



Provincia di Modena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Osservatorio sull'immigrazione della Provincia di Modena

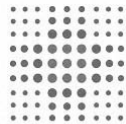


Il profilo di salute degli stranieri a Modena





Provincia di Modena
Area Welfare
Politiche Giovanili, Immigrazione e Prevenzione



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Servizio di
Epidemiologia

Direzione
socio-sanitaria

AGEFOR
Agenzia Formativa

Il profilo di salute degli stranieri a Modena

Rapporto 2008

*A cura di
Antonio Zacchia Rondinini*

Osservatorio sull'immigrazione
della Provincia di Modena

Gennaio 2010

Il profilo di salute degli stranieri a Modena

*a cura di Antonio Zacchia Rondinini
Referente dell'Osservatorio sull'Immigrazione della Provincia di Modena*

Prefazione	<i>di E. Bertolani, M. Burgoni</i>
Introduzione	<i>di C. A. Goldoni</i>
Cap. 1 I fattori comportamentali degli stranieri in Emilia-Romagna	<i>di G. Carrozzi, L. Sampaolo, L. Bolognesi, C. A. Goldoni</i>
Cap. 2 I ricoveri ospedalieri	<i>di A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 3 Le cure primarie	<i>di G. Sighinolfi, V. Solfrini, G. Tartarini, G. Venturelli, M. Vezzani, A. Zacchia Rondinini, A. Zanni</i>
Cap. 4 Il sistema di emergenza-urgenza	<i>di C. Tassi, A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 5 Il percorso nascita e le interruzioni volontarie di gravidanza	<i>di M. D. Vezzani, A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 6 Le malattie infettive	<i>di C. Cintori, L. Gardenghi, A. Lambertini, A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 7 La salute mentale	<i>di C. Cantini, C. Giuliani, P. Vistoli, A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 8 La salute degli stranieri in carcere	<i>di V. De Donatis, A. Zacchia Rondinini</i>
Cap. 9 Costruzione di competenze interculturali nell'assistenza sanitaria. Il progetto formativo "Dune"	<i>di F. Capotosto</i>
Cap. 10 I migranti e l'informazione per la salute	<i>di M. Daglio</i>

**Finito di stampare: gennaio 2010
Centro stampa – Provincia di Modena**

Sommario

Prefazione	5
Introduzione	9
Cap. 1 - I fattori comportamentali degli stranieri in Emilia-Romagna	11
1.1 Il campione e le caratteristiche demografiche	12
1.2 Lo stato di salute	13
1.3 Attività fisica, abitudini alimentari, fumo, alcool	14
1.4 Sicurezza stradale.....	19
1.5 Rischio cardiovascolare.....	19
1.6 Vaccinazioni, diagnosi precoci, screening, pap-test	20
1.7 Conclusioni.....	23
1.8 Bibliografia	24
Cap. 2 - I ricoveri ospedalieri	25
2.1 Dimensione ed evoluzione del fenomeno	25
2.2 Le caratteristiche dei ricoverati.....	27
2.3 Le cause di ricovero	30
2.4 Ulteriori approfondimenti sulle cause di ricovero	38
2.5 I tassi di ospedalizzazione	41
2.6 Bibliografia	44
Cap. 3 - Le cure primarie	47
3.1 Le prestazioni specialistiche ambulatoriali	47
3.1.1. <i>Prestazioni specialistiche diagnostiche</i>	48
3.1.2. <i>Prestazioni specialistiche di laboratorio</i>	50
3.1.3. <i>Prestazioni specialistiche terapeutiche</i>	52
3.1.4. <i>Prestazioni specialistiche di riabilitazione</i>	57
3.1.5. <i>Visite specialistiche</i>	59
3.2 I percorsi degli stranieri nelle cure primarie.....	63
3.2.1. <i>Alcune evidenze sui percorsi ambulatoriali</i>	63
3.2.2. <i>L'ambulatorio degli stranieri di Porta Aperta</i>	65
3.2.3. <i>I consultori familiari e la salute delle donne migranti</i>	69
3.2.4. <i>La pediatria di comunità e la salute del bambino straniero</i>	70
3.2.5. <i>La mediazione linguistico culturale</i>	73
3.2.6. <i>Bibliografia</i>	79
Cap. 4 - Il sistema di emergenza-urgenza	81
4.1 Le prestazioni erogate al pronto soccorso.....	81
4.1.1. <i>L'ammontare delle prestazioni per tipologia di utenza</i>	81
4.1.2. <i>L'appropriatezza delle prestazioni</i>	84
4.2 Ulteriori caratteristiche dell'accesso e dell'utenza	86
4.2.1. <i>Il giorno e l'orario di accesso al PS</i>	88
4.2.2. <i>L'accesso al PS nelle fasce di età</i>	90

4.2.3 .L'accesso al PS delle comunità straniere.....	92
4.2.4 .Il codice di accesso al PS.....	93
Cap. 5 - Il percorso nascita e le interruzioni volontarie di gravidanza	97
5.1 Madri straniere e percorso nascita	97
5.1.1 .Le cure prenatali	99
5.1.2 .La modalità di parto e la salute del neonato	105
5.2 Le interruzioni volontarie di gravidanza	110
5.3 Bibliografia	115
Cap. 6 - Le malattie infettive	117
6.1 Cenni sulle malattie infettive	117
6.1.1 .La tubercolosi	119
6.1.2 .La scabbia.....	123
6.1.3 .La malaria.....	125
6.1.4 .HIV e AIDS	127
6.2 Il Servizio Igiene Pubblica Controllo Rischi Biologici per gli stranieri	129
6.3 Bibliografia.....	131
Cap. 7 - La salute mentale	133
7.1 I Centri di Salute Mentale	133
7.2 Considerazioni sui ricoveri ospedalieri psichiatrici di stranieri	139
7.3 La neuropsichiatria infantile	140
7.4 La psicologia clinica	144
7.5 Bibliografia.....	149
Cap. 8 - La salute degli stranieri in carcere	151
8.1 I detenuti stranieri nelle carceri di Modena.....	151
8.2 Lo stato di salute della popolazione detenuta straniera	155
8.3 Alcune patologie dei detenuti nelle carceri di Modena	157
8.4 Bibliografia.....	161
Cap. 9 - Costruzione di competenze interculturali nell'assistenza sanitaria. Il progetto formativo "Dune".....	163
Cap. 10 - I migranti e l'informazione per la salute	169
10.1 I bisogni informativi degli immigrati nell'Azienda USL di Modena.....	170
10.2 L'informazione per gli immigrati nell'Azienda USL di Modena	171
10.3 L'informazione	173
10.4 Conclusioni.....	174
10.5 Appendice – Questionario	175
10.6 Bibliografia.....	177

Prefazione

La scelta della Regione Emilia Romagna di articolare le risorse a valere sull'art 45 del D.Lgs 286/98 in Piani Provinciali, inseriti poi successivamente nei Piani di Zona triennali, ha dato avvio ad una **riflessione in merito alle politiche di integrazione ed accoglienza locali**.

Tale processo è stato ulteriormente rafforzato dalla L.R 5/2004 "Norme per la integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati", la quale ha sicuramente determinato uno **sviluppo dell'integrazione e della messa in sinergia di politiche settoriali** che a diverso titolo interessano i cittadini stranieri, tra le quali le politiche sociali, culturali, scolastiche, e non per ultime le azioni inerenti gli interventi sanitari.

Inoltre, la realizzazione di alcune delle azioni considerate prioritarie dal sistema locale dei servizi nel corso degli anni precedenti, ha permesso di **snellire e contemporaneamente rafforzare il percorso tecnico/operativo che sottende la fase politico-decisionale**, garantendo una visione di insieme del fenomeno ed un raccordo tra le diverse aree di intervento interessate.

Più specificatamente ciò si è reso possibile grazie alla **realizzazione di più Centri Stranieri**, accompagnati dall'avvio di **attività di mediazione culturale** in Servizi determinanti per l'utenza straniera.

I **Progetti Provinciali per le azioni di integrazione ed accoglienza dei cittadini stranieri** 2006, 2007 e 2008, sono stati caratterizzati infatti per il potenziamento ed il proseguimento delle attività promosse nel corso delle pianificazioni degli anni precedenti. Ciò con particolare riferimento all'azione di raccordo e supporto dei Centri Stranieri e di altri soggetti istituzionali, alle attività di alfabetizzazione ed infine ad azioni differenziate riconducibili alla tema delle assistenti familiari.

Per quanto riguarda invece l'anno in corso, le azioni del Piano provinciale per l'immigrazione sono state **improntate sulla necessità di integrazione delle risorse socio-economiche utili agli Enti Locali del territorio. Ciò per fare fronte alle emergenze conseguenti alla crisi economica ed alla perdita del lavoro da parte di numerosi cittadini stranieri**. Si è costituita pertanto una forte sinergia con i Piani di zona attuati a livello distrettuale, i quali, a loro volta, sono stati articolati principalmente nel consolidamento di azioni basate sul radicamento e l'integrazione socio-culturale e lavorativa dei cittadini stranieri regolarmente residenti.

Si evidenzia, pertanto, la funzione di "collante" che il Piano Provinciale assume nella progettazione locale dei Piani di Zona distrettuali.

In particolare, il **Protocollo d'Intesa ¹ per lo Sviluppo dell'Osservatorio Provinciale sull'Immigrazione di Modena** rappresenta un servizio utile a supporto delle azioni di programmazione e di promozione delle politiche locali di accoglienza e di sensibilizzazione sul fenomeno in oggetto. Il **monitoraggio dei flussi migratori è costituito da**

¹ Protocollo d'Intesa¹ per lo Sviluppo dell'Osservatorio Provinciale sull'Immigrazione di Modena è stato sottoscritto da: Prefettura di Modena, Questura di Modena, Provincia di Modena, Comune di Modena, Comune di Carpi, Comune di Castelfranco, Comune di Sassuolo, Comune di Pavullo, Unione Comuni area nord, Unione Terre di Castelli, INAIL sede di Modena, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliera di Modena, Ufficio Scolastico Provinciale.

un'analisi quanti-qualitativa delle presenze e degli interventi finora posti in essere, sia a livello di promozione socio-culturale, sia a livello di controllo e presidio del territorio.

Nella logica degli obiettivi previsti dal Protocollo di Intesa una particolare rilevanza ha assunto l' **analisi del profilo di salute degli stranieri** a Modena già realizzata in due versioni nel 2007 e nel 2008, in collaborazione con il Servizio di Epidemiologia della AUSL di Modena, e confluite nei primi rapporto provinciale sull'immigrazione.

In questa fase iniziale, si è fatto ricorso ai soli indicatori sintetici disponibili nelle banche dati regionali ed aziendali, effettuando un profilo di salute nei diversi ambiti: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche, ricorso al pronto soccorso, percorso nascita, mortalità, HIV e AIDS, tumori e malattie infettive. Tali indicatori permisero già un'analisi di importanti caratteristiche epidemiologiche e del ricorso ai servizi sanitari.

Nel 2008 l'Osservatorio Provinciale sull'Immigrazione ha inoltre **effettuato approfondimenti tematici, attraverso la costituzione di una banca dati alimentata da fonti di dati individuali** ², che ha consentito un'analisi realmente integrata delle tematiche trattate. Tale filosofia di costruzione ha già portato alla raccolta di alcune fonti sui cittadini stranieri, di carattere individuale:

Demografico	Permessi di soggiorno rilasciati dalla Questura di Modena
Culturale	Anagrafe regionale degli studenti di tutti gli ordini di scuola
Economico	Registro ISTAT delle imprese attive Avviamenti e cessazioni lavorative dai Centri Per l'Impiego
Sanitario	Dimissioni ospedaliere della AUSL di Modena ed altre banche dati sanitarie (ASA, Cedap, Registro di Mortalità, ecc)
Sociale	Minori in situazione di disagio ed in carico al sistema socio-sanitario

In questa edizione più approfondita del profilo di salute degli stranieri si avrà quindi la possibilità di ritrovare la filosofia iniziale con cui era stato concepito l'Osservatorio, e cioè l'affiancamento di fonti statistiche aggregate a nuove ed innovative fonti di dati individuali fornite dagli Enti sottoscrittori del Protocollo e da altri Enti esterni.

L'orizzonte problematico in cui si situa il tema dell'immigrazione, infatti, non è solo quello dello **studio delle dinamiche delle migrazioni internazionali e nazionali, della loro economia, delle forme di integrazione in un tessuto sociale e culturale più o meno distante da quello di origine dei nuovi arrivati.**

I flussi migratori in atto rappresentano un aspetto delle vaste trasformazioni che oggi stanno avvenendo. Il loro sviluppo nel territorio modenese interagisce con altri fattori di crisi dei sistemi di welfare locale, quali l'espansione del mercato economico e lavorativo, l'aumento e la differenziazione delle forme di esclusione e di povertà, le trasformazioni degli assetti occupazionali, dei regimi contrattuali, dei modelli di stratificazione sociale, che caratterizzano in particolare la popolazione giovane e femminile.

Queste tendenze stanno comportando **la ridefinizione e il ripensamento da parte degli attori della politica locale e dei servizi del criterio di equità, dei modi e delle opportunità di accesso alle risorse.** L'immigrazione quindi funziona da catalizzatore delle tensioni e delle crisi in atto nella società d'accoglienza, e dei modelli sottesi dai suoi schemi di governo del territorio e di rappresentanza politica.

² Lo svolgimento del progetto avviene nel rispetto delle norme in materia di tutela del segreto statistico (art. 9 del D.Lgs. n.322/1989) e, più in generale, le vigenti norme in materia di trattamento dei dati personali ex D.Lgs. n.196/2003, nonché le norme dettate dal "Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale"

Queste criticità saranno sempre più evidenti alla luce di un **aumento significativo e costante negli anni delle presenze di cittadini stranieri** dovuto all'arrivo di nuove immigrati, ai ricongiungimenti familiari, ma anche alle nascite di minori stranieri di seconda generazione.

Le politiche di accoglienza ed integrazione, pertanto devono articolarsi su due elementi che caratterizzano attualmente questo fenomeno:

- costante arrivo di nuovi flussi di popolazione straniera, proveniente ormai da tutte le aree del pianeta Ciò implica una **forte flessibilità dei servizi a fare fronte a culture e linguaggi altamente differenziati** all'interno dell'utenza straniera, nonché ad arrivi massicci e spesso non programmabili;
- Presenza ormai consolidata e stabilizzata, già da oltre una decina di anni, di parte di **popolazione immigrata che esprime esigenze di maggiore integrazione e partecipazione alla vita civile ed amministrativa del territorio** di residenza, e contemporaneamente ricerca elementi di riappropriazione e valorizzazione della propria cultura di origine. A tale fine aumentano le richieste di sostegno ad azioni e servizi rivolti all'associazionismo etnico e alle diverse forma di rappresentanza.

Eleonora Bertolani

Responsabile dell'Osservatorio sull'Immigrazione
della Provincia di Modena

Marcello Burgoni

Direttore del settore Socio-Sanitario
dell'Azienda USL di Modena

Introduzione

Un profilo di salute è un documento che cerca di sintetizzare al meglio le conoscenze sullo stato di salute di una popolazione, in modo da poterne riconoscere gli aspetti caratteristici ed individuare le criticità su cui agire. Il profilo di salute della popolazione immigrata nella provincia di Modena, che nasce nell'ambito del più vasto Osservatorio sull'immigrazione, cerca quindi di dare una risposta alle domande: chi sono questi nuovi cittadini modenesi che giungono da noi dalle più svariate parti del mondo? Il loro stato di salute e i loro bisogni di sanità sono simili ai nostri?

