

Salute della popolazione straniera

Esiste un “sesto continente”, trascurato dalle carte geografiche e senza precisi confini, ma non per questo meno reale e tangibile. È quello rappresentato dal popolo delle migrazioni internazionali, che vede come protagonisti 250 milioni di uomini, donne e bambini, pari a circa il 3% della popolazione mondiale, con un incremento del 41% rispetto all’anno 2000. Di questi, 21 milioni sono rifugiati, cioè persone forzatamente indotte a lasciare il proprio Paese, e oltre 3,2 milioni sono richiedenti protezione internazionale (nel 2015, in Europa, ne sono arrivati poco più di 1 milione). Si tratta di un fenomeno epocale, conseguenza inevitabile di politiche nazionali e internazionali che hanno generato disuguaglianze e conflittualità diffusa (attualmente ci sono trentacinque conflitti armati in corso e diciassette situazioni di crisi).

L’Italia è “protagonista” del fenomeno migratorio mondiale per diverse componenti, distinte, ma strettamente correlate tra loro.

Nel nostro Paese la comunità straniera è una presenza oramai consolidata: da alcuni anni, gli immigrati residenti sono intorno ai 5 milioni (quasi l’8,3% della popolazione generale); il 30% è rappresentato da cittadini comunitari, mentre tra coloro che non appartengono all’Unione Europea il 57% ha un permesso di soggiorno di lungo periodo; le seconde generazioni, costituite da bambini e ragazzi nati e cresciuti in Italia, contano oltre 800 mila unità. Vi è stata una progressiva “familiarizzazione” dei flussi migratori per cui, oggi, quattro residenti su cinque sono inseriti all’interno di un nucleo familiare e oltre 70.000 sono i nuovi nati l’anno da genitori non italiani. Molti stranieri, con il passare del tempo, hanno acquisito la cittadinanza italiana: 178 mila solo nel 2015, per un totale di oltre 1 milione 150 mila negli ultimi 10 anni. Si può, quindi, parlare di una definitiva inclusione di buona parte di questa componente immigrata nella realtà sociale e demografica del nostro Paese.

Oltre a questo, siamo anche una terra di accoglienza di profughi e richiedenti protezione internazionale (i cosiddetti “migranti forzati”, anche se questa definizione è vaga e per molti versi impropria). Negli ultimi 3 anni, sono sbarcate sulle nostre coste oltre 500 mila persone e, di queste, quasi 180 mila sono attualmente ospitate nel sistema di accoglienza italiano.

Infine, accanto all’immigrazione, non va dimenticata la presenza di una importante componente emigratoria, che ha alimentato negli anni una significativa comunità di italiani all’estero: sono, infatti, oltre 5 milioni 200 mila i nostri concittadini espatriati, con un flusso in uscita in aumento e un saldo migratorio complessivamente negativo (coloro che lasciano l’Italia, italiani e stranieri, sono più di coloro che entrano nel nostro Paese).

Proprio da questi elementi, si evince come il fenomeno della migrazione sia complesso, multifattoriale, dinamico e strutturale, destinato sempre più a stabilizzarsi, ma nel contempo a diversificarsi in situazioni “miste” in cui, ad esempio, accanto agli immigrati “economici” (spinti prevalentemente dalla ricerca di un lavoro e di condizioni di vita migliori), ci sono richiedenti asilo e rifugiati.

Anche il profilo di salute di questa variegata popolazione risulta, inevitabilmente, condizionato dal diverso peso che alcuni determinanti sociali assumono nelle fasi di accoglienza e nei percorsi, più o meno ritardati, di inserimento/integrazione. Monitorare alcuni indicatori di salute e di malattia può aiutarci a capire come il nostro Paese stia interagendo con questo fenomeno.

Il Capitolo di quest’anno si presenta ridotto nel numero di pagine rispetto agli anni precedenti, perché si è ritenuto di presentare solo i *core indicators* relativi alla tubercolosi (assente nell’Edizione precedente) e alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (fenomeno in costante evoluzione che merita di essere monitorato). Per i restanti indicatori si rimanda alla consultazione della precedente Edizione del Rapporto Osservasalute.

Il Capitolo, inoltre, attraverso tre specifici *Box*, offre interessanti spunti di riflessione su alcuni aspetti maggiormente legati all’attualità. In particolare, sulla criticità legata alla cosiddetta emergenza “profughi” (è improprio parlare ancora di emergenza per un fenomeno che dal 2011 ci interessa con numeri significativi), che ha destato molti timori per le possibili ricadute in termini di rischi epidemici, nonostante i dati epidemiologici della sorveglianza sindromica dell’Istituto Superiore di Sanità indichino come non vi sia alcuna allerta sanitaria. Per contro, il repentino aumento del carico di accoglienza (siamo passati da 22.000 posti in accoglienza del 2013 ai 180 mila di oggi) ha prodotto non poche criticità in termini di garanzia degli standard minimi di salubrità e di percorsi di tutela. Inoltre, la lentezza delle procedure di inserimento, unitamente all’incertezza delle politiche internazionali, possono slatentizzare un disagio sociale che spesso sfocia in franca sofferenza mentale.

Infine, un’attenzione particolare viene riservata ai cosiddetti “migranti in transito”, ossia quei profughi che, allo scopo di eludere il Regolamento di Dublino e raggiungere altri Paesi dell’Unione Europea, soprattutto negli anni passati, si sono sottratti all’identificazione, rendendosi invisibili sul territorio nazionale. Su questo, che

può essere considerato un vero e proprio fenomeno nel fenomeno delle migrazioni forzate, si sono registrate significative esperienze di medicina di prossimità, centrate sulla creazione di reti assistenziali di prossimità e la realizzazione di interventi di offerta proattiva.

I dati e le esperienze presentate inducono a una specifica azione di *governance* anche in ambito sanitario. Il sistema sanitario, seppur con qualche fatica, ha retto, in particolare, all'impatto del fenomeno profughi; tuttavia, superata una prima fase di accoglienza, strutturata in modo più o meno adeguato, occorrerà adoperarsi affinché questa parte di popolazione possa trovare nella realtà consueta dei servizi risposte coerenti ai bisogni di salute e flessibili di fronte alle criticità organizzative che i dati hanno fin qui fatto emergere.

Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

Significato. La fonte dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di tubercolosi (TBC) in Italia è il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero

della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998), che rappresenta il flusso informativo ufficiale.

Percentuale dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Casi di tubercolosi totali}}{\text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

Frequenza dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Popolazione residente straniera}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Lo studio si basa su dati provenienti da un sistema di notifica consolidato: questo è il suo principale punto di forza. Si sottolinea come, nell'attuale sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute, la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza, i casi di TBC in stranieri, in realtà, si riferiscono a persone nate all'estero.

Il calcolo del tasso di incidenza richiederebbe per il denominatore la disponibilità di dati sulla popolazione nata all'estero. Tale dato non è disponibile nelle fonti demografiche pubblicate, annualmente, dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), ma è disponibile solo per il Censimento 2011. L'unico modo per poter calcolare un indicatore in serie storica è utilizzare al denominatore la popolazione straniera residente in Italia, costituita dalle persone residenti con cittadinanza non italiana. Pertanto, lo studio utilizza questo denominatore per il decennio 2006-2015. Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei. Pur nella consapevolezza che l'indicatore costruito in questo modo non è un vero tasso di incidenza, si è ritenuto importante fornire una misura in grado di dare indicazioni sul trend del fenomeno. Per l'anno 2011, la popolazione residente nata all'estero, secondo i dati del Censimento condotto dall'Istat, ammontava a circa 4,8 milioni, mentre la popolazione residente straniera, nello stesso anno, ammontava a circa 4 milioni. Pertanto, il tasso di incidenza calcolato con il dato censuario riferito allo stato di nascita risulterebbe più basso di quello calcolato con la popolazione residente straniera.

Un secondo limite dell'indicatore deriva dal fatto che nel denominatore non è possibile includere i dati relativi ai non residenti "irregolari" e "temporaneamente

presenti" (con e senza permesso di soggiorno) che, al contrario, sono inclusi al numeratore.

Per questo motivo, le frequenze calcolate devono essere considerate indicative del fenomeno. Inoltre, va considerato che, pur esistendo un certo grado di sottotifica della TBC, il profilo epidemiologico nelle persone nate all'estero può risultare sovradimensionato, sia per l'assenza al denominatore delle persone non residenti, sia per il fatto che la popolazione residente straniera risulta avere un ammontare più basso della popolazione residente nata all'estero.

