

# I profili di salute della popolazione immigrata in Sicilia attraverso i flussi informativi correnti

Gabriella Dardanoni

Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico  
Assessorato alla Salute Regione Siciliana

## Introduzione

In un mondo in veloce globalizzazione come l'attuale, i flussi migratori in entrata già da diversi anni stanno investendo significativamente il nostro Paese. Infatti l'Italia negli ultimi 10 -15 anni è passata da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione, e i dati disponibili confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno.

L'ISTAT stima al 1° gennaio 2013 la presenza della popolazione straniera residente in 4,4 milioni, pari al 7,4% del totale dei residenti; questa percentuale è variabile fra le diverse Regioni, e in Sicilia è inferiore alla media nazionale, attestandosi sul 2,6%, per un totale di circa 140.000 stranieri residenti.

Fig. 1 - % Stranieri residenti nei Comuni italiani – Istat 2011

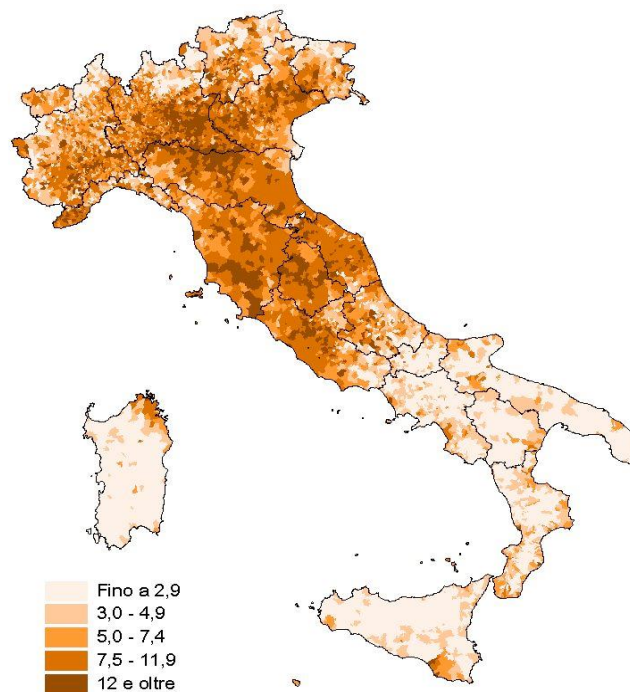
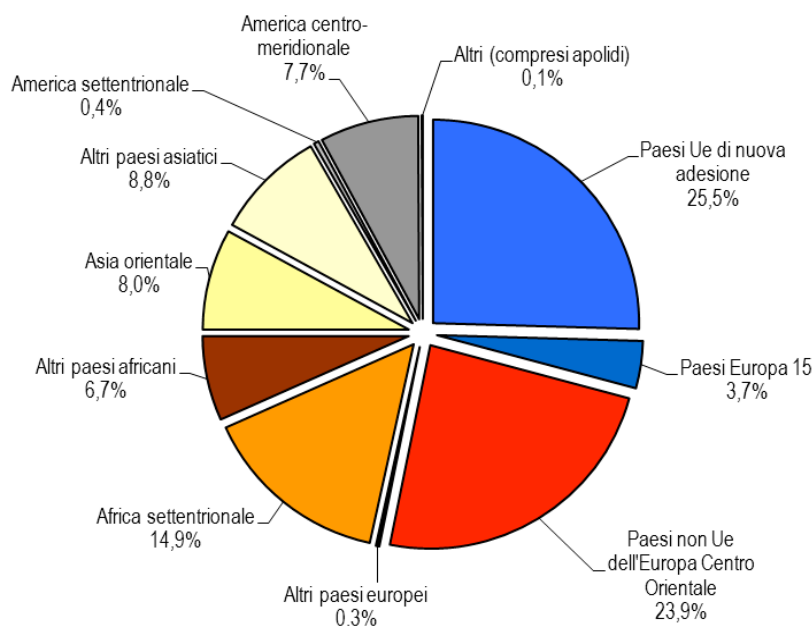


Fig. 2 - % Stranieri residenti in Italia per area geografica di cittadinanza – Istat 2011



Il fenomeno migratorio nel suo insieme costituisce una realtà complessa e in continua evoluzione; inoltre per certi aspetti assume caratteristiche territoriali diverse e ciò comporta notevoli difficoltà nelle analisi epidemiologiche.

Inoltre le informazioni che si possono ottenere riguardano soprattutto gli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza, anche se in alcuni casi è possibile ricavare informazioni relative anche agli immigrati non regolari, gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), socialmente più svantaggiati a causa della loro condizione di irregolarità che comporta una condizione di maggiore deprivazione.

Le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione. Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso “capitale sociale” ovvero con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali, hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell’accedere ai servizi; spesso inoltre ricevono cure di qualità scadente.

## Metodologia

Per la definizione e l’individuazione dei migranti il criterio della cittadinanza appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata; a questo proposito si distinguono i Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM: Africa, Asia tranne Israele, Corea del sud e Giappone, America centro-meridionale, Oceania tranne Australia e Nuova Zelanda, Europa centro-orientale compresi Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania) dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA: Europa tranne la centro-orientale, America settentrionale, Israele, Corea del sud, Giappone, Australia, Nuova Zelanda).

Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato: l’immigrato è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFPM. Utilizzando tale criterio

rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante. Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori entrambi immigrati.

La popolazione di confronto è rappresentata da persone con cittadinanza italiana e da quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei PSA.

I flussi informativi che è possibile utilizzare nella Regione Sicilia per la descrizione della domanda di salute, tutti riferiti all'anno 2012, sono:

- Fonti demografiche ISTAT
- Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)
- Schede di dimissione ospedaliera (SDO)
- Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP)
- Attività dei consultori familiari
- Sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV.

## Risultati

I primi risultati mostrano che, trattandosi di una popolazione giovane, il profilo di salute differisce da quello della rimanente popolazione.

Infatti l'età media dei residenti è di 41,6 anni per la popolazione PSA contro 35,5 per la popolazione PFPM.

Fig. 3 – Distribuzione per età - Maschi

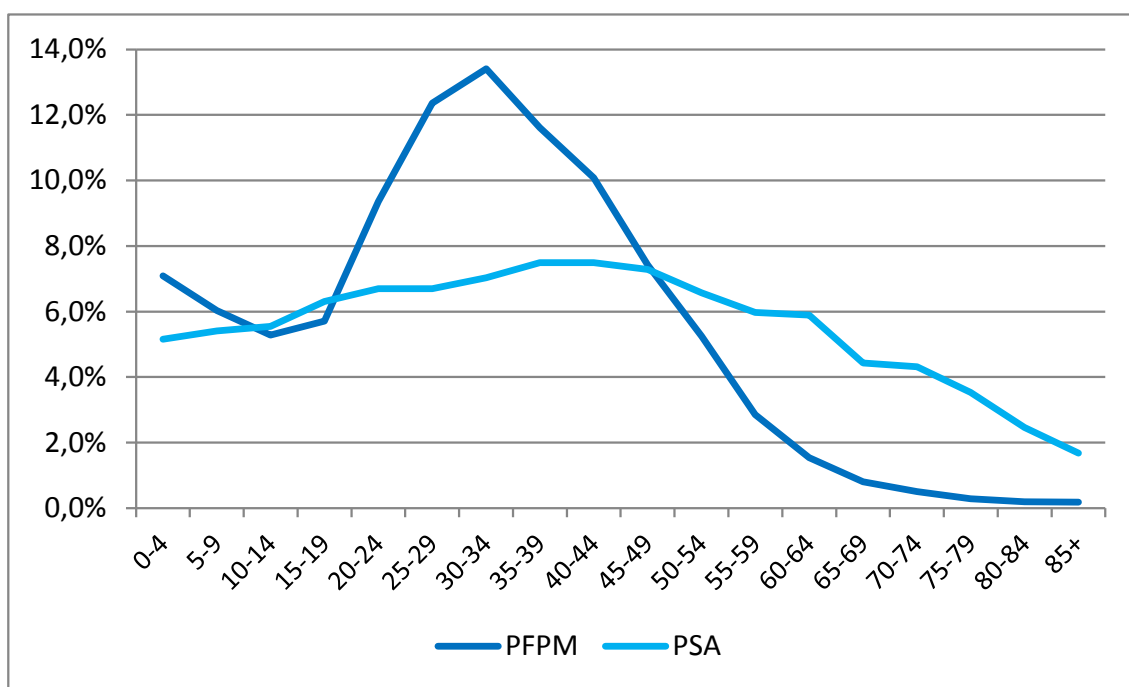
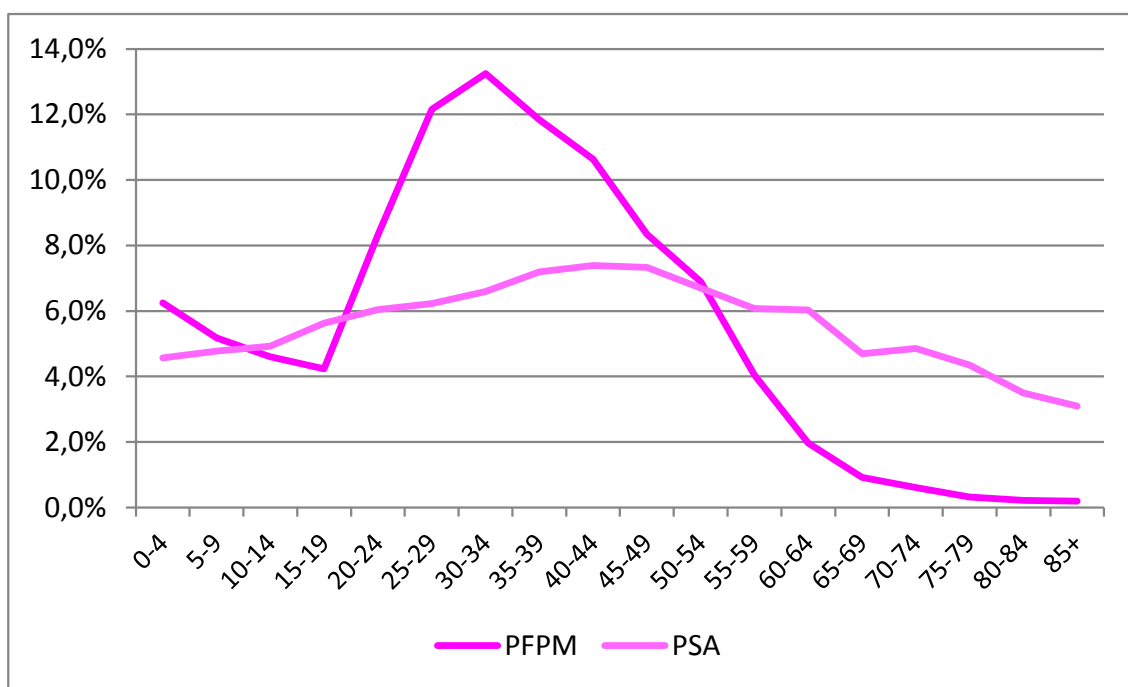


Fig. 4 – Distribuzione per età – Femmine



I primi 5 paesi di provenienza in Sicilia sono Romania, Tunisia, Marocco, Sri Lanka e Albania, con qualche differenza rispetto al dato complessivo italiano, in cui i primi 5 Paesi sono Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina.

Il dato di mortalità è uno dei più affidabili indicatori dello stato di salute di una popolazione e della qualità dell'assistenza. Nel 2012, in Sicilia si sono osservati circa 50.400 decessi, pari a un tasso complessivo di 10,1/1.000 (10,3/1.000 negli uomini e 9,9/1.000 nelle donne); nella popolazione immigrata residente i decessi sono stati 350, pari a un tasso di 2,7/1.000 (2,9/1.000 negli uomini e 2,6/1.000 nelle donne).