Certo sono domande complesse e non pretendiamo di aver dato risposta definitiva con questo profilo, ma il solo fatto di essersi posti il problema e di aver dato risposta utilizzando anche un percorso non completamente tradizionale, riteniamo sia degno di nota. Infatti, dopo l'esperienza dell'anno passato, con la produzione di un documento complessivo dell'Osservatorio, abbiamo ritenuto prioritario un approfondimento sul tema della salute, come dicevo utilizzando un approccio non tradizionale, cioè non limitandoci ad una analisi dei dati disponibili da parte di un esperto statistico, ma facendo confrontare i professionisti della salute, che conoscono i problemi che vengono posti dai loro pazienti ed i dati che ne vengono prodotti, con lo statistico esperto di trattamento dei dati sui temi che attraverso un focus group si erano evidenziate come rilevanti.

Questo volume è quindi il prodotto di un anno di lavoro di diversi gruppi di professionisti che il dott. Zacchia Rondinini ha coordinato e ricondotto a sintesi statistica e i temi trattati: i ricoveri ospedalieri, le cure primarie e le prestazioni specialistiche connesse, il sistema di emergenza-urgenza, la gravidanza ed il parto, le malattie infettive e la loro profilassi, la salute mentale, i problemi di salute nel carcere, rappresentano altrettante criticità per quanto riguarda sì la salute (che peraltro è nel complesso abbastanza buona), ma anche (soprattutto) l'approccio delle diverse comunità straniere al Servizio Sanitario Regionale e alle prestazioni che esso offre.

Ancora una volta scopriamo che gli stranieri che vivono presso di noi rappresentano un caleidoscopio di comunità ed hanno modi e stili diversissimi di fruire dei Servizi Sanitari e Sociali.

Crediamo che una lettura attenta di questo documento possa portare ad ulteriori approfondimenti ed a spunti importanti per politiche di integrazione anche nell'adeguato e corretto utilizzo di questi servizi.

Carlo Alberto Goldoni
Direttore Servizio di Epidemiologia
dell'Azienda USL di Modena

Cap. 1 - I fattori comportamentali degli stranieri in Emilia-Romagna ³

Per lo studio dei fattori comportamentali di una popolazione, è possibile utilizzare dati provenienti da indagini campionarie condotte mediante intervista.

Il sistema PASSI ⁴ indaga aspetti relativi allo stato di salute, alle abitudini di vita, all'offerta ed all'utilizzo dei programmi di prevenzione ed alla sicurezza stradale e domestica. Tale sistema di sorveglianza della salute è caratterizzato dalla rilevazione continua delle informazioni allo scopo di poterne registrare le evoluzioni temporali.

Nel 2007-2008 il campione di studio ha compreso le persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie delle Aziende USL emiliano-romagnole. Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono la residenza nel territorio di competenza della regione e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono invece: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione della persona selezionata.

Nella presente analisi, riferita alla popolazione straniera, si sono utilizzati unicamente i dati della Sorveglianza PASSI degli intervistati di 18-49 anni, a causa della ridotta numerosità di stranieri sopra i 50 anni sia nel campione sia nella popolazione di riferimento. La cittadinanza italiana o straniera è riferita direttamente dagli intervistati.

I principali aspetti indagati sono: lo stato di salute (salute percepita, sintomi di depressione, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolari), gli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), la sicurezza stradale e l'utilizzo dei programmi di prevenzione (Pap test e vaccinazione contro la rosolia). Sono stati poi messi opportunamente a confronto i dati relativi agli intervistati con cittadinanza italiana e quelli con cittadinanza straniera.

Per analizzare la significatività della differenza tra stranieri e italiani nei confronti delle più importanti variabili oggetto di studio si è ricorso ad opportune tecniche statistiche, quale la regressione logistica multivariata ⁵.

³ Il presente paragrafo è redatto da Giuliano Carrozzi, Letizia Sampaolo, Lara Bolognesi, Carlo Alberto Goldoni del *Gruppo Tecnico Regionale Passi*. Esso costituisce la sintesi del rapporto Carrozzi G. ed al. (2009) "Stranieri residenti in Emilia-Romagna: fattori comportamentali e consigli dei sanitari. I dati della Sorveglianza PASSI 2007-2008", Regione Emilia-Romagna

⁴ PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è il sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti correlati alla salute della popolazione adulta, coordinato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e dall'Istituto Superiore di Sanità. Da aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati in 20 Regioni; in Emilia-Romagna aderiscono al sistema tutte le Aziende USL.

⁵ La regressione logistica multivariata permette in generale di stimare o prevedere l'associazione tra una variabile di risposta con due livelli (dicotomica) e variabili indipendenti di diversa natura. Questa tecnica può tener conto dell'influenza sulla variabile di interesse, oltre che della cittadinanza anche di altri fattori socio-demografici importanti (come ad esempio sesso, età, livello d'istruzione e difficoltà economiche).

L'*odds ratio* (OR) è il rapporto tra la probabilità del verificarsi dell'evento tra gli esposti al fattore di rischio e la probabilità del verificarsi dell'evento tra i non esposti e permette quindi di misurare l'associazione tra il verificarsi del fenomeno studiato e la variabile considerata. In particolare:

- se l'OR assume valori pari (o prossimi) a 1, significa che il fattore di esposizione indagato non influenza la variabile oggetto di studio;
- se il valore dell'OR è maggiore di 1, il fattore indagato è un fattore di rischio;
- se il valore dell'OR è minore di 1, il fattore indagato è un fattore protettivo.

I risultati di tali analisi sono riportati in grafici che mostrano gli *odds ratio* di ogni variabile inserita nel modello con i rispettivi intervalli di confidenza al 95%.

1.1 Il campione e le caratteristiche demografiche

La popolazione in studio è costituita da 2.910.138 residenti di 18-49 anni iscritti al 31.12.2007 nelle liste delle anagrafi sanitarie delle AUSL dell'Emilia-Romagna, di cui 243.744 sono stranieri (pari all'8%).

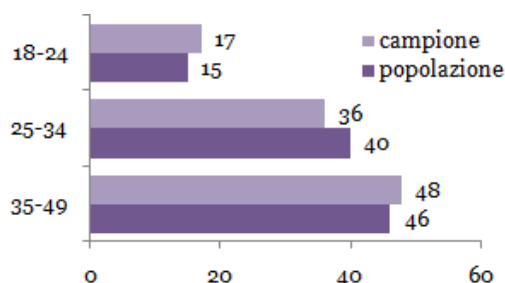
Dall'avvio del sistema di Sorveglianza PASSI nell'aprile 2007 al dicembre 2008, sono state intervistate 3.960 persone nella fascia 18-49 anni, di cui 334 straniere (8%). Le AUSL regionali hanno partecipato con un campione di rappresentatività aziendale, eccetto Imola che ha partecipato ad una rappresentatività provinciale insieme a Bologna.

In Emilia-Romagna la popolazione straniera nella fascia 18-49 anni rappresenta circa il 6% dell'intera popolazione residente. Nel campione PASSI 2007-2008, l'8% degli intervistati della stessa fascia d'età ha cittadinanza straniera. Rispetto agli intervistati con cittadinanza italiana gli stranieri sono più rappresentati nelle classi di età più giovani.

Il protocollo del sistema di Sorveglianza PASSI prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano: per questo motivo vengono raccolte informazioni relative agli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese in quanto residenti e in grado di comprendere e parlare la lingua italiana.

La distribuzione per età degli intervistati appare sovrapponibile a quella della popolazione, indice di una buona rappresentatività del campione estratto.

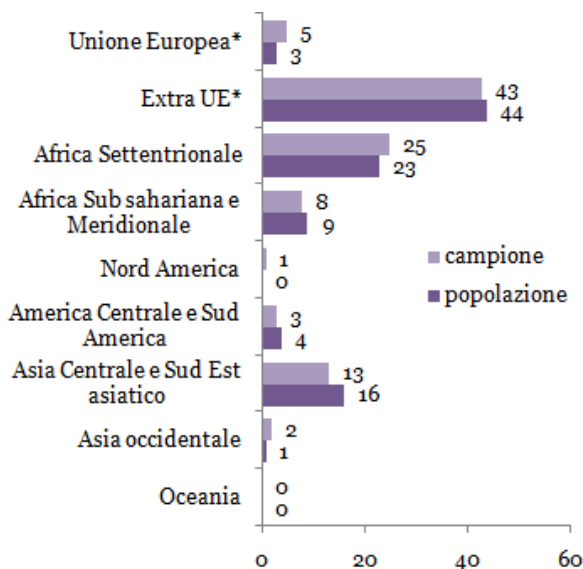
% di stranieri nel campione e nella popolazione per classi di età



Il campione di stranieri è rappresentato per la maggior parte da soggetti provenienti dai Paesi europei extra-comunitari* (43%), dall'Africa settentrionale (25%) e dall'Asia centrale e dal Sud Est asiatico (13%).

Dal grafico a fianco si può notare come la distribuzione degli stranieri per area geografica di provenienza del campione PASSI 2007-2008 sia rappresentativa di quella osservata nella popolazione con cittadinanza straniera nel 2007.

% di stranieri per area geografica di provenienza* nel campione e nella popolazione

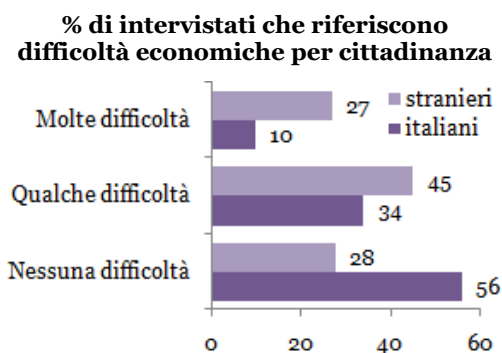
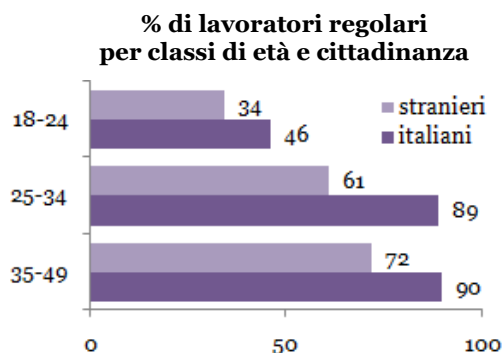


*è stata usata la definizione di Unione europea del 1995 a 15 Stati

L'indagine PASSI, oltre alle più usuali caratteristiche socio-demografiche del soggetto intervistato (stato civile, titolo di studio), rileva alcuni aspetti di tipo economico. Tra quelli esplicativi delle condizioni familiari vi sono, ad esempio, il lavoro e le difficoltà economiche.

Il 62% degli intervistati stranieri nella fascia d'età 18-49 anni, riferisce di lavorare regolarmente contro un 83% degli italiani. Complessivamente la quota di stranieri con un lavoro regolare è statisticamente inferiore a quella degli italiani.

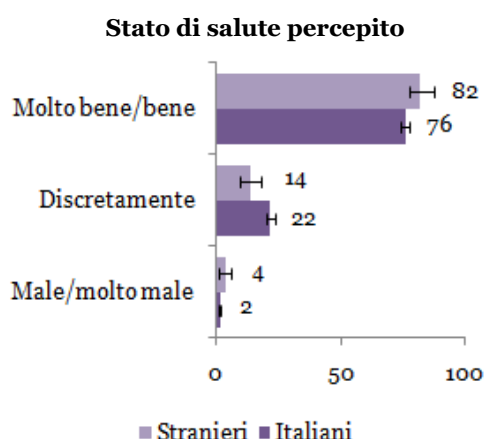
Inoltre il 28% del campione degli stranieri non riferisce alcuna difficoltà economica, mentre il 45% registra qualche difficoltà; il 27% dichiara infine di avere molte difficoltà economiche, quota statisticamente superiore a quella degli italiani.



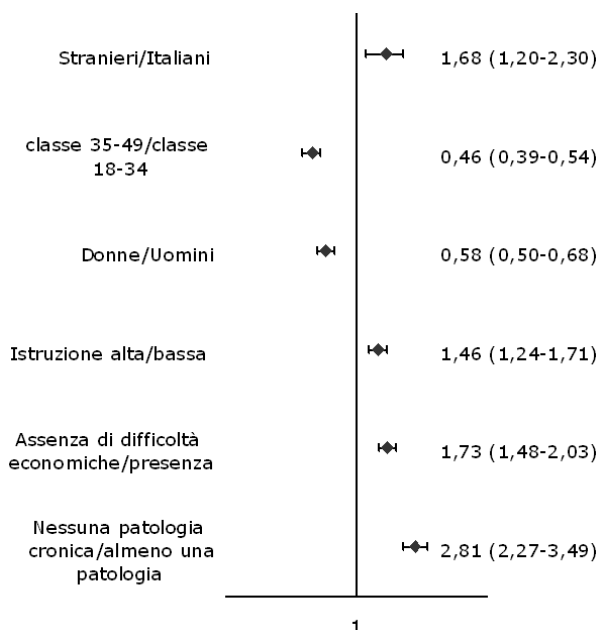
1.2 Lo stato di salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema complesso; l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona ⁶.

L'82% degli stranieri giudica in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene, rispetto al 76% degli italiani; rispettivamente il 14% e il 22% dichiarano di sentirsi discretamente, mentre il 4% e il 2% rispondono in modo negativo (male/molto male).



Regressione logistica multivariata sulla % di persone che si dichiarano in buona salute



⁶ Nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (*Healthy Days*), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali.

Questi dati mostrano valori simili a quelli dell'indagine "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nel 2005, che riporta l'80% degli stranieri che dichiarano - standardizzando per età - di stare bene o molto bene, contro il 72% tra gli italiani.

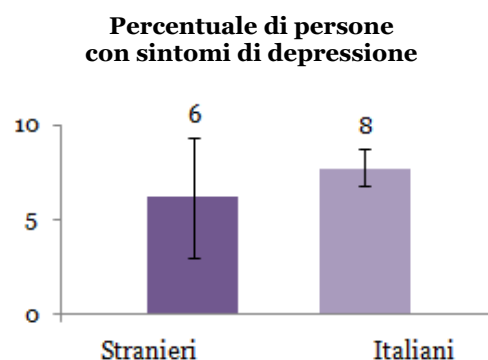
Dalla regressione logistica si può notare che la percentuale degli stranieri che si dichiarano in buona salute è superiore a quella degli italiani (OR=1,68), confermata in termini statistici.

Sintomi di depressione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, di lavorare in modo utile ed di apportare un contributo alla comunità. In tale contesto, le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

Nel sistema di Sorveglianza PASSI i sintomi di depressione vengono individuati mediante il *Patient-Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*, che comprende domande caratterizzate da alta sensibilità e specificità per la tematica della depressione ⁷.

Tra gli intervistati 18-49enni circa il 6% degli stranieri e l'8% degli italiani riferisce sintomi di depressione, senza differenze sul piano statistico.

Correggendo opportunamente per sesso, età, livello di istruzione, presenza di difficoltà economiche e di almeno una malattia cronica, la regressione logistica mostra che la quota di stranieri che riferisce sintomi di depressione è più bassa di quella degli italiani (OR=0,52), affermazione confermata anche in termini statistici.



1.3 Attività fisica, abitudini alimentari, fumo, alcool

L'attività fisica. L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari. Per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali, siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità. In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale che nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute.

