

Stranieri e salute

a cura di Elena Coffano, Manuela Del Savio e Luisa Mondo

1. Introduzione

Nell'ultimo decennio 54 milioni di persone hanno lasciato il loro Paese portando a oltre 202 milioni il numero di migranti nel mondo¹. Di questi, circa 32,5 milioni (6.5% della popolazione complessiva) risultavano residenti, al gennaio 2010, nei 27 paesi dell'unione europea (UE), tre quarti dei quali in Germania, Spagna, Regno Unito, Italia e Francia².

A fronte di un numero di immigrati tanto elevato ed in continua crescita, il Parlamento Europeo ha emesso due recenti risoluzioni (la 2010/2089 dell'8 marzo 2011 e la 2010/2276 del 9 marzo 2011) relative alla tutela della loro salute, nelle quali si sottolinea come essi debbano essere inclusi tra i gruppi a rischio di disuguaglianze sanitarie e pertanto sia necessario che gli Stati membri mettano in atto interventi volti a ridurre al minimo il rischio di disparità nell'accesso alle cure, indipendentemente dal fatto che si tratti di persone regolarmente presenti o meno.

In Italia, in tema di normativa sull'assistenza sanitaria agli stranieri, il 21 settembre 2011, è stato approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" predisposto dal gruppo tecnico interregionale "Immigrati e Servizi sanitari"³; si tratta di una sistematizzazione delle indicazioni normative vigenti, finalizzata ad uniformare la modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri, in particolare se non in regola con le norme di soggiorno.

Lo stesso testo è stato approvato dalla Regione Piemonte, il 2 luglio 2012 (DGR n. 24-4081), con un'unica differenza relativa all'assistenza sanitaria ai minori, che continuano ad essere assistiti come STP ed ENI⁴.

Anche nel Piano Socio-Sanitario del Piemonte⁵ 2012-2015 vengono espressamente indicate le strategie per l'assistenza agli stranieri:

- facilitare modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri;
- prevedere un livello uniforme e qualitativamente soddisfacente delle prestazioni erogabili agli stranieri STP presso i Centri ISI e, più in generale, presso tutti i presidi sanitari;
- rendere stabile la presenza di mediatrici interculturali specificamente preparate a farsi carico delle problematiche emergenti nei servizi materno-infantili;

¹ Dossier statistico immigrazione Caritas 2011

² Dossier Caritas Immigrazione 2011

³ <http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download%5Cdiseguaglianze%5CDocumento-on%20line.pdf>

Il documento è il risultato del lavoro collegiale svolto dal Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari" composto da tecnici degli Assessorati alla Salute delle Regioni e PP.AA., da rappresentanti del Ministero della Salute e da esperti (INMP e SIMM).

⁴ http://www.comune.torino.it/stranieri-nomadi/archivio/dgr_04081_830_02072012.pdf

⁵ Deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167 – 14087

- sviluppare ulteriormente le capacità di presa in carico e trattamento presso i SERT degli stranieri STP con problemi di abuso di sostanze e messa a punto di protocolli condivisi per la presa in carico specifica di questi pazienti;
- definire e promuovere l'adozione di modalità condivise di presa in carico di stranieri con problemi di salute mentale;
- individuare modalità di coinvolgimento di mediatori interculturali e favorirne l'utilizzazione sia presso servizi ospedalieri e residenziali, sia presso servizi diurni.