Un limite degli ultimi 3 anni in esame (dal 2013 al 2015) è il forte aumento dei casi di TBC per i quali non è noto il Paese di nascita, perché non codificato correttamente da alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore dell'indicatore calcolato per la popolazione totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i dati regionali sono confrontati con il dato nazionale, al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2006-2015, il numero dei casi di TBC notificati in Italia mostra una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto già accaduto nel corso degli anni (da 7,7 casi per 100.000 abitanti nel 2006 a 6,3 casi per 100.000 nel 2015). In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC, in Italia, negli ultimi 10 anni in persone nate all'estero. Nel periodo in esame, la percentuale del numero dei casi, relativa ai cittadini nati all'estero, ha fatto registrare, nel 2012, un picco del 56% rispetto al totale dei casi notificati (Grafico 1). Dall'anno 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata per le persone nate in Italia.

Analizzando, però, la frequenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popolazione residente straniera, si osserva un forte decremento a fronte di una sostanziale stabilità dell'incidenza nel

complesso della popolazione (Grafico 2). L'andamento dei casi notificati nell'ultimo triennio risente della non corretta codifica del Paese di nascita.

Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2015

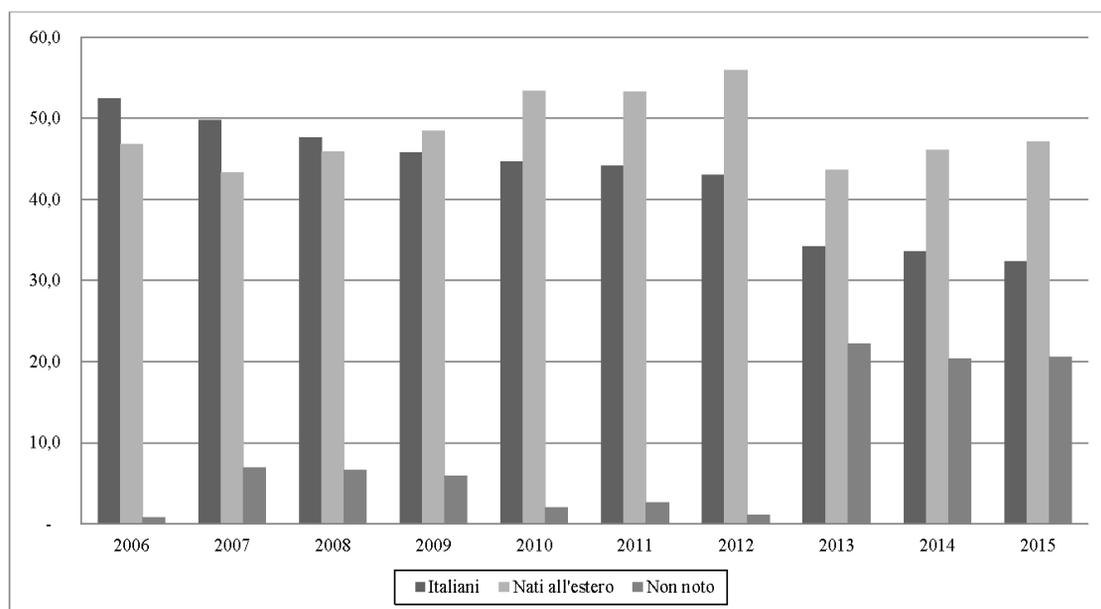
Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237
Friuli Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46
Sicilia	30	34	11	63	53	70	102	127	157	167
Sardegna	2	6	3	8	8	8	n.d.	0	2	1
Italia	2.108	1.960	2.027	2.053	2.575	2.444	2.310	1.740	1.816	1.794

n.d. = non disponibile.

n.i. = non indicato.

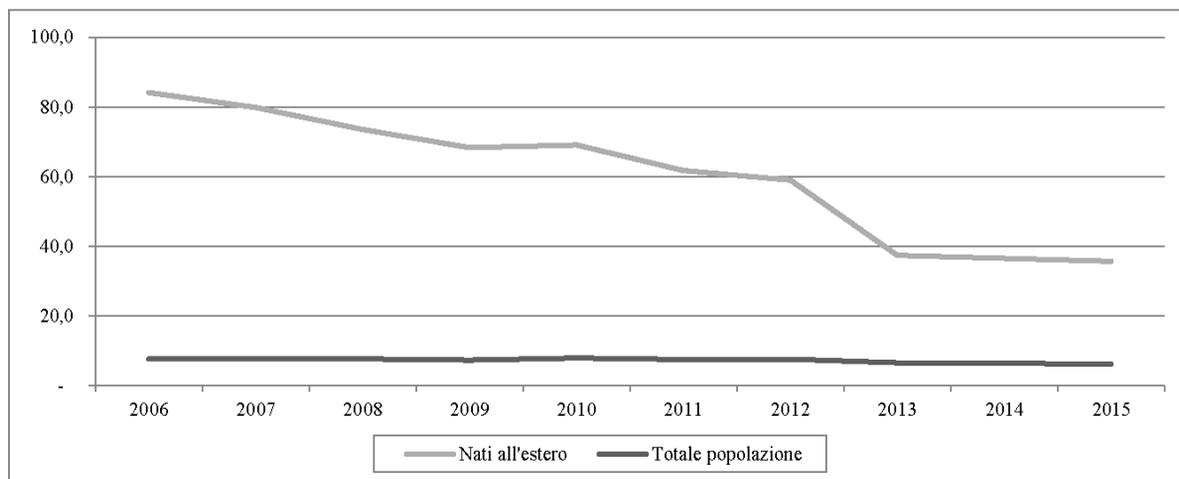
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2016.

Grafico 1 - Casi (valori percentuali) di tubercolosi: confronto tra nati in Italia e nati all'estero - Anni 2006-2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2016.

Grafico 2 - Frequenza (valori per 100.000) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2015



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2016.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC e i dati disponibili siano tali da non destare particolari preoccupazioni, non si può ignorare che la componente attribuibile alla popolazione immigrata, pur non rappresentando di per sé un motivo di allarme sociale, è un aspetto da affrontare con modalità peculiari. Diversi studi dimostrano, inoltre, che la trasmissione della malattia da immigrati alla popolazione residente sia un evento estremamente raro. Al fine di garantire il controllo della tubercolosi nella popolazione generale, il Ministero della Salute ha predisposto un documento di Linee Guida, condiviso con le Regioni e le PA, allo scopo di individuare gli obiettivi di salute per il triennio 2013-2016, gli standard di intervento e gli indicatori utili al monitoraggio degli interventi stessi. Nel 2010, il Ministero della Salute ha redatto un documento finalizzato all'aggiornamento delle raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono volte a definire interventi multipli e coordinati, tra cui:

- implementare diagnosi e sorveglianza della TBC, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari, focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la

chiara consapevolezza che chiunque può contrarre e sviluppare la TBC;

- migliorare il trattamento e la gestione dei casi e l'aderenza alla terapia;
- sostenere l'integrazione tra servizi sanitari territoriali e altri Enti, pubblici, del privato sociale e del volontariato, allo scopo di favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, innanzitutto attraverso l'informazione sui percorsi sanitari esistenti.

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- (2) Decreto Ministeriale 29 luglio 1998: Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale 15 dicembre 1990.
- (3) Istat. Popolazione residente straniera al 1 Gennaio 2016. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it>.
- (4) CARITAS - Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2009. Disponibile sul sito: www.caritasitaliana.it.
- (5) Ministero della Salute. Controllo della Tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (6) Ministero della Salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata. 2010. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.

Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può essere utile al fine di creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, di pari passo con l'incremento numerico della loro presenza, mentre si registra una lieve flessione nell'ultimo periodo.

La percentuale di IVG tra le donne straniere descrive il loro contributo al fenomeno nel suo insieme, mentre il tasso di abortività permette di valutarne l'incidenza e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.). La disponibilità delle stime della popolazione straniera permette di calcolare i tassi che descrivono l'effettivo ricorso a tale pratica.

Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne straniere

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria

Denominatore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Tasso di abortività volontaria di donne straniere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Numeratore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera

Denominatore: Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera

*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

Validità e limiti. Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera: tramite la cittadinanza o tramite il Paese di nascita.

Nel primo caso si escludono, giustamente, le donne italiane nate all'estero, ma di contro si escludono anche le straniere che hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Considerando, invece, l'informazione sul luogo di nascita si includono le cittadine italiane nate all'estero e si perdono le cittadine straniere nate in Italia.