⁷ Si rileva quale sia il numero di giorni, relativamente alle ultime due settimane, durante i quali gli intervistati hanno presentato i seguenti sintomi:

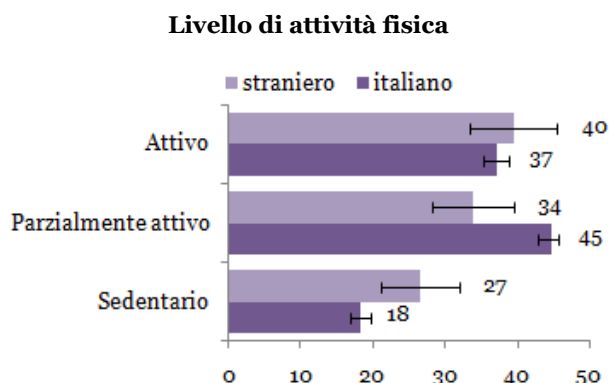
- 1) l'aver provato poco interesse o piacere nel fare le cose
- 2) l'essersi sentiti giù di morale, depressi o senza speranze.

Il numero di giorni per i due gruppi di sintomi sono poi sommati e classificati in base ad uno score da 0 a 6; coloro che ottengono un score uguale o maggiore di 3 sono individuati come "persone con sintomi di depressione"; la diagnosi effettiva di depressione richiede ovviamente una valutazione clinica individuale approfondita.

Il 39% degli stranieri intervistati di 18-49 anni ha uno stile di vita attivo, in quanto conduce un'attività lavorativa pesante e/o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 34% pratica invece attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo). Infine, il 27% è completamente sedentario.

Genericamente gli intervistati di nazionalità straniera risultano significativamente più sedentari di quelli di nazionalità italiana.

Ciò viene confermato inserendo nella regressione logistica anche sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche, da cui si rileva che gli stranieri sono più sedentari degli italiani (OR = 1,60), valore significativo anche in termini statistici.



Solo il 19% degli intervistati di nazionalità straniera riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica, ed il 18% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente. Queste percentuali sono inferiori a quelle riferite dagli italiani (rispettivamente 33% e 38%).

L'abitudine al fumo. Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare), ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Esso rappresenta inoltre un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

In Emilia-Romagna l'abitudine al fumo è significativamente più bassa tra gli stranieri rispetto agli italiani. Infatti:

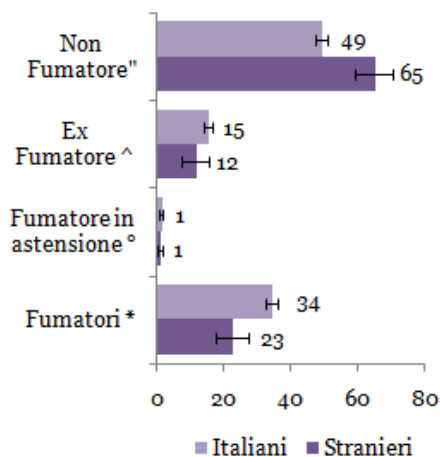
- il 23% degli intervistati stranieri ha riferito di fumare (contro il 34% degli italiani)
- il 65% di essere un non fumatore (contro il 49%)
- il 12% di essere un ex fumatore (contro il 15%).

L'1% degli intervistati sia tra gli stranieri che tra gli italiani ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "fumatori in astensione", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).

La significatività della differenza tra la percentuale di fumatori registrata negli stranieri e negli italiani è confermata dalla regressione logistica, che tiene conto anche del sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche. Il numero di stranieri fumatori è inferiore a quello degli italiani (OR=0,51), valore statisticamente significativo.

Anche i dati multiscopo ISTAT 2005 mostrano come il tabagismo sia un'abitudine meno diffusa negli stranieri che negli italiani: il 28% degli uomini e il 15% delle donne straniere tra i 14-64 anni fuma contro per il 31% degli uomini e il 28% delle donne italiane.

Abitudine al fumo di sigaretta



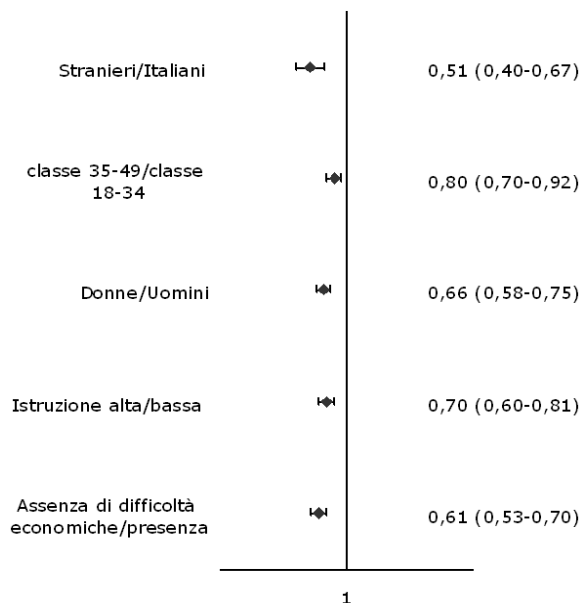
* *Fumatore*: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno

° *Fumatore in astensione*: soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

^ *Ex fumatore*: soggetto che attualmente non fuma, da oltre 6 mesi

“ *Non fumatore*: soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma

Regressione logistica multivariata sulla % di persone che dichiarano di fumare



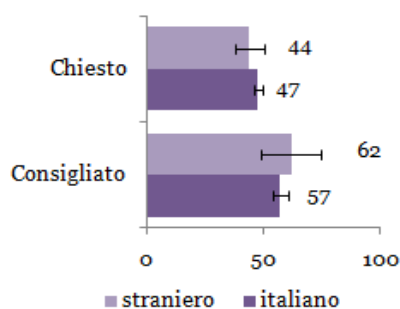
I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno, e dopo dieci anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

Circa il 44% degli stranieri intervistati di 18-49 anni dichiara di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo.

Tra i fumatori, il 62% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Le due percentuali non risultano statisticamente differenti da quelle rilevate sugli italiani.

Comportamento degli operatori sanitari nei confronti del fumo



* Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

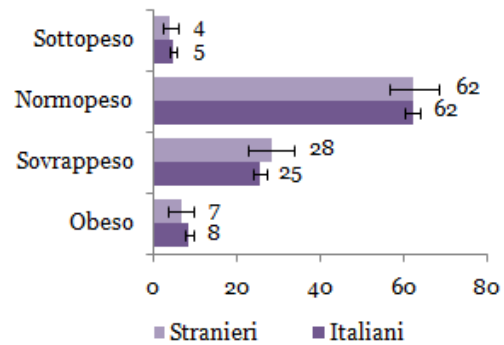
Stato nutrizionale e abitudini alimentari. Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei Paesi industrializzati. La misura del livello di peso di una persona è data, in questo caso, dal *Body Mass Index (BMI)*⁸.

⁸ In base al valore dell'Indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI), le persone vengono classificate in quattro categorie i, calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI < 18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Secondo tale misura, il 4% degli intervistati stranieri risulta sottopeso, il 62% normopeso, il 28% sovrappeso e il 7% obeso (valori vicini a quelli rilevati negli italiani).

I dati multiscopo ISTAT 2005 indicano valori non differenti: gli stranieri erano nel campione nazionale nel 9% obesi e nel 32% in sovrappeso.

Situazione nutrizionale della popolazione

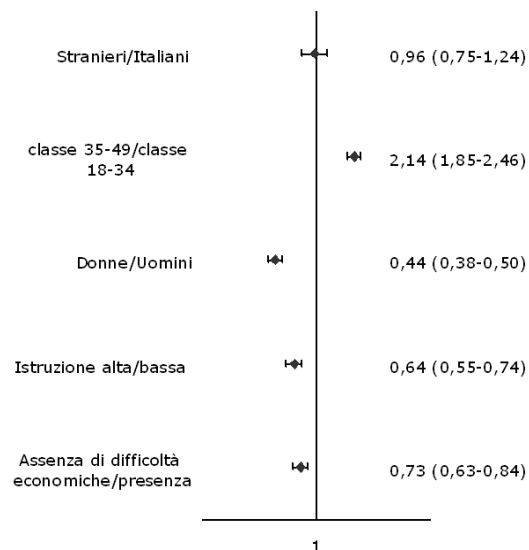


Anche la regressione logistica che tiene conto pure delle principali variabili d'analisi (sesso, età, livello d'istruzione e presenza di difficoltà economiche) conferma che la differenza tra la percentuale di persone in eccesso ponderale registrata negli stranieri e negli italiani è non significativa sul piano statistico.

La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare, in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita. Però la percezione del proprio peso non sempre coincide con quella misurata attraverso il BMI.

Genericamente gli stranieri in eccesso ponderale sembrano avere una percezione meno corretta del loro stato nutrizionale rispetto agli italiani: il 53% delle persone in sovrappeso ed il 24% di quelle obese dichiara infatti il proprio peso più o meno giusto, contro rispettivamente il 40% e il 6% degli italiani (OR=0,96, differenza non statisticamente significativa).

Regressione logistica multivariata sulla % di persone che si dichiarano in eccesso ponderale



Tra gli intervistati stranieri in eccesso ponderale che sono andati dal medico negli ultimi 12 mesi, il 42% ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di perdere peso, contro il 25% degli italiani (differenza significativa sul piano statistico). Il 55% degli stranieri ha ricevuto il suggerimento di fare regolare attività fisica, a fronte del 43% degli italiani.

Consumo di alcol. Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale, che spesso copre i messaggi della prevenzione. In Europa si stima che l'alcol uccida circa 115 mila persone l'anno, e 25 mila in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

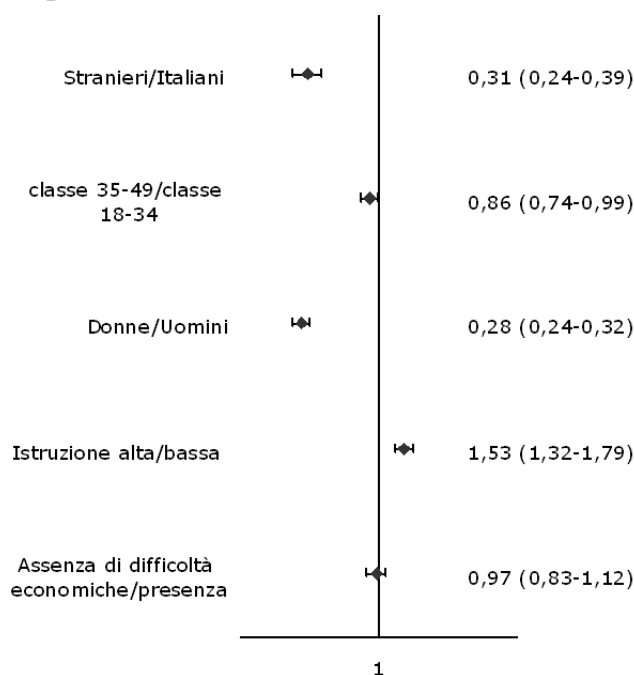
L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psicofisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività. Ad essi si affianca l'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana, alla moda degli aperitivi).

Tra gli intervistati di età 18-49 anni, il 40% degli stranieri ed il 72% degli italiani riferisce di non essere astemio (cioè di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica).

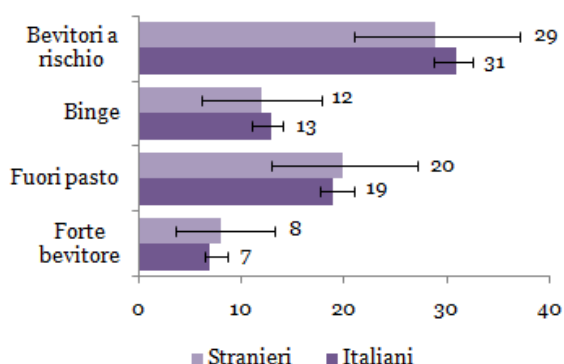
Tenendo conto anche di caratteristiche quali sesso, età, livello di istruzione e difficoltà economiche, la regressione logistica, conferma che la quota di non astemi è significativamente più ridotta negli stranieri.

La bassa numerosità degli intervistati stranieri non astemi non permette un'analisi per area geografica di provenienza. Tuttavia a livello indicativo si può osservare che il consumo di alcol dipende dal Paese di origine. La percentuale di non astemi è infatti nulla o trascurabile nei cittadini provenienti da Paesi in cui il consumo di alcol non è permesso per motivi religiosi, e più simile a quella degli italiani per quelli provenienti da Paesi extra comunitari (60%).

Regressione logistica multivariata sulla % di persone che dichiarano di non essere astemie



Bevitori a rischio* per categorie tra gli intervistati che si sono dichiarati non astemi



* I bevitori a rischio possono essere presenti in più di una delle tre categorie di rischio (fuoripasto/binge/forte bevitore)

La percentuale di bevitori definibili a rischio ⁹ è del 12% per gli stranieri e del 22% per gli italiani, con una differenza significativa sul piano statistico.

Considerando invece solo gli intervistati non astemi, le differenze tra stranieri e italiani nel consumo definibile a rischio si riducono: il 29% degli stranieri ed il 31% degli italiani può essere ritenuto un consumatore a rischio (forte bevitore, *binge* o fuori pasto).

Solo il 16% degli intervistati stranieri e il 17% degli italiani riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui loro comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Infine, tra i bevitori a rischio solo il 4% degli stranieri e il 5% degli italiani ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

⁹ Per bevitore a rischio si intende:

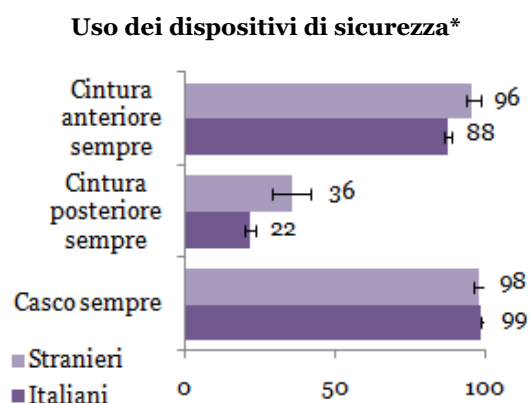
- chi ha assunto nell'ultimo mese almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione (bevitore *binge*)
- chi beve alcolici fuori pasto
- il forte bevitore (più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne).

1.4 Sicurezza stradale

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario in Italia: sono infatti la principale causa di morte e disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni. Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale-strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

In ambito di prevenzione, la percentuale di intervistati stranieri ed italiani che riferiscono di usare sempre i dispositivi di sicurezza risulta rispettivamente pari al:

- 98% e 99% per l'uso del casco;
- 96% e 88% per la cintura anteriore di sicurezza (differenza statisticamente significativa);
- 36% e 22% per l'uso della cintura posteriore (differenza statisticamente significativa).



* tra coloro che dichiarano di utilizzare l'auto e/o la moto

Il 2% degli intervistati stranieri e il 10% di quelli italiani dichiarano di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Se si considerano solo le persone non astemie e coloro che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, le quote salgono rispettivamente al 7% e al 14%.

Gli intervistati che dichiarano di essere stati trasportati da un guidatore che aveva bevuto due o più unità alcoliche nell'ora precedente è del 6% negli stranieri e del 16% negli italiani (differenza significativa sul piano statistico).

Considerando l'effetto al netto di ulteriori fattori quali sesso, età, livello di istruzione e difficoltà economiche degli intervistati, la regressione logistica mostra una differenza non significativo in termini statistici tra la percentuale di stranieri e italiani che hanno dichiarato di guidare sotto l'effetto dell'alcol. (OR=0,56). La valutazione avviene tra le persone che dichiarano di aver guidato e di non essere astemie.

1.5 Rischio cardiovascolare

Nel mondo occidentale, le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte: in Italia in particolare sono responsabili del 44% di tutte le morti. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende quindi dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio, e dalla loro combinazione.