2. I ricoveri ospedalieri

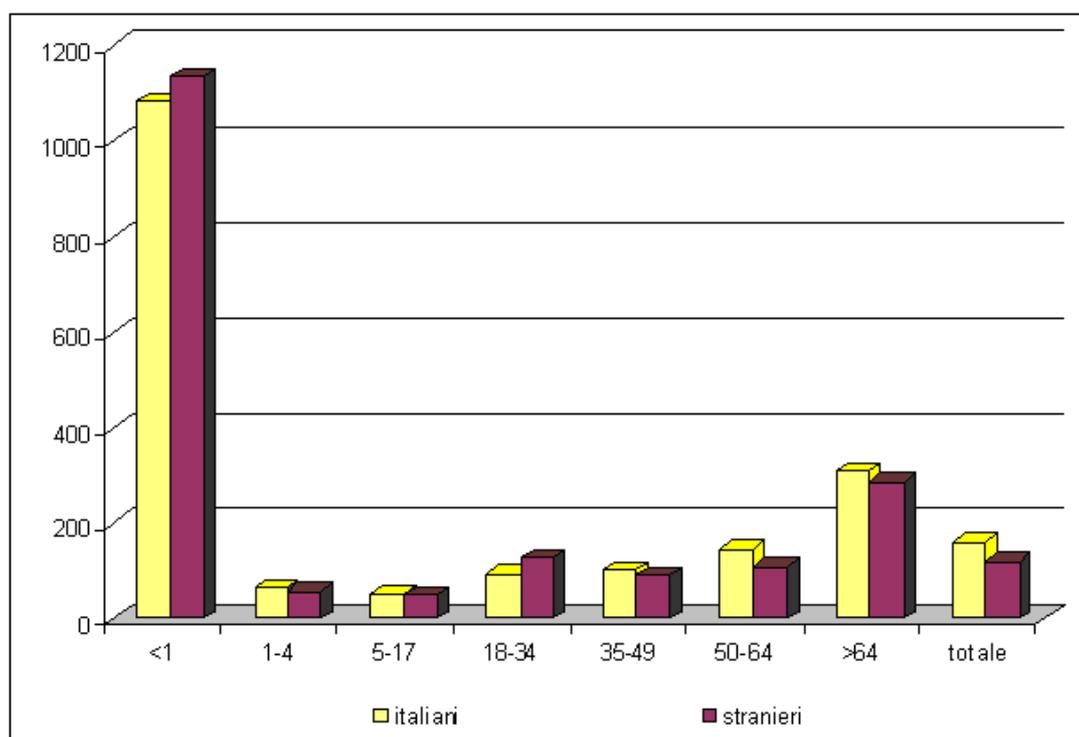
2.1 Confronto tra italiani e stranieri residenti

Per il seguente paragrafo sono state analizzate le schede di dimissione ospedaliera (SDO) compilate in provincia di Torino nel corso del 2011. Per calcolare i tassi di ospedalizzazione sono stati selezionati solo gli stranieri residenti mentre per gli stranieri temporaneamente presenti (STP), non essendo identificabile la provincia di residenza e non disponendo di un denominatore (numero di STP presenti sul territorio) sono descritti i dati al livello regionale senza possibilità di confronto statistico con la popolazione italiana e la popolazione straniera regolarmente presente.

Nel 2011 nella provincia di Torino sono stati effettuati 364.142 ricoveri dei quali 339.490 (93,23%) a carico di cittadini italiani e 24.652 (6,77%) di stranieri residenti.

