

Regione Piemonte

Assessorato alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria

Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3

Stranieri e Salute

A cura di Luisa Mondo*

Raffaella Rusciani*

Denis Quarta*

Manuela Del Savio°

*Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3

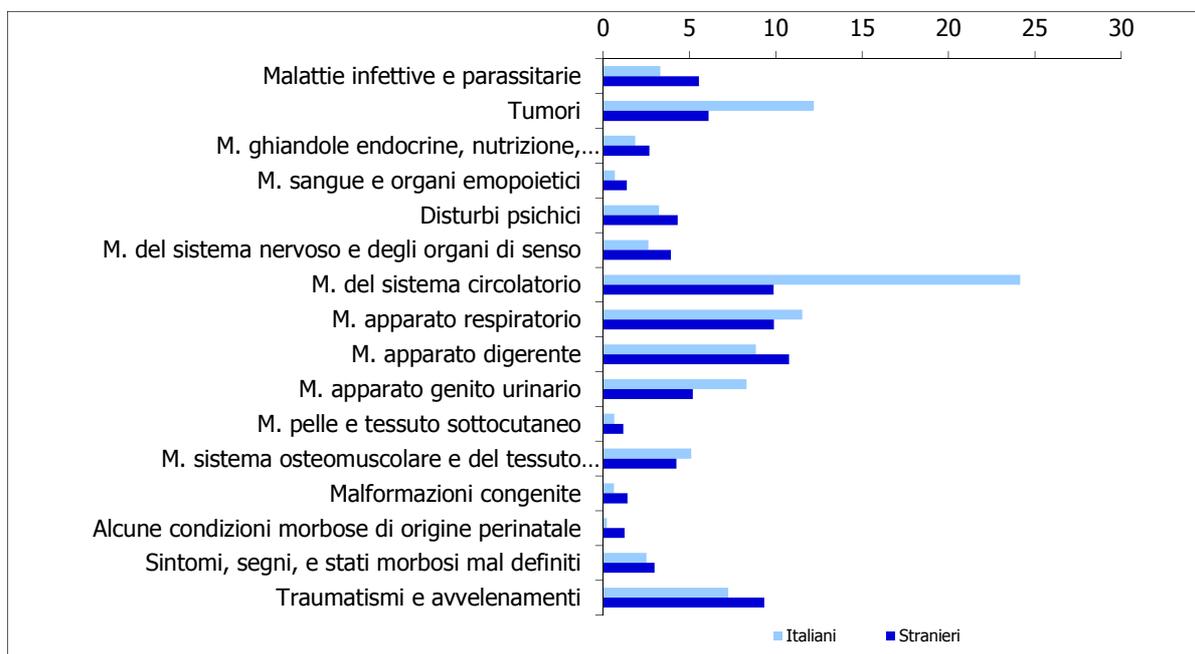
° Assessorato alla Sanità Regione Piemonte

Negli ultimi decenni si è assistito al netto e costante miglioramento della salute della popolazione: l'aspettativa di vita è aumentata, morbosità e mortalità si sono ridotte. Tuttavia, non tutti i cittadini hanno beneficiato allo stesso modo di questi progressi: si registrano differenze negli esiti di salute dei vari gruppi sociali infatti quanto più si è ricchi, istruiti, residenti in aree non deprivate, dotati di risorse e opportunità socioeconomiche, tanto più si tende a presentare un profilo di salute più sano. Un sistema sanitario di tipo universalistico come il nostro, anche in base a quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, dovrebbe essere accessibile a tutti, contrastando, con adeguate politiche, le barriere all'accessibilità ed alla fruibilità.