Tra i principali fattori di rischio cardiovascolare, l'ipertensione arteriosa è uno tra i più diffusi. Essa si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Un altro fattore di rischio, in particolare per la cardiopatia ischemica, è l'elevata concentrazione di colesterolo nel sangue. Nella maggior parte dei casi, essa è legata ad una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete; raramente è dovuta ad un'alterazione genetica.

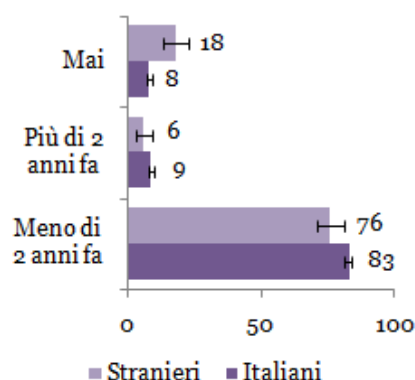
Il 18% degli stranieri 18-49enni residenti in Emilia-Romagna dichiara di non aver mai controllato la pressione arteriosa, contro l'8% degli italiani (differenza statisticamente si-

gnificativa); il 76% degli stranieri e l'83% degli italiani, invece, riferisce di averla misurata negli ultimi due anni, il 6% ed il 9% in un periodo antecedente.

Tra gli intervistati stranieri ai quali è stata misurata la pressione arteriosa, il 10% ha avuto diagnosi di ipertensione (valore uguale a quello registrato negli italiani).

I dati multiscopo ISTAT del 2005 confermano che gli stranieri controllano la pressione arteriosa in percentuale inferiore agli italiani (rispettivamente 35% contro 20%); i dati ISTAT però si riferiscono ad una diversa classe d'età (18-64) rispetto a quelli riportati per la Sorveglianza PASSI (18-49 anni).

Misurazione della pressione arteriosa



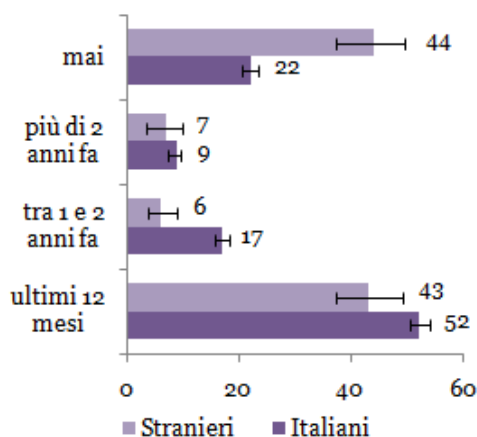
Inoltre tra gli intervistati di età 18-49 anni, il 56% degli stranieri e il 78% degli italiani ha riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia (differenza statisticamente significativa, con valore dell'OR pari a 0,69).

Tra gli stranieri non ricorda o non ha mai misurato il livello di colesterolo nel sangue il 44%, percentuale statisticamente più alta di quella degli italiani (22%).

Rispettivamente lo ha misurato invece il 7% e il 9% da oltre due anni, il 6% ed il 17% tra 1 e 2 anni precedenti l'intervista (differenza statisticamente significativa) ed il 43% e il 52% nel corso dell'ultimo anno (differenza statisticamente significativa).

Tra gli intervistati PASSI che riferiscono di aver misurato il livello di colesterolemia nel sangue, il 14% degli stranieri ed il 19% degli italiani sono risultati ipercolesterolemici.

Misurazione del colesterolo



La regressione logistica mostra come la percentuale di stranieri che hanno dichiarato di aver misurato almeno una volta nella vita il colesterolo sia statisticamente inferiore a quella degli italiani (OR=0,39).

Anche l'indagine multiscopo ISTAT 2005 riporta che il 41% degli stranieri di 18-64 anni non ha mai controllato il livello di colesterolo nel sangue (contro un quarto degli uomini e un quinto delle donne tra gli italiani).

1.6 Vaccinazioni, diagnosi precoci, screening, pap-test

Vaccinazione antirosolia. La rosolia è una malattia benigna dell'età infantile che, se è contratta dalla donna in gravidanza, può essere causa di aborto spontaneo, feti nati morti o con gravi malformazioni fetali (sindrome della rosolia congenita). La vaccinazione antirosolia costituisce un'azione preventiva di provata efficacia, finalizzata all'eliminazione dei casi di rosolia congenita.

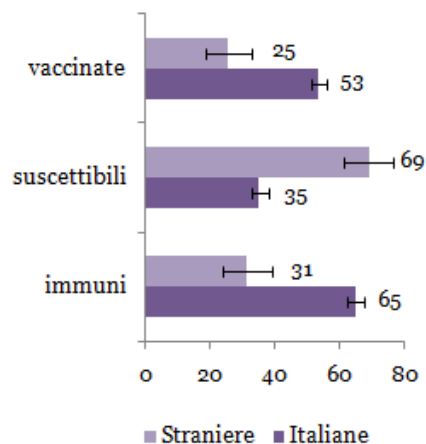
L'obiettivo previsto dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, prevede di immunizzare almeno il 95% delle donne in età fertile. La strategia che si è mostrata più efficace a livello internazionale per il suo raggiungimento consiste nel vaccinare

tutti i bambini nel secondo anno di età, e nell'individuare le donne in età fertile ancora suscettibili d'infezione (attraverso un semplice esame del sangue detto *rubeotest*), per somministrare loro il vaccino antirosolia.

Tra le intervistate da PASSI nelle età tra i 18 ed i 49 anni:

- il 25% delle straniere ed il 53% delle italiane riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia (percentuali statisticamente differenti);
- il 31% delle straniere ed il 65% delle italiane di 18-49 anni è risultata immune alla rosolia, in quanto o ha effettuato la vaccinazione o ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal *rubeotest* positivo.
- il 69% delle straniere e il 35% delle italiane invece è risultata suscettibile, in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha riferito un *rubeotest* negativo oppure lo stato immunitario nei confronti della rosolia non è conosciuto.

**Vaccinazione antirosolia
(donne 18-49 anni)**



La regressione logistica conferma a sua volta come la differenza tra la percentuale di donne 18-49enni straniere e italiane vaccinate sia significativa sul piano statistico: il numero di donne vaccinate è inferiore a quello delle italiane (OR=0,28), valore statisticamente significativo.

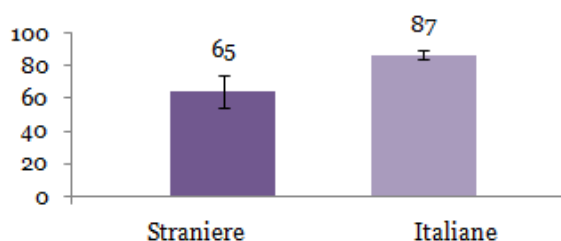
Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero. Il carcinoma del collo dell'utero, a livello mondiale, è il secondo tumore maligno della donna, con circa 500 mila nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. Nei Paesi con programmi di *screening* organizzati si è assistito negli ultimi decenni ad un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

Lo *screening* prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di *screening* sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target), con una graduale estensione dei programmi anche nelle regioni meridionali. In Emilia-Romagna, il programma di *screening* è a regime in tutte le AUSL dagli anni 1996-97, e coinvolge il 55% della popolazione femminile, pari a circa 1,2 milioni di donne.

La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate, e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello *screening*.

In Emilia-Romagna, circa 65% delle donne straniere intervistate di 25-49 anni riferisce di aver effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali. Tale quota è statisticamente inferiore rispetto a quella registrata nelle donne italiane della medesima fascia d'età (87%).

Donne di 25-49 anni che hanno eseguito un Pap-test secondo le linee guida



La copertura stimata da PASSI nelle straniere è pari al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%), ma più bassa del livello definito "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

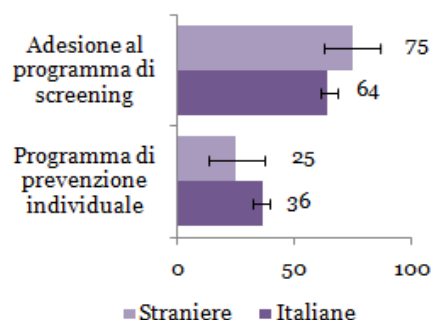
Il minor ricorso al Pap-test preventivo da parte delle straniere è confermato dalla multiscopo ISTAT 2005: in Italia il 52% delle straniere contro il 72% delle italiane nella fascia d'età raccomandata (25-64 anni) è ricorsa al test.

La significatività statistica della differenza nella percentuale di donne 25-49enni straniere e italiane che hanno effettuato un Pap-test nei tempi raccomandati (ogni tre anni) si riscontra anche nella regressione logistica, che corregge tale misurazione rispetto all'età, al livello di istruzione, alla presenza di difficoltà economiche, all'essere convivente o coniugata, ed all'aver ricevuto la lettera di convocazione da parte dell'AUSL (OR=0,39).

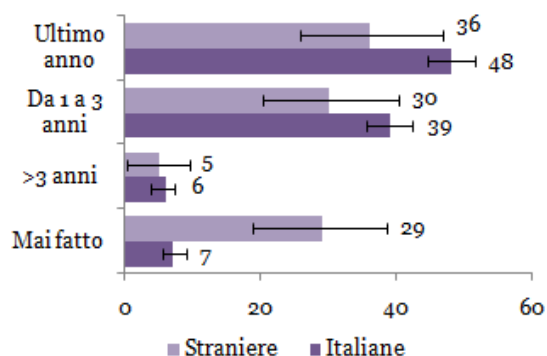
Il 75% delle straniere in Emilia-Romagna ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di *screening* organizzato, mentre il 25% l'ha effettuata come prevenzione individuale¹⁰.

Percentuali non differenti sul piano statistico da quelle italiane, che ammontano rispettivamente a 64% e a 36%.

Partecipazione allo screening organizzato



Pap-test e periodicità *



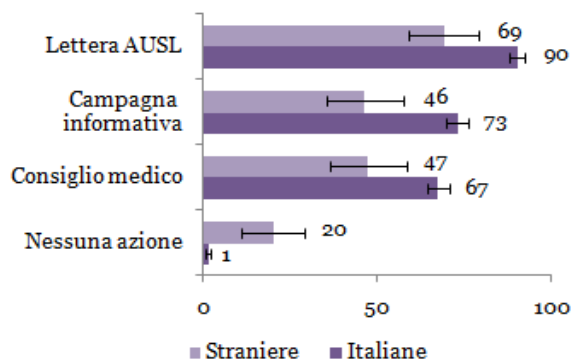
* La campagna di *screening* prevede la ripetizione del Pap-test ogni tre anni per le donne nella fascia di età di 25 -64 anni

Rispetto all'ultimo Pap-test preventivo effettuato:

- il 36% delle donne straniere di 25-49 anni ed il 48% delle italiane riferisce l'effettuazione nell'ultimo anno;
- il 30% e il 39% da uno a tre anni;
- il 5% e il 6% da più di tre anni.

Ben il 29% delle donne straniere ha riferito di non aver mai eseguito un Pap-test preventivo; tale percentuale è statisticamente inferiore a quella registrata sulle italiane (7%).

Promozione del Pap-test



* escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Le donne straniere intervistate di 25-49 anni ha riferito nel

- 69% dei casi di aver ricevuto una lettera di invito dall'AUSL (statisticamente inferiore del dato delle italiane, 90%)
- 46% dei casi di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del Pap-test (statisticamente inferiore di quella italiana, 73%)
- 47% dei casi di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità l'esame (statisticamente inferiore della percentuale italiana, 67%).

¹⁰ Sono considerate aderenti al programma di *screening* organizzato tutte le donne che hanno fatto un Pap-test preventivo negli ultimi tre anni senza pagare, e in prevenzione individuale quelle che effettuato l'esame nell'ultimo triennio pagando il ticket o l'intero costo.

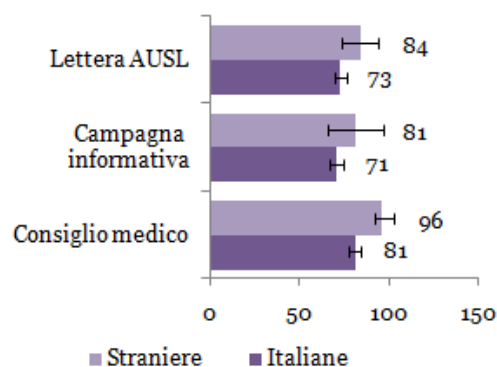
Tra le donne che riferiscono di aver:

- ricevuto la lettera di invito da parte dell'AUSL, l'84% delle straniere ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test contro il 73% delle italiane.
- ricevuto il consiglio di un operatore sanitario, il 96% ritiene che questo abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test contro l'81% delle italiane.
- visto o sentito una campagna informativa, l'81% ritiene che questa abbia avuto influenza positiva sulla scelta di effettuare il Pap-test contro il 71% delle italiane.

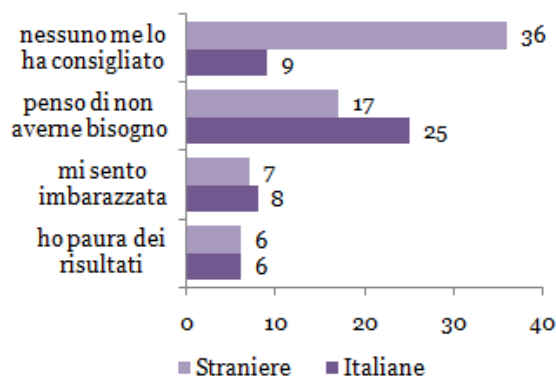
Il 34% delle donne straniere di 25-49 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai effettuato il Pap-test (29%) o l'ha effettuato da oltre tre anni (5%).

Tra le donne straniere la mancata effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui i principali sono l'assenza del consiglio medico (36%), una non corretta percezione del rischio (17%), il sentirsi imbarazzata (7%) e la paura dei risultati dell'esame (6%).

% di donne 25-49enni che hanno dichiarato che gli interventi di promozione del Pap-test hanno avuto molta influenza



Principali motivi della mancata effettuazione del Pap-test secondo le linee guida *



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo"

1.7 Conclusioni

Dalla Sorveglianza PASSI risulta che gli stranieri intervistati di 18-49 anni percepiscono il proprio stato di salute in modo maggiormente favorevole rispetto agli italiani: essi infatti riferiscono in proporzione superiore di stare molto bene/bene e di non soffrire di sintomi depressivi. E' però da ricordare che la popolazione straniera intervistata è quella residente e che, parlando e comprendendo bene la lingua italiana, è in grado di sostenere l'intervista telefonica; al sistema di Sorveglianza sfugge pertanto la quota di stranieri potenzialmente meno integrata e più deprivata.

Le persone con cittadinanza straniera riferiscono alcuni comportamenti più salubri rispetto agli italiani: hanno dichiarato di fumare meno, di consumare meno alcol e di utilizzare con più frequenza i dispositivi di sicurezza stradale (cinture e casco). Risultano invece essere meno attenti degli italiani rispetto all'attività fisica: la percentuale di stranieri intervistati sedentari è infatti significativamente maggiore di quella degli italiani.

I dati mostrano inoltre un rapporto delle persone con cittadinanza straniera con il "mondo" sanitario migliorabile in termini di prevenzione e tutela della propria salute: la quota di intervistati che riferisce di non aver mai misurato la pressione arteriosa o la colesterolemia è significativamente più alta negli stranieri che negli italiani. Così come è maggiore la percentuale di donne 25-49enni che non ha mai effettuato un Pap-test preventivo, misurata correggendo anche rispetto alla ricezione della lettera di invito. I dati della vaccinazione anti-rubeolica tra le donne straniere di 18-49 anni sembrano confermare questa ipotesi.

