

In collaborazione con



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Reggio Emilia



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto di Scienze e Tecnologie Avanzate e Modelli Ambientali in Emergenza



NUOVA MIGRAZIONE: RIFUGIATI E RICHIEDENTI ASILO



SABATO 7 APRILE 2018, ORE 8 – 14

EFFETTO MIGRANTE SANO: REALTÀ ODIERNA E PATOLOGIE EMERGENTI

Dott.ssa Francesca Bonvicini

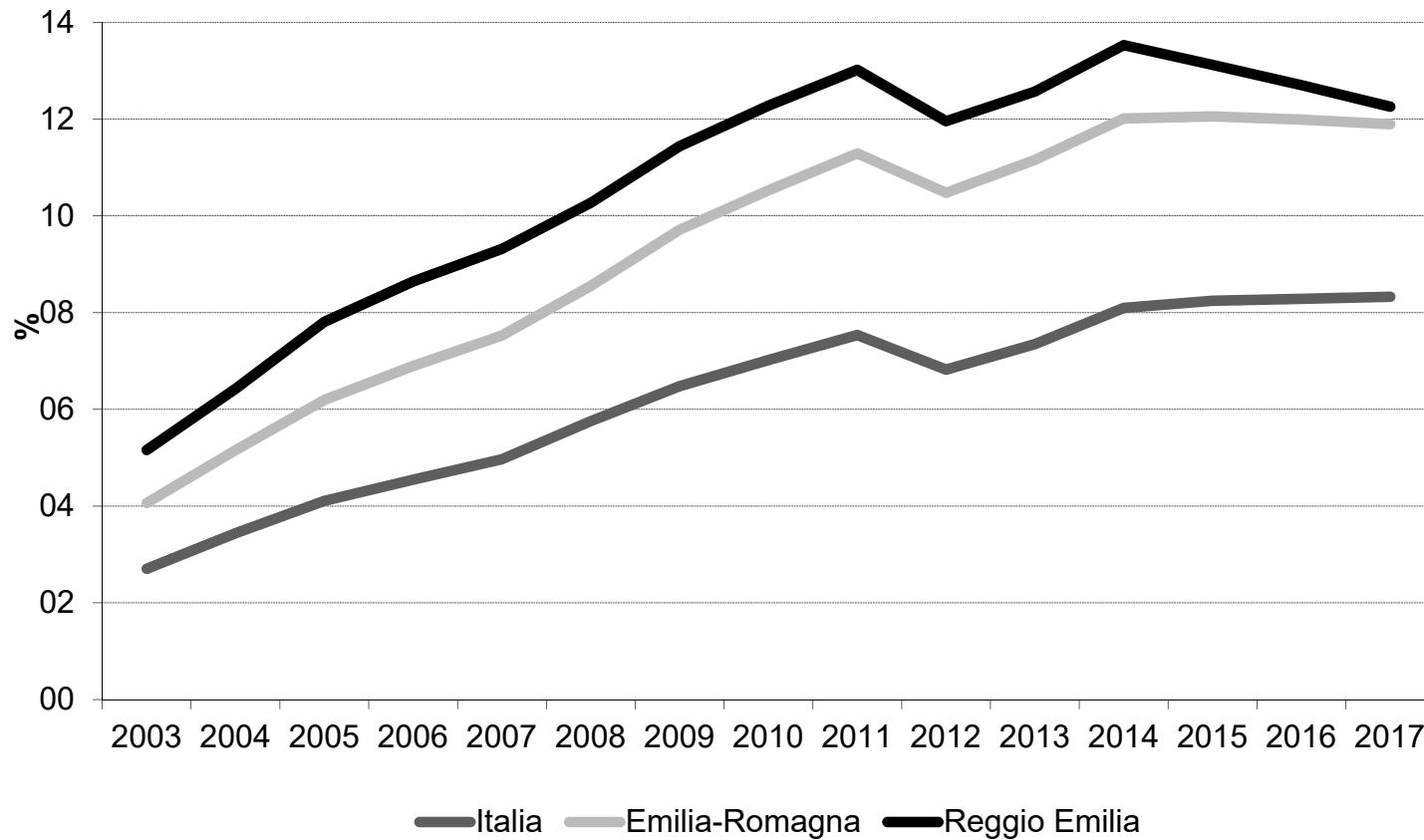
Specialista in Malattie Infettive e Tropicali
Specialista in Igiene e Sanità Pubblica
Centro per la Salute della Famiglia Straniera
Dipartimento Cure Primarie - AUSL di RE
AIDM di Reggio Emilia

