

Regione Piemonte

Assessorato alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria
Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3, DORS

Stranieri e Salute

*A cura di Luisa Mondo,
Raffaella Rusciani,
Manuela Del Savio,
Ornella Fiore,
Elena Rozzi*

In letteratura è ormai ampiamente dimostrato che le disuguaglianze nella salute possono caratterizzare la storia di un individuo sin dalle fasi più precoci della vita. Da un lato, lo svantaggio socioeconomico è associato a un maggior rischio di esiti negativi della gravidanza, quali la nascita pretermine, il basso peso alla nascita, la natimortalità e la mortalità neonatale e post-neonatale¹²³; dall'altro lato, è nota l'esistenza di una relazione tra lo stato di salute in età infantile e quello in età adulta, relazione che spesso consente agli svantaggi di salute sofferti nelle prime fasi della vita di conservarsi, o addirittura amplificarsi, nel corso della vita stessa⁴⁵⁶.

In base a queste evidenze, gli esperti sui determinanti sociali della salute, pongono tra gli obiettivi prioritari delle politiche di riduzione delle disuguaglianze, l'assicurare ad ogni bambino il miglior inizio di vita possibile offrendo in fase pre- e post-natale un valido supporto alle famiglie più svantaggiate, attraverso una buona assistenza socio-sanitaria per le gestanti e per le madri ed i loro figli⁷⁸. Allo svantaggio legato alle condizioni socioeconomiche si affianca quello legato alla cittadinanza, in cui possono entrare in gioco fattori culturali, sociali, genetici⁹¹⁰¹¹: in tutta la Regione Europea dell'OMS, gli esiti di salute materna della maggior parte delle donne migranti sono più sfavorevoli rispetto alle altre donne, con un peggior andamento della gravidanza e della

¹ Spencer N. The effect of income inequality and macro-level social policy on infant mortality and low birthweight in developed countries--a preliminary systematic review. *Child Care Health Dev*, 2004; 30:699-709

² Blumenshine P, Egerter S, Barclay CJ et al. Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: a systematic review. *Am J Prev Med*, 2010; 39:263-72

³ Spong CY, Iams J, Goldenberg R et al. Disparities in perinatal medicine: preterm birth, stillbirth, and infant mortality. *ObstetGynecol*, 2011; 117:948-55

⁴ Blane D, Netuveli G, Stone J. The development of life course epidemiology. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007;55(1), 31-38

⁵ Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 2009; 301(21):2252-9

⁶ Raat H, Wiltz A, Jaddoe VW et al. The health impact of social disadvantage in early childhood; the Generation R study. *Early Hum Dev*, 2011; 87(11):729-33

⁷ Marmot M et al. Fair Society Healthy Lives. The Marmot Review, 2010. Testo integrale: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

⁸ WHO-Euro. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Copenhagen, DK: WHO-Euro, 2014. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf

⁹ Gagnon AJ, Zimbeck M, Zeitlin J and the ROAM Collaboration. Migration to western industrialised countries and perinatal health: a systematic review. *SocSci Med*, 2009; 69(6):934-46

¹⁰ Heaman M, Bayrampour H, Kingston D et al. Migrant women's utilization of prenatal care: a systematic review. *Matern Child Health J*, 2013; 17(5):816-36

¹¹ Boerleider AW, Wiegers TA, Manniën J et al. Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2013; 13:81

salute neonatale¹²¹³¹⁴. Per questo motivo, l'OMS Europa ha pubblicato una revisione sistematica della letteratura, che fornisce una sintesi critica e interpretativa delle esistenti politiche sanitarie per valutare gli interventi e le strategie in grado di migliorare l'accessibilità e la qualità dei servizi dedicati alla salute materna per le donne migranti¹⁵. Barriere formali quali i limiti nel diritto di usufruire dei servizi sanitari e ostacoli informali legati alla familiarità, conoscenza, accettabilità, disponibilità e costo dei servizi stessi, ne minacciano l'accesso: l'OMS raccomanda quindi di assicurare l'accesso universale alle cure e di fornire servizi culturalmente competenti, per favorire l'accesso e la qualità dei servizi dedicati e perciò migliorare la salute materna delle donne migranti.