Se standardizziamo per età, eliminando l'effetto dell'età più giovane della popolazione immigrata, si osserva una maggiore mortalità rispetto alla popolazione italiana, soprattutto per le donne, corrispondendo i tassi standardizzati rispettivamente a 11,3/1000 e 16,9/1.000. Osservando i tassi età e sesso specifici, la differenza permane a tutte le età e in entrambi i sessi (nelle figure 6 e 8, troncate a 64 anni, il fenomeno è più evidente).

In entrambi i gruppi di popolazione la causa più frequente sono le malattie cardiovascolari, seguite dai tumori; nella popolazione immigrata è più frequente la mortalità per traumi.

Standardizzando per età, osserviamo che i tassi di mortalità per queste patologie sono più alti nella popolazione immigrata, in particolare nelle donne.

Fig. 5 – Tasso di mortalità/1000 per età e sesso - Maschi

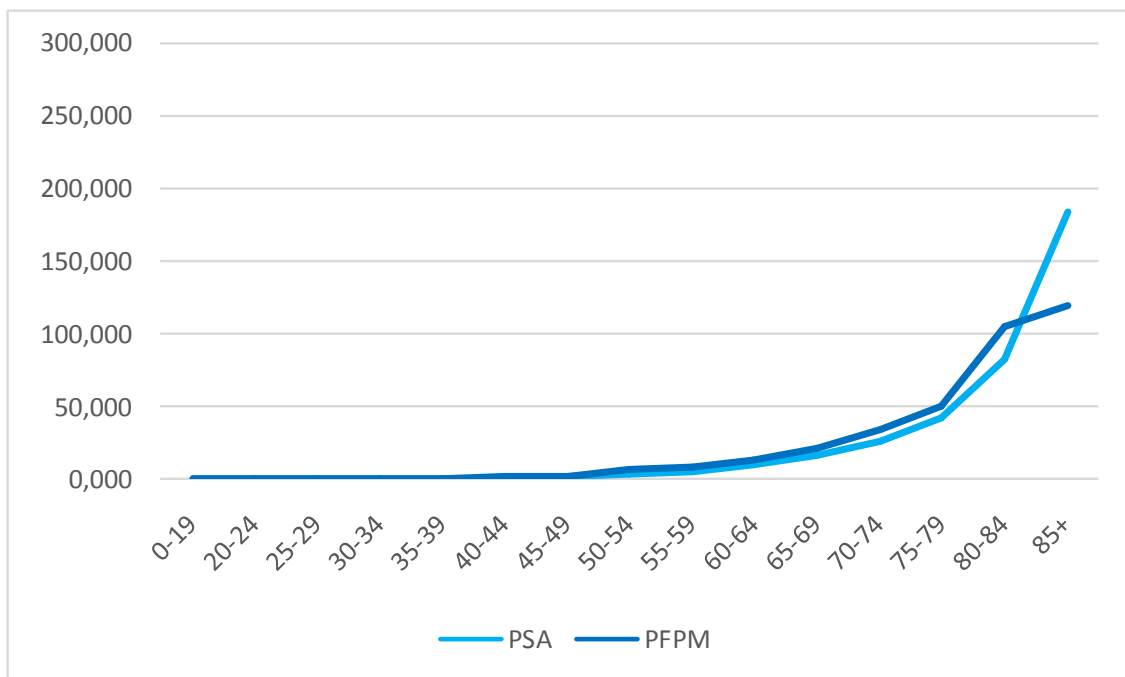


Fig. 6 – Tasso di mortalità/1000 per età e sesso, troncato - Maschi

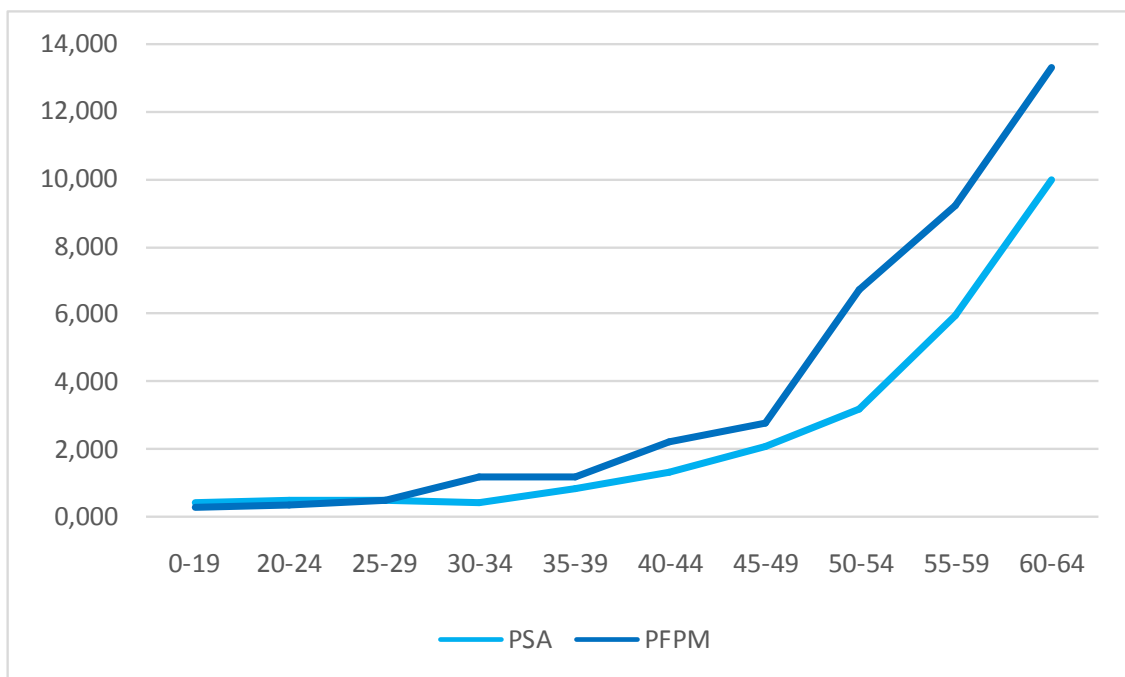


Fig. 7 – Tasso di mortalità/1000 per età e sesso – Femmine

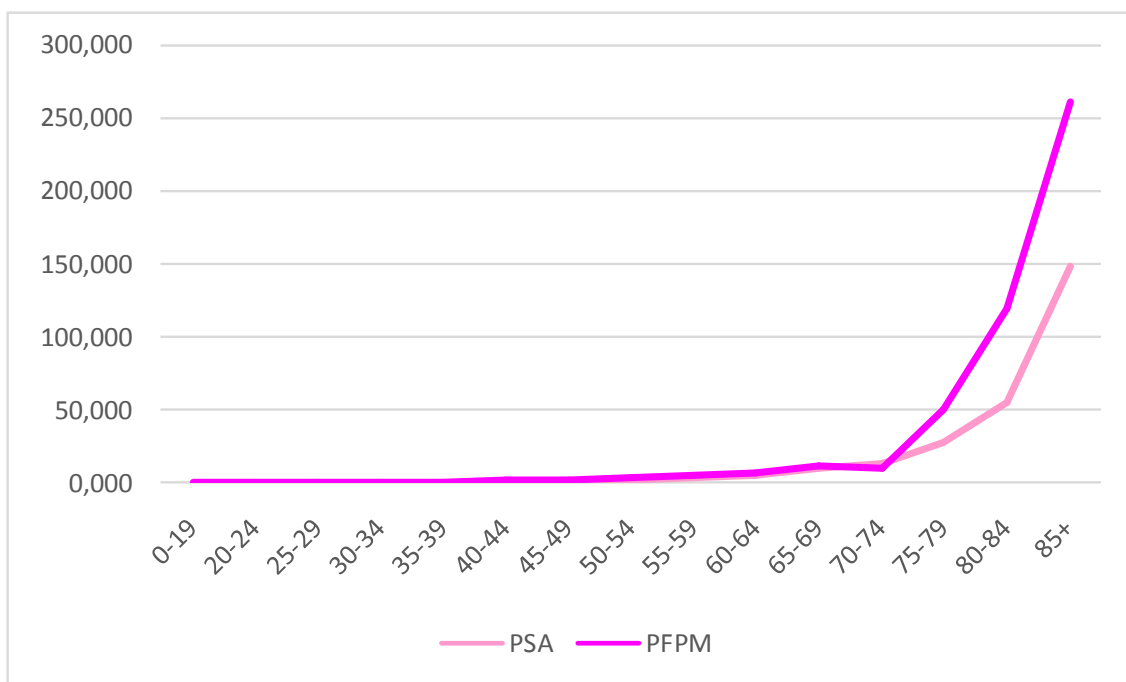


Fig. 8 – Tasso di mortalità/1000 per età e sesso, troncato – Femmine

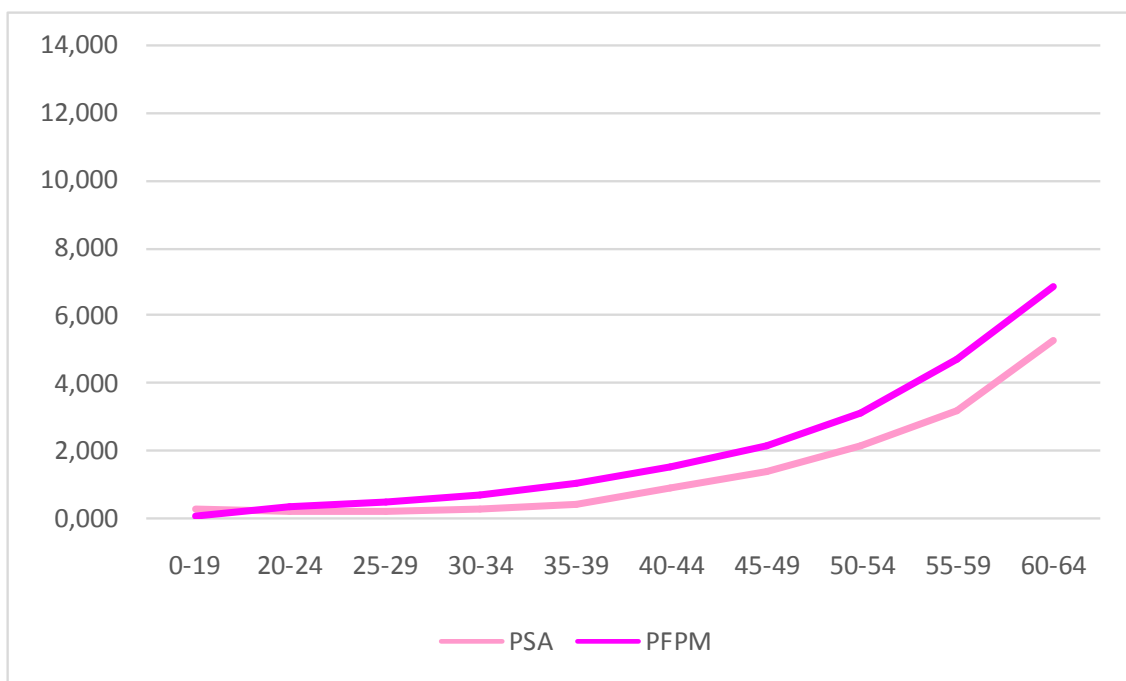


Fig. 9 – Mortalità proporzionale per cause principali – Maschi

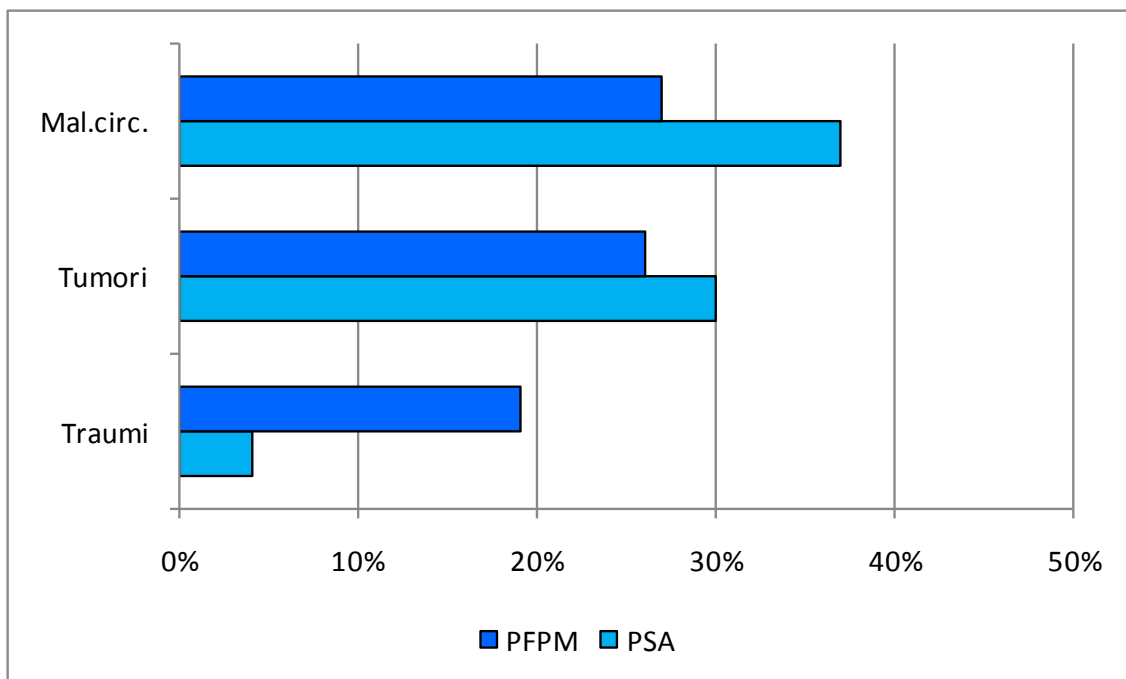


Fig. 10 – Mortalità proporzionale per cause principali – Femmine

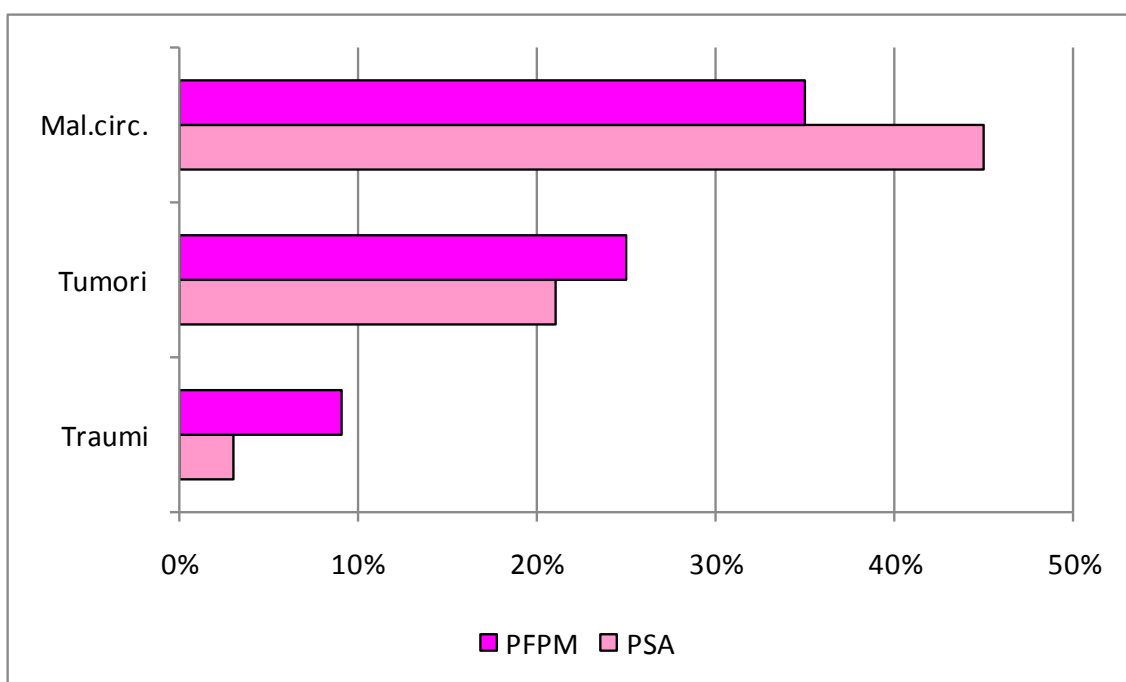


Fig. 11 – Tassi standardizzati di mortalità/1000 per cause principali – Maschi