Laura Bonvicini

Massimo Vicentini

Servizio di Epidemiologia – AUSL di RE

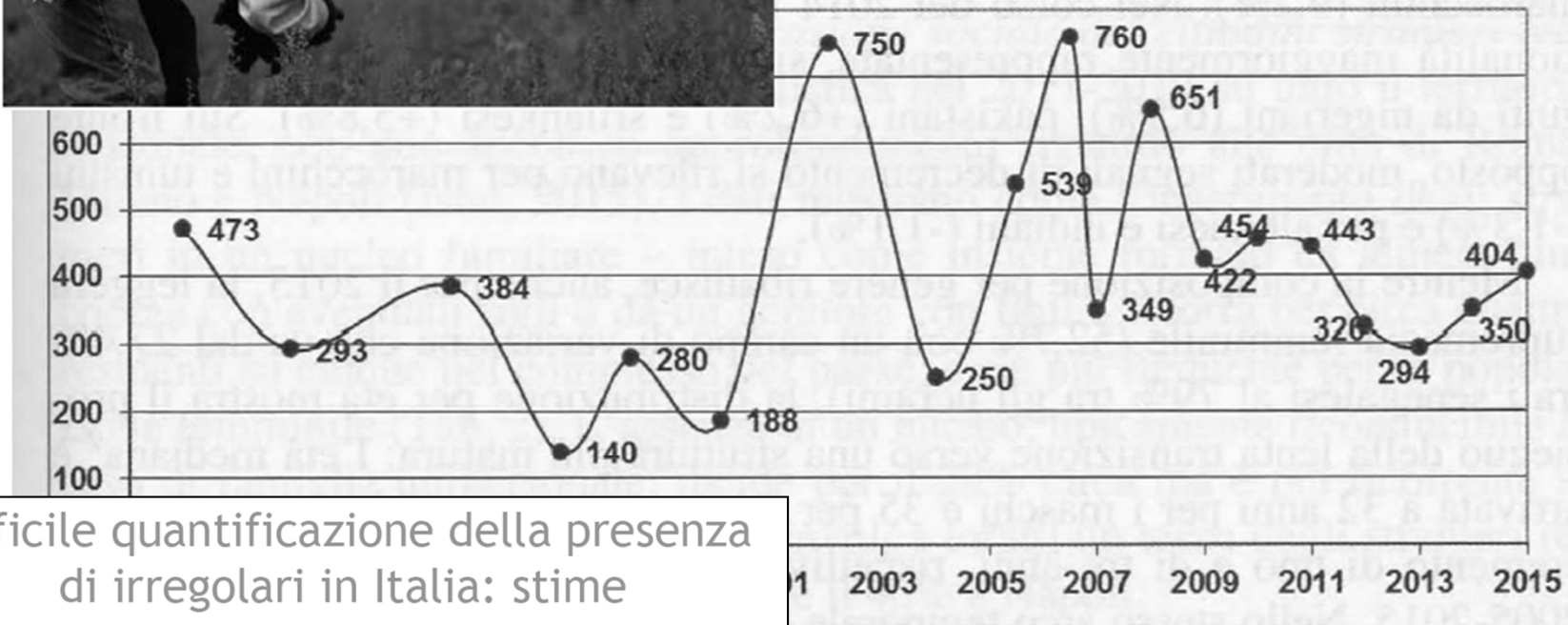
Stranieri residenti in Provincia di Reggio Emilia, in Emilia-Romagna e in Italia per anno e percentuale sulla popolazione residente totale (*fonte ISTAT*)



Le nazionalità più presenti sono: Marocco, Albania, India, Romania, Cina, Pakistan
Ucraina, Moldavia, Ghana, Nigeria