I tassi di abortività sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2014, in quanto la popolazione residente per genere, età e cittadinanza non è disponibile nelle statistiche correnti dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Sono state effettuate delle stime al 1 gennaio degli anni 2003-2010 e 2013-2015, dalle quali si ricavano le popolazioni medie degli anni 2003-2009 e 2013-2014.

Per il 2011 è stata considerata la popolazione rilevata al Censimento.

Per rendere confrontabile il livello di abortività tra i vari gruppi di cittadinanza, si è reso necessario il ricorso al tasso standardizzato eliminando così le differenze dovute alle diverse classi di età.

Per l'anno 2014 è stata rilevata una sottonotifica dei dati di alcune regioni (Lombardia, Marche, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna) per cui i tassi sono stati calcolati utilizzando delle stime effettuate a partire dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, in quanto questa dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata. Invece, per il tasso di abortività si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2014, l'Istat ha rilevato, in Italia, mediante il modello D12, un totale di 95.400 IVG effettuate da donne cittadine italiane e straniere. Si evidenzia, così, un calo di quasi il 5% rispetto al 2013, tendenza che si sta consolidando negli ultimi anni.

Il 32,4% delle IVG ha riguardato donne con cittadinanza straniera, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (Grafico 1).

Negli ultimi 15-20 anni si è assistito ad un aumento costante della presenza straniera in Italia: la maggioranza delle donne straniere proviene dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). La percentuale delle IVG effettuate da donne provenienti da tali Paesi (Tabella 1) è più elevata al Nord e al Centro, in linea con la loro maggior presenza in tali aree. In particolare, nel 2014, valori superiori al 40% si osservano in Veneto, Emilia-Romagna e Umbria (tutte presentano

lo stesso valore pari a 42,4%).

Come già anticipato, grazie alla disponibilità di stime ufficiali fino al 2015 e dei dati del Censimento 2011 relativi alla popolazione straniera residente in Italia, è stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinguendo anche per classi di età.

In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti dai PFP, donne provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana (Grafico 2).

Continua la diminuzione nel tempo dei tassi di abortività volontaria per tutti i gruppi di cittadinanza.

Per le donne provenienti dai PFP, nel 2014 i tassi si riducono del 57% rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003), pur presentando ancora i livelli più alti dell'indicatore rispetto agli altri due gruppi di donne.

Altra nota positiva è la diminuzione dei tassi anche per le donne italiane che, pur partendo da valori già molto bassi, mostrano un'ulteriore riduzione del 20% rispetto al 2003. Questa tendenza viene confermata, seppur con un andamento più irregolare, anche dalle cittadine dei PSA.

Analizzando l'andamento del fenomeno, appare rilevante la riduzione della forbice tra i valori delle donne straniere dei PFP e quelli delle donne italiane: nel 2003, il tasso riferito alle prime era di 5,4 volte più elevato del tasso riferito alle italiane; nel 2014 si è passati a 2,9.

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

Osservando il fenomeno per età (Grafico 3), la riduzione dei tassi, dal 2003 al 2014, interessa tutte le classi di età: tra le donne provenienti dai PFP, la riduzione coinvolge principalmente la classe 20-24 anni, per la quale si registra una variazione negativa del 66%. Tale gruppo di cittadinanza è quello che fa registrare variazioni negative più consistenti in tutte le classi di età (circa del 50%), variazioni giustificate anche dal fatto che i valori di partenza sono conside-

volmente più elevati rispetto agli altri due gruppi. Come abbiamo già visto, anche tra le donne italiane che partono da livelli inferiori si è registrata un'ulteriore diminuzione del tasso standardizzato; anche in questo caso tutte le classi di età, nel 2014, riportano valori inferiori rispetto all'inizio del periodo, soprattutto in riferimento alle classi di età più giovani: 15-19 anni (-33%) e 20-24 anni (-29%).

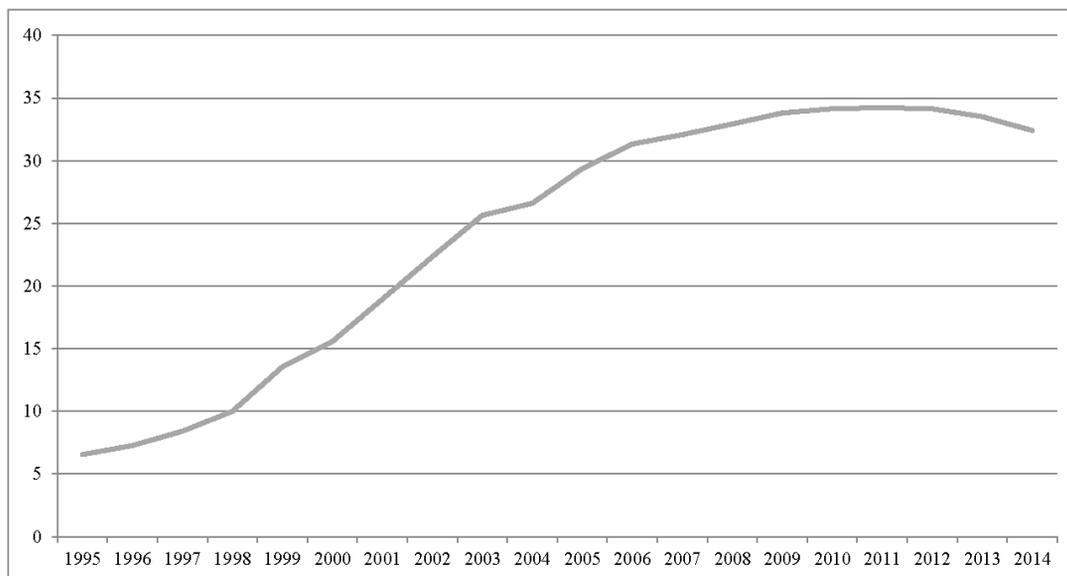
Le donne provenienti dai PSA (non rappresentate graficamente) presentano trend con forti oscillazioni (dovute alla scarsa numerosità dei casi di IVG), con tendenza alla diminuzione soprattutto tra le giovani (in particolare tra i 25-29 anni).

Scendendo nel dettaglio delle cittadinanze per le quali nel 2014 si è registrato un numero di IVG superiore a 2.000 casi, si evidenzia un calo dell'abortività per le rumene, le cinesi, le albanesi e le marocchine, sia nei tassi standardizzati (Tabella 2) che nei tassi specifici. Il fenomeno resta, comunque, più consistente tra le donne più giovani in tutti e quattro i Paesi considerati (Grafico 4).

Con riferimento al trend 2003-2014, viene confermata la decrescita dei livelli di abortività anche in queste quattro sotto-popolazioni di donne straniere: rispetto al 2003, le donne rumene hanno visto ridursi del 79% il tasso, ma è anche vero che sono partite da livelli elevati; a seguire, le albanesi mostrano una riduzione del 53%, le marocchine del 48% e le cinesi del 43%.

Queste ultime sono comparse di recente nel fenomeno dell'abortività volontaria in Italia e, pur presentando nel 2014 il valore più elevato del tasso (25,0 per 1.000) rispetto alle altre cittadinanze, il trend risulta, comunque, in diminuzione, segnale di un rapido adeguamento ai comportamenti delle donne straniere in generale.

Osservando la composizione per età, tra le donne rumene si evidenzia una diminuzione di oltre il 90% per la classe 15-19 anni e di oltre l'80% per la successiva; questo si traduce in un lieve "invecchiamento" del fenomeno: nel 2003, il valore più elevato era in corrispondenza della classe 20-24 anni (152,1 per 1.000), ora questa classe di età e la successiva presentano lo stesso tasso, pari a 24,6 per 1.000. Analogamente si registra per le donne provenienti dagli altri tre Paesi dove, nel 2014, è la classe 30-34 anni a presentare il tasso più elevato.

Grafico 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) effettuate da donne straniere in Italia - Anni 1995-2014

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 1995-2014.

