



RAPPORTI ISTISAN 14|23

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Pt. 1

**Misurare in sanità pubblica:
registri e sorveglianza.**

ASPETTI GENERALI

A cura di G. Costa, C. Cislaghi e S. Salmaso



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

EQUITY AUDIT IN REGISTRI E SORVEGLIANZE: POPOLAZIONE IMMIGRATA

Teresa Spadea, Luisa Mondo, Raffaella Rusciani

*Struttura Complessa a Direzione Universitaria Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL TO3
Grugliasco (TO)*

Rilevanza dei problemi di salute degli immigrati stranieri

La relazione tra migrazione e salute è molto complessa, poiché risulta condizionata dall'interazione di diverse classi di determinanti della salute: quelli correlati alle caratteristiche socioeconomiche dell'ambiente di vita e di lavoro (determinanti distali), quelli più direttamente legati all'individuo e ai suoi stili di vita (fattori di rischio comportamentali) e tutti i fattori che costituiscono la storia migratoria individuale: il Paese di origine e quello di arrivo, le motivazioni della migrazione, l'età all'arrivo e la durata della permanenza nel Paese ospite. In generale, si possono distinguere tre diverse tipologie di problemi sanitari che colpiscono gli immigrati: i problemi di importazione, legati ad esposizioni endemiche nel Paese di provenienza o a caratteristiche genetiche (es. la tubercolosi, alcuni tumori di origine infettiva o l'anemia mediterranea); i problemi di sradicamento, che si manifestano nel breve periodo soprattutto tra chi è stato costretto alla migrazione, come nel caso di guerre o persecuzioni, e coinvolgono in particolare la sfera psichica e mentale (1); e infine, più a lungo termine e con un peso maggiore, i problemi legati ai fenomeni dell'acculturazione da un lato e dell'emarginazione sociale dall'altro.

Il processo di acculturazione si manifesta come progressivo adattamento degli stili di vita degli immigrati a quelli della popolazione residente nel Paese di arrivo. Alcuni studi dimostrano che tale processo ha soprattutto effetti negativi sui comportamenti a rischio per la salute (fumo, tossicodipendenza, alimentazione scorretta), dei quali generalmente aumenta la prevalenza, mentre ha effetti positivi rispetto alla conoscenza e all'accesso ai servizi sanitari di assistenza primaria e diagnosi precoce (2). Ciò che emerge è anche che l'adattamento ai comportamenti insalubri, pur essendo un fenomeno ricorrente, avviene con velocità variabile in funzione delle principali caratteristiche della storia migratoria (in particolare l'età all'arrivo: l'adattamento è più veloce tra i più giovani), della cultura di origine e del livello di istruzione individuale e degli esiti di salute in studio (3, 4). Al processo di acculturazione si affianca il fenomeno di cumolazione degli svantaggi negli ambienti di vita e di lavoro: gli immigrati tendono quindi a sperimentare tutte le forme di rischio per la salute comuni alle fasce socio-economicamente più svantaggiate della popolazione ospite (precarietà abitativa e sovraffollamento, scarsa sicurezza sul lavoro, alimentazione carente, disagio psicologico, difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari). Diversi studi rilevano, infatti, che gran parte delle disuguaglianze di salute degli stranieri immigrati risulta spiegata dalle loro condizioni socioeconomiche (5, 6).

In generale, dunque, i problemi di salute degli immigrati non sono esclusivamente associati al fenomeno della migrazione: le malattie di importazione possono colpire anche i viaggiatori; i problemi di sradicamento si possono manifestare in tutti gli eventi di vita tragici, come la perdita di un familiare stretto o del lavoro; i problemi dell'emarginazione sociale sono condivisi con le classi più sfavorite dell'intera popolazione. Ciò che invece caratterizza fortemente la

situazione degli immigrati, e in particolare di quelli provenienti da Paesi in via di sviluppo e/o senza regolare permesso di soggiorno, sono i frequenti fenomeni di discriminazione razziale, delle barriere linguistiche e culturali e dei vincoli giuridici, che aggravano l'effetto sulla salute degli altri processi in atto (5, 7).