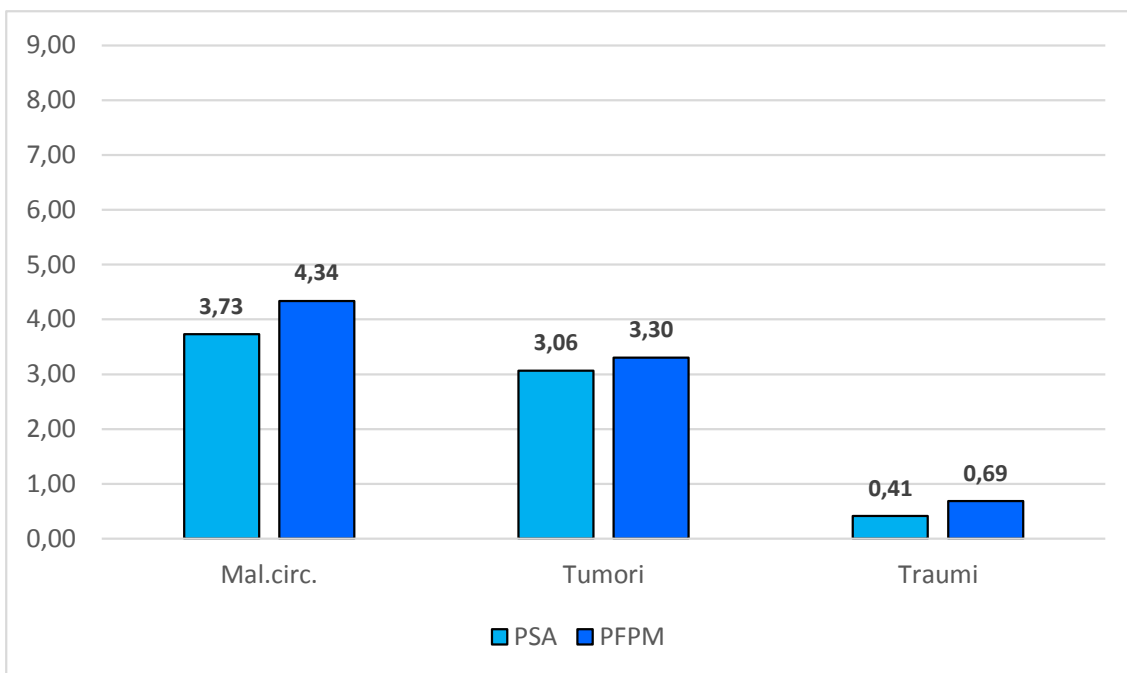
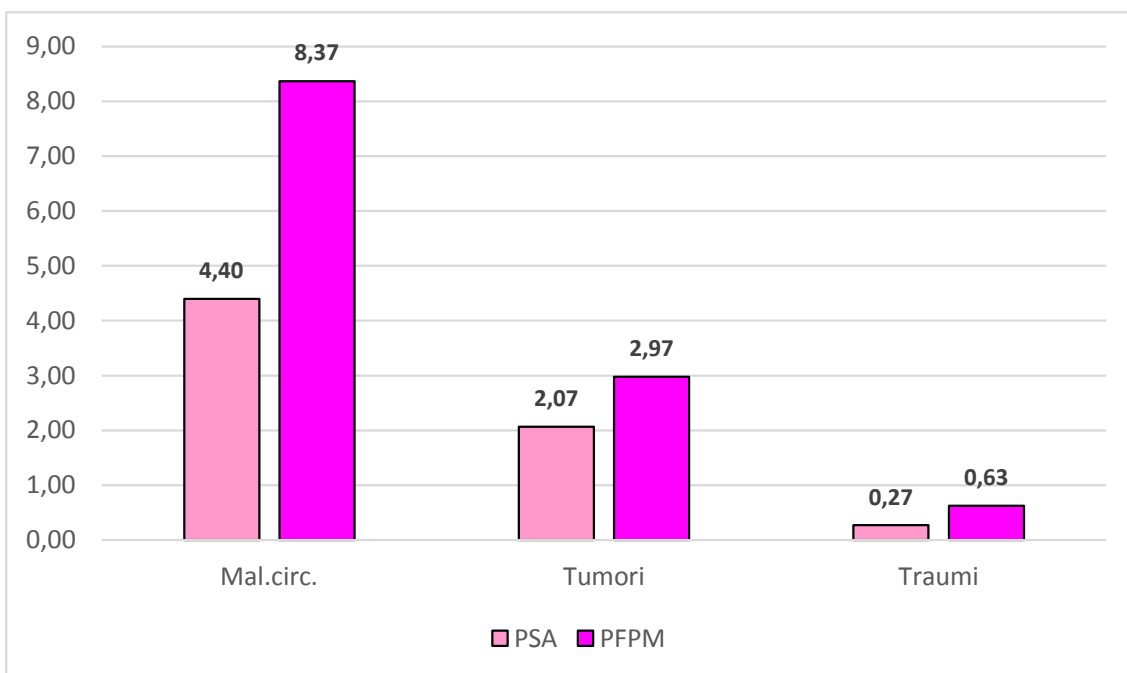


Fig. 12 – Tassi standardizzati di mortalità/1000 per cause principali – Femmine





La base dati dei ricoveri ospedalieri può essere utilizzata per stimare la frequenza di una patologia nella popolazione generale, ma occorre considerare che il ricorso al ricovero ospedaliero è influenzato da un insieme di fattori legati non soltanto alla diversa distribuzione e gravità della patologia, ma anche alle caratteristiche dell'assistenza offerta sul territorio.

Il dato ricavato dai flussi dei ricoveri ospedalieri mostra un tasso di ospedalizzazione molto più basso, soprattutto negli uomini (per le donne immigrate, che hanno un tasso di ricovero doppio rispetto agli uomini, la differenza è meno accentuata). Anche nei ricoveri si osservano tassi maggiori per traumi nella popolazione immigrata di sesso maschile, e una larga preponderanza di ricoveri per cause ostetriche nella popolazione immigrata di sesso femminile. A questo proposito troviamo in età fertile per le donne immigrate un maggior tasso di ospedalizzazione per parto (che avviene in età più giovane, con un picco intorno a 20-24 anni, rispetto al picco intorno a 30-34 per le donne italiane), e per Interruzione Volontaria della Gravidanza.

I tassi di ospedalizzazione per infezioni sono più alti nella popolazione immigrata per entrambi i sessi, e in particolare sono molto più alti i tassi di ospedalizzazione per tubercolosi, sia per i maschi che per le femmine.