Tabella 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) sfettuate da donne straniere provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013, 2014

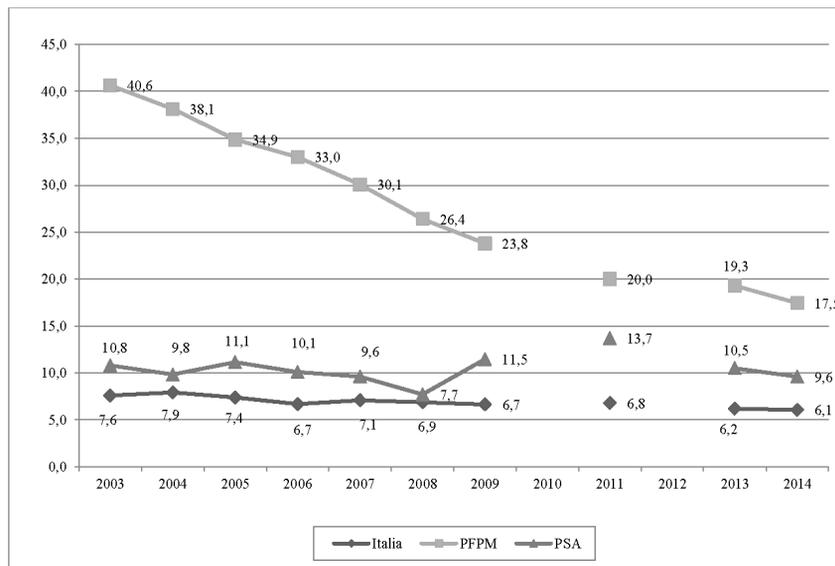
Regioni	2003	2009	2011	2013	2014
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4	37,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2	29,0
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5	39,6
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8	38,3
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8	42,4
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3	31,1
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6	38,6
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5	43,1	42,4
Toscana	23,8	37,5	41,6	39,8	38,8
Umbria	34,9	44,2	44,0	44,5	42,4
Marche	28,0	42,5	37,1	37,9	37,7
Lazio	23,1	30,0	32,8	32,8	32,3
Abruzzo	15,5	25,2	25,2	27,2	24,6
Molise	5,1	6,4	16,7	18,0	10,6
Campania	12,0	14,5	14,2	13,2	12,7
Puglia	3,3	11,7	12,3	11,0	10,6
Basilicata	4,0	13,0	14,5	12,9	15,4
Calabria	7,9	18,2	21,1	17,6	18,9
Sicilia	5,0	14,5	15,9	15,3	15,1
Sardegna	4,0	10,3	12,9	13,1	12,2
Italia	21,2	30,0	31,6	31,1	33,2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011, 2013, 2014.

SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

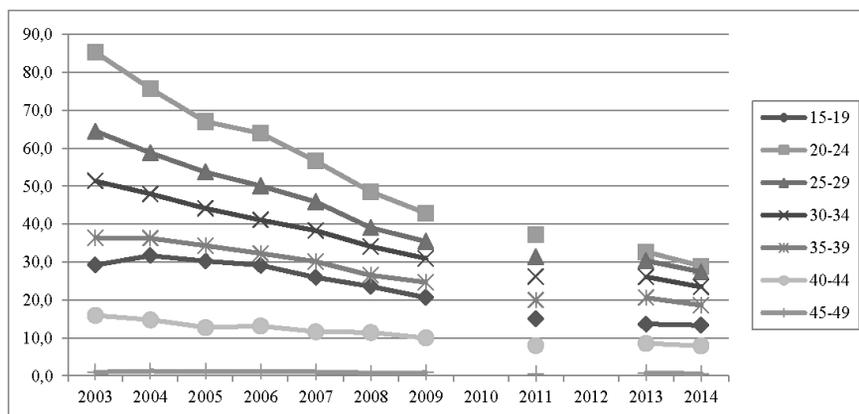
Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013, 2014



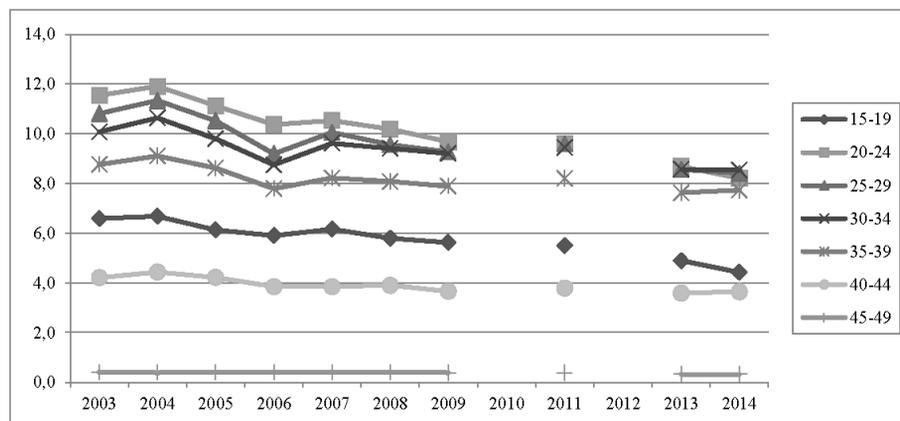
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003-2009, 2011, 2013, 2014.

Grafico 3 - Tasso (specifico per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013, 2014

Donne provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria



Donne italiane

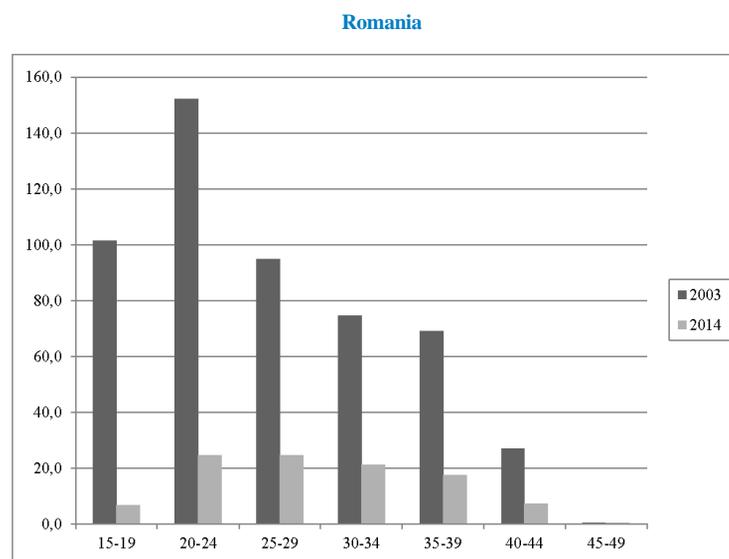


Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003-2009, 2011, 2013, 2014.

Tabella 2 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009, 2011, 2013, 2014

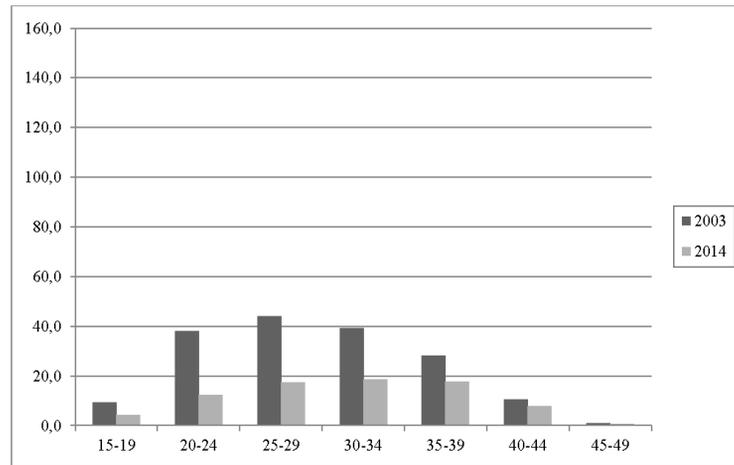
Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2009	11.049	28,5	26,5
	2011	10.844	28,9	27,3
	2013	9.642	28,7	20,8
	2014	8.856	28,5	15,1
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2009	2.555	6,6	20,8
	2011	2.598	6,9	17,6
	2013	2.386	7,1	15,1
	2014	2.337	7,5	11,9
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2009	2.372	6,1	20,1
	2011	2.312	6,2	17,9
	2013	2.191	6,5	16,3
	2014	2.008	6,5	12,4
Cina	2003	1.309	4,1	44,3
	2009	2.308	5,9	35,8
	2011	2.552	6,8	35,2
	2013	2.610	7,8	30,7
	2014	2.516	8,1	25,0

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011, 2013, 2014.