Il profilo epidemiologico degli immigrati, infine, deve tener conto anche di due importanti meccanismi di selezione: l'"effetto migrante sano" e l'"effetto salmone" (8-10). Il primo si verifica in quanto coloro che emigrano volontariamente per un progetto di lavoro o di studio scelgono di farlo anche in considerazione del loro stato di salute e pertanto risultano mediamente più sani dei loro coetanei che non emigrano e dei coetanei residenti nei Paesi di arrivo (questo fenomeno non accade per la migrazione forzata né per i ricongiungimenti familiari, poiché in questi casi la decisione di partire è indipendente dallo stato di salute del soggetto). Con il passare del tempo dalla migrazione, tuttavia, come già accennato, gli immigrati tendono a perdere il vantaggio dell'"effetto migrante sano", sia per il meccanismo di acculturazione e del conseguente aumento dei comportamenti a rischio, sia per la deriva delle disuguaglianze sociali di salute e quindi della continua esposizione ai fattori di rischio propri della povertà, fino a giungere a quello che viene definito "effetto migrante esausto" (11). L'"effetto salmone" va in senso opposto rispetto a quello del "migrante sano": spesso, infatti, un emigrato in cattivo stato di salute ("esausto") decide di tornare nel suo Paese di origine per ragioni affettive o perché, nonostante la maggiore disponibilità di servizi sanitari, non trova nel Paese ospite il supporto familiare e sociale necessario a gestire la sua malattia. Peraltro, tali fenomeni sono già noti in Italia, soprattutto grazie allo studio della salute dei flussi migratori interni. Ad esempio, uno studio recente riporta che la mortalità degli immigrati a Torino nel dopoguerra dal resto d'Italia, nei primi vent'anni dalla migrazione, era molto inferiore a quella dei torinesi negli immigrati in età lavorativa, mentre era simile a quello dei nativi tra i più anziani, più probabilmente emigrati per ricongiungimento; dopo quarant'anni dalla migrazione, il vantaggio si annullava tra coloro che erano immigrati da giovani e diventava eccesso di rischio tra gli immigrati anziani: i risultati confermavano quindi che il tempo logora la protezione dell'effetto migrante sano in misura variabile a seconda della natura dei progetti migratori (12).

Un altro fenomeno collegato al tempo è, ovviamente, l'invecchiamento delle coorti di migranti, che anch'esso influisce sul profilo di salute di questa popolazione. Ciò implica che nella prima fase di emigrazione, ci si aspetta un quadro caratterizzato da eventuali malattie di importazione (che tuttavia hanno un peso ridotto sul carico complessivo di malattia (13) e soprattutto dai problemi di salute dei giovani adulti, legati principalmente all'area materno-infantile per le donne e a quella traumatologica per gli uomini; con l'invecchiamento fanno l'esordio tutti i problemi di morbosità cronica correlati al disagio sociale e ampiamente documentati in letteratura (14). In Italia le popolazioni con storie migratorie più anziane come quelle dal Nord Africa potrebbero quindi già affacciarsi ai problemi della cronicità, mentre le coorti più recenti dai Paesi slavi dovrebbero ancora indugiare sulla prima categoria di problemi.

Gli studi epidemiologici più recenti tentano di venire a capo di queste complesse interazioni tra meccanismi, analizzando congiuntamente le diverse variabili che rappresentano la storia migratoria di un individuo e le sue condizioni socioeconomiche (3, 6, 15). Questi meccanismi si integrano tra loro in modo sinergico od antagonista col passare del tempo e nelle diverse minoranze etniche, creando un profilo medio che è difficile da interpretare se non si stratifica per composizione etnica, per età all'arrivo e per tempo dalla migrazione. In Italia non sono ancora disponibili dati che consentano approfondimenti di questo genere. L'analisi dei principali flussi informativi correnti ci permette almeno grossolanamente di identificare i problemi di salute più rilevanti (come sarà approfondito nel paragrafo Sistemi informativi sanitari), ma sarebbe necessario poterli mettere in luce in maniera dettagliata e individuare i

sottogruppi maggiormente a rischio, allo scopo di programmare più efficacemente le necessarie azioni di prevenzione e assistenza.

Risposta delle politiche

Dal punto di vista delle implicazioni politiche generali, il quadro dei meccanismi appena esposto suggerisce che la salute degli immigrati dipende essenzialmente da fattori esterni al sistema sanitario, prevalentemente di responsabilità delle politiche di integrazione nei settori del lavoro, della scuola e della casa. Sono invece di responsabilità diretta delle politiche sanitarie e dell'organizzazione del sistema sanitario gli interventi volti a garantire la sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro e l'accesso tempestivo alla prevenzione e alle cure efficaci. Una recente rassegna della letteratura (16) ha evidenziato un vasto numero di potenziali barriere all'utilizzo dei servizi sanitari da parte delle popolazioni immigrate, classificandoli in tre grandi gruppi: i fattori individuali, quali la cultura e le credenze d'origine, il livello d'istruzione, lo stato socioeconomico e il sostegno sociale e familiare; le barriere a livello di *provider*, ovvero le caratteristiche logistiche e organizzative della specifica struttura sanitaria a cui l'immigrato dovrebbe rivolgersi; e infine, le barriere a livello di sistema, correlate all'organizzazione e alle modalità dell'intera offerta sanitaria nel Paese ospite. Anche il Parlamento europeo (nelle risoluzioni 2010/2089 dell'8 marzo 2011 e 2010/2276 del 9 marzo 2011) sottolinea come gli immigrati debbano essere inclusi tra i gruppi a rischio di disuguaglianze sanitarie e invita gli stati membri a mettere in atto interventi volti a ridurre al minimo il rischio di disparità nell'accesso alle cure, indipendentemente dal fatto che si tratti di persone regolarmente presenti o meno.