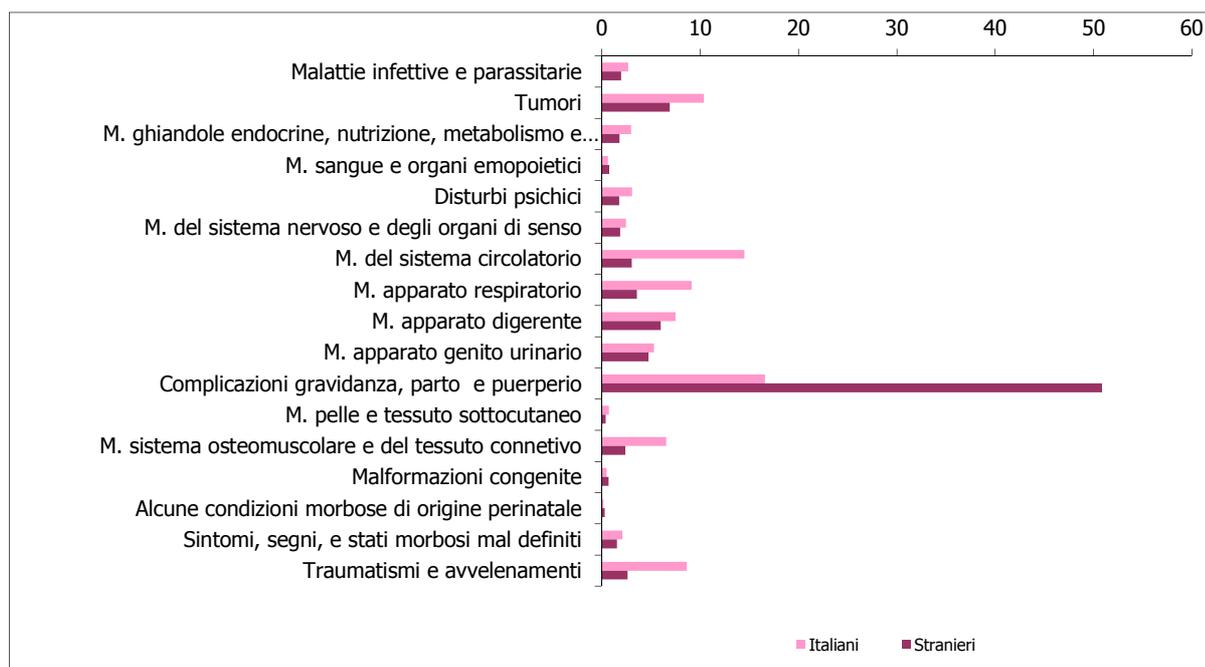
Nei paragrafi seguenti analizzeremo quindi il profilo di salute della popolazione immigrata residente a Torino e provincia (e, laddove il dato disaggregato per il solo capoluogo non sia disponibile, nella regione). In particolare, abbiamo scelto alcuni dei vari indicatori dello stato di salute partendo dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, agli infortuni sul lavoro, all'assistenza alla gravidanza, alle interruzioni di gravidanza, alla mortalità materna, neonatale ed infantile, alle vaccinazioni in età pediatrica.

Per quanto riguarda i ricoveri, essendo la popolazione straniera mediamente più giovane della popolazione italiana, si registra, sia tra gli uomini che tra le donne, una minor frequenza di ospedalizzazioni per le patologie tipiche dell'età più avanzata, in particolare tumori e malattie del sistema circolatorio. Tra gli uomini continua il già documentato eccesso di degenze legate a traumatismi (grafico 1), tra le donne per la gravidanza (grafico 2).

Graf. 1: ricoveri ordinari, uomini italiani e stranieri, residenti Torino e provincia, SDO 2018



Graf. 2: ricoveri ordinari, donne italiane e straniere, residenti Torino e provincia, SDO 2018



Andando quindi ad analizzare più nel dettaglio tali differenze vediamo che gli uomini stranieri hanno un eccesso di ricoveri per traumatismi legati ad infortuni sul lavoro. Tale dato è in linea con quanto osservato in regione e a livello nazionale. Per INAIL è infortunio sul lavoro *ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro dal quale derivi la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni*¹. Gli immigrati, anche quelli occupati regolarmente, non denunciano gli infortuni meno gravi, con una conseguente, apparente, maggior occorrenza di casi gravi sul totale degli eventi registrati. Questo comportamento è legato a diversi fattori tra i quali la mancata o insufficiente conoscenza della normativa e dell'esistenza delle tutele INAIL e la paura di perdere il posto di lavoro (con il conseguente temutissimo rischio di non trovare un nuovo impiego e non poter rinnovare il permesso di soggiorno).