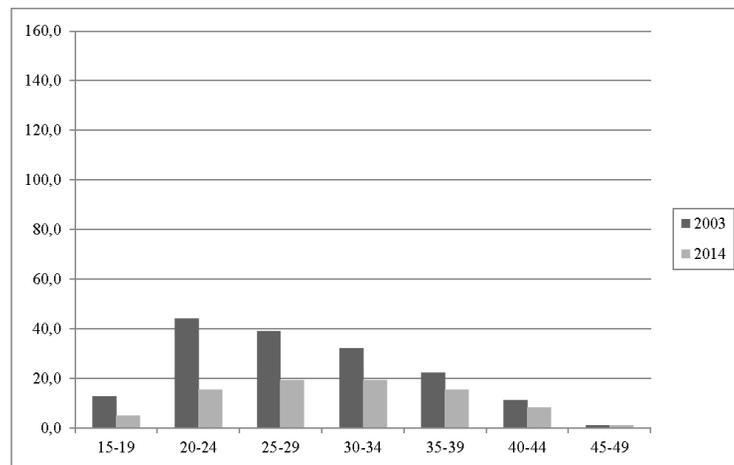
Grafico 4 - Tasso (specifico per 1.000) di abortività volontaria per cittadinanza - Anni 2003, 2014

SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

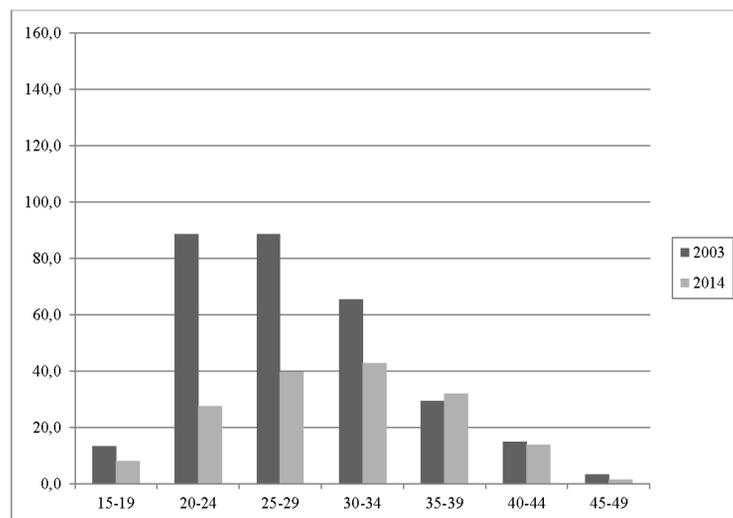
Albania



Marocco



Cina



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2014.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rispetto alle donne italiane. Inoltre, la diminuzione rilevata anche tra queste ultime sembra rafforzare l'idea di un'efficacia delle attività messe in campo, specie dai Consultori familiari, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate e per ridurre il ricorso all'IVG. Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie siano l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno.

I tassi di abortività volontaria tra le donne straniere restano elevati (sono ancora circa il triplo rispetto alle donne italiane): è, quindi, necessario continuare ad analizzare l'andamento del fenomeno, distinguendo le

diverse nazionalità, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi ed esaminando anche l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2016), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2014 e 2015. Roma: Ministero della Salute, 2016. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2552.

(2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2014. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.

(3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.

Sorveglianza sindromica nei Centri per migranti della regione Sicilia: periodo marzo-agosto 2015

Dott. Antonino Bella, Dott. Christian Napoli, Dott.ssa Flavia Riccardo, Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Dott. Francesco Paolo Maraglino, Dott. Mario Palermo, Dott.ssa Silvia Declich

Contesto

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza umanitaria ad aprile 2011, dopo lo sbarco di un numero eccezionale di migranti in Italia nel contesto di una crisi geopolitica in Nord-Africa, l'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute), su richiesta del Ministero della Salute, aveva sviluppato un sistema di sorveglianza sindromica dedicato, finalizzato ad evidenziare emergenze sanitarie nei Centri che ospitavano migranti nel territorio nazionale.

La nuova ondata eccezionale di migrazione che ha interessato l'Italia nel 2014, ha richiesto la continuazione ed il rafforzamento delle attività di sorveglianza sindromica soprattutto in Sicilia. In questo caso, però, la situazione geopolitica non era la stessa del 2011, i flussi migratori erano diversi, come anche le conseguenze sul profilo epidemiologico e sulla necessità di una corretta comunicazione delle informazioni rilevanti per la Sanità Pubblica.

Metodi

Per l'avvio delle attività di sorveglianza sindromica è stato necessario svolgere un censimento dei Centri per immigrati, ordinari e straordinari, presenti in Sicilia, volto a descrivere sia le caratteristiche dei Centri stessi e della popolazione ospitata, che i servizi sanitari offerti dagli Enti Gestori e/o dalle Aziende Sanitarie Locali. Per tale attività è stato predisposto un questionario *on-line* con l'utilizzo del *software Survey Monkey*.

La sorveglianza sindromica nei Centri per immigrati della Sicilia è stata effettuata nel periodo compreso tra 1 marzo-31 agosto 2015. Nel sistema di sorveglianza sono stati inclusi alcuni Centri per migranti che hanno dato la loro adesione a partecipare, i Centri governativi presenti sul territorio regionale ed altri Centri identificati dalla Regione. Sulla base di precedenti esperienze in ambito nazionale ed internazionale e di una revisione della letteratura scientifica, sono state incluse nella sorveglianza tredici sindromi/patologie: Sindrome respiratoria acuta con febbre, Sospetta tubercolosi polmonare, Diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, Sindrome gastroenterica senza la presenza di sangue nelle feci, Malattia febbrile con *rash* cutaneo, Meningite, encefalite o encefalopatia/delirio, Linfadenite con febbre, Sindrome neurologica, Sepsis o *shock* non spiegati, Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, Ittero acuto, Infestazioni e Morte da cause non determinate.

Al fine di favorire una maggiore chiarezza, tenendo in considerazione il nuovo contesto epidemiologico, sono state operate alcune revisioni delle definizioni di caso rispetto a quelle utilizzate nella precedente esperienza italiana del 2011.

Per la raccolta dei dati è stata predisposta una apposita scheda *on-line* accessibile solo agli utenti autorizzati. La piattaforma *web* ha consentito l'inserimento diretto dei dati da parte dei Centri rendendoli, quindi, immediatamente disponibili e permettendo l'identificazione tempestiva di eventuali eventi rilevanti per la Sanità Pubblica. Giornalmente, è stato raccolto il numero di nuovi casi per ognuna delle tredici sindromi sotto sorveglianza, distinto per fascia di età, e il numero di immigrati presenti nel Centro.

L'incidenza giornaliera attesa, per ogni sindrome, è stata calcolata come media mobile dei 7 giorni precedenti. Inoltre, è stata determinata, per ogni sindrome, una soglia costruita sulla base dell'Intervallo di Confidenza (IC 99%) dell'incidenza osservata, utilizzando la distribuzione di Poisson. In tal modo, il sistema genera un'allerta statistica quando l'incidenza osservata è superiore all'incidenza attesa e un allarme statistico quando si verifica un'allerta statistica in almeno 2 giorni consecutivi per la stessa sindrome.

Le analisi statistiche sono state effettuate sui dati aggregati riferiti al totale dei Centri per immigrati. Quando il sistema ha rilevato un allarme statistico, per almeno una sindrome, è stata effettuata una analisi per singolo Centro, al fine di rilevare con precisione da quale/i Centro/i fosse stato generato. Nel caso di un allarme statistico registrato in uno o più Centri, veniva contattato, tempestivamente, il referente del/i Centro/i, al fine di confermare o meno una emergenza sanitaria, permettendo in caso di conferma di mettere in atto gli interventi appropriati in collaborazione con le Autorità sanitarie competenti.

Risultati

In totale, dei 32 Centri identificati dalla Regione Sicilia, 21 (dislocati in 5 province siciliane) hanno partecipato alla sorveglianza sindromica. Il maggior numero di Centri era presente nella provincia di Agrigento

(14/21), 4 in provincia di Messina, 1 in provincia di Caltanissetta, 1 in provincia di Catania e 1 in provincia di Trapani. Nelle province di Ragusa, Siracusa, Palermo ed Enna, non ha partecipato nessun Centro. Nel periodo di osservazione, la partecipazione dei Centri è stata costante e soddisfacente.

Una grande variabilità è stata osservata nella popolazione di migranti ospitata nei Centri siciliani: dal “Cara di Mineo” che ha ospitato, nel periodo di riferimento, una media giornaliera di 3.330 immigrati, al Centro “Cooperativa Sociale San Francesco sede di Naro” con una media di 13 ospiti al giorno. Nel complesso dei Centri partecipanti, tra 1 marzo-31 agosto 2015, la popolazione media giornaliera sotto sorveglianza è stata pari a 5.373 migranti (*range*: 4.226-6.627 migranti). Nel Grafico 1 è riportata la popolazione di migranti presente giornalmente nei Centri partecipanti alla sorveglianza sindromica. Con l’eccezione del mese di marzo, la popolazione media è risultata sempre ≥ 5.000 soggetti.