Una recente indagine europea (17), rivela che l'Italia è uno dei Paesi in cui la legislazione prevede l'accesso all'assistenza anche agli stranieri non in regola con i permessi di soggiorno, a fronte di una compartecipazione alla spesa (ticket) uguale a quella dei cittadini italiani; tutte le persone presenti sul territorio italiano hanno infatti diritto alle “cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti¹⁴ o comunque essenziali¹⁵, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”, con specifico riguardo alla tutela della gravidanza e della maternità, alla salute del minore, alle vaccinazioni, alla profilassi internazionale e alla profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive (Legge 40/1998, art. 33). In particolare, è previsto che gli extra-comunitari senza regolare permesso di soggiorno possano far richiesta di uno specifico codice sanitario (codice STP, Straniero Temporaneamente Presente), che non comporta segnalazione alle autorità giudiziarie e sostituisce l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre i cittadini comunitari non iscrivibili all'SSN, poiché privi dei requisiti necessari di residenza e reddito, e presenti in maniera continuativa da almeno 3 mesi sul territorio, sono invece assistibili tramite il codice ENI (Europeo Non Iscrivibile). Tuttavia, in alcune regioni italiane non è ancora stato istituito tale codice, e in generale l'attuazione della normativa vigente risente di una forte variabilità territoriale. Recentemente la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il documento “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane” (18), allo scopo di uniformare le modalità di offerta di assistenza.

¹⁴ che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona

¹⁵ prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita quali complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti

Poiché le prestazioni rivolte a STP ed ENI, come già detto, sono erogate a parità di condizioni con il cittadino italiano con una quota di partecipazione alla spesa (tranne per prestazioni sanitarie di primo livello, urgenze, gravidanza, esenzioni per patologie, ecc.), alcuni immigrati in condizioni di serie difficoltà economiche rinunciano all'assistenza o si rivolgono a reti di assistenza parallela, presso il qualificato terzo settore, ma anche, con esiti più incerti e talvolta pericolosi, presso la propria comunità. Per ovviare a ciò, qualora il cittadino in possesso del codice STP non avesse risorse sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione, il codice di esenzione X01 che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata e va quindi emesso di volta in volta in base alle necessità del paziente¹⁶. Inoltre, anche se vi è il divieto di segnalazione della condizione di irregolarità del paziente alle autorità di pubblica sicurezza (salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, come per i cittadini italiani), da un'indagine condotta in vari Paesi europei tra cui l'Italia, emerge che molti immigrati (circa 1/3 degli intervistati) riferiscono di avere comunque timore di denuncia e di rinunciare spesso alla richiesta di assistenza (19).

Ruolo dei sistemi informativi nel governo dei problemi di salute degli immigrati stranieri

Dal punto di vista delle politiche di programmazione che possono essere guidate dai sistemi informativi, una prima importante informazione è legata all'individuazione delle migliori modalità organizzative per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a STP ed ENI. Infatti, poiché le regioni hanno facoltà di individuare le modalità che ritengono più opportune per garantire le cure essenziali e continuative, si registrano alcune differenze sul territorio nazionale: iscrizione anche dei soggetti non regolarmente presenti all'SSN, assistenza a STP ed ENI presso i Centri ISI (Informazione Salute Immigrati), assistenza a STP ed ENI tramite DEA e collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali difformità possono, a loro volta, determinare differenti profili di accesso (maggior numero di ricoveri in urgenza o maggior numero di passaggi in DEA con codice bianco): l'analisi potrebbe mettere in luce quali sono le modalità assistenziali più efficaci e da proporre a tutte le regioni come modello efficace. Allo stesso modo, anche per gli immigrati regolarmente residenti, l'analisi dettagliata e puntuale di alcuni dati quali, ad esempio, quelli relativi al ricorso all'IVG o ai principali indicatori di esito neonatale, può essere un utile strumento per pianificare in maniera dedicata l'assistenza per la contraccezione e per il percorso nascita nei consultori familiari o presso i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale. Analogamente, una mappatura degli infortuni può indirizzare verso zone nelle quali è necessario intensificare i controlli nei luoghi di lavoro, specie laddove vi siano fondati sospetti di mancata o carente applicazione della legge relativa alla protezione e sicurezza in ambienti di lavoro.