Effettuando la standardizzazione, e quindi eliminando l'effetto dell'età, le differenze nel tasso di ospedalizzazione complessivo si riducono negli uomini e si annullano per le donne. I tassi età specifici mostrano tassi di ospedalizzazione maggiori della popolazione immigrata rispetto a quella italiana nella fascia d'età fra 15 e 29 anni, minori in tutte le altre.

Fig. 13 – Tasso di ospedalizzazione/1000 (RO) per età e sesso - Maschi

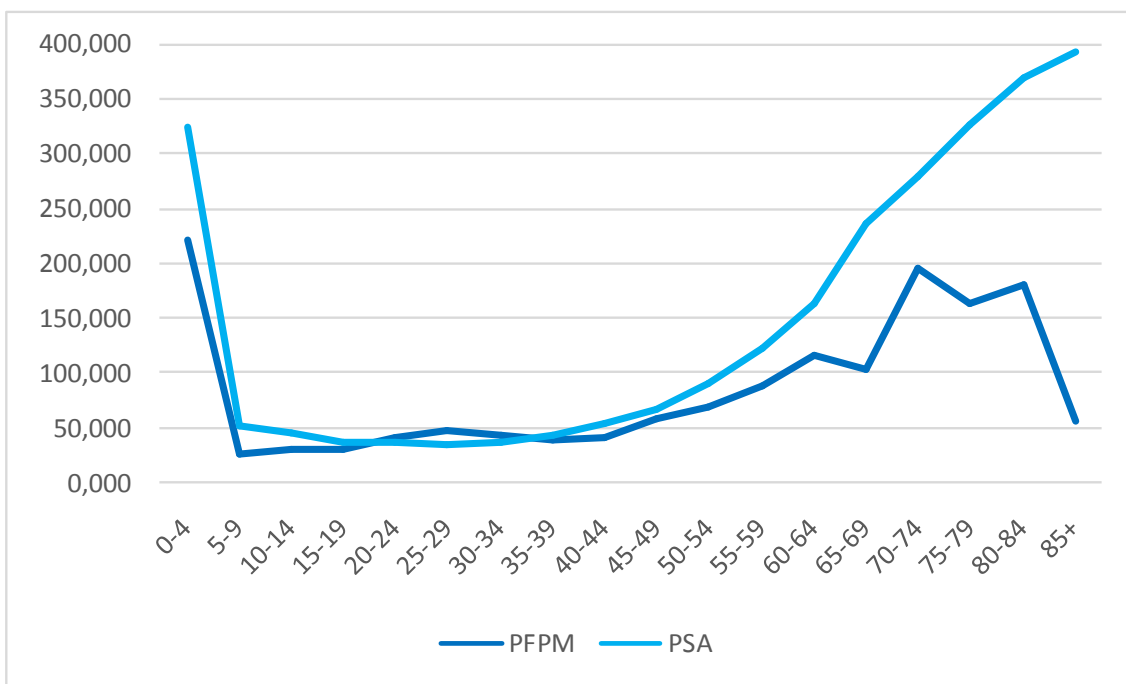


Fig. 14 – Tasso di ospedalizzazione/1000 (RO) per età e sesso - Femmine



Fig. 15 – Tasso di ospedalizzazione/1000 (DH) per età e sesso – Maschi

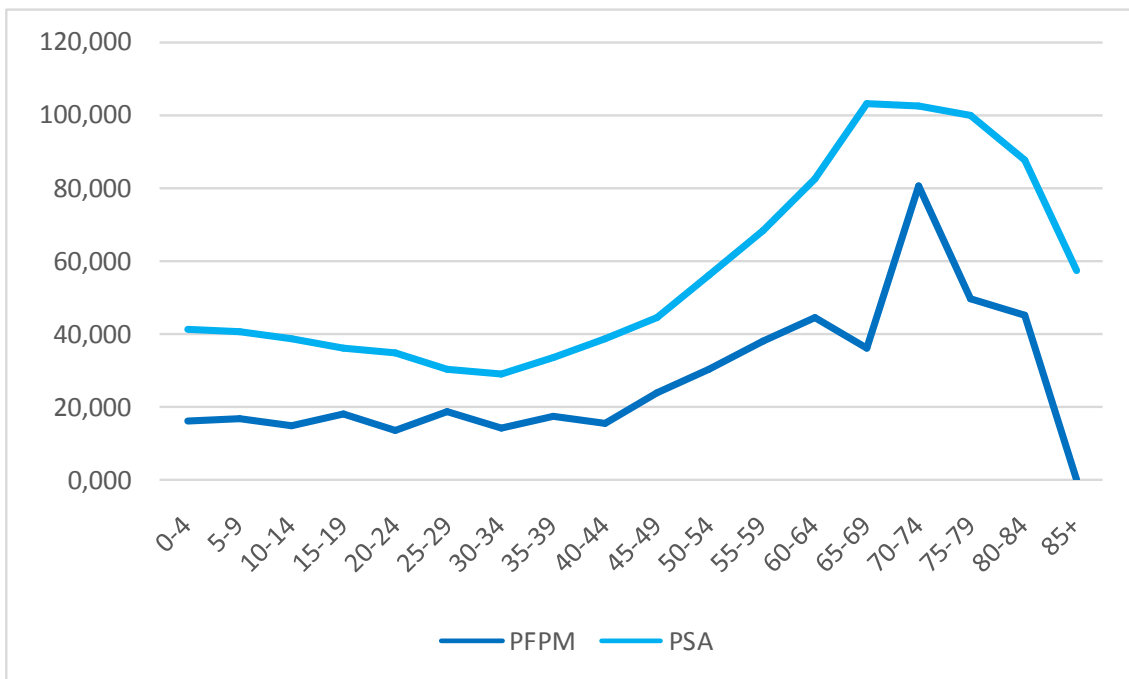


Fig. 16 – Tasso di ospedalizzazione/1000 (DH) per età e sesso – Femmine



Fig. 17 – Principali cause di ricovero – Maschi

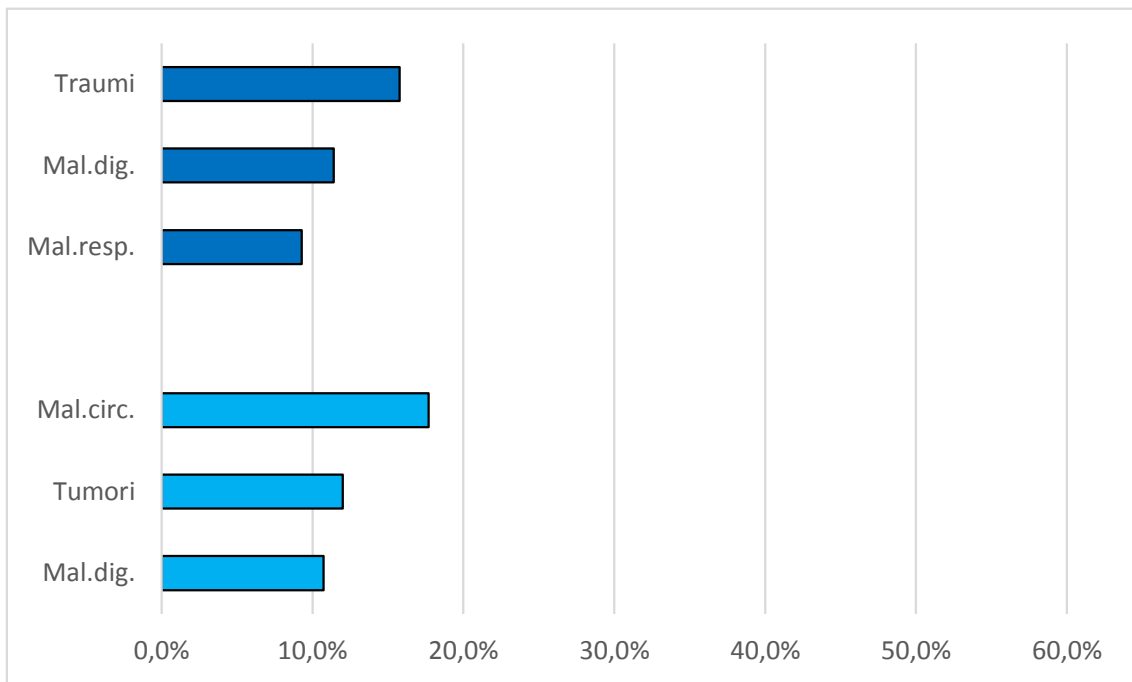


Fig. 18 – Principali cause di ricovero – Femmine

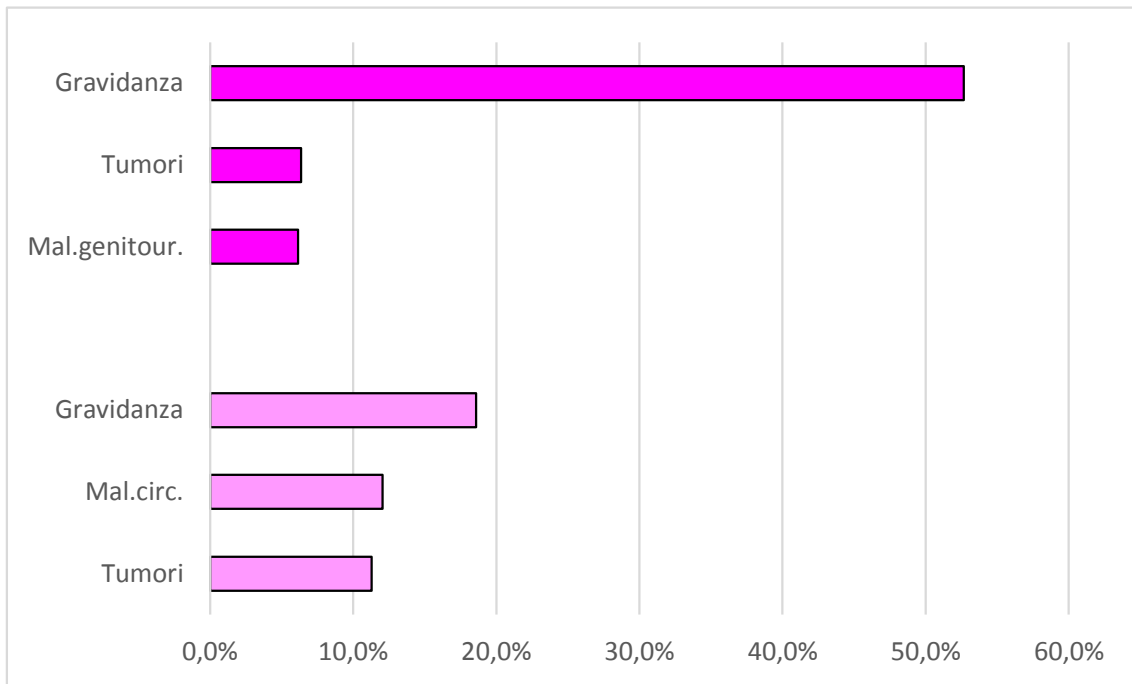


Fig. 19 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione – Maschi

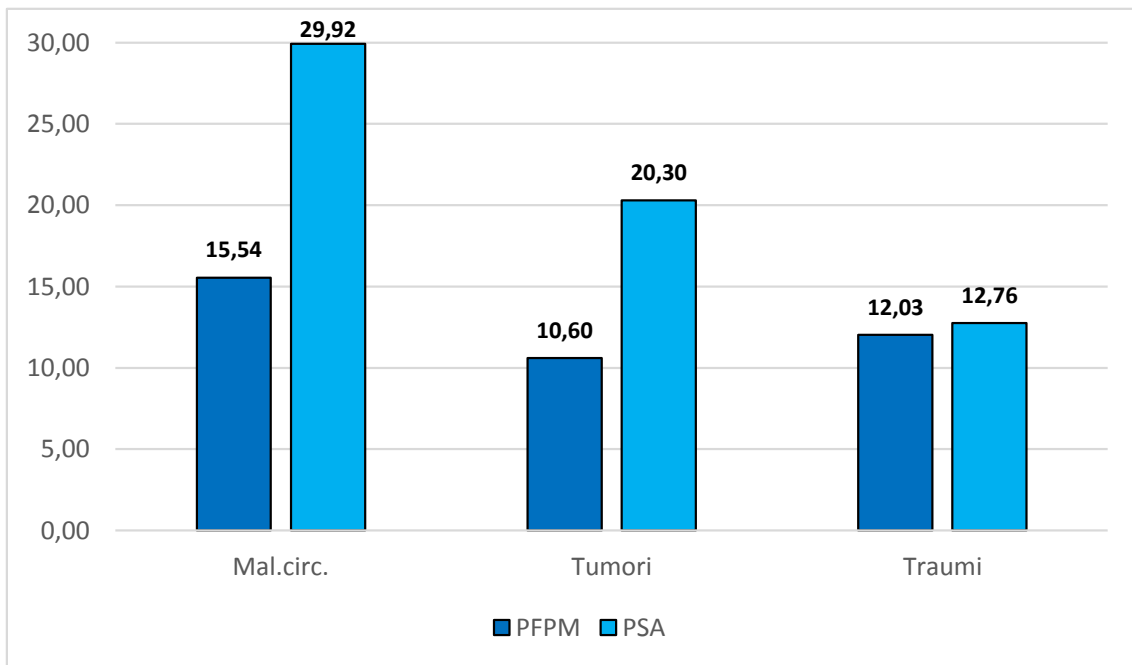