La maggior parte degli studi disponibili in letteratura evidenzia che, rispetto ai nativi, i migranti presentano tassi di infortuni totali e mortali più alti². I principali fattori in grado di spiegare tale differenza sono: l'impiego di migranti nelle mansioni più pericolose, la transitorietà del lavoro, la maggiore tolleranza del rischio presente, le barriere linguistiche e culturali che riducono l'efficacia di eventuali azioni di formazione³. In particolare, per quanto riguarda la transitorietà dell'impiego, molti studi hanno dimostrato che per i nuovi assunti, qualunque sia il tipo di contratto, è più alto il rischio di infortunio rispetto a chi lavora da più tempo con contratti di lavoro più lunghi^{4 5}. Con uno

¹ DPR 30/61964, n. 1124, GU n. 257 del 13/10/1965, art 2

² Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007;33(2):96-104

³ Schenker M. A global perspective of migration and occupational health. *Am J Ind Med* 2010; 53(4):329-37.

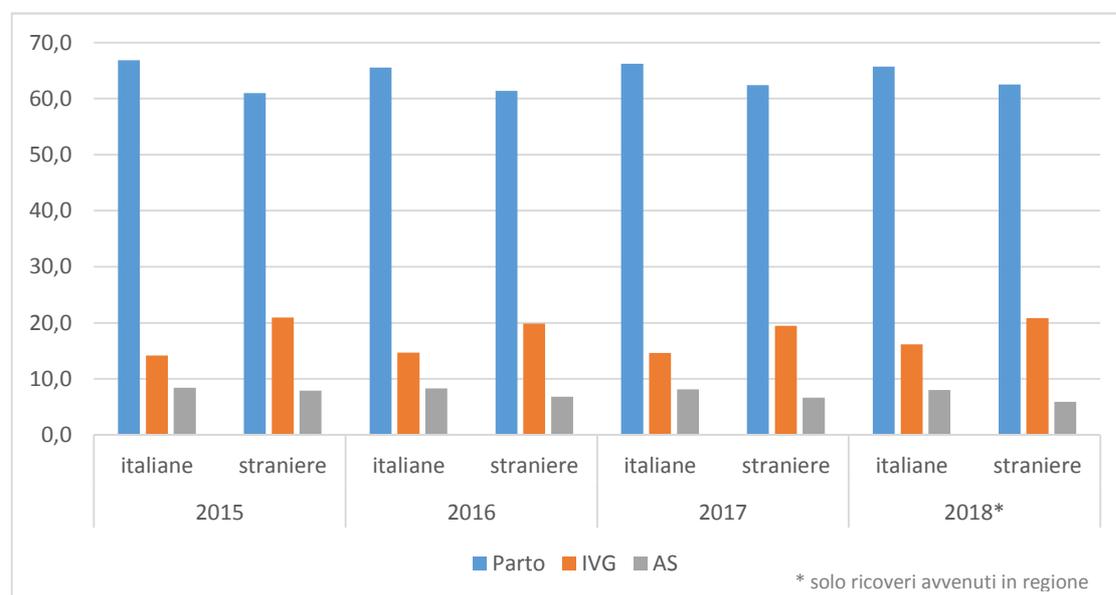
⁴ Breslin FC, Smith P. Trial by fire: a multivariate examination of the relation between job tenure and work injuries. *Occup Environ Med* 2006; 63:27–32. doi:10.1136/oem.2005.021006. pmid: 16361402

⁵ Morassaei S, Breslin FC, Shen M, Smith PM. Examining job tenure and lost-time claim rates in Ontario, Canada, over a 10-year period, 1999–2008. *Occup Environ Med* 2013; 70(3):171–178. doi:10.1136/oemed-2012-100743. pmid: 23123355.