Dal punto di vista operativo si rende necessario adattare alcuni flussi informativi alle nuove esigenze di una popolazione per sua natura molto varia. Un esempio tra tutti è la necessità di poter tenere traccia delle prestazioni erogate agli STP/ENI nel momento in cui, per varie ragioni (regolarizzazione, detenzione, ingresso in un programma per le vittime di tratta), vengano iscritti all'SSN tramite un codice fiscale e non più il loro codice STP/ENI; o viceversa, se un immigrato regolare perde il titolo di soggiorno e diventa non regolarmente presente (e quindi le prestazioni effettuate diventano rilevabili tramite codice STP/ENI anziché tramite il codice fiscale).

16 "Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN", D.M. del 17 marzo 2008.

Dal punto di vista della ricerca, infine, possiamo affermare che solo attraverso l'individuazione puntuale ed estesa a tutto il territorio nazionale di peculiarità di richieste di assistenza da parte degli stranieri immigrati, saremo in grado di arrivare a descrizioni davvero esaustive del bisogno/patrimonio di salute di questa popolazione. In questo caso, le informazioni generalmente disponibili nei sistemi informativi italiani (vedi oltre) potrebbero non essere sufficienti, e sarebbero invece necessarie da un lato l'integrazione dei vari flussi informativi, e dall'altro una maggiore completezza e affidabilità delle variabili necessarie ad identificare la popolazione immigrata e a caratterizzarne la storia migratoria (come verrà ripreso nel paragrafo sugli adeguamenti suggeriti).

Più in generale, è ragionevole attendersi che lo sviluppo dei sistemi informativi vada in parallelo con quello delle politiche: dalla disponibilità di informazioni dipende infatti la forza delle raccomandazioni in merito ad eventuali criticità, e di conseguenza, il disegno e l'implementazione delle buone pratiche per la salute degli immigrati.

Standard di conoscenza raccomandati*

A livello europeo, indagini approfondite sulle capacità di monitoraggio della salute degli stranieri nei diversi Paesi sono state svolte negli anni 2000 nell'ambito di vari progetti, finanziati da istituzioni europee: *Migration and health in the European Union*; *Monitoring the Health Status of Migrants within Europe: Development of Indicators*. *Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO)*; *Promoting Comparative Quantitative Research in the Field of Migration and Integration in Europe* (Prominstat).

Questi lavori hanno rilevato innanzi tutto che non molti Paesi dispongono dell'informazione sullo stato di migrante nei sistemi informativi sanitari, né svolgono indagini sulla salute o sull'utilizzo dei servizi sanitari secondo le caratteristiche della popolazione immigrata. Inoltre, tra i Paesi che rilevano i dati, esiste una forte eterogeneità e ambiguità nella definizione di migrante. Nonostante le raccomandazioni europee sull'opportunità di raccogliere i dati rilevanti per lo studio dei fenomeni migratori e di standardizzarne la metodologia, i diversi Paesi adottano definizioni operative guidate soprattutto da esigenze politiche, amministrative e legislative specifiche di ogni Paese, dalle fonti di dati utilizzate e dalla modalità di rilevazione, con scarsa attenzione alla confrontabilità dei dati a livello europeo. Infine, i grossi problemi di completezza dell'informazione in molti Paesi rendono impossibile un'analisi storica comparativa. Dati comparabili, ma basati su campioni più piccoli, sono disponibili nelle indagini europee (ECHP, EU-SILC, SHARE, ECHS, ecc.).

Il Consiglio d'Europa indica come definizione di "migrazione internazionale", da adottare in occasione dei censimenti, quella di persona che cambia il proprio Paese di residenza abituale; permangono tuttavia difformità sulla definizione operativa di "abituale", in base al tempo e alla continuità della permanenza nel Paese ospite. Inoltre il regolamento europeo obbliga tutti gli Stati membri a fornire le informazioni censuarie sulla cittadinanza e sul Paese di nascita, che solo parzialmente aiutano a quantificare il fenomeno migratorio. Rimane infatti la difficoltà di conoscere la numerosità dei vari sottogruppi di popolazione immigrata nei diversi Paesi: residenti vs. presenti, regolari vs irregolari.

Le informazioni chiave per la definizione dello stato di migrante più spesso utilizzate negli studi epidemiologici sono relative all'origine del soggetto: in primo luogo il Paese di nascita e la cittadinanza, ma anche la nazionalità/etnia, la religione, la lingua e il Paese di nascita dei

* Estratto dal report progetto CCM 2009 coordinato da Agenas "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi sanitari regionali".

genitori; non esistono invece standard di riferimento per la caratterizzazione dell'esperienza migratoria nel suo complesso. I Paesi con maggiore esperienza in questo campo sono i Paesi Bassi, il Regno Unito, la Germania – l'Italia è comunque tra i Paesi con maggiore disponibilità delle informazioni necessarie per definire lo stato di migrante nei sistemi sanitari.

