

La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna

Contributo per un rapporto regionale



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

 Regione Emilia-Romagna

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER

217-2011

La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna

Contributo per un rapporto regionale

La redazione del volume è stata curata da

Barbara Pacelli

Nicola Caranci

Francesca Terri

Marco Biocca

dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2011

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss217.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Si ringraziano per la collaborazione

Chiara Bodini	Centro Salute Internazionale, Università di Bologna
Serena Broccoli	Azienda USL di Reggio Emilia, Servizio di epidemiologia
Natalia Ciccarello	Associazione SOKOS, Bologna
Giorgia Collini	Azienda USL di Reggio Emilia, OREIL
Alba Carola Finarelli	Regione Emilia-Romagna, Servizio di sanità pubblica
Camilla Lupi	Regione Emilia-Romagna, Sistema informativo sanità e politiche sociali
Erika Massimiliani	Regione Emilia-Romagna, Servizio di sanità pubblica
Andrea Mattivi	Regione Emilia-Romagna, Servizio di sanità pubblica
Maria Luisa Moro	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area Rischio infettivo
Stefania Rodella	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Area Valutazione e sviluppo dell'assistenza e dei servizi
Simonetta Simoni	Regione Emilia-Romagna, Sistema informativo sanità e politiche sociali

Si ringraziano inoltre i componenti del Gruppo CCM immigrati

Paola Ballotari	Azienda USL di Reggio Emilia, Servizio di epidemiologia
Laura Bonvicini	Azienda USL di Reggio Emilia, Servizio di epidemiologia
Giacomino Brancati	Regione Calabria, Dipartimento tutela salute e politiche sanitarie
Adelina Brusco	INAIL
Alessandra Burgio	ISTAT
Maria Luisa Calamita	INAIL
Silvia Candela	Azienda USL di Reggio Emilia, Servizio di epidemiologia
Patrizia Carletti	Regione Marche, Osservatorio epidemiologico disuguaglianze
Silvia Casagrande	Regione Lazio, Laziosanità, Agenzia di sanità pubblica
Daniela Gallieri	INAIL
Marzia Loghi	ISTAT
Cristina Mancini	Regione Marche, Osservatorio epidemiologico disuguaglianze
Domenico Martinelli	Regione Puglia, Osservatorio epidemiologico regionale
Miriam Matamoros	AGENAS - Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali
Luisa Mondo	Regione Piemonte, Servizio epidemiologia AUSL TO3
Isabella Morandi	AGENAS - Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali
Mauro Palazzi	Azienda USL di Cesena, Epidemiologia e comunicazione
Raffaella Rusciani	Regione Piemonte, Servizio epidemiologia AUSL TO3
Adele Seniori Costantini	Associazione italiana di epidemiologia
Teresa Spadea	Regione Piemonte, Servizio epidemiologia AUSL TO3
Lorenzo Surace	Regione Calabria, Dipartimento tutela salute e politiche sanitarie
Gianni Vicario	Regione Lazio, Laziosanità, Agenzia di sanità pubblica
Patrizia Vitali	Azienda USL di Cesena, Epidemiologia e comunicazione

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	11
Presentazione	13
Introduzione	15
Perché questo lavoro	15
Come leggere il documento	16
1. Gli immigrati in Italia e in Emilia-Romagna	19
1.1. Quanti sono. Come si distribuiscono sul territorio italiano. Da dove vengono	19
1.2. Quali politiche nazionali e regionali in materia di immigrazione	25
1.3. Quanti immigrati nel mondo del lavoro	28
1.4. Quali condizioni di salute nei paesi d'origine	30
2. La salute degli immigrati: una panoramica generale dai ricoveri ospedalieri	31
2.1. Differenze di età, genere e cittadinanza	34
2.2. Motivi di ricovero	41
2.3. Ricoveri in <i>day hospital</i> e in urgenza	43
2.4. Il ricovero degli immigrati non residenti	47
2.5. Alcuni dati di volume	48
2.6. Una stima della spesa dei ricoveri	50
3. La salute degli immigrati: qualche approfondimento	53
3.1. Donne e bambini	53
3.2. Giovani e adulti	83
3.3. Infortuni sul lavoro	89
3.4. Malattie infettive	96
3.5. Mortalità	107

(continua)

4. Uno sguardo sulle province	113
4.1. Quadro demografico	113
4.2. La salute degli immigrati e il ricorso ai servizi sanitari	115
Nota metodologica	127
Bibliografia	137
Appendice	139

Sommario

Da paese di emigrazione, negli ultimi 15-20 anni l'Italia è diventata paese di immigrazione con flussi sempre più intensi e le cui direttrici principali partono soprattutto da aree caratterizzate da condizioni economiche svantaggiate.

Inizialmente i flussi hanno riguardato principalmente gli uomini, giovani e in età lavorativa. Negli ultimi anni l'afflusso di donne è cresciuto, e ancor più rapidamente per via delle ricongiunzioni familiari e della richiesta di lavoro di cura. In un'ipotetica piramide per età della popolazione generale, le fasce centrali si sono nuovamente rinforzate grazie agli immigrati di entrambi i generi, con un conseguente contributo alla natalità e dunque alle prime fasce di età. La nuova dinamica contrasta in parte il processo di invecchiamento della popolazione italiana. Oggi il fenomeno coinvolge anche le seconde generazioni di immigrati ed evidenzia una stabilizzazione delle comunità, che se inizialmente hanno goduto di buona salute ("effetto migrante sano"), ora rischiano di subire gli effetti di una maggiore povertà, discriminazioni e difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari di base. L'attuale crisi economica aumenta il rischio delle fasce deboli di cadere in condizioni di povertà, pur rimanendo all'interno del tessuto produttivo e contribuendo al benessere generale, che sarebbe altrimenti maggiormente danneggiato.

Alla fine del 2008, in Italia la popolazione straniera rappresentava il 6,5% e ha raggiunto il 7,0% nel 2009, con più di 190 diverse cittadinanze. L'Emilia-Romagna, insieme a Umbria, Lombardia e Veneto, si caratterizza per l'elevata prevalenza di stranieri, che alla fine del 2009 hanno raggiunto il 10,5%. Di questi, il 97% ha cittadinanza in Paesi a forte pressione migratoria (paesi a basso/medio reddito) e ha una distribuzione concentrata maggiormente nelle province di Bologna (20,3%), Modena (18,0%), Reggio Emilia (14,2%) e Parma (10,8%). Il quadro cambia, invece, se si fa riferimento alla proporzione sul totale della popolazione: rispetto alla media regionale (10,2%), la prima provincia che la supera è Piacenza, seguita da Reggio Emilia, Modena e Parma. Tale proporzione è cresciuta più rapidamente in alcune province, Ferrara in particolare.

Si tratta di una popolazione giovane, con un'età media di 31 anni (rispetto ai 45 della popolazione nel suo complesso). La quota dei bambini e degli adolescenti immigrati sta crescendo, ma si registrano incrementi significativi anche in età più avanzate (45-64 anni). Il panorama sta, quindi, diventando più complesso perché comprende uomini e donne giovani arrivati da poco in Italia, famiglie stabilizzate e persone da più tempo presenti. Tali cambiamenti modificano i bisogni e hanno conseguenze sulla domanda di servizi sanitari.

Le politiche nazionali in materia di immigrazione degli ultimi anni hanno reso la normativa più restrittiva, introducendo, tra l'altro, l'aggravante della clandestinità in caso di reato, e trasformando i Centri di permanenza temporanea in Centri di identificazione ed espulsione, nei quali il periodo di permanenza può essere anche triplicato.

In Emilia-Romagna invece si è confermato l'impegno per una politica a favore dell'integrazione dei cittadini immigrati, in particolare attraverso il secondo Programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (2009-2011) e il Piano sociale sanitario regionale 2008-2010 che punta a un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo *welfare* universalistico, equo e radicato nelle comunità.

Per poter effettuare su scala nazionale una lettura omogenea dei bisogni di salute delle popolazioni immigrate e dell'uso dei servizi sanitari utile anche alla programmazione dell'assistenza, nel 2007 è stato avviato un progetto sostenuto dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM),¹ con cui si è costituito un gruppo di lavoro nazionale e si è sviluppato un modello comune per la descrizione del fenomeno come base per il rafforzamento delle conoscenze e il supporto consapevole a politiche di salute. Nel 2010 è iniziata la seconda fase.² Questo Dossier rappresenta una prima applicazione in Emilia-Romagna.

Per semplificare la lettura, si è convenuto di fissare l'attenzione sui cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (paesi a basso/medio reddito), sia UE che extra UE, che quindi, pur avendo diversa cittadinanza, hanno una discreta omogeneità quanto a problemi e necessità. Come popolazione di confronto sono stati considerati i cittadini italiani assieme agli immigrati da Paesi a sviluppo avanzato (paesi ad alto reddito).

I primi risultati, in sintesi, confermano che la popolazione immigrata è giovane e generalmente sana. Rispetto alla popolazione italiana, ricorre in misura minore ai ricoveri ospedalieri, che in media sono meno onerosi, probabilmente anche a causa della minore gravità delle malattie e della minore durata di degenza.

La quota di ricoveri degli immigrati è passata dal 3,1% nel 2002 al 7,4% nel 2009, che tuttavia non supera la percentuale di residenti sulla popolazione totale. La maggioranza dei consumi ospedalieri è dovuta alle donne: nel 2009 le donne italiane hanno effettuato il 53% dei ricoveri totali, le donne immigrate il 70% e la maggior parte di questi ultimi è concentrata nelle età fertili.

La proporzione dei ricoveri degli immigrati in Emilia-Romagna rispecchia la loro presenza sul territorio ed è maggiore nelle province centro-occidentali. Il ricorso all'ospedale è sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili come la gravidanza, il parto e le interruzioni volontarie della gravidanza o situazioni legate a peggiori condizioni sociali e lavorative (malattie infettive, infortuni sul lavoro, incidenti e traumatismi).

¹ Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero - della salute/CCM - Regione Marche 2007-2009.

² L'attività è parzialmente sostenuta tramite una nuova edizione del progetto CCM "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali". Accordo Ministero della salute - AGENAS 2010-2011.

La più alta frequenza di ricoveri in urgenza tra gli immigrati rispetto agli italiani può essere un segnale di una limitata conoscenza e uno scarso uso, da parte degli immigrati, dei servizi territoriali e della medicina generale. Il fenomeno è più evidente in quei gruppi, come gli immigrati 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.

Nella popolazione immigrata adulta (45-64 anni) le cause di ricovero per traumi e malattie infettive diminuiscono rispetto ai ricoveri totali, mentre aumentano le cause croniche.

La salute materno-infantile merita una particolare attenzione. Le cause ostetriche costituiscono il motivo principale del ricorso al ricovero ospedaliero da parte delle donne immigrate. Il numero dei parti è più che raddoppiato durante il periodo 2002-2009. Si osserva, tuttavia, un minore utilizzo del taglio cesareo, che può essere spiegato da un diverso comportamento riproduttivo (anticipazione del parto di circa un quinquennio rispetto alle donne italiane) e da specifici fattori culturali che talvolta costituirebbero una sorta di protezione contro la forte medicalizzazione del parto presente in Italia. Le condizioni socio-economiche delle partorienti appaiono nettamente peggiori tra le donne immigrate rispetto alle italiane. Le immigrate hanno una scolarità molto più bassa e in gran parte non hanno un lavoro.

Gli indicatori per il monitoraggio dell'assistenza in gravidanza (numero di visite e di ecografie durante la gravidanza, età gestazionale alla prima visita) segnalano livelli decisamente inferiori per le donne immigrate ancora residenti nei paesi di origine, e intermedi per le immigrate residenti in Italia. Le donne immigrate si rivolgono prevalentemente ai consultori pubblici, dove trovano pratiche assistenziali in grado di rispondere anche ai loro bisogni, tenendo conto delle specifiche culture.

La percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) tra le immigrate rispetto al complesso dei ricoveri appare stazionaria o in lieve decremento, pur essendo la proporzione di gravidanze che esitano in IVG nettamente superiore tra le immigrate rispetto alle italiane.

Il quadro complessivo delle condizioni di salute della prima infanzia indica la presenza di problematiche che meritano attenzione, e, probabilmente, interventi specifici. Alcuni parametri relativi alla nascita e alle condizioni neonatali mostrano un lieve svantaggio dei bambini nati da madri immigrate, tuttavia minore rispetto alle differenze osservate in relazione all'assistenza in gravidanza. La mortalità infantile, la cui forte correlazione negativa con le condizioni sanitarie, ambientali e sociali della popolazione è ben nota, è più alta tra gli immigrati (dati ISTAT 2007) nonostante a livello nazionale, tra il 2003 e il 2007, sia stata registrata una diminuzione e un avvicinamento ai livelli di mortalità degli italiani.

I dati INAIL riferiti al 2007 mostrano un rischio di infortuni sul lavoro per i lavoratori immigrati superiore rispetto a quello degli italiani, in Emilia-Romagna come a livello nazionale. Questi dati già critici sottostimano, peraltro, il fenomeno, perché riguardano

solo i lavoratori regolari e non tengono conto del lavoro nero e della conseguente minore denuncia degli eventuali infortuni, soprattutto nei settori meno controllati e a più alta presenza di immigrati, come l'edilizia.

La sorveglianza delle malattie infettive è di particolare rilevanza soprattutto tra le popolazioni più vulnerabili, come quella immigrata, su cui pesano anche barriere linguistiche e culturali e disuguaglianze socio-economiche. Per la TBC e l'HIV la morbilità è maggiore tra gli immigrati, in Emilia-Romagna come a livello nazionale. La maggior parte degli immigrati con TBC l'ha sviluppata dopo almeno due anni dall'arrivo in Italia e spesso la trasmissione è avvenuta attraverso focolai epidemici a coinvolgimento familiare. Per quanto riguarda l'HIV, la modalità di contagio per via sessuale risulta essere la prevalente sia tra gli immigrati che tra gli italiani ed è quasi esclusivamente eterosessuale tra gli immigrati. Questi ultimi, inoltre, hanno una minore percezione del rischio e ciò evidenzia ulteriormente l'importanza di interventi informativi e preventivi.

Sia per la più giovane età sia per l'effetto "migrante sano", i tassi grezzi di mortalità generale sono molto più contenuti negli immigrati rispetto agli italiani: muoiono infatti circa 8 immigrati residenti contro circa 118 italiani ogni 10.000 residenti (valore medio annuo del periodo 2006-2009). Si presume tuttavia che questa differenza tenderà a diminuire nel futuro, in seguito alla stabilizzazione di parte della popolazione immigrata nel nostro territorio e al suo conseguente invecchiamento. Le cause violente sono il primo motivo di decesso tra gli uomini immigrati di età inferiore ai 65 anni, seguite dai tumori e dalle malattie del sistema circolatorio. Per gli uomini italiani i traumatismi sono al terzo posto, laddove tumori e cause circolatorie portano a più del 50% dei decessi complessivi. Tra le donne immigrate, delle stesse età, le cause violente costituiscono il secondo motivo di morte, con proporzione nettamente maggiore rispetto a quella delle italiane, le quali subiscono maggiormente i decessi per tumore, primo motivo per entrambe le popolazioni.

Oltre a rispondere a un'esigenza di monitoraggio ad ampio raggio, il presente lavoro ha cercato di focalizzarsi su alcune tra le principali domande sottese alle esigenze di salute dei cittadini immigrati, senza la pretesa di esaustività, ma con un metodo standardizzato. Si è cercato soprattutto di offrire informazioni utili a orientare politiche e azioni sanitarie e non. Data la complessità e la spiccata dinamicità del fenomeno in studio, con il modello di analisi qui proposto si desidera anche alimentare un confronto metodologico per giungere a modalità condivise ed efficaci di raccogliere dati e presentare elaborazioni sulle comunità come parte di processi tesi alla migliore integrazione e assistenza. L'augurio è di contribuire anche a rafforzare una cultura che sappia far prevalere la volontà di coesione e di inclusione, fondata sul riconoscimento reciproco e sul dibattito democratico rispetto a dinamiche esclusive e di disgregazione, spesso fondate su paure non sostenute da dati reali.

Abstract

Immigrants' health in Emilia-Romagna Region

Like many European countries Italy is currently facing increasing migration flows. During the last 15-20 years the number of immigrants has rapidly risen in Italy, reaching in 2009 7% of total population. For many years this has been the pattern in Emilia-Romagna, which can be explained with job opportunities as the reason for immigration. Also immigrant women are now entering occupational world, in particular for the increasing request of caregivers. The immigration phenomenon is therefore becoming structural and more stable, for family reunifications, mixed marriages and second generation youths.

Emilia-Romagna, with Umbria, Lombardia and Veneto, is characterised by the high prevalence of foreigners, reaching 10,5% in 2009.

Italy hosts many people coming from traditionally low income countries, that in the new country experience poverty, discrimination and barriers in accessing healthcare services. For this reason monitoring immigrants' health status is an important tool for planning actions to tackle health inequalities and to improve their health conditions.

National immigration policies of last years have dealt with regulation and legal framework in a stricter way considering illegal immigration as a specific crime (Law n. 125/2008) and as an aggravating factor in case of crime, and transforming "Centres for Temporary Permanence" into "Centres of identification and expulsion", where foreigners can be kept even three times longer than in CPTs.

On the contrary Emilia-Romagna Region re-stated its engagement in policies for migrants' integration. Through the second Programme for social integration of foreign citizens (2009-2011) and the 2008-2010 Regional Social and Health Plan, the Region confirms actions favouring universal and equal access to regional welfare services, without any reference to patients' juridical condition.

Immigrants come from more than 190 different countries and their health is a crucial capital for the labour market, where they play an important role, even if the achievement of social integration is still a challenge.

From 2007 to 2009, a project³ coordinated by the Italian Centre for Disease Prevention and Monitoring of the Ministry of Health joined some national institutions (ISTAT: National Statistic Institute; INAIL: The Workers' Compensation National Authority; AIE: Italian Epidemiological Association) and many Italian Regions. A standardized method to monitor the health profile of immigrants was implemented, and a minimum set of indicators using administrative data was developed, referring to both national and regional level, with the

³ Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero - della salute/CCM - Regione Marche 2007-2009.

"La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali" Accordo Ministero della salute - AGENAS 2010-2011.

possibility to draw historical series. The study population is based on citizenship. Immigrants from countries with high emigration flows are compared to Italian citizens and to immigrants from developed countries. In 2010 a second phase of the project started and this Dossier is a first application of the national project at a regional level.

The first results in Emilia-Romagna confirm that by now there are only moderate health problems among immigrants, that generally are young and healthy ("healthy migrant effect"; Parkin, 1992). Hospitalization is lower among immigrants than among Italians, both for men and women, when excluding obstetric causes. Even if hospital admissions of immigrants increased from 3.1% of total in 2002 to 7.4% in 2009, the number continues to be lower if compared to the percentage of residents in the total population. However, immigrants tend to have more frequently urgent hospitalizations, probably due to limited knowledge of territorial health services and GPs.

Immigrants' hospitalizations are on the average less expensive if compared to Italian population.

Most contacts with health services are due to physiological events such as pregnancy, or caused by lack of prevention measures such as injuries for men and abortion for women. Infectious diseases still represent a major issue among immigrants, both for men and women, but they seem to be restricted within their communities, as seen in the case of tuberculosis.

As for antenatal care, if compared to Italians, the proportion of immigrant women undertaking less than 4 visits during pregnancy or having their first visit after the first trimester is higher.

Immigrant pregnant women mainly attend public advisory centres, where they find care practices that respond to their specific needs. Moreover their deliveries are less frequently caesarean.

Some new born babies parameters show a mild disadvantage among babies born from immigrant mothers, that is however less evident if compared with the differences observed in antenatal care.

As immigrants are healthy and young, their crude mortality rates are lower than Italian ones; this difference is presumed to decrease in the next future considering the progressive stabilisation of immigrant population in the new country and their relative ageing, together with their worse socio-economic conditions.

Besides answering a wide range monitoring demand, this work attempts to focus on some major issues related to immigrants' health needs, without expecting to be exhaustive but with a standardised method. Given the complexity and the strong dynamism of the studied phenomenon, authors' aim is also to arouse a methodological debate to share effective ways of data collection and dissemination.

The wish is to contribute in building a stronger culture, able to make social cohesion and integration prevail on exclusion dynamics, often based on suspicion that are not supported by real data.

Presentazione

Sono circa 500.000 le persone immigrate negli ultimi anni in Emilia-Romagna e tra loro vi sono oltre 100.000 minori, molti dei quali nati qui. Rappresentano più del 10 % della popolazione complessiva, provengono da tutti i continenti e parlano decine di lingue. Novità così grandi, tuttavia, invece che aumentare le diversità concorrono a rendere questa regione sempre più simile alle altre. L'immigrazione è considerata ovunque come un fenomeno permanente, ormai, ancorché altamente dinamico. Soprattutto la multietnicità e la globalizzazione, infatti, caratterizzano oggi l'evoluzione delle società.

Ma gli immigrati sono anche una delle più vulnerabili componenti della popolazione e le loro condizioni sociali ed economiche sono associate a disuguaglianze, in particolare nello stato di salute e nell'accesso ai servizi, al punto da aver assunto un valore quasi emblematico del quadro attuale in cui viviamo. Nuove politiche in grado di modificare i determinanti sociali della salute, anche quelli distali, che generano tali situazioni e innovazioni al sistema di assistenza che tengano conto dei nuovi bisogni sono, quindi, una risposta non solo alle questioni specifiche degli immigrati, ma a un'esigenza più complessiva di equità, di apertura e di attenzione all'appropriatezza.

Il livello nazionale definisce le norme e le regole generali per l'accoglienza e l'assistenza degli immigrati che poi vengono applicate a livello locale con azioni specifiche. Mentre alle Regioni è affidato il ruolo di favorire lo sviluppo di condizioni e di processi di integrazione, attraverso azioni di pianificazione, coordinamento, supporto e promozione. Anche il sistema assistenziale, e il Servizio sanitario regionale in particolare, sono fortemente coinvolti soprattutto per l'impatto sui processi di cura e per le iniziative di prevenzione e di empowerment e, di conseguenza, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale per le sue funzioni di ricerca e di supporto ai cambiamenti.

Per orientare politiche, strategie e azioni servono specifiche conoscenze e informazioni sui contesti di vita, sui bisogni di salute, sui punti critici, sull'offerta di servizi e sulla efficacia delle misure utilizzabili che, purtroppo, sono oggi ancora largamente carenti. Ed è proprio in questo contesto e con queste finalità che è stato sviluppato il lavoro che qui viene proposto.

Il panorama in cui si colloca ha già dimensioni nazionali non solo grazie al fondamentale Dossier "Immigrazione" della Caritas/Migrantes che ha raggiunto la sua XXI edizione, ma anche al lavoro del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari" coordinato dalla Regione Marche e del Progetto del Centro per il controllo delle malattie (CCM) coordinato dall'Agenzia nazionale per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) che sta fornendo solidi indirizzi metodologici finalizzati ad armonizzare e rendere confrontabili le informazioni raccolte dalle Regioni e da ISTAT e INAIL.

Da qualche tempo, poi, hanno cominciato a vedere la luce anche strumenti locali, prodotti da Unità sanitarie particolarmente sensibili e attente, come quelle di Reggio Emilia e Cesena, che scendono a livelli di dettaglio utili a descrivere aspetti specifici e a orientare programmazioni mirate.

Il lavoro che viene qui presentato è, invece, il primo su scala regionale a seguire le indicazioni maturate nel Progetto CCM. Vuole essere un termometro che attraverso flussi correnti di dati sanitari relativi alle condizioni di una popolazione fragile fornisce segnali significativi, in particolare per alcuni settori della salute della donna, dei lavoratori, ecc. I criteri che lo hanno ispirato sono stati soprattutto: l'attenzione alla qualità dei dati raccolti; la considerazione per la comparabilità con quelli che in altri periodi o che in altre regioni possano essere prodotti; la comprensibilità e la utilità per i molti possibili soggetti interessati, siano amministratori, organizzatori di servizi, operatori, studiosi.

Va considerato come un "contributo" alla costruzione di strumenti dinamici utili alla descrizione, al monitoraggio, all'approfondimento e alla ricostruzione di evoluzioni temporali di aspetti rilevanti per il governo dei problemi e per il confronto con le altre realtà. Pertanto questa prima importante sperimentazione dovrà essere proseguita per garantire la continuità nel tempo del monitoraggio e, inoltre, si dovrà anche studiare il modo di arricchirla includendo informazioni di altre fonti e valutazioni di ordine qualitativo che permettano analisi più profonde e complete dei determinanti e visioni non solo centrate sull'organizzazione dell'offerta di servizi.

Roberto Grilli

direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Marco Biocca

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Introduzione

Perché questo lavoro

Da paese di emigrazione, negli ultimi 15-20 anni l'Italia è diventata paese di immigrazione con flussi continui e in aumento. Nei primi anni questi hanno riguardato principalmente gli uomini, giovani e in età lavorativa; negli ultimi anni l'afflusso di donne è cresciuto ancora più rapidamente, per via delle ricongiunzioni familiari e della richiesta di lavoro di cura. In un'ipotetica piramide per età, le fasce centrali si sono nuovamente rinforzate grazie agli immigrati di entrambi i generi, con un conseguente contributo alla natalità e dunque alla popolazione infantile. La nuova dinamica contrasta in parte il processo di invecchiamento della popolazione autoctona. Oggi il fenomeno inizia a coinvolgere le seconde generazioni di immigrati ed evidenzia una stabilizzazione delle comunità, che inizialmente hanno goduto di buona salute (effetto "migrante sano"⁴). Si attende che essi esprimano principalmente bisogni legati ai rischi sul lavoro e all'assistenza perinatale, ma nel tempo possono subire gli effetti di condizioni non ottimali (malnutrizione, sfruttamento, impiego in lavori pericolosi e precari, ostacoli nell'accesso alle strutture sanitarie), sfavorevoli per le loro condizioni di salute. Tale preoccupazione è ancora maggiore nell'attuale periodo di crisi economico-finanziaria, in cui le fasce deboli rischiano di cadere in condizioni di povertà, pur rimanendo all'interno del tessuto produttivo e contribuendo al benessere generale, che sarebbe altrimenti maggiormente travolto.

Oltre a rispondere a un'esigenza di monitoraggio ad ampio raggio, il presente lavoro vuole focalizzare ulteriormente le domande principali sottese alle esigenze di salute dei cittadini non autoctoni, senza la pretesa di esaustività. L'obiettivo è offrire informazioni secondo un metodo standardizzato, condividendone il rationale e le indicazioni derivanti, potenzialmente utili alla definizione delle politiche sanitarie e non.

Il supporto alla migliore conoscenza delle comunità è parte di processi tesi alla migliore integrazione e risponde all'esigenza di accrescere la capacità di descrizione e analisi dei fenomeni che attraversano i servizi e l'intera popolazione di riferimento. È questa un'esigenza non soltanto del sistema sanitario regionale, ma più in generale dell'intero sistema assistenziale, come dichiarato nei piani di attività dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. L'augurio è di contribuire anche a rafforzare una cultura in cui rispetto alle dinamiche esclusive e di disgregazione, spesso fondate sui timori dei

⁴ 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 di 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).

fenomeni sociali meno noti e sulla distorsione della concezione della sicurezza dei cittadini, prevalga la volontà di coesione e di inclusione, fondata invece sul riconoscimento reciproco e il dibattito democratico.

Con lo spirito che traspare da quanto espresso e per potere effettuare una lettura omogenea relativa al bisogno di salute e all'utilizzo dei servizi sanitari della popolazione immigrata, utile anche alla programmazione dell'assistenza, nel 2007 è stato avviato un progetto nazionale promosso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM),⁵ con la costituzione di un gruppo di lavoro nazionale. Nel 2009 si è conclusa la prima fase sperimentale del progetto, che ha dato avvio alla descrizione del fenomeno nelle realtà regionali.⁶ Questo Dossier rappresenta una prima applicazione nella regione Emilia-Romagna.

Come leggere il documento

Alcuni termini utilizzati nel presente Dossier necessitano di qualche chiarimento.⁷

In linea con le indicazioni proposte dal gruppo di lavoro nazionale, la definizione di immigrato si basa sulla cittadinanza e sulla distinzione dei Paesi a forte pressione migratoria⁸ (dentro e fuori l'Unione europea) da quelli a sviluppo avanzato,⁹ due gruppi considerati al loro interno tendenzialmente omogenei in termini di salute e bisogno di cure e assistenza.

⁵ Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche 2007-2009.

⁶ L'attività è parzialmente sostenuta tramite una nuova edizione del progetto CCM "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali", Accordo Ministero della salute - AGENAS 2010-2011.

⁷ Per maggiori approfondimenti sulla definizione delle popolazioni in studio e le classificazioni dei paesi, si rimanda alla Nota metodologica e all'Appendice nel presente Dossier.

⁸ La classe dei Paesi a forte pressione migratoria contiene (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.

⁹ 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 dei Paesi in via di sviluppo. Si fa presente che data la dinamicità dei fenomeni, la classificazione dei Paesi secondo questi parametri può variare nel tempo e per motivi di confrontabilità la lista dei Paesi fa riferimento alle fonti nell'edizione citata. Per la classificazione dei Paesi si rimanda alla *Nota metodologica*.

Sulla base della cittadinanza e residenza, nei flussi sanitari si sono distinte tre popolazioni di cittadini:

- gli *italiani*, intesi come cittadini italiani o di Paesi a sviluppo avanzato;
- gli *immigrati*, intesi come cittadini di Paesi a forte pressione migratoria e residenti in Italia o in un altro Paese a sviluppo avanzato;
- gli *immigrati non residenti*, intesi come cittadini di Paesi a forte pressione migratoria ancora residenti nei Paesi di origine o in altri Paesi a forte pressione migratoria.

Quando le informazioni necessarie per applicare il criterio generale non sono disponibili nelle banche dati, il confronto avviene tra italiani e stranieri, comprendenti tutti gli individui con cittadinanza non italiana.

I dati riportati nel Dossier riguardano prevalentemente stime della domanda di salute espressa dalla popolazione residente in regione; solo per alcuni indicatori il confronto tra popolazioni è esteso anche agli immigrati non residenti (né in regione, né in Italia o in Paesi a sviluppo avanzato). Sono inoltre riportati alcuni dati di volume di accesso ai servizi, indipendentemente dalla residenza dei soggetti, per i quali vale la distinzione generale fra le tre popolazioni. Quando possibile vengono riportati alcuni dati relativi ai singoli Paesi di cittadinanza.

Nel testo sono presenti alcuni confronti con i dati nazionali (contenuti in riquadri distinti), resi possibili dalla messa in rete degli indicatori ottenuti mediante una metodologia condivisa e sperimentati dalle Regioni e Province aderenti al già citato progetto nazionale.

Il rapporto è strutturato in quattro parti principali:

- la prima fornisce un inquadramento generale su demografia, politiche nazionali e regionali in materia di immigrazione, caratteristiche socio-sanitarie dei Paesi di origine;
- la seconda presenta una panoramica generale sulla domanda di salute e sull'utilizzo del ricovero ospedaliero da parte degli immigrati, con un approfondimento sulla stima della spesa dei ricoveri;
- nella terza parte vengono ulteriormente descritti aspetti critici della salute degli immigrati (area materno-infantile, giovani e adulti, infortuni sul lavoro, malattie infettive);
- il Dossier si chiude con una panoramica sulle realtà provinciali, che dà spazio a qualche approfondimento qualitativo e quantitativo su specifiche aree (accesso al Pronto soccorso a Reggio Emilia; attività di un'associazione che a Bologna fornisce assistenza sanitaria agli immigrati sprovvisti del pregresso di soggiorno).

Per ciascuno degli argomenti trattati si è generalmente fornito il confronto con la popolazione autoctona e valutazioni sull'andamento negli anni. Tuttavia, a livello regionale, la mancata disponibilità di dati che descrivano in modo affidabile la popolazione di riferimento per età, sesso e cittadinanza non rende possibile raffronti netti della differente struttura per età delle due popolazioni in esame. Per colmare

questa lacuna, l'ISTAT sta investendo nella produzione di dati per età, sesso e cittadinanza della popolazione residente. Ma neppure le stime dell'ISTAT potranno quantificare la popolazione straniera non residente e presente sul territorio.

La Nota metodologica in fondo al Dossier descrive i metodi di lavoro adottati e le banche dati, definizioni e classificazioni utilizzate per gli indicatori proposti in questo volume. In Appendice sono riportati alcuni dati dettagliati non presenti nel testo.

1. Gli immigrati in Italia e in Emilia-Romagna

1.1. Quanti sono. Come si distribuiscono sul territorio italiano. Da dove vengono

In Italia i cittadini stranieri residenti al 31/12/2009 erano 4.235.059, pari al 7,0% del totale dei residenti, mentre l'anno precedente rappresentavano il 6,5%. I minori erano 933.693¹⁰ pari al 22,0% del totale degli stranieri residenti; circa 573.000 sono nati in Italia, mentre gli altri sono giunti nel Paese per ricongiungimento familiare. I minori nati in Italia rappresentano la "seconda generazione", stranieri in quanto figli di genitori stranieri.¹¹ Le famiglie con la presenza di almeno uno straniero ammontavano invece a 2.074.065 (8,3%). La quota di famiglie miste (composte da italiani e da stranieri) sul totale di quelle con stranieri - un indicatore del grado di integrazione nella comunità autoctona - era pari al 22,6%.¹² Inoltre, sebbene la dimensione media di queste famiglie non risulti molto diversa da quella delle famiglie di italiani (2,44 contro 2,38), si tratta più frequentemente di persone sole (35,5% contro 30,9%) e di famiglie composte da cinque componenti o più (9,1%, contro 4,7%). Si registra quindi da un lato una rilevante presenza di stranieri soli (di cui quasi il 60% uomini) - per effetto di un più recente insediamento o di un progetto migratorio che non prevede il ricongiungimento familiare -, dall'altro una certa diffusione di modelli familiari a fecondità più elevata rispetto a quella italiana, tipici di molti paesi di emigrazione. Rispetto alle famiglie di italiani, le famiglie con stranieri si trovano più frequentemente in condizioni di disagio economico (peggiori condizioni abitative, limitata disponibilità di beni durevoli, deprivazione materiale).

La distribuzione della popolazione straniera sul territorio italiano è fortemente disomogenea: la maggior parte si concentra al Nord (oltre il 60%) e in misura inferiore nelle regioni del Centro (il 25,3%). Solo il 13,1% risiede nel Mezzogiorno.

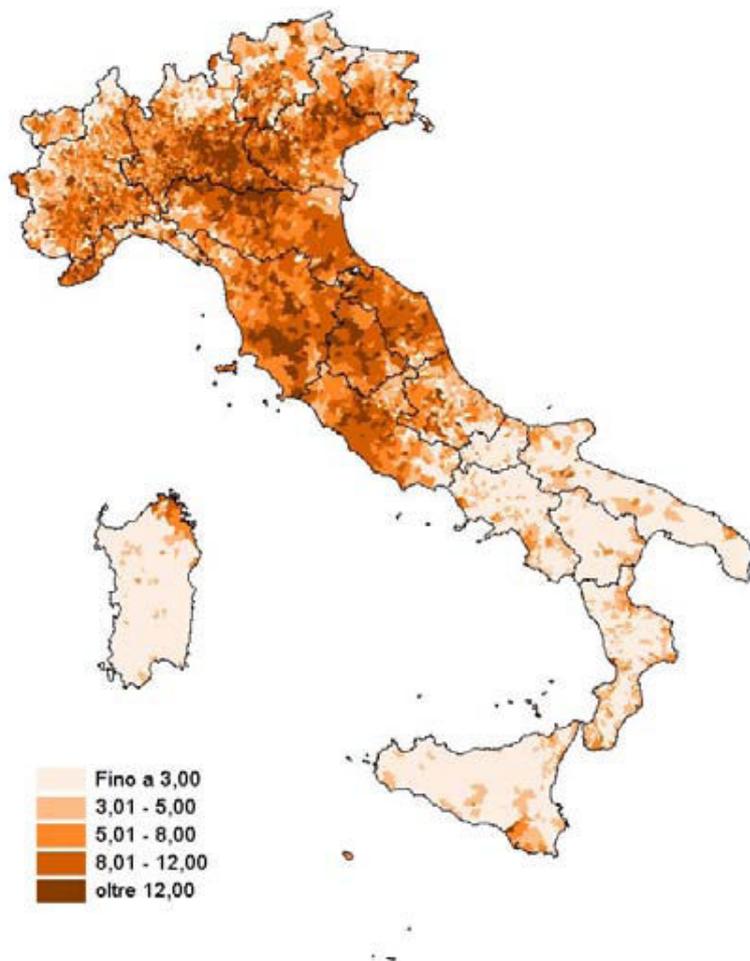
In termini di proporzione percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione, l'Emilia-Romagna si attesta come la regione a più alta intensità del fenomeno, con il 10,5% a fronte del 7,0% che si registra a livello nazionale (*Figura 1*); seguono Umbria (10,4%), Lombardia (10,0%) e Veneto (9,8%).

¹⁰ Fonte: ISTAT. Popolazione straniera residente al 1° gennaio 2010 per età e sesso.

¹¹ Dato che il fenomeno dell'immigrazione in Italia è relativamente recente, con buona approssimazione si può valutare che la quasi totalità degli stranieri nati in Italia sia minorenni (ISTAT. La popolazione straniera residente in Italia. Statistiche in breve).

¹² "Le famiglie con stranieri: indicatori di disagio economico. Anno 2009. Statistiche in breve". I dati provengono dall'indagine "Reddito e condizioni di vita" su un campione di 6.000 famiglie con almeno un componente straniero residenti in Italia.

Figura 1. Proporzione (%) di stranieri residenti in Italia sul totale della popolazione per comune, anno 2009



Fonte: ISTAT. La popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 2010. Statistiche in breve.

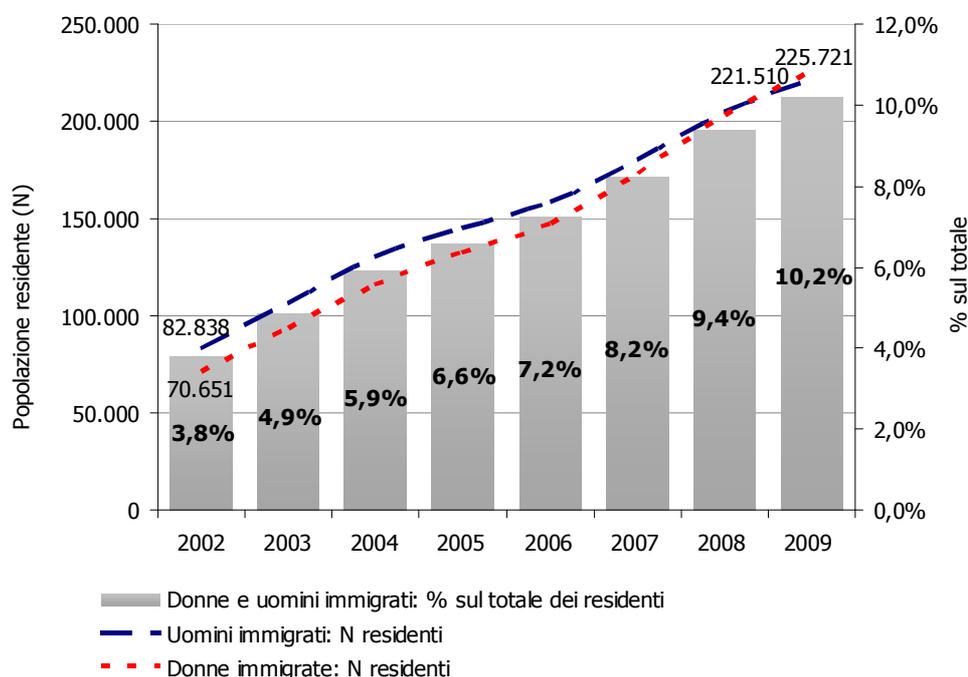
In Emilia-Romagna gli stranieri residenti al 31/12/2009 erano 461.321; circa 66.900 sono nati in Italia. I minori erano 107.001,¹³ pari al 15,6% del totale dei minorenni residenti e al 23,1% dei residenti stranieri. I residenti con cittadinanza in Paesi a Forte pressione migratoria, che in questo rapporto sono da intendersi come immigrati, rappresentavano quasi il 97% (447.231 abitanti) dei residenti con cittadinanza non italiana e il 10,2% della popolazione totale residente.

L'Emilia-Romagna si colloca, insieme a Veneto e Lombardia, tra le regioni con più alto numero di nati stranieri ogni 100 nati residenti (22,9% contro 13,6 dato nazionale).

Nel corso degli anni si è verificata una femminilizzazione dei flussi: nel 2009 l'ammontare di donne ha raggiunto la componente maschile (*Grafico 1*), dato complessivo che tuttavia nasconde alcune specificità legate a singole cittadinanze.

¹³ Fonte: ISTAT. Popolazione straniera residente al 1° gennaio 2010 per età e sesso, secondo i nuovi confini amministrativi.

Grafico 1. Numero (uomini, donne) e proporzione (%) degli immigrati sul totale della popolazione. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009

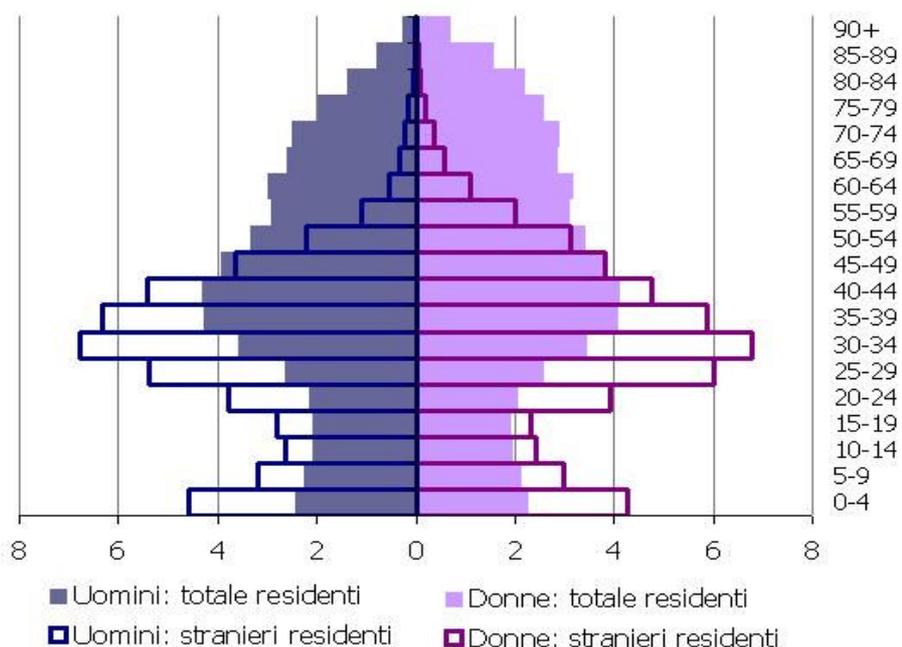


Fonte: ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Si tratta di una popolazione giovane, con un'età media che nel 2009 era di 31 anni (rispetto ai 45 della popolazione nel suo complesso). Dalla lettura della piramide dell'età, messa a confronto con quella della popolazione totale (*Grafico 2*), risulta chiaro come la popolazione straniera residente presenti un profilo radicalmente differente. La composizione della popolazione si caratterizza per la forma della piramide tipica dei nuovi insediamenti; vi è infatti una percentuale esigua di persone anziane e una forte presenza di donne e uomini giovani (tra i 20-45 anni) che incide fundamentalmente sulla fecondità e sull'attività lavorativa della popolazione. Inoltre la base della piramide negli anni tende ad allargarsi, indice della formazione delle seconde generazioni.

Tra gli stranieri residenti, la popolazione nella fascia di età dai 45 ai 64 anni è molto aumentata nel periodo analizzato (2002-2009), a carico prevalentemente delle donne. (*Grafico 3*).

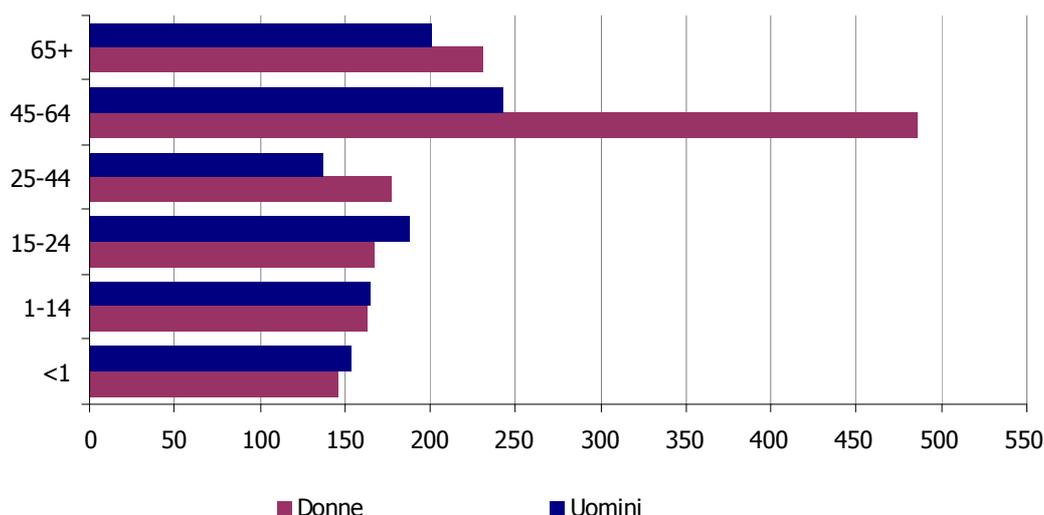
Grafico 2. Piramide dell'età della popolazione residente in Emilia-Romagna per genere, cittadinanza e classi quinquennali di età, anno 2009



Valori percentuali sul totale della popolazione. Totale residenti e stranieri residenti (base = classe di età 0-4 anni, apice = classe di età >90 anni).