sguardo puntuale alla situazione dell'ultimo anno (analizzando i flussi INAIL-Regioni⁶) emergono alcune differenze fra nativi e lavoratori immigrati: nel 2017 i lavoratori stranieri prevalentemente coinvolti in infortuni sono uomini (69.8% vs 59.9% dei nativi), di età media di quasi 40 anni (la medesima dei nati in Italia, ma con diversa variabilità), impiegati nei settori costruzioni, trasporti e servizi all'impresa, provenienti, come atteso, dai Paesi a maggior spinta migratoria (Romania, Marocco, Albania, da soli questi tre paesi di nascita coprono circa il 50% di tutti gli infortuni indennizzati a lavoratori nati all'estero). È pressoché uguale la quota di infortuni riconosciuti in itinere fra nativi (17%) e immigrati (16%). Rispetto alla percentuale di indennizzo e riconoscimento degli infortuni denunciati, non vi sono differenze sostanziali fra nativi e immigrati (circa il 65%), tantomeno emergono significatività riguardanti la macro area di provenienza. Localizzando gli eventi per comune di accadimento, la quota attribuibile a lavoratori nati all'estero è maggiore nelle ASL dove è spiccata la produzione agricola (AT, CN1, CN2 e NO, con circa un evento su cinque a carico di immigrati). Osservando più attentamente la distribuzione degli eventi infortunistici per settore produttivo, attraverso la classificazione delle Voci di Tariffa INAIL, i comparti di metalmeccanica e costruzioni contano una percentuale di lavoratori stranieri significativamente maggiore rispetto ai nativi (costruzioni: 11.3% vs 6.3%); impiegando la classificazione ATECO, emerge anche il settore del Trasporto e magazzinaggio (12.3% vs 7.6%).

Per quanto riguarda invece il settore materno infantile, analizzando, per gli ultimi anni, i ricoveri ostetrici per le donne in età fertile residenti a Torino e provincia, la percentuale di gravidanze che portano a un ricovero per parto, Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) o aborto spontaneo (AS), si osserva che tra le donne straniere è maggiore, con intense variabilità nel periodo di analisi, la proporzione di IVG (grafico 3).

Graf. 3: percentuale di ricoveri ostetrici in età fertile (15-49 anni) per causa e cittadinanza, residenti Torino e provincia, SDO 2015-2018



⁶ Bena A., Giraudo M., Rischio infortunistico nei lavoratori immigrati in Italia: differenze per caratteristiche lavorative e per età, *Epidemiol Prev* 2014; 38(3-4):208-218

Per quanto riguarda la gravidanza, una recente revisione dei certificati di assistenza al parto (CedAP) compilati in Piemonte dal 2006 al 2016⁷ ha messo in evidenza alcuni importanti disuguaglianze di salute tra le donne immigrate e le italiane.

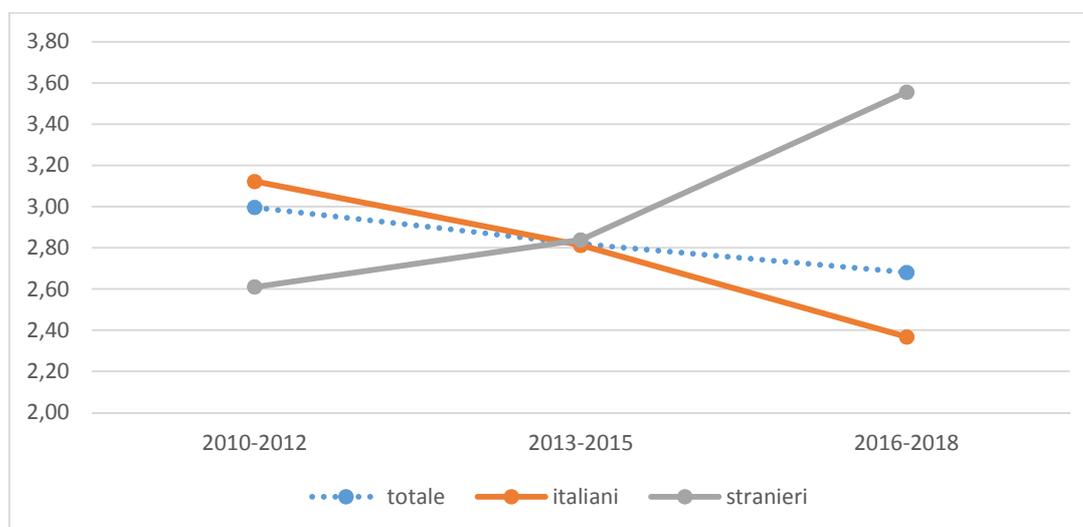
Vi sono alcuni aspetti del percorso nascita che risultano migliori per le donne straniere: tendono ad essere maggiormente seguite in consultorio, ad essere meno a rischio di un'eccessiva medicalizzazione, sono tendenzialmente più giovani e sono sottoposte a meno tagli cesarei.