Immigrazione e salute nei sistemi informativi italiani

Le principali fonti di informazioni utili a disegnare a livello nazionale il profilo di salute della popolazione immigrata in Italia e i relativi costi per l'assistenza sono da un lato i sistemi informativi statistici e sanitari correnti e dall'altro alcune indagini campionarie.

Sistemi informativi statistici

Nella maggior parte dei flussi correnti amministrativi o di indagine, sono rilevati sia il Paese di nascita sia la cittadinanza. Generalmente, però, per identificare gli immigrati si preferisce utilizzare la cittadinanza, per diversi motivi. Il primo è legato al fatto che, data la difficoltà ad acquisire la cittadinanza italiana (essendo in vigore lo *ius sanguinis*), gli immigrati mantengono a lungo la cittadinanza del Paese d'origine; inoltre si ritiene che nel momento in cui essi acquisiscono la cittadinanza italiana, si possano considerare sufficientemente integrati e assimilabili ai cittadini italiani. In secondo luogo, l'Italia è stata storicamente un Paese di emigrazione, con molti cittadini italiani nati all'estero e poi rientrati, che, utilizzando il Paese di nascita, sarebbero erroneamente identificati come immigrati. Allo stato attuale, tuttavia, descrivere a livello demografico la popolazione immigrata regolarmente presente/residente per sesso, età e cittadinanza – ovvero fornire i denominatori adeguati alle corrette analisi epidemiologiche – non è possibile: sono infatti disponibili diversi flussi informativi di popolazione, aggregata a livello comunale, a cui però manca sempre una delle informazioni necessarie.

Nello specifico, i flussi messi a disposizione dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) sono i seguenti:

- Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita (STRASA): a questo flusso manca l'informazione sulla cittadinanza, e non può quindi essere usato per analisi più approfondite che consentano la distinzione in sottogruppi (es. quella tra immigrati dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, PFPM, e quelli provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato, PSA);
- Bilancio demografico della popolazione straniera residente (P3) a livello comunale: in questo flusso è disponibile l'informazione sulla cittadinanza, ma manca quella sull'età, indispensabile per qualsiasi analisi di tipo epidemiologico.

Al fine di ovviare alla mancanza negli altri flussi di informazioni complete sulla popolazione immigrata, l'ISTAT mette a disposizione – su richiesta motivata, solo a scopi di ricerca e senza carattere ufficiale – una stima annuale della popolazione residente straniera per sesso, età e cittadinanza per regione. Si tratta di una stima che combina i dati di più fonti (Censimento della popolazione, Iscritti e cancellati per trasferimento di residenza, Iscritti in anagrafe per nascita, Acquisizioni di cittadinanza, Decessi). Trattandosi di stime prodotte con diversa metodologia, differiscono dalle analoghe stime a livello nazionale fornite dall'ISTAT ad Eurostat per gli adempimenti previsti dal regolamento europeo.

In ogni caso, tutti questi flussi forniscono dati relativi alla popolazione immigrata regolarmente residente e non risolvono il problema della quota di stranieri irregolari, non quantificabile attraverso i flussi statistici correnti, ma soltanto attraverso stime di enti quali la fondazione ISMU di Milano (www.ismu.org) o il dossier statistico sull'immigrazione della Caritas (<http://www.dossierimmigrazione.it/>).

Sistemi informativi sanitari

I flussi maggiormente usati a scopi di monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata, sebbene non tutti disponibili in tutte le regioni e con qualità di compilazione variabile, sono:

- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) (fonte: Ministero della Salute);
- Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) (fonte: Ministero della Salute);
- Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) (fonte: ISTAT);
- Aborto Spontaneo (AS) (fonte: ISTAT);
- Schede di morte (fonte: ISTAT).

Tali flussi rilevano le informazioni sugli eventi relativi a tutti i cittadini stranieri presenti sul territorio italiano, indipendentemente dalla loro residenza e stato giuridico. I dati contengono l'informazione sulla cittadinanza che consente di definire lo stato di migrante e quella sulla residenza che permette parzialmente di distinguere due sottogruppi di immigrati con diverso stato giuridico (residente in Italia e non). Occorre infatti ricordare che a seguito dell'attuazione della normativa che garantisce il diritto dei cittadini dell'Unione Europea e dei loro familiari alla libera circolazione e soggiorno nel territorio degli Stati membri, la residenza non individua più – come avveniva precedentemente – solo gli immigrati irregolari. Risulta però che circa l'80% dei ricoveri di cittadini stranieri residenti all'estero sia attribuibile ad extra-comunitari (con codice STP), per i quali – come già sottolineato – non esiste il corrispondente denominatore e sono dunque possibili solo analisi epidemiologiche di tipo proporzionale.

Inoltre, va sottolineato che i dati dei flussi sanitari descrivono solo i casi in cui domanda e offerta si sono incontrate, mentre non possono fornire informazioni utili sui casi di domande di salute insoddisfatte o che hanno trovato risposta in reti di assistenza informali operanti all'interno delle diverse comunità di stranieri.