1. I nati in Piemonte da donne straniere

Dall'analisi di 10 anni di CedAP, si registra una netta riduzione dei nati passando dai 36.902 del 2006 ai 30.526 del 2016, riduzione che riguarda le donne italiane, ma anche e soprattutto quelle straniere, con un calo del 30% circa. Le gestanti nate in paesi diversi dall'Italia, nel 2006 costituivano il 22,8%, nel 2016 il 30,5%. I paesi più rappresentati sono la Romania (7.514 donne), il Marocco (5.555 donne), l'Albania (3.014 donne), la Cina (1.027 donne).

Dall'analisi multivariata degli ultimi 6 anni di certificati di assistenza al parto (CedAP) compilati in Regione Piemonte dal 2011 al 2016 si nota una sostanziale omogeneità dei risultati per i tre determinanti sociali analizzati (titolo di studio, condizione occupazionale e nazionalità): le donne straniere e le disoccupate mostrano maggior rischio di scarsa assistenza in gravidanza (meno di 4 visite, 0-1 ecografie e mancata adesione allo screening né prima né dopo i 35 anni). Inoltre, le donne PFPM (Paesi a Forte Pressione Migratoria) rispetto alle donne PSA (Paesi a Sviluppo Avanzato, Italia inclusa) utilizzano in misura superiore al doppio, il consultorio familiare, presentano un maggior rischio di parto pretermine e di avere dei neonati grossi rispetto all'età gestazionale (tabella 1).

¹² Urquia ML, Glazier RH, Blondel B for the ROAM collaboration. International migration and adverse birth outcomes: role of ethnicity, region of origin and destination. *J Epidemiol Community Health*, 2010; 64(3):243-51

¹³ MacDorman MF. Race and ethnic disparities in fetal mortality, preterm birth, and infant mortality in the United States: an overview. *Semin Perinatol*, 2011; 35(4):200-8

¹⁴ Schaaf JM et al. Ethnic and racial disparities in the risk of preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Perinatol*, 2013; 30(6):433e50

¹⁵ WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization, 2016 recentemente tradotto in italiano e disponibile su <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2966>

Tabella 1: associazione tra i determinanti sociali e alcuni indicatori di percorso ed esito della gravidanza. Piemonte, CedAP 2011-2016 (dal volume Nascere in Piemonte, in fase di pubblicazione)

Indicatori	livello di istruzione		condizione occupazionale		cittadinanza	
	medio	basso	Casalinga	altro	PFPM	
	vs. alto		vs. occupata		vs.PSA	
	PR (IC 95%)	PR (IC 95%)	PR (IC 95%)	PR (IC 95%)	PR (IC 95%)	
Gravidanza	Utilizzo del Consultorio	1,16 (1,14-1,18)	1,41 (1,39-1,43)	1,46 (1,45-1,48)	1,48 (1,46-1,50)	2,38 (2,36-2,40)
	AdG portata al PN	1,00 (0,99-1,01)	0,99 (0,98-1,00)	1,11 (1,10-1,12)	0,99 (0,97-1,00)	1,05 (1,04-1,06)
	Meno di 4 visite*	0,95 (0,88-1,02)	1,35 (1,25-1,45)	1,61 (1,52-1,71)	1,45 (1,35-1,55)	1,49 (1,41-1,58)
	Più di 7 visite*	1,01 (0,99-1,03)	0,99 (0,90-0,96)	0,93 (0,91-0,95)	0,93 (0,90-0,96)	0,80 (0,78-0,82)
	0-1 ecografia*	1,00 (0,92-1,09)	1,40 (1,28-1,53)	1,24 (1,16-1,33)	1,51 (1,40-1,63)	1,74 (1,63-1,85)
	Più di 3 ecografie*	1,00 (0,99-1,02)	0,91 (0,89-0,92)	0,83 (0,82-0,85)	0,91 (0,90-0,93)	0,66 (0,64-0,67)
	Nessuna indagine prenatale <=35 anni	0,86 (0,83-0,89)	0,97 (0,94-1,00)	1,62 (1,58-1,67)	1,25 (1,21-1,30)	1,77 (1,73-1,82)
	Nessuna indagine prenatale > 35 anni	0,94 (0,89-1,00)	1,11 (1,05-1,18)	1,65 (1,57-1,74)	1,15 (1,06-1,24)	1,83 (1,74-1,92)
	Solo DPI <=35 anni	0,99 (0,89-1,09)	0,94 (0,83-1,07)	0,85 (0,75-0,97)	0,90 (0,77-1,04)	0,85 (0,75-0,96)
	Solo DPI >35 anni	1,09 (1,05-1,12)	1,03 (0,98-1,07)	0,92 (0,88-0,97)	0,91 (0,86-0,97)	0,69 (0,65-0,73)
	BdS 36-37 settimane e.g, **	0,98 (0,97-0,99)	0,95 (0,94-0,96)	0,98 (0,97-0,99)	0,99 (0,98-1,00)	1,02 (1,01-1,03)
	Parto	Parto pretermine	1,18 (1,15-1,22)	1,36 (1,31-1,41)	0,99 (0,96-1,03)	1,17 (1,12-1,22)
Parto post-termine		0,97 (0,92-1,03)	1,05 (0,98-1,13)	1,09 (1,03-1,16)	1,10 (1,02-1,19)	1,03 (0,97-1,09)
Ricorso al TCe		1,11 (1,09-1,13)	1,23 (1,21-1,25)	1,02 (1,01-1,04)	1,04 (1,02-1,07)	0,92 (0,90-0,93)
Nato	SGA***	1,14 (1,11-1,17)	1,32 (1,28-1,36)	1,09 (1,06-1,12)	1,12 (1,08-1,16)	0,71 (0,68-0,73)
	LGA***	1,00 (0,97-1,03)	1,06 (1,02-1,09)	1,01 (0,99-1,04)	1,03 (0,99-1,07)	1,62 (1,58-1,67)