Però, purtroppo, vi sono anche degli aspetti negativi: le donne straniere (anche se tale svantaggio si è attenuato nel periodo in esame), con livello culturale più basso, le gestanti molto giovani presentano maggiori difficoltà ad accedere ai servizi nei tempi previsti per un percorso di gravidanza appropriato (entro il primo trimestre) e di effettuare un numero insufficiente di visite ed ecografie.

Inoltre le donne straniere effettuano i test di diagnosi prenatale (screening ed esami invasivi) in misura nettamente inferiore rispetto alle loro coetanee italiane, al momento non siamo in gradi di dire se per mancanza di adeguata informazione relativa a tali pratiche o per scelta etica e religiosa o ancora, per accesso tardivo alle visite, quando i tempi per i test sono ormai superati.

Anche per quanto riguarda gli esiti della gravidanza, le donne straniere presentano molteplici esiti non ottimali. Innanzitutto hanno il 62% di probabilità in più di avere un neonato di peso eccessivo rispetto all'epoca gestazionale. Dati peggiori si registrano anche per quanto riguarda la natimortalità: si registra un calo complessivo dei decessi neonatali, ma è appannaggio dei bambini italiani mentre il dato per gli stranieri risulta ancora in crescita (grafico 4), si auspica possa stabilizzarsi e ridursi attraverso la presa in carico precoce, l'assistenza tempestiva e competente e la nascita in centri di alta specializzazione.

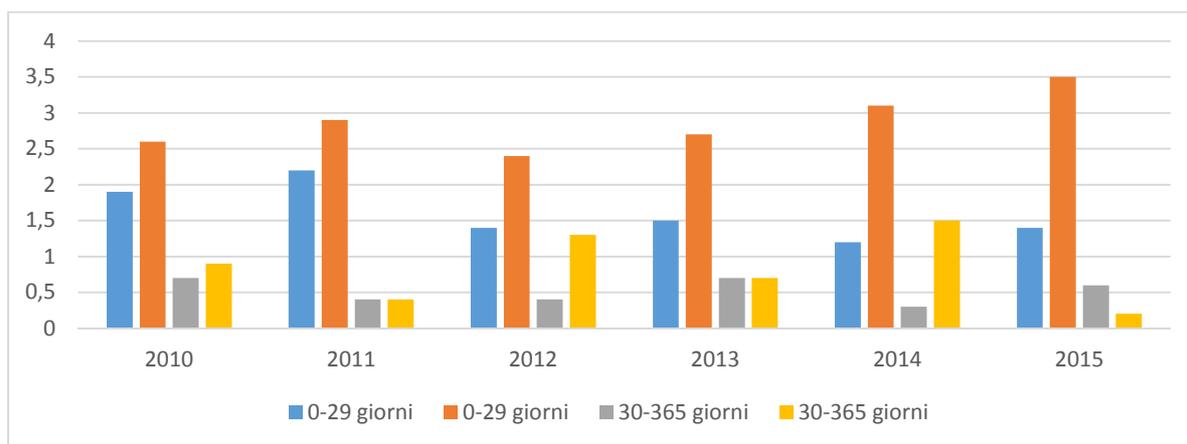
Graf. 4: Tasso di natimortalità per 1.000 nati, residenti Torino e provincia, CEDAP, 2010-2018



Lo stesso discorso vale per la mortalità infantile, sia nel primo mese che nel primo anno di vita: si registra un tasso più alto tra i bambini stranieri residenti in provincia di Torino (grafico 5). Si tratta di una numerosità molto contenuta, ma anche in questo caso l'obiettivo è di ridurre tali differenze fino ad arrivare, per tutti bambini, ai minimi valori possibili.