Fonte: ISTAT. Popolazione straniera residente per età e sesso.

Grafico 3. Variazione % (2009 vs 2002) della popolazione straniera residente in Emilia-Romagna per genere e classi di età



Fonte: ISTAT. Popolazione straniera residente per età e sesso.

Alla fine del 2009 risultavano 172 diverse cittadinanze tra gli stranieri residenti in Emilia-Romagna, con una distribuzione concentrata in un loro ristretto sottoinsieme (*Tabella 1*).

Complessivamente i cittadini dei primi dieci Paesi in ordine di numerosità costituivano il 68,6% (316.635 persone) della popolazione straniera residente in regione. Marocco, Romania e Albania erano le tre cittadinanze più rappresentate, pesando rispettivamente per il 14,6%, 13,1% e 12,6% dei residenti stranieri. La comunità marocchina, di più antico insediamento, nel 2009 contava 67.262 persone con un aumento rispetto all'anno precedente del 18%, il più alto tra le nazionalità più numerose (primato che negli ultimi anni spettava ai rumeni). I residenti rumeni (60.396 nel 2009) e albanesi (58.259 nel 2009) sono aumentati rispetto al 2008 rispettivamente di quasi il 13% e l'8%.

A fronte di una complessiva parità tra l'ammontare di donne e uomini, si osserva una certa eterogeneità tra le diverse cittadinanze, dovuta contemporaneamente ai ricongiungimenti familiari e ai flussi migratori specifici per genere e Paese di cittadinanza. Le comunità pakistane, marocchine, albanesi, tunisine e indiane sono ancora a prevalenza maschile, mentre per l'Est Europa la situazione risulta speculare, spiegata in buona parte dal fenomeno delle badanti.

Tabella 1. Numero di residenti stranieri dei 10 Paesi di cittadinanza più rappresentati in Emilia-Romagna, totale residenti immigrati e stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato; rapporto (%) di mascolinità e % sul totale dei residenti stranieri, anno 2009

Cittadinanza	N. residenti	M/F %	% su totale stranieri
Marocco	67.262	121,9	14,6
Romania	60.396	82,0	13,1
Albania	58.259	120,5	12,6
Ucraina	23.639	23,4	5,1
Tunisia	22.817	169,1	4,9
Cina	21.367	105,5	4,6
Moldova	21.285	48,8	4,6
India	14.739	138,7	3,2
Pakistan	14.677	194,8	3,2
Polonia	12.194	33,7	2,6
<i>totale immigrati</i>	<i>447.231</i>	<i>98,1</i>	<i>96,9</i>
<i>altri stranieri *</i>	<i>14.090</i>	<i>69,5</i>	<i>3,1</i>
<i>totale stranieri</i>	<i>461.321</i>	<i>97,1</i>	<i>100,0</i>

* Residenti con cittadinanza non italiana provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato, che secondo la metodologia adottata sono considerati assimilabili agli italiani.

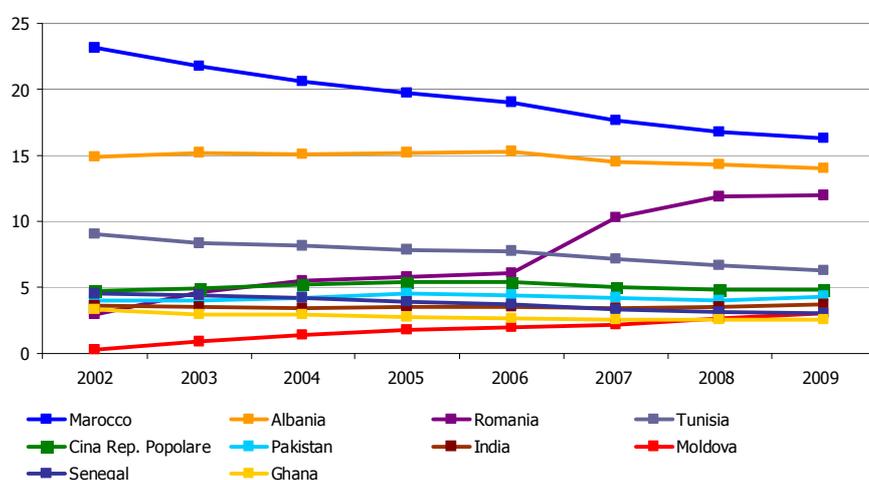
Fonte: ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Come mostrano i Grafici 4.a e 4.b, le comunità immigrate sono caratterizzate da una spiccata dinamicità. Nel corso del periodo analizzato la composizione percentuale sia per gli uomini che per le donne è cambiata. L'entrata della Romania nella Comunità europea nel 2007 ha fatto registrare un forte incremento dei rumeni e, tra le donne, dal 2008 sono la comunità più consistente.

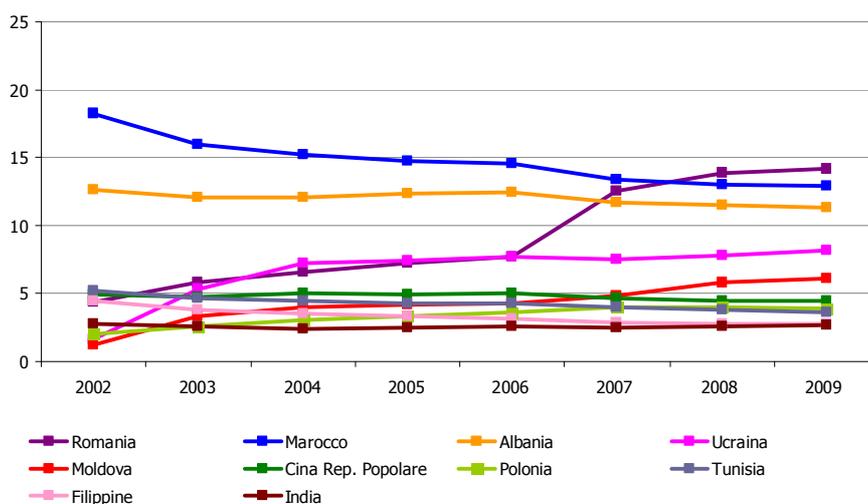
Negli uomini, nonostante negli anni il peso percentuale sia diminuito, nel 2009 la comunità marocchina rappresentava ancora, come otto anni prima, il collettivo più rappresentato tra i residenti immigrati. Da notare l'aumento dei moldavi, verosimilmente dovuto ai ricongiungimenti familiari.

Grafico 4. Percentuale sul totale della popolazione immigrata residente dei 10 Paesi di cittadinanza più rappresentati nel 2009; anni 2002-2009

a) uomini



b) donne



Fonte: ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

1.2. Quali politiche nazionali e regionali in materia di immigrazione

In Italia la normativa in materia di immigrazione è regolata dal Testo unico emanato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, concernente la disciplina dell'immigrazione e le norme sulla condizione dello straniero. Gli immigrati in condizioni di regolarità giuridica sono inclusi a pieno titolo nel sistema dei diritti e dei doveri dei cittadini italiani (famiglia, cittadinanza, istruzione, assistenza sociale, rappresentanza e voto amministrativo), anche per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria. Anche agli immigrati irregolari è garantito il diritto di accesso alle cure sanitarie essenziali. Il tesserino STP (straniero temporaneamente presente) viene rilasciato dalle Aziende Unità sanitarie locali (AUSL) o dalla struttura sanitaria che prende in cura il cittadino straniero irregolare, come le Aziende ospedaliere, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico e Policlinici universitari, e ha validità di 6 mesi rinnovabili su tutto il territorio nazionale. In particolare sono garantiti: tutela sociale della gravidanza e della maternità, alcune vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale; profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Inoltre, per non ostacolare il ricorso alle cure viene vietato alle strutture sanitarie di segnalare all'autorità di polizia gli immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.¹⁴ La Legge 30 luglio 2002, n. 189 (cosiddetta Bossi-Fini) ha modificato alcuni passaggi principali del Testo unico del 1998, in particolare sulle politiche di ingresso e sulle espulsioni. Sono rimaste comunque sostanzialmente invariate le tutele sanitarie (Geraci *et al.*, 2003).

Negli ultimi anni il Governo Berlusconi ha affrontato in modo più restrittivo il tema, considerando l'immigrazione clandestina come uno specifico reato. Con il Decreto legge n. 92 del 23 maggio 2008 ("Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica"), ha introdotto l'aggravante della clandestinità in caso di reato, la possibilità di espellere gli immigrati condannati in via definitiva a pene fino a 2 anni di carcere (prima erano necessarie pene di almeno 10 anni) e dure sanzioni per chi affitta un immobile a un immigrato irregolare. I Centri di permanenza temporanea hanno preso il nome di Centri di identificazione ed espulsione (CIE).

Il nuovo decreto sulla sicurezza (Decreto legge n. 11 del 23 febbraio 2009) ha triplicato il periodo possibile di permanenza nei CIE. Se prima si prevedevano trenta giorni di trattenimento (che potevano diventare sessanta in caso di difficoltà per l'identificazione o per reperire documenti indispensabili per il rimpatrio), ora, di proroga in proroga, la permanenza può allungarsi fino ai 180 giorni, salva la possibilità di essere rimpatriati senza attendere la scadenza della proroga.

¹⁴ Con una Circolare del 19 febbraio 2008 il Ministero della salute ha introdotto un nuovo codice assegnato ai cittadini comunitari che non hanno effettuato regolare iscrizione anagrafica, al fine di poter usufruire dell'assistenza sanitaria (Codice ENI - Europei non iscritti), che ha eguali modalità di rilascio e caratteristiche del codice STP.

Di recente, il Decreto 4 giugno 2010 firmato dai Ministri dell'interno e dell'istruzione ed entrato in vigore nel dicembre 2010, impone un test di lingua obbligatorio per gli stranieri che intendano richiedere il permesso di soggiorno di lungo periodo (ottenibile dopo cinque anni di permanenza in Italia).

Nei primi mesi del 2011 si sono intensificati gli sbarchi di immigrati provenienti dal Nord Africa, soprattutto dalla Tunisia, a causa delle condizioni di caos in cui versano i paesi nordafricani. Il governo ha proposto un piano per distribuire i profughi sul territorio italiano, e parallelamente ha siglato un accordo con la Tunisia, prevedendo il rimpatrio diretto dei nuovi arrivati (dopo il 5 aprile 2011) e la concessione, per i circa 25.000 immigrati giunti in Italia prima di quella data, di un permesso di soggiorno temporaneo per la libera circolazione nei Paesi UE. Tale soluzione è apparsa critica a diversi Paesi dell'Unione, primi fra tutti Francia, Germania e Malta, che hanno considerato i permessi di soggiorno temporanei "contrari allo spirito di Schengen". Dello stesso parere è stata l'Unione europea, che ha bocciato la proposta italiana di protezione temporanea per gli sfollati dai Paesi del Nord Africa, dichiarando "prematura" l'attivazione della direttiva 55/2001, necessaria in caso di emergenza nelle migrazioni. Il quadro attuale è comunque in continua evoluzione e la fluidità della situazione rende difficile qualsiasi previsione sugli sviluppi futuri.

Per ciò che concerne la normativa in ambito regionale, l'Emilia-Romagna è stata la prima Regione italiana a legiferare in materia di politiche per l'integrazione dei cittadini stranieri immigrati, dopo la riforma della Costituzione del 2001 e l'approvazione della Legge Bossi-Fini del 2002, attraverso la legge regionale 5/2004 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati". Il tema dell'immigrazione è stato affrontato trasversalmente in ogni settore (scuola, sanità, formazione, lavoro, casa, ...) e con un approccio universalistico teso a garantire l'effettivo esercizio dei diritti sociali di cittadinanza nell'ambito dei servizi pubblici esistenti e ad evitare, quindi, la costruzione di un sistema di *welfare* parallelo o comunque separato.

Tra le principali novità introdotte si segnalano:

- "Programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri", definito come un nuovo strumento di programmazione interassessorile (DGR 45/2006) e dunque trasversale, finalizzato a promuovere un'integrazione delle politiche di settore e rispondere in modo unitario ai bisogni (art. 3, comma 2);
- strumenti di rappresentanza nell'ambito delle istituzioni locali per la promozione della partecipazione dei cittadini stranieri alla vita pubblica;
- "Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri" (DGR 224/2005);
- "Piano regionale di azioni contro le discriminazioni razziali etniche, nazionali o religiose" e il Centro regionale sulle discriminazioni;
- Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio, accanto a quelli provinciali;
- contributi economici alle Province, ai Comuni e ai soggetti *no profit* per interventi di integrazione sociale, quali centri e sportelli informativi, corsi di lingua italiana, attività di mediazione culturale, centri e iniziative interculturali, con particolare attenzione alle

- attività di formazione degli operatori a diretto contatto con i cittadini stranieri e all'inserimento diretto nei servizi di persone con la qualifica di mediatori interculturali;
- interventi per le politiche abitative (promozione di agenzie per la casa per favorire l'incontro tra domanda e offerta, fondi di garanzia e di rotazione, alloggi sociali, centri di prima accoglienza, ecc.);
 - sostegno economico al ruolo di integrazione culturale svolto dalla scuola attraverso la formazione del personale educativo docente e il ricorso a mediatori culturali;
 - promozione di un'adeguata politica sanitaria;
 - consolidamento delle attività di cooperazione internazionale, soprattutto a carattere formativo.

In particolare il secondo Programma per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (2009-2011) si focalizza sull'obiettivo della coesione sociale, che parte anche dalla consapevolezza del contributo degli immigrati al lavoro e alla ricchezza regionale (11,7% del PIL nel 2007) e del loro crescente apporto al gettito contributivo e fiscale.

In ambito più strettamente socio-sanitario, l'ultimo Piano sociale sanitario regionale 2008-2010 punta per la prima volta a un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo *welfare* universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione (delibera di Giunta 175/2008). Il Piano sottolinea la necessità di garantire in ambito distrettuale l'erogazione delle prestazioni sociali e sanitarie (come previsto dalle normative nazionali e regionali) e supportare gli immigrati con azioni di sostegno sociale, ascolto e informazione, in sinergia con le istituzioni locali e con tutti i soggetti coinvolti, pubblici e privati (organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, cooperative sociali e organizzazioni non governative).

Tra le risorse ritenute indispensabili nei servizi sanitari e sociali maggiormente a contatto con la popolazione immigrata, la mediazione interculturale occupa un posto di primo piano: la capacità di informare e orientare i cittadini stranieri per favorire l'accessibilità e la fruibilità dei servizi diventa quindi un requisito essenziale su cui si gioca la qualità dell'offerta sanitaria.

Particolare attenzione è inoltre posta sui percorsi legati alla nascita, la cura e la crescita dei figli, oltre che su interventi preventivi e di assistenza per gravidanza, assistenza pediatrica e di base, e vaccinazioni, che costituiscono il più frequente motivo di utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata.

Tra le priorità evidenziate dal Piano si sottolineano la protezione dalle malattie infettive, l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri iscritti al SSN e l'erogazione di determinate prestazioni sanitarie per gli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno.

1.3. Quanti immigrati nel mondo del lavoro

Nel corso degli ultimi anni la presenza straniera nel mercato del lavoro italiano è divenuta sempre più rilevante.

Gli enti previdenziali producono alcune statistiche relative a iscritti e assicurati fornendo un primo, seppure incompleto, scenario descrittivo del fenomeno. Tuttavia, a causa dell'elevata diffusione del lavoro nero - specie nell'edilizia e in agricoltura - i dati non descrivono a sufficienza la partecipazione degli immigrati al mercato del lavoro.

Una fonte di informazione è costituita dall'INAIL che dispone dei dati dei lavoratori per i quali vige l'obbligo dell'assicurazione all'Istituto.¹⁵ Nel 2007 in Italia gli stranieri assicurati¹⁶ erano poco meno di 3,2 milioni, in gran parte lavoratori provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (l'86% della forza lavoro straniera assicurata).

In generale tra i nati all'estero 6 lavoratori su 10 sono di genere maschile, anche se la presenza femminile è in continua crescita.

Tabella 2. Lavoratori assicurati all'INAIL per genere e paese di nascita, anno 2007. Regione Emilia-Romagna

Paese di nascita	Uomini	Donne	Totale	% donne
Italia o Paese a sviluppo avanzato	990.318	767.749	1.758.067	43,7
Paese a forte pressione migratoria	205.003	128.299	333.302	38,5

Fonte: INAIL. Denuncia nominativa degli assicurati.

In Emilia-Romagna la presenza di lavoratori stranieri è più alta della media nazionale (*Grafico 5*). Nel 2007 gli assicurati nati in Paesi a forte pressione migratoria risultavano poco meno di 340.000, pari al 16% del totale degli assicurati (contro il 12% del livello nazionale).

In regione i principali settori che vedono la partecipazione della popolazione immigrata sono le costruzioni, in cui opera il 18% degli assicurati, il settore alberghiero e la ristorazione, che comprende cuochi, aiuto cucina, camerieri e baristi (12%) (*Grafico 6*). Le attività immobiliari e i servizi alle imprese, che includono anche i servizi di pulizia, sono il terzo settore per importanza in regione: vi lavora quasi il 10% degli assicurati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria, a fronte della media nazionale che supera di poco il 15%.

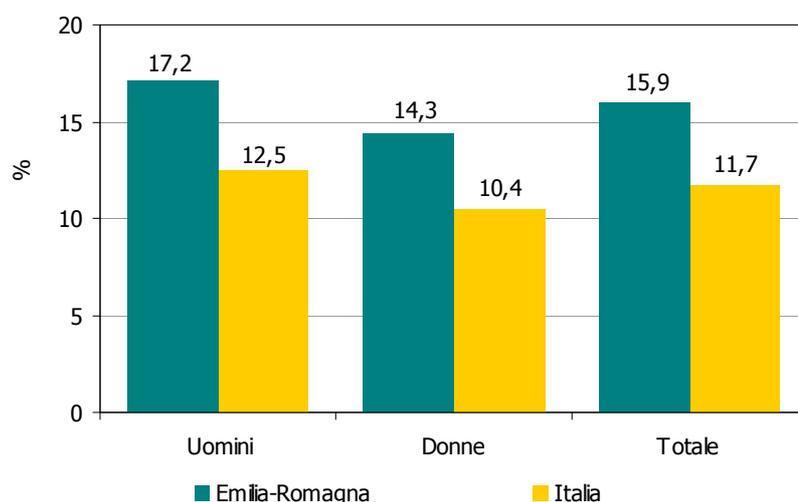
A livello nazionale, a prescindere dal Paese di origine, vi sono settori come le costruzioni e l'industria pesante (in primis la lavorazione dei metalli) in cui gli uomini rappresentano il 90-95% degli occupati. Le donne invece sono più presenti nella sanità e nelle attività

¹⁵ L'INAIL individua il lavoratore straniero tramite il codice fiscale, che contiene l'informazione sul Comune o sul Paese di nascita.

¹⁶ Contati una sola volta nell'arco dell'anno a prescindere dalla durata del contratto e dalla numerosità dei rapporti di lavoro.

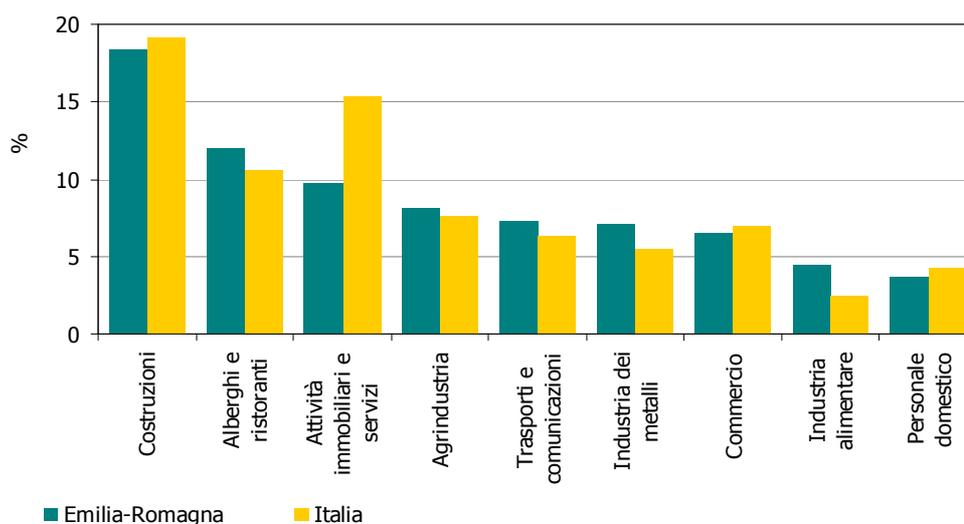
legate alla cura della casa e degli anziani: la proporzione della popolazione femminile in questi due settori rappresenta infatti il 70-80% degli occupati e sale all'80-85% se si considerano i soli stranieri.

Grafico 5. Proporzioni di assicurati all'INAIL nati in Paesi a forte pressione migratoria sul totale degli assicurati per genere, anno 2007. Regione Emilia-Romagna e Italia



Fonte: INAIL. Denuncia nominativa degli assicurati.

Grafico 6. Principali settori in cui operano i lavoratori provenienti da Paesi a forte pressione migratoria assicurati all'INAIL, anno 2007. Regione Emilia-Romagna e Italia



Fonte: INAIL. Denuncia nominativa degli assicurati.

1.4. Quali condizioni di salute nei paesi di origine

È ragionevole supporre che il bisogno di salute degli immigrati e il modo in cui essi utilizzano i servizi sanitari dipendano in parte dalle condizioni socio-sanitarie oltre che dall'organizzazione sanitaria dei Paesi da cui provengono. La Tabella 3 presenta alcuni dei numerosi indicatori presenti nel report che l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) pubblica annualmente (WHO, 2010).

I paesi mostrano caratteristiche differenti: rispetto agli indicatori di salute più robusti (mortalità infantile, speranza di vita alla nascita), India e Pakistan presentano una speranza di vita molto bassa (al di sotto dei 70 anni) e una mortalità infantile estremamente alta; tuttavia sono anche i paesi con il più alto tasso di fertilità tra quelli analizzati. La Cina e i Paesi dell'Europa dell'Est invece mostrano tassi di mortalità infantile simili a quelli italiani nella prima metà degli anni '80 (20 per 10.000 nati vivi) e una speranza di vita abbastanza elevata, soprattutto tra le donne. Il Marocco si distingue per una mortalità infantile alta, analoga a quella italiana degli anni '60 (32 per 10.000 nati vivi) e una speranza di vita alla nascita simile a quella cinese.

In generale, la spesa sanitaria *pro capite* è molto bassa rispetto a quella italiana e la quota a carico pubblico è nettamente inferiore in tutti i paesi nei quali le spese sanitarie sono prevalentemente a carico dei singoli cittadini.

Tabella 3. Indicatori di condizioni sociali e di salute nei paesi di origine dei cittadini immigrati in Emilia-Romagna, per nazionalità

Nazionalità	Popolaz. x 10 ³ 2008	% popol. ≥60 aa 2008	Tasso fertilità 2008	Speranza di vita alla nascita - 2008		Mortalità infantile 2008 x 1.000 nati vivi	Spesa sanitaria <i>pro</i> <i>capite</i> \$ - 2007 *	
				M	F		tot	di cui pubb.
Albania	3.143	13	1,9	71	74	13	505	208
Cina	1.344.920	12	1,8	72	76	18	233	104
India	1.181.412	7	2,7	63	66	52	109	29
Marocco	31.606	8	2,4	70	75	32	202	68
Moldavia	3.633	15	1,5	65	73	15	281	142
Pakistan	176.952	6	4,0	63	64	72	64	19
Polonia	38.104	18	1,3	71	80	6	1.035	733
Romania	21.361	20	1,3	70	77	11	592	475
Tunisia	10.169	9	1,8	73	77	18	463	234
Ucraina	45.992	21	1,3	62	74	14	475	274
<i>Italia</i>	<i>59.604</i>	<i>26</i>	<i>1,4</i>	<i>79</i>	<i>84</i>	<i>3</i>	<i>2.686</i>	<i>2.056</i>

* La spesa sanitaria è calcolata in dollari, al tasso di scambio internazionale.

Fonte: WHO. World Health Statistics 2010.

2. La salute degli immigrati: una panoramica generale dai ricoveri ospedalieri

Il ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione immigrata ha rappresentato nel 2009 più del 7% dei accessi effettuati dall'intera popolazione residente, con una proporzione quasi doppia tra le donne rispetto agli uomini (*Tabella 4*).

Tabella 4. Numero assoluto e proporzione (%) dei ricoveri per genere e cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

	Italiani		Immigrati		Ricoveri totali	
	N	%	N	%	N	%
Uomini	290.651	95,1	14.932	4,9	305.583	100,0
Donne	327.820	90,5	34.362	9,5	362.182	100,0
Totale	618.471	92,6	49.294	7,4	667.765	100,0

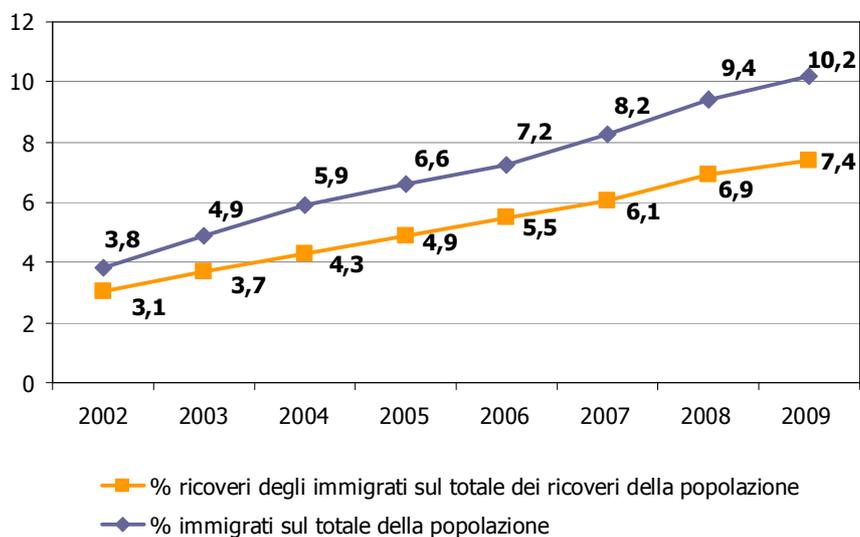
Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Negli anni si osserva un aumento della quota di ricoveri degli immigrati (*Grafico 7*), che tuttavia non supera la percentuale di residenti sulla popolazione totale; in generale la salute di questa popolazione non sembra emergere come aspetto particolarmente critico. Ciò è spiegabile in parte dal fatto che, nella maggioranza dei casi, i migranti arrivano in Italia "sani" e pronti ad affrontare il loro progetto migratorio.

Nelle pagine successive verranno comunque esplorate le aree più problematiche riguardanti la salute e l'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata, con l'obiettivo di orientare azioni e politiche sanitarie.

Il divario tra le due serie di dati (proporzione di popolazione e di ricoveri) è da attribuirsi quasi esclusivamente agli uomini; nel 2009 i ricoveri a carico degli immigrati rappresentavano solo il 4,9% dei ricoveri totali, da confrontarsi con una proporzione in popolazione di 10,4 immigrati ogni 100 residenti di genere maschile. Per le donne i valori erano rispettivamente pari a 9,5% vs 10,0%.

Grafico 7. Proporzione (%) di immigrati sulla popolazione totale e proporzione (%) dei ricoveri degli immigrati sul totale dei ricoveri. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonti:

Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI ***Ricoveri ospedalieri**

Nel 2008 la percentuale di ricoveri effettuati dagli immigrati sul totale dei residenti in Italia si attestava intorno al 3,9% confermando il *trend* in crescita, principalmente dovuto all'aumento della popolazione immigrata residente. La variabilità tra le regioni rispecchia l'assetto demografico; le regioni con più alta percentuale di ricoveri effettuati dagli immigrati tra i residenti sono: Emilia-Romagna, Umbria, Veneto e Lombardia, con un valore che supera il 6%.

Tabella Numero e proporzione (%) di ricoveri totali per cittadinanza per regione di residenza. Italia, anno 2008

Regione di residenza	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
Piemonte	703.422	94,8	38.482	5,2	741.904	100,0
Valle d'Aosta	22.731	95,9	972	4,1	23.703	100,0
Lombardia	1.505.583	93,9	97.513	6,1	1.603.096	100,0
PA Bolzano	87.533	95,3	4.287	4,7	91.820	100,0
PA Trento	80.258	94,2	4.961	5,8	85.219	100,0
Veneto	681.413	93,7	45.558	6,3	726.971	100,0
Friuli-Venezia Giulia	181.891	95,1	9.385	4,9	191.276	100,0
Liguria	333.782	95,5	15.808	4,5	349.590	100,0
Emilia-Romagna	669.688	93,3	48.381	6,7	718.069	100,0
Toscana	552.390	95,1	28.423	4,9	580.813	100,0
Umbria	148.944	93,5	10.395	6,5	159.339	100,0
Marche	265.545	95,6	12.200	4,4	277.745	100,0
Lazio	1.014.745	94,8	55.237	5,2	1.069.982	100,0
Abruzzo	256.364	97,0	7.968	3,0	264.332	100,0
Molise	70.638	99,3	518	0,7	71.156	100,0
Campania	1.246.844	98,9	14.285	1,1	1.261.129	100,0
Puglia	830.383	98,4	13.907	1,6	844.290	100,0
Basilicata	112.897	99,8	201	0,2	113.098	100,0
Calabria	417.660	98,4	6.797	1,6	424.457	100,0
Sicilia	1.054.708	98,9	11.302	1,1	1.066.010	100,0
Sardegna	310.884	99,1	2.724	0,9	313.608	100,0
<i>Italia</i>	<i>10.548.303</i>	<i>96,1</i>	<i>429.304</i>	<i>3,9</i>	<i>10.977.607</i>	<i>100,0</i>

* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera. Ministero della salute, anno 2008. Ricoveri acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani.

2.1. Differenze di età, genere e cittadinanza

Per i residenti in Emilia-Romagna l'analisi degli accessi ospedalieri negli anni 2002-2009 mostra che la maggior parte dei ricoveri della popolazione immigrata è a carico della popolazione femminile. Nel 2009 le donne immigrate e italiane hanno effettuato rispettivamente il 70% e il 53% dei ricoveri totali (dati in *Appendice*). Gli uomini immigrati che più frequentemente accedono in ospedale provengono da Marocco, Albania e Romania. In particolare, nell'ultimo triennio in analisi è aumentata la frequenza di ricoveri dei rumeni a seguito dell'entrata del Paese nell'UE (dal 1° gennaio 2007), che ha comportato un loro maggiore afflusso (*Tabella 5.a*). Anche tra le immigrate le cittadinanze con maggiore frequenza di ricoveri sono quelle marocchina, albanese e rumena (*Tabella 5.b*).

Distinguendo per fascia di età, tra gli immigrati di genere maschile la maggiore frequenza di ricoveri si riscontra nelle classi 18-34 e 35-49 anni, mentre tra le donne i ricoveri si concentrano nella classe 18-34 anni (*Grafico 8*).

Tabella 5. Ricoveri delle 10 cittadinanze con le maggiori frequenze (% e *totale*) di accesso tra gli immigrati. Uomini e donne residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009**a) uomini**

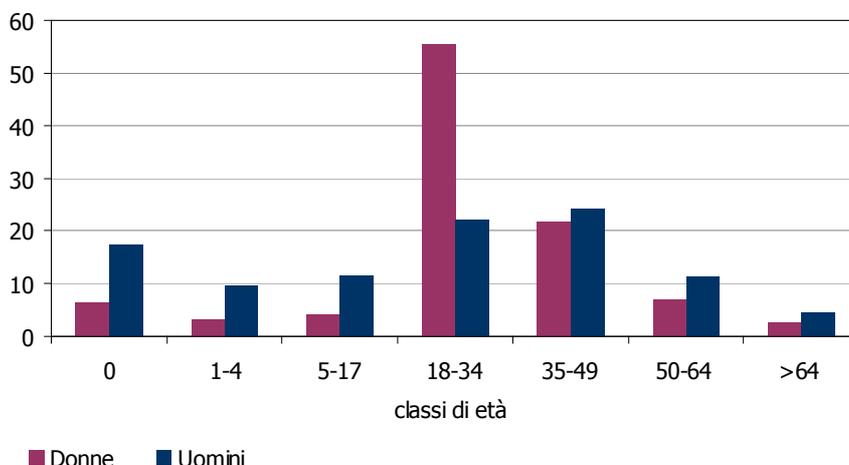
Cittadinanza	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Marocco	25,8	24,0	22,7	21,3	20,4	20,6	20,1	19,0
Albania	13,5	15,3	15,1	16,2	15,9	16,1	15,4	15,1
Romania	2,4	3,6	4,7	4,8	5,3	7,4	9,1	9,1
Tunisia	10,7	9,9	9,0	8,5	8,6	7,7	7,3	6,7
Pakistan	5,3	4,8	4,9	5,1	5,2	4,6	3,9	4,6
Cina	3,0	2,9	3,4	3,1	3,0	3,0	3,1	3,4
India	3,8	3,2	3,0	3,5	3,8	3,3	3,0	3,3
Moldova	0,3	0,6	1,1	1,6	1,8	2,1	2,6	2,9
Ghana	4,1	3,4	3,8	3,2	3,3	3,2	2,9	2,9
Nigeria	1,9	2,3	2,3	2,2	3,0	2,7	2,7	2,7
Altri paesi	29,2	30,0	30,0	30,5	29,7	29,3	29,9	29,2
Immigrati	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Totale ricoveri</i>	<i>7.918</i>	<i>8.799</i>	<i>9.946</i>	<i>10.866</i>	<i>11.920</i>	<i>12.662</i>	<i>14.354</i>	<i>14.932</i>

b) donne

Cittadinanza	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Marocco	20,2	17,5	17,8	17,8	17,1	16,7	16,4	17,0
Romania	5,0	6,2	6,9	6,9	7,6	10,7	11,9	11,8
Albania	11,7	11,7	11,7	11,6	12,3	11,6	11,6	10,8
Moldova	1,4	2,7	3,2	3,6	3,8	4,2	5,2	5,6
Ucraina	2,3	3,9	4,2	4,9	5,0	5,0	5,1	5,3
Tunisia	6,4	6,4	5,8	4,9	5,4	5,3	4,9	4,4
Cina	4,7	4,7	5,0	4,9	4,6	4,6	4,1	4,1
Nigeria	4,8	4,9	4,5	4,4	4,8	4,2	4,1	3,9
Pakistan	2,4	2,4	2,2	2,9	2,5	2,1	2,4	3,0
India	3,0	2,9	2,6	2,6	2,5	2,9	2,8	2,9
Altri paesi	38,1	36,7	36,1	35,5	34,4	32,7	31,5	31,2
Immigrate	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Totale ricoveri</i>	<i>14.538</i>	<i>17.546</i>	<i>20.323</i>	<i>22.725</i>	<i>25.329</i>	<i>28.270</i>	<i>32.206</i>	<i>34.362</i>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

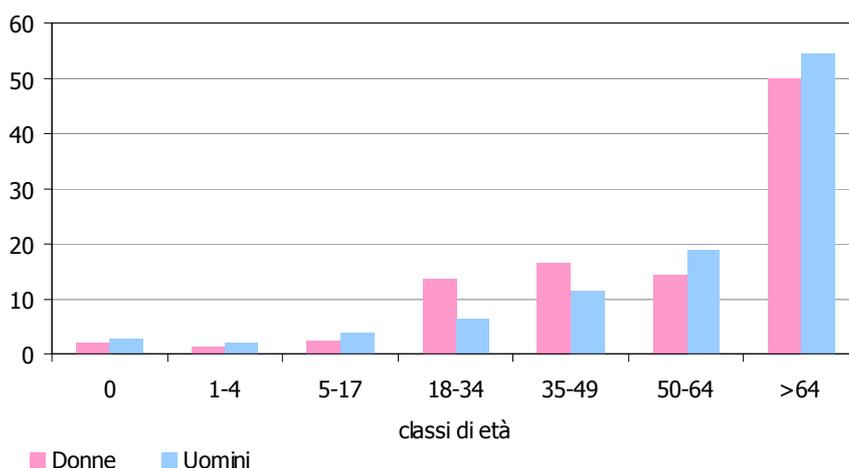
Grafico 8. Distribuzione (%) di ricoveri ordinari per genere e classi di età. Immigrati residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione da parte dei residenti in Emilia-Romagna (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

La maggiore proporzione di ricoveri nella popolazione italiana è invece, come atteso, a carico delle classi di età anziane (65 anni e più), in entrambi i sessi. Le differenze nella distribuzione delle degenze tra le due popolazioni rispecchiano evidentemente la differente struttura per età della popolazione immigrata, più giovane, e della popolazione italiana, più anziana.

Grafico 9. Distribuzione (%) di ricoveri ordinari per genere e classi di età. Italiani residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Rapportando gli accessi alla popolazione residente (tasso grezzo di ospedalizzazione) si osserva che il ricorso all'ospedalizzazione degli immigrati è inferiore a quello degli italiani (nel 2009, 115 ricoveri totali ogni 1.000 residenti immigrati vs 157 per 1.000 residenti italiani). Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la differenza permane, anche se in misura lievemente minore (88 rispetto a 117 per 1.000), ad indicare che il consumo di ricoveri in regime di *day hospital* è ancora più basso per gli immigrati.

Per gli uomini immigrati si osserva fin dal 2003 un tasso grezzo di ospedalizzazione inferiore a quello degli italiani. La differenza è inoltre aumentata nel tempo, fino ad arrivare nel 2009 a un tasso grezzo tra gli immigrati che è meno della metà di quello degli italiani (55,2 per 1.000 rispetto a 114,8 per 1.000; *Grafico 10.a*).

Per le donne immigrate si osserva invece un eccesso di ricoveri ordinari fino al 2008. Nel 2009 il divario tra i due gruppi si è annullato, registrando un valore del tasso grezzo intorno a 120 ricoveri ogni 1.000 residenti (*Grafico 10.b*). Il maggiore accesso tra le donne è dovuto alle cause ostetriche di ricovero (dati non riportati), escludendo le quali la frequenza risulta inferiore a quella delle italiane, come osservato tra gli uomini.

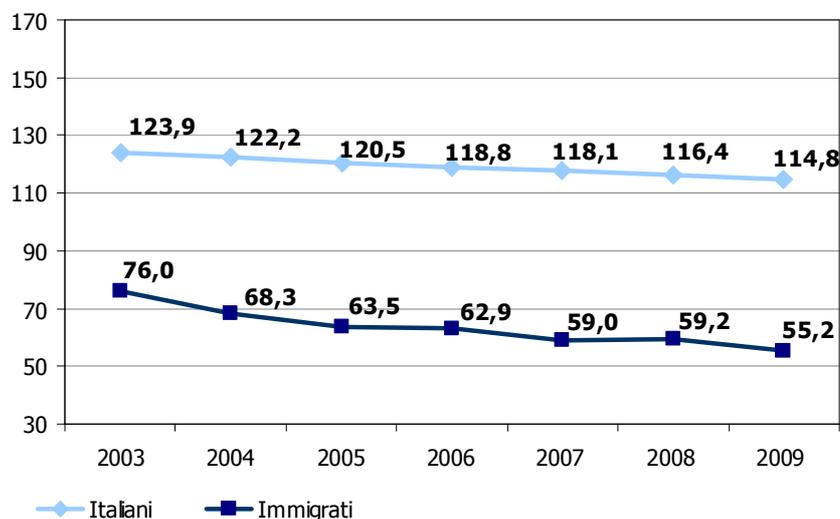
Bisogna tenere sempre presente che il tasso grezzo risente della differente struttura per età delle due popolazioni; la disponibilità in futuro di denominatori per cittadinanza distinti per età permetterà di confrontare i tassi al netto dell'età.

Nel 2009 per nessuno dei Paesi considerati il tasso grezzo di ospedalizzazione negli uomini supera quello degli italiani (*Grafico 11.a*). I marocchini che, come si è visto, registrano la maggiore quantità di ricoveri in numero assoluto, presentano un tasso leggermente superiore alla media degli immigrati. I nigeriani sono gli immigrati con maggior numero di ricoveri ogni 100 residenti, e la comunità cinese si caratterizza per una frequenza di accesso all'ospedale nettamente inferiore alla media degli immigrati.

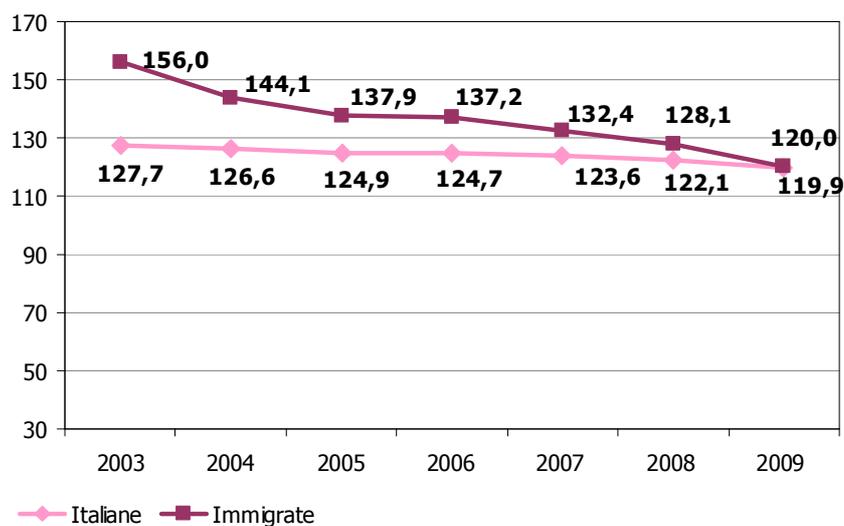
Per quanto concerne il genere femminile, le immigrate da Nigeria, Pakistan, Marocco e Tunisia si caratterizzano per un tasso di accesso nettamente superiore alla media delle immigrate e delle italiane (*Grafico 11.b*). A registrare valori particolarmente bassi sono le donne rumene, moldave, cinesi e ancor più le ucraine. Tuttavia, questi dati vanno interpretati con cautela, risentendo della differente struttura per età tra la popolazione autoctona e quella immigrata.

Grafico 10. Tasso grezzo di ospedalizzazione* (per 1.000, ricoveri ordinari) per cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2003-2009

a) uomini



b) donne



* calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

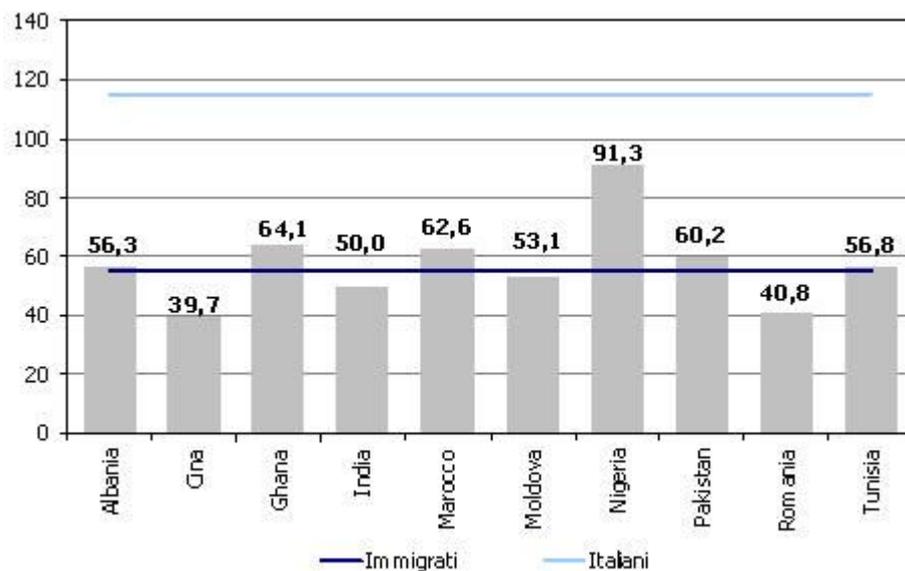
Fonti:

Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) dei residenti in Emilia-Romagna.