Fig. 20 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione – Femmine

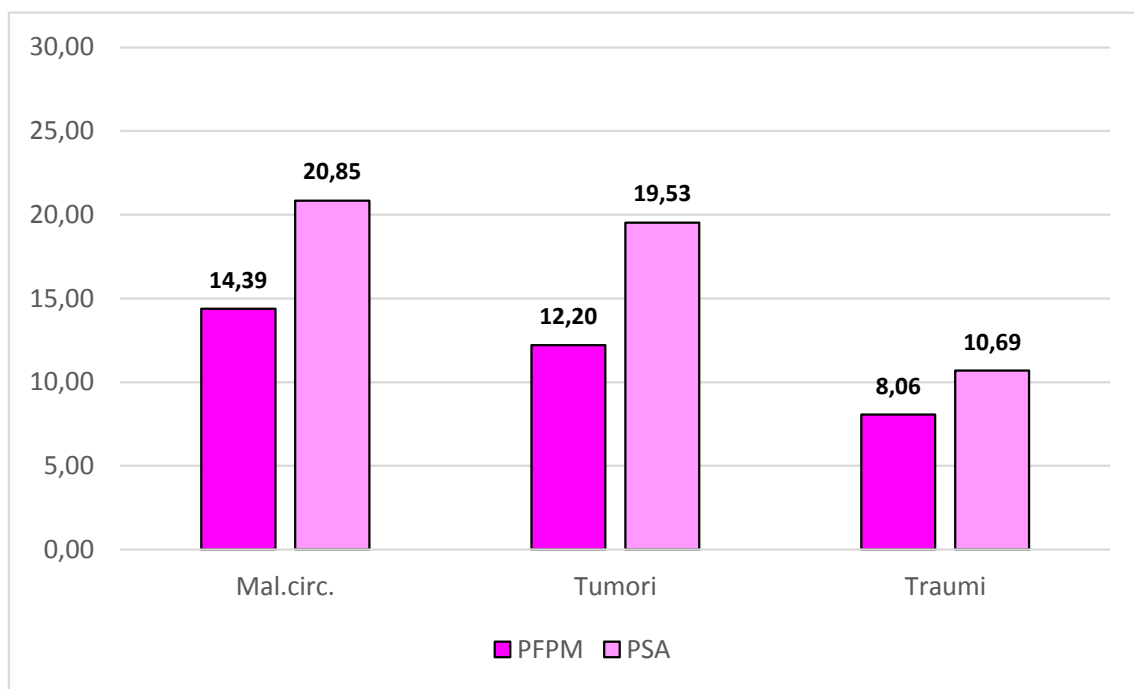


Fig. 21 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione (/1000) per infezioni – Maschi

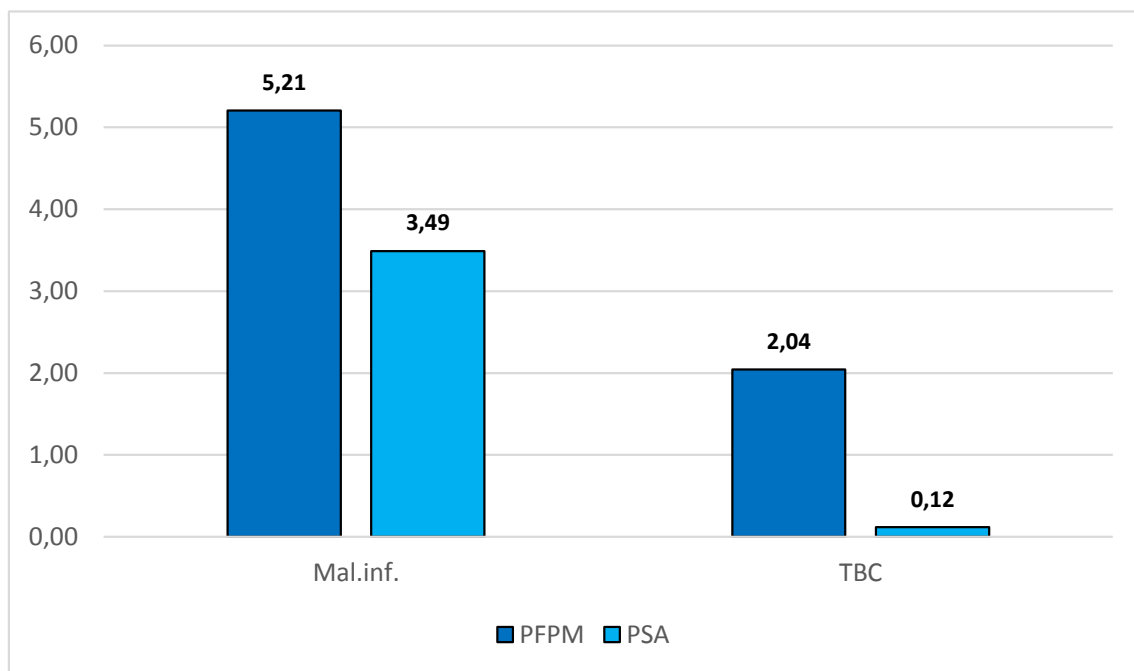
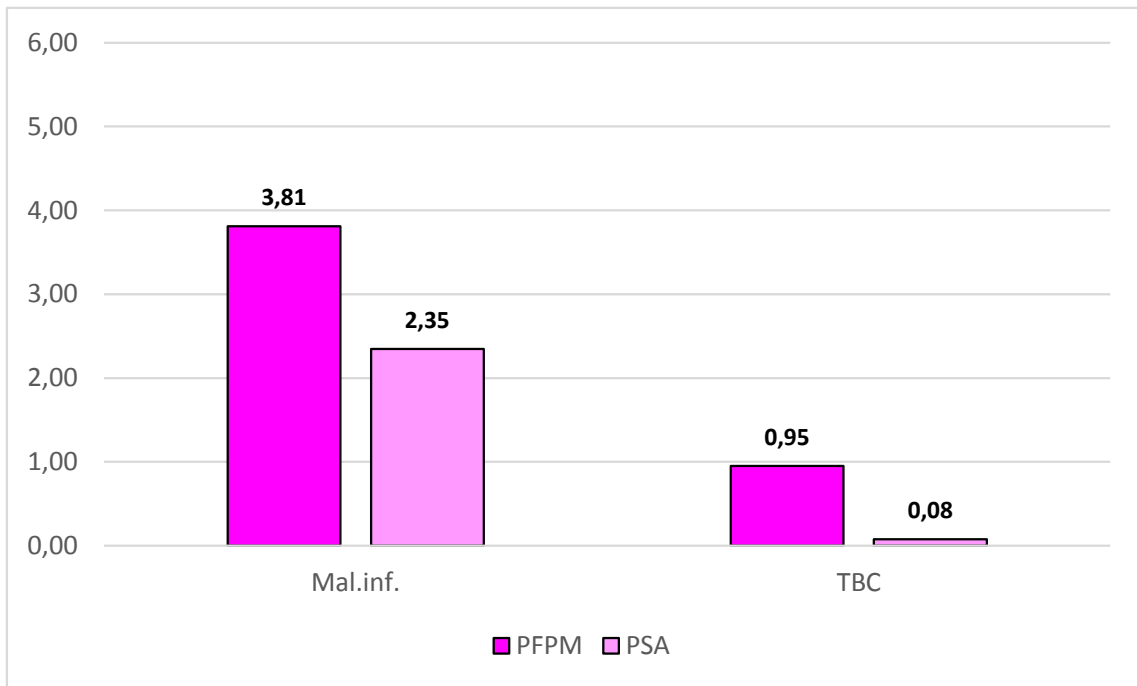


Fig. 22 – Tassi standardizzati di ospedalizzazione (/1000) per infezioni – Femmine



I Certificati di Assistenza al parto (CeDAP) sono una importante fonte di informazioni non solo sul neonato, ma anche sul parto e sull'assistenza ricevuta in gravidanza.

L'analisi dei CeDAP mostra una carenza dell'assistenza in gravidanza: è più frequente fra le donne immigrate una prima visita in gravidanza oltre la 12<sup>a</sup> settimana e l'aver eseguito meno di 3 ecografie mentre è meno frequente l'aver effettuato esami prenatali invasivi. Il parto cesareo è meno frequente. Si osserva una lieve maggiore frequenza di nati sotto i 2500 gr. fra le donne immigrate, e una frequenza maggiore di nati morti.

Fig. 23 – Partì /1000 donne in età fertile (15-49 a.)