⁷https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2019-02/nascere_in_piemonte_2006_2016.pdf

Graf. 5: tasso di mortalità infantile per 1.000 nati vivi, residenti Torino e provincia, per età e cittadinanza, Schede di morte ISTAT 2010-2015



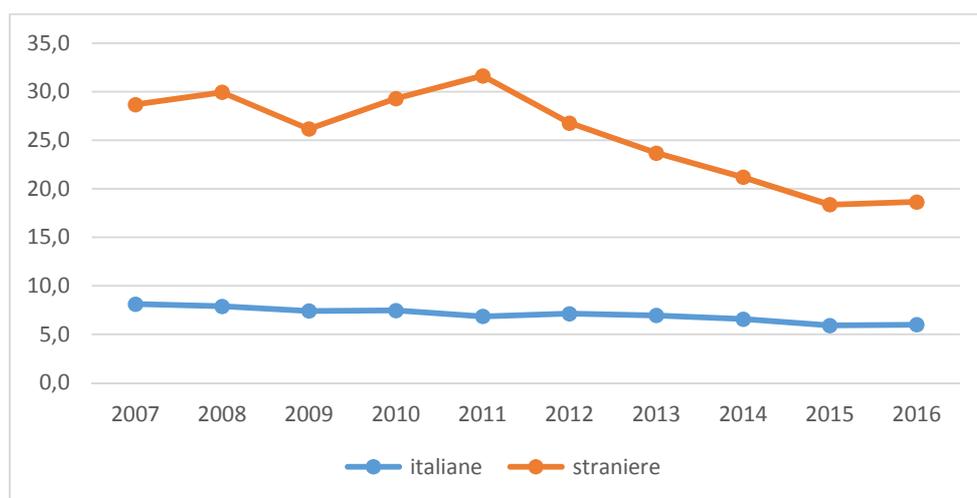
Altro dato negativo riguarda la mortalità materna (morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dalla fine della medesima in seguito ad aborto spontaneo, IVG, gravidanza extrauterina o parto): i dati del sistema di Sorveglianza ostetrica (Itoss)⁸ mostrano, in Italia, un eccesso di rischio del 28% maggiore rispetto alle italiane (soprattutto le gestanti di origine asiatica), oltre il doppio per le donne di tutte le nazionalità, di età superiore ai 35 anni, e sempre per tutte le nazionalità, quasi il triplo in caso di basso titolo di studio.

Nel caso delle interruzioni volontarie di gravidanza, la relazione annuale del Ministero della Salute mette in luce come un terzo degli interventi totali in Italia sia a carico delle donne straniere, con un andamento in costante diminuzione. Tale dato si conferma anche in Piemonte e nella provincia di Torino (grafico 6). Offrire consulenze sulla pianificazione familiare (anche in occasione del percorso nascita o di un'IVG al fine di evitare il ripetersi dell'intervento) per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, si sta rivelando un sistema efficace per orientare anche le donne straniere nel trovare il metodo per loro più efficace ed accettabile. Si ricorda che sono on line gli opuscoli multilingua "Conoscere per scegliere quando avere un figlio" scaricabili gratuitamente⁹.

⁸ <https://www.epicentro.iss.it/itoss/>

⁹ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=202

Graf. 6: tasso di IVG x 1.000 donne residenti in età fertile (15-49 anni), per cittadinanza, residenti Torino e provincia, scheda D12 – ISTAT 2007-2016



Per quanto riguarda la salute in età pediatrica, sono stati recentemente pubblicati i risultati di uno “Studio di coorte retrospettivo sulle differenze di copertura vaccinale tra bambini italiani e stranieri residenti nella città di Torino”¹⁰ finalizzato a confrontare le immunizzazioni tra bambini italiani e stranieri, valutando anche l’impatto di potenziali determinanti quali fattori socio-demografici, utilizzo dei servizi sanitari e decorso ed esiti della gravidanza. Le differenze nella copertura vaccinale variano in funzione del tipo di vaccino e si riducono nel tempo.