*gravidenza fisiologica e nato singolo ** gravidanza fisiologica e parto a termine *** parto semplice e nato vivo

2. Ricorso ai servizi sanitari nei minori stranieri

I ricoveri ospedalieri e l'accesso alla medicina specialistica sono stati analizzati per i minori in età compresa tra 0 e 18 anni, maschi e femmine, residenti a Torino e provincia, suddivisi in PFPM e PSA avvenuti nel 2017 (escludendo i ricoveri in lungodegenza e riabilitazione i nuovi nati). Si sono registrati 24572 ricoveri totali dei quali il 16% a carico di PFPM. Nella popolazione PFPM i ricoveri totali tra le femmine risultano superiori a quelli tra i maschi nel primo anno di vita e dopo gli 11 anni (figura 1), andamento analogo si osserva per i ricoveri ordinari (figura 2).

Per quanto riguarda i motivi di ricovero tra i giovani PFPM si registra un eccesso di patologie endocrine, malattie dell'apparato digerente, malformazioni congenite, traumatismi ed avvelenamenti, in linea con quanto registrato da anni nella popolazione adulta (figura 3).

Tra le ragazze si osserva un eccesso di degenze legate a patologie di tipo ostetrico-ginecologico e anche in questo caso a traumatismi ed avvelenamenti (figura 4).

Figura 1: Ricoveri totali per sesso, classi d'età e cittadinanza – Torino e Provincia, SDO 2017