Infine i cittadini stranieri riferiscono che medici e operatori sanitari si informano generalmente meno sui loro comportamenti potenzialmente a rischio, e danno loro meno consigli sui corretti stili di vita rispetto alle informazioni ed ai consigli ricevuti dagli italiani.

Le presenti osservazioni vanno però lette con prudenza: sono dati riferiti, e non sono ancora stati condotti test cognitivi per riconoscere eventuali differenti comportamenti della popolazione italiana e straniera nei confronti del questionario. Tuttavia i dati forniscono elementi di riflessione per le strategie di prevenzione primaria e secondaria da adottare e suggeriscono la necessità di intensificare le attività di promozione della salute rivolta alla popolazione straniera, da adattare alle culture dei Paesi d'origine.

1.8 Bibliografia

Istituto Superiore di Sanità (2007)

“Sistema di Sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)”

Rapporto Istisan 07/30

<http://dspace.iss.it/dspace/handle/2198/-90173>

Regione Emilia-Romagna (2008)

“Passi. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Indagine 2007”

collana contributi numero 5

<http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/studi/passi.html>

Regione Emilia-Romagna (2007)

“Passi. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Indagine 2007”

collana contributi numero 52

<http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/studi/passi.html>

ISTAT (2008)

“Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia”

Statistiche in breve, 2008

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/

ISTAT (2007)

“Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari Anno 2005”

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/

ISTAT (2007)

“Indagine annuale sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2006”

http://www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00/

CDC

“The Behavioral Risk Factor Surveillance System User’s Guide”

<http://www.cdc.gov/brfss>

“Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007”

<http://www.ccm-network.it>

“Piano Sanitario Nazionale 2006-2008”

<http://www.ministerosalute.it>

Ministero della salute (2007)

“Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari”

<http://www.ministerosalute.it>

Regione Emilia-Romagna

“Piano regionale della prevenzione”

<http://www.saluter.it>

European Community “Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)”

http://ec.europa.eu/health/ph_programme/programme_en.htm

David W. Hosmer D.W. Lemeshow S. (2000)

“Applied logistic regression (second edition), New York: Wiley

Cap. 2 - I ricoveri ospedalieri ¹¹

2.1 Dimensione ed evoluzione del fenomeno ¹²

La presenza straniera in Italia ha generato un'esigenza crescente di strumenti quantitativi, utili a determinare le implicazioni sociali e sanitarie che tale fenomeno comporta. Per l'analisi dell'accesso ai servizi sanitari, la principale e consolidata fonte utilizzata, omogenea a livello nazionale, è l'archivio delle **Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO)**.

L'analisi dell'ospedalizzazione dei cittadini stranieri, oltre a permettere la valutazione della domanda che essi rivolgono ad alcuni soggetti del sistema sanitario, costituisce una preziosa fonte per la **determinazione di fattori di carattere epidemiologico**, finalizzata ad orientare i programmi di salute pubblica.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce l'assistenza sanitaria sia a stranieri regolarmente iscritti, sia ai non iscritti. La normativa prevede inoltre l'erogazione di prestazioni, senza oneri a carico, anche a stranieri irregolarmente presenti nel caso essi siano privi di risorse economiche sufficienti a sostenerle.

L'assistenza ospedaliera ha costituito finora una quota rilevante dell'attività del SSN per i cittadini stranieri, anche se **tale presenza – si vedrà in seguito – ha ormai un'importante diffusione in tutte le tipologie di servizio sanitario**. Sulla base delle informazioni ospedaliere, in tema di immigrazione e sanità, sono stati pubblicati numerosi contributi di analisi, disponibili in bibliografia, tra i quali ricordiamo quelli del Ministero della Sanità, delle Regioni, di numerose AUSL ed altre istituzioni sanitarie ¹³.

L'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO) include tutte le dimissioni effettuate in Italia presso strutture pubbliche e private, e pertanto comprende i ricoveri di cittadini stranieri regolari e non regolari. Esso contiene informazioni raccolte dalle AUSL, in questo caso di Modena, presso i distretti sanitari e le aziende ospedaliere. Le informazioni confluiscono poi nell'omonima banca dati della Regione Emilia-Romagna, che ne effettua un ritorno informativo attraverso il proprio sito ¹⁴.

Nel 2007, gli stranieri residenti nella provincia di Modena che hanno usufruito di prestazioni ospedaliere sono **7.803, pari al 6,6% delle persone ricoverate** nell'anno, con una crescita di oltre l'85% dal 2000 ad oggi (Fig. 2.1). L'aumento della componente straniera non ha però arrestato un processo in corso, che vede il numero complessivo di dimissioni ospedaliere ormai stabile negli ultimi anni, se non addirittura in leggera decrescita (-1,7% dal 2000).

¹¹ Il presente capitolo è redatto da Antonio Zacchia Rondinini

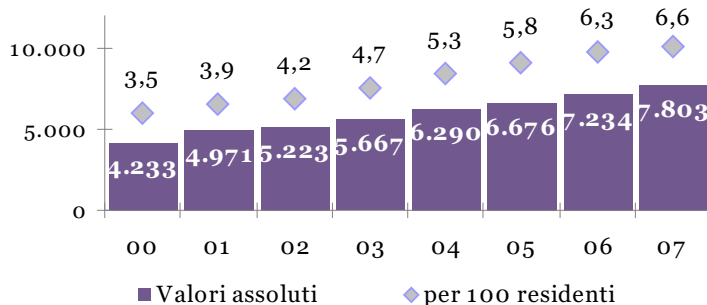
¹² Il numero dei ricoverati utilizzato in questa sezione è al netto dei neonati sani. Sono inoltre esclusi dall'analisi i ricoveri di persone di cui non è conosciuta la cittadinanza.

¹³ Tra i principali, ricordiamo ISTAT (2007), Costa G. (2007), Marceca M. (2006), Gusmiroli et al. (2006), Provincia di Arezzo (2006), Baglio G. e Cacciani L. (2003), Rosano A. (2002), Geraci S. Marceca M. (2000).

Ad essi si aggiunge la sezione "La salute in alcuni gruppi di popolazione. Immigrati" nella "Relazione sullo stato sanitario del paese" del Ministero della Salute (2006), i contributi sulla salute degli stranieri nell'annuale "Dossier sull'immigrazione" Caritas/Migrantes, a cura di Geraci S. e gli indicatori su questo tema del rapporto "Osservasalute".

¹⁴ La sezione statistica relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliere del Sistema Informativo delle Politiche per la Salute e Politiche Sociali della regione Emilia-Romagna è disponibile all'indirizzo <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/sdo/sdo.html>.

Fig. 2.1 - Dimessi stranieri dal 2000 al 2007.
Valori assoluti e stranieri per 100 dimessi



Tab. 2.1 - Dimessi stranieri per sesso
al 2000 al 2007.
Valori assoluti e stranieri per 100 dimessi

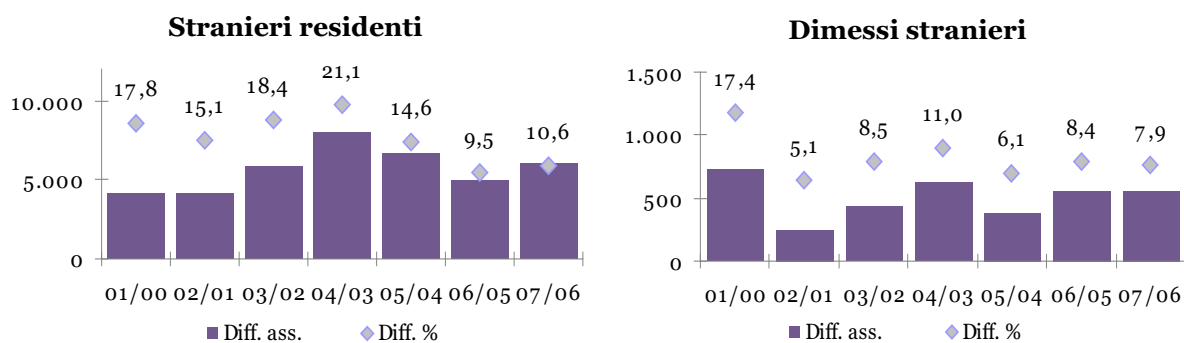
Anno	Maschi		Femmine	
	v.a.	per 100 dimessi	v.a.	per 100 dimessi
2000	1.582	2,8	2.651	4,1
2001	1.831	3,1	3.140	4,6
2002	2.025	3,5	3.198	4,7
2003	2.084	3,8	3.583	5,5
2004	2.226	4,0	4.064	6,3
2005	2.337	4,3	4.339	7,0
2006	2.538	4,7	4.696	7,6
2007	2.509	4,6	5.294	8,4

L'aumento dell'ammontare di ricoverati di sesso maschile è più contenuto (927 unità, pari al 59%) rispetto alla componente femminile (2.643 unità, +100%).

Questo fenomeno, che vede le femmine raddoppiare il loro ammontare dal 2000 ad oggi, non provoca però cambiamenti rilevanti nella composizione per sesso dei dimessi stranieri, che rimane sostanzialmente inalterata (Tab. 2.1). Dal 2000 la componente femminile concorre così stabilmente per quasi due terzi al totale dei dimessi stranieri delle strutture ospedaliere, con una crescita che sale al 68% nell'anno 2007.

Nonostante l'andamento crescente dei ricoverati stranieri, il c.d. effetto "migrante sano" e la struttura per età significativamente più giovane ¹⁵ rispetto a quella italiana, hanno portato all'ampliare il divario tra presenze straniere sul territorio, in termini di residenti, e stranieri dimessi.

Fig. 2.2 - Popolazione straniera residente e dimessi stranieri.
Variazioni annuali assolute e % dal 2001 al 2007



Le variazioni annuali della popolazione dal 2001 in avanti (Fig. 2.2) assumono valori percentuali più che doppi rispetto a quelli registrati tra i ricoverati. Comunque, malgrado il flusso migratorio non sia diminuito, tale fenomeno si è però ridimensionato negli ultimi due anni, portando un primo riallineamento tra i tassi di crescita.

Gli stranieri fanno un **ricorso al ricovero in regime di day-hospital (DH) lievemente più contenuto della media** (24,1% per gli stranieri, contro la media del 25,6%), riscontrabile in tutte le fasce di età (Fig. 2.3). In passato il divario era più ampio, mentre oggi si evi-

¹⁵ La descrizione di fenomeni sanitari quali l'ospedalizzazione, ed il relativo numero di persone che ne hanno usufruito verrà messo a confronto con la popolazione residente media dello stesso periodo. La popolazione residente viene utilizzata come approssimazione dell'utenza potenziale, in quanto – come sottolineato in precedenza - anche gli immigrati in possesso del solo permesso di soggiorno ma non residenti e gli immigrati irregolari possono usufruire delle prestazioni ospedaliere e più in generale di quelle sanitarie.

denza un processo di convergenza tra l'utenza ospedaliera e la sua componente straniera verso un'omogeneità di utilizzo del ricovero in DH (Fig. 2.4).

Fig. 2.3 - Dimessi in DH per 100 dimessi stranieri e totali per classe di età nel biennio 2006/07

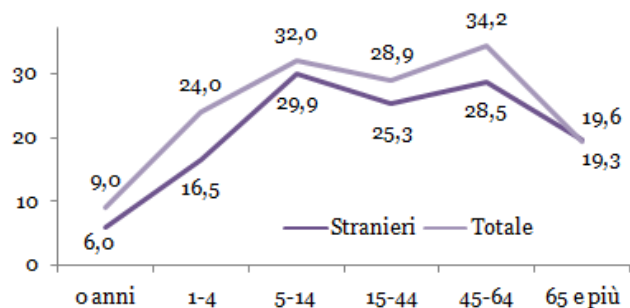
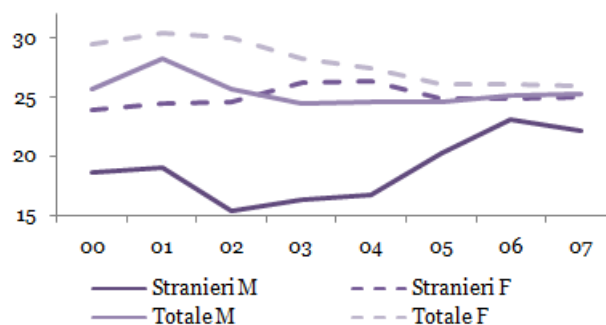


Fig. 2.4 - Dimessi in DH per 100 dimessi stranieri e totali negli anni dal 2000 al 2007



Negli ultimi anni, **i maschi in generale, hanno registrato un calo nel ricorso a questo regime**; inversamente gli uomini stranieri hanno evidenziato nello stesso periodo una significativa impennata. Ciò li ha portati ad **avvicinarsi ad un valore simile a quello delle donne**, italiane e straniere.

2.2 Le caratteristiche dei ricoverati

La diversa composizione demografica degli stranieri, con una sostanziale assenza di anziani, e la maggiore fecondità ad essi attribuita, incide fortemente sulle motivazioni per cui i pazienti si rivolgono alle strutture ospedaliere e, di conseguenza, anche sulla composizione sociale e demografica dei dimessi.

La crescita del divario tra popolazione e dimessi stranieri (Fig. 2.5) è quindi il risultato di andamenti differenti per le diverse fasce demografiche. Una tra le principali diversità riguarda il sesso del ricoverato (Fig. 2.6).

La quota di dimessi di sesso femminile ha raggiunto valori simili a quelli registrati dalla popolazione straniera generale (oltre l'8,4% per entrambi), seguendone l'andamento negli ultimi anni.

L'effetto di allontanamento tra presenze e ricoverati è quindi attribuibile per la quasi totalità ai maschi (4,6% dei ricoverati, contro il 10,1% della popolazione straniera maschile).

Fig. 2.5 - Stranieri per 100 residenti e dimessi stranieri per 100 dimessi dal 2000 al 2007

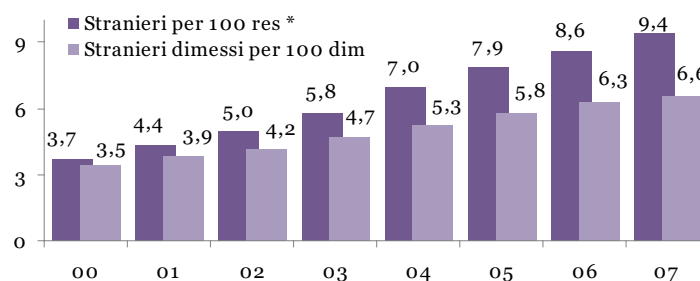


Fig. 2.6 - Stranieri per 100 residenti e dimessi stranieri per 100 dimessi per sesso negli anni 2000, 2006 e 2007

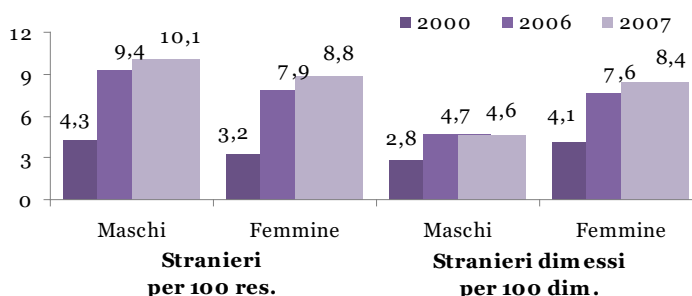
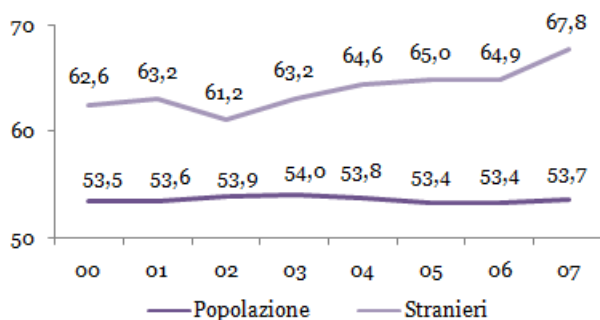


Fig. 2.7 - Femmine per 100 dimessi per cittadinanza negli anni dal 2000 al 2007



La componente femminile rappresenta la maggioranza dei consumi ospedalieri (Fig. 2.7). Le femmine straniere rappresentano infatti oltre i due terzi dei ricorsi all'ospedale (68%), valore che per l'intera popolazione si ferma al 54%.