Come già accennato, un altro problema è legato alla mancata uniformità di applicazione del codice ENI (in sostituzione dell'iscrizione all'SSN) per i cittadini comunitari non residenti o indigenti, che comporta che tali soggetti spesso sfuggano alle rilevazioni dei flussi correnti.

Dal punto di vista della qualità, sicuramente le SDO e i CeDAP mostrano una completezza e affidabilità maggiore rispetto agli altri flussi. Attraverso questi dati è possibile monitorare il profilo di salute degli immigrati: il quadro risultante evidenzia che le cause (e le conseguenti azioni correttive) vanno ricercate nell'accesso tardivo o assente alle cure in ambito materno-infantile (minori controlli in gravidanza ed esiti peggiori alla nascita); nella scarsa sicurezza negli ambienti di lavoro; nel tardivo riconoscimento delle malattie infettive che, pur non essendo numericamente in significativo eccesso, esitano più spesso in ricoveri urgenti e con prognosi peggiore.

Un discorso a sé vale per il flusso delle schede di morte, che costituisce un'importante fonte d'informazione per le diverse caratteristiche che vengono rilevate e per la qualità e omogeneità della rilevazione gestita centralmente dall'ISTAT. Il flusso è però meno utilizzabile dal punto di vista del monitoraggio della salute della popolazione immigrata per diversi motivi, primo tra tutti i tempi di disponibilità dell'informazione, che attualmente sono pari a circa 24 mesi di distanza dalla data di riferimento dei dati. Molte Regioni hanno istituito e gestiscono autonomamente un Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM), che avrebbe il

vantaggio della tempestività, ma risente di una certa variabilità nei criteri di codifica e nella classificazione. Un ulteriore motivo che scoraggia l'uso dei dati di mortalità per gli stranieri è il fatto che si tratta di una popolazione mediamente giovane e soggetta a meccanismi di selezione, in particolare all' "effetto salmone" per il quale le persone più anziane e malate tendono a rimpatriare nei Paesi di origine e sfuggono a questa rilevazione.

Potenzialmente anche gli altri flussi sanitari potrebbero essere utili a fornire un quadro complessivo del profilo di salute degli immigrati e dei costi dell'assistenza, ma non esistono molti esempi di utilizzo in questo senso né si conosce in dettaglio la completezza e la qualità della rilevazione nelle diverse regioni. I dati del sistema informativo dell'emergenza e urgenza potrebbero fornire importanti indicazioni sulla diversa composizione dell'utenza del Pronto Soccorso e sul motivo degli accessi; l'informazione sulla cittadinanza è presente nel flusso e sembra generalmente di buona qualità. Altrettanto interessante sarebbe l'analisi dei dati sull'assistenza specialistica ambulatoriale, tuttavia in essi sono presenti delle differenze tra le codifiche e le denominazioni utilizzate dai nomenclatori tariffari regionali, che rendono difficile l'analisi a livello nazionale e il confronto tra regioni. Anche il flusso della farmaceutica convenzionata è scarsamente utilizzabile a questo scopo, in quanto l'informazione sulla cittadinanza è spesso mancante (ma è presente quella sul Paese di nascita) e il flusso non è uniformato tra le regioni. Infine, il sistema informativo delle malattie infettive contiene l'informazione sulla cittadinanza solo su alcune delle schede di notifica (malattie di classe I e II e schede di notifica di AIDS), mentre nelle altre schede o è presente il Paese di nascita o nessuna delle due variabili; più in generale il flusso permette solo una stima parziale del fenomeno a causa delle attuali criticità (elevato livello di sottonotifica e ritardo di trasmissione tra i diversi livelli).

È inoltre possibile utilizzare il flusso INAIL degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, ma lo stato di migrante in questo caso si basa sul codice fiscale ("Z" + codice Paese nelle ultime quattro posizioni), rilevato con maggior completezza e affidabilità rispetto alla cittadinanza. Sono invece più limitate le informazioni riferite al denominatore degli eventi registrati (ovvero i lavoratori assicurati) e mancano le informazioni anagrafiche necessarie per le analisi (es. l'età), per cui questi dati consentono solo analisi di tipo proporzionale. Il flusso risente inoltre dei problemi di sottonotifica presenti già per i cittadini italiani, e presumibilmente di maggiore entità per i lavoratori stranieri nel capitolo: "Rischi e condizioni di lavoro".

Indagini campionarie

Le indagini campionarie raccolgono una grande quantità di informazioni non altrimenti disponibili (es. sui fattori di rischio e sull'accesso ai servizi sanitari), ma sono limitate alla popolazione regolarmente residente in Italia, oltre ad avere nella maggior parte dei casi una numerosità non sufficiente per le analisi necessarie.