trend delle presenze irregolari in Italia

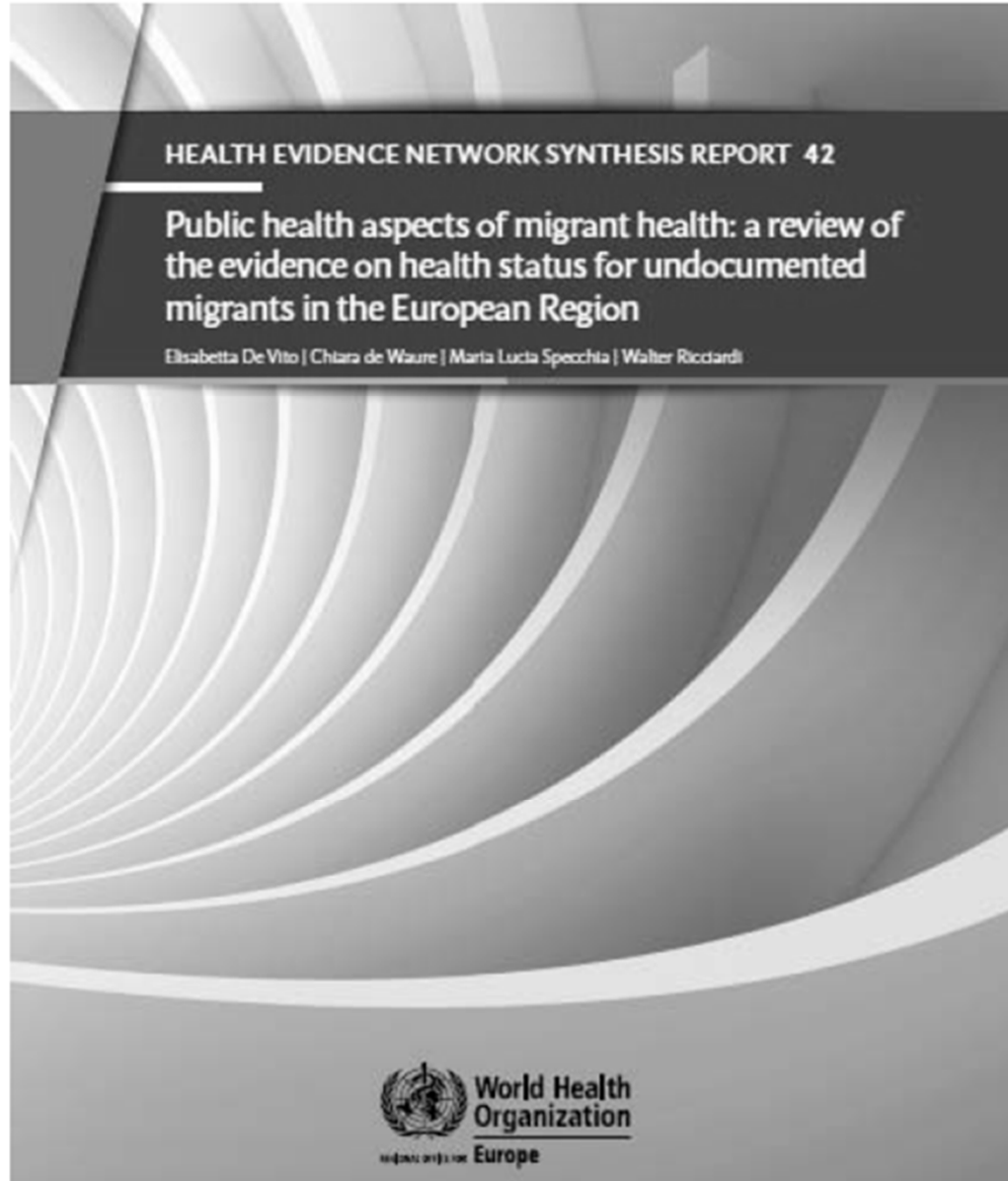
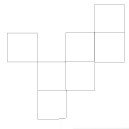


difficile quantificazione della presenza di irregolari in Italia: stime

- 350.000 nel 2014 (6,1% degli stranieri presenti)
- 404.000 nel 2015 (6,9% degli stranieri presenti)