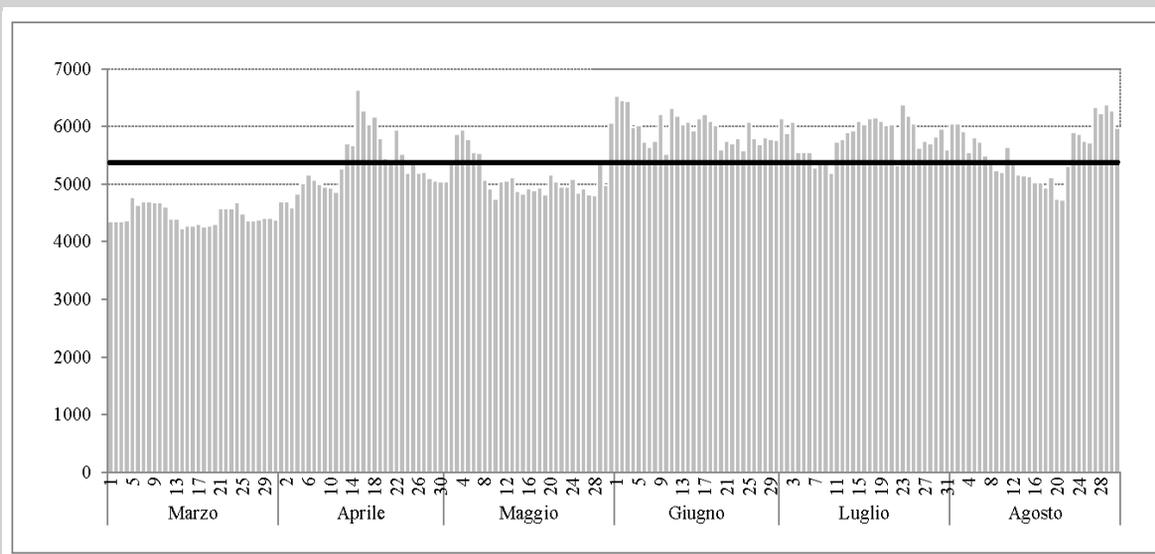
L’85% della popolazione sorvegliata nel periodo di riferimento è costituita da giovani e adulti tra 18-44 anni (il 41% tra 18-24 anni e il 44% tra 25-44 anni). Il 10% è costituito da adulti con età >44 anni e l’1% da ragazzi e bambini di età <15 anni. Mediamente sono presenti, giornalmente, 10 bambini di età <1 anno. Nel periodo di riferimento, il numero di migranti presenti al giorno nei Centri è rimasto pressoché costante, tranne che per la fascia di età >44 anni, in cui è stato osservato un incremento a partire dalla metà di giugno 2015 ed è rimasto costante fino alla fine di agosto.

Tra marzo e agosto 2015, sono state segnalate, dai 21 Centri partecipanti alla sorveglianza, 2.531 sindromi, di cui la quasi totalità attribuibile a “Infestazioni”, come evidenziato in Tabella 1.

I risultati della sorveglianza sindromica nei Centri per immigrati della Sicilia non evidenziano aumenti significativi del numero di casi osservati in tutto il periodo di osservazione (1 marzo-31 agosto 2015). Tuttavia, per alcune sindromi, il modello di analisi statistica ha evidenziato, in alcuni giorni, un’allerta statistica rientrata quasi sempre il giorno successivo, per un totale di 48 allerte statistiche. Solo relativamente alla sindrome “Malattia febbrile con rash cutaneo” e alla sindrome “Infestazioni”, il modello di analisi ha generato alcuni allarmi statistici nel periodo considerato: 1 per “Malattia febbrile con rash cutaneo” e 15 per “Infestazioni”. In Tabella 1 è riportato il dettaglio delle allerte e degli allarmi osservati.

Non è stato osservato nessun caso di: Diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, Sindrome gastroenterica senza la presenza di sangue nelle feci, Meningite, encefalite o encefalopatia/delirio, Linfadenite con febbre, Sindrome neurologica, Sepsi o *shock* non spiegati, Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, Ittero acuto e Morte da cause non determinate.

Grafico 1 - Popolazione (valori assoluti) giornaliera di migranti presente nei Centri siciliani partecipanti alla sorveglianza sindromica - Periodo 1 marzo-31 agosto 2015



Fonte dei dati: Sorveglianza Sindromica nei Centri per Migranti della Regione Sicilia, Istituto Superiore di Sanità - CNESPS, Anno 2015.

Tabella 1 - Casi, allerte e allarmi (valori assoluti) per sindrome osservati nei Centri siciliani per immigrati partecipanti alla sorveglianza sindromica - Periodo 1 marzo-31 agosto 2015

Sindrome	Casi	Allerte	Allarmi
S01 - Sindrome respiratoria acuta con febbre	14	7	0
S02 - Sospetta Tubercolosi polmonare	3	1	0
S03 - Diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi	0	0	0
S04 - Sindrome gastroenterica senza la presenza di sangue nelle feci	0	0	0
S05 - Malattia febbrile con rash cutaneo	18	7	1
S06 - Meningite, encefalite o encefalopatia/delirio	0	0	0
S07 - Linfadenite con febbre	0	0	0
S08 - Sindrome neurologica	0	0	0
S09 - Sepsi o shock non spiegati	0	0	0
S10 - Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato	0	0	0
S11 - Ittero acuto	0	0	0
S12 - Infestazioni	2.496	33	15
S13 - Morte da cause non determinate	0	0	0
Totale	2.531	48	16

Fonte dei dati: Sorveglianza Sindromica nei Centri per Migranti della Regione Sicilia, Istituto Superiore di Sanità - CNESPS. Anno 2015.

Conclusioni

La realizzazione di un sistema di sorveglianza sindromica nei Centri per migranti in Sicilia durante l'emergenza immigrazione e l'utilizzo della piattaforma *web* per la raccolta dei dati, ha permesso di ottenere dati in tempo reale e ha fornito agli operatori sanitari uno strumento in grado di identificare tempestivamente eventuali emergenze sanitarie. La partecipazione dei Centri è stata costante per tutto il periodo di sorveglianza. Il modello di analisi statistica ha generato, in totale, 48 allerte, tutte rientrate il giorno successivo, tranne che per la sindrome "Infestazioni", dovuta essenzialmente a casi di scabbia, e per la "Malattia febbrile con rash cutaneo", dovuta a casi di morbillo e di varicella.

L'esperienza italiana costituisce, ad oggi, l'unico esempio europeo di utilizzo della sorveglianza sindromica nella popolazione ospitata nei Centri per migranti.

Fenomeno dei migranti in transito a Roma: sperimentazione di un modello di prossimità assistenziale

Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Erica Eugeni, Dott. Filippo Gnolfo, Dott.ssa Pier Angela Napoli, Gruppo di lavoro "Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (Anni 2014 e 2015)"

Contesto

Nel 2014, sono approdate sulle nostre coste circa 170 mila persone, in gran parte profughi provenienti da Siria, Afghanistan, Somalia ed Eritrea. Nel 2015, il fenomeno degli sbarchi è proseguito, sebbene con una lieve flessione, e i nuovi arrivati sono stati circa 154 mila.

Una quota significativa di questi profughi si è sottratta all'identificazione, rendendosi invisibile sul territorio nazionale, allo scopo di eludere il Regolamento di Dublino e raggiungere altri Paesi dell'Unione Europea. In ragione del breve periodo di permanenza in Italia (di solito alcuni giorni), questi profughi sono stati denominati "transitanti". Lo stato di salute dei profughi, benché in genere buono al momento della partenza (per il cosiddetto effetto "migrante sano"), spesso risulta già compromesso all'arrivo sulle nostre coste a causa delle condizioni precarie del viaggio e delle esperienze, talora anche di violenza, vissute nei Paesi attraversati. In questo panorama, i migranti in transito si trovano in una condizione di particolare fragilità essendo, nei fatti, sprovvisti di copertura sanitaria: poiché non presentano richiesta di protezione internazionale in Italia, non possono beneficiare delle coperture previste, né d'altra parte si rivolgono spontaneamente ai servizi socio-sanitari cui potrebbero avere accesso in quanto irregolari.