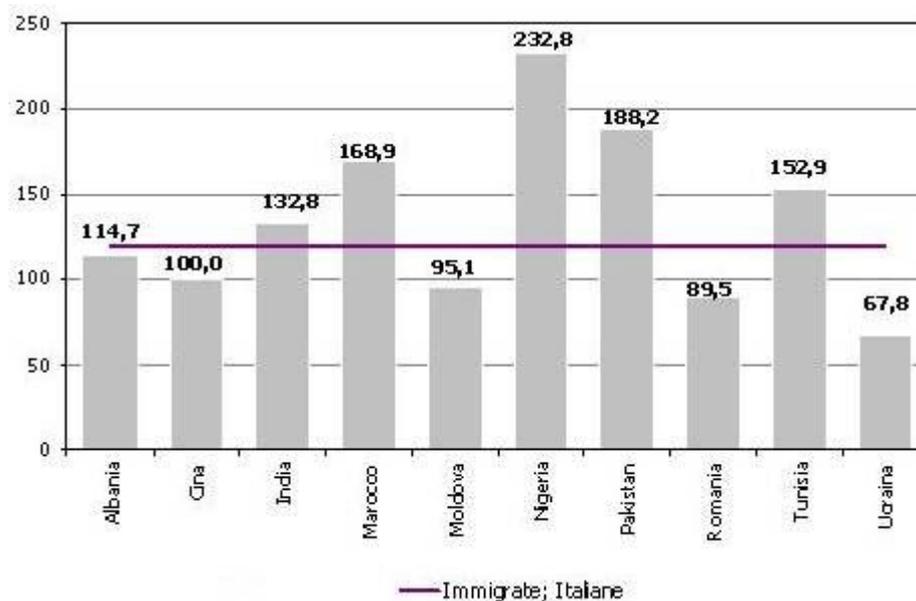
ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Grafico 11. Tasso grezzo di ospedalizzazione* (x 1.000, ricoveri ordinari) per paese di cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2003-2009

a) uomini



b) donne



* calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

Fonti:

Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) dei residenti in Emilia-Romagna.

ISTAT. Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

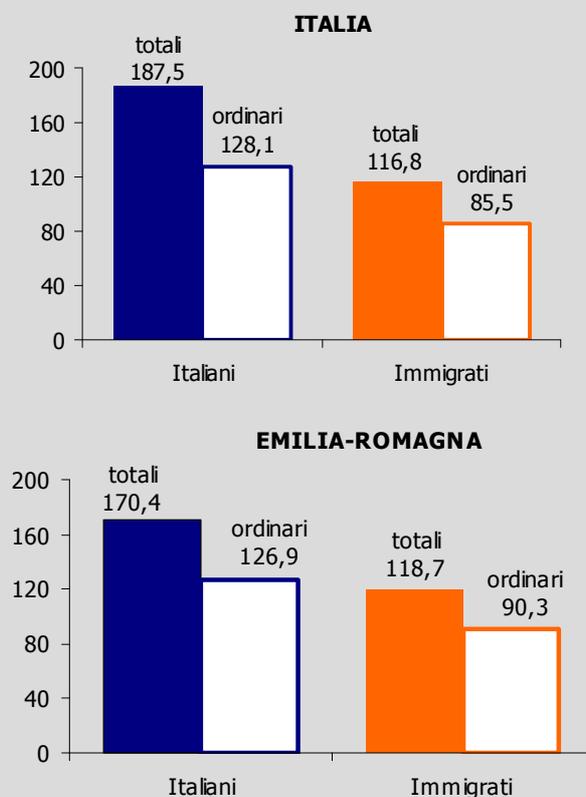
CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

Tasso grezzo di ricoveri

Anche a livello nazionale si evidenziano differenze nella distribuzione delle degenze tra le due popolazioni, che rispecchiano la diversa struttura per età degli immigrati, molto più giovani rispetto agli italiani.

In Italia nel 2008 il tasso grezzo dei ricoveri totali si è attestato a 117,0 ricoveri ogni 1.000 residenti per gli immigrati rispetto a 187,5 per 1.000 per la popolazione italiana (dati regionali: 118,7 per 1.000 vs 170,4 per 1.000). Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la differenza permane, anche se in misura minore, a significare che da parte degli immigrati c'è un utilizzo inferiore dei ricoveri in regime di *day hospital* (DH).

Grafico Tasso grezzo dei ricoveri totali e ordinari per cittadinanza. Residenti in Italia e Emilia-Romagna, anno 2008



* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera. Ministero della salute, anno 2008. Ricoveri acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani.

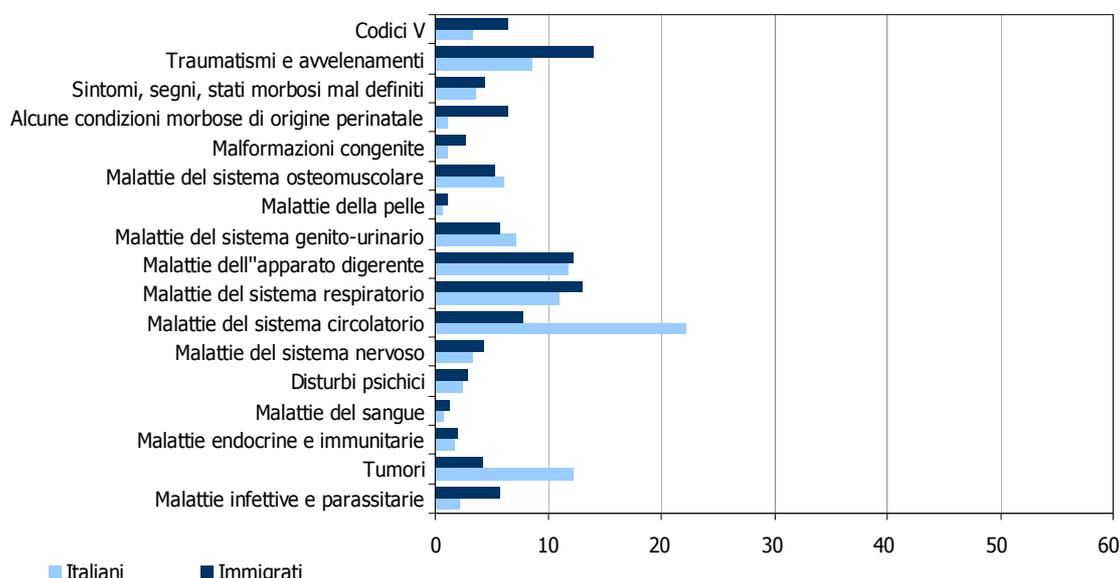
2.2. Motivi di ricovero

Dalla lettura dei grafici sulle principali cause di ricovero ospedaliero ordinario dei residenti in Emilia-Romagna (*Grafico 12*) si conferma quanto già noto in letteratura: per gli uomini immigrati i motivi più frequenti di ricovero sono rappresentati da traumatismi e avvelenamenti e per le donne immigrate dalle cause ostetriche. Queste cause, che in sostanza rappresentano motivazioni "esterne" (traumi) o fisiologiche (funzioni riproduttive) hanno un peso nettamente più elevato tra gli immigrati rispetto agli italiani, che invece si ricoverano principalmente per malattie circolatorie e, a seguire, per tumori e malattie dell'apparato digerente, nel caso degli uomini, e dove le cause ostetriche sono al secondo posto con una percentuale sensibilmente più bassa tra le immigrate.

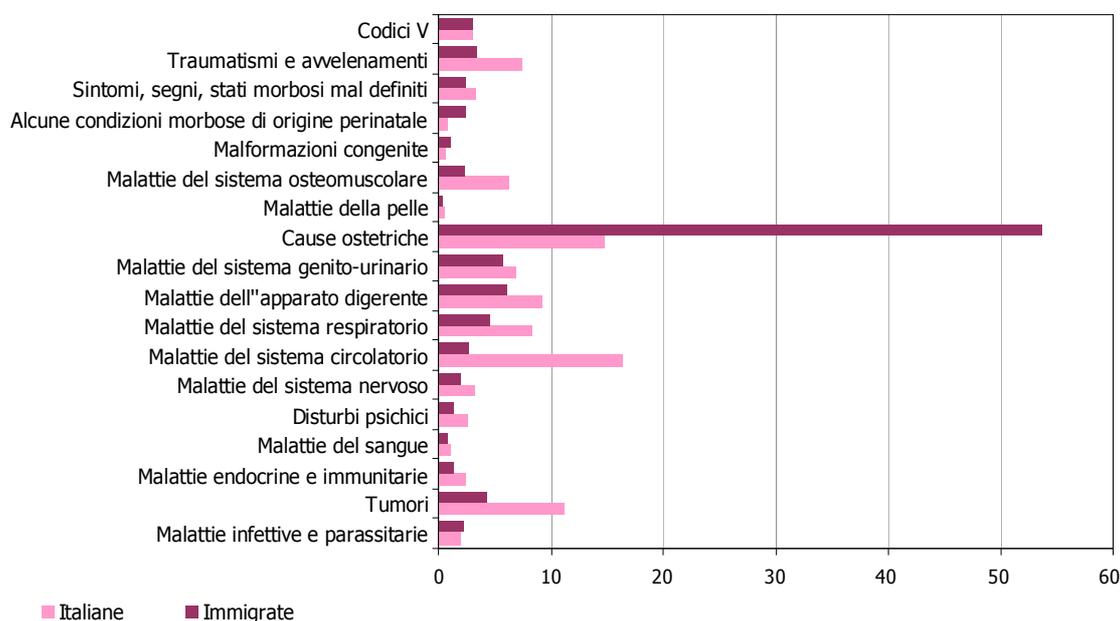
Nonostante le schede di dimissione ospedaliera non siano in grado di individuare puntualmente il dato associato agli infortuni sul lavoro, è possibile ipotizzare che sia l'ambito occupazionale a rappresentare per molti immigrati una dimensione ad alto rischio di trauma, ciò a causa dell'esposizione ad attività lavorative pericolose e scarsamente tutelate. Per gli uomini immigrati va inoltre sottolineato un peso maggiore, rispetto agli italiani, delle malattie infettive.

Grafico 12. Distribuzione (%) dei ricoveri ordinari per causa (grandi capitoli ICD IX) e per cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) uomini



b) donne



Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in Emilia-Romagna (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

2.3. Ricoveri in *day hospital* e in urgenza

Tra i residenti in Emilia-Romagna, la popolazione immigrata utilizza il *day hospital* (DH) in misura lievemente inferiore rispetto agli italiani: nel 2009 i ricoveri in DH degli immigrati sono stati 23,9 ogni 100 degenze contro i 25,4% degli italiani.

La prima causa del DH per gli italiani è la chemioterapia (DRG 410) sia per gli uomini che per le donne (*Tabella 6*); negli immigrati i DRG più frequenti sono relativi agli interventi per ernia (DRG 162) per gli uomini e per interruzione volontaria di gravidanza (DRG 381) per le donne.¹⁷

Per gli immigrati non residenti le prime due cause di DH sono l'HIV (DRG 490) per gli uomini e l'IVG per le donne.

Tabella 6. Ricoveri in regime di *day hospital* per genere, cittadinanza e residenza. Emilia-Romagna, anno 2009

Cittadinanza, residenza e genere	n. DH	% DH per genere/ tot DH	DRG più frequente	Cod. DRG	% su tot DH
Uomini italiani	71.897	45,8	chemioterapia	410	11,50
Donne italiane	85.039		chemioterapia	410	11,37
Uomini immigrati	3.157	26,8	ernia inguinale e femorale, >17 s.c.	162	5,70
Donne immigrate	8.635		IVG	381	44,60
Uomini immigrati non residenti	294	18,5	HIV	490	12,70
Donne immigrate non residenti	1.299		IVG	381	68,40

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna (italiani e immigrati) e degli immigrati non residenti.

Il minore utilizzo del ricovero in DH da parte degli uomini immigrati è costante in tutte le classi di età (*Grafico 13.a*). Ciò è probabilmente dovuto a condizioni di salute migliori, una bassa conoscenza dell'organizzazione sanitaria, differenti modelli culturali relativi all'utilizzo dell'ospedale.

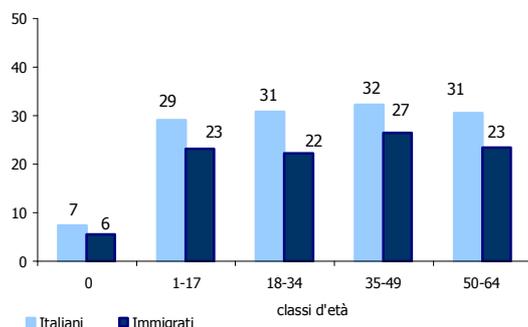
Fra le donne immigrate, nelle classi di età estreme si fa un minore uso del *day hospital* rispetto alle italiane, mentre nella classe 18-34 anni l'utilizzo è all'incirca sovrapponibile a quello delle italiane, probabilmente a causa dei ricoveri per IVG (*Grafico 13.b*).

La percentuale di ricoveri ordinari in urgenza è nettamente superiore nella popolazione immigrata rispetto a quella italiana in entrambi i generi e in tutte le fasce di età (*Grafico 14*).

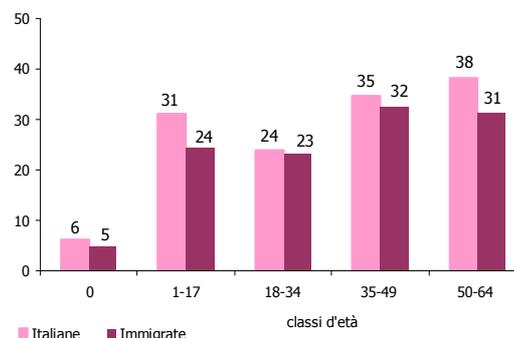
¹⁷ I primi 10 DRG per genere, cittadinanza e residenza sono in Appendice.

Grafico 13. Proporzione (%) di ricoveri in *day hospital* per età e cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) uomini



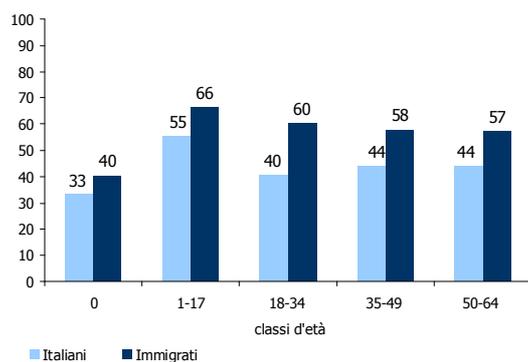
b) donne



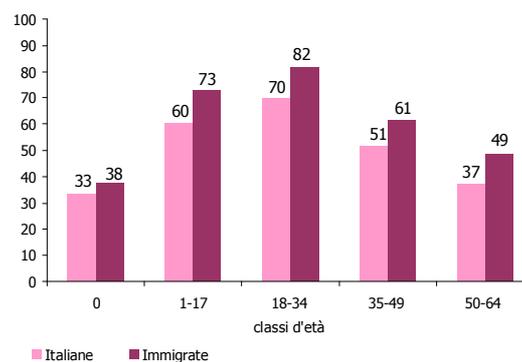
Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Grafico 14. Proporzione (%) di ricoveri ordinari in urgenza per età e cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) uomini



b) donne



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Negli anni si è verificata una continua riduzione della proporzione dei ricoveri urgenti per gli uomini immigrati, tanto che il divario tra i due gruppi sembra ridursi nel tempo, a indicare che forse è in atto un progressivo allineamento della popolazione immigrata alle modalità italiane di utilizzo del ricovero ospedaliero. Resta invece superiore al 70% la percentuale di ricoveri urgenti tra gli immigrati non residenti, nonostante anche per loro si apprezzi una diminuzione negli anni. Per le donne non si osservano invece differenze sensibili tra le immigrate: sia le residenti sia le non residenti mantengono valori di ricoveri urgenti sostanzialmente più elevati rispetto alla italiane.

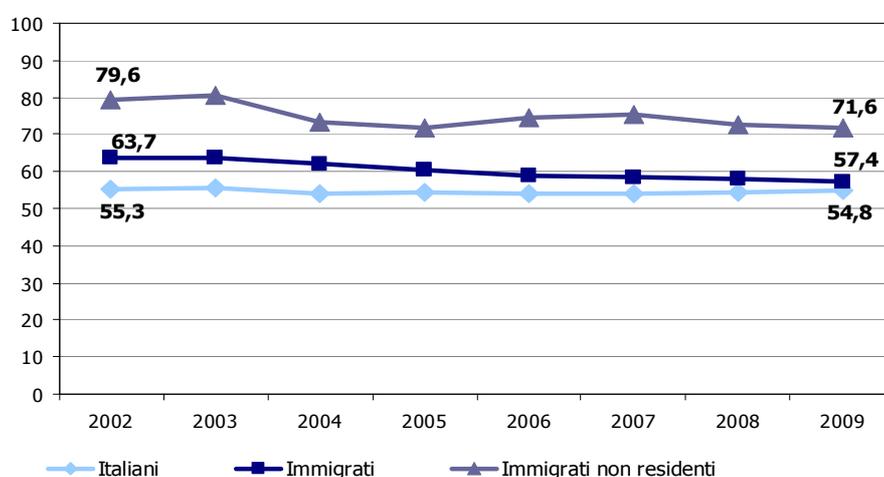
L'andamento del fenomeno è verosimilmente attribuibile a diversi fattori: una scarsa conoscenza e un altrettanto scarso utilizzo da parte degli immigrati dei servizi territoriali e

della medicina generale; è ipotizzabile una tendenza - legata a modelli culturali o a necessità - ad attendere che la malattia si manifesti in modo eclatante prima di sottoporsi a visite ed esami, oltre alla maggiore frequenza di ricoveri per eventi traumatici, ovviamente non programmabili.

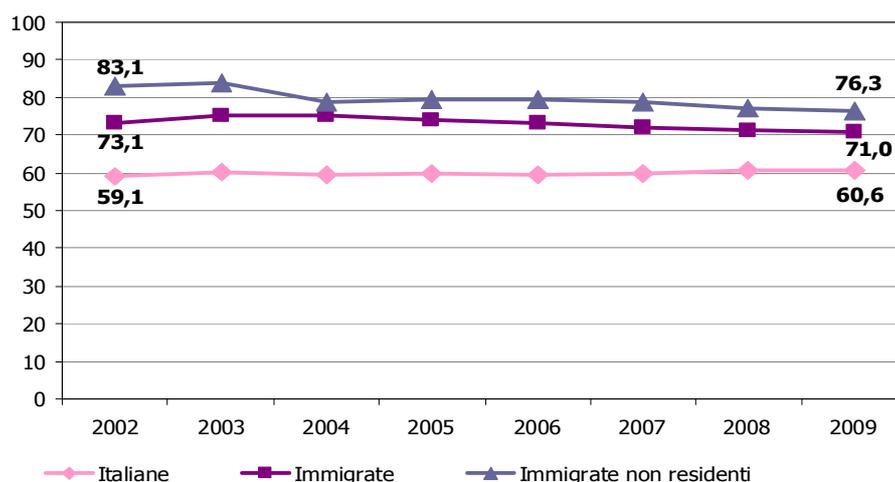
Il fenomeno è più evidente in quei gruppi, come gli immigrati non residenti, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base né per gli adulti, né per i bambini. Ne deriva che il Pronto soccorso (e di conseguenza la struttura ospedaliera) diventa l'unica via di accesso alle cure di cui hanno bisogno e all'assistenza cui hanno diritto.

Grafico 15. Proporzione (%) di ricoveri ordinari in urgenza per cittadinanza e residenza. Emilia-Romagna, anni 2002-2009

a) uomini



b) donne



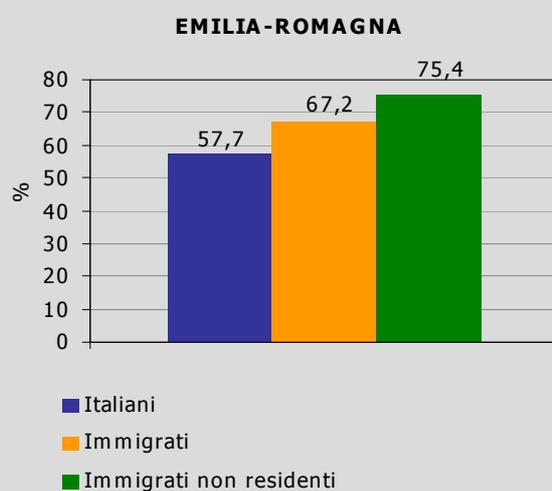
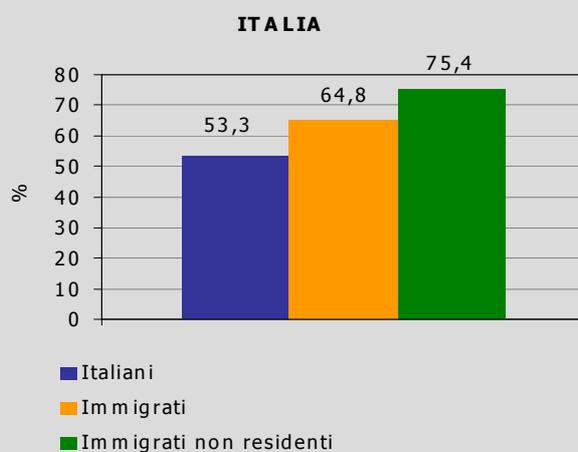
Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna (italiani e immigrati) e degli immigrati non residenti.

CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

Motivi di ricovero e ricoveri in urgenza

La popolazione immigrata in Italia e in Emilia-Romagna utilizza principalmente i servizi sanitari per eventi fisiologici, come il parto, o dovuti a una mancanza di interventi di prevenzione, come gli infortuni sul lavoro (dati in linea con ciò che succede in Emilia-Romagna). La frequenza dei ricoveri ordinari che avvengono con modalità in urgenza risulta, in Emilia-Romagna come anche a livello nazionale, nettamente superiore tra la popolazione immigrata, soprattutto fra i non residenti, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base.

Grafico Proporzioni di ricoveri ordinari in urgenza per cittadinanza. Residenti in Italia e Emilia-Romagna,** anno 2008



* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera. Ministero della salute, anno 2008. Ricoveri acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani.

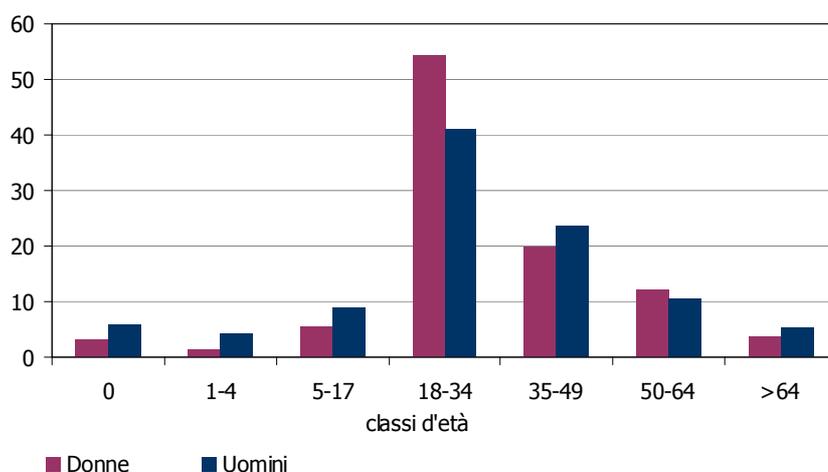
** Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera.

2.4. Il ricovero degli immigrati non residenti

Nelle pagine precedenti sono state sommariamente descritte alcune caratteristiche dei ricoveri degli immigrati non residenti (ossia ancora residenti nei Paesi di origine o in altri Paesi a forte pressione migratoria). Si aggiungono qui ulteriori informazioni relative alle loro età al ricovero e alle nazionalità maggiormente rappresentate.

L'età al ricovero è compresa tra 18 e 49 anni in quasi il 74% dei casi, con una percentuale maggiore della fascia 18-34 nelle donne (*Grafico 16*).

Grafico 16. Distribuzione (%) di ricoveri ordinari avvenuti in Emilia-Romagna per genere e classi di età. Immigrati non residenti, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

Tra le donne immigrate non residenti è netta la prevalenza dall'Europa dell'Est, mentre tra gli uomini prevalgono i cittadini marocchini, ma con minore distacco rispetto agli altri paesi di cittadinanza. Nel caso della Romania va considerato il suo ingresso nell'Unione europea e il contemporaneo recepimento, nel 2007, della direttiva europea su libera circolazione e soggiorno nel territorio degli stati membri dei cittadini comunitari,¹⁸ che non sono più tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno.

¹⁸ DLgs 30/2007 "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri" del 6 febbraio 2007.

Tabella 7. Numero e proporzione (%) dei ricoveri totali avvenuti in Emilia-Romagna per genere e paese di cittadinanza. Immigrati non residenti, periodo 2008-2009

Cittadinanza	Donne		Uomini		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Romania	1.338	15,7	621	14,1	1.959	15,2
Moldova	1.412	16,5	282	6,4	1.694	13,1
Marocco	711	8,3	636	14,5	1.347	10,4
Albania	613	7,2	459	10,4	1.072	8,3
Ucraina	855	10,0	155	3,5	1.010	7,8
Cina	630	7,4	166	3,8	796	6,2
Nigeria	588	6,9	139	3,2	727	5,6
Tunisia	96	1,1	253	5,8	349	2,7
Polonia	213	2,5	77	1,8	290	2,2
Brasile	152	1,8	124	2,8	276	2,1
Altro	1.928	22,6	1482	33,7	3.410	26,4
<i>Totale</i>	<i>8.536</i>	<i>100,0</i>	<i>4394</i>	<i>100,0</i>	<i>12.930</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

2.5. Alcuni dati di volume

Ad integrazione dei dati riportati a inizio capitolo sull'accesso all'ospedale da parte della popolazione residente in Emilia-Romagna, di seguito si riportano alcuni dati di volume dei ricoveri erogati in regione, indipendentemente dalla residenza dei ricoverati.

La proporzione dei ricoveri effettuati in Emilia-Romagna a carico degli immigrati è cresciuta nel tempo, in linea con il loro andamento demografico (*Grafico 17*); se nel 2002 la proporzione era intorno al 2,9% del totale dei ricoveri, l'ultimo dato del 2009 si attesta quasi al 7%, corrispondente a 52.795 ricoveri sul totale di 779.439 (*Tabella 8*). Sostanzialmente stabile e costantemente al di sotto dell'1% è la proporzione di ricoveri a carico dei pazienti immigrati non residenti.

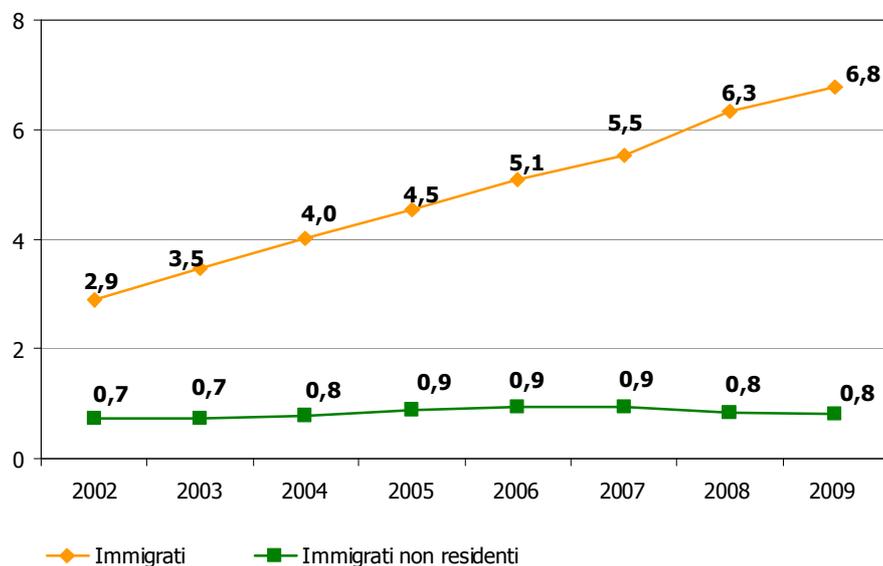
Tabella 8. Numero e proporzione (%) di ricoveri ordinari, in urgenza e in day hospital (DH), per cittadinanza e residenza. Emilia-Romagna, anni 2002 e 2009

Ricoveri	2002			2009			Totale	
	Italiani	Immigrati	Imm. non residenti	Italiani	Immigrati	Imm. non residenti	2002	2009
	N	N (%*)	N (%*)	N	N (%*)	N (%*)	N	N
Ordinari	565.150	18.469 (3,1)	4.617 (0,8)	538.778	40.132 (6,9)	4.720 (0,8)	588.236	583.630
di cui in urgenza	303.877	12.705 (4,0)	3.774 (1,2)	284.303	26.319 (8,4)	3.514 (1,1)	320.356	314.136
DH	237.786	5.659 (2,3)	1.500 (0,6)	181.553	12.663 (6,5)	1.593 (0,8)	244.945	195.809
Totali	802.936	24.128 (2,9)	6.117 (0,7)	720.331	52.795 (6,8)	6.313 (0,8)	833.181	779.439

* % di riga

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna (italiani e immigrati) e degli immigrati non residenti.

Grafico 17. Proporzione (%) di ricoveri degli immigrati sul totale dei ricoveri avvenuti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

2.6. Una stima della spesa dei ricoveri

I ricoveri rappresentano una delle voci di spesa più consistenti dell'assistenza sanitaria (in Italia e in Emilia-Romagna rispettivamente il 47,5% e il 42,7% sul totale complessivo di spesa sanitaria, riferiti all'anno 2006).¹⁹

Dai dati fin qui presentati si è visto che la popolazione immigrata accede al ricovero ospedaliero meno frequentemente rispetto agli italiani; un ulteriore quesito può riguardare il peso economico dei loro ricoveri. Con un approfondimento sui dati nazionali e regionali relativi al 2007,²⁰ si è proceduto a stimare il peso medio DRG²¹ e i costi dei ricoveri, applicando la valorizzazione che viene usata dalle Regioni per il reciproco rimborso dei ricoveri effettuati fuori dalla regione di residenza, la TUC (Tariffa unica convenzionata, anno 2007).

In Tabella 9 l'analisi del peso medio indica che, sia in Emilia-Romagna sia a livello nazionale, in media i ricoveri più onerosi sono effettuati dalla popolazione italiana, in quanto il fattore età è quello che determina i maggiori bisogni.

Si può ipotizzare che il maggiore valore riscontrato negli immigrati non residenti rispetto agli immigrati residenti (popolazioni con età medie simili) sia in parte spiegato da una maggiore gravità della malattia con cui arrivano al ricovero, possibile conseguenza di un mancato utilizzo della medicina di base oltre che di visite tardive rispetto alla manifestazione della malattia stessa.

La tabella inoltre mostra che la percentuale dei valori è lievemente inferiore alla percentuale dei volumi dei ricoveri; nel 2007 in Emilia-Romagna i ricoveri degli immigrati pesavano il 5,8% sul totale dei ricoveri e il valore corrispondente di costo era del 4,2%. Gli omologhi valori a livello nazionale (3,5% vs 2,8%) rispecchiano la presenza media della popolazione immigrata sul territorio e sono espressione della presenza più numerosa degli immigrati in Emilia-Romagna.

¹⁹ Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, anni 2005-2006. Ministero della salute.

²⁰ Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

²¹ Il peso DRG fornisce una misura del consumo medio di risorse associato ai ricoveri afferenti a ciascun DRG: maggiore è il peso, più elevato risulta il carico assistenziale della corrispondente casistica.

Tabella 9. Valore e peso medio* dei ricoveri** per cittadinanza, Emilia-Romagna, Italia, anno 2007

Emilia-Romagna				
	% ricoveri sul totale	valore in migliaia di Euro ***	percentuale sul totale	peso medio
Italiani	93,2	1.843.010	94,9	1,12
Immigrati	5,8	80.796	4,2	0,9
Immigrati non residenti	1,0	16.658	0,9	1,0
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>1.940.464</i>	<i>100,0</i>	

Italia				
	% ricoveri sul totale	valore in migliaia di Euro ***	percentuale sul totale	peso medio
Italiani	95,9	25.685.818	96,6	1,0
Immigrati	3,5	749.520	2,8	0,8
Immigrati non residenti	0,6	155.707	0,6	0,9
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>	<i>26.591.044</i>	<i>100,0</i>	

* pesi CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) versione 19.

** ricoveri acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani.

*** TUC (tariffa unica convenzionata) 2007.

3. La salute degli immigrati: qualche approfondimento

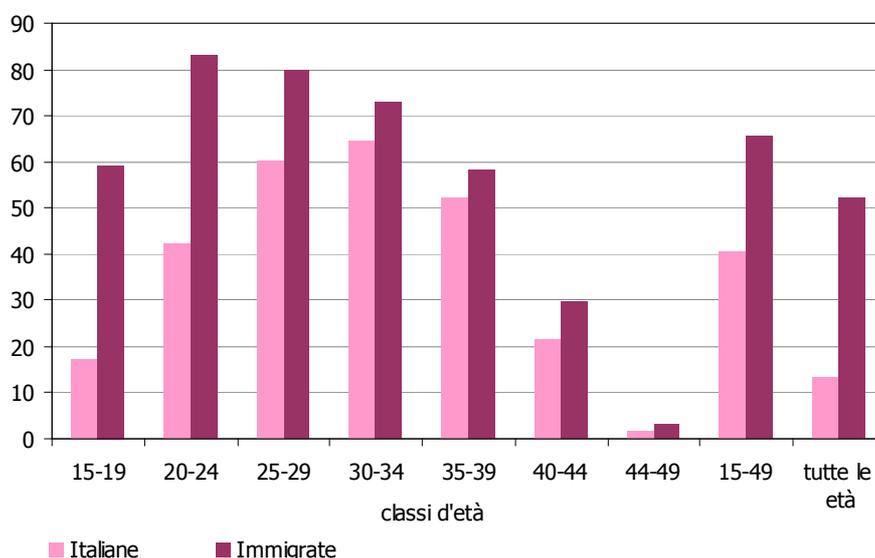
3.1. Donne e bambini

Eventi ostetrici

I ricoveri ostetrici costituiscono, come già visto nel precedente capitolo, il principale motivo di accesso agli ospedali nella popolazione femminile immigrata (nel 2009 hanno raggiunto circa il 52% dei ricoveri effettuati dalle immigrate), diversamente dalle donne italiane per le quali il ricorso è molto meno frequente (poco più del 10%). Questa grande differenza (*Grafico 18*) è spiegata in parte dall'età più giovane delle immigrate e dal differente comportamento riproduttivo.

Dalla lettura del Grafico 18 emerge che la maggiore differenza nella frequenza di accessi tra le due popolazioni si concentra nelle classi più giovani (dai 15 ai 24 anni), mentre diminuisce nelle fasce di età 25-49 anni.

Grafico 18. Proporzione (%) di ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri delle donne in età feconda (15-49 anni) e in tutte le età, per classe di età e cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

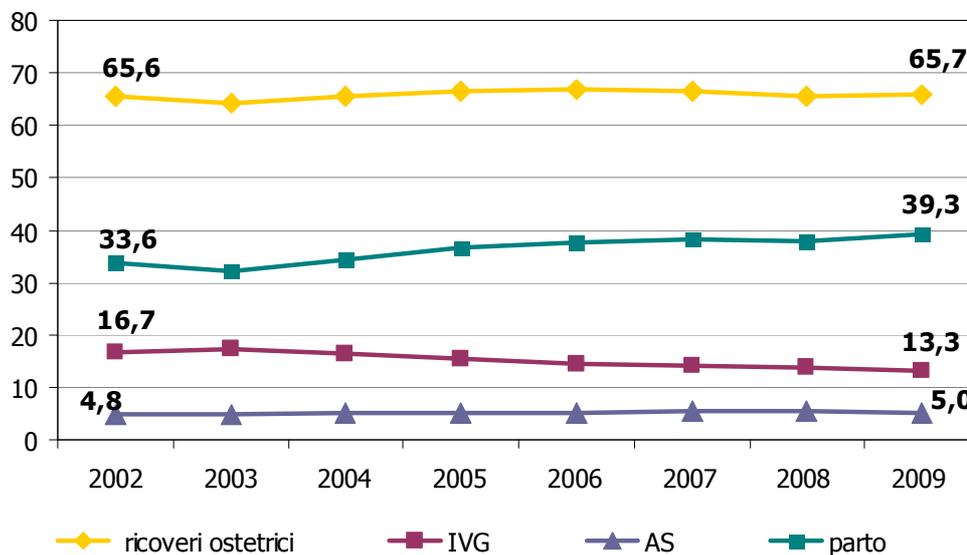
Di seguito vengono esaminati più in dettaglio gli eventi che compongono questo gruppo di ricoveri: parti, interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), aborti spontanei.

I dati per descrivere questo quadro provengono da più fonti: le schede di dimissione ospedaliera (SDO), il certificato di assistenza al parto (CEDAP) e la banca dati delle IVG. Queste ultime due fonti rappresentano strumenti preziosi anche per acquisire informazioni socio-economiche relative alle donne in gravidanza, e per conoscere l'uso che esse fanno dei servizi sanitari.

Nel periodo 2002-2009 la quota dei ricoveri ostetrici, relativamente ai ricoveri totali, è rimasta pressoché stabile (*Grafico 19*) intorno al 66%, nonostante l'incremento dei parti, che nel 2002 rappresentavano il 33,6% dei ricoveri e nel 2009 hanno raggiunto il 39,3%. È rimasta sostanzialmente stabile la percentuale di ricoveri per aborti spontanei (AS; 5%) ed è diminuita la percentuale di IVG, passata da 16,7% a 13,3% nel 2009.

Più della metà dei ricoveri ostetrici effettuati da donne italiane è legata ai parti (nel 2009: 65,3%). Tale proporzione risulta inferiore nelle immigrate residenti e ancora più nelle non residenti per le quali infatti i parti rappresentano il 39,0% dei ricoveri ostetrici. Viceversa la proporzione dei ricoveri per IVG è superiore nelle donne immigrate rispetto alle italiane: quasi doppia nelle immigrate residenti e tripla nelle non residenti (*Tabella 10*).

Grafico 19. Proporzione (%) di ricoveri ostetrici per causa sul totale dei ricoveri in età fertile (15-49 anni). Donne immigrate residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

Tabella 10. Numero e proporzione (%) dei ricoveri ostetrici per causa in età fertile (15-49 anni). Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Cause di ricovero	Italiane		Immigrate		Immigrate non residenti	
	N.	%	N.	%	N.	%
parti	28.174	65,3	10.714	59,8	846	39,0
IVG	5.371	12,4	3.618	20,2	862	39,8
AS	4.428	10,3	1.374	7,7	207	9,6
altro	5.198	12,0	2.207	12,3	252	11,6
<i>Tot. cause ostetriche</i>	<i>43.171</i>	<i>100,0</i>	<i>17.913</i>	<i>100,0</i>	<i>2.167</i>	<i>100,0</i>

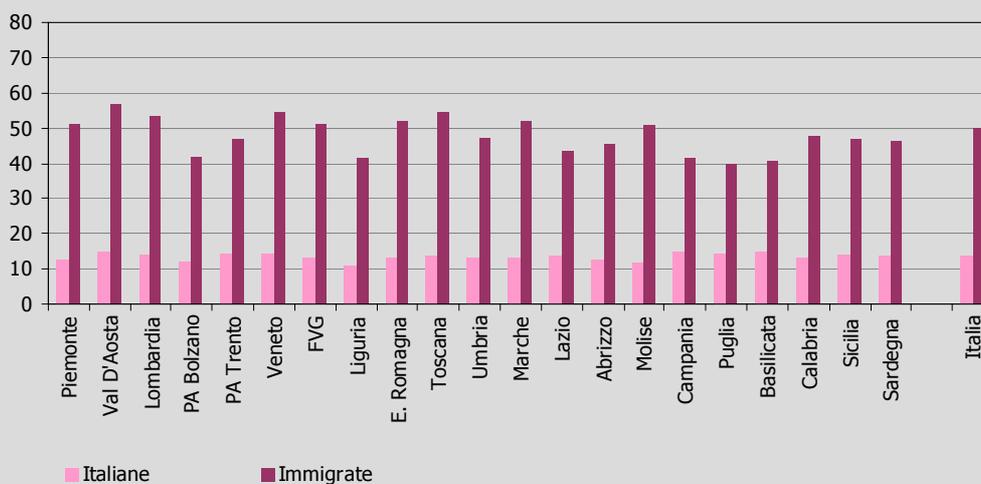
Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

I ricoveri ostetrici

Anche in Italia si è assistito a un progressivo aumento della popolazione immigrata femminile. Nel 2008, per la prima volta, la proporzione di donne ha superato quella degli uomini, con una forte tendenza alla stabilizzazione. Si tratta di donne giovani che usano i servizi sanitari principalmente per motivi legati alla salute sessuale e riproduttiva. Nel 2008 in tutte le regioni la percentuale di ricoveri delle donne sul totale dei ricoveri degli immigrati si è attestata al di sopra del 60% (con un dato medio nazionale del 68%), mentre le donne italiane ricorrono all'ospedalizzazione in percentuale minore (in media: 53% dei ricoveri). La differenza è legata ai ricoveri di natura ostetrica che sono intorno al 50% per le immigrate e al 13% per le italiane (grafico sottostante).

Grafico Proporzioni (%) di ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri delle donne, per cittadinanza e regione di residenza. Italia, anno 2008



(continua)

In Italia, così come in Emilia-Romagna, più della metà dei ricoveri ostetrici nelle italiane è legata ai parti (61,7% in Italia, 65,7% in Emilia-Romagna): ciò è vero anche per le donne immigrate, anche se in percentuale decisamente minore (56,1% in Italia, 57,7% in Emilia-Romagna), ma non altrettanto per le immigrate non residenti (37% e 36%).

Viceversa, il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza risulta superiore nelle donne immigrate rispetto alle italiane: circa il doppio nelle residenti e triplo nelle non residenti. In Emilia-Romagna la quota di IVG sugli accessi ostetrici a carico di queste ultime appare superiore al dato nazionale (43,5% vs 37,5%).

Tabella Numero e proporzione (%) dei ricoveri ostetrici per causa delle donne residenti in età fertile (15-49 anni) per cittadinanza, Italia e Emilia-Romagna,** anno 2008

Italia cause di ricovero	Italiane		Immigrate		Immigrate non residenti	
	N	%	N	%	N	%
Parti	470.276	61,7	81.018	56,1	8.389	37,0
IVG	85.790	11,3	29.442	20,3	8.484	37,5
AS	72.600	9,5	11.919	8,2	2.533	11,2
altro	133.250	17,5	22.358	15,4	3.249	14,3
<i>tot. cause ostetriche</i>	<i>761.916</i>	<i>100,0</i>	<i>144.737</i>	<i>100,0</i>	<i>22.655</i>	<i>100,0</i>

Emilia-Romagna cause di ricovero	Italiane		Immigrate		Immigrate non residenti	
	N	%	N	%	N	%
Parti	28.903	65,7	9.738	57,8	862	36,0
IVG	5.551	12,6	3.584	21,2	1.040	43,5
AS	4.282	9,7	1.388	8,2	197	8,2
Altro	5.271	12,0	2.166	12,8	294	12,3
<i>tot. cause ostetriche</i>	<i>44.007</i>	<i>100,0</i>	<i>16.876</i>	<i>100,0</i>	<i>2.393</i>	<i>100,0</i>

* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera. Ministero del lavoro, anno 2008. Ricoveri acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani.

** Ricoveri avvenuti in Emilia-Romagna (acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

Fonte: SDO - schede di dimissione ospedaliera. Sistema informativo sanità e politiche sociali.

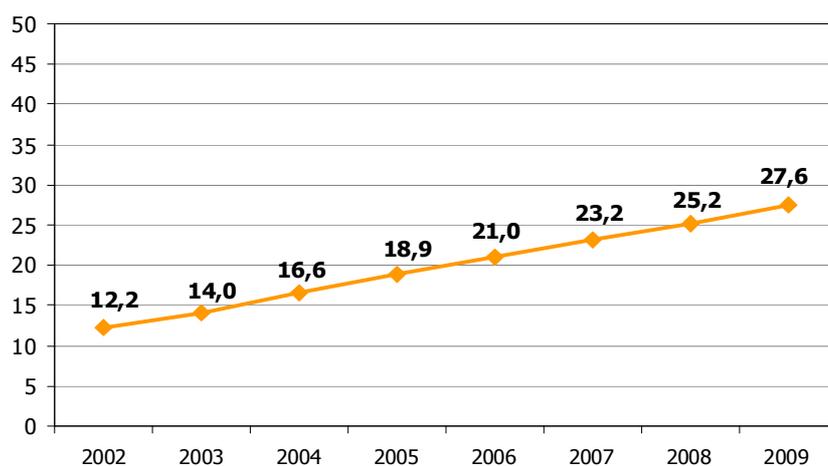
Gravidanze portate a termine: parti

Negli anni osservati la proporzione di parti a carico delle donne immigrate risulta in costante aumento (nel giro di otto anni si è pressoché duplicato) rappresentando nel 2009 quasi il 28% dei ricoveri totali per parto (*Grafico 20*). I ricoveri per parto delle residenti italiane nel periodo osservato si sono invece mantenuti costanti, attestandosi intorno a 28.000 parti per anno.