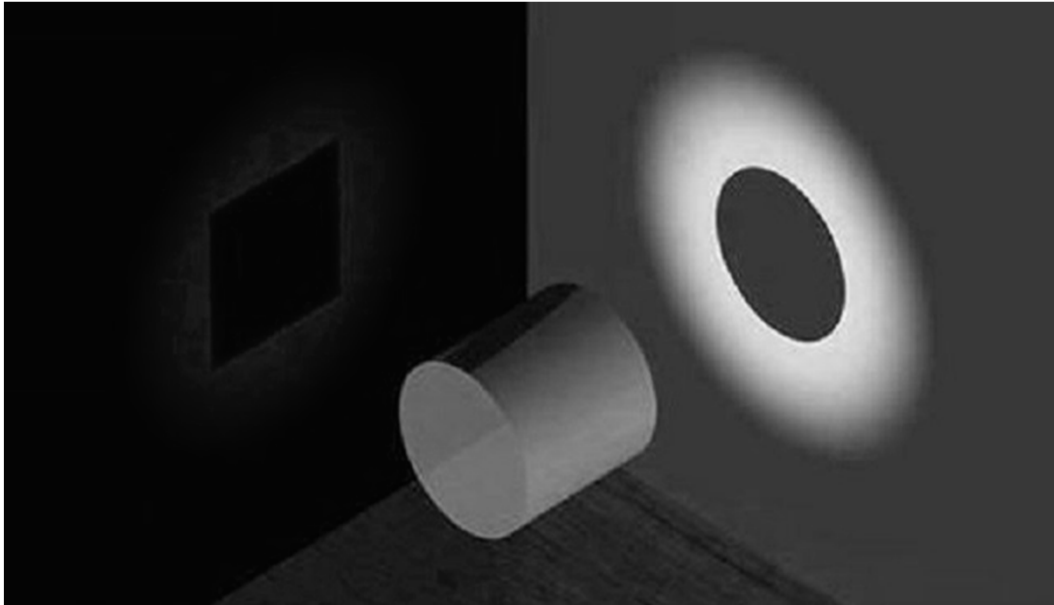
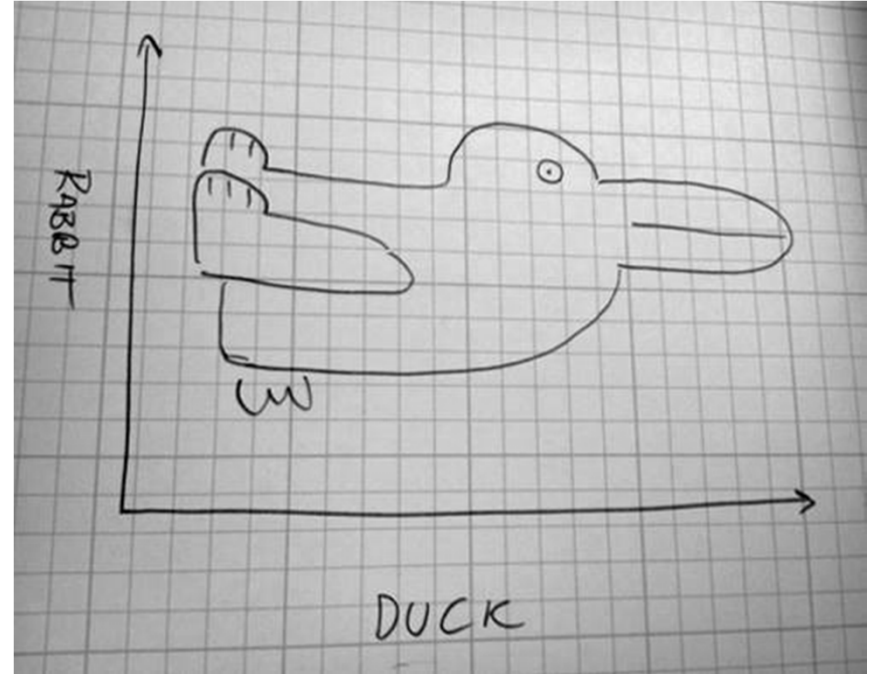
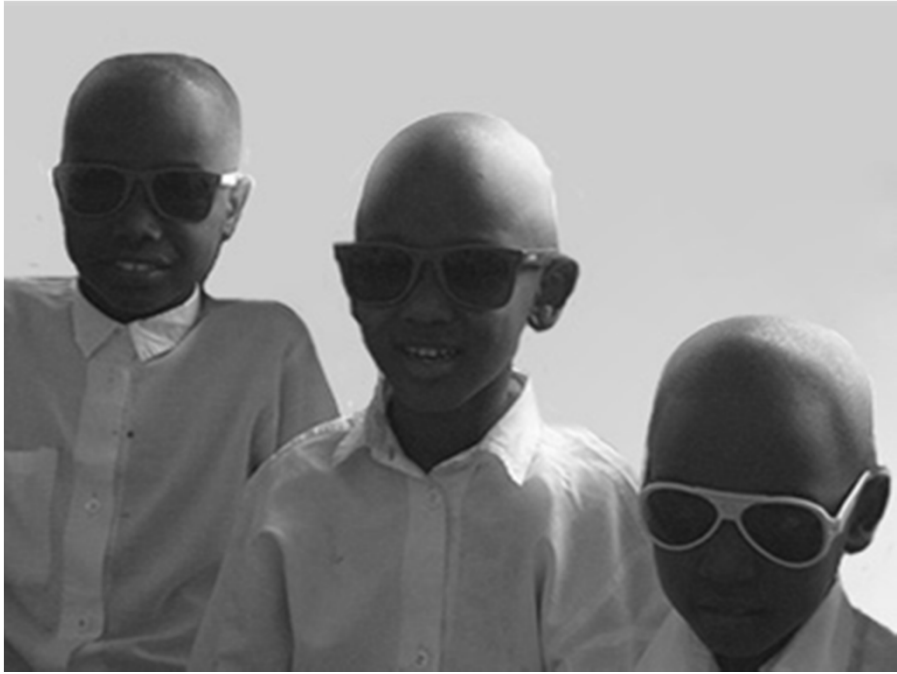
Fonte: G. C. Blangiardo, stime al 1° gennaio di ogni anno