Le principali indagini campionarie sono:

- *Sistema indagini Multiscopo dell'ISTAT: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
È un'indagine condotta periodicamente (mediamente ogni 5 anni), in cui è possibile distinguere lo stato di migrante dalla cittadinanza; nonostante la variabile sia rilevata integralmente, l'ISTAT rilascia i dati con la cittadinanza espressa solo come variabile dicotomica (Italia vs estero), senza possibilità di identificare il Paese di origine (a meno di rendere il dato disponibile su specifica richiesta). Inoltre, la numerosità dei cittadini stranieri intervistati è bassa (3.500 individui nel 2005) e non consente le particolari stratificazioni che sarebbero necessarie per un'analisi approfondita.

– *Sistema indagini Multiscopo dell'ISTAT: Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri*

Per la prima volta nel 2012 è stata svolta un'indagine specificatamente mirata alla valutazione delle condizioni dei cittadini stranieri in Italia, anche con il contributo del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Si tratta di un'intervista telefonica che ha coinvolto un campione di circa 12.000 famiglie residenti, con almeno uno straniero. L'indagine fornisce informazioni approfondite su famiglia, formazione, storia migratoria, storia lavorativa, discriminazione, integrazione, salute, sicurezza. Indagini di questo tipo potrebbero coprire la maggior parte dei bisogni informativi sugli stranieri, ma non è chiaro se l'ISTAT possa replicarla regolarmente, cosa che sarebbe ovviamente auspicabile allo scopo di monitorare il fenomeno in continua trasformazione.

– *Sistema di sorveglianza PASSI delle ASL*

I dati sono raccolti in modo continuo da operatori delle ASL su un campione casuale di cittadini tra i 18 e i 69 anni, iscritti nell'Anagrafe degli assistiti di ciascuna ASL, attraverso un'intervista telefonica. Gli immigrati possono essere identificati in base alla cittadinanza, ma la loro numerosità è molto bassa (3% degli intervistati nel periodo 2008-2011). Inoltre, è probabile che alla rilevazione sfugga la quota di stranieri potenzialmente meno integrata e socio-economicamente più svantaggiata, poiché – oltre al vincolo della residenza e iscrizione all'SSN – gli intervistati devono essere in grado di sostenere un'intervista telefonica in italiano.

– *Studio WHIP-Salute (Work Histories Italian Panel)*

Lo studio WHIP-Salute è un sistema informativo integrato per il monitoraggio della salute dei lavoratori, condotto mediante *linkage* tra flussi correnti di dati provenienti dagli archivi amministrativi dell'INPS, dell'INAIL, del Ministero della Salute e dell'ISTAT (20). Obiettivo dello studio è l'analisi degli esiti di infortunio, malattia professionale, ospedalizzazione e mortalità di un campione di lavoratori italiani iscritti all'INPS, per i quali è ricostruita la storia lavorativa individuale. Tramite questo archivio è possibile studiare gli effetti sulla salute indotti da cambiamenti e trasformazioni in ambito lavorativo per specifiche categorie di lavoratori, tra cui gli stranieri, identificabili dal Paese di nascita. L'elevata frazione di campionamento, pari al 7% della popolazione, permette di eseguire analisi a livello regionale. Come per gli altri studi campionari, non sono rilevati i dati per gli stranieri non muniti di permesso di soggiorno e quindi senza regolare contratto di lavoro e registrazione all'INPS.

Adeguamenti raccomandati

In base a quanto esposto, la prima esigenza che emerge è quella di disporre di stime corrette relative alla popolazione residente straniera per sesso, età e cittadinanza, stratificata per regione, allo scopo di ottenere i denominatori necessari al calcolo di tutti gli indicatori di salute e di accesso ai servizi. Sarebbe quindi auspicabile che l'ISTAT fornisse questa stima a carattere ufficiale e periodico.

Si è visto, inoltre, che un attento monitoraggio della salute degli immigrati può essere basato su sistemi informativi già esistenti, ma non può prescindere dalla completezza e affidabilità dell'informazione sulla cittadinanza in tutti i sistemi informativi sanitari e in tutte le regioni. Il primo adeguamento necessario, che non comporterebbe costi aggiuntivi al sistema sanitario

italiano, sarebbe quello di garantire la qualità di questa informazione con opportuni rinforzi legislativi (obbligatorietà, incentivi), ovvero motivando gli operatori sanitari coinvolti nella rilevazione dei dati con specifici interventi di formazione, centrati sulla rilevanza dei problemi di salute degli immigrati e sull'importanza dei sistemi informativi per orientare priorità e politiche. Parallelamente, sarebbe utile potenziare le Anagrafi degli assistiti in tutte le regioni introducendo il campo sulla cittadinanza, attualmente non presente nei registri e indispensabile ai fini della descrizione della popolazione immigrata assistita; i dati delle anagrafi regionali potrebbero quindi fornire i denominatori necessari alle analisi in maniera continuativa e sostituire le stime periodiche dell'ISTAT.