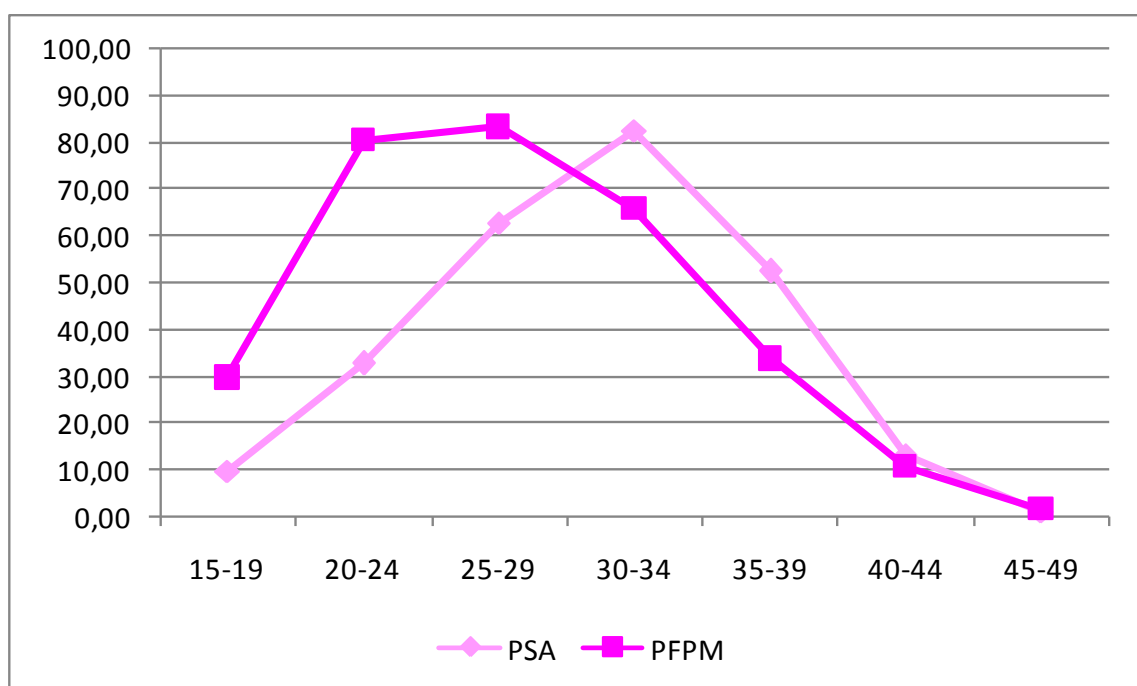


Fig. 24 – Tassi ostetrici in età fertile (15-49 a.)/1000

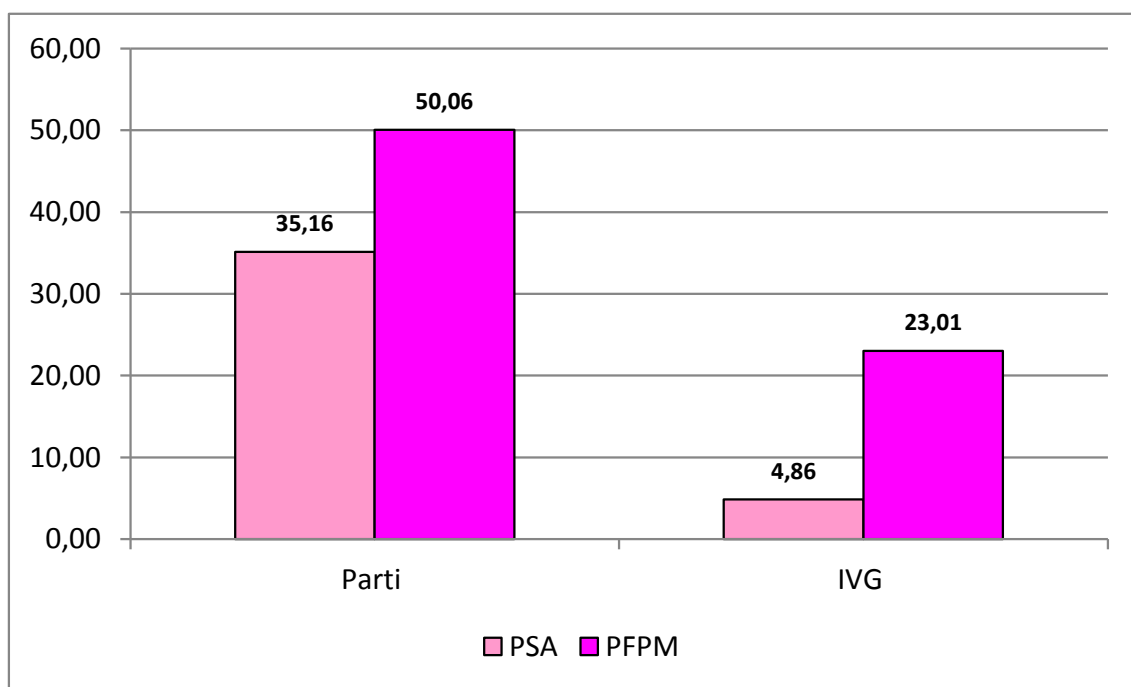


Fig. 25 – Assistenza in gravidanza

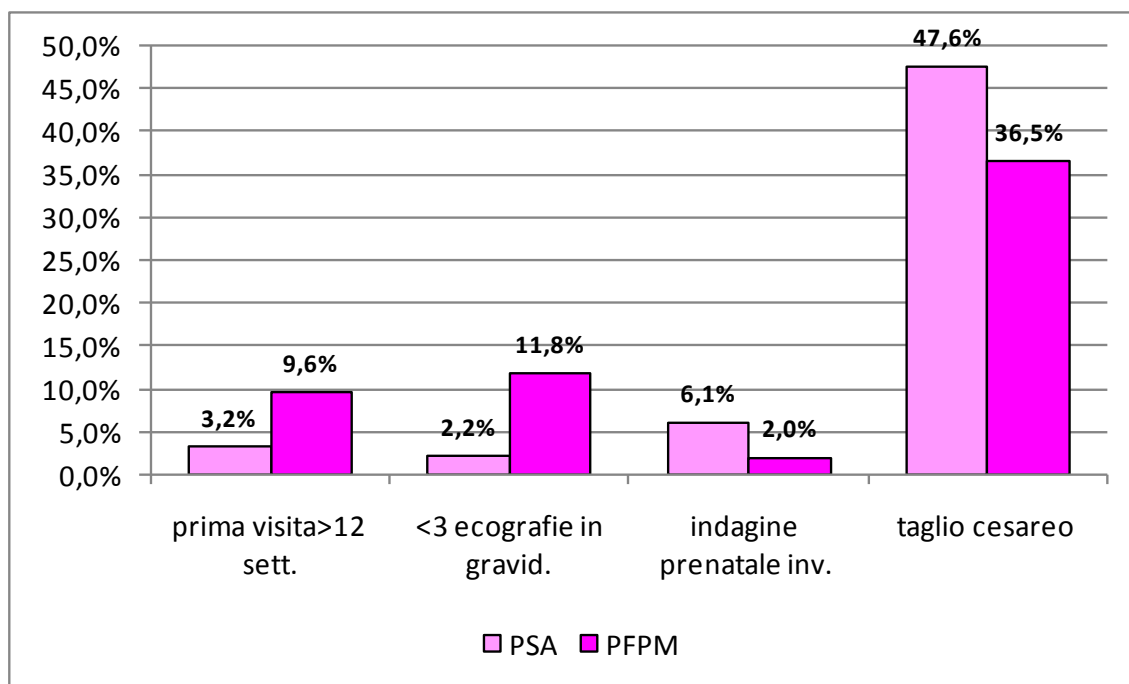
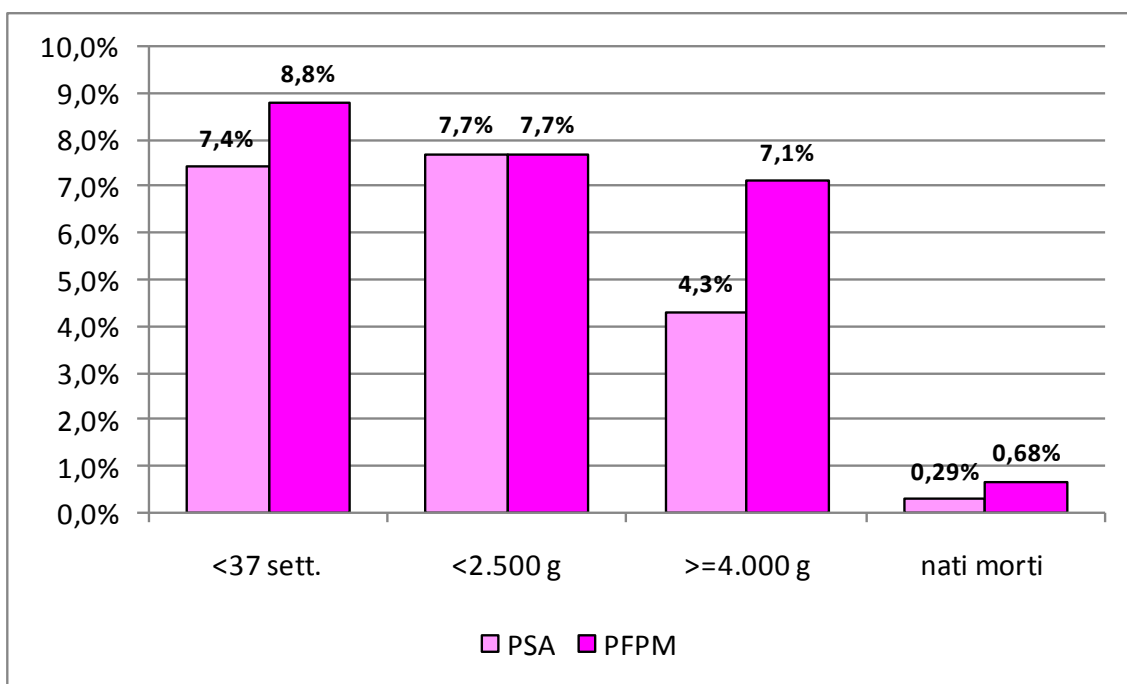


Fig. 26 – Esiti delle nascite



I Consultori Familiari, istituiti formalmente nel 1975, si possono considerare come servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, specificamente rivolti alla promozione della salute della donna e dell'età evolutiva. L'accesso è diretto e gratuito.

Dai dati di attività dei Consultori Familiari rileviamo che gli utenti immigrati sono circa il 4% del totale degli utenti del consultorio, quindi in proporzione leggermente maggiore rispetto alla popolazione residente.

Nell'ambito delle donne assistite in gravidanza presso il consultorio invece, le donne immigrate sono circa il 17% del totale. Infatti fra le donne italiane vengono seguite in consultorio il 24% delle gravidanze, mentre fra le donne immigrate le gravidanze seguite sono l'81%. Dopo il parto sono seguite in consultorio l'8% delle donne italiane e il 23% delle donne immigrate. In Sicilia le donne immigrate residenti sono circa il 2,7% del totale, ma i parti da donne immigrate sono circa il 5,7% del totale.

Ancora di più sono le donne immigrate nell'ambito delle donne che richiedono l'IVG al consultorio, costituendo il 27% del totale. Le IVG delle donne immigrate in Sicilia, secondo i dati ISTAT mod. D12, sono il 17% del totale (pur essendo le donne immigrate il 2,7% della popolazione); per richiedere l'IVG le donne italiane si rivolgono al consultorio del 35% dei casi, le donne immigrate nel 63% dei casi.