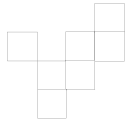




«undocumented migrants are vulnerable to certain risks and diseases and may encounter several barriers to accessing health care because of their irregular status and economic and social marginalization»

gravidanze indesiderate
gravidanze di teenager
poco screening Pap test
malattie neonatali e
problemi psicosociali dei
bambini
depressione, violenze
traumi sul lavoro
epatite B, HIV, Chagas



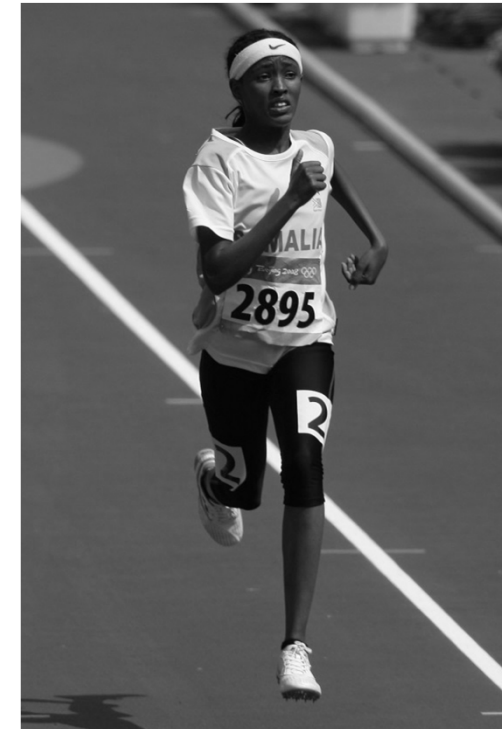


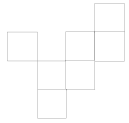
EFFETTO MIGRANTE SANO

«processo di selezione in partenza dell'immigrato per cui non parte chi sta male ma colui che ha più possibilità di riuscita in un progetto migratorio che spesso vede nell'integrità fisica la condizione per inserirsi in un mercato di lavori rifiutati dagli italiani perché rischiosi o particolarmente faticosi» (giovane adulto, di classe sociale meno svantaggiata, di grado di istruzione medio)



Samia Yosuf Omar
Mogadiscio, 25 marzo 1991
Mar Mediterraneo, 2 aprile 2012

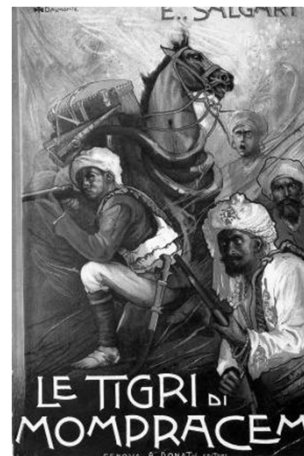




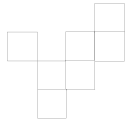
SINDROME DI SALGARI

«Aspettative fantasiose di trovare persone affette da morbi tropicali senza alcuna esperienza e evidenza scientifica di tale evenienza»

Quando circa 20 anni fa in Italia si cominciò a parlare di **Medicina delle Migrazioni** si affrontò il tema della salute di questa popolazione evocando il rischio di importazione di malattie infettive in un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Proprio in quegli anni l'allora ministro della sanità (De Lorenzo) istituì per la prima volta una commissione ministeriale con il compito di affrontare il tema della salute degli immigrati (quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi ed anche un veterinario!)



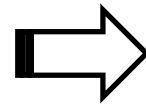
Immense jungle formate da bambú alti quindici e più metri, si estendevano a destra e a sinistra dell'imponente fiume, coprendo quelle terre basse e fangose che chiamansi le Sunderbunds del Gange, rifugio favorito delle tigri, dei rinoceronti, dei serpenti e dei cocodrilli. Un numero infinito di uccelli acquatici volteggiavano sopra le rizophore che coprivano le rive. Aironi giganti, le grandi cicogne nere, ibis brune, e bruttissimi e colossali arghilah, allineati come soldati sui rami curvi dei paletuvieri, facevano la loro toletta mattutina.
Emilio Salgari, Le due tigri, 1904



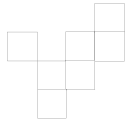
EFFETTO MIGRANTE ESAUSTO

Una volta in Italia gli immigrati, soprattutto se in condizione di irregolarità giuridica, vedono progressivamente ***depauperare il loro patrimonio di salute pressochè integro in tempi più o meno brevi, a causa della continua esposizione ai fattori di rischio della povertà*** – precarietà alloggiativa, sovraffollamento, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione carente – ai quali si aggiungono ***il disagio psicologico*** legato allo sradicamento culturale e le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari

***EFFETTO
MIGRANTE SANO ...***

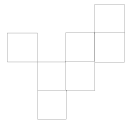


***SOLO INTERVALLO DI
BENESSERE?***



... INOLTRE ...