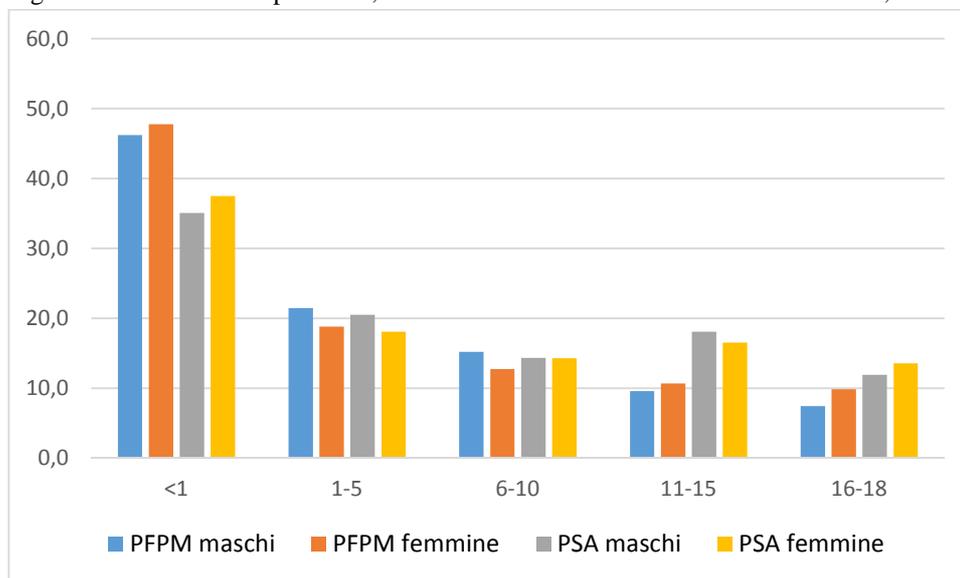


Figura 2: Ricoveri ordinari per sesso, classi d'età e cittadinanza – Torino e Provincia, SDO 2017

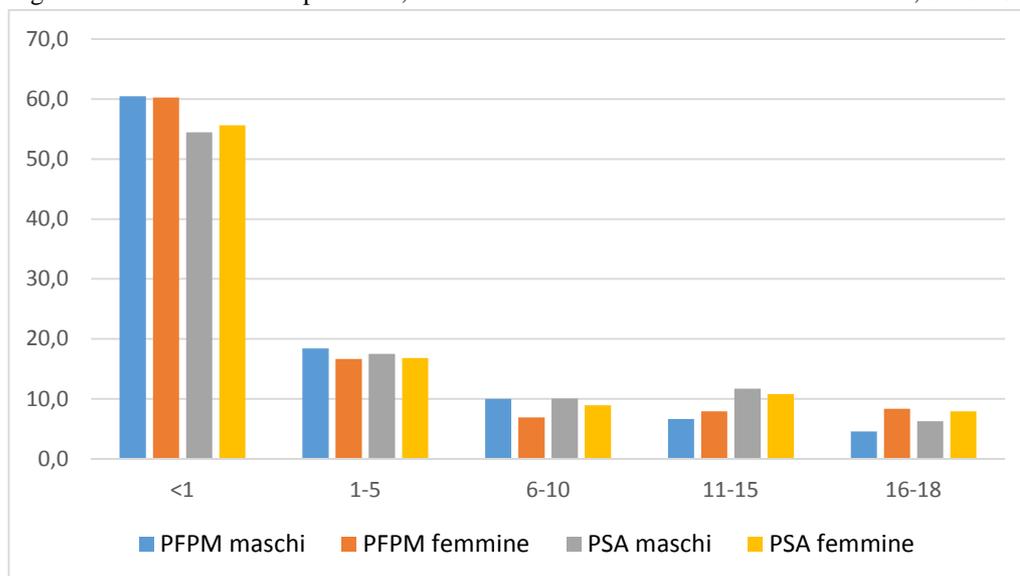


Figura 3: Ricoveri ordinari per grandi cause, maschi, Torino e Provincia, SDO 2017