Roma è stata tra le città italiane maggiormente interessate dai massicci arrivi di profughi. A partire dai primi mesi del 2014, si è registrato un aumento significativo delle presenze di immigrati all'interno di insediamenti spontanei o di edifici già occupati da italiani in condizione di disagio e altri stranieri. Di fronte a questi bisogni emergenti, si è imposta una riflessione su quali dovessero essere le strategie di Sanità Pubblica più idonee a garantire l'assistenza socio-sanitaria di base a tale popolazione e questo ha portato alla messa a punto di una rete socio-sanitaria "di prossimità", composta da Istituzioni pubbliche e organizzazioni del privato sociale, in grado di attivare interventi di offerta attiva e modalità operative di presa in carico direttamente sul territorio.

Piano di intervento

Nel 2014, le sedi principalmente interessate dal fenomeno sono state Palazzo Selam, in Via Arrigo Cavaglieri n. 8, e quelle localizzate, rispettivamente, in Via Collatina n. 385 e Via delle Messi d'Oro (tutte nel territorio della ex Azienda Sanitaria Locale Roma B-ASL RMB). L'aumento della densità abitativa e lo stato di salute spesso compromesso dei migranti di recente arrivo, in particolare di quelli in transito, hanno determinato un aggravamento delle condizioni generali di vita in questi insediamenti. Per fronteggiare tale situazione, su iniziativa della Direzione Generale della ASL RMB, si è costituito un Gruppo di lavoro inter-istituzionale, coordinato dal Dipartimento di Prevenzione della ASL e dall'Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà (INMP), che ha coinvolto diversi Enti socio-sanitari pubblici e del privato sociale. Nella primavera 2015, in risposta alla nuova ondata di sbarchi e all'incremento delle presenze a Roma, la ASL RMB e l'INMP hanno disposto la ripresa delle attività. Successivamente, a seguito dello smantellamento di via delle Messi d'Oro, una parte dei migranti è stata accolta nel centro di accoglienza Baobab (sul territorio della ASL Roma A-ASL RMA) e all'interno di una tendopoli allestita dalla Croce Rossa nei pressi della Stazione Tiburtina (sul territorio della ASL RMB). Questa nuova situazione ha portato al coinvolgimento della ASL RMA e all'ingresso nella rete assistenziale di altre organizzazioni umanitarie (per un totale di sedici, tra Istituzioni pubbliche e associazioni *non-profit*). Infine, nell'autunno 2015, con la chiusura della tendopoli, è stato istituito ufficialmente, per la prima volta a Roma, un centro dedicato all'accoglienza dei migranti in transito, presso via del Frantoio. Tutti gli insediamenti suddetti sono stati interessati dal piano di intervento socio-sanitario, fino alla naturale cessazione delle attività, nel novembre 2015, per esaurimento del flusso.

Modello operativo

In ragione delle caratteristiche della popolazione in transito e dell'urgenza dei bisogni emergenti, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, realizzato mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie di primo livello direttamente all'interno degli edifici interessati dal fenomeno, previo coinvolgimento dei comitati di autogestione, laddove presenti, per concordare modalità e tempistiche. Le *équipe*, composte da medici, infermieri, specialisti, dermatologi, operatori sociali e mediatori culturali, hanno operato all'interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci.

Per la permanenza estremamente ridotta negli edifici da parte degli immigrati in transito, non sono state previste prestazioni di secondo livello; tuttavia, nei casi in cui sussistevano le condizioni di programmabilità di *videat* specialistici o di approfondimenti diagnostici, è stato garantito l'accesso facilitato alle strutture ambulatoriali del territorio e previsto anche l'accompagnamento dei pazienti mediante automezzo dedicato. Inoltre, l'INMP ha messo a disposizione un servizio di teleconsulto dermatologico, con la possibilità per gli operatori delle *équipe* di inviare immagini su piattaforma dedicata e richiedere consulenze su specifici quesiti diagnostici.

In caso di pazienti che necessitavano di trattamenti urgenti in ambito ospedaliero, è stata utilizzata la modalità ordinaria di attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118. Parallelamente all'azione sanitaria, è stata fornita un'assistenza di tipo sociale, mediante la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e *kit* per l'igiene personale), grazie anche al supporto delle parrocchie di zona.

Al fine di documentare le prestazioni sanitarie e i trattamenti erogati presso gli insediamenti, è stata predisposta una scheda da compilare a cura degli operatori delle *équipe*, a seguito di ogni contatto.

Risultati

Le visite effettuate dalle *équipe* sanitarie operanti sulle unità mobili sono state 3.870 nel 2014 e 8.439 nel 2015. Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (intorno al 90% in entrambi gli anni) e di un numero contenuto di visite di controllo. I pazienti sono stati in prevalenza uomini, con età mediana di poco superiore ai 20 anni. Nel 2014, i pazienti con età <18 anni sono stati il 14%, mentre nel 2015 la quota è salita fino al 20%. La percentuale di ultra 50enni si è attestata intorno all'1%. Per quanto riguarda il Paese di origine, la quasi totalità dei pazienti proveniva dall'Eritrea (85%). Per quanto riguarda l'arrivo in Italia, la maggior parte delle persone è approdata in Sicilia; ulteriori punti di sbarco sono stati segnalati in Puglia, Calabria e Campania. La quasi totalità dei migranti ha dichiarato di fermarsi negli insediamenti solo pochi giorni o al massimo qualche settimana.

Le patologie prevalentemente riscontrate durante le visite mediche sono state quelle dermatologiche (55-60%) e a seguire le malattie del sistema respiratorio (13-20%) e quelle dell'apparato digerente (8-9%). Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche, nel 2014 sono state effettuate 21 segnalazioni (pari allo 0,5% della casistica totale), così distribuite: 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi; 8 casi di malaria e 6 casi di varicella. Nel 2015, le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi sospetti di tubercolosi sono stati 7 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.

Conclusioni

L'esperienza maturata a Roma con i migranti in transito si presenta particolarmente importante, sia per l'assistenza socio-sanitaria garantita che per il modello sperimentato di "rete", intesa come sistema sinergico e dialogante di una pluralità di attori, in grado di assicurare complessivamente copertura territoriale e tempestività di risposta. La modalità che esce rafforzata è quella dell'offerta proattiva, in cui emerge la centralità del Servizio Sanitario Nazionale pubblico nel governare le azioni di tutela della salute e coordinare e capitalizzare le attività maturate nell'ambito della società civile; e il ruolo determinante delle Associazioni del privato sociale nel coadiuvare e sostenere l'intervento del settore pubblico, tanto per fronteggiare l'emergenza, quanto nell'ambito di una programmazione più strutturata e sostenibile sul lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Rapporto INMP/ASL Roma B. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. Roma, 2015. Disponibile sul sito: www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili.
- (2) Baglio G, Fortino A. I migranti invisibili nelle città-ragnatela. Salute Internazionale.info. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela.
- (3) Luque JS, Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community academic partnerships. J Community Health, 2013; 38 (2): 397-407.
- (4) Geraci S. Oltre gli sbarchi. Per un Piano nazionale dell'accoglienza. SaluteInternazionale.info. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza.
- (5) Baglio G, Pajno C, Napoli PA, Mazzarini G, Fortino A per il Gruppo di Lavoro sul piano di intervento "Selam Palace e insediamenti via delle Messi d'oro e via Collatina". L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed (in corso di pubblicazione).
- (6) AA.VV. Una rete per la salute degli immigrati: il GrIS Lazio tra riflessione e operatività. In: Osservatorio Romano sulle Migrazioni - Rapporto 2015. Roma: Edizioni IDOS (in corso di pubblicazione).
- (7) Baglio G. Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). Epidemiol Prev 2015; 39 (2): 73-4.

Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo?

Dott. Marco Mazzetti, Dott. Salvatore Geraci, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott. Giovanni Baglio

Contesto

Gli ultimi anni, pur in assenza di dati ufficiali, sembrano indicare un cambiamento socio-demografico non trascurabile tra i profughi in arrivo nel nostro Paese, cominciato nel biennio 2011-2012 con l’Emergenza Nord Africa e proseguito, poi, nel 2013-2014, con l’operazione “Mare Nostrum”, fino ai nuovi approdi registrati ancora oggi. Chi opera nel settore ha visto crescere il numero di assistiti con basso livello di istruzione, spesso analfabeti, e con storie, dal punto di vista della salute psichica, legate non solo alla psicotraumatologia, ma anche alle condizioni di emarginazione sociale preesistenti alla migrazione.

Le ragioni di questo fenomeno non sono chiare e mancano dati consolidati che permettano di confrontare, con ragionevole precisione e sui grandi numeri, i livelli di scolarizzazione dei nuovi arrivati con quelli dei precedenti flussi migratori, che mostravano una popolazione con istruzione medio-elevata.