- Le considerazioni sull'effetto migrante sano all'arrivo del migrante non valgono **per chi è costretto a scappare** da gravi situazioni politiche, di guerra, di persecuzione, che pongono a rischio non solo il futuro ma anche l'immediato presente (alcune categorie di profughi, sfollati e rifugiati)
- Oggi le **rotte migratorie** sono sempre più logoranti, lunghe, complesse e segnate da episodi di violenza fisica, psicologica e sessuale
- **Transizione epidemiologica e occidentalizzazione**



Si ricoverano di più gli italiani o gli immigrati?

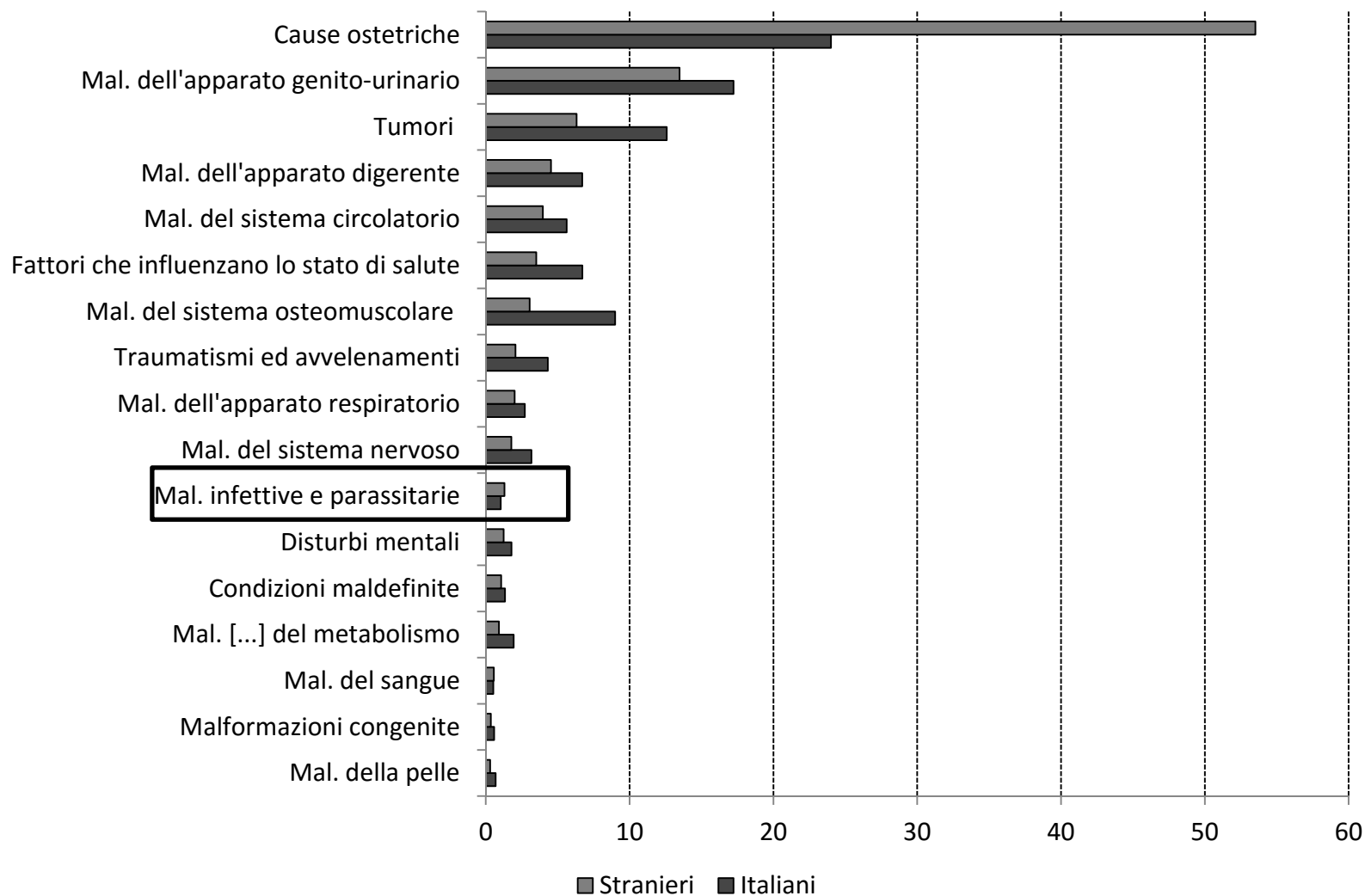
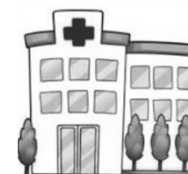
Il ricorso al ricovero ospedaliero è meno frequente negli immigrati rispetto agli italiani, anche tenendo conto delle differenze per età