Per quanto riguarda gli approfondimenti possibili solo attraverso le indagini campionarie, sarebbe auspicabile che venisse replicata periodicamente l'indagine ISTAT sull'integrazione dei cittadini stranieri, o almeno previsto un sovra campionamento delle famiglie con cittadini stranieri all'interno dell'indagine quinquennale su salute e accesso ai servizi, opportunamente arricchita con qualche informazione di base sulla storia migratoria (Paese di origine, età all'arrivo, durata della residenza), come sottolineato nel primo paragrafo.

Per quanto riguarda invece gli stranieri non residenti, si dovrebbe innanzi tutto incoraggiare l'uniformità nell'attribuzione dei codici STP ed ENI in tutte le regioni (es. aumentando la diffusione del documento approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (18)). In secondo luogo, sarebbe opportuno prevedere una specifica rilevazione dei numeri di contatti (numero di codici attribuiti) per alcune caratteristiche demografiche più rilevanti (sesso, età e cittadinanza), allo scopo di avere una stima dei denominatori anche per gli eventi sanitari relativi a stranieri non residenti. Inoltre, il monitoraggio dell'utilizzo del codice di esenzione X01 permetterebbe di evidenziare le aree geografiche con maggiori criticità nella fruibilità dei servizi da parte degli immigrati.

Rispetto ai debiti informativi nei confronti degli organismi internazionali nonché la possibilità di sviluppare studi comparativi, sarebbe opportuno dare seguito alle raccomandazioni europee, cercando alleanze a livello europeo per concordare definizioni standard e includere variabili e domande condivise riferite alla popolazione immigrata nelle raccolte dati esistenti (censimenti, statistiche e indagini nazionali sulla salute, registri di informazioni sanitarie).

Bibliografia

1. Pfarrwaller E, Suris JC. Determinants of health in recently arrived young migrants and refugees: a review of the literature. *Italian Journal of Public Health* 2012;9:e7529-1-13.
2. Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, Morales LS, e Hayes-Bautista DE. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health* 2005;26:367-97.
3. Oza-Frank R, Narayan KMV. Effect of length of residence on overweight by region of birth and age at arrival among US immigrants. *Public Health Nutrition* 2009;13:868-75.
4. Oza-Frank R, Stephenson R, Narayan KMV. Diabetes prevalence by length of residence among US immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13:1-8.
5. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health* 2003;93:277-84.
6. Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science and Medicine* 2010;71:1610-19.
7. Larchanché S. Intangible obstacles: health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social Science and Medicine* 2012;74:858-63.

8. Razum O. Commentary: Of salmon and time travellers – musing on the mystery of migrant mortality. *International Journal of Epidemiology* 2006;35:919-21.
9. Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The ‘healthy migrant effect’ – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *International Journal of Epidemiology* 2000;29:191-2.
10. Ullmann SH, Goldman N, Massey DS. Healthier before they migrate, less healthy when they return? The health of returned migrants in Mexico. *Social Science and Medicine* 2011;73: 421-8.
11. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Social Science and Medicine* 1995;41:819-28.
12. Rasulo D, Spadea T, Onorati R, Costa G. The impact of migration in all cause mortality: the Turin longitudinal study, 1971-2005. *Social Science and Medicine* 2012;74:897-906.
13. Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex; 2011. p. 219-49.
14. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE for the European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 2008;358:2468-81.
15. Bos V, Kunst AE, Gerseen J, Mackenbach JP. Duration of residence was not consistently related to immigrant mortality. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007;60:585-92.
16. Scheppers E, Van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice* 2006;23:325-48.
17. Fra - European Union Agency for Fundamental Rights. *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2011.
18. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi Sanitari”. Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome. 2011. Rep. Atti n. 255/CSR, *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n.32, 7 febbraio 2013, Suppl. Ordinario n. 9. Disponibile all’indirizzo: http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2013-02-07&atto.codiceRedazionale=13A00918&elenco30giorni=false; ultima consultazione 3/11/14.
19. Medici nel Mondo. Osservatorio Europeo dell’accesso alle cure. *L’accesso alle cure: un diritto non rispettato in Europa*. Seconda relazione, settembre 2009. Disponibile all’indirizzo: <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/A-l-International/L-acces-aux-soins-un-droit-fondamental-non-respecte-en-Europe> [French] o <https://www.yumpu.com/it/document/view/15182043/llaccesso-alle-cure-un-diritto-non-rispettato-in-europa>; ultima consultazione 18/12/14.
20. Bena A, Leonbruni R, Giraudo M, Costa G. A new Italian surveillance system for occupational injuries: characteristics and initial result. *American Journal of Industrial Medicine* 2012;55:584-92.