L'età media al momento del parto è inferiore tra le immigrate rispetto alle italiane, ciò a causa della differente composizione per età e del differente comportamento riproduttivo dei due gruppi di popolazioni. Dal *Grafico 21* risulta chiaro come le curve delle immigrate siano spostate verso le classi più giovani, in modo più accentuato per le non residenti.

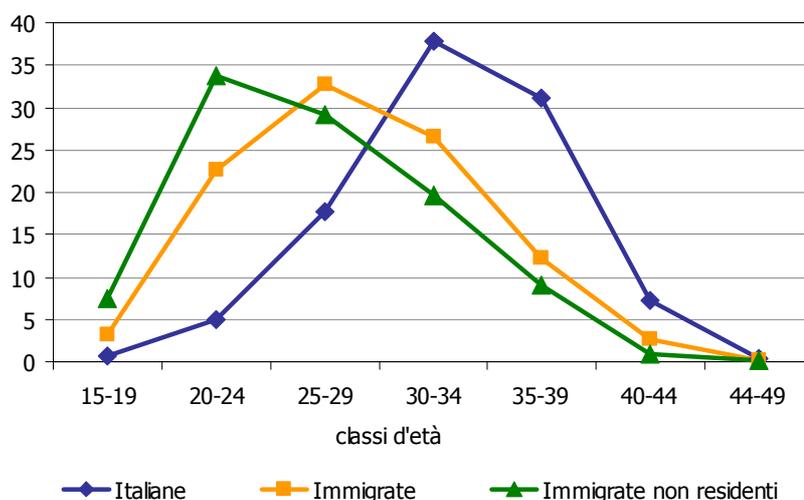
Le condizioni socio-economiche delle partorienti, così come rappresentate dalla scolarità e dalla condizione professionale, appaiono nettamente peggiori nelle donne immigrate rispetto alle italiane (*Tabella 11*). Le immigrate, soprattutto le non residenti, hanno una scolarità nettamente più bassa e si trovano in gran parte in condizione non lavorativa, con una netta prevalenza di casalinghe (situazione speculare a quella delle italiane).

Grafico 20. Proporzioni (%) di parti delle immigrate sui parti totali. Donne residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

Grafico 21. Distribuzione (%) dei parti in età fertile (15-49 anni) per classe d'età, distinta per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Tabella 11. Caratteristiche anagrafiche e socio-economiche delle partorienti. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Indicatori		Italiane	Immigrate	Immigrate non residenti
Età media (DS)		32,7 (5,0)	28,6 (5,5)	26,8 (5,4)
Scolarità media % *		68,7	78,8	76,2
Scolarità bassa % *		0,9	10,2	13,6
Stato civile % **	Coniugate	63,8	84,0	67,3
	Nubili	33,2	14,6	30,2
Condizione professionale %	Occupate	77,4	32,4	15,6
	Disoccupate	3,4	4,2	9,3
	Casalinghe	10,8	55,8	64,8

* Esclusa l'Azienda USL di Rimini
 Scolarità media: titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore).
 Scolarità bassa: titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare.

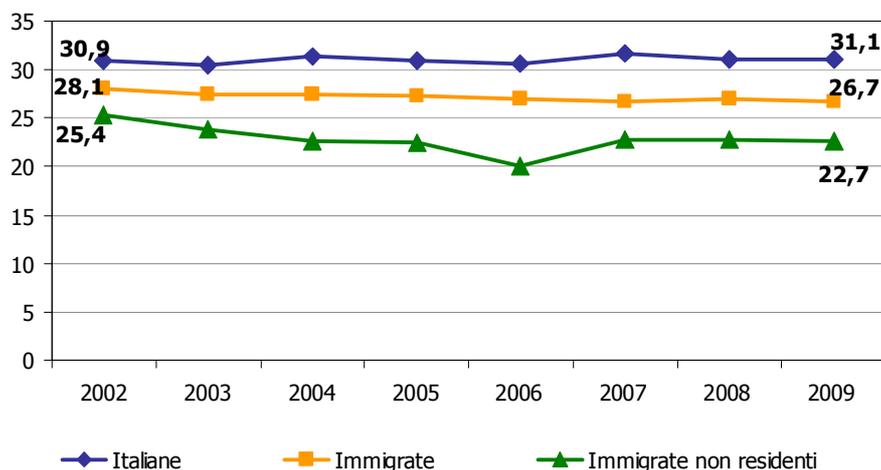
** Esclusi i non dichiarati.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione da parte delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Tra le immigrate la proporzione di parti cesarei è inferiore rispetto a quella osservata per le italiane (*Grafico 22*). Il minore utilizzo del taglio cesareo può essere spiegato dalla minore età media delle partorienti immigrate e da specifici fattori culturali, che potrebbero costituire una sorta di protezione contro la forte medicalizzazione del parto presente in Italia. A conferma di questa seconda ipotesi, il *Grafico 23* mostra che il ricorso al parto cesareo in urgenza è costantemente più frequente nelle donne immigrate. Questo dato è confermato anche dai Rapporti Nascita regionali CEDAP (DGSPS, 2010).

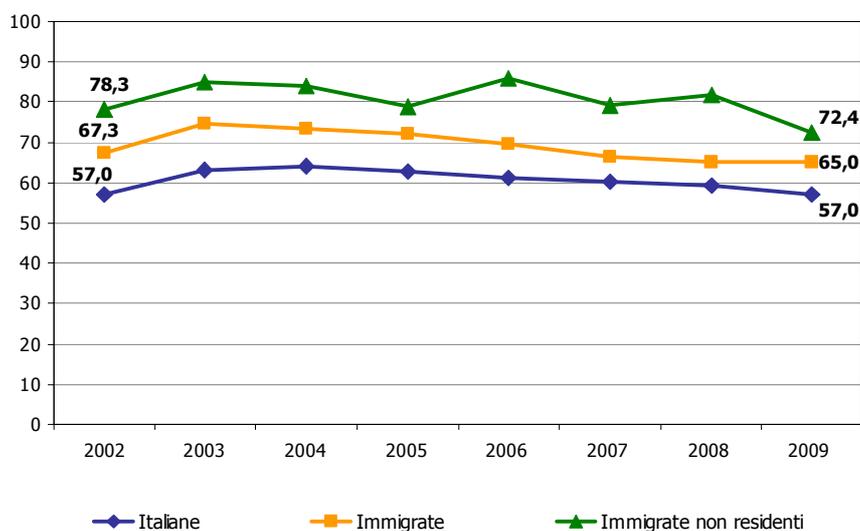
Da un approfondimento condotto con i dati del flusso CEDAP per il quinquennio 2005-2009, sono state confrontate le probabilità di effettuare un parto con taglio cesareo nei due gruppi di popolazione, tenendo conto dell'età, della condizione occupazionale e della scolarità delle partorienti. Anche al netto di questi fattori, il ricorso al parto cesareo è risultato significativamente inferiore tra le immigrate (*Tabella 12*).

Grafico 22. Proporzioni (%) di parti con taglio cesareo per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Grafico 23. Proporzione (%) di parti cesarei in urgenza per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Tabella 12. Frequenza (%), stima dell'OR e intervalli di confidenza al 95% di parti cesarei per cittadinanza materna; partorienti residenti in Emilia-Romagna, periodo 2005-2009

Nazionalità	Frequenza cesarei (%)	OR* (IC 95%)	Totale parti
Italiane	29,9	1	141.345
Immigrate	26,0	0,91 (0,88-0,94)	41.096

* Odds Ratio calcolato rispetto alle donne con cittadinanza italiana, aggiustato per età, condizione occupazionale e scolarità.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

Come evidenziato in Tabella 13, il comportamento non è identico tra le diverse nazionalità: alcune sottopopolazioni di donne immigrate presentano una proporzione maggiore di parti con taglio cesareo rispetto alle italiane. In particolare, nel 2009 le frequenze superiori si osservano tra le donne nate in alcuni paesi dell'Africa sub-sahariana (Camerun, Nigeria, Costa d'Avorio, Ghana, Senegal) e dell'Asia (Bangladesh, Sri Lanka).

In linea con il dato delle italiane, una quota elevata si registra anche tra le donne provenienti dal Brasile (che a livello internazionale si "contende" con l'Italia il primato per l'elevato tasso di cesarei). Per le donne del Nord Africa e dell'Est Europa la frequenza di

parti cesarei appare costantemente inferiore a quella delle italiane. Questo è vero anche per le donne cinesi: nella loro cultura infatti il parto non per via vaginale rappresenta una modalità patologica di dare alla luce un bambino, quindi da evitare il più possibile.

Tabella 13. Numero di parti e proporzione (%) di tagli cesarei per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Cittadinanza *	parti	% parti cesarei
Camerun	64	50,0
Nigeria	384	47,9
Costa d'Avorio	62	43,5
Bangladesh	218	42,2
Sri Lanka	128	42,2
Ghana	273	40,3
Cuba	65	38,5
Senegal	160	36,3
Perù	75	34,7
Repubblica Dominicana	52	34,6
Burkina Faso	64	34,4
Ecuador	82	32,9
Filippine	158	32,3
Brasile	94	30,9
Tunisia	634	27,9
Pakistan	387	26,6
Egitto	93	25,8
Marocco	2.322	24,8
India	407	23,3
Ucraina	259	22,8
Romania	1.011	22,6
Polonia	238	22,3
Macedonia	159	22,0
Moldova	419	21,7
Albania	1.290	21,6
Turchia	107	21,5
Serbia	118	21,2
Algeria	110	20,0
Russia	82	18,3
Cina	547	18,1
<i>Paesi a forte pressione immigratoria</i>	<i>10.715</i>	<i>26,7</i>
<i>Italia e Paesi a sviluppo avanzato</i>	<i>28.179</i>	<i>31,1</i>

* Sono state selezionate le nazionalità con almeno 50 parti.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

Assistenza in gravidanza

La salute materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la quale si sottolinea l'importanza dell'accessibilità ai servizi socio-sanitari; è comunque spesso condizionata dal grado con cui le informazioni riescono a raggiungere gli stranieri e dalla qualità della relazione tra operatori sanitari e utenti.

Con riferimento a tutti i parti avvenuti in regione nel 2009, gli indicatori di monitoraggio dell'assistenza in gravidanza segnalano situazioni decisamente peggiori per le donne immigrate non residenti, e intermedie per le immigrate (*Tabella 14*).

Per quanto riguarda le visite ostetriche si evidenzia un netto gradiente tra le diverse popolazioni nella percentuale di parti di donne che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza (valore soglia proposto dall'Organizzazione mondiale della sanità all'interno di un modello di assistenza in gravidanza; WHO, 2006): a fronte del 2,2% per le partorienti italiane, le percentuali per le immigrate e per le immigrate non residenti sono rispettivamente 7,9% e 14,8%. Tuttavia nel periodo 2005-2009, per le donne immigrate si riscontra un forte miglioramento (*Grafico 24*).

La distribuzione delle partorienti per numero di visite effettuate in gravidanza è diversa tra le italiane e le immigrate, come mostrato in Grafico 25.

Tabella 14. Assistenza in gravidanza e struttura utilizzata, per cittadinanza delle partorienti, numero e proporzione (%) di parti avvenuti in Emilia-Romagna, anno 2009

Indicatori	Italiane	Immigrate	Immigrate non resid. *	
Numero parti	30.316	10.369	1.046	
<4 visite in gravidanza %	2,2	7,9	14,8	
Età gest. alla 1ª visita ≥12 sett. %	9,1	26,3	34,1	
<3 ecografie in gravidanza % **	1,4	9,6	18,2	
Indagini prenatali invasive % ***	almeno una ≤35 anni	20,7	3,7	2,6
	almeno una >35 anni	58,8	22,2	15,3
Struttura prevalentemente utilizzata %	Privato	75,1	17,2	11,2
	Consultorio pubblico	20,3	71,9	73,0
	Ospedale pubblico	4,6	10,7	14,7
	Nessuno	0,0	0,2	1,1

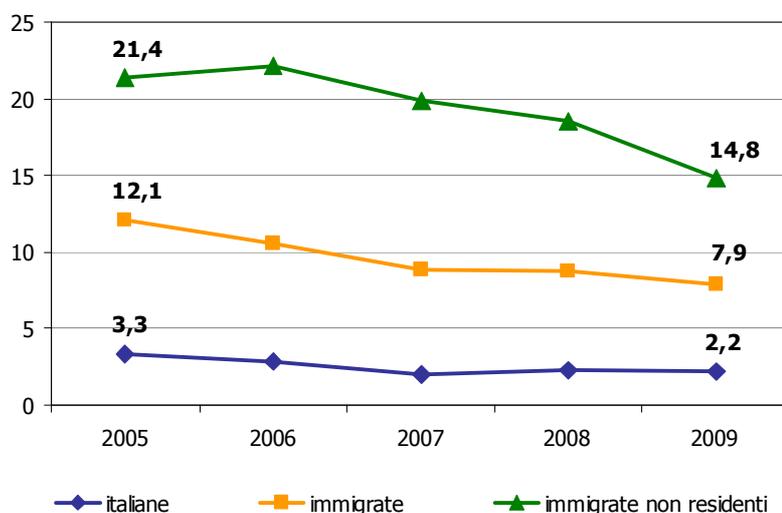
* Numero dati mancanti per residenza = 21.

** Esclusa l'Azienda USL di Rimini.

*** Almeno un esame tra: amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi.

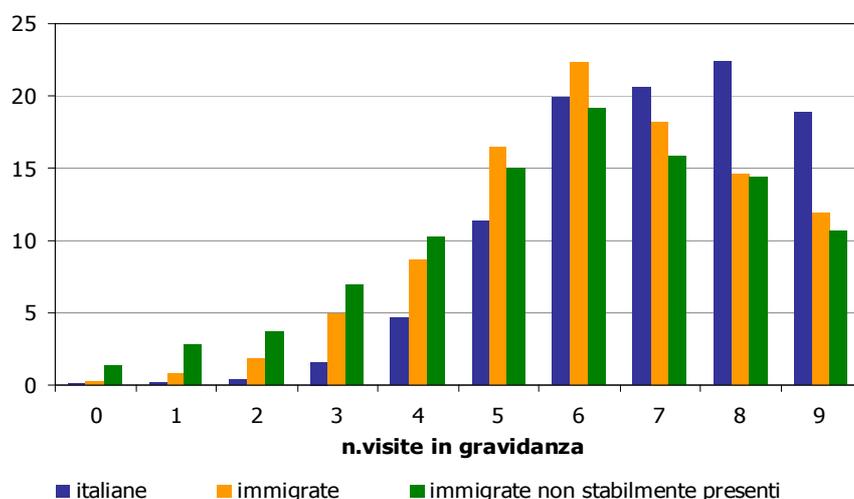
Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

Grafico 24. Percentuale di donne che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza. Parti avvenuti in regione, anni 2005-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

Grafico 25. Distribuzione (%) del numero di visite in gravidanza per cittadinanza. Parti avvenuti in regione, anno 2009

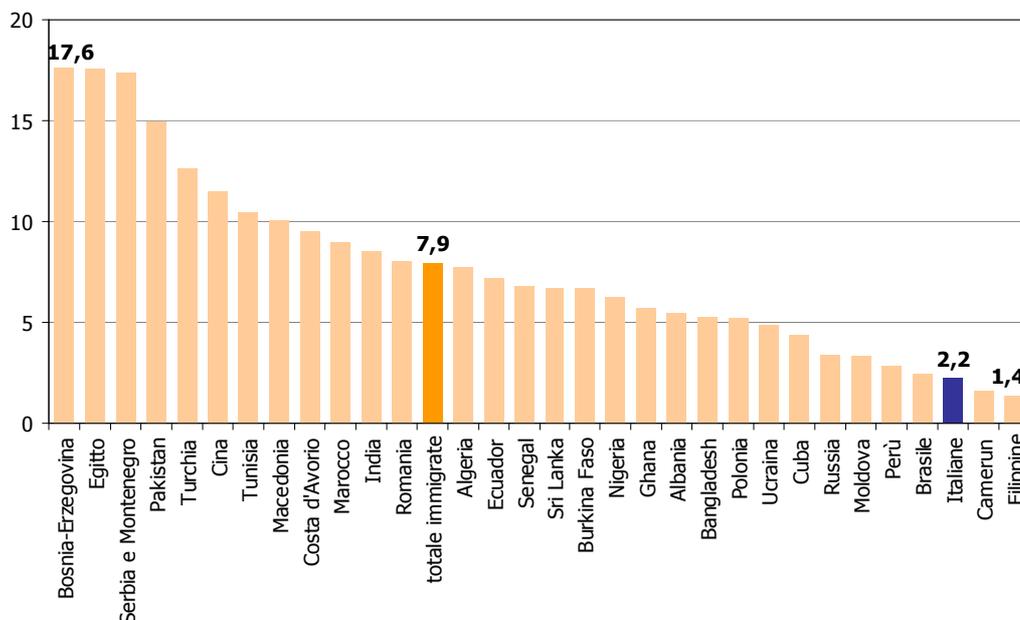


Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

Il comportamento non è omogeneo tra le partorienti di nazionalità diverse (*Grafico 26*). Le donne di alcuni Paesi dell'Est Europa (Bosnia-Erzegovina, Serbia e Montenegro, Macedonia), del Nord Africa (Egitto, Tunisia, Marocco) e dell'Asia (Pakistan, Turchia, Cina) sembrano usufruire dell'assistenza sanitaria durante la gravidanza in modo meno appropriato delle italiane. Tra le immigrate provenienti da Perù, Brasile, Camerun, Filippine il dato è molto vicino a quello italiano.

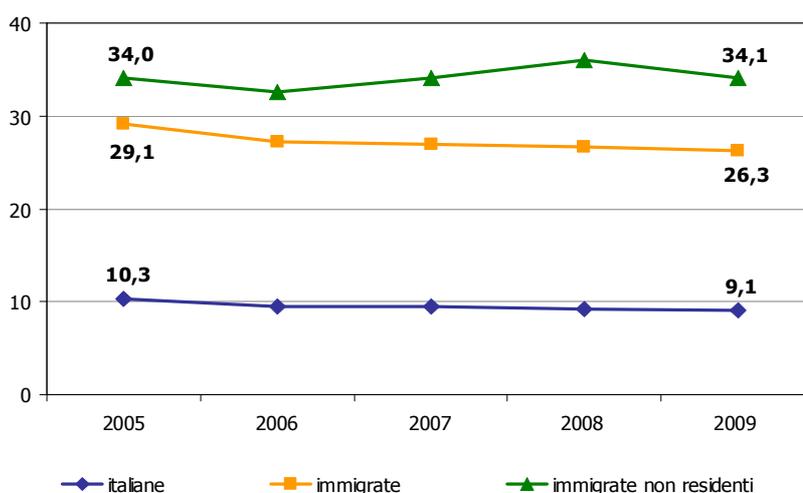
Un miglioramento, seppure meno accentuato di quello riscontrato per il numero adeguato di visite, si osserva anche in riferimento alla prima visita tardiva (percentuale di donne che ha effettuato la prima visita dopo l'undicesima settimana di gravidanza; *Grafico 27*).

Grafico 26. Proporzione (%) di donne che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza. Partorienti immigrate, anno 2009*



* Sono state selezionate le nazionalità per le quali si sono registrati almeno 50 parti.
Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

Grafico 27. Percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo l'undicesima settimana. Parti avvenuti in regione, anni 2005-2009

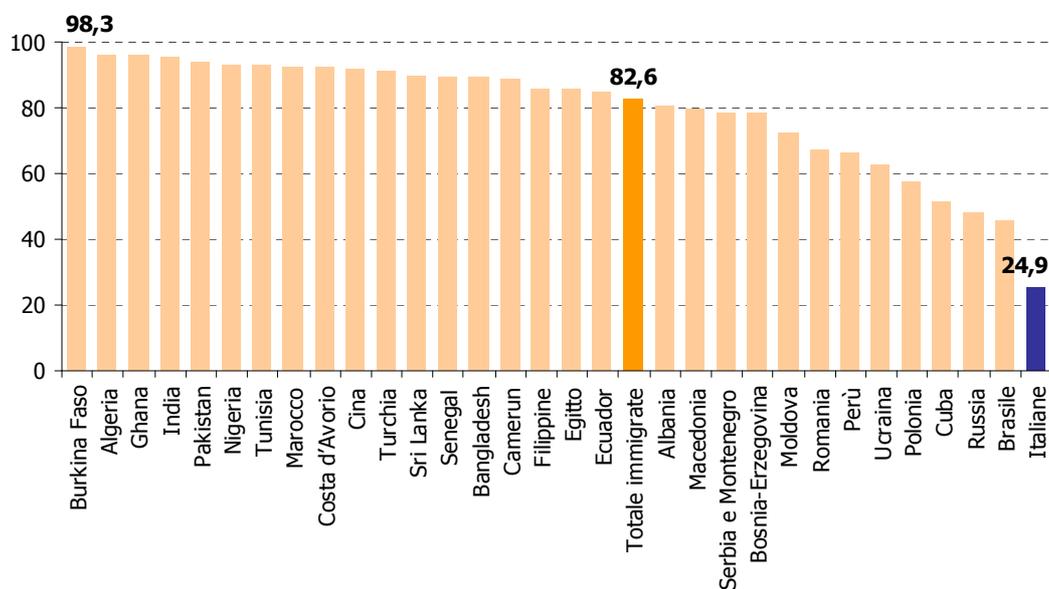


Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

È inoltre da segnalare che le donne italiane si rivolgono prevalentemente alle strutture private (nel 75,1% dei casi; vedi *Tabella 14*), mentre le donne immigrate - residenti e non - si rivolgono prevalentemente ai consultori pubblici (rispettivamente nel 71,9% e 73,0% dei casi), dove trovano pratiche assistenziali in grado di rispondere anche ai loro bisogni, tenendo conto delle specifiche culture.

Tra le immigrate residenti in Emilia-Romagna, le partorienti provenienti dall’Africa (sub-sahariana e settentrionale) e dall’Asia utilizzano più frequentemente le strutture pubbliche, sia consultori che ospedali. Va notato che le donne provenienti da Paesi come Brasile, Cuba, Russia sembrano utilizzare le strutture private in misura decisamente più elevata rispetto alle altre donne immigrate (*Grafico 28*).

Grafico 28. Proporzione (%) di parti per i quali le partorienti hanno utilizzato in gravidanza prevalentemente una struttura pubblica (consultorio o ospedale), anno 2009*



* Sono state selezionate le nazionalità per le quali si sono registrati almeno 50 parti.

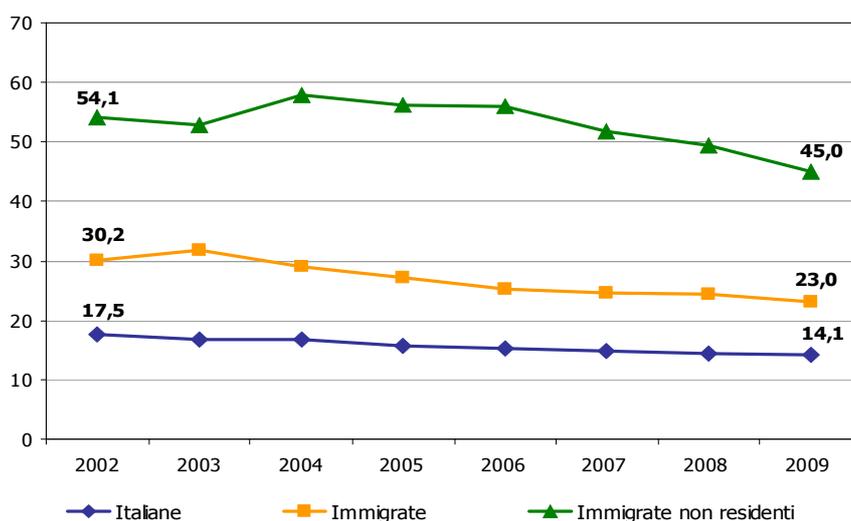
Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, parti avvenuti in regione.

Interruzioni volontarie di gravidanza

Il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza tra le immigrate e rispetto al complesso dei ricoveri appare sostanzialmente stabile o in leggero calo nel periodo 2002-2009 (*Grafico 19*), anche se in termini assoluti il numero aumenta a causa della crescita demografica (se nel 2002 il 22% delle IVG era richiesto da donne immigrate, nel 2009 la percentuale è salita al 40%).

Nel periodo 2002-2009 la proporzione di gravidanze esitate in IVG²² è apparsa tendenzialmente in calo tra le immigrate, dato che risente della maggiore crescita del numero di parti rispetto a quello delle IVG (*Grafico 29*). La proporzione di gravidanze esitate in IVG notevolmente superiore tra le donne immigrate (rispetto alle italiane, circa il doppio tra le immigrate residenti) può essere spiegata da diversi fattori, tra i quali l'instabilità delle condizioni socio-economiche e familiari, ma anche differente cultura e modalità di pianificazione familiare nei paesi di origine.

Grafico 29. Proporzioni (%) di gravidanze in età fertile (15-49) che esitano in IVG per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Le proporzioni di IVG più elevate si presentano costantemente tra le immigrate provenienti da alcuni paesi dell'America Latina (Cuba, Ecuador, Perù), dell'Africa subsahariana (Costa d'Avorio, Camerun) e dell'Europa dell'Est (Moldova, Romania, Ucraina; nel 2009 erano intorno o superiori al 30%), mentre le donne pakistane, turche e nord africane (Marocco, Egitto, Algeria) si attestavano su valori inferiori a quelli delle italiane (nel 2009 intorno al 14%; *Tabella 15*).

²² Sono calcolate come ricoveri per IVG/n. totale ricoveri per gravidanze note (parti+IVG+AS).

In generale l'età delle donne immigrate che ricorrono all'IVG è più bassa rispetto a quella delle italiane: ciò vale in particolar modo per le non residenti (*Grafico 30*). Tuttavia tra le italiane la percentuale di IVG effettuata dalle minorenni è maggiore.

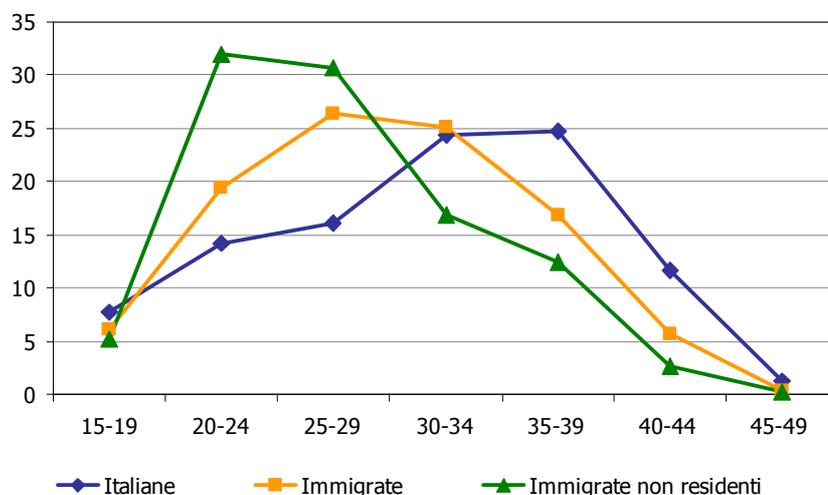
Tabella 15. Numero di IVG e proporzione di gravidanze (%) che esitano in IVG delle donne in età fertile (15-49) per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Cittadinanza	N. IVG	%
Cuba	48	38,4
Costa d'Avorio	47	36,4
Camerun	40	35,7
Ecuador	51	35,4
Moldova	261	35,4
Romania	625	34,7
Perù	42	33,3
Ucraina	138	31,8
Repubblica Dominicana	23	29,5
Cina	257	29,0
Ghana	129	28,8
Russia	41	27,9
Nigeria	165	25,7
Filippine	59	24,9
Brasile	34	23,4
Macedonia	49	22,2
Serbia	36	21,6
Sri Lanka	37	20,8
India	118	20,5
Polonia	64	19,3
Burkina Faso	15	17,9
Albania	294	17,3
Senegal	37	17,1
Bangladesh	46	16,0
Tunisia	124	15,2
Pakistan	66	13,3
Marocco	371	12,6
Turchia	12	8,9
Egitto	5	4,9
Algeria	6	4,8
<i>Paesi a forte pressione migratoria</i>	<i>3.618</i>	<i>23,0</i>
<i>Italia e Paesi a sviluppo avanzato</i>	<i>5.371</i>	<i>14,2</i>

* Sono state selezionate le nazionalità con almeno 50 parti.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna.

Grafico 30. Distribuzione (%) di IVG per classe di età, distinta per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) da parte delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

Le donne immigrate che ricorrono all'IVG hanno una scolarità inferiore rispetto alle italiane e sono più frequentemente non occupate (*Tabella 16*); le non occupate rappresentano infatti circa il 35% tra le italiane, il 53% tra le immigrate e il 66% tra le non residenti. Da notare come la scolarità delle donne che interrompono la gravidanza risulti inferiore rispetto a quella delle connazionali che la portano a termine.

Tabella 16. Caratteristiche anagrafiche e socio-economiche nelle donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Indicatori	Italiane	Immigrate	Immigrate non residenti
Scolarità media (%) *	86,2	80,8	71,9
Scolarità bassa (%) *	3,1	14,2	21,5
Stato civile (%)	nubili	40,4	53,6
	coniugate	37,2	52,9
Condizione professionale (%) ** non occupate	34,8	52,9	66,2

* Scolarità media: titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore).

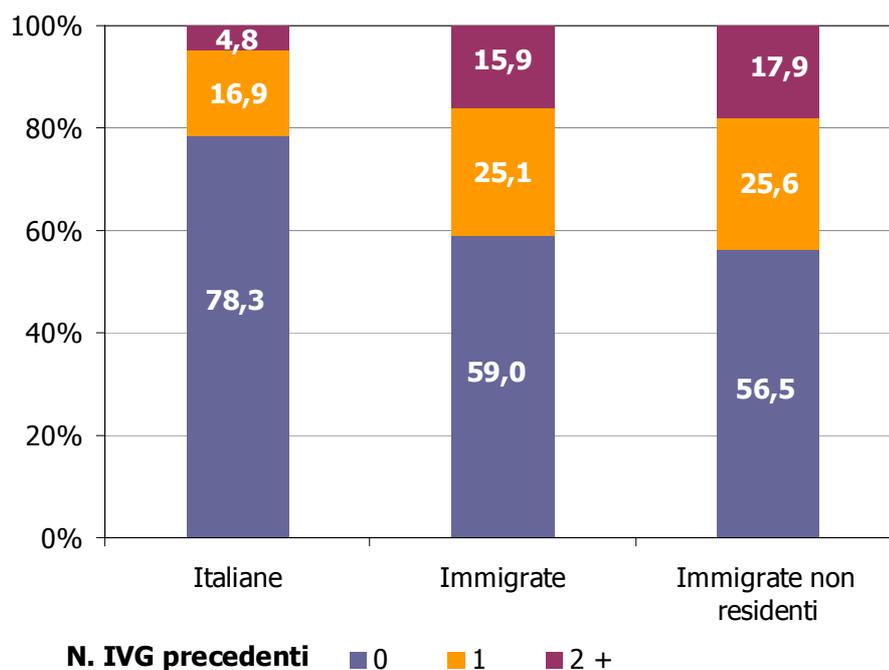
Scolarità bassa: titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare.

** Non occupate: disoccupata, in cerca di prima occupazione, casalinga, studentessa, in altra condizione.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. IVG - interruzioni volontarie di gravidanza effettuate in regione dalle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e dalle immigrate non residenti.

La proporzione di donne immigrate con un precedente episodio di IVG è, nei confronti di quella delle italiane, più di una volta e mezza: se consideriamo chi ha avuto più di due aborti volontari, la differenza aumenta, con un valore che supera il 15% per le immigrate (residenti e non residenti) contro il 5% circa delle italiane.

Grafico 31. Proporzioni (%) di IVG secondo la storia riproduttiva della donna, per cittadinanza. Donne residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. IVG - interruzioni volontarie di gravidanza effettuate in regione dalle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e dalle immigrate non residenti.

Ricorso ai servizi in caso di IVG

Dall'analisi dei dati riguardanti tutte le IVG avvenute in regione, è emerso che la quasi totalità delle donne ne ha fatto ricorso entro i primi 90 giorni di gestazione (oltre il 95% per tutte e tre le popolazioni, e ancora più per le immigrate; *Tabella 17*). Tra le immigrate e le italiane non si riscontrano differenze nei tempi di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento, mentre per le donne immigrate non residenti questo periodo è generalmente più lungo, segnale di un problema di accessibilità ai servizi da parte di questa popolazione. Il 47% delle donne immigrate non residenti attende più di 14 giorni, rispetto al 37% delle italiane e immigrate.

I consultori risultano avere un ruolo molto importante tra le donne immigrate, in quanto nella maggior parte dei casi le autorizzazioni vengono rilasciate da loro, mentre è meno frequente la certificazione da parte del medico o del servizio ostetrico-ginecologico, modalità queste ultime più diffuse tra le italiane.

Tabella 17. Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) per cittadinanza, anno 2009

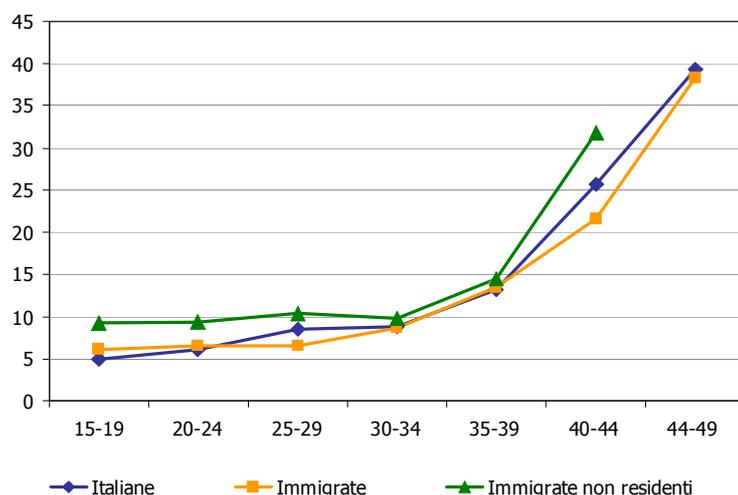
Indicatori	Italiane	Immigrate	Immigrate non residenti
numero IVG	6.144	3.875	808
età gestazionale <90 gg (%)	95,3	98,5	99,1
tempo attesa ≥14 gg (%)	37,0	37,8	46,7
certificazione			
consultorio (%)	51,8	73,7	78,2
medico (%)	31,3	15,0	10,3
servizio ostetrico-ginecologico (%)	16,3	11,0	10,0
altra struttura socio-sanitaria (%)	0,6	0,3	1,5

Fonte: Regione Emilia-Romagna. IVG - interruzioni volontarie di gravidanza effettuate in regione.

Aborto spontaneo

L'aborto spontaneo tra le donne immigrate appare di entità costante e molto simile a quello delle italiane, considerando come misura di occorrenza la proporzione rispetto alle gravidanze iniziate,²³ che tiene conto della diversa fecondità nei due gruppi (*Grafico 32*).

Tra le donne immigrate non residenti la frequenza di aborto spontaneo sembra essere lievemente superiore, ma le piccole dimensioni di questo gruppo non permettono di trarre conclusioni a riguardo.

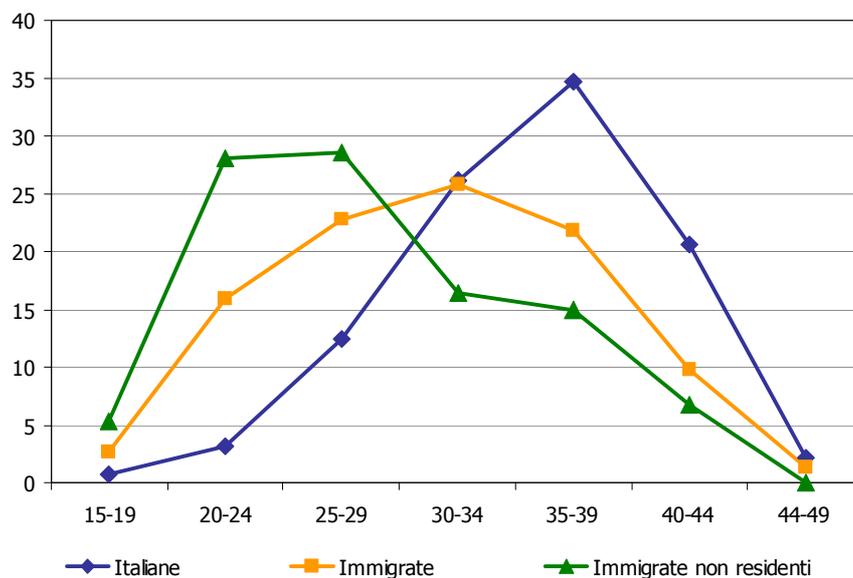
Grafico 32. Proporzione di gravidanze che esitano in aborto spontaneo per classe di età e cittadinanza, anno 2009

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

²³ La proporzione di gravidanze che esitano in aborto è calcolato come rapporto tra il numero di aborti spontanei (AS) e il totale delle gravidanze note (parti+IVG+AS).

Il picco massimo in cui si verifica l'aborto spontaneo per le donne italiane è dopo i 35 anni (*Grafico 33*), mentre per le immigrate, comprese le non residenti, l'età si abbassa, con un picco rispettivamente intorno ai 30-34 anni e 20-29 anni.

Grafico 33. Distribuzione (%) dell'aborto spontaneo per classe di età e cittadinanza, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (a carico del SSN) delle residenti in Emilia-Romagna (italiane e immigrate) e delle immigrate non residenti.

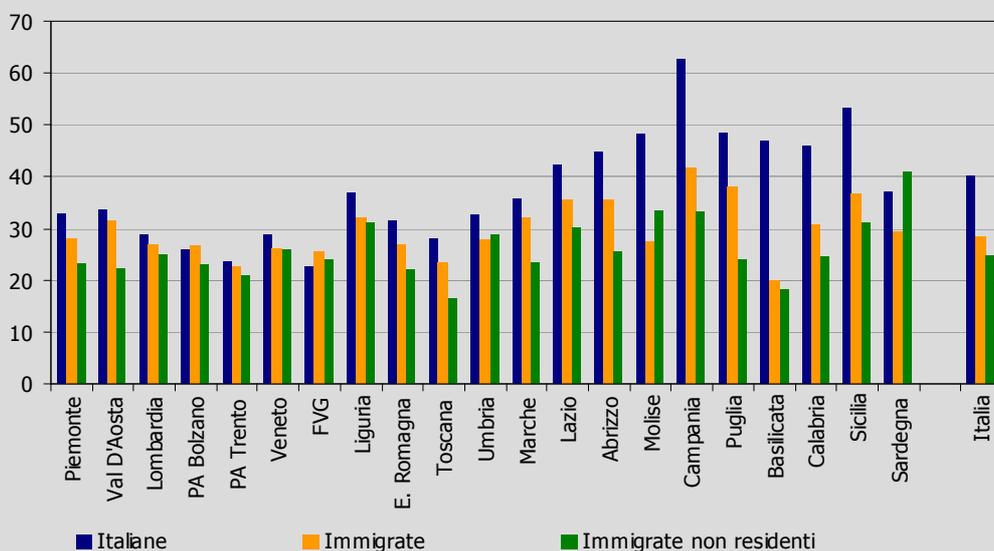
CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

Gravidanze portate a termine, gravidanze interrotte

Anche in Italia le donne immigrate ricorrono di meno al taglio cesareo rispetto alle autoctone. Come già visto con i dati dell'Emilia-Romagna, questo dato può essere spiegato da diversi fattori che caratterizzano le donne immigrate: la loro minore età al momento del parto e alcune loro convinzioni culturali, in contrasto con la forte medicalizzazione dell'evento presente invece nel nostro Paese.

Dalla lettura del grafico sottostante si evidenzia un divario più netto e a sfavore delle italiane nelle regioni del sud Italia, mentre man mano che si sale verso il nord le differenze diminuiscono.

Grafico Proporzione (%) dei parti cesarei, per cittadinanza e regione di erogazione del ricovero. Italia, anno 2008



Il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza è assai elevato tra le donne immigrate. In Italia nel 2008 il 23,8% delle IVG effettuate (pari a 29.442) è risultato a loro carico (il restante 69,3% e 6,9% rispettivamente a carico delle italiane e delle immigrate non residenti). La proporzione di gravidanze che esitano in IVG è notevolmente superiore nelle immigrate: nel 2008 si è attestata intorno al 24% e al 44% rispettivamente per le immigrate residenti e non, mentre per le italiane il valore ha superato di poco il 13%. Questi dati sono in linea con quelli registrati in Emilia-Romagna nello stesso anno (rispettivamente 24,7%, 49,5% e 15,7%).

Sia in l'Italia che in Emilia-Romagna le differenze tra le popolazioni sono più marcate dai 25 anni in poi, in cui si riscontra un gradiente positivo per le immigrate, a differenza delle fasce di età più giovani, dove il fenomeno interessa in maniera più consistente le donne italiane.

* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: Ministero della salute, SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri acuti a carico del SSN, esclusi i neonati sani, anno 2008.

Condizioni dei nuovi nati

La Tabella 18 riporta un set di indicatori sulla nascita e sulle condizioni dei neonati, in riferimento alla cittadinanza delle partorienti. Dai dati si evince un lieve svantaggio dei bambini nati da madri immigrate, tuttavia minore rispetto a quanto osservato relativamente all'assistenza in gravidanza.

Tabella 18. Condizioni del neonato secondo la cittadinanza e residenza delle madri, anno 2009

Indicatori	Madre italiana	Madre immigrata	Madre immigrata non residente
Numero nati	29.242	10.143	1.059
Sottopeso * (%)			
<1.500 gr	1,0	1,0	1,7
1.500-2.500 gr	6,0	5,1	4,2
Tasso di natimortalità (x 1.000)	2,0	3,7	0,9
APGAR (a 5 minuti) <8 * (%)	1,2	1,8	1,8
Necessità di rianimazione * (%)	2,5	2,8	4,3

* escluso nati morti.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, nati da madri residenti in regione e da madri immigrate non residenti.

Sempre grazie ai dati dei certificati di assistenza al parto, si sono potuti analizzare gli esiti neonatali considerando la cittadinanza di entrambi i genitori. Assumendo come punto di riferimento le famiglie in cui entrambi i genitori hanno cittadinanza italiana (o di un Paese a sviluppo avanzato), si sono stimati i rischi di alcuni esiti neonatali per tre gruppi di popolazione:

- gruppo A: in cui il solo padre è immigrato;
- gruppo B: in cui la sola madre è immigrata;
- gruppo C: in cui entrambi i genitori sono immigrati.

Le stime tengono conto dell'età, della condizione occupazionale, dello stato civile, della scolarità e della parità delle partorienti, dunque ognuna è al netto dell'influenza delle altre caratteristiche.

Dai dati riportati in Tabella 19 il gruppo C risulta avere un rischio maggiore di nascita gravemente pre-termine (OR 1,79), di natimortalità (OR 1,53), di necessità di rianimazione (OR 1,53) e di un punteggio APGAR inferiore a 8 (OR 1,77), mentre il gruppo A presenta un rischio maggiore di avere un nato di peso basso o molto basso (rispettivamente OR 1,31 e 1,62) e di un pre-termine (OR 1,35).

Dall'analisi dei dati relativi alla nascita pre-termine, considerando le caratteristiche socio-demografiche delle partorienti, emerge che la maggiore frequenza di parti pre-termine (10% e oltre) si registra in donne di specifiche cittadinanze: donne provenienti dal sub-

Sahara, dal sub-continente asiatico e dalla Bulgaria hanno un maggiore rischio di avere una gravidanza pre-termine rispetto alle italiane (*Tabella 20*).

Tabella 19. Frequenze (%), OR* e intervalli di confidenza al 95% stimati degli esiti neonatali** per cittadinanza dei genitori; donne partorienti e residenti in Emilia-Romagna, periodo 2005-2009

Indicatore	Frequenza (%) esiti nella popolazione con entrambi i genitori italiani	Cittadini immigrati (vs entrambi i genitori italiani, OR=1*)	OR* (CI 95%)
nato di basso peso (<2.500 g)	4,9	A - padre immigrato	1,31 (1,22-1,41)
		B - madre immigrata	0,98 (0,87-1,11)
		C - entrambi immigrati	1,10 (1,03-1,18)
nato di peso molto basso (<1.500 g)	0,7	A - padre immigrato	1,62 (1,36-1,93)
		B - madre immigrata	1,19 (0,89-1,60)
		C - entrambi immigrati	1,54 (1,31-1,81)
nato pre-termine (<37 settimane)	6,1	A - padre immigrato	1,35 (1,26-1,44)
		B - madre immigrata	1,23 (1,11-1,36)
		C - entrambi immigrati	1,22 (1,15-1,29)
nato gravemente pre-termine (<32 settimane)	0,7	A - padre immigrato	1,71 (1,45-2,03)
		B - madre immigrata	1,29 (0,97-1,70)
		C - entrambi immigrati	1,79 (1,54-2,08)
nato morto	0,2	A - padre immigrato	0,75 (0,54-1,06)
		B - madre immigrata	1,13 (0,68-1,88)
		C - entrambi immigrati	1,53 (1,20-1,95)
necessità di rianimazione	2,1	A - padre immigrato	1,35 (1,21-1,51)
		B - madre immigrata	1,17 (0,99-1,39)
		C - entrambi immigrati	1,54 (1,40-1,68)
APGAR <8	1,0	A - padre immigrato	1,15 (1,00-1,31)
		B - madre immigrata	1,21 (0,96-1,52)
		C - entrambi immigrati	1,77 (1,58-1,98)

* Odds Ratio aggiustati per età, titolo di studio, condizione occupazionale, stato civile e parità.