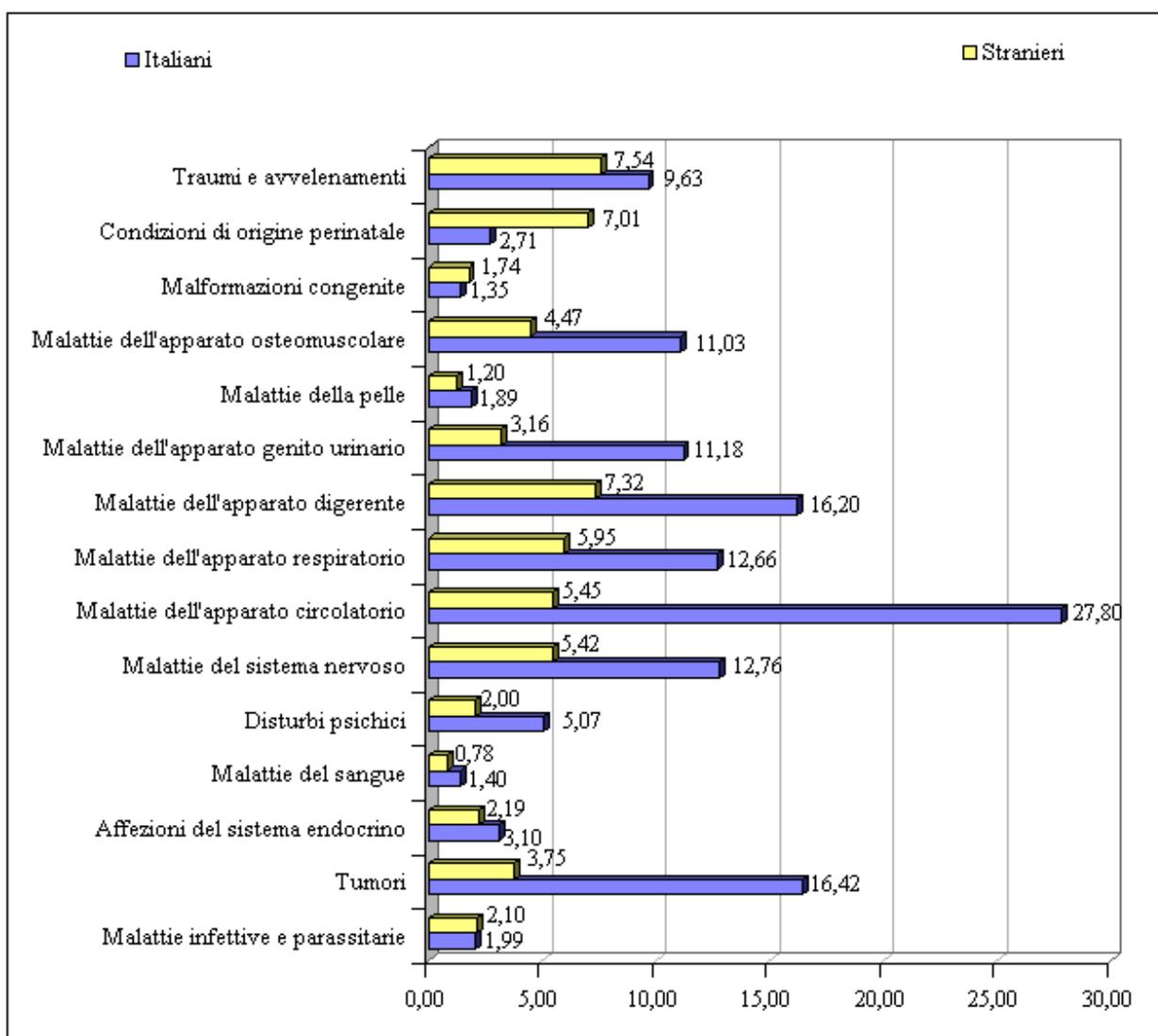
Si registra una prevalenza di degenze a carico delle donne sia tra gli italiani (52,48%) che, in maniera nettamente più marcata, tra gli stranieri (68,55%). L'analisi della distribuzione per età mostra tra gli stranieri residenti, rispetto agli italiani, un maggior tasso di ricoveri nel corso del primo anno di vita e durante l'età fertile.

Graf. 1 - Tasso di ricoveri per classe di età, , italiani e stranieri residenti, Provincia di Torino, SDO 2011



Tra gli uomini, analizzando i motivi del ricovero, si osserva una netta prevalenza, tra gli stranieri, di ricoveri per cause perinatali ed un lieve eccesso di degenze per malattie infettive. Tra gli italiani è leggermente superiore il tasso di ospedalizzazione per malformazioni congenite, affezioni del sistema endocrino, problemi della pelle, traumi ed avvelenamenti. Sempre tra gli uomini italiani il tasso di ospedalizzazione è circa il doppio nel caso di malattie ematopoietiche, disturbi psichici, del sistema nervoso, degli apparati respiratorio, digerente osteomuscolare ed è nettamente superiore nel caso di tumori, malattie dell'apparato circolatorio e del tratto genitourinario (grafico 2).