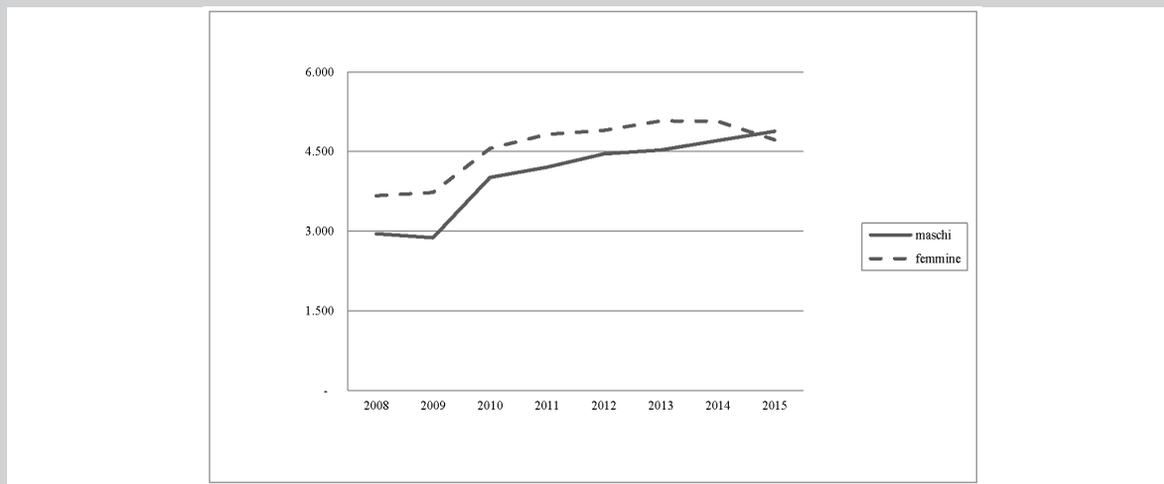
In questo stesso periodo, si è potuto osservare, a livello nazionale, un aumento rilevante dei ricoveri presso i Servizi psichiatrici di pazienti stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), dato questo che lascia ipotizzare un impatto della nuova situazione socio-demografica sulla salute psichica dei richiedenti asilo.

Risultati

L’analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative agli stranieri maggiorenni evidenzia, a partire dal 2010, un netto incremento dei ricoveri (Ricoveri Ordinari e Day Hospital) di stranieri affetti da disturbi psichici (capitolo V della classificazione nosologica dell’*International Classification of Disease ICD-9-CM*), con un andamento che, soprattutto per gli uomini, si mantiene positivo anche negli anni recenti (Grafico 1). In particolare, i ricoveri, che nel 2008 erano stati 2.953 tra gli uomini e 3.667 tra le donne, passano, nel 2010, a 4.013 e 4.557, rispettivamente. Nel 2015, il numero dei ricoveri tra gli uomini stranieri arriva a superare in valore assoluto quello delle donne: 4.880 vs 4.720, con un rapporto incrementale per l’intero arco temporale considerato pari a +65% e +29%, rispettivamente.

Occorre sottolineare che, nello stesso periodo, la presenza di immigrati nel nostro Paese non si è modificata in maniera rilevante, passando da circa 3 milioni di stranieri provenienti dai PFPM residenti nel 2008 a 3,5 milioni nel 2010 e a 3,9 milioni nel 2015. Per tale ragione, l’incremento demografico non basta a spiegare, da solo, il trend dei ricoveri, soprattutto tra gli uomini. Infatti, i tassi di ospedalizzazione¹ confermano, proprio per gli uomini, un aumento del ricorso ai Servizi psichiatrici (Grafico 2): da 22,4 ricoveri per 10.000 nel 2008 a 28,3 per 10.000 nel 2015, con un picco di 31,5 ricoveri per 10.000 nel 2012. Tra le donne, invece, l’andamento mostra un sostanziale *plateau*, con un picco molto più attenuato nel 2012 (pari a 29,0 per 10.000).

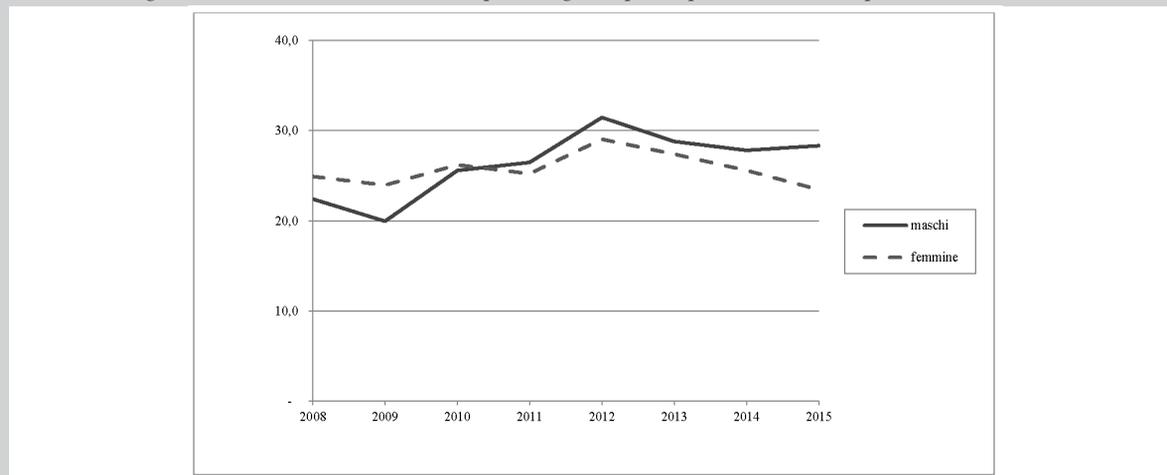
Grafico 1 - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria di età 18 anni ed oltre per diagnosi principale di disturbo psichico - Anni 2008-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati SDO del Ministero della Salute. Anno 2016.

¹Il tasso è calcolato rapportando le dimissioni degli stranieri da PFPM di 18 anni ed oltre (residenti e non residenti) alla popolazione residente straniera da PFPM di 18 anni ed oltre (a metà anno).

Grafico 2 - Tasso (valori per 10.000) di dimissioni ospedaliere degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria di età 18 anni ed oltre per diagnosi principale di disturbo psichico - Anni 2008-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati SDO del Ministero della Salute e sui dati Istat relativi alla popolazione straniera residente. Anno 2016.

Conclusioni

Benché il cambiamento demografico dei richiedenti asilo negli ultimi 5 anni non sia attualmente documentabile con dati statistici attendibili, né per quanto riguarda i livelli di scolarizzazione, né per altri aspetti potenzialmente condizionanti la salute mentale, i dati sui ricoveri psichiatrici sembrano offrire una conferma in tal senso, mostrando per gli stranieri uomini un trend in aumento. Peraltro, il flusso dei profughi in arrivo nel nostro Paese si è fortemente connotato al maschile e questo spiegherebbe il perché di un aumento evidenziato solo tra gli uomini.

Occorre poi ricordare che la presente analisi è stata condotta sulla generalità dei ricoveri della popolazione straniera e non ha riguardato, in modo specifico, i richiedenti protezione internazionale (informazione non desumibile dalle SDO). È, quindi, probabile che l'entità dell'incremento risulti attenuata per un effetto di "diluizione" e che tra i profughi possano assumere dimensioni ben più pronunciate.

È da considerare, inoltre, la possibilità che l'arrivo in tempi brevi (e con una distribuzione di presenza su tutto il territorio nazionale) di alcune centinaia di migliaia di persone che non conoscono la nostra lingua, e con le quali esiste un'oggettiva difficoltà comunicativa, possa favorire una sovradiagnosi di psicopatologia. In altre parole, di fronte ad atteggiamenti e comportamenti non culturalmente decodificabili, a una spiccata fragilità sociale e a una formazione degli operatori che potrebbe non essere diffusa e uniforme (in particolare sulla psicotraumatologia), è possibile che si siano verificati ricorsi impropri al ricovero ospedaliero in ambito psichiatrico.

Il sospetto che i cambiamenti in atto possano giocare un ruolo importante appare, dunque, giustificato. I dati indicano, in ogni caso, una situazione su cui porre attenzione e suggeriscono la necessità di studi più approfonditi per comprendere le complesse dinamiche di salute operanti nella popolazione immigrata.