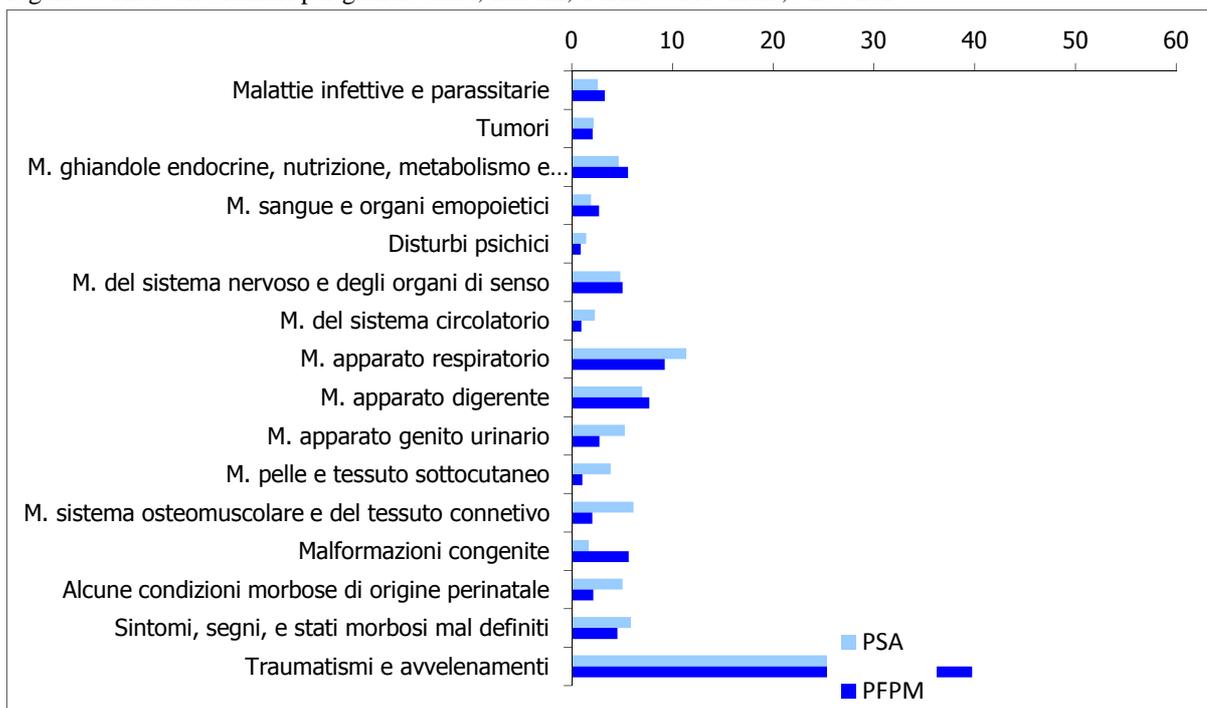
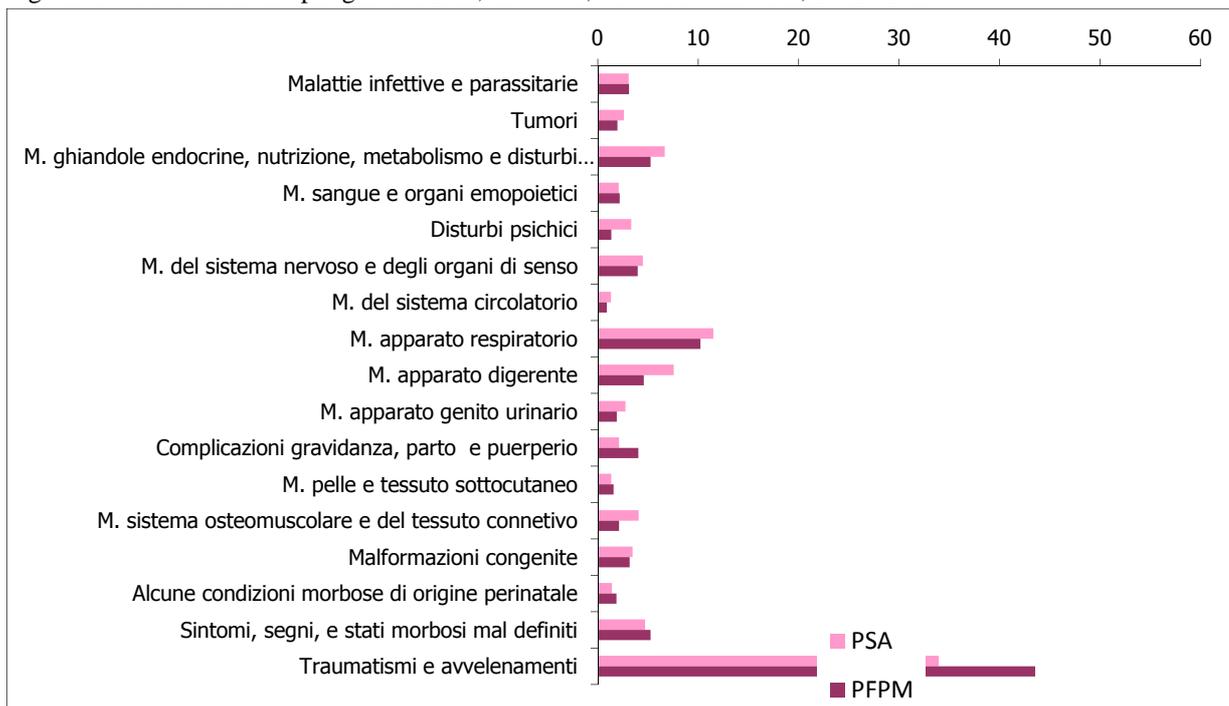