Tale quota, in analogia con quanto accade con le presenze sul territorio, è in rapida crescita dal 2000 – dove le straniere dimesse erano il 62% - ad oggi.

La stessa analisi, limitata **tra i 15 ed i 44 anni, evidenzia inoltre che le ricoverate straniere sono maggiormente concentrate nelle età fertili. Ben il 78% di esse appartiene a tale fascia**, mentre i maschi vi ricadono nella sola metà dei casi (Tab. 2.2).

Di conseguenza, i ricoverati stranieri nelle classi fino a 14 anni ed oltre i 44 anni, pur essendo numericamente simili tra i due generi, per le femmine ricoprono una quota minima sul totale. Per esse infatti la quota di dimessi in giovane età rappresenta solo l'11%, contro il 32% dei maschi.

In analogia con le presenze regolari, i dimessi stranieri presentano inoltre una componente anziana *over65* minima (circa il 2%), che invece per il complesso dei ricoverati è pari al 44%.

Tab. 2.2 - Dimessi stranieri per sesso e classi di età nel biennio 2006/07. Valori assoluti e %

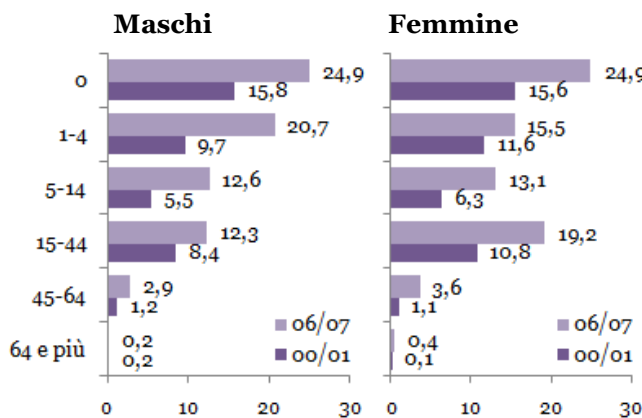
Classe di età	Maschi		Femmine		Totale	
	v.a.	per 100 dimessi	v.a.	per 100 dimessi	v.a.	per 100 dimessi
0 anni	517	10,2	432	4,3	949	6,3
1-4	577	11,4	286	2,9	863	5,7
5-14	544	10,8	377	3,8	921	6,1
15-44	2.495	49,4	7.756	77,6	10.251	68,2
45-64	797	15,8	950	9,5	1.747	11,6
Più di 64	117	2,3	189	1,9	306	2,0
Totale	5.047	100	9.990	100	15.037	100

L'incidenza di ricoverati stranieri sul totale decresce all'avanzare dell'età.

Per i bambini fino a cinque anni, gli stranieri dimessi costituiscono oltre un ricoverato su cinque.

Questa percentuale cala fino al 12% nella fascia successiva e, solo per i maschi, si mantiene inalterata fino ai 44 anni.

Fig. 2.8 - Dimessi stranieri per 100 dimessi per classi di età nei bienni 2000/01 e 2006/07



La classe delle donne tra i 15 ed i 44 anni, che comprende anche le età fertili, innalza invece la quota di presenza straniera fino al 19%.

Le età mature triplicano la propria incidenza sul totale dei ricoverati tra il 2000 ed il 2007, mentre i bambini nel primo anno di vita registrano un'evidenza ancor più consistente, aumentando la propria incidenza del "solo" 60% (Fig. 2.8).

Per la componente maschile, le principali cittadinanze dei ricoverati **appartengono alle comunità africane (Marocco, Tunisia, Ghana, Nigeria, Tab. 2.3)** insediate da più tempo sul territorio modenese. La rilevanza dei marocchini sul complesso dei ricoverati sta però diminuendo, a favore di cittadini europei (rumeni ed albanesi) ed asiatici (pakistani ed indiani).

Per molti Paesi, l'incremento non è però allineato con quello delle residenze sul territorio. Ad esempio, nonostante l'allargamento del 2007 dell'Unione Europea a due nuovi Paesi entranti, l'aumento rispetto al biennio 2000/01 dei rumeni è stato del 92%. Esso viene però superato da altre comunità tra quelle sopra citate, che aumentano oltre il 110%.

I nigeriani, insieme a pakistani ed indiani, sono invece gli stranieri con maggior numero di ricoverati ogni 100 residenti della stessa etnia (Fig. 2.9).

In analogia con i maschi, per le femmine l'aumento della presenza rumena sul territorio provinciale, non trova diretto riscontro in termini di ricoveri femminili.

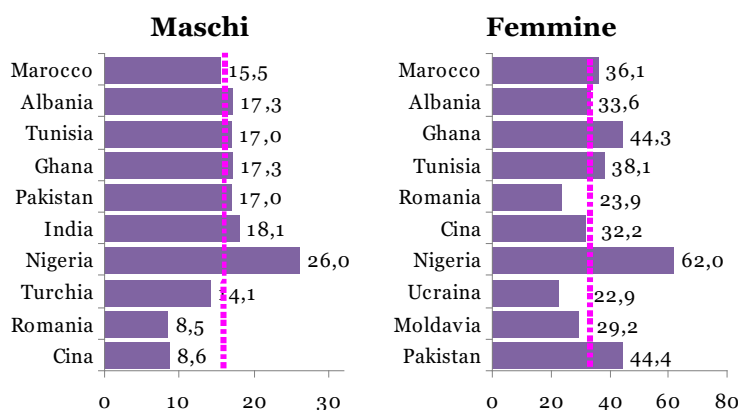
Le dimesse rumene crescono infatti del "solo" 32% dal biennio 2000/01, contro i valori massimi per le etnie dell'est Europeo, ma anche per le pakistane e le ghanesi che quadruplicano la loro presenza nelle strutture ospedaliere.

Le femmine ucraine e moldave rientrano invece - rispetto allo scorso anno - al di sotto della media di ricoverati ogni 100 residenti della stessa etnia, nonostante siano tra quelle che hanno moltiplicato di oltre sette volte il numero di ricoverate dal 2000.

Tab. 2.3 - Principali Paesi di cittadinanza dei dimessi stranieri per sesso nei bienni 2000/01 e 2006/07

	Maschi			Femmine	
	00/01	06/07		00/01	06/07
Marocco	1.147	1.330	Marocco	1.611	2.111
Albania	280	610	Albania	392	900
Tunisia	450	550	Ghana	199	778
Ghana	388	409	Tunisia	528	660
Pakistan	139	295	Romania	480	629
India	47	187	Cina	270	533
Nigeria	66	177	Nigeria	288	523
Turchia	110	173	Ucraina	44	434
Romania	89	171	Moldavia	49	394
Cina	101	164	Pakistan	77	328
Altri paesi	596	981	Altri paesi	1.853	2.700
Totale	3.413	5.047	Totale	5.791	9.990

Fig. 2.9 - Principali Paesi dei dimessi stranieri per 100 abitanti della stessa cittadinanza nel biennio 2006/07



Permane anche per le donne, in termini di tasso di ospedalizzazione ogni 100 residenti, l'evidenza sui nigeriani, cui si aggiungono ghanesi e pakistani, che si collocano su livelli fortemente superiori alla media degli stranieri.

Sotto l'aspetto delle comunità che usufruiscono dei servizi ospedalieri, le tre classi di età considerate vedono nelle prime posizioni gli stessi Paesi: il Marocco in prima posizione, seguito da Albania e Tunisia (Tab. 7.4). Segue il Ghana che, per i ragazzi fino a 14 anni, viene superato dalla Nigeria.

Tab. 2.4 - Paesi di cittadinanza dei dimessi stranieri per sesso ed età nei bienni 2000/01 e 2006/07

Paese	0 anni						1-14 anni						
	00/01			06/07			00/01			06/07			
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	
Marocco	130	82	212	119	121	240	Marocco	130	82	212	119	121	240
Tunisia	38	48	86	75	32	107	Tunisia	38	48	86	75	32	107
Albania	15	12	27	58	38	96	Albania	15	12	27	58	38	96
Ghana	35	40	75	47	40	87	Ghana	35	40	75	47	40	87
Cina	20	19	39	42	36	78	Cina	20	19	39	42	36	78
Nigeria	36	15	51	29	32	61	Nigeria	36	15	51	29	32	61
Romania	4	3	7	23	24	47	Romania	4	3	7	23	24	47
Pakistan	27	41	68	23	18	41	Pakistan	27	41	68	23	18	41
India	7	5	12	22	12	34	India	7	5	12	22	12	34
Turchia	10	3	13	12	13	25	Turchia	10	3	13	12	13	25
Altri paesi	43	25	68	67	66	133	Altri paesi	43	25	68	67	66	133
Totale	365	293	658	517	432	949	Totale	365	293	658	517	432	949

15-44 anni

Paese	00/01			06/07		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Marocco	130	82	212	119	121	240
Tunisia	38	48	86	75	32	107
Albania	15	12	27	58	38	96
Ghana	35	40	75	47	40	87
Cina	20	19	39	42	36	78
Nigeria	36	15	51	29	32	61
Romania	4	3	7	23	24	47
Pakistan	27	41	68	23	18	41
India	7	5	12	22	12	34
Turchia	10	3	13	12	13	25
Altri paesi	43	25	68	67	66	133
Totale	365	293	658	517	432	949

Romania e Cina costituiscono invece una quota importante tra i giovani adulti oltre i 14 anni e tra i nuovi nati, ma non nella classe dei ragazzi tra 5 e 14 anni, dove si collocano oltre la nona posizione. Nelle età più mature appaiono infine, numerosità consistenti di moldavi, ucraini e polacchi (questi ultimi, soprattutto tra gli ultra 45enni).

2.3 Le cause di ricovero

Dalle osservazioni finora compiute, per effettuare un approfondimento sulle **cause che conducono a ricorrere alle prestazioni ospedaliere**, è necessario tenere conto delle differenze socio-demografiche che caratterizzano stranieri ed italiani.

Questa sezione presenta la principale modifica rispetto alla precedente edizione. Le cause venivano infatti codificate rispetto ai DRG ¹⁶, che raggruppavano le prestazioni ospedaliere rispetto ad un criterio amministrativo.

¹⁶ Il criterio DRG (*Diagnosis Related Groups*) è una modalità di classificazione assegnata al ricovero ospedaliero in fase di dimissione. I codici DRG vengono raggruppati in MDC, che forniscono ai DRG una struttura significativa e clinicamente coerente, secondo criteri anatomici e di specialità clinica simili a quelli che caratterizzano i settori della classificazione internazionale ICD-9.

Nella presente analisi si utilizzerà, invece, una classificazione che fornisce un dettaglio maggiormente orientato alle evidenze epidemiologiche. I ricoveri sono stati ripartiti secondo la **classificazione delle malattie ICD9cm**¹⁷, che individua le diagnosi – non più la prestazione – che hanno condotto al ricovero.

Per un'analisi meno influenzata dalla ridotta presenza di anziani negli stranieri, si procede al confronto tra i **ricoverati fino ai 64 anni di età**. Si deve inoltre tener presente che il 55% delle ricoverate accede alle prestazioni ospedaliere per cause legate a gravidanza, parto e puerperio, contro il solo 28% complessivo. L'eccesso di ricoveri per tale motivazione ne richiede un trattamento separato rispetto alle altre cause.

La causa di ricovero più frequente per i maschi è legata a **traumatismi ed avvelenamenti** (18%, Tab. 2.5). Nonostante le SDO 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, ciò a causa dell'esposizione ad attività lavorative pericolose e scarsamente tutelate¹⁸.

Tab. 2.5 - Dimessi stranieri e totali fino a 64 anni di sesso maschile per causa di ricovero nel biennio 2006/07

Macrotipologia ICD9cm	Dimessi		Dim. stranieri		per 100 dimessi
	v.a.	%	v.a.	%	
001-139 Mal. infettive e parassitarie	1.445	2,5	352	7,3	24,4
140-239 Tumori	4.805	8,5	164	3,4	3,4
240-279 Mal. endocr. nutriz. metab. e immunitarie	1.237	2,2	90	1,9	7,3
280-289 Mal. del sangue e organi emopoietici	518	0,9	111	2,3	21,4
290-319 Disturbi psichici	2.331	4,1	147	3,0	6,3
320-389 Mal. sistema nervoso e organi di senso	2.962	5,2	266	5,5	9,0
390-459 Mal. sistema circolatorio	7.129	12,5	301	6,2	4,2
460-519 Mal. apparato respiratorio	4.520	8,0	531	10,9	11,7
520-579 Mal. apparato digerente	7.047	12,4	555	11,4	7,9
580-629 Mal. sistema genitourinario	4.014	7,1	442	9,1	11,0
680-709 Mal. della cute e del tessuto sottocutaneo	1.107	1,9	94	1,9	8,5
710-739 Mal. sist. osteomuscolare e tessuto conn.	6.081	10,7	329	6,8	5,4
740-759 Malformazioni congenite	1.179	2,1	128	2,6	10,9
780-799 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.896	3,3	190	3,9	10,0
800-999 Traumatismi e avvelenamenti	6.596	11,6	880	18,1	13,3
Codici V e altri	3.977	7,0	272	5,6	6,8
Totale	56.844	100	4.852	100	8,5

Ai traumatismi seguono per numerosità le malattie dell'**apparato digerente** e dell'**apparato respiratorio** (11% ciascuna), e del **sistema genitourinario** (9%). Questi quattro gruppi sono oggetto di quasi la metà delle dimissioni, al contrario di quanto si riscontra nell'intera popolazione maschile, dove si fermano al 40%.

¹⁷ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema, inizialmente sviluppato nell'ambito della mortalità, per individuare le cause di morte. Essa è successivamente stata estesa alla classificazione delle diagnosi, ed il sistema ICD9cm ne rappresenta un aggiornamento. Il sistema ICD9cm è finalizzato a tradurre in codici i termini medici in cui sono espressi: le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche.

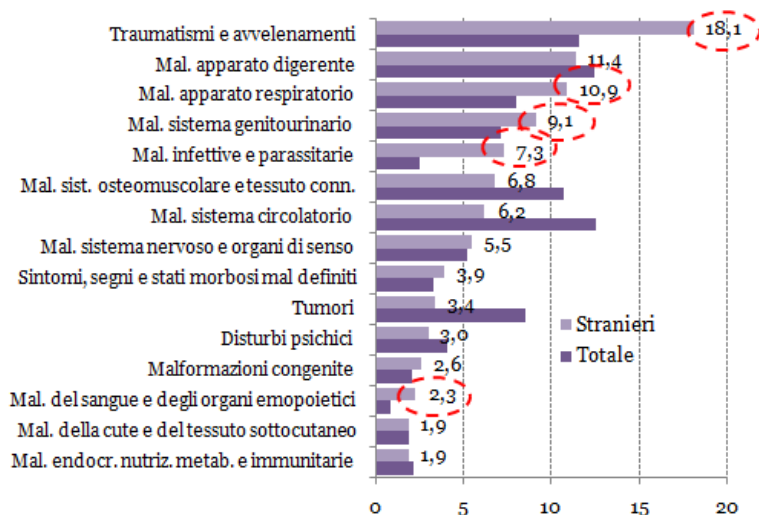
Le sue caratteristiche sono: l'esclusività (tutte le entità devono trovarvi una collocazione, più o meno specifica); la mutua esclusività (ogni entità deve rientrare soltanto in uno dei raggruppamenti finali); la specificità (in ragione della rilevanza delle entità nosologiche per la sanità pubblica).