Tassi standardizzati di ricovero per età x 1000 pop - Anno 2016 (fonte SDO)

	ITALIANI	STRANIERI
MASCHI	134,8	82,6
FEMMINE	139,7	118,0

Distribuzione percentuale dei ricoveri per causa e cittadinanza, FEMMINE 15-65 anni

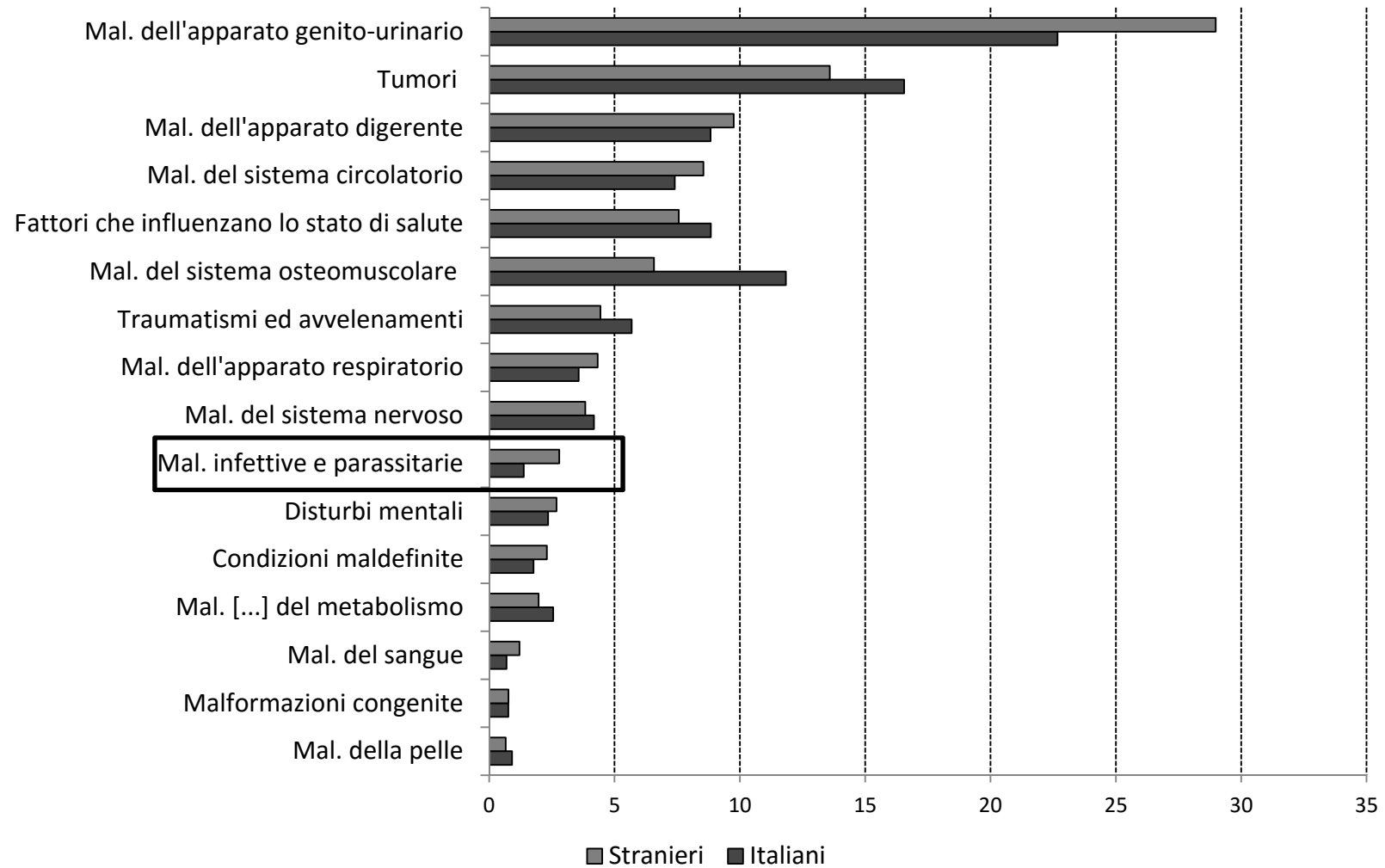
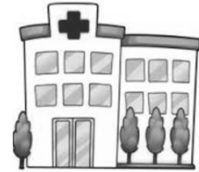
I RICOVERI
Anno 2016 (fonte SDO)



