3.4 Sviluppo di nuovi indicatori per caratterizzare il profilo di salute della popolazione immigrata

Buron A, Cots F, Garcia O, Vall O, Castells X (2008) Hospital emergency department utilisation rates among the immigrants population in Barcelona, Spain. *BMC Health Serv Res* 2008, 8:51

Bonvicini L, Broccoli S, D'Angelo S, Candela S (2011) L'accesso al Pronto Soccorso nella provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana. *Epidemiol Prev* 2011,35:259-266

Decreto Ministeriale 17/12/2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”(G.U. Serie Generale n. 9 del 13/01/09)

Norredam M, Krasnik A, Moller Sorensen T, Keiding N, Joost Michaelsen J, Sonne Nielsen A (2004) Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents. *Scand J Public Health*. 2004;32(1):53-9

3.5 La salute della popolazione immigrata in Europa: definizioni, fonti dei dati per l'epidemiologia

Aronsson G and Gustafsson K (2005) Sickness presenteeism: prevalence, attendance pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(9): 958–66.

Cacciani L, Rosano A, Bruzzone S, et al. (2010) Migration and health in Europe: data sources, epidemiology and public health. *Epidemiol Prev*. 2010 Sep-Dec;34(5-6):19-24.

Choté AA, de Groot CJ, Bruijnzeels MA et al. (2009) Ethnic differences in antenatal care use in a large multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Midwifery*, 27(1): 36–41 [Epub 25 Nov 2009].

CokerRJ, Bell A, Pitman R, Hayward A, Watson J (2004) Screening programmes for tuberculosis in new entrants across Europe. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 8(8): 1022–6.

Del Amo J, Bröring G, Hamers FF, et al. (2004) Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS*, 18(14): 1867–73.

EMN (2011) Glossario emigrazione e asilo.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) Employment and working conditions of migrant workers

<http://www.eurofound.europa.eu/staging/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf> (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J et al. (2009) Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 69(6): 934–46.

Gissler M, Alexander S, Macfarlane A et al. (2009) Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(2): 134–48.

Hamers, F. and Downs, A.M. (2004) The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 364(9428): 83–94.

Ingleby D European Research on Migration and Health (2009). Background paper developed within the framework of the IOM project “Assisting Migrants and Communities (AMAC): analysis of social determinants of health and health inequalities”. Geneva: International Organization for Migration; 2009.

IOM (2011) Glossary in migration II edition.

Keppel KG, Percy JN, Heron MP (2010) Is there progress toward eliminating racial/ethnic disparities in the leading causes of death? *Public Health Reports*, 125(5): 689–97.

Merten S, Wyss C, Ackermann-Liebrich U (2007) Caesarean sections and breastfeeding initiation among migrants in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 52(4): 210–22.

Misra A and Ganda OP (2007) Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*, 23(9): 696–708.

Nielsen S, Krasnik A, Rosano A (2009) Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content. *BMC Health Services Research* 2009;9(210).

Nolte, E and McKee M (2004) Does Healthcare Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. London: Nuffield Trust.

Price CL, Szczepura AK, Gumber AK, Patnick J (2010) Comparison of breast and bowel cancer screening uptake patterns in a common cohort of South Asian women in England. *BMC Health Services Research*, 10: 103.

Rasch V, Gammeltoft T, Knudsen LB et al. (2008) Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*, 18(2): 144–9.

Rondy M, van Lier A, van de Kastelee J, et al. (2010) Determinants for HPV vaccine uptake in the Netherlands: a multilevel study. *Vaccine*, 28(9): 2070–5.

Schenker MB (2010) A global perspective of migration and occupational health. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(4): 329–37.

Singleton A, Lenoël A, Gora O (2010) Country Report United Kingdom Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe (PROMINSTAT). Brussels: European Commission.

Troe EJ, Kunst AE, Bos V et al. (2007) The effect of age at immigration and generational status of the mother on infant mortality in ethnic minority populations in The Netherlands. *European Journal of Public Health*, 17(2): 134–8.

Vandenheede H, Deboosere P, Stirbu I et al. (2011) Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. *European Journal of Epidemiology* [under review].

Webb R, Richardson J, Esmail A, Pickles A (2004) Uptake for cervical screening by ethnicity and place-of-birth: a population-based cross-sectional study. *Journal of Public Health (Oxford)*, 26(3): 293–6.

Wolff H, Epiney M, Lourenco AP et al. (2008) Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8: 93.

Capitolo 5 - Conclusioni

Bischoff A (2003) Caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. *Swiss Forum for Migration and Population Studies*.

Coburn D (2000) Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Soc Sci Med*, 51:139–150

Opatow S, Gerson J, Woodside S (2005) From moral exclusion to moral inclusion: Theory for teaching peace. *Theory Into Practice* 2005; 44(4)

Carletti P, Fiordarancio L (2008) Immigrati e Servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali. *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia (Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/I3488/P/F 3 ad, 2007)* http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_report.pdf (ultima consultazione 10 ottobre 2013)

S. Geraci, I. El Hamad, Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre , *Italian Journal Of Public Health*, n. 3 2011 <http://www.ijph.it/pdf/64/014.pdf>