Fig. 27 – Utenti del Consultorio familiare /popolazione

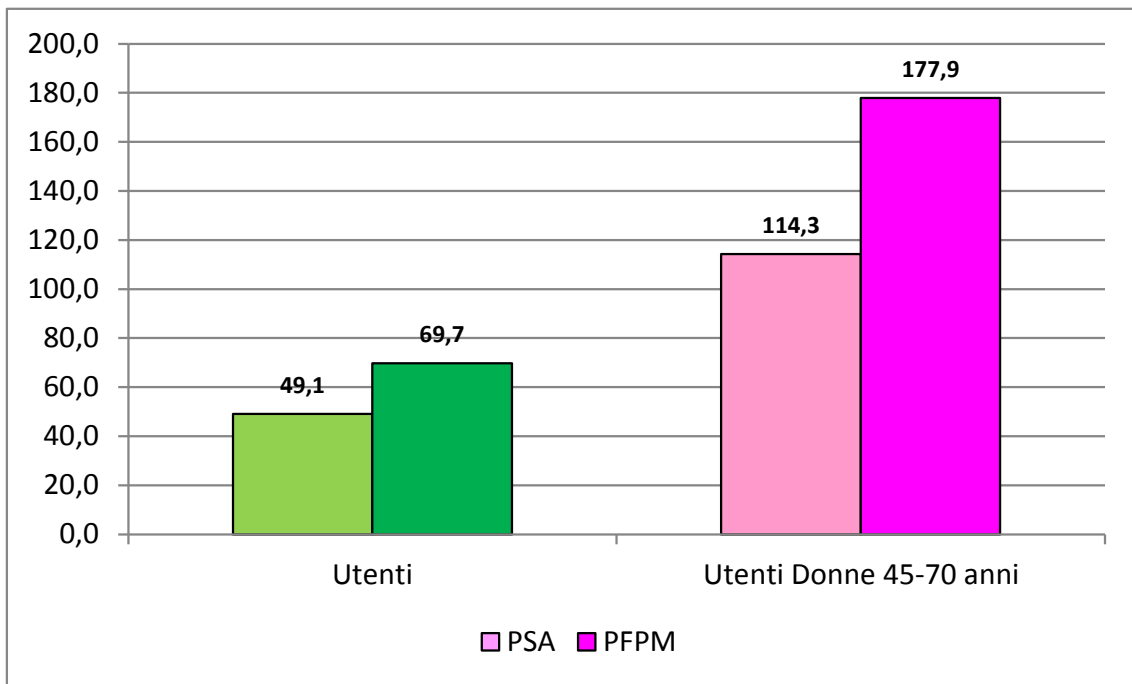


Fig. 28 – Parti seguiti in Consultorio familiare

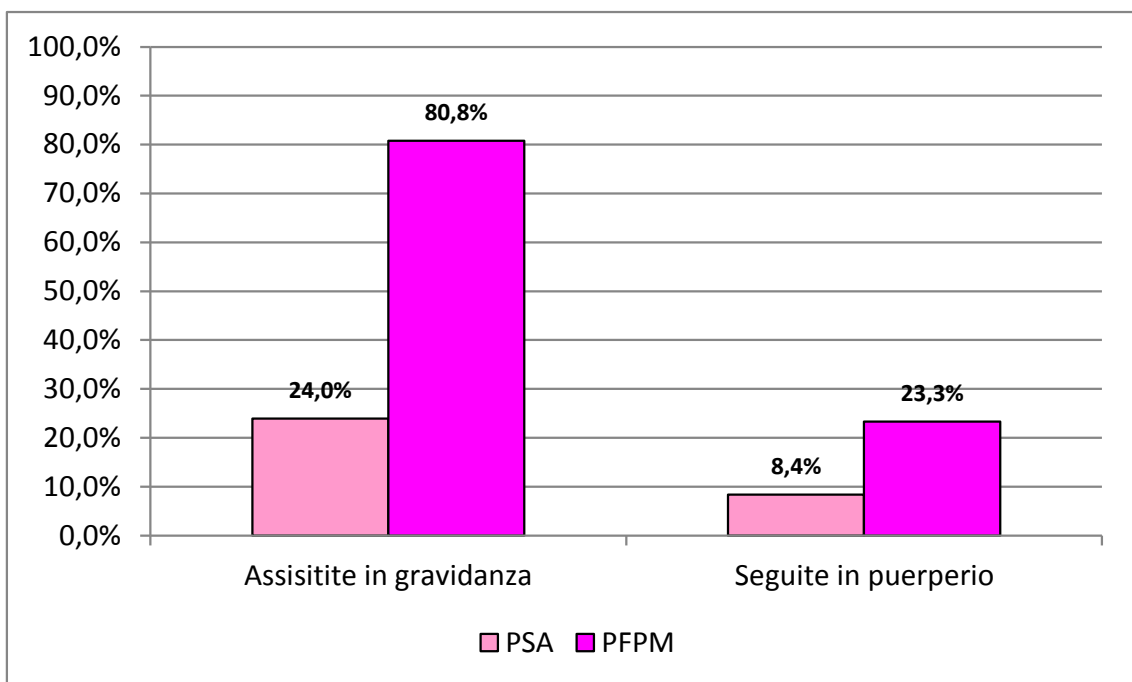
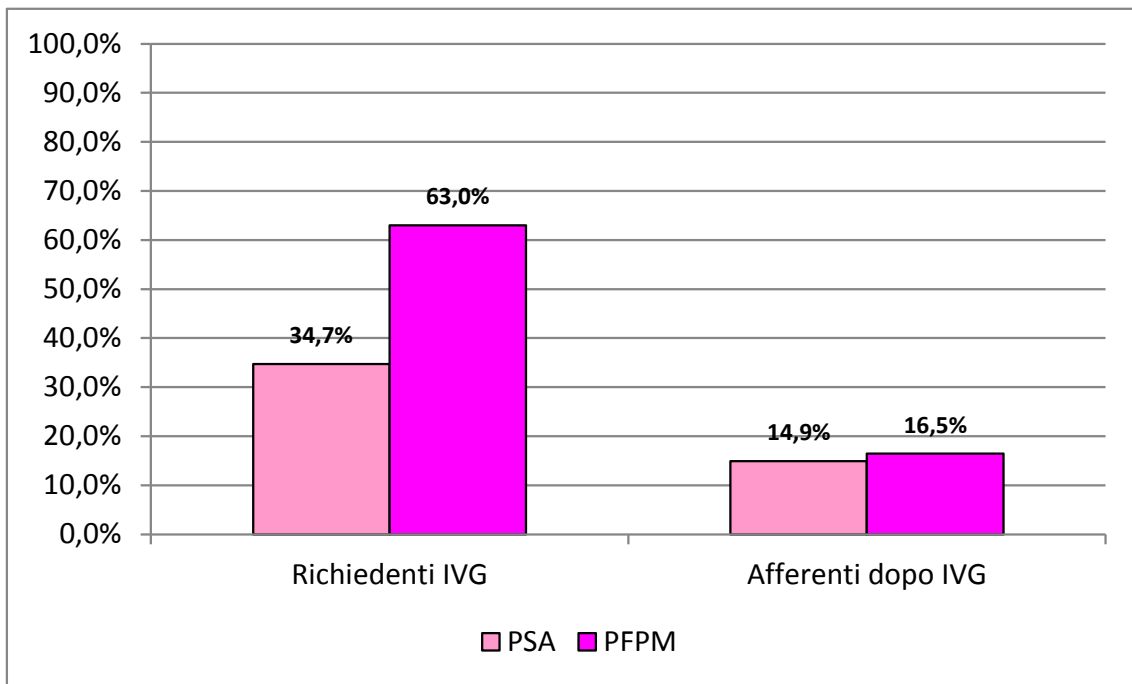


Fig. 29 – IVG seguite in Consultorio familiare



Dal 1985 esiste in Sicilia un Registro AIDS, che rileva i casi conclamati di malattia, mentre dal 2010 è stato istituito il sistema di sorveglianza sui soggetti con infezione da HIV, quindi anche senza patologia evidente.

L'analisi di quest'ultimo mostra che le nuove diagnosi di casi immigrati raggiungono il 26% del totale. La provenienza è per la grande maggioranza dall'Africa.

Questi casi sono in prevalenza donne (56%), mentre fra i casi italiani le donne sono il 12%. Inoltre l'età media dei casi italiani è intorno a 37 anni, mentre quella dei casi immigrati è intorno a 32 anni. I tassi specifici per età e sesso negli stranieri mostrano un picco nelle donne in età 25-29 anni, mentre per gli uomini il picco è intorno a 40-44 anni. Se consideriamo il rapporto con la popolazione residente, si osserva che l'incidenza fra gli immigrati è circa 10 volte maggiore rispetto agli italiani (30,4/100.000 versus 4,9/100.000 nei maschi, 35,9/100.000 versus 0,6/100.000 nelle donne), e a differenza di questi è maggiore nelle donne. La maggiore incidenza nella popolazione immigrata si rileva anche sui dati nazionali del Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Si osserva inoltre che la trasmissione verticale, da madre a figlio, avviene soprattutto negli immigrati (8 casi su 11). Inoltre, mentre la trasmissione con rapporti eterosessuali costituisce il 92% dei casi fra le donne italiane e il 97% fra quelle immigrate, nel caso degli uomini vi è una notevole differenza: fra gli italiani la modalità principale è quella legata ai rapporti omosessuali (65%), e i rapporti eterosessuali sono responsabili del 27% dei casi, mentre fra gli immigrati i rapporti eterosessuali costituiscono il 65% dei casi, e solo il 16% delle trasmissioni è legato ai rapporti omosessuali, almeno secondo quanto viene da essi stessi riferito.

I casi in stadio C alla diagnosi sono un po' di più fra gli stranieri (31%) che fra gli italiani (23%), mentre il contrario si verifica per lo stadio A (60% fra gli italiani, 51% fra gli stranieri).

Fig. 30 – Nazionalità delle nuove diagnosi di HIV+

Nazionalità	n. casi	
ITALIA	523	73,5%
AFRICA	146	20,5%
EUROPA	30	4,2%
AMERICA	8	1,1%
ASIA	5	0,7%
Totale	712	
Non noto	7	1,0%

Fig. 31 – Tassi di incidenza di nuove diagnosi di HIV+ per cittadinanza (/100.000/anno)