** Sono stati selezionati i parti singoli.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, nati da madri residenti in regione.

Tabella 20. Frequenze (%), OR* e intervalli di confidenza al 95% stimati di nati pre-termine** per cittadinanza materna (immigrate vs italiane); donne partorienti e residenti in Emilia-Romagna, periodo 2005-2009

Nazionalità materna	Frequenza %	OR* (IC 95%)	Totale nati
Nigeria	12,3	2,06 (1,74-2,43)	1.419
Costa d'Avorio	11,4	1,98 (1,33-2,94)	254
Bulgaria	11,2	2,08 (1,32-3,29)	188
Repubblica Dominicana	10,8	1,81 (1,12-2,92)	194
Ghana	10,6	1,71 (1,38-2,11)	937
India	10,3	1,74 (1,44-2,11)	1.270
Filippine	10,1	1,66 (1,27-2,16)	642
Bangladesh	10,0	1,80 (1,39-2,33)	697
Serbia e Montenegro	9,7	1,72 (1,20-2,46)	372
Perù	9,4	1,45 (0,91-2,29)	267
Romania	9,1	1,59 (1,40-1,80)	3.489
Senegal	8,3	1,27 (0,89-1,80)	482
Sri Lanka	8,2	1,35 (0,96-1,90)	451
Pakistan	7,8	1,28 (1,02-1,61)	1.160
Turchia	7,1	1,14 (0,77-1,69)	392
Ucraina	6,7	1,11 (0,83-1,49)	864
Polonia	6,7	1,11 (0,85-1,45)	976
Ecuador	6,7	1,05 (0,67-1,66)	331
Albania	6,6	1,09 (0,73-1,65)	393
Cuba	6,3	1,01 (0,59-1,74)	270
Brasile	6,2	1,01 (0,66-1,54)	418
Albania	6,0	1,01 (0,88-1,16)	4.945
Macedonia	6,0	1,04 (0,73-1,48)	644
Marocco	5,7	0,92 (0,83-1,02)	8.192
Moldova	5,4	0,85 (0,65-1,11)	1.229
Federazione russa	5,4	1,03 (0,65-1,62)	411
Tunisia	5,3	0,85 (0,71-1,03)	2.578
Algeria	4,9	0,92 (0,57-1,51)	347
Cina	4,7	0,73 (0,59-0,91)	2.162
Bosnia-Erzegovina	4,2	0,73 (0,37-1,43)	216
Camerun	3,3	0,55 (0,24-1,24)	181
<i>Immigrate</i>	<i>7,0</i>	<i>1,17 (1,11-1,24)</i>	<i>41.050</i>
<i>Italiane</i>	<i>6,4</i>	<i>1,0</i>	<i>141.212</i>

* Odds Ratio calcolato rispetto alle donne con cittadinanza italiana, aggiustato per età, condizione occupazionale, scolarità e stato civile.

** Sono stati selezionati i parti singoli.

Fonte: Regione Emilia-Romagna. CEDAP - certificati di assistenza al parto, nati da madri residenti in regione.

Ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita

Di seguito sono riportati i ricoveri nel primo anno di vita, distinguendo quelli avvenuti entro il primo mese da quelli dei mesi successivi. Nel primo mese infatti i motivi di ricovero sono prevalentemente imputabili alle condizioni del bambino alla nascita, mentre nei mesi successivi diventano rilevanti le patologie intercorse nel frattempo.

Come atteso, il *trend* di ospedalizzazioni nel primo mese di vita a carico dei bambini immigrati residenti in Emilia-Romagna risulta in rapida crescita, raggiungendo nel 2009 un volume di circa 2.400 ricoveri, pari a quasi il 23% dei ricoveri erogati al totale dei bambini di pari età (*Tabella 21*).

Tabella 21. Numero e proporzione (%) dei ricoveri entro il primo mese di vita. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009

Anno	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	7.104	88,2	947	11,8	8.051	100,0
2003	8.263	87,5	1.185	12,5	9.448	100,0
2004	8.002	85,5	1.357	14,5	9.359	100,0
2005	7.767	83,2	1.572	16,8	9.339	100,0
2006	8.956	81,1	2.085	18,9	11.041	100,0
2007	8.781	78,8	2.362	21,2	11.143	100,0
2008	8.388	78,6	2.279	21,4	10.667	100,0
2009	8.154	77,2	2.409	22,8	10.563	100,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) avvenuti in regione da parte dei residenti in Emilia-Romagna (italiani e immigrati).

Durante il primo mese nei bambini immigrati e italiani le cause di ricovero sono rappresentate in larga misura dalle condizioni morbose perinatali tra cui la prematurità (*Tabella 22*). Inoltre un terzo dei ricoveri è dovuto a cause aspecifiche ("fattori che influenzano lo stato di salute"). Anche le ospedalizzazioni dei neonati immigrati oltre il primo mese di vita sono in rapida crescita: nel 2009 rappresentano ben il 26,8% (*Tabella 23*).

Tabella 22. Distribuzione (%) dei ricoveri entro il primo mese di vita per causa (grandi gruppi di cause ICD IX CM) e per cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Cause di ricovero	Italiani		Immigrati	
	N	%	N	%
Malattie infettive e parassitarie	39	0,5	17	0,7
Tumori	10	0,1	4	0,2
Malattie endocrine e immunitarie	39	0,5	4	0,2
Malattie del sangue	5	0,1	3	0,1
Disturbi psichici	1	0	1	0
Malattie del sistema nervoso	17	0,2	10	0,4
Malattie del sistema circolatorio	24	0,3	9	0,4
Malattie del sistema respiratorio	121	1,5	30	1,2
Malattie dell'apparato digerente	47	0,6	12	0,5
Malattie del sistema genito-urinario	48	0,6	16	0,7
Malattie della pelle	11	0,1	4	0,2
Malformazioni congenite	428	5,2	119	4,9
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	4.045	49,6	1.329	55,2
Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	73	0,9	28	1,2
Traumatismi e avvelenamenti	12	0,1	6	0,2
Codici V	3.234	39,7	817	33,9
<i>Totale</i>	<i>8.154</i>	<i>100,0</i>	<i>2.409</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) avvenuti in regione da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

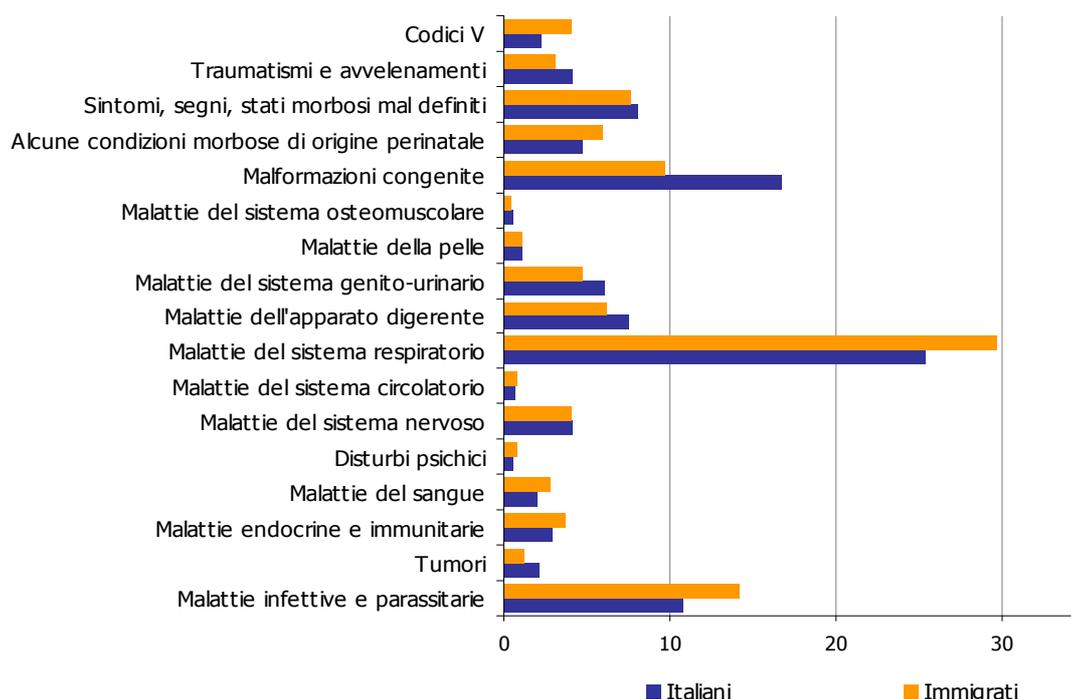
Tabella 23. Numero e proporzione (%) dei ricoveri dei nuovi nati dopo il primo mese di vita. Residenti in Emilia-Romagna anni 2002-2009

Anno	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	5.452	85,6	919	14,4	6.371	100,0
2003	5.259	85,0	930	15,0	6.189	100,0
2004	4.757	83,6	933	16,4	5.690	100,0
2005	4.814	82,8	1.001	17,2	5.815	100,0
2006	4.347	79,9	1.093	20,1	5.440	100,0
2007	4.169	78,5	1.139	21,5	5.308	100,0
2008	4.049	75,5	1.312	24,5	5.361	100,0
2009	4.008	73,2	1.469	26,8	5.477	100,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) avvenuti in regione da parte dei residenti in Emilia-Romagna (italiani e immigrati).

Nel mesi successivi al primo sia per gli immigrati che per gli italiani prevalgono i problemi respiratori, le malattie infettive e le malformazioni congenite, tuttavia con qualche differenza: negli immigrati pesano maggiormente le malattie infettive e respiratorie rispetto ai coetanei italiani, mentre si riscontra una quota decisamente più contenuta di dimissioni legate a malformazioni congenite negli immigrati rispetto agli italiani (*Grafico 34*).

Grafico 34. Distribuzione (%) dei ricoveri dei nuovi nati dopo il primo mese di vita per causa (grandi gruppi di cause ICD IX CM) e per cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) avvenuti in Emilia-Romagna da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

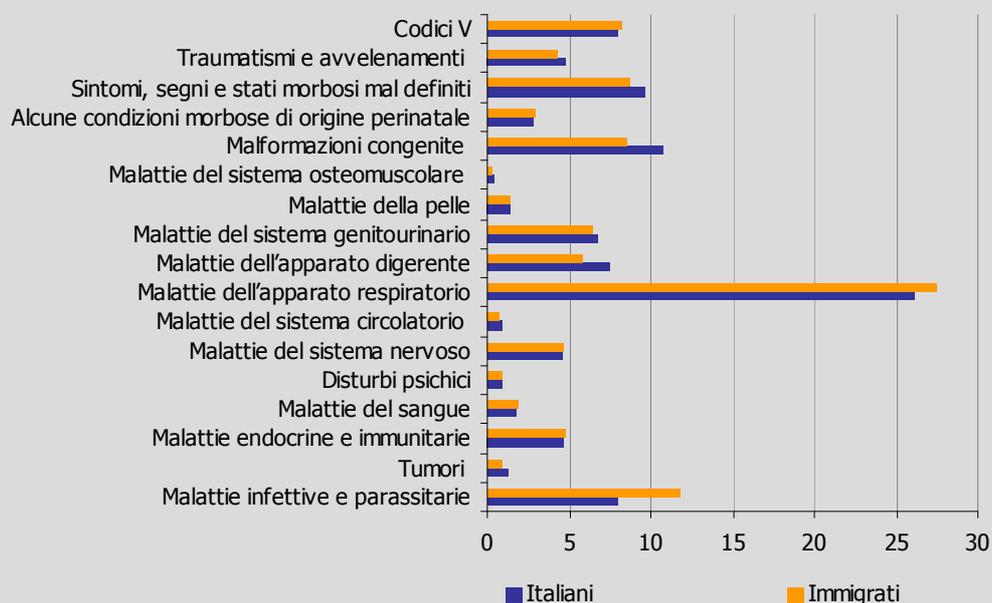
CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

I ricoveri dei neonati

In Italia, così come in Emilia-Romagna, le cause di ricovero dei neonati durante il loro primo mese di vita sono rappresentate - sia per gli italiani che per gli immigrati - da condizioni morbose perinatali, tra cui la prematurità.

Il grafico sottostante riporta i motivi di ricoveri nei neonati dopo il primo mese di vita per l'anno 2008. In linea con i dati dell'Emilia-Romagna, tra gli accessi ospedalieri prevalgono quelli effettuati per malattie respiratorie, malformazioni congenite e malattie infettive e parassitarie, sia per gli italiani che per gli immigrati, con un peso maggiore negli immigrati delle malattie infettive.

Grafico Distribuzione (%) dei ricoveri dei nuovi nati dopo il primo mese di vita per causa (grandi gruppi di cause ICD IX CM) e per cittadinanza. Italia, anno 2008



* Dati elaborati da AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Fonte: Ministero della salute. SDO - schede di dimissione ospedaliera. Ricoveri acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani, anno 2008.

Mortalità infantile

Lo studio della mortalità infantile tra gli immigrati - proprio per la nota correlazione negativa che lega questo specifico indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali e sociali - fornisce ulteriori informazioni sulle condizioni di questo gruppo di popolazione. La percentuale di decessi nel primo mese di vita sulla mortalità infantile è circa il 70% nelle due popolazioni; stazionaria tra gli italiani e in lieve aumento tra gli immigrati (*Tabella 24*). Se si considerano i decessi nei mesi successivi al primo maggiormente legati a condizioni persistenti di disagio sociale, l'aumento osservato può essere letto in termini positivi.

Tabella 24. Proporzione (%) di decessi nel primo mese di vita sui decessi nel primo anno di vita per cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, periodi 2002-2005 e 2006-2009

Periodo	Italiani		Immigrati	
	n. decessi primo anno di vita	% decessi primo mese di vita	n. decessi primo anno di vita	% decessi primo mese di vita
2002-2005	438	70,5	82	67,1
2006-2009	365	71,0	134	69,4

Fonte: Regione Emilia-Romagna. REM - Rilevazione mortalità, decessi dovunque avvenuti.

I dati sulla mortalità neonatale e infantile calcolati da ISTAT a livello nazionale mettono in luce un tasso a carico degli immigrati pari a 2,6 per 1.000 e 3,9 per 1.000; gli stessi indicatori per gli italiani sono pari a 2,4 per 1.000 e 3,3 per 1.000 (2007: ultimo anno disponibile).²⁴ A livello nazionale, nel periodo 2003-2007 i tassi relativi agli immigrati hanno registrato una diminuzione con un avvicinamento ai profili di mortalità a quello degli italiani. Le comunità più penalizzate appaiono quelle africane (in particolare Marocco) e asiatiche.

Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna i dati al 2007 mettono in risalto una differenza più marcata tra gli immigrati e la popolazione totale complessiva,²⁵ essendo il tasso di mortalità infantile rispettivamente pari a 4,0 per 1.000 nati vivi e 2,7 per 1.000.

Le principali cause per tutti i decessi nel primo anno di vita sono rappresentate dalle condizioni morbose di origine perinatale e dalle malformazioni congenite, che nel 2009 sono risultate più frequenti tra gli italiani (*Tabella 25*).

²⁴ Rapporto Osservasalute (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2010). In relazione ai nati vivi, i dati sono stati ricavati attraverso l'uso congiunto delle due rilevazioni ISTAT del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente e degli iscritti in Anagrafe per nascita.

²⁵ Fonte dati: tassi di mortalità infantile: popolazione immigrata (Rapporto Osservasalute, 2010), popolazione totale (ISTAT Health For All, <http://www.istat.it/it/archivio/14562>).

Tabella 25. Distribuzione (%) per le principali cause di mortalità infantile e cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Cause di morte	Italiani		Immigrati	
	N	%	N	%
Condizioni morbose perinatali	49	64,5	24	61,5
Malformazioni congenite	22	28,9	9	23,1
Altre cause (escluso cause non note)	5	6,6	6	15,4
<i>Totale</i>	<i>76</i>	<i>100,0</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. REM - Rilevazione mortalità, decessi dovunque avvenuti.

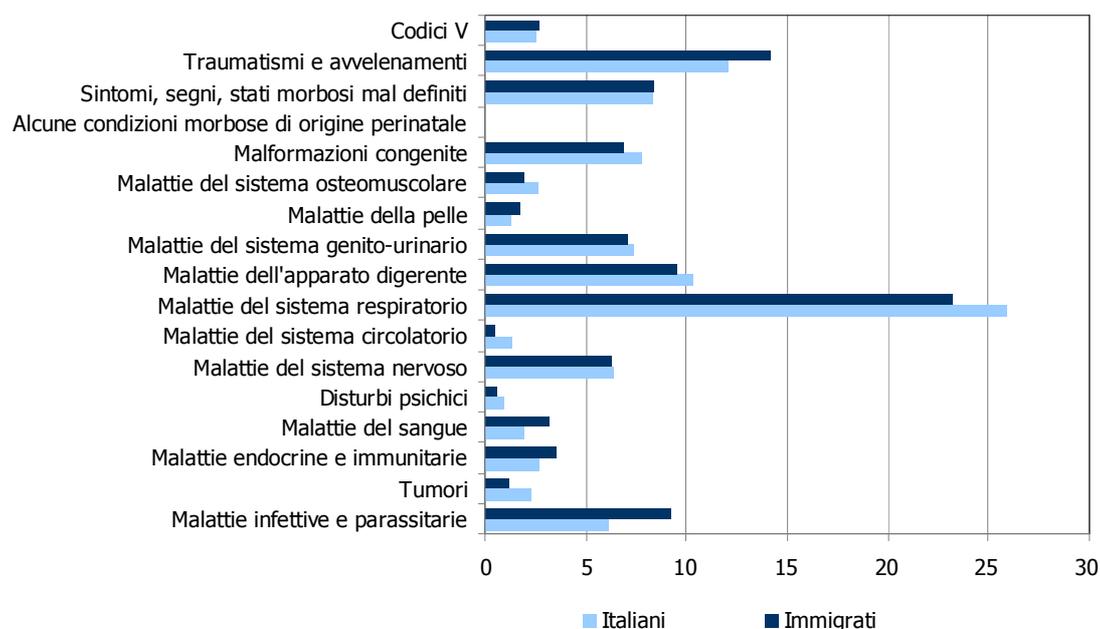
Bambini di età fra 1 e 14 anni

Dopo il primo anno di età, il motivo di accesso al ricovero ospedaliero dei bambini immigrati non sembra diverso dai bambini italiani di pari età, sia per i maschi che per le femmine.

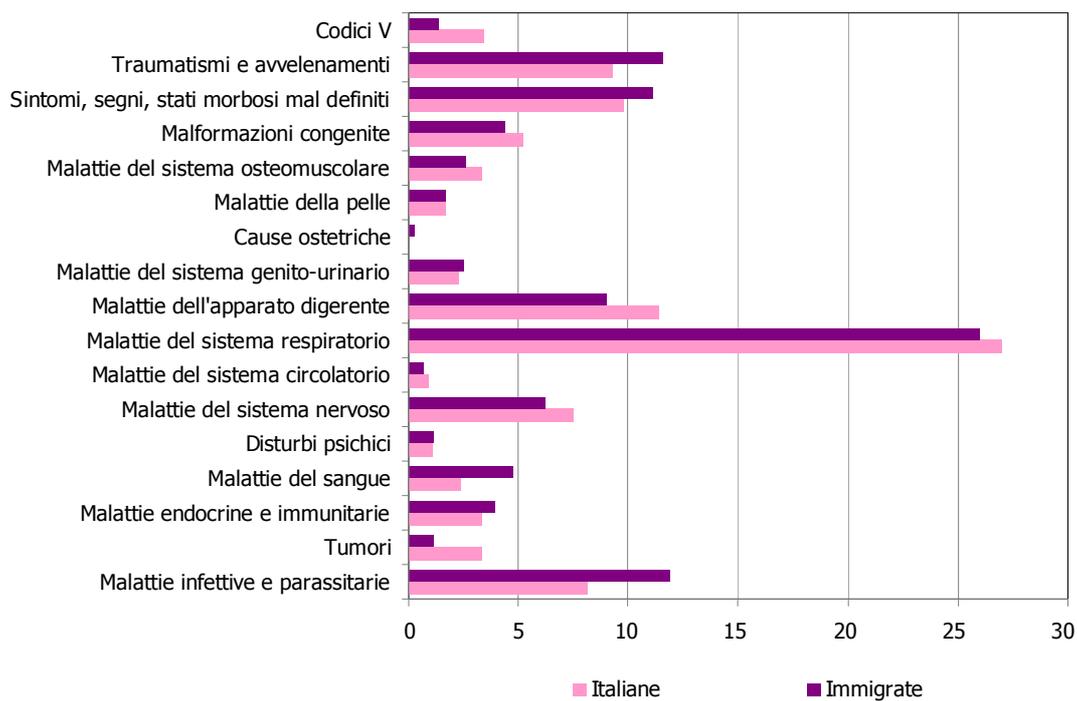
La maggior causa di ricovero sia per i bambini che per le bambine, italiani e immigrati, è rappresentata dalle malattie respiratorie. Superiore rispetto ai coetanei italiani appare la quota di accessi per malattie infettive, soprattutto nelle bambine (*Grafico 35*).

Grafico 35. Distribuzione (%) dei ricoveri per causa (grandi gruppi di cause ICD IX CM) e per cittadinanza. Bambini e bambine di età 1-14 anni residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) bambini



b) bambine



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri (acuti e a carico del SSN) avvenuti in Emilia-Romagna da parte dei residenti in Emilia-Romagna

3.2. Giovani e adulti

Giovani fra i 15 e i 44 anni

Il ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione immigrata nella fascia di età 15-44 anni ha rappresentato nel 2009 quasi il 19% dei ricoveri effettuati dall'intera popolazione residente di pari età, con una proporzione quasi doppia tra le donne rispetto agli uomini (*Tabella 26*). Dal 2002 al 2009 il *trend* dei ricoveri tra gli immigrati è stato in crescita.

Dei 32.174 ricoveri di immigrati avvenuti nel 2009, l'80% ha riguardato la popolazione femminile, contro il 66% di ricoveri a carico delle donne italiane.

Tabella 26. Numero assoluto e proporzione (%) dei ricoveri totali per anno, genere e cittadinanza. Residenti di età 15-44 anni in Emilia-Romagna, anni 2002-2009

a) uomini

Anno	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	57.403	93,2	4.171	6,8	61.574	100,0
2003	55.485	92,4	4.585	7,6	60.070	100,0
2004	54.431	91,4	5.126	8,6	59.557	100,0
2005	51.635	90,6	5.334	9,4	56.969	100,0
2006	50.537	90,1	5.543	9,9	56.080	100,0
2007	49.278	89,3	5.903	10,7	55.181	100,0
2008	47.433	87,9	6.522	12,1	53.955	100,0
2009	45.586	87,6	6.437	12,4	52.023	100,0

b) donne

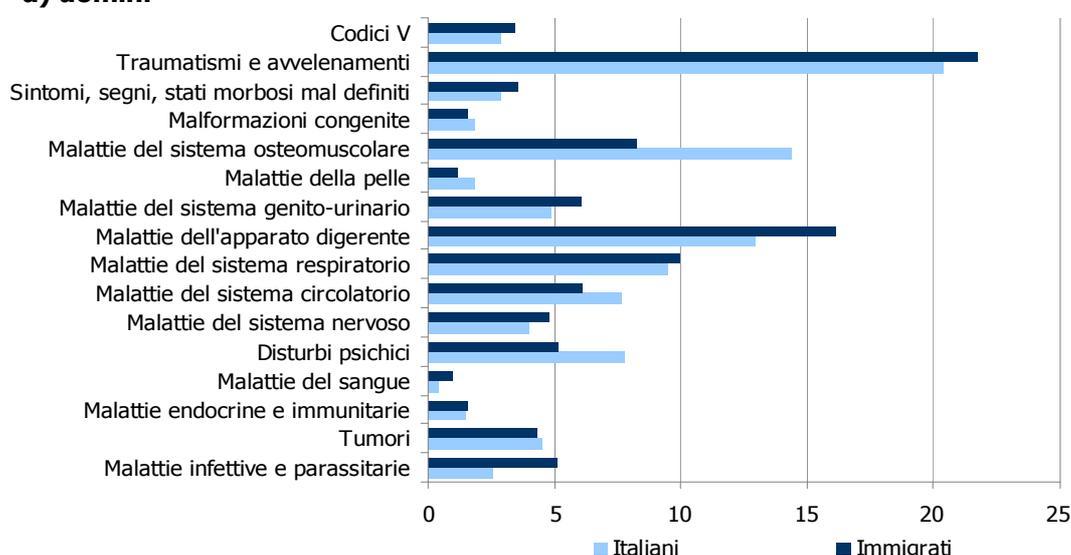
Anno	Italiane		Immigrate		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	108.653	90,4	11.536	9,6	120.189	100,0
2003	103.781	88,2	13.914	11,8	117.695	100,0
2004	102.138	86,4	16.145	13,6	118.283	100,0
2005	97.772	84,7	17.702	15,3	115.474	100,0
2006	96.630	83,2	19.561	16,8	116.191	100,0
2007	95.027	81,4	21.701	18,6	116.728	100,0
2008	92.608	79,2	24.344	20,8	116.952	100,0
2009	89.880	77,7	25.737	22,3	115.617	100,0

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

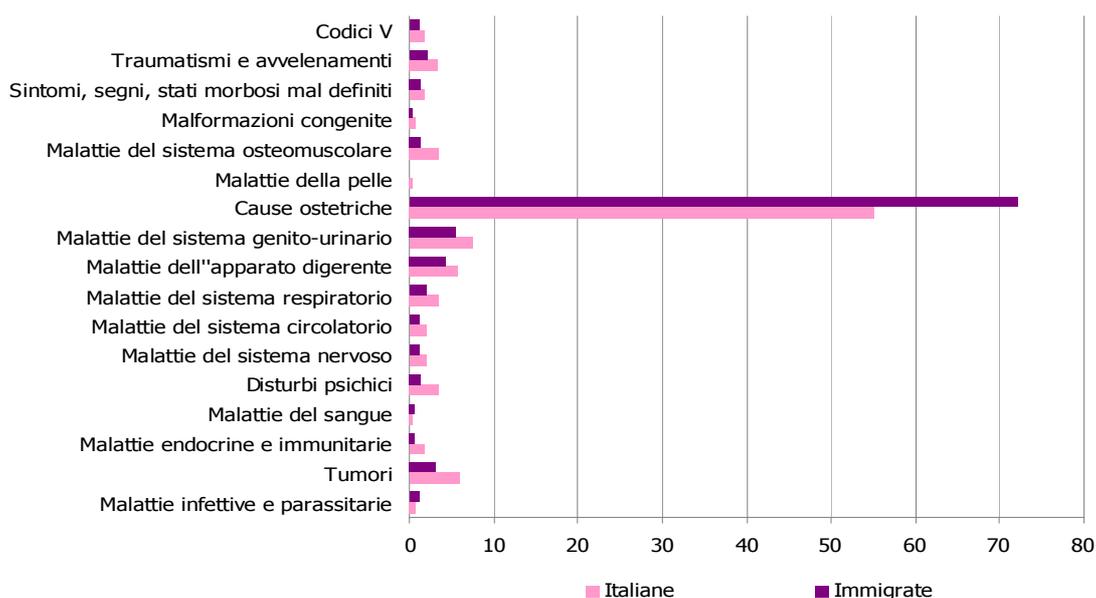
Il quadro delle cause di ricovero ordinario tra gli immigrati, confrontato con quello degli italiani di pari età, continua a essere caratterizzato da una percentuale più elevata di traumatismi negli uomini e di cause ostetriche nelle donne (*Grafico 36*). Tra gli uomini i ricoveri per malattie infettive e dell'apparato digerente paiono avere un peso maggiore negli immigrati. Al netto delle cause ostetriche, come si osserva dal Grafico 36.c, sono principalmente le malattie dell'apparato genito-urinario e dell'apparato digerente ad avere un peso maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane.

Grafico 36. Distribuzione (%) dei ricoveri ordinari per causa (grandi capitoli ICD IX) e per cittadinanza. Uomini, donne, donne escluso le cause ostetriche; età 15-44 anni, residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

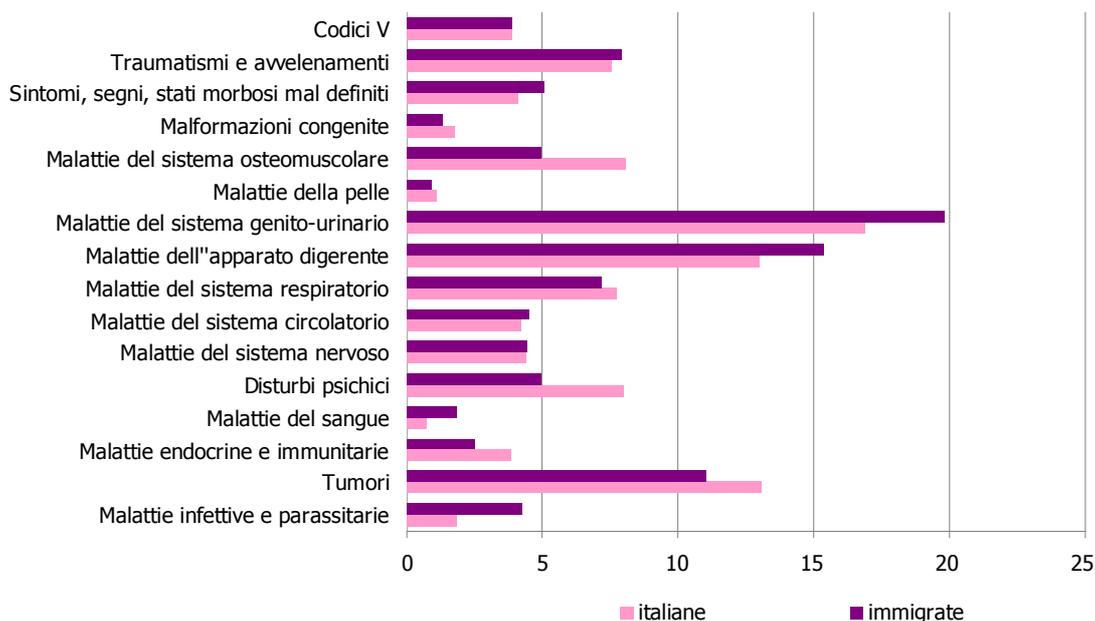
a) uomini



b) donne



c) donne escluso le cause ostetriche



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Adulti tra i 45 e i 64 anni

Nella fascia d'età successiva (45-64 anni) la proporzione di accessi ospedalieri a carico dei residenti immigrati si abbassa al 4,6%, coerentemente con la consistenza della relativa popolazione. Permane la maggiore proporzione delle donne, anche se in misura inferiore rispetto alla fascia di età 15-44 anni.

Anche in questa classe d'età il quadro delle patologie che portano al ricovero è alquanto diverso tra immigrati e italiani. Negli uomini, le differenze maggiori sono a carico delle malattie respiratorie, infettive e dei traumi, che hanno un peso maggiore negli immigrati, e dei tumori, molto più presenti negli italiani (*Grafico 37.a*). La diagnosi più frequente di ricovero, negli italiani come negli immigrati, riguarda le malattie del sistema circolatorio. Tra le donne immigrate le principali cause di ricovero sono costituite dalle malattie dell'apparato digerente e a seguire dai tumori (*Grafico 37.b*). Tra le coetanee italiane invece il principale motivo di accesso all'ospedale è costituito dai tumori e a seguire dalle malattie del sistema osteo-articolare.

Tabella 27. Numero e proporzione (%) dei ricoveri totali per anno, genere e cittadinanza. Residenti di età 45-64 anni in Emilia-Romagna, anno 2009**a) uomini**

Anno	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	84.107	98,9	966	1,1	85.073	100,0
2003	80.894	98,6	1.139	1,4	82.033	100,0
2004	80.477	98,4	1.282	1,6	81.759	100,0
2005	77.073	97,9	1.650	2,1	78.723	100,0
2006	74.970	97,7	1.804	2,3	76.774	100,0
2007	75.323	97,2	2.182	2,8	77.505	100,0
2008	74.308	96,5	2.659	3,5	76.967	100,0
2009	73.583	96,2	2.877	3,8	76.460	100,0

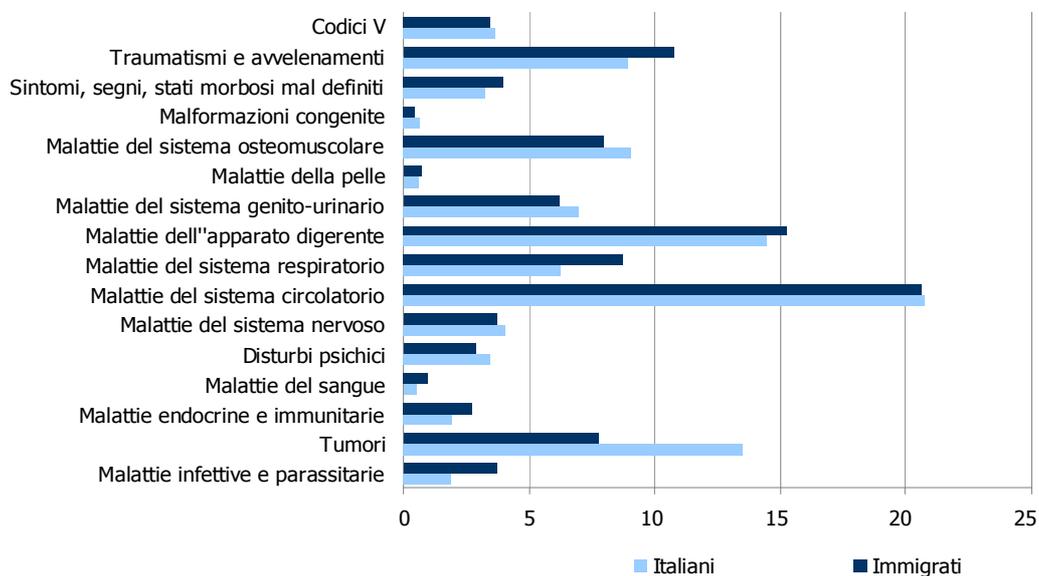
b) donne

Anno	Italiani		Immigrati		Totale ricoveri	
	N	%	N	%	N	%
2002	86.111	99,0	906	1,0	87.017	100,0
2003	82.501	98,5	1.286	1,5	83.787	100,0
2004	81.140	98,1	1.571	1,9	82.711	100,0
2005	75.463	97,4	1.979	2,6	77.442	100,0
2006	73.680	96,9	2.324	3,1	76.004	100,0
2007	73.706	96,5	2.692	3,5	76.398	100,0
2008	72.178	95,4	3.506	4,6	75.684	100,0
2009	72.449	94,6	4.136	5,4	76.585	100,0

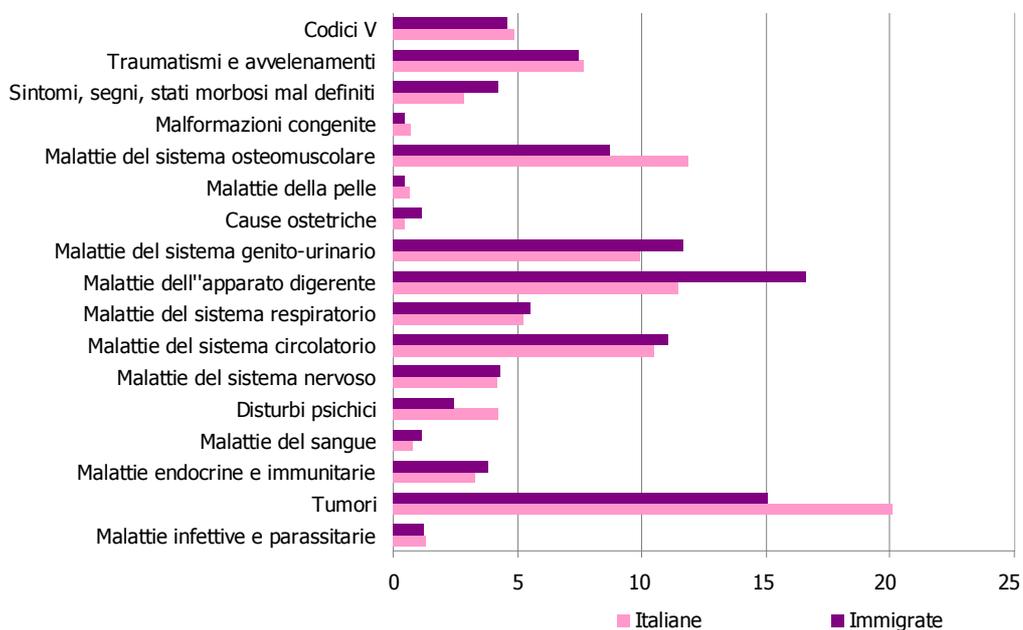
Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

Grafico 37. Distribuzione (%) dei ricoveri ordinari per causa (grandi capitoli ICD IX) e per cittadinanza. Uomini e donne di età 45-64 anni residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) uomini



b) donne

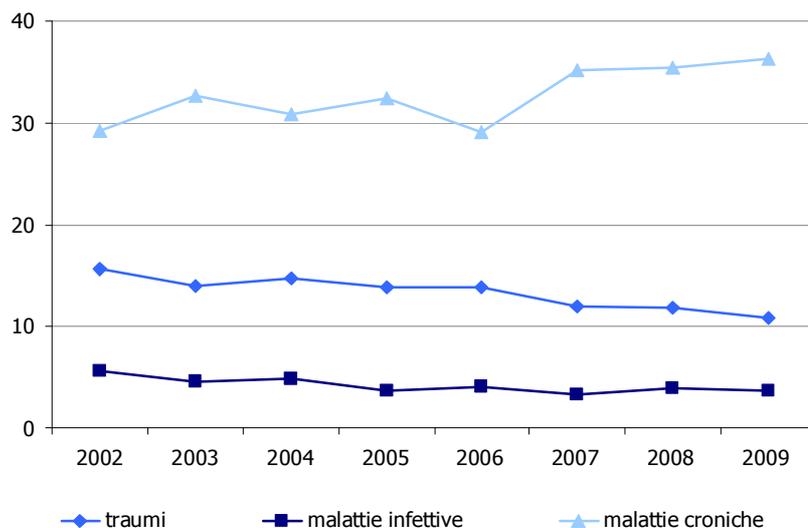


Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

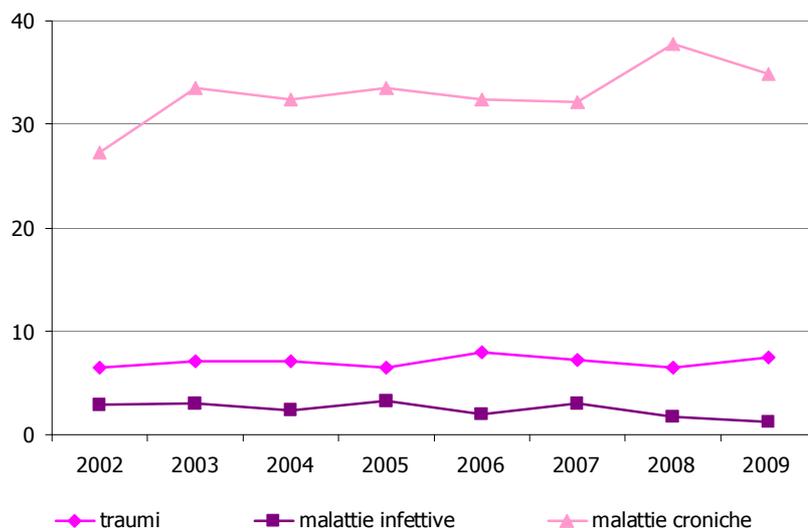
Dal Grafico 38 si osserva che per entrambi i generi la proporzione di ricoveri per malattie infettive e traumi (malattie non legate a stati patologici cronici) si riduce o rimane stabile nel tempo, a fronte di un lieve incremento di quelli per malattie croniche (patologie circolatorie, osteo-articolari e tumori).

Grafico 38. Proporzioni (%) di ricoveri per causa (tre principali gruppi di cause: traumi, malattie infettive e malattie croniche) sul totale dei ricoveri. Immigrati di età 45-64 anni residenti in Emilia-Romagna, anni 2002-2009

a) uomini



b) donne



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

In questa fascia d'età, in effetti, ci si attende - prima che nelle altre - una transizione verso patologie croniche a causa del deterioramento delle condizioni di salute legato all'invecchiamento, che contribuirebbe a una riduzione dell'effetto "migrante sano".

Tuttavia per approfondire questo aspetto sarebbero necessarie analisi che tengano conto dei diversi fattori che determinano la composizione per età negli anni, come ad esempio l'invecchiamento delle coorti di prima immigrazione e i nuovi contingenti di recente immigrazione, stimabili se si disponesse della durata della permanenza e della distribuzione delle popolazioni per età.

3.3. Infortuni sul lavoro

Gli infortuni sul lavoro rappresentano uno dei problemi di salute più rilevanti nella popolazione immigrata.

Nella prima parte del paragrafo si presentano i dati elaborati dall'Osservatorio regionale infortuni sul lavoro (OREIL) usando il flusso informativo INAIL-ISPEL-Regioni. Le informazioni sulla provenienza degli infortunati²⁶ nei diversi comparti produttivi consentono di calcolare la proporzione di infortuni a carico di immigrati sul totale degli infortuni. Questo dato è influenzato dall'entità dell'occupazione straniera in ogni specifico comparto e dal rischio di infortunio tipico dei lavoratori stranieri. Il flusso dei dati riguarda solo i lavoratori regolari.

Nella seconda parte del paragrafo i dati elaborati dall'INAIL all'interno del progetto nazionale "La salute della popolazione immigrata"²⁷ consentono di stimare l'incidenza di infortuni nella popolazione immigrata e in quella italiana.

Infortuni nell'industria e nei servizi

La Tabella 28 presenta la percentuale di infortuni sul lavoro a carico di lavoratori immigrati, avvenuti nel settore Industria e Servizi e riconosciuti in regione nel periodo 2005-2009, per tipo di definizione dell'infortunio. Tra gli immigrati, sia gli infortuni con invalidità temporanea che quelli con esiti permanenti sono aumentati - in numero assoluto e in proporzione - fino al 2008, anno in cui più di un infortunio temporaneo su cinque è risultato a loro carico.

I numeri degli infortuni mortali oscillano tra i 15 e i 19 all'anno e la proporzione non si discosta molto da quella degli infortuni totali. Tuttavia è opportuno tenere presente che la scarsa consistenza numerica può determinare, soprattutto nel caso di un'analisi annuale, fluttuazioni poco rappresentative dell'andamento nel medio periodo.

²⁶ Nei dati INAIL non è riportata la cittadinanza dell'infortunato ma il paese di nascita, desumibile dal codice fiscale.