La struttura della classificazione ICD è determinata da due assi principali: l'eziologia e la sede anatomica. Il primo determina i c.d. capitoli "speciali" (malattie infettive, malattie costituzionali e generali, malattie dello sviluppo, traumi); il criterio anatomico determina i capitoli cosiddetti "locali", ovvero riferiti ad una specifica sede anatomica.

¹⁸ Baglio G. Cacciani L. (2003)

La maggiore presenza di ricoverati in età matura tra gli italiani espande la quota di alcune cause (es. tumori, malattie del sistema osteomuscolare) meno frequenti per gli stranieri. Questi ultimi sono, in generale, più giovani, oltre che esposti a patologie derivanti da condizioni di vita disagiate, e ad occupazioni manuali più pesanti.

Fig. 2.10 - Dimessi stranieri e totali fino a 64 anni di sesso maschile per causa di ricovero nel biennio 2006/07. Valori %



La Fig. 2.10 ci aiuta ad individuare quali siano le malattie, direttamente o indirettamente imputabili alle condizioni di vita. Tra esse emergono le **malattie respiratorie** (10,9% contro una media dell'8%).

Appaiono inoltre quote superiori alla media per le **malattie del sangue** (2,3% contro una media dello 0,9%), quale ad esempio l'anemia. Come spesso descritto in letteratura, essa risulta diffusa tra gli stranieri di origine africana.

Si evidenziano, infine, le dimissioni per **malattie infettive**, spesso già contratte nel Paese di origine, ed aggravate dalle condizioni di vita in Italia (7,3% contro una media dello 2,5%).

Al netto di motivi connessi al parto, per le straniere risultano più frequenti ricoveri per cause legate all'**apparato genitourinario** (15%) ed all'**apparato digerente** (11%).

Come è facile notare, i tumori rappresentano la causa che maggiormente differenzia la graduatoria tra maschi e femmine immigrati. Nonostante la giovane età, le straniere registrano **una dimissione su 10 per tumore**; ciò avviene comunque in misura ancora inferiore alla media, dove tale causa sale ad una quota del 13%.

Tab. 2.6 - Dimessi stranieri e totali fino a 64 anni di sesso femminile per causa di ricovero nel biennio 2006/07¹⁹

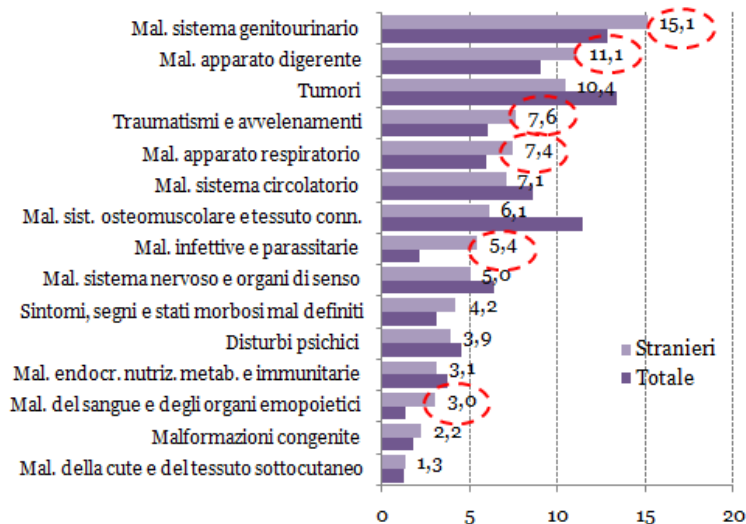
Macrotipologia ICD9cm	Dimessi		Dim. stranieri		per 100 dimessi
	v.a.	%	v.a.	%	
001-139 Mal. infettive e parassitarie	1.080	2,1	230	5,4	21,3
140-239 Tumori	7.031	13,4	440	10,4	6,3
240-279 Mal. endocr. nutriz. metab. e immunitarie	1.933	3,7	131	3,1	6,8
280-289 Mal. del sangue e organi emopoietici	708	1,3	128	3,0	18,1
290-319 Disturbi psichici	2.371	4,5	163	3,9	6,9
320-389 Mal. sistema nervoso e organi di senso	3.366	6,4	212	5,0	6,3
390-459 Mal. sistema circolatorio	4.508	8,6	299	7,1	6,6
460-519 Mal. apparato respiratorio	3.093	5,9	313	7,4	10,1
520-579 Mal. apparato digerente	4.727	9,0	467	11,1	9,9
580-629 Mal. sistema genitourinario	6.719	12,8	638	15,1	9,5
680-709 Mal. della cute e del tessuto sottocutaneo	636	1,2	56	1,3	8,8
710-739 Mal. sist. osteomuscolare e tessuto conn.	5.994	11,4	259	6,1	4,3
740-759 Malformazioni congenite	964	1,8	92	2,2	9,5
780-799 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1.619	3,1	178	4,2	11,0
800-999 Traumatismi e avvelenamenti	3.175	6,0	321	7,6	10,1
Codici V e altri	4.655	8,9	294	7,0	6,3
Totale	52.579	100	4.221	100	8,0

¹⁹ Sono esclusi i ricoveri per complicazioni legate a gravidanza, parto e puerperio.

Anche per le donne, si confermano quote superiori alla media per cause già individuate per i maschi. Le maggiori disuguaglianze riguardano quindi:

- il disagio sociale, per malattie dell'apparato respiratorio (7,4% vs. 5,9% medio) ed, a differenza dei maschi, dell'apparato digerente (11,1% vs. 9% medio);
- la diffusione di malattie infettive (5,4% vs. 2,1% medio);
- l'occupazione in mansioni più rischiose, causa di traumi (7,6% vs. 6% medio).

Fig. 2.11 - Dimessi stranieri e totali fino a 64 anni di sesso maschile per causa di ricovero nel biennio 2006/07. Valori %



Tali problematiche si differenziano anche per classi di età. A seguire si cercherà di individuare se ci sono, nei principali *target* degli interventi ospedalieri, peculiarità che caratterizzano gli accessi dell'utenza straniera. Essa verrà posta a confronto con i valori registrati per l'intera popolazione.

La valutazione per i bambini nel primo anno di vita viene svolta al netto dei ricoveri per **malattie di origine perinatale**, che comprendono circa la metà delle dimissioni (Tab. 2.7).

Tab. 2.7 - **Dimessi totali e stranieri fino a 1 anno** per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori assoluti e stranieri per 100 dimessi

Causa di ricovero (ICD9cm)	Dimessi	Dimessi stranieri	Stranieri per 100 dim.
001-139 Mal. infettive e parassitarie	230	68	29,6
240-279 Mal. endocr. nutriz. metab. e immunitarie	53	8	15,1
320-389 Mal. sistema nervoso e organi di senso	112	28	25,0
460-519 Mal. apparato respiratorio	372	90	24,2
520-579 Mal. apparato digerente	121	19	15,7
580-629 Mal. sistema genitourinario	120	34	28,3
740-759 Malformazioni congenite	352	57	16,2
760-779 Condizioni morbose di origine perinatale	1.877	492	26,2
780-799 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	153	33	21,6
800-999 Traumatismi e avvelenamenti	81	29	35,8
999 Altre cause di ricovero	415	107	25,8
Totale	3.886	965	24,8

Le principali caratteristiche che differenziano i bambini stranieri da quelli autoctoni riguardano una maggiore presenza di **malattie infettive** (14%) e di **eventi di origine traumatica o per avvelenamento** (6%, Fig. 2.12).

E' inoltre interessante sottolineare una **quota decisamente più contenuta di dimissioni legate a malformazioni congenite**, che per gli stranieri rappresentano solo il 12%, contro una media complessiva che sale fino al 17%.

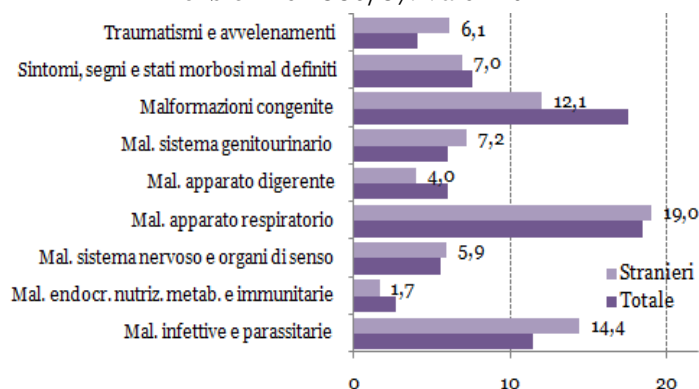
Le patologie all'**apparato respiratorio** (16%), all'**apparato genitourinario** (15%), i **traumatismi** (11%) e **le malattie infettive** (9%) prevalgono nei ragazzi stranieri più grandi (Tab. 2.8 e Fig. 2.13).

Anche per le femmine straniere, l'apparato respiratorio rimane la prima causa di ricovero in giovanissima età (21%), in analogia con le ricoverate della stessa classe di età. Esse si differenziano dai maschi per un numero più contenuto di malattie all'apparato genitourinario, facendo maggiormente risaltare – in termini statistici - i traumatismi (10%) e le malattie del sangue (8%).

Rientrano inoltre tra le patologie più diffuse tra le ragazze, quelle dell'**apparato digerente** (9%), che per i maschi si fermano al 7% (Tab. 2.8 e Fig. 2.14).

Fig. 2.12 - **Dimessi stranieri e totali fino a 1 anno di età**

per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori %



Tab. 2.8 – **Dimessi stranieri e totali tra 1 e 14 anni**
per sesso e causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07.
Valori assoluti e stranieri per 100 dimessi

Causa di ricovero (ICD9cm)	Maschi		Stranieri per 100 dimessi	Femmine		Stranieri per 100 dimessi
	Dimessi	Dimessi stranieri		Dimessi	Dimessi stranieri	
001-139 Mal. infettive e parassitarie	403	104	25,8	304	53	17,4
140-239 Tumori	252	14	5,6	202	17	8,4
240-279 Mal. endocr. nutriz. metab. e immunitarie	324	25	7,7	290	40	13,8
280-289 Mal. del sangue e degli organi emopoietici	177	79	44,6	158	62	39,2
290-319 Disturbi psichici	155	13	8,4	82	6	7,3
320-389 Mal. sistema nervoso e organi di senso	515	63	12,2	449	47	10,5
390-459 Mal. sistema circolatorio	75	9	12,0	51	11	21,6
460-519 Mal. apparato respiratorio	1.339	189	14,1	980	137	14,0
520-579 Mal. apparato digerente	660	89	13,5	506	59	11,7
580-629 Mal. sistema genitourinario	631	177	28,1	134	15	11,2
680-709 Mal. della cute e del tessuto sottocutaneo	109	22	20,2	65	12	18,5
710-739 Mal. sist. osteomuscolare e tessuto conn.	243	31	12,8	253	31	12,3
740-759 Malformazioni congenite	660	75	11,4	300	36	12,0
780-799 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	423	70	16,5	327	52	15,9
800-999 Traumatismi e avvelenamenti	800	126	15,8	389	66	17,0
Codici V e altri	475	84	17,7	252	17	6,7
Totale	7.241	1.170	16,2	4.742	661	13,9

Tra i ricoverati della fascia di età fino ai 14 anni, la presenza straniera si attesta ad una quota superiore al 16% del totale. Tale indicatore può essere paragonato con i corrispondenti valori per singola causa di ricovero: si scopre così che le prevalenze registrate per gli stranieri in generale, sono già riscontrabili in giovanissima età.

Gli stranieri costituiscono infatti il 45% dei destinatari delle dimissioni per **malattie del sangue**, il 26% per **malattie infettive** ed il 28% per quelle del **sistema genitourinario**.

Conclusioni analoghe si traggono poi dal confronto con la distribuzione delle cause rilevate per il complesso della popolazione, dove emergono quote superiori per gli stranieri in corrispondenza delle patologie appena elencate.

Non vi sono peculiarità rilevanti che distinguono le ragazze straniere dai maschi. Anche per esse infatti si riscontrano le tre prevalenze legate a traumatismi, malattie del sangue ed infettive.

Tali patologie **riducono sensibilmente la quota di dimissioni per tumore, malformazioni e malattie del sistema nervoso**, maggiormente diffuse per il complesso della popolazione tra 1 e 14 anni di età.

La classe dei **giovani maschi adulti, tra i 15 ed i 44 anni** caratterizza il proprio accesso ai ricoveri ospedalieri per l'elevata componente derivante da **traumatismi ed avvelenamenti**, che coprono quasi un quarto delle dimissioni (in media, solo il 18%). Seguono le patologie all'**apparato digerente** (13%), in linea con i ricoveri complessivi, e le malattie del **sistema osteomuscolare** (8,7%). Queste ultime sono però meno diffuse della media, nella quale la quota cresce fino al 15% dei ricoveri (Tab. 2.9 e Fig. 2.15).