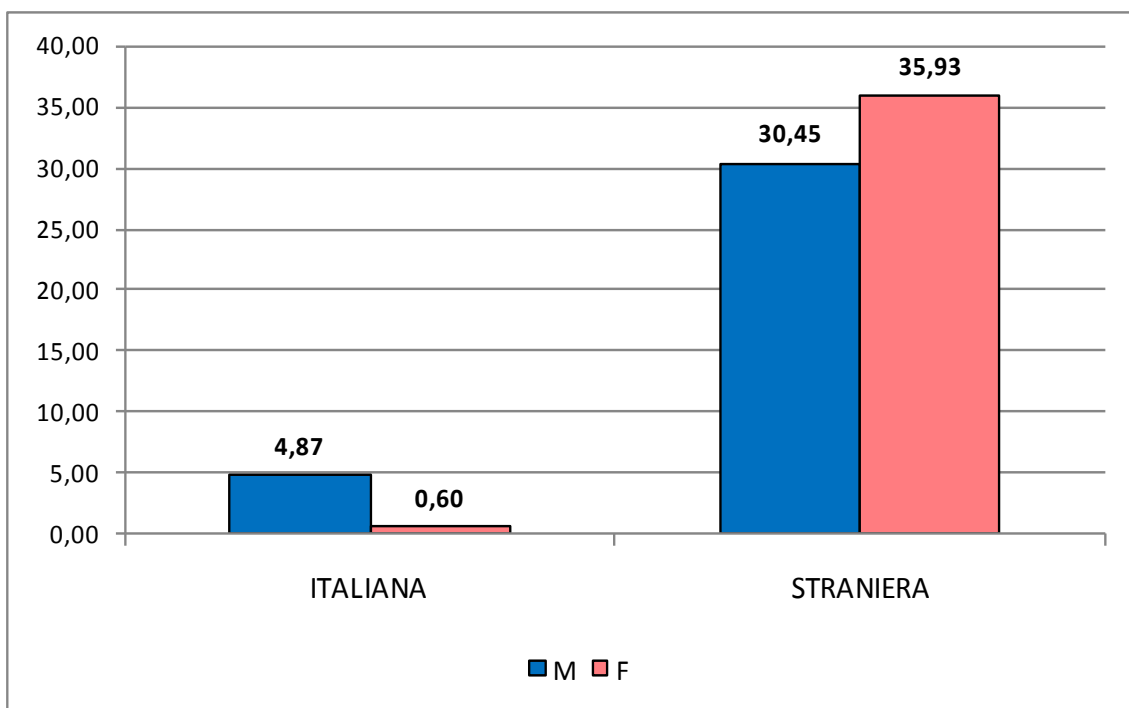


Fig. 32 – Tassi di incidenza di AIDS per cittadinanza /100.000

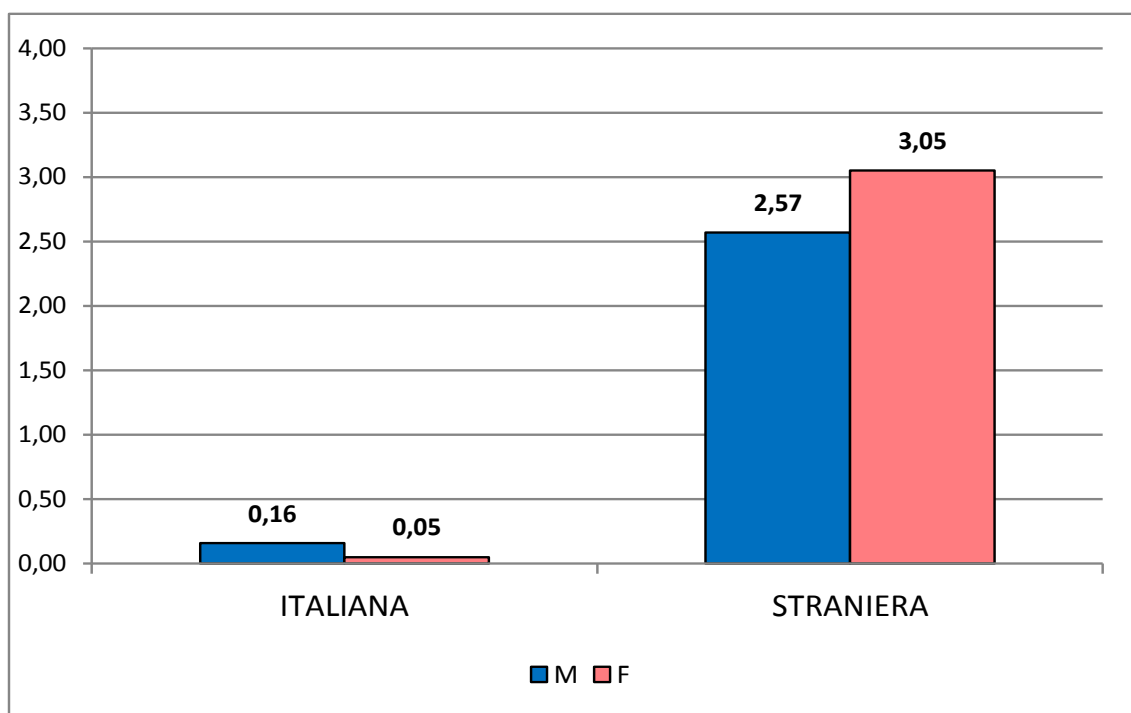


Fig. 33 – Incidenza delle nuove diagnosi di HIV+ per cittadinanza /100.000  
Dati COA - ISS

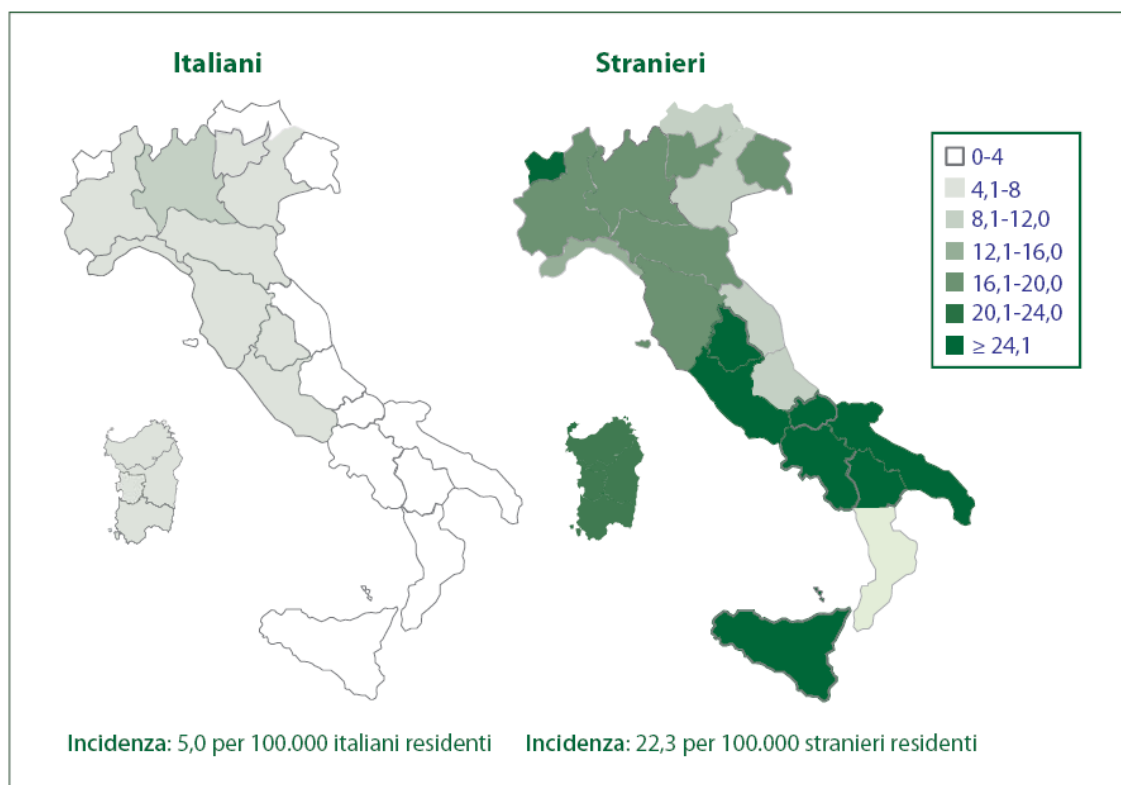


Fig. 34 – Tassi di incidenza specifici per sesso ed età (/100.000/anno) – Stranieri

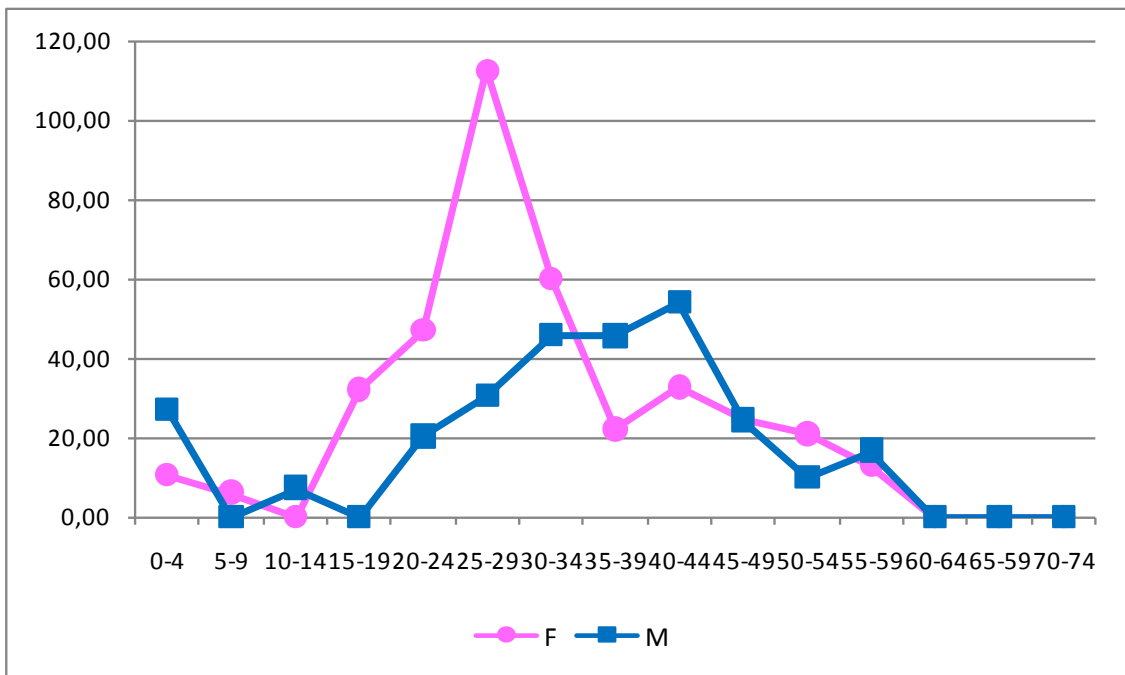
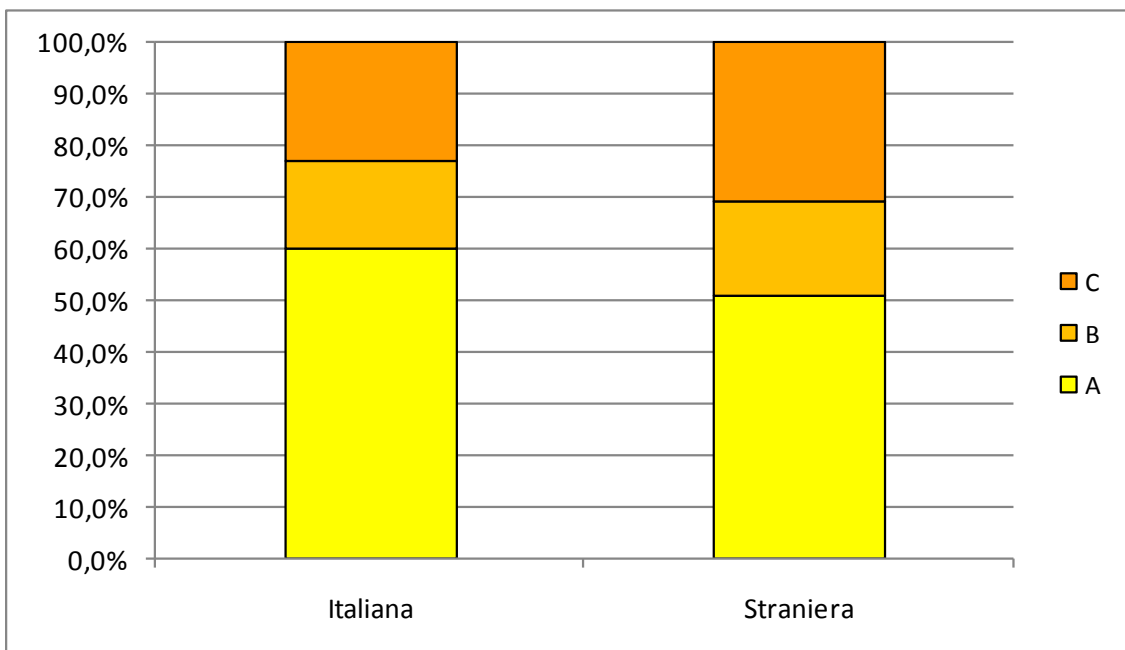


Fig. 35 – Stadio alla diagnosi per cittadinanza



## Conclusioni

L'analisi dei dati suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, in particolare riguardo agli incidenti, alla contraccezione, all'assistenza in gravidanza, alle infezioni da HIV, che ha un effetto positivo anche sulla riduzione dei costi. Inoltre, è importante ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento ed attuando strategie di offerta attiva, pratiche con sicure ricadute positive non solo per la popolazione immigrata ma anche per i cittadini italiani, specie per coloro che sono più vulnerabili.

Saper rispondere ai bisogni sanitari delle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli è un buon indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario nei confronti di tutti i cittadini.