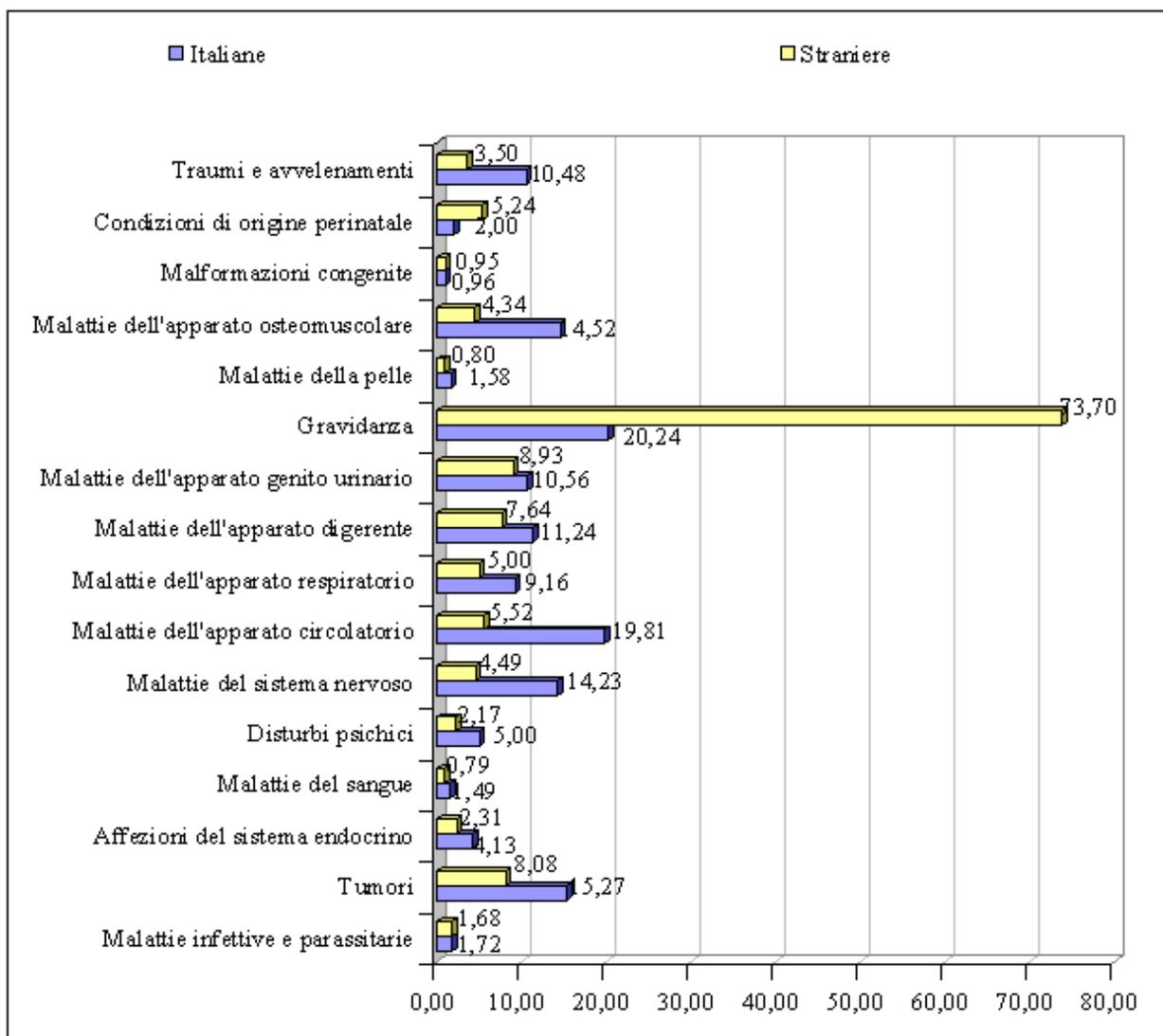
Graf. 2 - Tasso di ricoveri per causa, uomini italiani e stranieri residenti, Provincia di Torino, SDO 2011