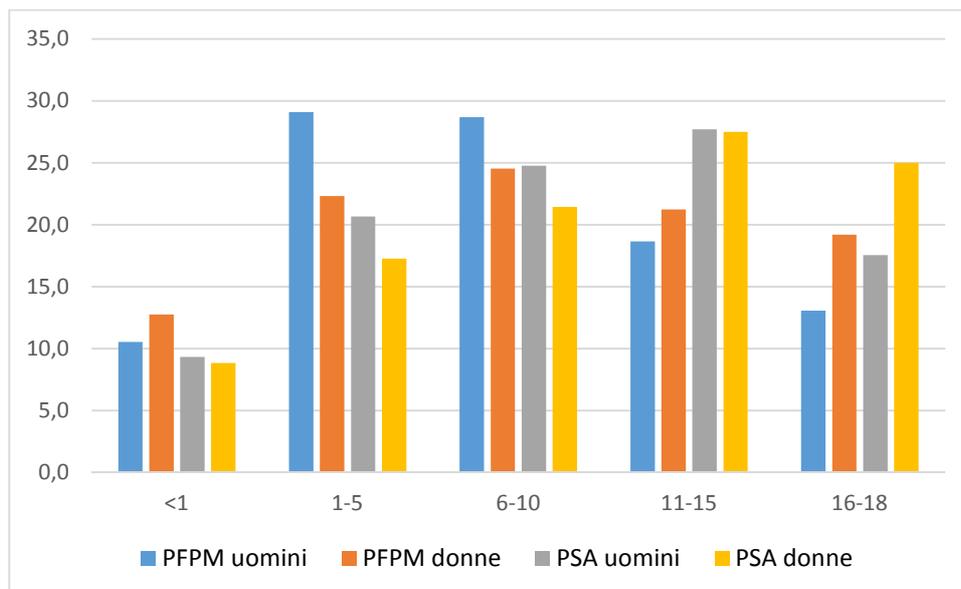
Figura 4: Ricoveri ordinari per grandi cause, femmine, Torino e Provincia, SDO 2017



Nel 2017 tra i giovani residenti a Torino e provincia sono state effettuate oltre 1.200.000 prestazioni specialistiche, delle quali meno del 10% a carico di giovani PFPM. Per quanto riguarda la distribuzione per genere risulta una maggior ricorso alle prestazioni specialistiche tra i maschi PFPM (55%) e PSA (51%).

Per quanto riguarda le distinzioni per classi di età vediamo tra popolazione PFPM una prevalenza delle prestazioni nel sesso femminile durante il primo anno di vita e dopo gli 11 anni mentre la popolazione PSA le prestazioni a carico delle bambine e delle ragazze risultano lievemente inferiori nei primi 10 anni di vita, sovrapponibili tra gli 11 e 15 anni, decisamente maggiori tra i 16 e i 18 anni (figura 5). Oltre alle indagini radiologiche e di laboratorio, le prime cause di accesso sono la valutazione dell'allattamento al seno, la neuropsichiatria infantile, l'oculista e l'odontoiatria.

Figura 5: Prestazioni ambulatoriali per sesso, classi d'età e gruppo di cittadinanza - anno 2017



3. Iscrizione minori STP al PIS

Tornando nello specifico e concretamente al tema dell'accessibilità delle cure sanitarie ai minori, dobbiamo dire che la Regione Piemonte è intervenuta sin dai primi tempi del fenomeno migratorio individuando modi ed organizzazione per rendere fruibili le prestazioni sanitarie.

Sin dal 1996 e ancor prima dunque degli interventi del Legislatore, l'organizzazione dei Centri di Informazione Salute Immigrati appositamente istituiti presso le Aziende Sanitarie del territorio ha garantito anche l'erogazione dei servizi di salute necessari ai minori stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, mediante iscrizione ai Centri I.S.I., con rilascio di tessera con il codice S.T.P. - Straniero Temporaneamente Presente, e preferibilmente con accesso ai Consultori pediatrici, peraltro dotati di servizio di mediazione culturale per rendere maggiormente fruibile il sistema di assistenza sanitaria all'utenza.