²⁷ AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata. Progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

Tabella 28. Numero e distribuzione (%) di infortuni (definiti positivi) per tipo e paese di nascita, settore Industria e Servizi, anni 2005-2009

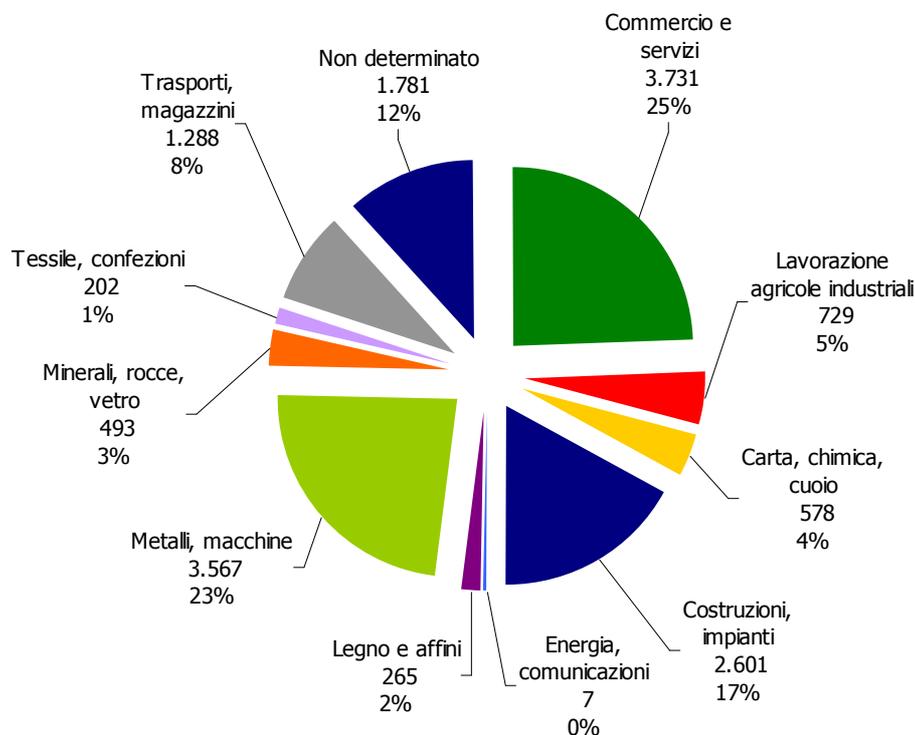
Tipo di definizione	2005	2006	2007	2008	2009*
Infotuni temporanei	72.044	71.531	70.450	66.828	57.592
di cui immigrati	12.189	12.753	13.810	14.157	11.217
% immigrati	16,9	17,8	19,6	21,2	19,5
Infotuni permanenti	3.570	3.921	4.040	4.066	2.914
di cui immigrati	502	575	622	680	452
% immigrati	14,1	14,7	15,4	16,7	15,5
Infotuni mortali	121	108	107	100	75
di cui immigrati	15	18	18	19	16
% immigrati	12,4	16,7	16,8	19,0	21,3
Infotuni regolari senza indennizzo	1.090	1.084	1.305	1.535	1.389
di cui immigrati	194	226	310	386	337
% immigrati	17,8	20,8	23,8	25,1	24,3
Infotuni totali	76.825	76.644	75.902	72.529	61.970
di cui immigrati	12.900	13.572	14.760	15.242	12.022
% immigrati	16,8	17,7	19,4	21,0	19,4

* Percentuale di definizione: 95%.

Fonte: flusso informativo INAIL-ISPESL-Regioni 2010, elaborazione OREIL (Osservatorio regionale infortuni sul lavoro).

Nel 2008 in Emilia-Romagna i comparti produttivi maggiormente interessati dal fenomeno degli infortuni tra la popolazione immigrata sono stati quelli del commercio e dei servizi, seguiti dal metalmeccanico e dalle costruzioni, settori tipicamente a maggiore occupazione straniera (*Grafico 39*).

Grafico 39. Numero e distribuzione (%) di infortuni (definiti positivi) per comparto, lavoratori immigrati nel settore Industria e Servizi, anno 2008



Fonte: flusso informativo INAIL-ISPEL-Regioni 2010, elaborazione OREIL (Osservatorio regionale Infortuni sul lavoro).

I Paesi di nascita dei lavoratori infortunati rispecchiano in parte la composizione demografica della popolazione immigrata in Emilia-Romagna, nei due generi (*Tabella 29*). Per gli uomini occorre tenere conto dei comparti produttivi in cui sono prevalentemente polarizzate alcune nazionalità, per le donne, oltre a ciò, è importante considerare la disponibilità al lavoro "esterno": massima per alcune nazionalità dell'Est Europa, nulla per alcune collettività, come la pakistana, che non consentono alla donna l'uscita dalla famiglia.

Tabella 29. Numero e distribuzione (%) di infortuni (definiti positivi) per paese di nascita e genere, settore Industria e Servizi, anno 2008

Paese di nascita	Uomini		Donne	
	N.	%	N.	%
Marocco	3.189	27,1	535	15,4
Albania	1.418	12,0	288	8,3
Tunisia	1.083	9,2	99	2,9
Romania	1.050	8,9	493	14,2
Pakistan	475	4,0	8	0,2
Senegal	475	4,0	35	1,0
Ghana	321	2,7	106	3,1
India	304	2,6	25	0,7
Macedonia	231	2,0	29	0,8
Moldavia	222	1,9	185	5,3
Nigeria	195	1,7	142	4,1
Bangladesh	186	1,6	18	0,5
Sri Lanka	172	1,5	21	0,6
Ucraina	138	1,2	212	6,1
Polonia	142	1,2	194	5,6
Brasile	88	0,7	95	2,7
Perù	83	0,7	83	2,4
Ecuador	79	0,7	64	1,8
Costa d'Avorio	87	0,7	63	1,8
Argentina	119	1,0	53	1,5
altri paesi	1.716	14,6	721	20,8
<i>Totale</i>	<i>11.773</i>	<i>100,0</i>	<i>3.469</i>	<i>100,0</i>

Fonte: flusso informativo INAIL-ISPESL-Regioni 2010, elaborazione OREIL (Osservatorio regionale Infortuni sul lavoro).

Infortunati in agricoltura

Nel settore agricoltura gli infortuni a carico degli immigrati appaiono stabili (*Tabella 30*) e la frequenza per nazionalità nel 2009 vede al primo posto i rumeni e gli indiani (questi ultimi tradizionalmente impiegati nei lavori agricoli e nell'allevamento; *Tabella 31*).

Tabella 30. Numero e proporzione (%) di infortuni (definiti positivi) di immigrati, settore Agricoltura, anni 2005-2009

Agricoltura	2005	2006	2007	2008	2009*
Infortunati temporanei	7.583	7.514	6.956	5.686	5.387
di cui immigrati	759	806	777	672	618
% immigrati	10,0	10,7	11,2	11,8	11,5

* Percentuale di definizione: 95%.

Fonte: flusso informativo INAIL-ISPEL-Regioni 2010, elaborazione OREIL (Osservatorio regionale infortuni sul lavoro).

Tabella 31. Numero di infortuni (definiti positivi) per paese di nascita, settore Agricoltura, anni 2005-2009

Paese di nascita	2005	2006	2007	2008	2009*
India	86	95	86	91	108
Marocco	144	153	145	111	86
Albania	101	109	89	90	80
Pakistan	12	21	16	11	9
Tunisia	39	30	34	35	19
Polonia	47	51	55	42	44
Romania	66	66	95	115	109
Senegal	73	51	47	17	15
Bulgaria	22	23	22	20	24
Nigeria	29	38	28	11	7
Moldavia	12	12	25	18	21
Ucraina	16	18	14	10	12
altri paesi	112	139	121	101	84
<i>Totale</i>	<i>759</i>	<i>806</i>	<i>777</i>	<i>672</i>	<i>618</i>

* Percentuale di definizione: 95%.

Fonte: flusso informativo INAIL-ISPEL-Regioni 2010, elaborazione OREIL (Osservatorio regionale infortuni sul lavoro).

Incidenza infortunistica dei lavoratori immigrati

Nell'ambito del progetto nazionale "La salute della popolazione immigrata", l'INAIL ha curato la sezione sugli infortuni dei lavoratori immigrati, nella quale per la prima volta sono pubblicati i dati desumibili dalle "denunce nominative aziendali" (DNA), con cui ogni datore di lavoro segnala all'Istituto tutti i lavoratori occupati in ogni settore produttivo. Il numero di addetti, che stima i lavoratori esposti a rischio di infortunio, è distinto a livello regionale in italiani e immigrati per ogni comparto produttivo. Poiché si conosce la nazionalità degli infortunati, è possibile stimare l'incidenza di infortuni dei lavoratori italiani e immigrati nei diversi comparti.

In Emilia-Romagna il rischio di infortunio da parte dei lavoratori immigrati è complessivamente di 43,0 per 1.000 addetti, superiore rispetto a quello degli italiani (33,9 per 1.000). A livello nazionale si conferma la più alta incidenza infortunistica tra gli immigrati rispetto ai colleghi italiani (27,6 x 1.000 vs 23,0 x 1.000).

Per quanto riguarda alcuni comparti specifici, sono stati considerati il Metalmeccanico ("lavorazione metalli") e le Costruzioni (*Tabella 32*), nei quali la presenza di lavoratori stranieri è elevata, così come il rischio di infortuni. Dai dati risulta un'incidenza di infortuni più alta in entrambi i settori, sia tra gli italiani che, in misura assai maggiore, tra gli immigrati. Tuttavia, mentre in metalmeccanica il rischio di infortunio per un lavoratore straniero è più elevato che per un lavoratore italiano, in edilizia sembra essere più basso. Questo dato può essere spiegato in modi diversi. Da una parte, le modalità di registrazione degli addetti potrebbero non essere adeguate a descrivere un comparto caratterizzato da elevata precarietà ed elevato *turnover* come l'edilizia; dall'altra, il numero degli infortuni in edilizia potrebbe essere sottostimato, data la diffusione di lavoro nero e di lavoro autonomo, contrariamente alla metalmeccanica in cui la denuncia di addetti e di infortuni appare corretta.

Tabella 32. Numero di infortuni e di addetti in Emilia-Romagna, indice di incidenza (II) per 1.000 per comparto produttivo e paese di nascita, anno 2007

Comparto	Italiani			Immigrati		
	Infortuni	Addetti	II	Infortuni	Addetti	II
Metalli	4.743	94.669	50,1	2.100	23.683	88,7
Costruzioni	7.853	184.107	42,7	2.277	61.107	37,3
<i>Totali</i>	<i>59.539</i>	<i>1.758.067</i>	<i>33,9</i>	<i>14.329</i>	<i>333.302</i>	<i>43,0</i>

Fonte: INAIL: tavole di assicurati e infortuni sul lavoro. Da AA.VV. *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*. 2009.

CONFRONTO CON I DATI NAZIONALI *

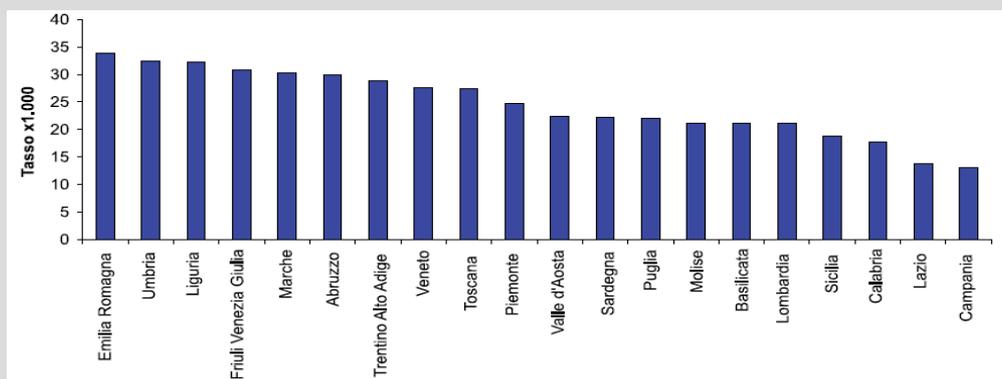
In Italia nel 2007 gli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL sono stati 664.601; 92.754 di questi, pari al 14%, hanno riguardato lavoratori nati all'estero.

Il fenomeno infortunistico mostra un incremento degli incidenti a carico dei lavoratori immigrati, diversamente da quanto si osserva tra i lavoratori italiani: nel triennio 2005-2007 si è registrato un incremento pari al 10,5%, giustificato in parte anche dall'apporto continuo di manodopera immigrata. Anche in Emilia-Romagna, come nelle altre regioni italiane, l'incidenza di infortuni a carico di soggetti immigrati è maggiore rispetto a quelli dei lavoratori italiani. Il fenomeno può essere spiegato da una concentrazione della domanda di manodopera immigrata in tutti quei lavori precari, pericolosi, mal pagati o poco interessanti per la popolazione autoctona.

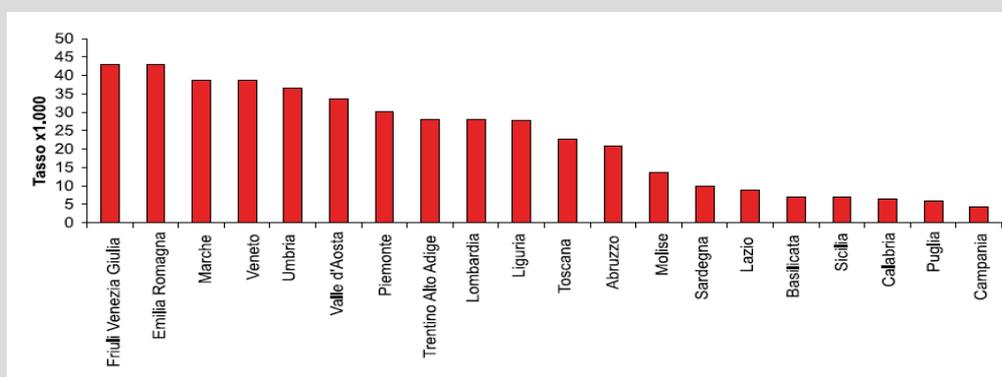
A livello territoriale, in generale sono le regioni del Centro-Nord quelle che presentano indici più alti di infortuni sul lavoro che coinvolgono lavoratori immigrati; nello specifico al primo posto della graduatoria si collocano Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna (43,0 per 1.000), al secondo posto Marche e Veneto (38,7 per mille) e a seguire l'Umbria (36,6 per 1.000).

Grafico Indici di incidenza infortunistica (per 1.000) di italiani e immigrati per regione. Italia, anno 2007

a) italiani



b) immigrati



* Dati elaborati da INAIL. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

3.4. Malattie infettive

Le malattie infettive e il loro monitoraggio sono di particolare rilevanza in sanità pubblica. La popolazione immigrata è esposta a molti fattori di rischio, tra cui condizioni di vita precarie (relativamente a casa, lavoro e qualità della vita), situazioni connesse all'emarginazione sociale e a barriere linguistiche, culturali e socio-economiche. Questi fattori sociali e individuali possono causare, tra gli immigrati, difficoltà di accesso ai servizi sanitari per la diagnosi e il trattamento delle malattie, oltre che scarsa informazione e bassa attitudine alla prevenzione. Di conseguenza, tra la popolazione autoctona si generano facilmente paure o pregiudizi sugli immigrati, che vengono percepiti come un rischio sanitario.

Di seguito viene riportato un piccolo approfondimento su tubercolosi, HIV e AIDS.²⁸

Tubercolosi

La tubercolosi è una malattia considerata debellata nella popolazione generale, ma essendo fortemente associata alle condizioni di vita delle persone, si continua a riscontrare nei gruppi più a rischio, soprattutto fra immigrati e anziani.

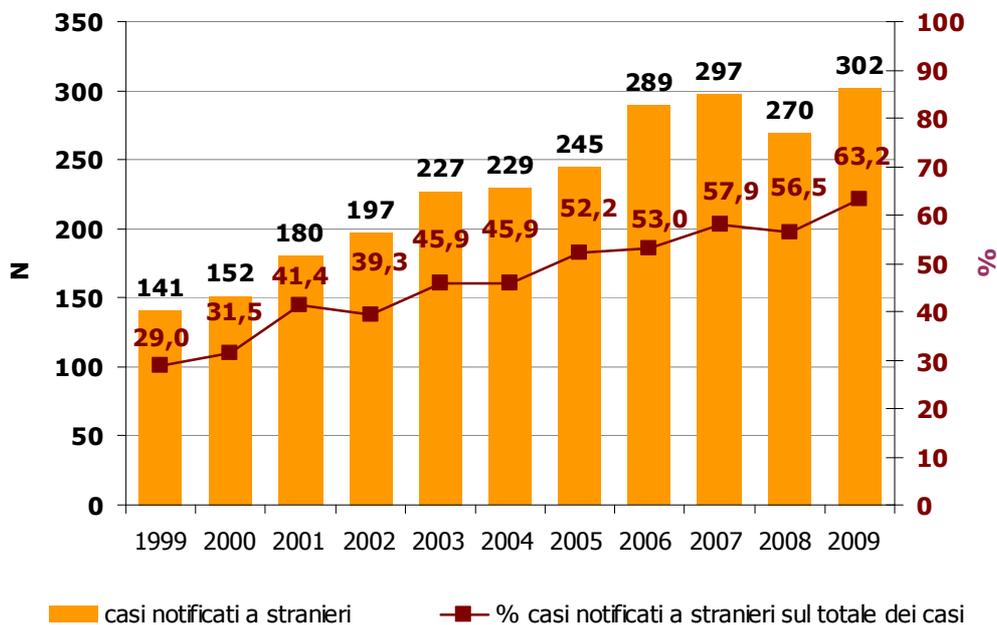
In Emilia-Romagna i casi notificati e i tassi di incidenza appaiono sostanzialmente stabili nel periodo, con un tasso grezzo di incidenza nel 2009 che si attesta intorno a 10,9 casi per 100.000 abitanti, dato superiore a quello nazionale (7,1).²⁹ La proporzione di casi a carico degli stranieri sul totale dei casi notificati in Emilia-Romagna è in costante aumento (si è passati da quasi il 30% alla fine degli anni '90 al 60% nel 2009), fenomeno attribuibile principalmente al progressivo aumento della presenza di stranieri in Italia (*Grafico 40*). Nel periodo osservato, più del 10% dei casi notificati agli stranieri sono a carico di residenti all'estero.

L'analisi per classi di età nei residenti in Emilia-Romagna mostra un'ulteriore differenza tra italiani e stranieri (dato certamente influenzato dalla differente struttura per età delle due popolazioni): nei primi la fascia di età maggiormente colpita è quella anziana (gli *over 65*), mentre tra gli stranieri è quella dei giovani adulti (15-44 anni) (*Grafico 41*).

²⁸ I flussi utilizzati per descrivere le malattie infettive qui riportate hanno differente disponibilità di informazioni utili a identificare i cittadini stranieri. In questo Paragrafo ci si riferisce per omogeneità solo al paese di nascita. Per una migliore lettura dei dati si consiglia di fare riferimento al quadro demografico descritto nel Capitolo 1.

²⁹ Fonte dati: Ministero della salute.

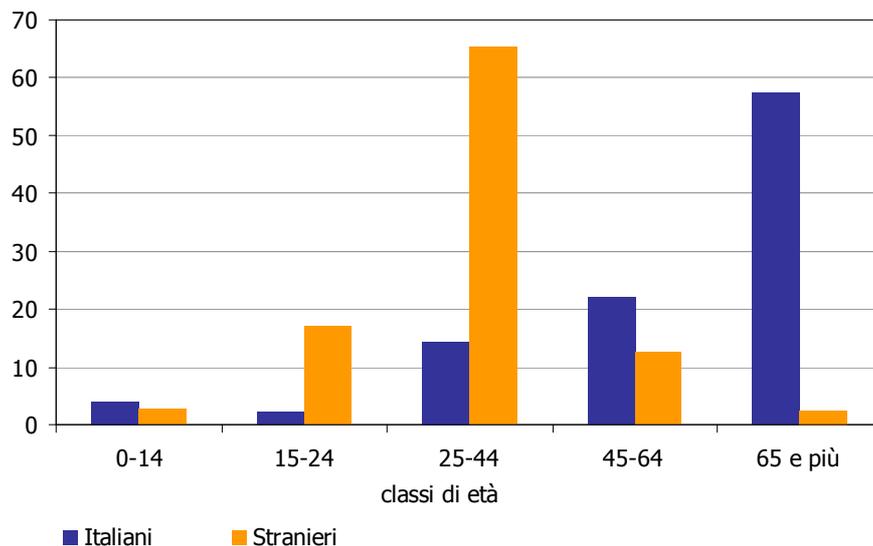
Grafico 40. TBC, numero di notifiche negli stranieri e proporzione (%) sul totale dei casi* notificati in Emilia-Romagna, anni 1999-2009



* esclusi i *missing* per paese di nascita.

Fonte: Sistema informativo regionale delle malattie infettive, casi notificati in Emilia-Romagna.

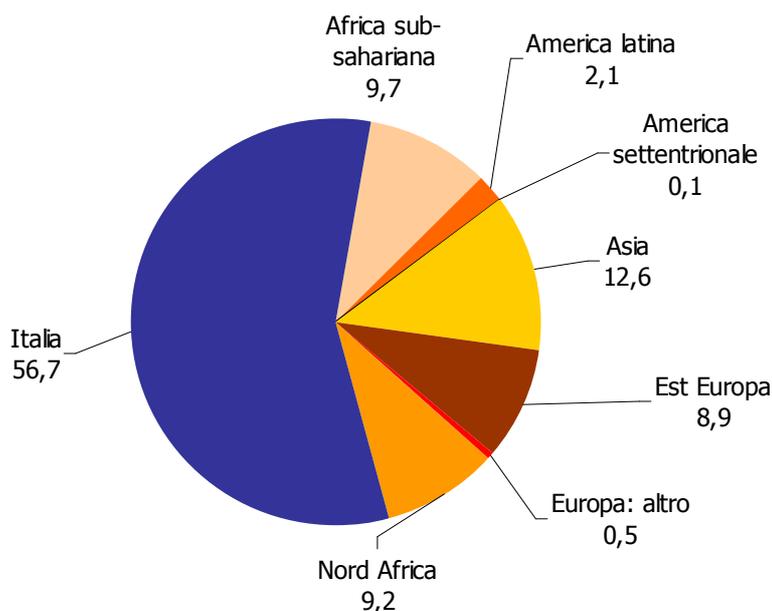
Grafico 41. TBC, distribuzione % di notifiche per classe di età e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, periodo 1999-2009



Fonte: Sistema informativo regionale delle malattie infettive, casi notificati in Emilia-Romagna.

Complessivamente nel periodo considerato l'area geografica maggiormente rappresentata è l'Asia, in prevalenza Pakistan e India, seguita dall'Africa sub-sahariana (*in primis* Senegal) e l'Africa settentrionale (in prevalenza Marocco). In crescita nell'ultimo decennio è la frequenza dei nati nell'Europa dell'Est, in particolar modo la Romania, fenomeno tuttavia legato alla loro espansione demografica (dati non riportati) (*Grafico 42*).

Grafico 42. TBC, distribuzione % di notifiche per area geografica di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, periodo 1999-2009



Fonte: Sistema informativo regionale delle malattie infettive, Regione Emilia-Romagna; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

La maggior parte degli stranieri sviluppa la patologia dopo almeno due anni dall'arrivo in Italia, a causa di condizioni di vita disagiate.

Come per gli italiani, anche per gli stranieri, la tipologia polmonare è la forma di tubercolosi più diffusa, comportando quindi implicazioni in materia di sanità pubblica legate alle modalità di contagio (dati non riportati).

Da un approfondimento effettuato nel periodo 2004-2008 in Emilia-Romagna (Morandi *et al.*, 2009), sono stati individuati 78 focolai³⁰ di tubercolosi, con evidenza di trasmissione prevalentemente intrafamiliare, in particolare in famiglie straniere.

In 65 focolai (83%) il caso indice³¹ ha riguardato un soggetto nato all'estero (il 43% proveniente dall'Africa e il 31% dall'Europa) e nel 2008 la totalità dei focolai ha presentato una modalità di trasmissione in ambito familiare. Negli anni, mentre il numero

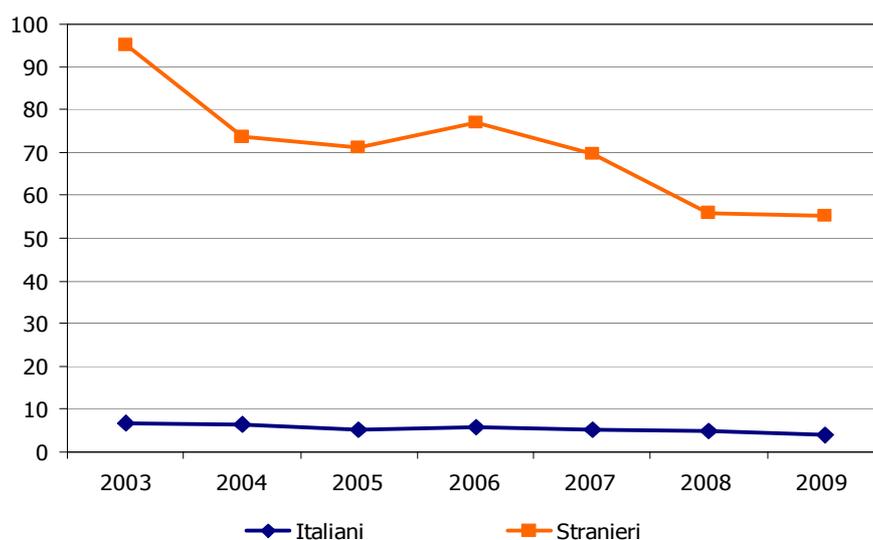
³⁰ Casi individuati attraverso il sistema di notifica delle malattie di classe IV. È definito "focolaio" la trasmissione dell'infezione/malattia dal caso indice a almeno un contatto.

³¹ Il primo caso di malattia infettiva che introduce il contagio nel gruppo.

di focolai con esclusivo coinvolgimento di cittadini italiani è rimasto pressoché costante, il numero di focolai con interessamento di cittadini stranieri è aumentato progressivamente, fino a rappresentare nel 2008 il 90% dei focolai di TB. Tra i fattori che spiegano questo dato si ritrovano: l'aumento progressivo di stranieri presenti sul territorio (spesso proveniente da aree ad elevata endemia tubercolare), il maggior numero di figli delle donne straniere, le loro condizioni di maggiore fragilità sociale che predispongono a una maggiore suscettibilità di sviluppare la malattia e diffonderla, e i numerosi ostacoli a una reale fruibilità dei servizi di diagnosi e cura.

Nel periodo 2003-2009 l'incidenza di tubercolosi³² tra gli stranieri è stata mediamente di 68 casi ogni 100.000 residenti, rispetto a 5 per 100.000 degli italiani. Nonostante l'aumento degli stranieri e i loro alti tassi di incidenza, i tassi nella popolazione italiana non aumentano (*Grafico 43*), ad ulteriore conferma che il fenomeno resterebbe circoscritto nelle collettività straniere, in cui - come si è visto - la trasmissione avviene spesso attraverso focolai epidemici a coinvolgimento familiare.

Grafico 43. TBC, tasso di incidenza grezza (per 100.000) per paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2003-2009



* calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

Fonti:

Sistema informativo regionale delle malattie infettive, casi notificati in Emilia-Romagna.

ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

³² I tassi risultano poco accurati per mancanza di informazioni certe sui denominatori, tuttavia il loro calcolo è molto utile per fornire l'ordine di grandezza del fenomeno nelle due popolazioni.

HIV

La diffusione dell'infezione da HIV (*human immunodeficiency virus*) è uno dei problemi più rilevanti nella popolazione immigrata. La vulnerabilità è sicuramente associata a diversi fattori di disagio, come la provenienza da paesi ad alta epidemia (Africa, America-latina, Europa dell'Est, Asia), l'emarginazione sociale, le barriere linguistiche, culturali e socio-economiche. Tutto ciò comporta una maggiore esposizione al rischio di contagio e una progressione più rapida verso la malattia conclamata, ovvero l'AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*).

A livello nazionale l'incidenza delle nuove diagnosi di HIV ha visto un picco di segnalazioni nel 1987, per poi diminuire fino al 1998 e stabilizzarsi successivamente. Grazie ai dati di un *pool* di Regioni e Province italiane che hanno partecipato al sistema di sorveglianza a partire dal 1985,³³ è noto che L'Emilia-Romagna si caratterizza per avere il tasso di incidenza più alto a livello nazionale (nel 2009: 9,3 x 100.000 residenti vs 6,0 x 100.000 dato complessivo; ISS, 2011).

Tra le nuove diagnosi di infezione da HIV la percentuale di stranieri è aumentata dall'11% del 1992 al 32,9% del 2006, per poi diminuire negli anni seguenti (nel 2009 è stata del 27,2%). L'incremento così rilevante è attribuibile principalmente al progressivo aumento del numero di stranieri in Italia più che a una reale crescita dell'epidemia in questa popolazione. Inoltre, sebbene negli anni l'incidenza di HIV tra gli stranieri sia diminuita, la diffusione dell'infezione è rimasta più alta rispetto agli italiani (nel 2007 l'incidenza standardizzata per genere ed età tra gli stranieri era 11 volte più alta; Raimondo *et al.*, 2009).

I contatti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente; in particolare la percentuale di immigrati che ha contratto l'infezione attraverso questa via è aumentata negli anni, passando dal 24,6% nel 1992 al 70% nel 2009.

I dati riportati di seguito provengono dal sistema di sorveglianza dell'Emilia-Romagna delle nuove diagnosi di infezione da HIV sul territorio regionale, che è stato attivato nel 2009 e che ha recuperato retrospettivamente le segnalazioni di nuove diagnosi a partire dal 2006.

Nel periodo 2006-2009 la proporzione dei casi riferiti agli stranieri si attesta intorno al 30% (*Tabella 33*).

³³ Ne fanno parte, a partire dell'anno indicato tra parentesi: Lazio (1985), Veneto (1988), Friuli-Venezia Giulia (1985), Piemonte (1999), Liguria (2001), Puglia (2007), Marche (2007), Emilia-Romagna (2006), Valle d'Aosta (2008), Lombardia (2009), Calabria (2009), Umbria (2009), e delle seguenti province: Provincia autonoma di Trento (1985), Provincia autonoma di Bolzano (1985), e province di Sassari (1997), Catania (2007) e Pescara (2006), Toscana, Sicilia, Abruzzo e Campania (2010).

Tabella 33. HIV, numero e proporzione (%) di nuove diagnosi e proporzione per paese di nascita. Casi notificati in Emilia-Romagna, anni 2006-2009

Anno	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	%	N	%	N	%
2006	258	66,2	132	33,8	390	100,0
2007	292	69,7	127	30,3	419	100,0
2008	345	73,9	122	26,1	467	100,0
2009	321	67,4	155	32,6	476	100,0
2006-2009	1.216	69,4	536	30,6	1.752	100,0

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna.

Nei residenti in Emilia-Romagna il rapporto di mascolinità è decisamente diverso tra italiani e stranieri: mentre per i primi vengono diagnosticati 6 uomini ogni donna notificata (anno 2009, dato in aumento rispetto ai 3 anni precedenti), per gli stranieri il rapporto si attesta intorno allo 0,8 (*Tabella 34*).

Questo dato è facilmente interpretabile se si considera l'alto numero di donne in età fertile tra le straniere e il loro maggiore numero di figli rispetto alle italiane. Inoltre il motivo più frequente per cui ricorrono al test, oltre alla sospetta patologia, è rappresentato dal controllo in gravidanza (29,5% dei test tra le straniere e 9,2% tra le italiane), e non dalla percezione del rischio, come avviene tra le italiane (8,8% tra le straniere contro 20,1% tra le italiane (*Tabella 35*).

I dati riferiti al periodo 2006-2009 (*Tabella 36*) confermano quanto rilevato dai sistemi di sorveglianza attivi a livello nazionale: tra gli stranieri residenti in Emilia-Romagna, più del 75% dei contagi sono attribuiti a rapporti eterosessuali a fronte del 47% degli italiani, tra i quali sarebbe molto più diffuso il contagio per rapporti omo-bisessuali (nel 35% dei casi tra gli italiani contro l'11% tra gli stranieri). La proporzione di tossicodipendenti per via iniettiva tra chi ha contratto il virus è tripla tra gli italiani rispetto agli stranieri (nel quadriennio considerato il 6,8% contro il 2,2%).

Tabella 34. HIV, numero di nuove diagnosi per genere e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2006-2009

Anno	Italiani				Stranieri				% stranieri sul totale
	Uomini	Donne	Tot	M/F	Uomini	Donne	Tot	M/F	
2006	195	44	239	4,4	55	63	118	0,9	33,1
2007	215	53	268	4,1	51	55	106	0,9	28,3
2008	264	47	311	5,6	41	63	104	0,7	25,1
2009	244	40	284	6,1	52	70	122	0,7	30,0
2006-2009	918	184	1.102	5,0	199	251	450	0,8	29,0

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

Tabella 35. HIV, distribuzione (%) di nuove diagnosi per motivazioni dell'esecuzione del test, per genere e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, periodo 2006-2009

Motivo di esecuzione del test	Straniero			Italiano			Totale		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
Sospetta patologia HIV correlata o MST	40,7	29,9	34,7	47,9	31,0	45,1	46,6	30,3	42,1
Per percezione del rischio	20,1	8,8	13,8	27,2	20,1	26,0	26,0	13,6	22,5
Controllo in gravidanza	3,0	29,5	17,8	0,4	9,2	1,9	0,9	20,9	6,5
Test offerto da Servizi (consultori, SerT, ecc.)	4,0	8,8	6,7	3,8	3,8	3,8	3,8	6,7	4,6
Partner HIV+	6,5	3,6	4,9	2,1	9,8	3,4	2,9	6,2	3,8
Donazione sangue/organo/tessuto/sperma	1,0	0,0	0,4	2,1	4,3	2,5	1,9	1,8	1,9
Prima di intervento chirurgico	2,0	2,0	2,0	1,5	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7
Da campagna informativa	2,0	0,0	0,9	1,5	1,6	1,5	1,6	0,7	1,4
Su indicazione del medico curante	3,0	1,2	2,0	0,8	0,5	0,7	1,2	0,9	1,1
Sieropositività della madre o del figlio	0,5	1,2	0,9	0,0	1,1	0,2	0,1	1,1	0,4
Test eseguito per rischio biologico sul lavoro	0,0	0,8	0,4	0,2	0,5	0,3	0,2	0,7	0,3
Contatto accidentale con sangue	0,0	0,0	0,0	0,3	1,1	0,5	0,3	0,5	0,3
Altro	1,5	1,6	1,6	1,4	1,6	1,5	1,4	1,6	1,5
Non noto	15,6	12,7	14,0	10,7	13,6	11,2	11,5	13,1	12,0
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>								

Tratto da: Massimiliani *et al.*, 2010.

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

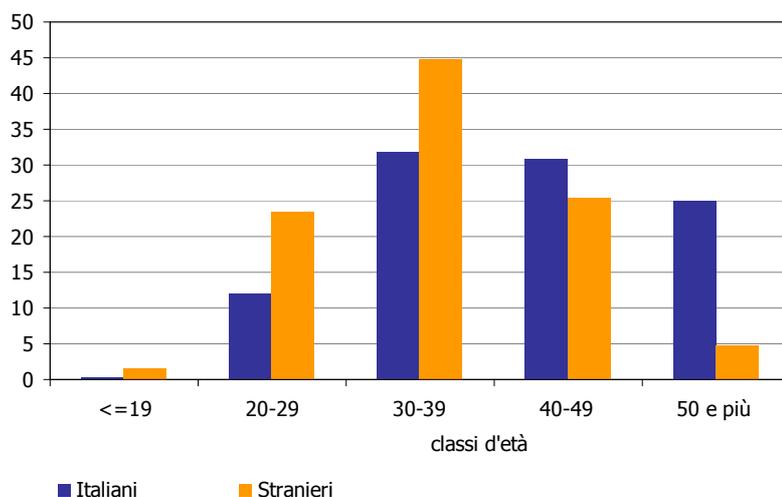
Tabella 36. HIV, numero e proporzione (%) di nuove diagnosi per modalità di trasmissione e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, periodo 2006-2009

Modalità di trasmissione	Italiani		Stranieri	
	N	%	N	%
Rapporti eterosessuali	522	47,4	339	75,3
Rapporti omosessuali/bisessuali	390	35,4	50	11,1
Uso di droghe iniettive	75	6,8	10	2,2
Trasfusione	2	0,2	3	0,7
Verticale	2	0,2	4	0,9
Altro	28	2,5	11	2,4
Rischio non determinato	74	6,7	30	6,7
Non risponde	9	0,8	3	0,7
<i>Totale</i>	<i>1.102</i>	<i>100,0</i>	<i>450</i>	<i>100,0</i>

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

Sempre a causa delle differenti strutture per età delle due popolazioni, tra gli stranieri, la proporzione di nuovi casi diagnosticati si concentra nella classe 30-39 anni, mentre per gli italiani le classi prevalenti si prolungano fino ai 49 anni; i casi diagnosticati dopo i 50 anni per gli italiani rappresentano quasi il 25%, mentre per gli stranieri solo il 5% (*Grafico 44*). La differenza di età tra stranieri e italiani è più accentuata nelle donne rispetto agli uomini: l'età mediana alla diagnosi è rispettivamente di 38 e 42 anni per gli uomini e di 33 anni contro i 39,5 per le sieropositive italiane.

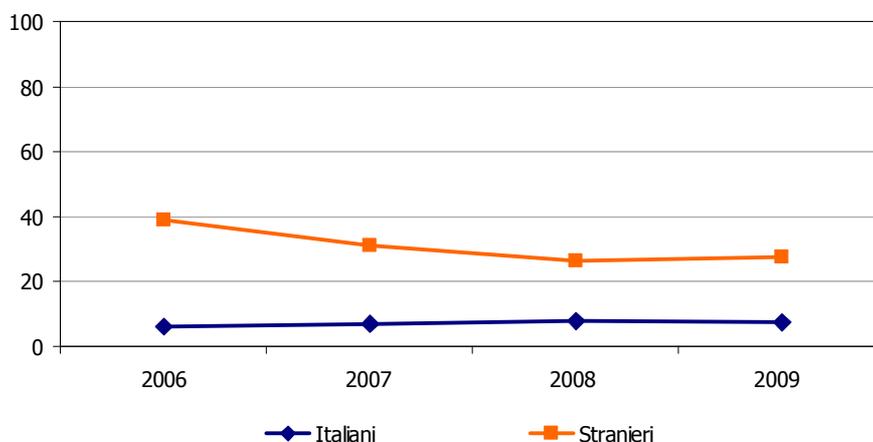
Grafico 44. HIV, distribuzione (%) di nuove diagnosi per classe di età e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, periodo 2006-2009



Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

I dati di incidenza grezza, pur essendo poco accurati per mancanza di informazioni certe sui denominatori, mostrano un'alta incidenza negli stranieri, tuttavia in diminuzione nel quadriennio osservato (*Grafico 45*).

Grafico 45. HIV, tasso di incidenza grezzo* (per 100.000) di nuove diagnosi per paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, anni 2006-2009



* calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

Fonti:

Sistema regionale di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; casi notificati in Emilia-Romagna dei residenti in regione.

ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

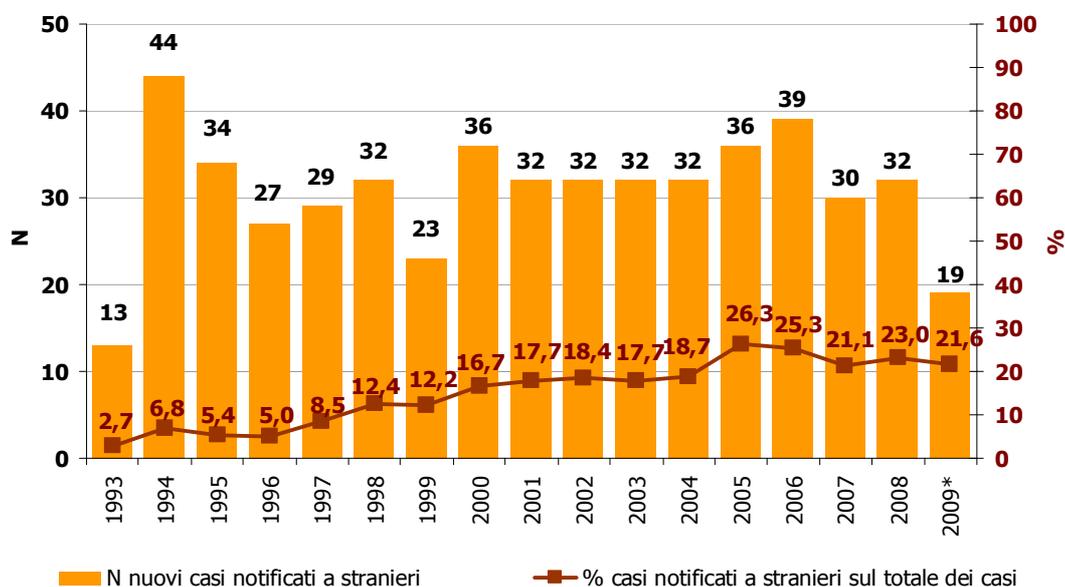
AIDS

Complessivamente, in Emilia-Romagna come in Italia, il numero di nuovi casi dal 1982 (anno di inizio dell'epidemia) al 2009 mostra un incremento fino al 1995, seguito da una diminuzione costante fino al 2001, e da una successiva stabilizzazione. La riduzione dei nuovi casi e quindi dell'incidenza della malattia è difficilmente attribuibile a una diminuzione delle infezioni da HIV, ma piuttosto è correlata all'introduzione della terapia antiretrovirale combinata, che inibisce la replicazione del virus.

Nell'anno 2009, confrontata con le altre regioni,³⁴ l'Emilia-Romagna si pone al quinto posto con un tasso di incidenza pari a 2,3 casi per 100.000 abitanti, dopo Liguria (4,1), Lombardia (3,2), Lazio (3,0) e Toscana (2,7) (ISS, 2010). I casi di AIDS notificati in Emilia-Romagna nel periodo 1993-2009 sono stati 4.678, di cui 522 tra gli stranieri. La proporzione degli stranieri sul totale di casi notificati (*Grafico 46*) è passata da 2,7% nel 1993 a 21,6% nel 2009, ma il *trend* in aumento è dovuto principalmente all'incremento demografico della popolazione straniera nel nostro territorio. L'8% circa dei casi notificati agli stranieri è attribuito a stranieri residenti all'estero.

³⁴ Dati COA, Centro operativo AIDS. Si precisa che i tassi di incidenza sono calcolati riferendo temporalmente il caso alla data di notifica e non alla data di diagnosi: pertanto il dato relativo all'incidenza nel 2009 potrebbe essere sottostimato per effetto del ritardo di notifica.

Grafico 46. AIDS, numero di casi incidenti degli stranieri e proporzione (%) sul totale dei casi notificati in Emilia-Romagna, anni 1993-2009



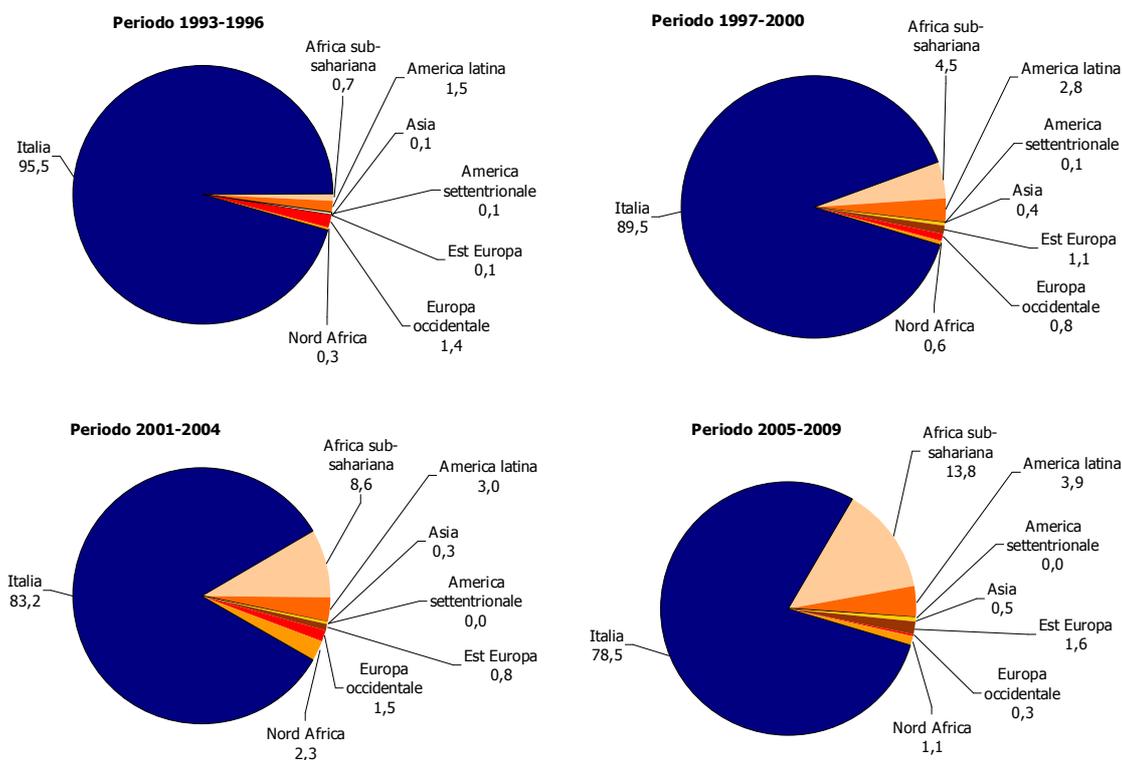
NB I dati del 2009 potrebbero essere sottostimati per effetto del ritardo di notifica.

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna, casi notificati in Emilia-Romagna.

L'aumento dei casi notificati tra gli stranieri residenti si accompagna a un cambiamento della composizione percentuale dei casi (*Grafico 47*): l'Africa sub-sahariana (in prevalenza Nigeria, Ghana, Costa d'Avorio e Senegal) è l'area maggiormente rappresentata (quasi il 14% dei casi notificati nel periodo 2005-2009) e anche quella che è maggiormente cresciuta (tra il 1993-1996 rappresentava meno dell'1% dei casi notificati nei residenti in Emilia-Romagna). Va considerato che dalle stime ultime dell'OMS e dell'UNAIDS³⁵ l'Africa sub-sahariana è la zona più colpita sia in termini di prevalenza e incidenza della malattia e dell'infezione, sia in termini di mortalità per tale patologia. Seguono l'America latina (in prevalenza Brasile) e l'Est Europa che rimane però sotto il 2% dei casi notificati tra i residenti.