Tra le donne straniere spicca in maniera significativa il tasso di ospedalizzazione per i motivi legati alla gravidanza seguiti da quelli per le complicazioni di origine perinatale. Si registrano solo lievissime differenze di tasso di ospedalizzazione per le malattie infettive e le malformazioni congenite. Sono superiori, tra le italiane, le degenze per affezioni del tratto genitourinario e dell'apparato digerente mentre sono circa il doppio quelle per malattie endocrine ed ematopoietiche, della pelle, disturbi psichici, dell'apparato respiratorio, tumori; sono circa il

triplo i ricoveri legati al sistema nervoso, osteomuscolare, ai traumi. Infine tra le italiane sono quasi il quadruplo i tassi di ospedalizzazione per patologie cardiocircolatore (grafico 3).

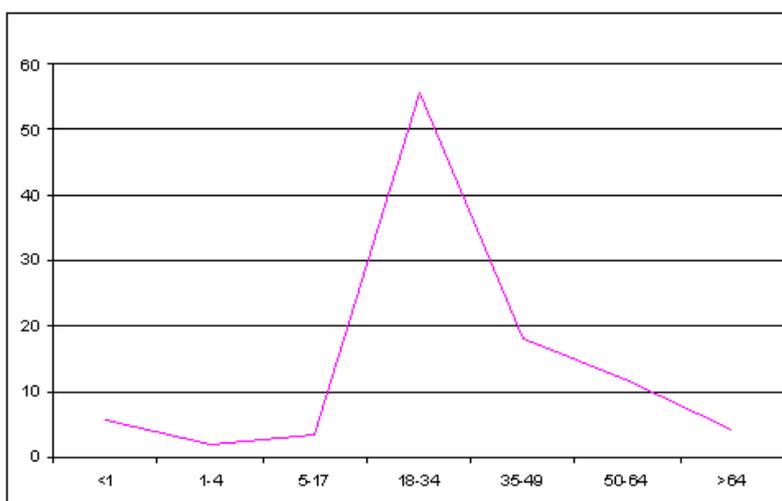
Graf. 3 - Tasso di ricoveri per causa, uomini italiani e stranieri residenti, Provincia di Torino, SDO 2011



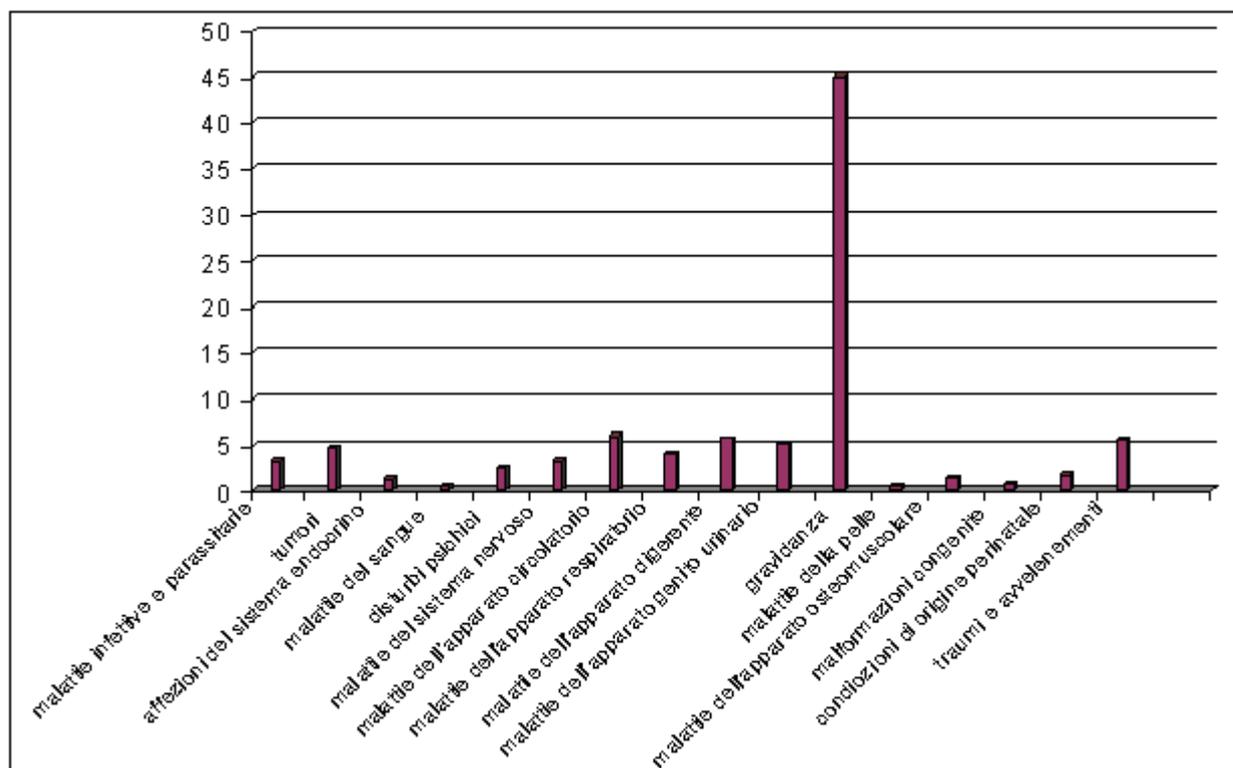
2.2 Rricoveri di stranieri temporaneamente presenti