Il momento della vaccinazione può essere, così come le visite dal pediatra di libera scelta, l’occasione per informare i genitori in merito alla prevenzione degli incidenti domestici, alla sicurezza in auto, al divieto di mutilazioni genitali femminili (L.09/01/06 n. 7), ed alla possibilità di sottoporre, in sicurezza, il bambino alla circoncisione rituale. Nel marzo 2018, è stato aperto un ambulatorio multidisciplinare per la circoncisione rituale presso l’ospedale Maria Vittoria di Torino (Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Urologia)¹¹, rivolto esclusivamente agli utenti che per motivi religiosi scelgono di sottoporre il proprio figlio ad un intervento di circoncisione ed è stato attivato in seguito ad alcuni drammatici casi di morte o di severe complicanze a carico di bambini sottoposti alla pratica di circoncisione rituale casalinga ad opera di sedicenti operatori sanitari, con strumenti spesso rudimentali. Trattandosi di un intervento non finalizzato a curare una patologia, ma a soddisfare un’esigenza culturale e religiosa della famiglia, è prevista una partecipazione alla spesa pari a 280 euro comprensiva delle visite ambulatoriali pre-operatorie (pediatrica, anestesiologicala ed urologica) e dell’intervento chirurgico, per il quale è necessario il consenso di entrambi i genitori. Nel suo primo anno di attività sono già stati presi in carico 54 bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 14 anni, con 22 interventi già eseguiti e 2 rinunce. È interessante notare che dei 22 interventi effettuati, in 10 casi si tratta di bambini nati da coppie miste con madre italiana, in altri 8 casi la mamma è marocchina ossia appartenete alla popolazione con più lunga storia migratoria e di integrazione in Italia. Verosimilmente hanno avuto modo di accedere all’informazione con maggior facilità ed hanno effettuato la scelta più tutelante per la salute del bambino. Occorrerà, come nel caso delle vaccinazioni e della prevenzione delle IVG, intensificare le campagne di comunicazione (inserendo l’informazione, per esempio nell’agenda di gravidanza e nell’agenda di salute dei neonati) in modo che tutti siano informati.

E questo ci porta ad un ragionamento più ampio, ispiratoci dal convegno Migration Health tenutosi a Roma dall’1 al 3 ottobre 2018 e che nelle sue conclusioni ci ricorda che la migrazione è un fenomeno inevitabile innata e intrinseca nella natura umana, necessario in quanto porta con sé forza

¹⁰ Comparison of early childhood vaccination coverage and timeliness between children born to Italian women and those born to foreign women residing in Italy: A multi-centre retrospective cohort study; Vaccine 37 (2019) 2179–2187

¹¹ <http://www.aslcitytorino.it/wp-content/uploads/2019/03/circoncisione-rituale-definitivo.pdf>

lavoro nei Paesi ad alto reddito che vanno incontro a un decremento demografico, desiderabile per i benefici economici e l'arricchimento culturale che porta. Viene ribadito che la salute è un diritto fondamentale e che *la salute dei migranti, se gestita in maniera adeguata può rappresentare un modello di pratiche basate sull'evidenza in grado di portare benefici per la salute degli individui, delle popolazioni e dei Paesi di prima accoglienza e ricollocamento, oltre a una sicurezza per la salute globale.*

Per concludere ricordiamo che in Piemonte è attivo il GrIS¹², gruppo immigrazione Salute, unità territoriale della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) rete tra istituzioni, servizio sanitario e terzo settore con l'obiettivo di garantire partecipazione, vicinanza alle problematiche più o meno emergenti, capacità di analisi scientifica e organizzativa, interlocuzione politica per una reale accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari ai cittadini immigrati presenti nei territori.

¹² gris.piemonte@simmweb.it, simmweb.it