Fig. 2.13 – **Dimessi maschi stranieri e totali tra 1 e 14 anni di età** per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori %

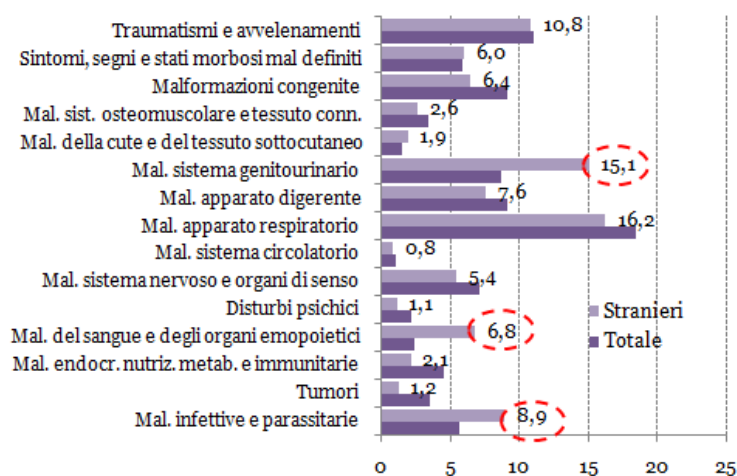
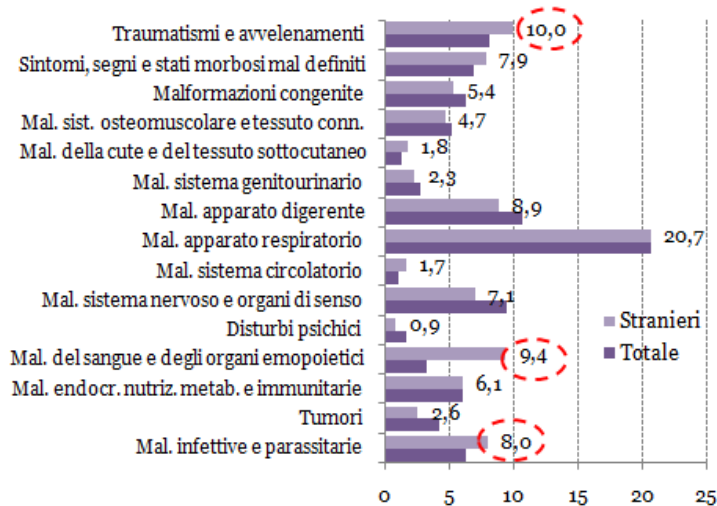


Fig. 2.14 - **Dimessi di sesso femminile stranieri e totali tra 1 e 14 anni di età** per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori %



Tab. 2.9 – **Dimessi stranieri e totali tra 15 e 44 anni**
per sesso e causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07.
Valori assoluti e stranieri per 100 dimessi

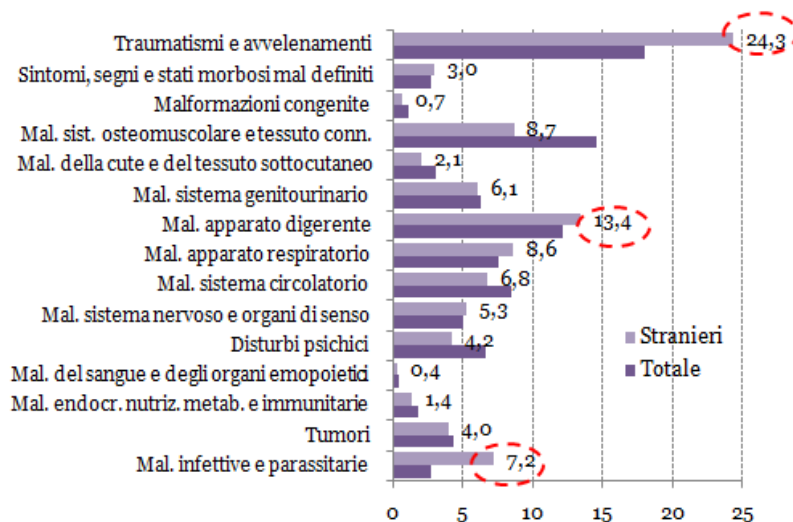
Causa di ricovero (ICD9cm)	Maschi		Stranieri per 100 dimessi	Femmine		Stranieri per 100 dimessi
	Dimessi	Dimessi stranieri		Dimessi	Dimessi stranieri	
001-139 Mal. infettive e parassitarie	561	189	33,7	391	98	25,1
140-239 Tumori	910	105	11,5	2.342	271	11,6
240-279 Mal. endocr. nutriz. metab. e immunitarie	372	37	9,9	831	56	6,7
280-289 Mal. del sangue e degli organi emopoietici	111	11	9,9	296	56	18,9
290-319 Disturbi psichici	1.392	109	7,8	1.268	140	11,0
320-389 Mal. sistema nervoso e organi di senso	1.039	137	13,2	1.271	115	9,0
390-459 Mal. sistema circolatorio	1.747	177	10,1	1.369	155	11,3
460-519 Mal. apparato respiratorio	1.566	225	14,4	1.043	107	10,3
520-579 Mal. apparato digerente	2.511	350	13,9	2.012	305	15,2
580-629 Mal. sistema genitourinario	1.306	159	12,2	3.837	487	12,7
680-709 Mal. della cute e del tessuto sottocutaneo	641	54	8,4	319	29	9,1
710-739 Mal. sist. osteomuscolare e tessuto conn.	3.018	226	7,5	1.878	153	8,1
740-759 Malformazioni congenite	224	19	8,5	381	30	7,9
780-799 Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	552	79	14,3	625	79	12,6
800-999 Traumatismi e avvelenamenti	3.715	635	17,1	1.226	181	14,8
Codici V e altri	960	96	10,0	1.279	132	10,3
Totale	20.625	2.608	12,6	20.368	2.394	11,8

Le femmine differiscono significativamente le proprie cause di ricovero dai maschi per due aspetti (Tab. 2.9 e Fig. 2.16):

- il primo riguarda l'elevata quota di ricoveri per malattie del **sistema genitourinario**, che trovano una giustificazione nelle gravidanze e nei parti sia per la componente straniera (20%) che per la totalità dei casi;
- l'altra causa, che si ritrova al terzo posto per le giovani adulte, è quella legata ai **tumori** a cui è dovuta una quota dell'11% dei ricoveri.

Infine, i ricoveri per problematiche all'**apparato digerente**, al secondo posto per ammontare, sono particolarmente elevate per le straniere (13%) rispetto alla media complessiva del 10%.

Fig. 2.15 – **Dimessi maschi stranieri e totali tra 15 e 44 anni di età** per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori %

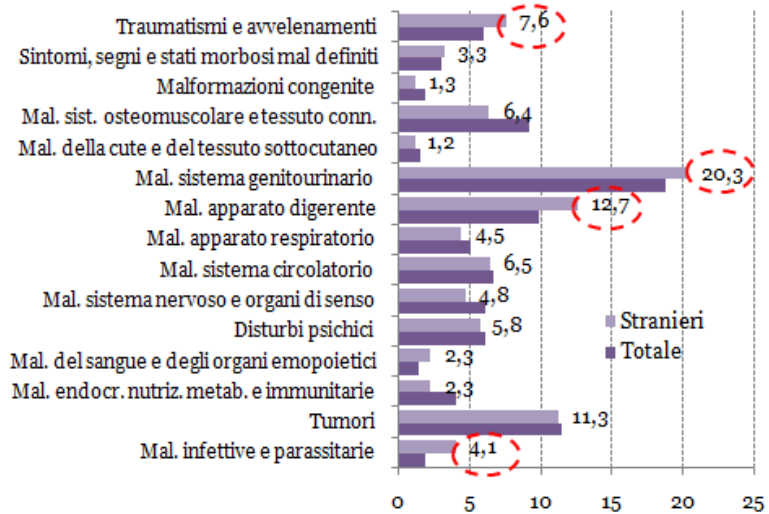


Tali evidenze **trovano riscontro anche nell'indicatore di presenza straniera ogni 100 dimessi**.

I maschi stranieri, che rappresentano il 13% dei dimessi nella fascia di età 15-44 anni, aumentano significativamente in corrispondenza di alcuni gruppi di patologie: malattie infettive (33%), traumatismi (17%) ed apparato digerente (14%).

Fig. 2.16 - **Dimessi di sesso femminile stranieri e totali tra 15 e 44 anni di età per causa di ricovero (ICD9cm) nel biennio 2006/07. Valori %**

Anche le patologie delle pazienti straniere riprendono quelle già evidenziate in fase descrittiva, con un'incidenza superiore a quella media (12%) nel caso di malattie dell'apparato genitourinario (25%), digerente (15%), malattie del sangue (19%) e traumatismi (15%).



Si noti che, a fronte di una scarsa presenza straniera tra le dimissioni per **disturbi psichici**, l'unica eccezione è costituita dalle donne oltre i 15 anni, che invece allineano i propri indicatori con quelli dell'intera popolazione. Esse registrano infatti una quota di ricoverate per tali patologie pari al 6%, con un'incidenza sul totale delle dimesse straniere pari all'11%.

Le straniere dimesse per cause legate a **complicanze in gravidanza, parto e puerperio** sono state in precedenza eliminate dall'analisi in quanto le donne immigrate evidenziano una maggiore fecondità, e di conseguenza un maggior numero di ricoveri associati a questa causa. Tali ricoveri costituiscono infatti quasi il 45% per le straniere, mentre per le donne in generale rappresentano il solo 28% (Tab. 2.10).

Le **5.518 straniere** rappresentano inoltre il **27% delle dimesse per parto**.

Tab. 2.10 - **Dimessi di sesso femminile stranieri e totali tra 15 e 44 anni per gravidanza, parto e puerperio nel biennio 2006/07**

Causa di ricovero (ICD9cm)	Dimessi		Dim. straniere		per 100 dimessi
	v.a.	%	v.a.	%	
630-677 Complic. gravidanza, parto e puerperio	20.632	27,8	5.518	55,3	26,7
999 Altre cause di ricovero	53.463	72,2	4.452	44,7	8,3
Totale	74.095	100	9.970	100	13,5

Un ulteriore livello di dettaglio, per singolo codice di diagnosi ICD9cm, risulta particolarmente utile per rilevare - per la prima volta nella presente analisi - un aspetto più volte sottolineato in letteratura sul percorso nascita delle donne straniere.

Le quote di parti normali per le straniere risultano infatti circa un terzo (32,5%), in linea con quelli complessivi, mentre le dimissioni per complicazioni incorse nel travaglio risultano lievemente inferiori alla media (19% vs. 22% medio).

La principale differenza tra italiane e straniere riguarda invece la presenza di un **ammontare rilevante di dimissioni per gravidanza con esito abortivo** (1.293, pari al 23% delle ricoverate straniere per parto), indicatore da confrontarsi con quello registrato per l'intera popolazione (18%).

Tab. 2.11 - **Dimessi di sesso femminile stranieri e totali tra 15 e 44 anni**
per gravidanza, parto e puerperio
per singola causa ICD9cm nel biennio 2006/07. Valori assoluti, % e stranieri per 100 dimessi

Singola causa di ricovero (ICD9cm)	Dimessi		Dimessi stranieri		Stranieri per 100 dimessi
	v.a.	%	v.a.	%	
Parto normale e altre condizioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto	6.950	33,7	1.791	32,5	25,8
Altre gravidanze con esito abortivo	3.740	18,1	1.293	23,4	34,6
Complicazioni che avvengono principalmente nel corso del travaglio e del parto	4.485	21,7	1.070	19,4	23,9
Complicazioni principali correlate alla gravidanza	3.644	17,7	977	17,7	26,8
Gravidanza e mola vescicolare	1.667	8,1	351	6,4	21,1
Complicazioni del puerperio	146	0,7	36	0,7	24,7
Totale	20.632	100	5.518	100	26,7

2.4 Ulteriori approfondimenti sulle cause di ricovero

Un ulteriore dettaglio sulle cause che conducono gli stranieri al ricovero ospedaliero si ricava dai singoli codici delle diagnosi classificati secondo la codifica ICD9cm, come già effettuato in precedenza per i codici che appartengono alla macrocategoria dei parti. Tale approfondimento ci permette di individuare con maggiore precisione alcune evidenze quali malattie del sangue tipiche di alcune etnie africane, in particolare anemie, le malattie respiratorie derivanti da attività lavorative maggiormente usuranti e pericolose, oppure le malattie infettive – tra le quali la TB – che sono in rapida espansione tra la popolazione immigrata.

Dimessi nelle classi di età tra 1 e 14 anni di età

Per le straniere fino a 14 anni, l'evidenza maggiore riguarda la presenza, al secondo posto in graduatoria, dei ricoveri per **anemia** (10% del totale), patologia che in media rappresenta solo la 17a causa di ricovero in tale fascia di età (Tab. 2.12). E' interessante notare come, per il complesso della popolazione, la seconda posizione sia invece assegnata ai disturbi del sistema nervoso centrale non ben identificati. In termini di incidenza, le straniere costituiscono ben oltre i tre quarti (67%) delle ricoverate per tale causa.

Tab. 2.12 - Dimessi totali e stranieri di sesso femminile in età tra 1 e 14 anni
per tipologie ICD9cm nel biennio 2006/07.
Valori assoluti, % e posizione in graduatoria

Codice diagnosi ICD9cm	Dimessi			Dimessi stranieri		
	Posizione graduatoria	v.a.	%	Posizione graduatoria	v.a.	%
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	1	639	15,3	1	76	12,8
Anemie	14	89	2,1	2	60	10,1
Disturbi di altre ghiandole endocrine	5	189	4,5	3	26	4,4
Malattie infettive intestinali	4	202	4,9	4	25	4,2
Appendicite	3	219	5,3	5	23	3,9
Fratture	6	171	4,1	6	23	3,9
Altri disturbi del S.N.C. *	2	222	5,3	7	21	3,5
Malattie polmonari croniche ostruttive	16	81	1,9	8	20	3,4
Osteopatie, condropatie, deformità acquisite	13	91	2,2	9	18	3,0
Polmonite e influenza	8	118	2,8	10	17	2,9
Infezioni acute delle vie respiratorie	17	79	1,9	11	16	2,7
Altre malattie dell'apparato digerente	11	105	2,5	12	15	2,5
Altre cause di ricovero		1.958	47,0		252	42,6
Totale		4.163	100		592	100

* Sistema nervoso centrale

Altre patologie emergono come causa di ricovero in particolare per gli stranieri: è il caso delle **malattie polmonari croniche ostruttive** (3,4% stranieri; 1,9% media) e delle **osteopatie, condropatie e deformità acquisite del sistema muscolo scheletrico** (3% stranieri; 2,2% media). Per entrambe, gli stranieri costituiscono oltre un quinto (rispettivamente il 25% ed il 20%) dei ricoverati per tali cause.

Per quanto riguarda il sistema respiratorio, vi è una differenziazione tra le diagnosi più importanti. Le straniere evidenziano una quota inferiore della media rispetto alle diagnosi per malattie delle vie respiratorie superiori, ma ben superiore per quelle delle **infezioni acute** (2,7% stranieri; 1,9% media). L'incidenza degli stranieri sui ricoverati per infezioni è quindi superiore al 20% del totale.

Per i ragazzi stranieri invece, la graduatoria vede in prima posizione, la diagnosi per **patologie legate agli organi genitali** (14,6% del totale dimessi), una quota doppia rispetto alla media complessiva, dove occupano la seconda posizione (Tab. 2.13).

Tab. 2.13 - Dimessi totali e stranieri di sesso maschile in età tra 1 e 14 anni per tipologie ICD9cm nel biennio 2006/07. Valori assoluti, % e posizione in graduatoria

Codice diagnosi ICD9cm	Dimessi			Dimessi stranieri		
	Posizione graduatoria	v.a.	%	Posizione graduatoria	v.a.	%
Patologie degli organi genitali maschili	2	450	7,1	1	148	14,6
Altre malattie delle vie respiratorie superiori	1	895	14,1	2	84	8,3
Anemie	20	94	1,5	3	63	6,2
Fratture	3	384	6,0	4	55	5,4
Malattie infettive intestinali	4	247	3,9	5	44	4,3
Altri disturbi del S.N.C. *	6	232	3,6	6	34	3,3
Tubercolosi	47	29	0,5	7	29	2,9
Altre malattie del sistema respiratorio	25	77	1,2	8	28	2,8
Malattie polmonari croniche ostruttive	19	103	1,6	9	27	2,7
Infezioni acute delle vie respiratorie	15	128	2,0	10	26	2,6
Anomalie congenite dell'apparato genito-urinario	7	225	3,5	11	25	2,5
Ernie della cavità addominale	10	166	2,6	12	25	2,5
Altre cause di ricovero		3.332	52,4		429	42,2
Totale		6.362	100		1.017	100

* Sistema nervoso centrale

Si ritrovano anche per i maschi alcune evidenze già sottolineate per le femmine, per **malattie del sistema respiratorio (36% del totale), malattie polmonari croniche ostruttive (26%) ed infezioni acute delle vie respiratorie (20%)**. Questa maggior incidenza delle diagnosi per malattie del sistema respiratorio si riscontra anche in termini di composizione % dei ricoverati, dove gli stranieri costituiscono sistematicamente quote superiori rispetto alla distribuzione complessiva.

Dimessi nelle classi di età tra 15 e 44 anni di età

Per le straniere, non si evidenziano particolari differenze tra le cause di ricovero, escluse quelle legate a gravidanza e parto. La graduatoria delle principali cause di ricovero per le donne immigrate non si discosta da quella della popolazione complessiva, e vedono **entrambe al primo posto le malattie dell'apparato genitale** (più del 14% del totale, Tab. 2.14). Ad esse si aggiunge però, per le straniere, una quota superiore di dimissioni per malattie infiammatorie degli organi pelvici femminili (2,7%).