Sempre nel 2011 sono stati registrati, in Piemonte, 2970 ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (STP), 861 (28.99%) uomini e 2109 (71.01%) donne, con un picco di degenze nell'età fertile (grafico 4) ed una notevole concentrazione delle cause di ricovero tra quelle legate alla gravidanza (grafico 5).

Graf. 4 - Età al momento delle dimissioni, STP, Piemonte, SDO 2011



Graf. 5 - Causa del ricovero, STP, Piemonte, SDO 2011



Per quanto riguarda i ricoveri legati alla gravidanza, una recente revisione sistematica⁶ ha confrontato i principali esiti riproduttivi osservati tra le donne straniere rispetto alle donne autoctone di 12 Paesi europei (per un totale di 18 milioni di gravidanze analizzate) mostrando un profilo di salute peggiore per la popolazione immigrata con un maggior rischio di nati di peso inferiore ai 2.500 grammi, di parti pretermine, di mortalità perinatale e di malformazioni congenite. Nello studio sono stati confrontati gli stessi esiti in base alle politiche di integrazione degli immigrati mostrando come nei Paesi con una miglior accoglienza gli esiti riproduttivi tra gestanti immigrate e autoctone siano molto simili e peggiorino nettamente dove l'integrazione è inferiore con conseguenti ostacoli all'accesso tempestivo a cure di qualità (tabella 21).

Tab. 1 - *Esiti riproduttivi in base al Paese d'immigrazione materna*

Esiti riproduttivi	Paesi a bassa integrazione Austria, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna e Svizzera	Paesi ad alta integrazione Belgio, Danimarca, Norvegia, Olanda e Svezia
Basso peso	1,77	1,08
Nascite pretermine	2,88	1,18
Mortalità perinatale	1,45	1,25
Malformazioni	1,20	0,87

Le interruzioni volontarie di gravidanza sono un'importante causa di ricoveri legati alla gestazione: delle 5537 IVG effettuate nel 2011 in provincia di Torino, 3440 (62.13%) sono state a carico di italiane e 2097 (37.87%) di straniere; su tutto il Piemonte 696 sono state le IVG a carico di donne STP.

Il tasso di abortività volontaria risulta circa quadruplo tra le donne straniere residenti rispetto alle italiane. Le donne che ricorrono maggiormente all'IVG sono romene, marocchine, albanesi e nigeriane, in linea con la loro consistenza numerica in provincia di Torino e, più in generale, in regione.