L'evoluzione della normativa che ha fatto seguito via via all'ampliarsi del fenomeno immigrazione e l'approdo alla formulazione del Testo Unico Immigrazione, con tutti gli atti e ulteriori norme che si sono succedute nel tempo, ha richiesto poi un lavoro di riordino e sistematizzazione normativa che ha prodotto, a cura del Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi Sanitari", composto da tecnici degli Assessorati alla Salute delle Regioni e PP.AA., da rappresentanti del Ministero della Salute e da esperti (INMP e SIMM) e costituito presso la competente commissione della Conferenza Stato Regioni, le "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e Province Autonome italiane", approvate in Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012.

Tale documento risponde all'esigenza, condivisa dalle Regioni, di uniformare le difformità dei Servizi Sanitari Regionali nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri e, in particolare, agli immigrati extra-comunitari e comunitari, risolvendo le difficoltà interpretative, sotto il profilo amministrativo, generate dalla quantità di indicazioni normative emanate, negli anni, da vari Ministeri, in particolare da Ministero della Salute e Ministero dell'Interno (sono state censite dal '90 ad oggi più di 700 disposizioni normative) e l'ulteriore complessità sopraggiunta a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea e del diritto alla libera circolazione dei cittadini.

Il documento è stato redatto con lo scopo di:

- semplificare il lavoro degli operatori sanitari;
- ridurre le difficoltà burocratiche per l'accesso alle prestazioni;
- far conoscere e circolare le informazioni sulle soluzioni amministrative più efficaci adottate nelle diverse realtà;
- migliorare l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri in un'ottica di efficacia ed efficienza (riduzione sprechi, ripetizione esami, tardiva presa in carico o altro, che comportano peggiori esiti nella salute, un elevato ricorso al Pronto Soccorso e ai ricoveri in urgenza da parte degli immigrati).

L'obiettivo è stato quello di rendere uniforme (come previsto dai LEA, DPCM 29 novembre 2001 e succ.) sul territorio nazionale l'accesso alle cure e la fruizione dell'assistenza sanitaria da parte della popolazione immigrata, in un'ottica di efficienza e di appropriatezza, perseguito anche realizzando confronti e scambi di esperienze tra Regioni sulle soluzioni più funzionali e di implementare un sistema di indicatori per il monitoraggio a supporto alla programmazione (PSN, PSR).

La Regione Piemonte ha reso esecutive le "Indicazioni" sul proprio territorio con DGR n. 24-4081 del 2 luglio 2012, successivamente integrata da DGR n. 34-1198 del 16 marzo 2015, proprio per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai minori¹⁶.

Gli stessi, già assistiti come si è detto, ora, per ragioni di uguaglianza, di tutela dell'infanzia come da Convenzione di New York e trattati internazionali, di miglior attività di prevenzione delle malattie infettive e ulteriore diminuzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e riduzione dei tempi di degenza se interviene la certezza di una adeguata continuità assistenziale, sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno.

Ogni minore che viva in Piemonte ha diritto pertanto all'inserimento nel circuito del Servizio Sanitario Regionale, con la possibilità di scegliere di affidarsi a un pediatra fino ai sei anni, con possibilità di scelta tra Pediatra e Medico di Medicina Generale dai sei ai quattordici anni e Medico di Medicina Generale dai quattordici ai diciotto. Una scelta che è stata fatta nella direzione dell'inclusione, ma anche una scelta ponderata per incidere positivamente sulla spesa sanitaria (la spesa per assistenza ospedaliera di tutti gli stranieri temporaneamente presenti, senza distinzione fra adulti e bambini, incide su quella complessiva della popolazione piemontese intorno allo 0,2% del totale). Naturalmente, fatta salva la possibilità di scegliere di mantenere invece la forma di assistenza precedente, presso i Centri ISI o i consultori, con i quali si sia instaurato un rapporto di fiducia e presso ai quali comunque è presente l'agevolazione del mediatore culturale.