³⁵ Rapporto 2010 sull'epidemia di AIDS presentato dal programma congiunto delle Nazioni unite sull'HIV-AIDS (UNAIDS) e dell'OMS-UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic 2010. November 2010. <http://www.unaids.org/globalreport/>

Grafico 47. AIDS, distribuzione (%) dei casi per area geografica di nascita e periodo. Residenti in Emilia-Romagna



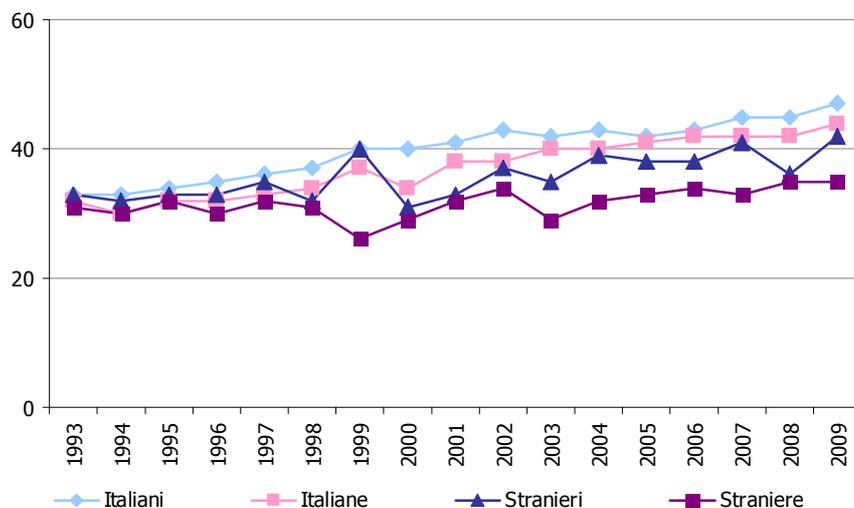
NB I dati del 2009 potrebbero essere sottostimati per effetto del ritardo di notifica.

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna; casi notificati in Italia.

L'età mediana alla diagnosi di AIDS (*Grafico 48*) è cresciuta progressivamente nel tempo (intorno ai 30 anni nei primi anni '90, oltre i 40 nel 2000 solo per gli italiani), così come la sua differenza di genere tra gli italiani e tra gli stranieri che è rimasta più marcata nelle donne, come già riportato per le infezioni da HIV. Nel 2009 l'età mediana degli italiani e degli stranieri è risultata rispettivamente di 47 e 42 anni per gli uomini e 44 e 35 anni per le donne.

Nell'ultimo decennio il rapporto tra uomini e donne con nuova diagnosi si è mantenuto costante tra gli italiani, attestandosi intorno a 3:1, mentre è apparso più instabile tra gli stranieri, a causa della minore consistenza numerica, risultando comunque tendenzialmente intorno a 2:1.

Grafico 48. AIDS, età mediana delle nuove diagnosi per genere e paese di nascita. Residenti in Emilia-Romagna, anni 1993-2009



NB I dati del 2009 potrebbero essere sottostimati per effetto del ritardo di notifica.

Fonte: Sistema regionale di sorveglianza delle diagnosi di AIDS - Regione Emilia-Romagna; casi notificati in Italia.

3.5. Mortalità

Il fenomeno della mortalità rappresenta una stima indiretta, generalmente robusta, dello stato di salute della popolazione; tuttavia, nel caso degli immigrati, la loro giovane età e l'effetto "migrante sano" fanno sì che la percentuale di decessi sia davvero esigua.

Bisogna tenere presente inoltre che spesso gli immigrati sono soliti ritornare nei paesi di provenienza in età avanzata o in caso di malattie gravi. Si presume tuttavia che questo fenomeno tenderà a diminuire nel tempo in seguito alla sempre maggiore integrazione della popolazione immigrata nel territorio italiano.

Frequenza dei decessi

La Tabella 37 mostra il numero e la proporzione dei decessi avvenuti in Emilia-Romagna tra gli immigrati, compresi i non residenti (ovvero residenti in Paesi a forte pressione migratoria).

Nel 2002 il numero di decessi avvenuti in regione del totale degli immigrati si attestava a 217, di cui il 43% a carico dei non residenti; il *trend* negli anni è aumentato, fino ad arrivare a 462 morti nel 2009 con la quota a carico dei non residenti ridotta al 27%.

Complessivamente la proporzione dei decessi degli immigrati sul totale delle morti è aumentata linearmente per gli immigrati, passando dallo 0,26% nel 2002 allo 0,69% nel 2009.

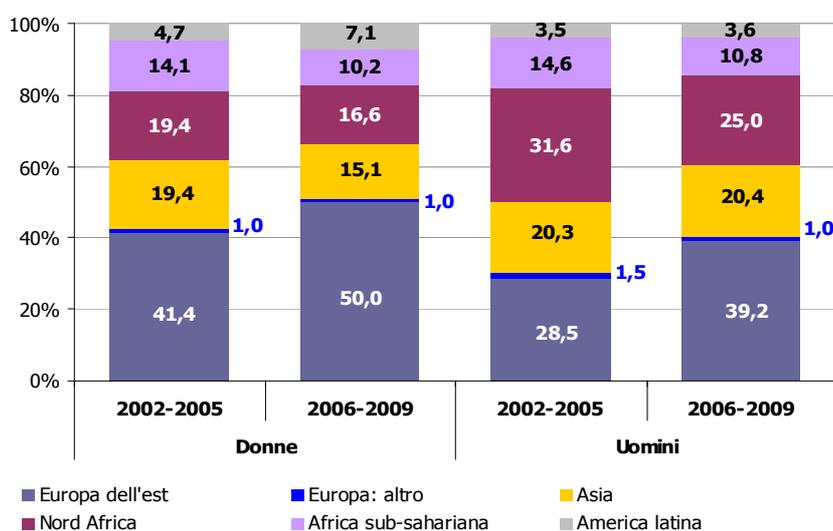
Tabella 37. Numero e proporzione (%) di decessi degli immigrati sul totale dei decessi, anni 2002-2009

Anno	decessi			% decessi	
	immigrati	immigrati non residenti	totale popolazione	immigrati	immigrati non residenti
2002	123	94	46.554	0,26	0,20
2003	155	106	49.108	0,32	0,22
2004	170	120	45.435	0,37	0,26
2005	196	113	46.550	0,42	0,24
2006	221	123	46.334	0,48	0,27
2007	241	117	47.070	0,51	0,25
2008	285	140	48.192	0,59	0,29
2009	332	125	48.232	0,69	0,26

Fonte: REM - Rilevazione mortalità, decessi avvenuti in Emilia-Romagna.

Tra gli immigrati deceduti l'area di provenienza più rappresentata è l'Europa dell'Est per le donne, sia nel primo che nel secondo periodo analizzato, mentre per gli uomini il Nord Africa rappresenta l'area di maggiore provenienza nel primo periodo, superata nel secondo dall'Europa dell'Est (*Grafico 49*). I dati riguardanti la "geografia" della mortalità rispecchiano in parte i cambiamenti dei flussi demografici di popolazione, come ad esempio l'entrata in Europa della Romania nel 2007.

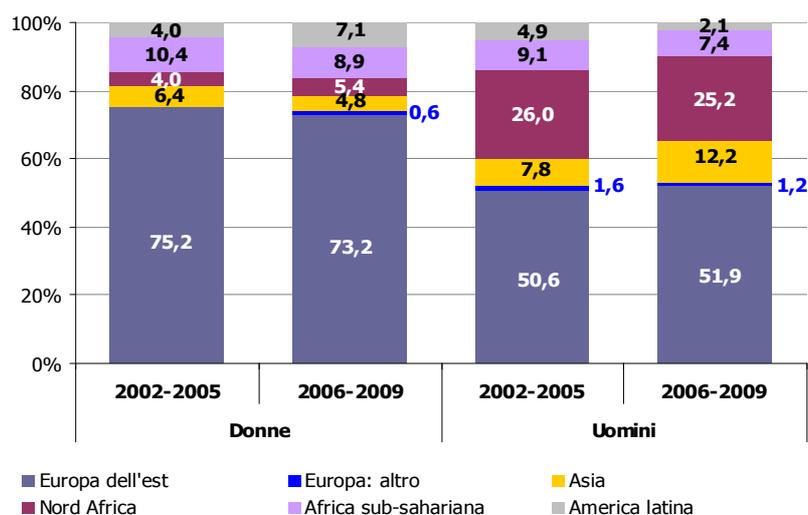
Grafico 49. Proporzione (%) di decessi avvenuti in Emilia-Romagna per area geografica di provenienza degli immigrati. Donne, uomini, periodi 2002-2005, 2006-2009



Fonte: REM - Rilevazione mortalità, decessi avvenuti in Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda gli immigrati non residenti, si osserva una prevalenza netta di donne decedute provenienti dall'Europa dell'Est - oltre il 70% - mentre per gli uomini, pur essendo prevalente, la quota si attesta intorno al 50% in entrambi i periodi. Una percentuale consistente di uomini deceduti proviene dal Nord Africa (circa il 25%), mentre si osserva un aumento dei decessi di uomini provenienti dall'Asia (*Grafico 50*).

Grafico 50. Proporzione (%) di decessi avvenuti in Emilia-Romagna per area geografica di provenienza degli immigrati non residenti. Donne, uomini, periodi 2002-2005, 2006-2009



Fonte: REM - Rilevazione mortalità, decessi avvenuti in Emilia-Romagna.

I tassi grezzi di mortalità, riferiti ai soli residenti in regione, mettono in luce valori molto più contenuti per gli immigrati rispetto agli italiani: muoiono infatti circa 8 immigrati residenti contro circa 119 italiani ogni 10.000 residenti.

L'età della popolazione autoctona, concentrata nelle fasce di età più avanzate, fa sì che la differenza dei tassi di mortalità tra uomini e donne sia scarsa (*Tabella 38*); al contrario, l'età degli immigrati, incentrata sulle classi più giovani, mette in evidenza un minore numero di decessi tra le donne: i tassi grezzi di mortalità degli uomini infatti sono particolarmente elevati e pari quasi al doppio di quelli delle donne (9,6 ogni 10.000 residenti contro 5,8 nel periodo 2006-2009). Non si osservano variazioni sostanziali del fenomeno tra i due periodi osservati.

Tabella 38. Tassi grezzi* medi annui di mortalità (x 10.000) per genere e cittadinanza. Residenti in Emilia-Romagna, periodi 2003-2005 e 2006-2009

	2003-2005		2006-2009	
	Italiani	Immigrati	Italiani	Immigrati
Donne	117,6	5,1	119,6	5,8
Uomini	119,7	10,6	117,1	9,6
<i>Totale</i>	<i>118,6</i>	<i>8,0</i>	<i>118,4</i>	<i>7,7</i>

* calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

Fonti:

REM - Rilevazione mortalità, decessi dovunque avvenuti.

ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Cause di morte

Per il 2009 il Grafico 51 mostra la suddivisione dei decessi per grandi gruppi di cause di morte e genere, nella classe di età 1-64 anni³⁶ (fascia in cui si colloca la maggior parte dei residenti immigrati).

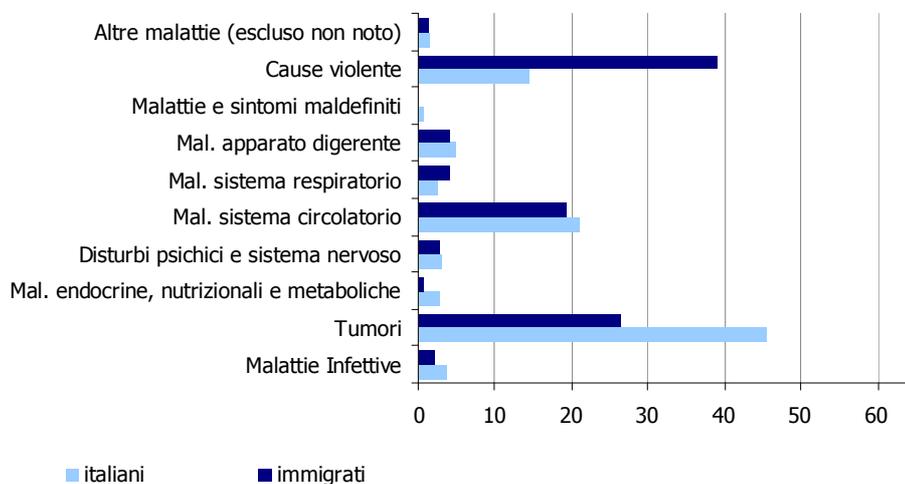
Le cause violente rappresentano complessivamente il 34% delle morti totali e sono il primo motivo di decesso tra gli uomini immigrati nella classe di età 1-64 anni (il 38,9%), seguite dai tumori (26,4%) e dalle malattie del sistema circolatorio (19,4%). Per gli uomini italiani le cause violente rappresentano invece il 14,4% del totale, mentre i tumori e le malattie del sistema circolatorio provocano oltre il 66% dei decessi.

Nelle donne immigrate le cause violente costituiscono il secondo motivo di morte (quasi il 25,3% del totale contro il 7,1% delle donne italiane), dopo i tumori (44,0% contro 64,6% delle donne italiane).

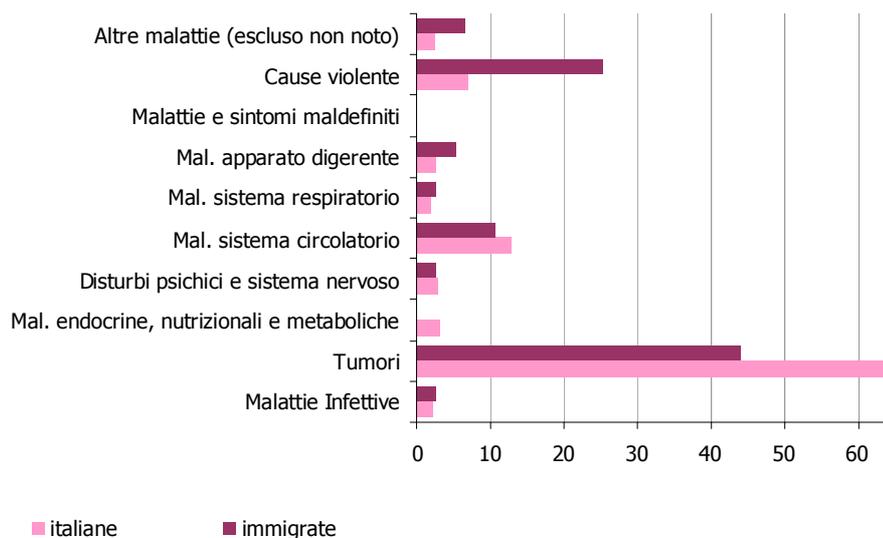
³⁶ Le cause di morte nel primo anno di vita sono trattate nel Paragrafo 3.1 "Donne e bambini".

Grafico 51. Mortalità proporzionale (%) per grandi gruppi di causa (grandi capitoli ICD X) e cittadinanza (età 1-64 anni). Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) uomini



b) donne



NB Calcolato sul totale escluse le cause non note.

Fonte: REM - Rilevazione mortalità, decessi dovunque avvenuti.

4. Uno sguardo sulle province

4.1. Quadro demografico

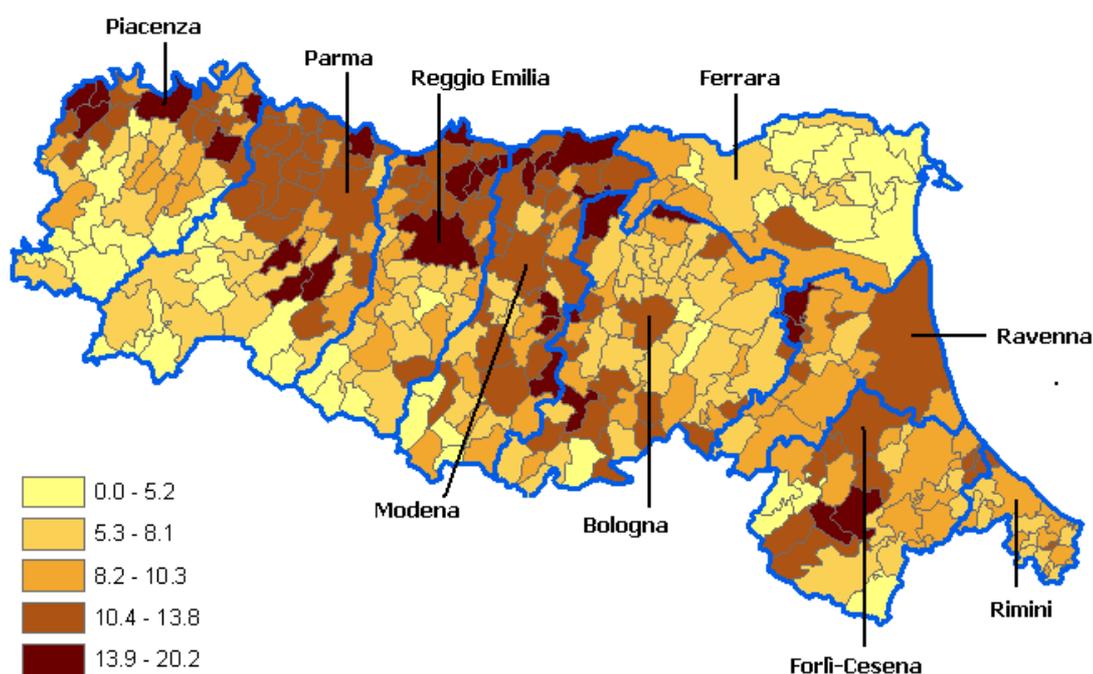
Ad integrazione dei dati riportati nei Capitoli 1 e 2, viene di seguito fornita una panoramica sulle realtà provinciali.

In Emilia-Romagna gli stranieri residenti al 31/12/2009 erano 461.321, di cui il 97% immigrati (447.231 abitanti, che rappresentavano il 10,2% della popolazione residente).

La maggiore concentrazione dei residenti immigrati si osserva nelle province di Bologna (20,3%), Modena (18,0%), Reggio Emilia (14,2%) e Parma (10,8%). Il quadro cambia, invece, se si fa riferimento alla proporzione sul totale della popolazione: rispetto alla media regionale, la prima provincia che la supera è Piacenza, seguita da Reggio Emilia, Modena e Parma (*Figura 2, Tabella 39*).

Le province che presentano la maggiore incidenza femminile sono Ferrara, Rimini e Bologna.

Figura 2. Proporzioni (%) di immigrati residenti in Emilia-Romagna sul totale della popolazione per comune, anno 2009



Fonte: ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Tabella 39. Popolazione residente in Emilia-Romagna, totale e immigrata, rapporto (%) di mascolinità e % su popolazione totale per provincia, anno 2009

Provincia	Immigrati			Popolazione totale
	N	% su popolazione	M/F	N
Piacenza	35.258	12,2	104,1	288.003
Parma	48.232	11,0	98,4	437.349
Reggio Emilia	63.441	12,1	102,3	525.267
Modena	80.640	11,6	103,3	694.579
Bologna	90.947	9,2	93,5	984.342
Ferrara	23.724	6,6	82,5	358.972
Ravenna	39.544	10,2	101,9	389.509
Forlì - Cesena	37.979	9,7	100,1	392.329
Rimini	27.466	8,9	88,8	307.085
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>447.231</i>	<i>10,2</i>	<i>98,1</i>	<i>4.377.435</i>

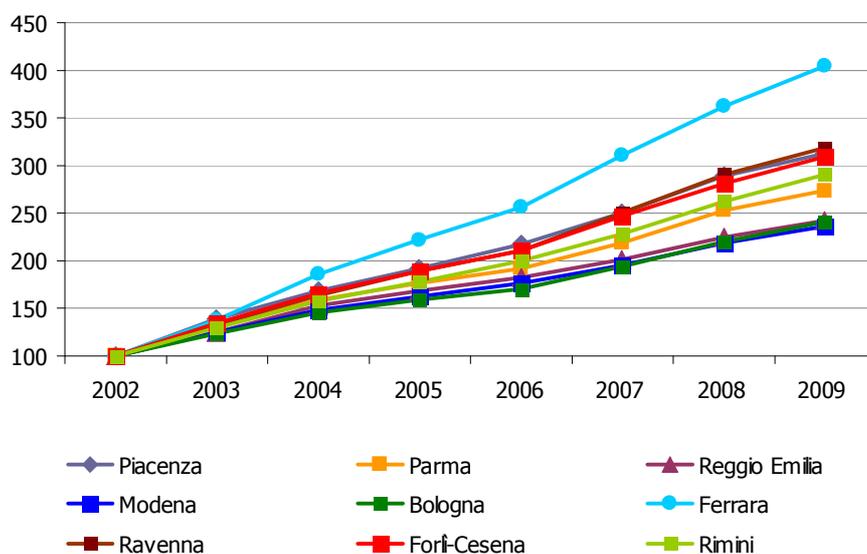
Fonte: ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

La presenza di immigrati si è sviluppata inizialmente lungo la via Emilia, soprattutto nelle province di Parma, Modena, Reggio Emilia e Bologna (Caritas, 2010). Queste zone, i cui sistemi economici erano caratterizzati dalla piccola e media impresa, fornivano agli immigrati stranieri opportunità di lavori stabili e una rete di servizi più o meno efficacemente orientati ai bisogni di tipo familiare. Negli anni più recenti si è però osservata una tendenza a una maggiore diffusione ed equilibrio delle presenze straniere nelle diverse province della regione.

Rispetto al 2002, quando gli immigrati rappresentavano il 3,8% della popolazione residente totale, la prevalenza di immigrati è raddoppiata in tutte le province nel giro di 6 anni, e al 2009 risultava più che triplicata nelle province di Forlì, Ravenna e Piacenza (*Grafico 52*). La crescita della popolazione immigrata straniera a Ferrara è stata nettamente superiore rispetto al resto della regione: nel 2009, con 23.724 residenti immigrati, la percentuale sulla popolazione totale (pari al 6,6%) è quadruplicata rispetto al 2002.

Marocco, Romania e Albania sono le tre comunità maggiormente rappresentate in Emilia-Romagna (complessivamente rappresentano il 40% degli immigrati in regione), dato sostanzialmente omogeneo tra le province (vedi *Tabella A.1* in *Appendice*). Fanno eccezione la provincia di Reggio Emilia (dove la comunità indiana occupa il terzo posto) e Ferrara e Rimini (dove il terzo posto è occupato dalla comunità ucraina). Marocco, Albania e India sono comunità a prevalenza maschile, mentre Romania e in particolare Ucraina a prevalenza femminile.

Grafico 52. Numeri indice della serie storica della prevalenza di immigrati per provincia di residenza, base anno 2002 = 100



Fonte: ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

4.2. La salute degli immigrati e il ricorso ai servizi sanitari

Di seguito vengono riportati alcuni dati sul ricorso al ricovero ospedaliero degli immigrati nelle province di erogazione, con due approfondimenti - uno quantitativo e l'altro qualitativo - riguardanti specifiche aree territoriali. Si riporta inoltre un contributo sull'accesso al Pronto soccorso nella provincia di Reggio Emilia, curato dal Servizio di epidemiologia del Dipartimento di sanità pubblica dell'Azienda USL. Viene infine presentato un racconto dell'attività svolta da Sokos, associazione di assistenza sanitaria agli immigrati sprovvisti di permesso di soggiorno, che opera nell'area metropolitana bolognese.

La proporzione dei ricoveri degli immigrati in Emilia-Romagna rispecchia la loro presenza sul territorio ed è maggiore nelle province centro-occidentali (*Tabella 40*). Nelle aree di Ferrara e di Rimini si riscontra inoltre (a differenza dell'andamento generale) una proporzione di ricoveri effettuati dagli immigrati non residenti nel territorio superiore al valore medio regionale.

Tabella 40. Numero e proporzione (%) di ricoveri totali per cittadinanza per area provinciale di erogazione, anno 2009

Area provinciale di erogazione	Immigrati		Immigrati non residenti		Totale ricoveri
	N	%	N	%	N
Piacenza	3.660	8,0	333	0,7	45.833
Parma	5.788	7,3	404	0,5	79.170
Reggio Emilia	6.619	8,3	621	0,8	79.662
Modena	9.359	8,1	1.050	0,9	115.836
Bologna	12.650	6,3	1.730	0,9	200.238
Ferrara	3.279	5,1	697	1,1	63.970
Ravenna	3.743	5,4	503	0,7	68.901
Forlì - Cesena	4.444	6,2	192	0,3	71.484
Rimini	3.253	6,0	783	1,4	54.345
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>52.795</i>	<i>6,8</i>	<i>6.313</i>	<i>0,8</i>	<i>779.439</i>

Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

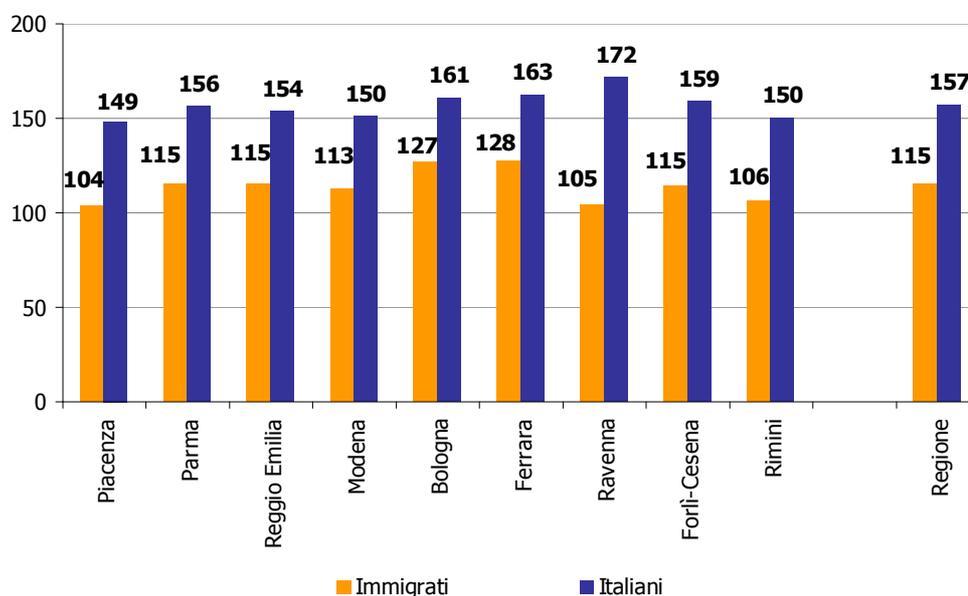
Il tasso grezzo di ospedalizzazione dei ricoveri totali mostra in tutte le province un valore inferiore per gli immigrati rispetto agli italiani (*Grafico 53.a*). È difficile fare ipotesi sulle piccole differenze territoriali dei due tassi a confronto, in quanto tali valori risentono delle diverse strutture per età delle popolazioni nelle province. Si ricorda inoltre, con un invito alla cautela nel confronto, che i valori riferiti alla popolazione immigrata e a quella italiana sono fortemente condizionati da strutture per età molto differenti.

Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la differenza permane in tutte le province, anche se in misura inferiore, ciò a significare che in tutte le zone la popolazione immigrata ricorre meno al ricovero in regime di *day hospital* (*Grafico 53.b*).

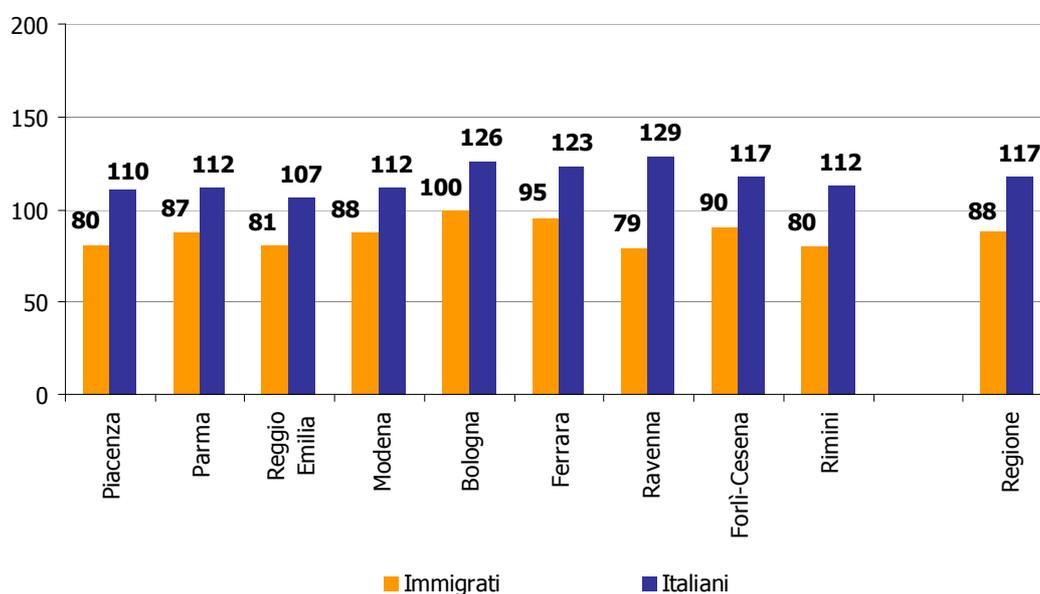
Se si considerano i ricoveri ordinari che avvengono in urgenza, la loro frequenza risulta in tutte le province nettamente superiore nella popolazione immigrata, soprattutto nei non residenti (*Grafico 54*).

Grafico 53. Tasso grezzo di ospedalizzazione* (per 1.000) per provincia di residenza e cittadinanza, ricoveri totali e ordinari . Residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

a) ricoveri totali



b) ricoveri ordinari



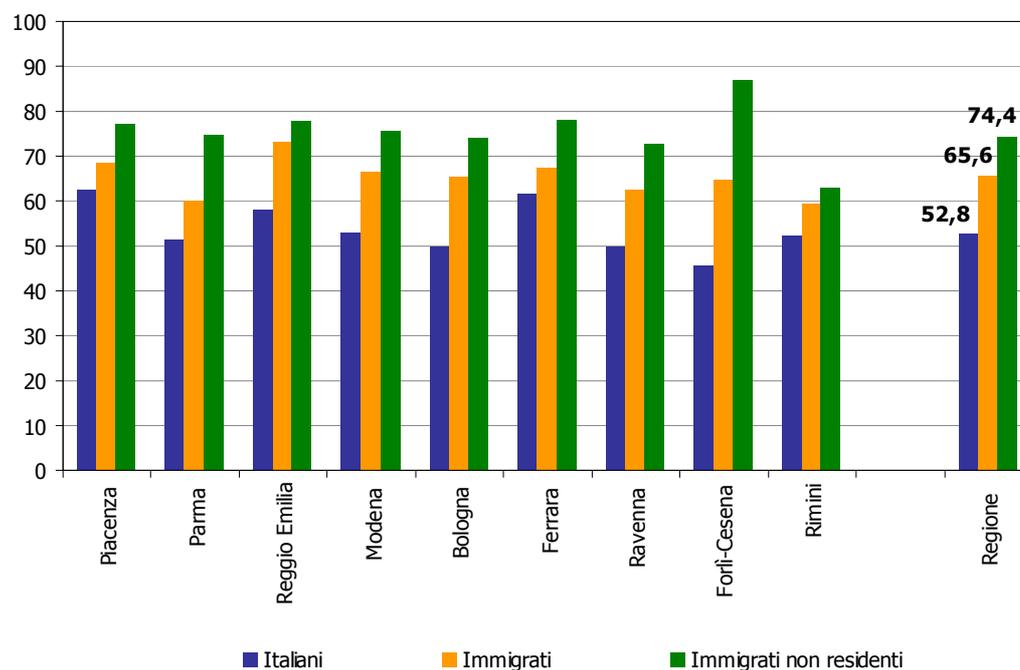
* Calcolato utilizzando a denominatore la stima della popolazione media a metà anno.

Fonti:

Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) da parte dei residenti in Emilia-Romagna.

ISTAT - Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Grafico 54. Proporzion (%) di ricoveri ordinari in urgenza per cittadinanza e area provinciale di erogazione, anno 2009



Fonte: Regione Emilia-Romagna. SDO - schede di dimissione ospedaliera, ricoveri avvenuti in regione (acuti, a carico del SSN, esclusi i neonati sani).

FOCUS

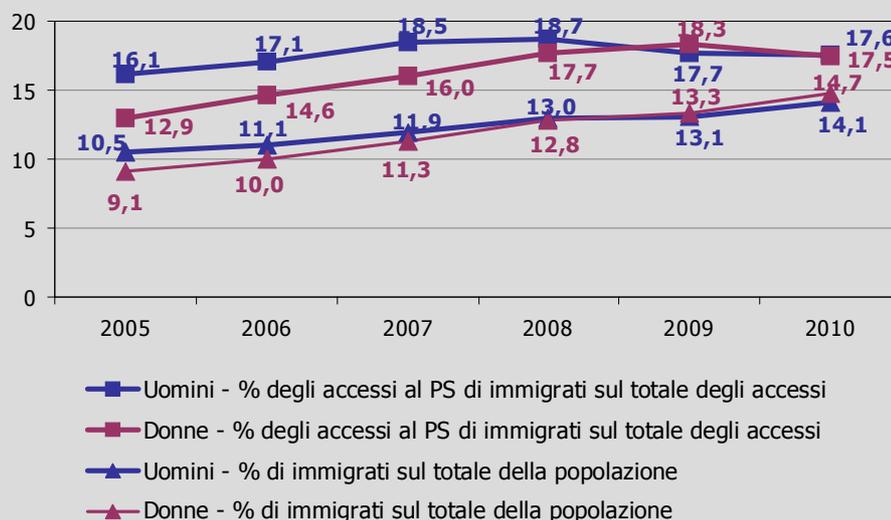
L'ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

a cura di Servizio di epidemiologia, Azienda USL Reggio Emilia

Adulti

Il ricorso al Pronto soccorso (PS) da parte della popolazione immigrata residente in provincia di Reggio Emilia, nella fascia di età 15-64 anni, ha rappresentato nel 2010 il 17,6% degli accessi totali, in aumento dal 2005 al 2008 e in leggera flessione dal 2009. L'aumento della proporzione di accessi al PS è legato alla crescita costante della popolazione immigrata nella provincia negli ultimi anni, che ha visto un arresto solo nel 2009, dovuto probabilmente agli effetti della crisi economica.

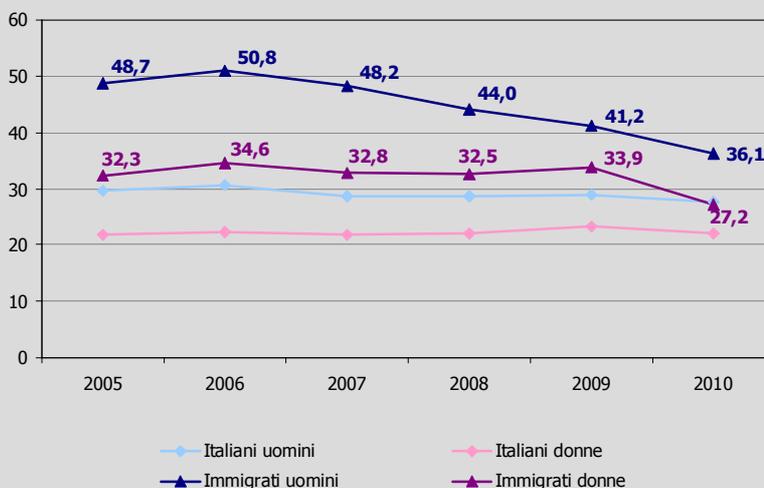
Grafico Proporzioni (%) di immigrati (15-64 anni) sulla popolazione totale e proporzioni (%) degli accessi al PS degli immigrati sul totale degli accessi. Residenti in provincia di Reggio Emilia, anni 2005-2010



Se si considerano i tassi grezzi di accesso al PS, cioè se si depura il numero assoluto di accessi per l'effetto della crescita della popolazione, si osserva un trend decrescente per gli immigrati, in particolare per gli uomini, che passano da 48,7 accessi ogni 100 immigrati nel 2005 a 36,1 nel 2010. Il tasso grezzo di accesso al PS per gli italiani rimane invece costante negli anni e sempre inferiore a quello degli immigrati.

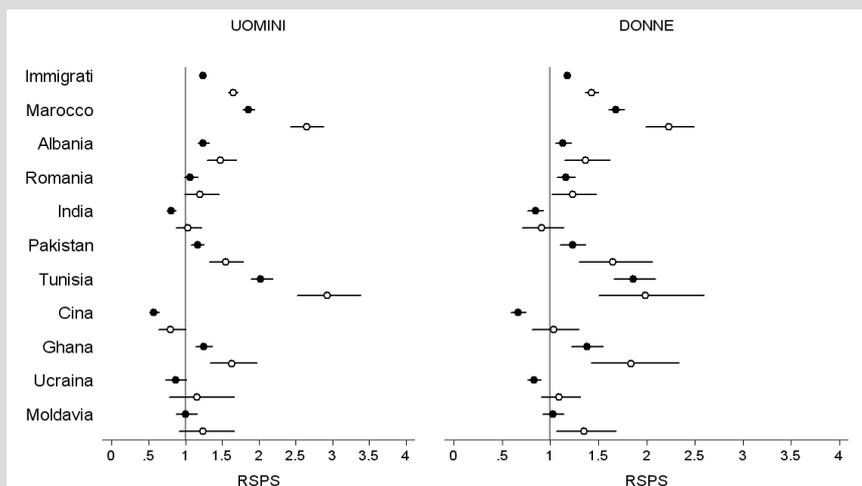
(continua)

Grafico Tasso grezzo di accesso al PS di italiani e immigrata, 15-64 anni. Residenti in provincia di Reggio Emilia, anni 2005-2010



Per poter confrontare i tassi di accesso di italiani e immigrati (totali e con codice bianco) a parità di struttura per età sono stati calcolati i rapporti standardizzati di accesso al Pronto soccorso (RSPS). Il grafico sottostante conferma quanto ipotizzato analizzando i tassi grezzi di accesso al PS, cioè un maggiore accesso degli immigrati (sia uomini che donne) rispetto agli italiani di pari età e genere. Questo risultato è osservabile considerando tutti gli accessi (uomini: 1,24 IC95% 1,22-1,27; donne: 1,18 IC95% 1,15-1,20) e in maggiore misura considerando solo gli accessi per codice bianco (uomini: 1,65 IC95% 1,58-1,72; donne: 1,43 IC95% 1,36-1,50), ritenuti sintomo di utilizzo inappropriato del servizio. Nel grafico sono stati riportati anche i RSPS specifici per le 10 nazionalità più rappresentate nel territorio.

Grafico Rapporti standardizzati di accesso al PS e IC al 95% per nazionalità e genere. Adulti (≥15 anni). Provincia Reggio Emilia, anno 2010



● tutti gli accessi ○ accessi con codice bianco

Tratto da Bonvicini *et al.*, 2011.

(continua)

Sono stati inoltre presi in esame i due anni estremi del periodo di monitoraggio, 2005 e 2010 (tabella sottostante). L'età media degli immigrati è inferiore a quella degli italiani in entrambi gli anni considerati, mentre la proporzione dei due generi è a sfavore delle donne, nonostante il loro netto incremento. Questo le porta a sperimentare un livello di accessi, in relazione a quello degli uomini, molto simile a quello degli italiani.

Per ciò che riguarda i codici di urgenza, gli accessi più frequenti sono quelli con codice verde, sia per gli italiani che per gli immigrati. La frequenza di accessi con codice bianco è più alta tra gli immigrati, ma tra il 2005 e il 2010 si nota una riduzione in termini relativi più evidente tra gli immigrati di quella osservata tra gli italiani.

La prima causa di accesso al PS è la malattia, sia per gli italiani che per gli immigrati. La seconda causa di accesso è per gli immigrati l'infortunio sul lavoro, che però cala nel periodo osservato, mentre per gli italiani è la lesione accidentale.

Gli accessi seguiti da ricovero interessano in maniera più consistente gli italiani.

Tabella Statistiche descrittive delle principali caratteristiche relative ai pazienti e agli accessi per cittadinanza e anno. Età: 15-64 anni. Provincia Reggio Emilia, anni 2005 e 2010

	2005				2010			
	Italiani		Immigrati		Italiani		Immigrati	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Età media (dev. st.)	39,7 (13,5)		34,2 (9,6)		40,8 (13,6)		35,8 (10,7)	
Genere								
M	43.938	58,3	8.432	64,4	41.426	56,3	8.862	56,6
F	31.422	41,7	4.670	35,6	32.116	43,7	6.801	43,4
Codice gravità								
Bianco	14.754	19,6	3.775	28,8	12.584	17,1	3.590	22,9
Verde	55.049	73,1	8.746	66,8	52.187	71	10.606	67,7
Giallo	5.084	6,7	513	3,9	8.272	11,2	1.398	8,9
Rosso	438	0,6	58	0,4	499	0,7	69	0,5
% malattia *	19.284	48,9	3.062	55,1	19.588	50,1	4.288	59,6
% lesione accidentale *	9.053	22,9	808	14,5	8.596	22,0	989	13,8
% infortunio lavoro *	6.741	17,1	1.162	20,9	5.326	13,6	1.003	14,0
altre cause *	4.396	11,1	528	9,5	5.552	14,2	909	12,6
% accessi seguiti da ricovero	6,9		4,8		5,7		4,6	

* esclusi gli accessi all'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova.

(continua)

Bambini

Gli accessi al PS da parte dei bambini immigrati da 0 a 14 anni rappresentano nel 2010 il 24% circa degli accessi totali. Il tasso grezzo di accesso al PS è superiore a quello degli italiani fin dal 2005 e solo nell'ultimo anno ha subito una flessione rilevante, passando da 58 accessi ogni 100 bambini immigrati del 2009 a 46 accessi ogni 100 nel 2010.

I RSPS calcolati per l'anno 2010 evidenziano che, a parità di struttura per età e sesso, i bambini immigrati accedo al PS un 28% in più dei coetanei italiani, e un 70% in più se si considerano i soli accessi per codice bianco. Considerando i soli neonati (età inferiore a 1 anno), gli accessi totali degli immigrati sono il 65% in più di quelli degli italiani e il doppio se si considerano gli accessi per codice bianco.

Tabella Rapporti standardizzati di accesso al PS e IC al 95% per classe di età. Bambini (0-14 anni). Anno 2010

Età	Immigrati					
	Accessi totali			Accessi per codice bianco		
	N	RSPS	IC 95%	N	RSPS	IC 95%
0 anni	1.435	1,65	(1,56-1,73)	367	2,02	(1,81-2,23)
1-4 anni	3.084	1,31	(1,26-1,35)	843	1,76	(1,64-1,88)
5-14 anni	2.413	1,09	(1,05-1,13)	610	1,48	(1,36-1,60)
0-14 anni	6.932	1,28	(1,24-1,30)	1.820	1,70	(1,62-1,77)

Fonte dati: Azienda USL – Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova - banca dati Pronto soccorso.

FOCUS**UN'ESPERIENZA DI VOLONTARIATO: L'ASSOCIAZIONE SOKOS**

a cura di Natalia Ciccarello, direttore sanitario associazione Sokos

L'Associazione Sokos (dal greco "sano e salvo") nasce a Bologna nel 1993 con l'obiettivo di garantire assistenza sanitaria gratuita agli immigrati sprovvisti di permesso di soggiorno e alle persone senza fissa dimora.

Dall'inizio dell'attività di Sokos (maggio 1993) al dicembre 2009 sono state registrate 15.250 cartelle cliniche.

L'immigrato

La maggior parte dei cittadini stranieri irregolari curati presso gli ambulatori dell'associazione ha un'età compresa tra i 18 e i 50 anni. Tra la popolazione presente senza permesso di soggiorno, gli anziani rappresentano una percentuale esigua. Infatti la decisione di emigrare da un paese dove le condizioni di vita sono estremamente precarie è presa all'interno del gruppo familiare. In questo ambito si individua e seleziona l'elemento giovane più sano e forte, capace di sopportare i rischi di un viaggio disagiato (effetto migrante sano, già richiamato sopra). È su questo soggetto che il gruppo familiare investe la propria sopravvivenza; la sua riuscita nel paese straniero sarà la garanzia della sopravvivenza del gruppo familiare di origine e la speranza di un miglioramento dello stato sociale.

Purtroppo può accadere che il migrante, giunto al termine di un viaggio lungo e rischioso, nel nuovo paese si ammali, anche a causa delle difficili condizioni socio-economiche e abitative. Alla malattia fisica o, a volte, al timore della malattia, si aggiunge la paura di sentirsi responsabili di un fallimento verso la propria famiglia. Il timore di non rispondere alle aspettative, a causa di una malattia, ingenera un malessere psichico che, inevitabilmente, si traduce in "male dell'anima".

Provenienze

I flussi migratori si differenziano di anno in anno e sono conseguenti alle situazioni politico-sociali dei paesi di origine.