Le donne straniere interrompono la gravidanza in età inferiore rispetto alle italiane, avendo un modello riproduttivo più intenso ed anticipato, eppure, malgrado ciò, hanno più probabilità di essersi già sottoposte ad IVG e di avere già figli. Tale aspetto è di particolare rilevanza perché si tratta quindi di donne che malgrado abbiano già avuto ripetuti contatti con il servizio sanitario, non sono comunque riuscite ad utilizzare un contraccettivo efficace o in modo corretto.

In Piemonte, dal 2008, è stato messo a punto il percorso assistenziale per la donna che richiede l'interruzione volontaria della gravidanza presso i consultori familiari

(http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/consultori/dwd/percor.pdf).

Inoltre, la regione Piemonte aderisce, assieme ad altre 9 regioni, ad un progetto avviato nel 2010 dal Ministero della Salute/CCM finalizzato alla prevenzione delle IVG tra le donne straniere attraverso la formazione degli operatori socio-sanitari, finalizzata all'adozione di approcci interculturali per la tutela della salute sessuale e riproduttiva; all'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro coinvolgimento nella prevenzione dell'IVG; alla promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata, anche attraverso il coinvolgimento diretto delle comunità di donne immigrate.

⁶ Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 452–461

3. Conclusioni

Tenendo presente che “le disuguaglianze sanitarie sono il risultato di fattori economici, ambientali, connessi alle scelte di vita e a problemi relativi all’accesso ai servizi di assistenza sanitaria”⁷ occorre lavorare affinché l’accessibilità (diritto alle cure) e la fruibilità (capacità di accedere alle cure) non siano solo parole, ma una realtà del territorio.

Tra le difficoltà all’accesso possiamo rilevare le barriere giuridico-legali, le barriere economiche, le barriere burocratico-amministrative, le barriere organizzative, mentre tra le difficoltà alla fruibilità vanno ricordate le difficoltà linguistiche, le barriere comunicative e quelle interpretative e comportamentali⁸.

Presso i Centri ISI da anni, e così come ribadito dal Piano Socio Sanitario 2012-2015, gli STP e gli ENI (Europei non Iscrivibili) ricevono visite ambulatoriali, prescrizioni e valutazioni di esami, prescrizioni di farmaci, visite specialistiche. Il tutto con la preziosa collaborazione dei mediatori culturali che facilitano la comprensione letterale, ma soprattutto di approccio alla cura.

L’assistenza agli immigrati è anche garantita dall’attività di numerosi centri di volontariato i quali, da alcuni anni, sono confluiti in rete con i centri ISI, con enti istituzionali ed altre associazioni che a vario titolo si occupano di migranti, in un gruppo di lavoro denominato GrIS Piemonte (Gruppo Immigrazione Salute), unità territoriale della Società Scientifica di Medicina delle Migrazioni. I GrIS sono presenti in varie regioni (Lazio, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Sicilia, Sardegna, Piemonte, Emilia Romagna, Campania, Toscana e Calabria) ed hanno i seguenti obiettivi condivisi:

- 1) fare informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;
- 2) collegare in rete gruppi, servizi, persone, competenze e risorse sia assistenziali sia formative;
- 3) elaborare proposte in termini politico-organizzativi;
- 4) mettere in atto azioni di ‘advocacy’ sulle istituzioni.⁹

⁷ Parlamento Europeo, Risoluzione 8/3/2011 n. 2010/2089

⁸ Geraci S., El Hamad I. “migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre”, *Italiano Journal of Public Health*, vol 8, n. 3, suppl 3/2011

⁹ www.simmweb.it

Bibliografia

- ARS Marche. Lo stato di salute della popolazione immigrata nella regione Marche, 2002.
- Available on: http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/
- Bollini P, Siem H, . No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000, *Soc Sci Med.* 1995 Sep;41(6):819-28.
- CSDH 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- Grandolfo M, Spinelli A. Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: epidemiologia. In : *Ginecologia e Ostetricia.* G C Di Renzo Ed. Verduci Editore, Roma. 2006.Vol1; 1011-1016.
- Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health* 2003. 93: 277-284.
- 5° Rapporto CRC. I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia: aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, anno 2011-2012