Occorre precisare inoltre che, dopo circa tre anni di assenza di regole certe in materia di assistenza sanitaria per i cittadini neo-comunitari, nel 2009 si è registrato un nuovo afflusso di cittadini rumeni presso gli ambulatori Sokos grazie alla nuova normativa regionale che prevede l'assegnazione per gli stessi del codice ENI.

Tabella Principali provenienze registrate nel periodo 2007-2009

Paesi di origine	Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Moldavia	133	280	78	208	45	128
Ucraina	35	173	19	94	20	52
Marocco	101	42	49	31	32	16
Pakistan	79	16	98	3	56	11
Romania	36	53	0	0	17	22
Albania	32	42	26	29	14	17

(continua)

Patologie

Le condizioni rilevate in ordine di importanza sono: patologie osteoarticolari, epatopatie, malattie circolatorie, allergie, dermatiti, diabete, depressione, problemi respiratori, problemi gastrici, problemi endocrini.

Tabella Attività ambulatoriale, periodo 2007-2009

Anno	Medicina di base	Specialistica e diagnostica
2007	4.764	1.234
2008	4.830	833
2009	4.449	1.307
<i>totale</i>	<i>14.043</i>	<i>3.374</i>

Medicina specialistica

Nel corso del periodo 2007-2009 gli ambulatori Sokos hanno progressivamente implementato tipologie di prestazioni specialistiche garantite. Le discipline presenti al termine del periodo sono: allergologia, chirurgia vascolare, dermatologia, diabetologia-endocrinologia, ecografia, fisioterapia, ginecologia, neurologia, pediatria, psicologia, terapia del dolore, urologia, pneumologia, consulenza chirurgica.

In particolare, nel 2009 si è rilevato un notevole incremento delle prestazioni di ginecologia (319), supportate dall'attività di due specialisti, di terapia del dolore (301) e di psicologia (tre specialisti per 111 pazienti seguiti), nonché del numero di ecografie eseguite (137). Per quanto riguarda alcune specialistiche (allergologia, pediatria, psicologia, ginecologia, terapia del dolore) è importante considerare la continuità dei trattamenti e delle visite di controllo prolungate nel tempo.

Dai dati si può rilevare l'aumento delle prestazioni di terapia del dolore collegate con l'incidenza delle patologie osteoarticolari, che interessano in particolar modo le pazienti donne che svolgono attività di cura alle persone (badanti).

Di fronte alle numerose richieste di interruzione di gravidanza, gli operatori Sokos si assumono il compito di fornire informazioni sui metodi contraccettivi e, con il supporto di ginecologi, di provvedere anche alla somministrazione controllata della pillola anticoncezionale e alla messa in posa di dispositivi intrauterini.

Per le malattie sessualmente trasmissibili (MTS), l'ambulatorio opera a stretto contatto con la Dermatologia del Policlinico S. Orsola-Malpighi (Ambulatorio MTS) e con l'Unità operativa di malattie infettive dello stesso ospedale. Nei casi di sospetta patologia, i pazienti vengono indirizzati, su richiesta dell'Associazione, presso il primo dei due istituti per prelievo ematico di profilassi, per essere poi inviati presso la clinica di competenza per il controllo periodico.

Il riscontro di un alto numero di malattie psico-somatiche, collegabili alle difficili condizioni di vita che riguardano soprattutto le donne e in particolare le badanti, ha portato Sokos a seguire i pazienti nel tempo supportandoli con colloqui psicologici e, se necessario, con terapie antidepressive, ottenendo buoni risultati.

(continua)

Attività sul territorio

L'esigenza di raggiungere con l'offerta di cura tutti quei soggetti "deboli" che, a causa di diverse situazioni di emarginazione, non riescono ad accedere agli ambulatori, ha fatto sì che negli ultimi anni Sokos sia stata coinvolta fattivamente in progetti che prevedono un contatto diretto con quanti vivono in condizioni di disagio, in particolare le persone senza fissa dimora. In 24 mesi (gennaio 2007-dicembre 2008) sono state effettuate 23 uscite serali con la presenza di almeno un medico Sokos; per ogni uscita ci sono stati in media 20 contatti con persone sia italiane che straniere. Molte di queste sono state indirizzate verso percorsi sanitari mirati, mentre altre vengono regolarmente seguite dai medici dell'ambulatorio Sokos con un contatto personale e diretto.

Attività extra

Nel biennio 2008-2009 Sokos ha accolto studenti universitari che hanno scelto di svolgere il loro tirocinio obbligatorio presso gli ambulatori dell'Associazione; inoltre si sono tenuti colloqui formativi con gli studenti del Liceo Sabin e, in collaborazione con l'organizzazione non governativa CESTAS, sono state organizzate visite di delegazioni di operatori in campo medico sanitario provenienti da paesi dell'Africa e dell'America del Sud.

Nota metodologica

Nel presente Capitolo sono riportati i metodi di lavoro adottati, le banche dati analizzate, le definizioni e le classificazioni utilizzate per gli indicatori proposti in questo volume.

La popolazione in studio

In questo Dossier la definizione di immigrato adottata si richiama a quella proposta dal Gruppo di lavoro nazionale che lavora sul progetto promosso dal Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM),³⁷ il cui obiettivo è uniformare le modalità di studio delle condizioni di salute della popolazione immigrata.

La definizione di immigrato adottata si basa su due criteri principali.

1. La distinzione di due diversi gruppi di Paesi, considerati tendenzialmente omogenei in termini di salute e bisogno di cure e assistenza:

- i Paesi a forte pressione migratoria sono definiti come Paesi in via di sviluppo o a medio/basso reddito (classificazione Banca mondiale su reddito nazionale lordo *pro capite*, 1° luglio 2006; da Rapporto sviluppo umano 2007-2008). A questa lista vanno aggiunti i paesi dell'Europa centrale e orientale e della Confederazione degli Stati indipendenti (CSI) e lo stato di apolide;
- i Paesi a sviluppo avanzato sono quelli a reddito elevato secondo la classificazione della Banca mondiale che non compaiono nelle liste dei Paesi dell'Europa centrale o orientale e della CSI o dei Paesi in via di sviluppo.

Si fa presente che data la dinamicità dei fenomeni, la classificazione ottenuta secondo questi parametri può variare nel tempo e per motivi di confrontabilità la lista dei Paesi fa riferimento a queste fonti (la lista dei Paesi è riportata in *Appendice*).

2. La cittadinanza è il criterio adottato per identificare gli immigrati.³⁸ In Italia questo criterio appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata nella maggior parte dei flussi demografici e sanitari.

³⁷ AGENAS. Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - Progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

³⁸ Usando come criterio la cittadinanza, rimane esclusa quella quota di immigrati che ha acquisito la cittadinanza italiana e si includono i minorenni figli di stranieri nati in Italia, che rappresentano la seconda generazione di immigrati. Secondo una stima dell'ISTAT sono circa 152.000 i cittadini stranieri che dal 2002 al 2009 hanno acquisito la cittadinanza italiana, prevalentemente per matrimonio. Nel 2009 in Emilia-Romagna i cittadini stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana sono pari a 7.212, mentre i nati in Italia da genitori stranieri, nella quasi totalità minorenni, sono 66.888, pari al 14,5% degli stranieri (fonte: ISTAT, Bilancio demografico della popolazione straniera residente).

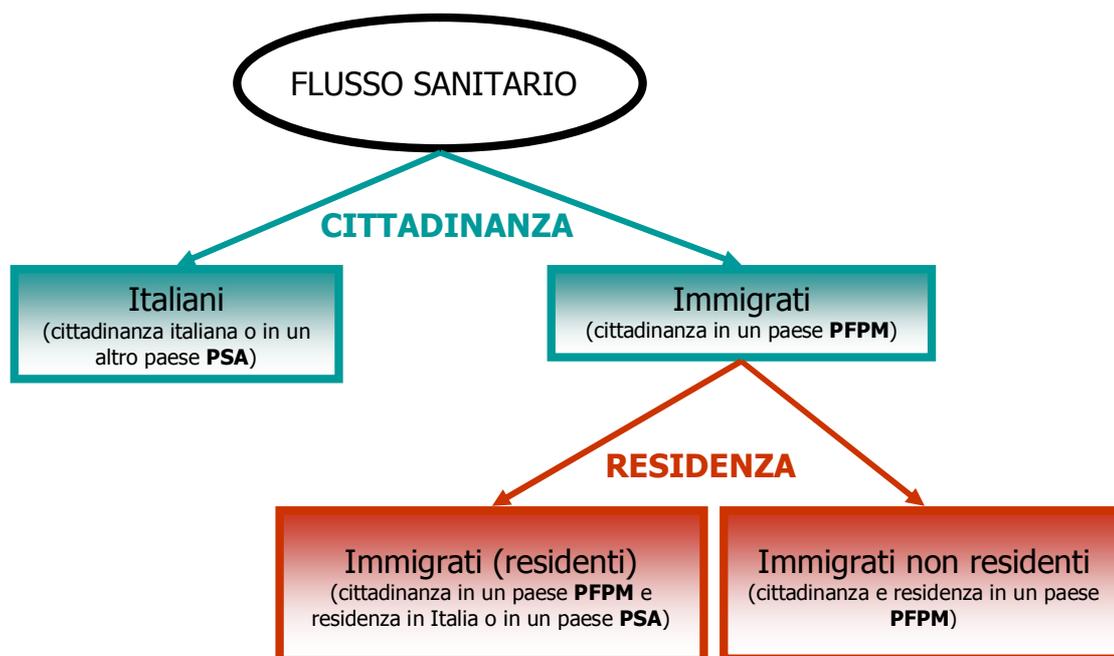
Per immigrati si intendono i cittadini presenti in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a forte pressione migratoria, dentro e fuori l'Unione europea.

Nei flussi relativi alla demografia sono rintracciabili solo gli immigrati in possesso di permesso di soggiorno o iscritti nelle anagrafi comunali o residenti; gli immigrati che soggiornano in Italia senza averne titolo o i nuovi comunitari presenti per lunghi periodi, ma non residenti, non sono rilevabili.

Nei flussi sanitari correnti è invece possibile distinguere gli immigrati in base alla loro residenza, distinguendo tre popolazioni (Figura 3):

- gli italiani, intesi con cittadinanza in un Paese a sviluppo avanzato, compresa l'Italia;
- gli immigrati (residenti),³⁹ intesi con cittadinanza in uno dei Paesi a forte pressione migratoria e residenti in Italia o un altro Paese a sviluppo avanzato;
- gli immigrati non residenti, con cittadinanza in uno dei Paesi a forte pressione migratoria ancora residenti nei paesi d'origine o in altri Paesi a forte pressione migratoria.

Figura 3. Popolazioni in studio



Legenda

PFPM Paesi a forte pressione migratoria

PSA Paesi a sviluppo avanzato

³⁹ Nel Dossier sono indicati come immigrati.

Quando le informazioni necessarie per applicare il criterio generale non sono disponibili nelle banche dati, il confronto avviene tra italiani e stranieri, comprendenti tutti gli individui con cittadinanza non italiana.

Nelle sezioni del profilo che presentano l'analisi della domanda di salute (riferita quindi ai soli residenti in regione) il confronto tra popolazioni è stato esteso anche agli immigrati non residenti: le tre popolazioni a confronto sono quindi:

- italiani: persone con cittadinanza in un Paese a sviluppo avanzato (compresa l'Italia) e residenti in regione
- immigrati: persone con cittadinanza in un Paese a forte pressione migratoria e residenti in regione
- immigrati non residenti: persone con cittadinanza in un Paese a forte pressione migratoria e residenti nei Paesi a forte pressione migratoria.

Il caso dei cittadini rumeni e bulgari

Dopo il 2007, l'ingresso della Bulgaria e della Romania nell'Unione europea e l'attuazione delle Direttive sulla libera circolazione⁴⁰ hanno fatto sì che il gruppo degli immigrati non residenti sia costituito da un insieme eterogeneo di realtà:

- immigrati extra-comunitari senza regolare permesso di soggiorno (iscrizione sanitaria con codice STP)
- immigrati comunitari ex-STP, cioè comunitari indigenti, a cui in alcune Regioni viene fornita l'assistenza sanitaria mediante l'iscrizione con il codice ENI (europeo non iscritto)
- immigrati comunitari presenti per lunghi periodi ma non residenti in Italia quali: studenti, alcuni particolari lavoratori, persone che vivono di risorse proprie. Questi - in quanto comunitari - non sono irregolari, ma regolarmente presenti.

Da una prima analisi effettuata per il periodo 2007-2009 (dati non riportati) confrontando i ricoveri dei rumeni residenti vs quelli dei non residenti, oltre che i ricoveri degli immigrati non residenti con cittadinanza UE vs non UE, una prima conclusione è che la domanda di salute degli immigrati non residenti UE è simile a quella degli immigrati non residenti non UE e quindi si propone di considerarli come un unico gruppo.

⁴⁰ A seguito dell'emanazione del DLgs n. 30 del 6 febbraio 2007, che recepisce la Direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri, i cittadini comunitari non sono più tenuti a richiedere alcun titolo di soggiorno presso le Questure.

Il cittadino comunitario, in possesso dei requisiti che determinano il diritto di soggiorno per periodi superiori a tre mesi, è tenuto a provvedere all'iscrizione all'anagrafe della popolazione residente o qualora mantenga la residenza nel paese di provenienza, allo schedario della popolazione temporanea (si applica la Legge n. 1228 del 24 dicembre 1954 e il DPR n. 223 del 30 maggio 1989, Regolamento anagrafico della popolazione residente). Tale schedario non è tuttavia presente in tutti i Comuni e non è utilizzato ai fini della rilevazione dell'anagrafe dei residenti, che è la fonte informativa su cui calcolare la popolazione.

Flussi informativi ed eventi indagati

Ambito		Fonte	Periodo analizzato	
la popolazione	Quadro demografico	ISTAT: popolazione residente per età, sesso e stato civile; bilancio demografico: popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza ⁴¹	2002-2009	
	Lavoro	INAIL: denunce nominative aziendali (DNA)	2007	
domanda di salute e ricorso ai servizi	Ricoveri ospedalieri		Banca dati SDO; Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali; Regione Emilia-Romagna	2002-2009
	Salute materno-infantile	Eventi ostetrici (di cui: parto, IVG; aborto spontaneo)	Banca dati SDO; Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali; Regione Emilia-Romagna	2002-2009
		IVG	Banca dati regionale IVG	2009
		Assistenza in gravidanza	Banca dati CEDAP, Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna	2009
		Parametri neonato	Banca dati CEDAP, Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna	2009
	Infortuni sul lavoro		INAIL-ISPEL-Regioni 2010 INAIL: infortuni sul lavoro; denunce nominative aziendali (DNA)	INAIL-ISPEL-Regioni: 2005-2009 INAIL: 2007
	Malattie infettive	TBC, HIV, AIDS	Sistema informativo regionale delle malattie infettive; Sistema di sorveglianza regionale delle nuove diagnosi di infezioni da HIV; Sistema di sorveglianza regionale delle diagnosi di AIDS. Servizio di sanità pubblica, Regione Emilia-Romagna	TBC: 1999-2009 HIV:2006-2009 AIDS:1993-2009
	Mortalità		REM, Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna	2002-2009

⁴¹ Nel testo l'uso congiunto delle due fonti è indicato con: Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Quadro demografico

La fonte informativa utilizzata per descrivere la popolazione in studio è costituita dal complesso delle anagrafi comunali.⁴² In particolare sono stati utilizzati i due flussi ISTAT:⁴³

- popolazione residente comunale straniera: con questa fonte è possibile conoscere la popolazione residente straniera al 1° gennaio per comune di residenza, sesso ed età. Mancando l'informazione relativa alla cittadinanza, non si possono distinguere gli immigrati - persone provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - dagli altri stranieri;
- bilancio demografico della popolazione straniera residente: con questa fonte è possibile conoscere la popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso, cittadinanza e comune di residenza. È quindi possibile conoscere la popolazione residente straniera, proveniente dai Paesi a forte pressione migratoria (immigrati) e provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato, per sesso e cittadinanza, ma manca l'informazione relativa all'età (sono conteggiati solo i minorenni stranieri, tra cui sono compresi immigrati e non immigrati). È per questo motivo che non è possibile calcolare il denominatore delle popolazioni a confronto (immigrati e italiani) per classi di età.

Il riferimento dei dati riportati nel Dossier, ove non altrimenti specificato, è al 31 dicembre.

Ricoveri ospedalieri

La fonte informativa utilizzata per descrivere i ricoveri ospedalieri è la banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). La banca dati è alimentata da un flusso informativo contenente i dati analitici di tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti negli Istituti di ricovero pubblici e privati accreditati e non dell'Emilia-Romagna. Per la definizione della popolazione in studio è stata utilizzata la cittadinanza.

⁴² Le altre due possibili fonti per descrivere la popolazione in studio sono i permessi di soggiorno e le anagrafi sanitarie.

I permessi di soggiorno (fonte: Questure) consentono di descrivere la popolazione immigrata regolarmente presente per sesso, cittadinanza (per macroarea geografica) e classi di età, queste ultime a partire dai 18 anni. I dati pertanto non sono affidabili per la popolazione con età inferiore ai 18 anni, in quanto spesso i minori sono registrati nello stesso permesso di soggiorno dei genitori.

L'anagrafe sanitaria registra la popolazione iscritta al Sistema sanitario nazionale (SSN) per età e sesso: un limite di tale flusso è rappresentato dal fatto che al momento tra le varie ASL vi sono molte differenze nei campi del tracciato record utilizzati e non è garantita la qualità dei dati in modo omogeneo in tutta la regione. Inoltre non tutti gli immigrati aventi diritto all'iscrizione al SSN sono effettivamente iscritti, per cui tale fonte potrebbe sottostimare la popolazione.

⁴³ I dati, con dettaglio comunale, sono scaricabili direttamente dal sito ISTAT <http://demo.istat.it/>

I dati analizzati si riferiscono ai ricoveri avvenuti in regione, acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani. Sono pertanto state effettuate le seguenti esclusioni:

- ricoveri avvenuti fuori regione (passiva extra-regionale);
- ricoveri in lungodegenza (disciplina dimissione 60, 99) e riabilitazione (disciplina dimissione 28, 56, 75);
- ricoveri a pagamento (onere degenza = 4: ricovero a totale carico del ricoverato);
- neonato sano (DRG = 391).

Il periodo analizzato è il 2002-2009, considerando l'anno di dimissione dei ricoveri.

Le analisi per cause di ricovero sono state condotte raggruppando le diagnosi nei 17 capitoli in cui sono raggruppati i codici ICD IX CM,⁴⁴ e aggiungendo il capitolo "Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari" (codici V01-V82). I gruppi finali risultano pertanto 18.

Capitoli ICD IX CM	Descrizione	Dicitura utilizzata nel Dossier	Codici ICD IX CM
Cap. I	Malattie infettive e parassitarie	Malattie infettive e parassitarie	001-139
Cap. II	Tumori	Tumori	140-239
Cap. III	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	Malattie endocrine e immunitarie	240-279
Cap. IV	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	Malattie del sangue	280-289
Cap. V	Disturbi psichici	Disturbi psichici	290-319
Cap. VI	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	Malattie del sistema nervoso	320-389
Cap. VII	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema circolatorio	390-459
Cap. VIII	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie del sistema respiratorio	460-519
Cap. IX	Malattie dell'apparato digerente	Malattie dell'apparato digerente	520-579
Cap. X	Malattie dell'apparato genitourinario	Malattie del sistema genito-urinario	580-629
Cap. XI	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	Cause ostetriche	630-677
Cap. XII	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	Malattie della pelle	680-709
Cap. XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Malattie del sistema osteomuscolare	710-739

⁴⁴ Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche terapeutiche, versione italiana della ICD IX CM, Ministero della salute, 2002.

Capitoli ICD IX CM	Descrizione	Dicitura utilizzata nel Dossier	Codici ICD IX CM
Cap. XIV	Malformazioni congenite	Malformazioni congenite	740-759
Cap. XV	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	760-779
Cap. XVI	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	780-799
Cap. XVII	Traumatismi e avvelenamenti	Traumatismi e avvelenamenti	800-999
Codici V	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	Codici V	V01-V82

Eventi ostetrici

Gli eventi ostetrici analizzati sono stati definiti utilizzando le codifiche ICD IX CM della diagnosi principale di ricovero o il codice DRG a seconda dei casi, come indicato nella tabella seguente.

Evento	Informazione utilizzata	Codice
Eventi ostetrici	DRG	370-384
Parto	DRG	370-375
Parto cesareo	DRG	370-371
Aborto spontaneo (AS)	ICD IX diagnosi principale	632; 634
IVG	ICD IX diagnosi principale	635
Gravidanze note	Parto + AS + IVG	

IVG

La fonte informativa utilizzata per descrivere le condizioni socio-economiche e l'uso dei servizi sanitari relativi alle donne che effettuano una IVG è la banca dati regionale delle interruzioni volontarie di gravidanza. Tale banca dati è alimentata dal flusso contenente i dati delle IVG effettuate nelle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati, resi disponibili fin dagli anni di approvazione della Legge n. 194/1978 mediante la rilevazione condotta dall'ISTAT, permettono di descrivere le IVG secondo l'età, lo stato civile, la cittadinanza, la storia riproduttiva pregressa della donna. Per la definizione della popolazione in studio è stata utilizzata la cittadinanza.

Certificato di assistenza al parto

La fonte informativa utilizzata per descrivere le condizioni socio-economiche e l'uso dei servizi sanitari relativi alle donne che hanno partorito in Emilia-Romagna è la banca dati regionale CEDAP. Tale banca dati è alimentata con tutte le informazioni rilevate tramite i certificati di assistenza al parto. Oggetto della rilevazione sono tutti gli eventi nascita avvenuti sul territorio regionale, compresi i casi di nati-mortalità e i parti avvenuti presso case di cura private o a domicilio.

Le informazioni riportate riguardano alcune caratteristiche anagrafiche e socio-economiche delle partorienti e alcune informazioni sull'assistenza in gravidanza e sulla struttura utilizzata, oltre che alcuni esiti neonatali, che sono stati classificati in base alla cittadinanza della madre.

In un approfondimento eseguito tramite analisi multivariata su alcuni esiti neonatali (basso peso, pre-termine, natimortalità, necessità di rianimazione e punteggio APGAR) e sul parto cesareo, sono state usate le informazioni sulla cittadinanza di entrambi i genitori e sono stati esclusi i *record* relativi ai parti plurimi. La stima degli Odds Ratio è stata prodotta tramite modelli di regressione logistica multivariati, in modo da aggiustare per i possibili fattori di confondimento. Nella costruzione delle misure di associazione si affianca alla stima puntuale una intervallare (intervallo di confidenza al 95%). Il modello adottato è un *logit*, con stime dei coefficienti ottenute con il metodo della massima verosimiglianza. Le variabili introdotte nel modello sono selezionate tramite il metodo di *backward selection*, con probabilità di esclusione pari al 20%. Bisogna tenere in conto che l'approccio adottato non sempre consente di depurare l'analisi da tutti i fattori influenti sull'esito in studio, con un risultato che potrebbe risultare ancora distorto (a causa di confondenti o modificatori di effetto non considerati nel modello).

Infortunati sul lavoro

La banca dati regionale INAIL-ISPEL-Regioni contiene tutte le informazioni sulle denunce di infortuni avvenuti in Emilia-Romagna, occorsi sul lavoro a tutti i lavoratori per i quali corre l'obbligo di assicurazione all'INAIL. I dati permettono di descrivere gli infortuni per anno, tipo di conseguenza, gestione INAIL, settore di attività economica, paese di nascita (desumibile dal codice fiscale), classe di età e sesso dell'infortunato.

I dati presenti nel Dossier riguardano gli infortuni definiti positivi; i dati del 2009 hanno una percentuale di definizione pari al 95% circa.⁴⁵

Con la banca dati Denunce nominative aziendali (DNA) l'INAIL mette a disposizione le denunce con le quali ogni datore di lavoro segnala a INAIL tutti i lavoratori occupati in ogni settore produttivo. Il numero di addetti, che stima i lavoratori esposti a rischio di

⁴⁵ Sono infortuni definiti quelli per i quali si è concluso l'iter sanitario e amministrativo da parte dell'INAIL. La definizione può essere positiva in presenza di inabilità Temporanea, Permanente, Morte con superstiti e Morte senza superstiti, Regolari senza indennizzo oppure negativa quando il caso viene respinto come infortunio sul lavoro. Tutti gli infortuni denunciati vengono definiti anche se, in alcuni casi, con tempi che possono giungere fino ad alcuni anni.

infortunio, sono distinti a livello regionale in italiani e immigrati per ogni comparto produttivo. I dati delle denunce nominative aziendali distinte per la popolazione immigrata e autoctona, adottando la metodologia di calcolo che identifica gli immigrati come provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria, sono resi disponibili dalla collaborazione di INAIL al progetto nazionale.⁴⁶

Malattie infettive

Per la tubercolosi, e l'AIDS (incluse nella terza classe di notifica⁴⁷) e l'HIV, sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

I dati sui casi di TBC provengono dal Sistema di sorveglianza speciale della tubercolosi,⁴⁸ attivo in Emilia-Romagna dal 1996. Esso integra la notifica dei casi di tubercolosi con informazioni che approfondiscono la diagnostica e i fattori di esposizione e completa il quadro del caso con i dati relativi alla sorveglianza dell'esito del trattamento antitubercolare. La provenienza del soggetto diagnosticato è registrata tramite il paese di nascita. I dati presentati riguardano il periodo 1999-2009.

I dati sui casi di HIV provengono dal Sistema di sorveglianza regionale sulle nuove diagnosi di infezioni da HIV, che è stato attivato nel 2009⁴⁹ dal Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna. Il nuovo sistema di sorveglianza registra tutte le nuove diagnosi di infezione da HIV relative ad adulti e bambini presi in carico dalle strutture specialistiche di assistenza della regione (Unità operative di malattie infettive e di pediatria esperte nell'assistenza a bambini con HIV), recuperando retrospettivamente le segnalazioni di nuove diagnosi a partire dal 2006. Le informazioni relative a ciascun caso sono rese anonime e gestite attraverso l'utilizzo di un codice identificativo criptato (come da Decreto ministeriale) nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali. La provenienza del soggetto diagnosticato nelle analisi è stata identificata tramite il paese di nascita. I dati presentati riguardano il periodo 2006-2009.

I dati sui casi di AIDS provengono dal Sistema di sorveglianza regionale delle diagnosi di AIDS. Da molti anni il Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna si occupa dell'elaborazione dei dati relativi alle notifiche di AIDS avvenute nel territorio regionale e di quelle relative ai propri residenti, curando annualmente una relazione che analizza

⁴⁶ Gruppo di lavoro nazionale Salute della popolazione immigrata - progetti CCM 2007-2009 e 2009-2011.

⁴⁷ Le malattie infettive soggette a notifica obbligatoria sono rilevate e raccolte in 5 differenti classi in base alla loro rilevanza di sanità pubblica ed al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale.

⁴⁸ Decreto Ministero della sanità 15 dicembre 1990 e Decreto Ministero della sanità 29 luglio 1998.

⁴⁹ In seguito al Decreto ministeriale "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV" del 31/3/2008, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008, che rende obbligatoria la notifica dell'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV), si è reso necessario attivare un sistema di sorveglianza a livello nazionale.

aspetti epidemiologici e assistenziali riguardanti questa patologia. La provenienza del soggetto diagnosticato nelle analisi è stata identificata tramite il paese di nascita. I dati presentati riguardano il periodo 1993-2009. I dati del 2009 potrebbero essere sottostimati per effetto del ritardo di notifica.

All'interno del Paragrafo dedicato alle malattie infettive, per motivi legati alla disponibilità nelle diverse fonti di informazioni utili a identificare i cittadini stranieri, è stato scelto di riferirsi per omogeneità al solo al paese di nascita, distinguendo le due popolazioni in: nati all'estero e nati in Italia.

Mortalità

Le informazioni relative ai decessi provengono dalla rilevazione regionale della mortalità (REM). La banca dati è alimentata da un flusso informativo contenente le informazioni che si riferiscono a tutti i deceduti residenti in Emilia-Romagna e ai decessi di persone residenti fuori regione (dal 1999) avvenuti in territorio regionale.

Per la definizione della popolazione in studio è stata utilizzata la cittadinanza.

Fino al 2008 il flusso REM è caratterizzato da un unico archivio che contiene tutte le informazioni raccolte tramite le schede di morte. Dal 2009, invece l'archivio contenente le informazioni relative al deceduto è distinto da quello contenente le informazioni relative al neonato deceduto e da quello contenente il dettaglio delle cause di morte dei deceduti nell'anno. L'archivio dei neonati riporta solo le cittadinanze dei genitori, pertanto i neonati deceduti nel 2009 sono stati classificati con cittadinanza estera solo quando entrambi i genitori sono stranieri; ai neonati così definiti stranieri è stata attribuita la cittadinanza della madre.

Le cause di decesso sono state analizzate per l'anno 2009 secondo i seguenti grandi capitoli di ICD X.

Descrizione	Codici ICD X
Malattie infettive e parassitarie	A00-B99
Tumori	C00-D48
Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	E00-E90
Disturbi psichici e sistema nervoso	F00-H95
Malattie del sistema circolatorio	I00-I99
Malattie dell'apparato respiratorio	J00-J99
Malattie dell'apparato digerente	K00-K93
Stati morbosi mal definiti	R00-R99
Cause violente	S00-T98
Altre malattie	L00-Q99, D50-D89

Bibliografia

- AA.VV. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. 2009. Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche 2007-2009.
- Bonvicini L. *et al.* L'accesso al Pronto Soccorso nella provincia di Reggio Emilia: un confronto tra la popolazione immigrata e italiana. *Epidemiol Prev*, vol. 35, n. 5-6, 2011.
- Caritas. *Migrantes: Immigrazione*. Dossier Statistico 2010. XX Rapporto. 2010.
- Carletti P, De Giacomi G.V., et al. La spesa sanitaria per gli immigrati. *Monitor*, VII (21): 100-108, 2008.
- DGSPS Direzione generale Sanità e politiche sociali. Regione Emilia-Romagna. *La nascita in Emilia-Romagna. 7° Rapporto sui dati del certificato di assistenza al parto (CEDAP) - Anno 2009*. Regione Emilia-Romagna, 2010.
http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2009.pdf
(pdf, 921 Kb)
- Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà. Coordinamento interregionale in sanità. *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane*. 2011.
- Geraci S., Martinelli B., Olivani P. *Assistenza sanitaria agli immigrati: politiche locali e diritto sovranazionale*. Istituto italiano di medicina sociale, 2003.
- Geraci S., Baglio G. (a cura di). *Salute degli immigrati. Rapporto Osservasalute 2010*. pp. 275-297. 2010.
- ISS. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2009. *Notiziario dell'Istituto superiore di sanità*, supplemento 1, vol. 23, n. 4, 2010.
- ISS. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2008 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2010. *Notiziario dell'Istituto superiore di sanità*, supplemento 1, vol. 24, n. 5, 2011.
- ISTAT. Le famiglie con stranieri: indicatori di disagio economico. Anno 2009. Statistiche in breve. <http://www.istat.it/it/archivio/16711>
- ISTAT. La popolazione straniera in Italia al 1° gennaio 2010. Statistiche in breve. <http://www.istat.it/it/archivio/1811>
- Massimiliani E., Mattivi A., Droghini L. Finarelli A.C. (a cura di). *Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS in Emilia-Romagna. Aggiornamento sull'epidemia 31/12/2009*. Servizio sanità pubblica Direzione generale sanità e politiche sociali. 2010.

- Massimiliani E., Finarelli A.C., Droghini L., Baldacchini F., Macini P. *AIDS in Emilia-Romagna. Epidemiologia e attività assistenziale al 31/12/2009*. Servizio sanità pubblica Direzione generale sanità e politiche sociali. 2011.
- Morandi M., Resi D., Giordani S., Droghini L., Marchi M., Moro M.L. Focolai di tubercolosi in Emilia-Romagna. *Giornale italiano di medicina tropicale*, vol. 14, n. 1-4, 2009.
- Morandi M., Resi D., Morsillo F., Moro M.L., D'Amato S., Iannazzo S., Rizzuto E., Pompa M.G., Fattorini L., Suligoi B. (a cura di). *La tubercolosi in Italia. Rapporto 2008*. Ministero della salute, Istituto Superiore della Sanità, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2010.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_tbsorv/pubblicazioni/report_tbc.htm
- Parkin D.M. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 40: 410-424, 1992.
- Raimondo M., Camoni L., Regine V., Salfa M.C., Suligoi B. L'HIV nella popolazione straniera in Italia. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, 22 (4): 11-14, 2009.
- Suligoi B., Boros S., Camoni L., Pugliese L. (a cura di). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2009 e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2010. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol. 24, n. 5, suppl. 1, 2011.
- WHO. *Standards for Maternal and Neonatal care*. WHO, 2006.
http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html
- WHO. *World Health Statistics 2010*. WHO, 2010.
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf (pdf, 4,6 Mb)

Appendice

Paesi a forte pressione migratoria

EUROPA

UE (Unione europea)

Paesi	Codice ISTAT
Bulgaria	209
Ceca, Repubblica	257
Cipro	315
Estonia	247
Lettonia	248
Lituania	249
Malta	227
Polonia	233
Romania	235
Slovacchia	255
Slovenia	251
Ungheria	244

Altri Paesi europei

Paesi	Codice ISTAT
Albania	201
Bielorussia	256
Bosnia-Erzegovina	252
Croazia	250
Kosovo	272
Macedonia, ex Repubblica Jugoslava di	253
Moldova	254
Montenegro	270
Russa, Federazione	245
Serbia, Repubblica di	271
Turchia	351
Ucraina	243

ASIA	
Paesi	Codice ISTAT
Afghanistan	301
Arabia Saudita	302
Armenia	358
Azerbaigian	359
Bahrein	304
Bangladesh	305
Bhutan	306
Brunei	309
Cambogia	310
Cinese, Repubblica Popolare	314
Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)	319
Emirati Arabi Uniti	322
Filippine	323
Georgia	360
Giordania	327
India	330
Indonesia	331
Iran, Repubblica Islamica del	332
Iraq	333
Kazakhstan	356
Kirghizistan	361
Kuwait	335
Laos	336
Libano	337
Malaysia	340
Maldive	339
Mongolia	341
Myanmar (ex Birmania)	307
Nepal	342
Oman	343
Pakistan	344
Qatar	345
Singapore	346
Siria	348
Sri Lanka (ex Ceylon)	311
Tagikistan	362
Taiwan (ex Formosa)	363

(continua)

ASIA	
Paesi	Codice ISTAT
Territori dell'Autonomia Palestinese	324
Thailandia	349
Timor Orientale	338
Turkmenistan	364
Uzbekistan	357
Vietnam	353
Yemen	354

AFRICA	
Paesi	Codice ISTAT
Algeria	401
Angola	402
Benin (ex Dahomey)	406
Botswana	408
Burkina Faso (ex Alto Volta)	409
Burundi	410
Camerun	411
Capo Verde	413
Centrafricana, Repubblica	414
Ciad	415
Comore	417
Congo (Repubblica del)	418
Congo, Repubblica democratica del (ex Zaire)	463
Costa d'Avorio	404
Egitto	419
Eritrea	466
Etiopia	420
Gabon	421
Gambia	422
Ghana	423
Gibuti	424
Guinea	425
Guinea Bissau	426
Guinea Equatoriale	427
Kenya	428
Lesotho	429
Liberia	430
Libia	431
Madagascar	432
Malawi	434
Mali	435
Marocco	436
Mauritania	437
Mauritius	438
Mozambico	440
Namibia	441
Niger	442

(continua)

AFRICA	
Paesi	Codice ISTAT
Nigeria	443
Ruanda	446
São Tomé e Príncipe	448
Senegal	450
Seychelles	449
Sierra Leone	451
Somalia	453
Sud Africa	454
Sudan	455
Swaziland	456
Tanzania	457
Togo	458
Tunisia	460
Uganda	461
Zambia	464
Zimbabwe (ex Rhodesia)	465

AMERICA	
Paesi	Codice ISTAT
Antigua e Barbuda	503
Argentina	602
Bahamas	505
Barbados	506
Belize	507
Bolivia	604
Brasile	605
Cile	606
Colombia	608
Costa Rica	513
Cuba	514
Dominica	515
Dominicana, Repubblica	516
Ecuador	609
El Salvador	517
Giamaica	518
Grenada	519
Guatemala	523
Guyana	612
Haiti	524
Honduras	525
Messico	527
Nicaragua	529
Panama	530
Paraguay	614
Perù	615
Saint Kitts e Nevis	534
Saint Lucia	532
Saint Vincent e Grenadine	533
Suriname	616
Trinidad e Tobago	617
Uruguay	618
Venezuela	619

OCEANIA	
Paesi	Codice ISTAT
Fiji	703
Kiribati	708
Marshall, Isole	712
Micronesia, Stati Federati	713
Nauru	715
Palau	720
Papua Nuova Guinea	721
Salomone, Isole	725
Samoa	727
Tonga	730
Tuvalu	731
Vanuatu	732

APOLIDE	
	Codice ISTAT
	999

Tabella A.1. Principali nazionalità rappresentate per provincia, totale residenti (N), rapporto (%) di mascolinità e % sul totale dei residenti immigrati, anno 2009

Provincia	prime 3 nazionalità	N	M/F (%)	% su tot immigrati
PIACENZA				
	Albania	6.441	121,6	18,3
	Romania	4.583	93,2	13,0
	Marocco	4.559	119,5	12,9
	<i>totale immigrati</i>	<i>35.258</i>	<i>104,1</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>36.143</i>	<i>103,3</i>	
PARMA				
	Albania	6.249	127,8	13,0
	Moldova	5.523	51,2	11,5
	Romania	5.002	76,0	10,4
	<i>totale immigrati</i>	<i>48.232</i>	<i>98,4</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>50.147</i>	<i>97,4</i>	
REGGIO EMILIA				
	Marocco	9.899	116,5	15,6
	Albania	7.205	124,9	11,4
	India	6.016	130,7	9,5
	<i>totale immigrati</i>	<i>63.441</i>	<i>102,3</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>64.512</i>	<i>101,3</i>	
MODENA				
	Marocco	17.226	130,8	2,5
	Romania	7.985	77,1	1,1
	Albania	7.775	121,8	1,1
	<i>totale immigrati</i>	<i>80.640</i>	<i>103,3</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>82.596</i>	<i>102,6</i>	
BOLOGNA				
	Romania	16.353	84,2	18,0
	Marocco	14.306	116,4	15,7
	Albania	7.313	115,7	8,0
	<i>totale immigrati</i>	<i>90.947</i>	<i>93,5</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>94.779</i>	<i>92,4</i>	

(continua)

Provincia	prime 3 nazionalità	N	M/F (%)	% su tot immigrati
FERRARA				
	Marocco	4.140	119,9	17,5
	Romania	3.466	76,5	14,6
	Ucraina	2.590	17,1	10,9
	<i>totale immigrati</i>	<i>23.724</i>	<i>82,5</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>24.534</i>	<i>82,0</i>	
RAVENNA				
	Romania	8.860	91,4	22,4
	Albania	6.889	122,9	17,4
	Marocco	5.164	126,9	13,1
	<i>totale immigrati</i>	<i>39.544</i>	<i>101,9</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>40.673</i>	<i>100,8</i>	
FORLÌ - CESENA				
	Albania	6.612	116,9	17,4
	Romania	6.033	75,3	15,9
	Marocco	5.554	126,1	14,6
	<i>totale immigrati</i>	<i>37.979</i>	<i>100,1</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>38.887</i>	<i>99,3</i>	
RIMINI				
	Albania	7.330	116,5	26,7
	Romania	3.690	77,2	13,4
	Ucraina	2.895	28,2	10,5
	<i>totale immigrati</i>	<i>27.466</i>	<i>88,8</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>29.050</i>	<i>87,0</i>	
EMILIA-ROMAGNA				
	Marocco	67.262	121,9	15,0
	Romania	60.396	82,0	13,5
	Albania	58.259	120,5	13,0
	<i>totale immigrati</i>	<i>447.231</i>	<i>98,1</i>	<i>100,0</i>
	<i>totale stranieri</i>	<i>461.321</i>	<i>97,1</i>	

Tabella A.2. Ricoveri totali dei residenti in regione Emilia-Romagna per genere e anno di ricovero, anni 2002-2009

Anno	Uomini		Donne			
	Italiani	Immigrati	Italiane		Immigrate	
	N	N	N	% sul totale	N	% sul totale
2002	327.225	7.918	383.831	54,0	14.538	64,7
2003	320.024	8.799	368.427	53,5	17.546	66,6
2004	315.616	9.946	360.976	53,4	20.323	67,1
2005	306.054	10.866	346.564	53,1	22.725	67,7
2006	298.674	11.920	340.082	53,2	25.329	68,0
2007	297.751	12.662	337.684	53,1	28.270	69,1
2008	293.368	14.354	331.887	53,1	32.206	69,2
2009	290.651	14.932	327.820	53,0	34.362	69,7

Tabella A.3.a. Primi 10 DRG più frequenti in day hospital per genere. Italiani residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Uomini	DH	% su tot.
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	8.642	12,02
162 C - interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc	4.945	6,88
503 C - interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	2.789	3,88
266 C - trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	2.110	2,93
229 C - interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	1.998	2,78
119 C - legatura e stripping di vene	1.888	2,63
non definito	1.743	2,42
036 C - interventi sulla retina	1.577	2,19
270 C - altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	1.227	1,71
323 M - calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.170	1,63
<i>totale parziale</i>	<i>28.089</i>	<i>39,07</i>
<i>totale</i>	<i>71.897</i>	<i>100,00</i>

Donne	DH	% su tot.
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	9.966	11,72
381 C - aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	6.210	7,30
359 C - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	4.883	5,74
364 C - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	4.660	5,48
119 C - legatura e stripping di vene	4.117	4,84
229 C - interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	3.247	3,82
036 C - interventi sulla retina	1.898	2,23
266 C - trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	1.700	2,00
non definito	1.664	1,96
503 C - interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.375	1,62
<i>totale parziale</i>	<i>39.720</i>	<i>46,71</i>
<i>totale</i>	<i>85.039</i>	<i>100,00</i>

Tabella A.3.b. Primi 10 DRG più frequenti in day hospital per genere. Immigrati residenti in Emilia-Romagna, anno 2009

Uomini	DH	% su tot.
162 C - interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc	186	5,89
229 C - interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	135	4,28
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	135	4,28
503 C - interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	120	3,80
non definito	102	3,23
119 C - legatura e stripping di vene	97	3,07
206 M - malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza cc	96	3,04
158 C - interventi su ano e stoma senza cc	80	2,53
323 M - calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	75	2,38
339 C - interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età >17 anni	65	2,06
<i>totale parziale</i>	<i>1.091</i>	<i>34,56</i>
<i>totale</i>	<i>3.157</i>	<i>100,00</i>

Donne	DH	% su tot.
381 C - aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	3.714	43,01
364 C - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	448	5,19
359 C - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	431	4,99
119 C - legatura e stripping di vene	410	4,75
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	312	3,61
380 M - aborto senza dilatazione e raschiamento	190	2,20
229 C - interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	141	1,63
360 C - interventi su vagina, cervice e vulva	115	1,33
384 M - altre diagnosi pre-parto senza complicazioni mediche	109	1,26
262 C - biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	102	1,18
<i>totale parziale</i>	<i>5.972</i>	<i>69,16</i>
<i>totale</i>	<i>8.635</i>	<i>100,00</i>

Tabella A.3.c. Primi 10 DRG più frequenti in day hospital, negli immigrati non residenti per sesso. Anno 2009

Uomini	DH	% su tot.
490 M - HIV associato o non ad altre patologie correlate	30	10,20
non definito	30	10,20
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	19	6,46
229 C - interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	15	5,10
492 M - chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	14	4,76
162 C - interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc	11	3,74
405 M - leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età <18 anni	11	3,74
323 M - calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	8	2,72
266 C - trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	6	2,04
411 M - anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	6	2,04
<i>totale parziale</i>	<i>150</i>	<i>51,02</i>
<i>totale</i>	<i>294</i>	<i>100,00</i>

Donne	DH	% su tot.
381 C - aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	863	66,44
410 M - chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	64	4,93
364 C - dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	35	2,69
380 M - aborto senza dilatazione e raschiamento	31	2,39
359 C - interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza cc	21	1,62
490 M - HIV associato o non ad altre patologie correlate	20	1,54
119 C - legatura e stripping di vene	14	1,08
360 C - interventi su vagina, cervice e vulva	13	1,00
467 M - altri fattori che influenzano lo stato di salute	13	1,00
369 M - disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9	0,69
<i>totale parziale</i>	<i>1.083</i>	<i>83,37</i>
<i>totale</i>	<i>1.299</i>	<i>100,00</i>

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPEL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)

51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.

- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)

- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Orite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)

- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna. (*)
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna. (*)
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)
- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna. (*)
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna. (*)
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)

216. Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)

217. La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna. (*)