Ricoveri avvenuti in Regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) dei residenti nella provincia di Reggio Emilia

Distribuzione percentuale dei ricoveri per causa e cittadinanza, FEMMINE 15-65 anni (senza cause ostetriche)

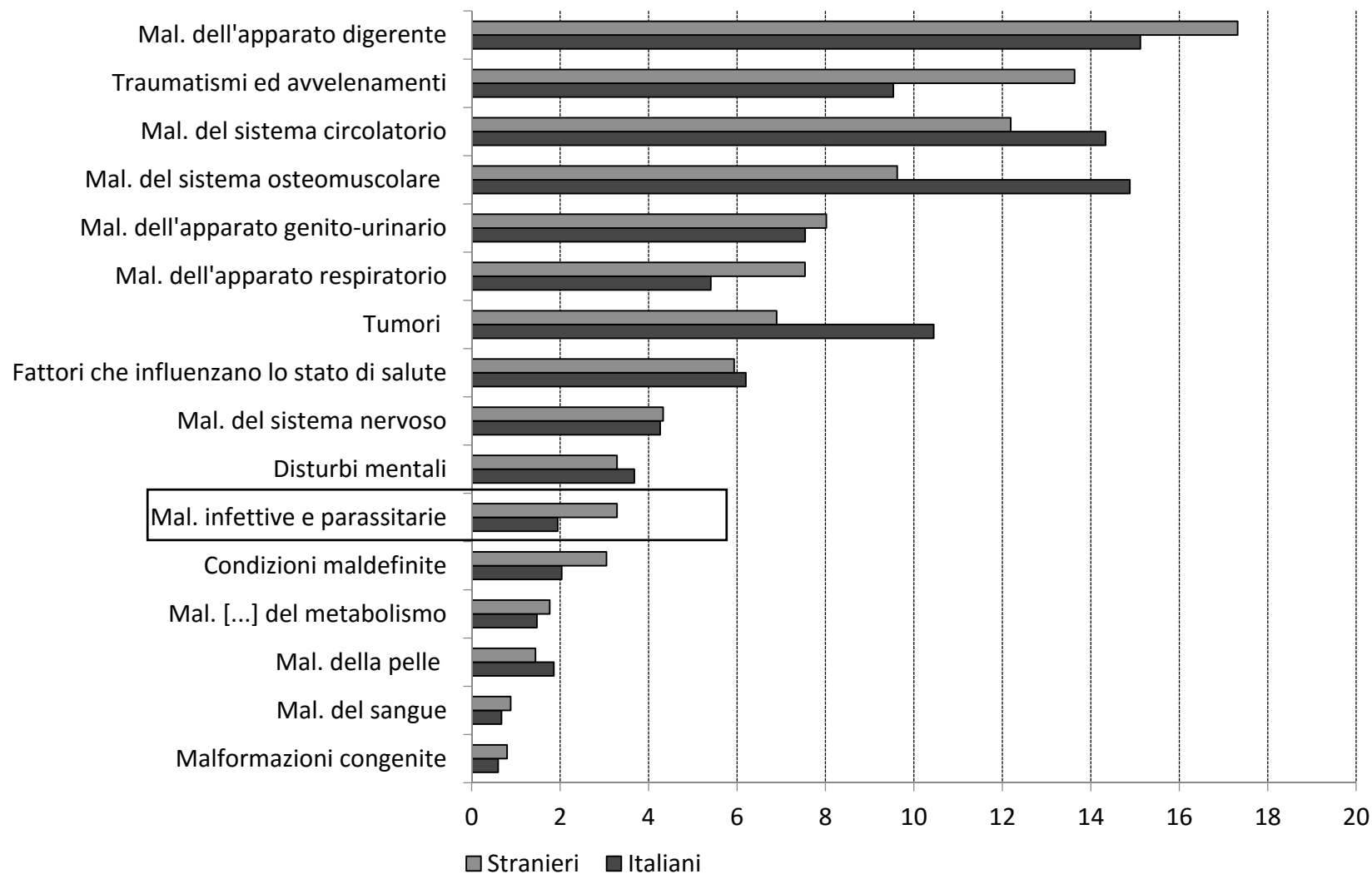
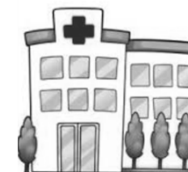
I RICOVERI
Anno 2016 (fonte SDO)



Ricoveri avvenuti in Regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) dei residenti nella provincia di Reggio Emilia

Distribuzione percentuale dei ricoveri per causa e cittadinanza, MASCHI 15-65 anni

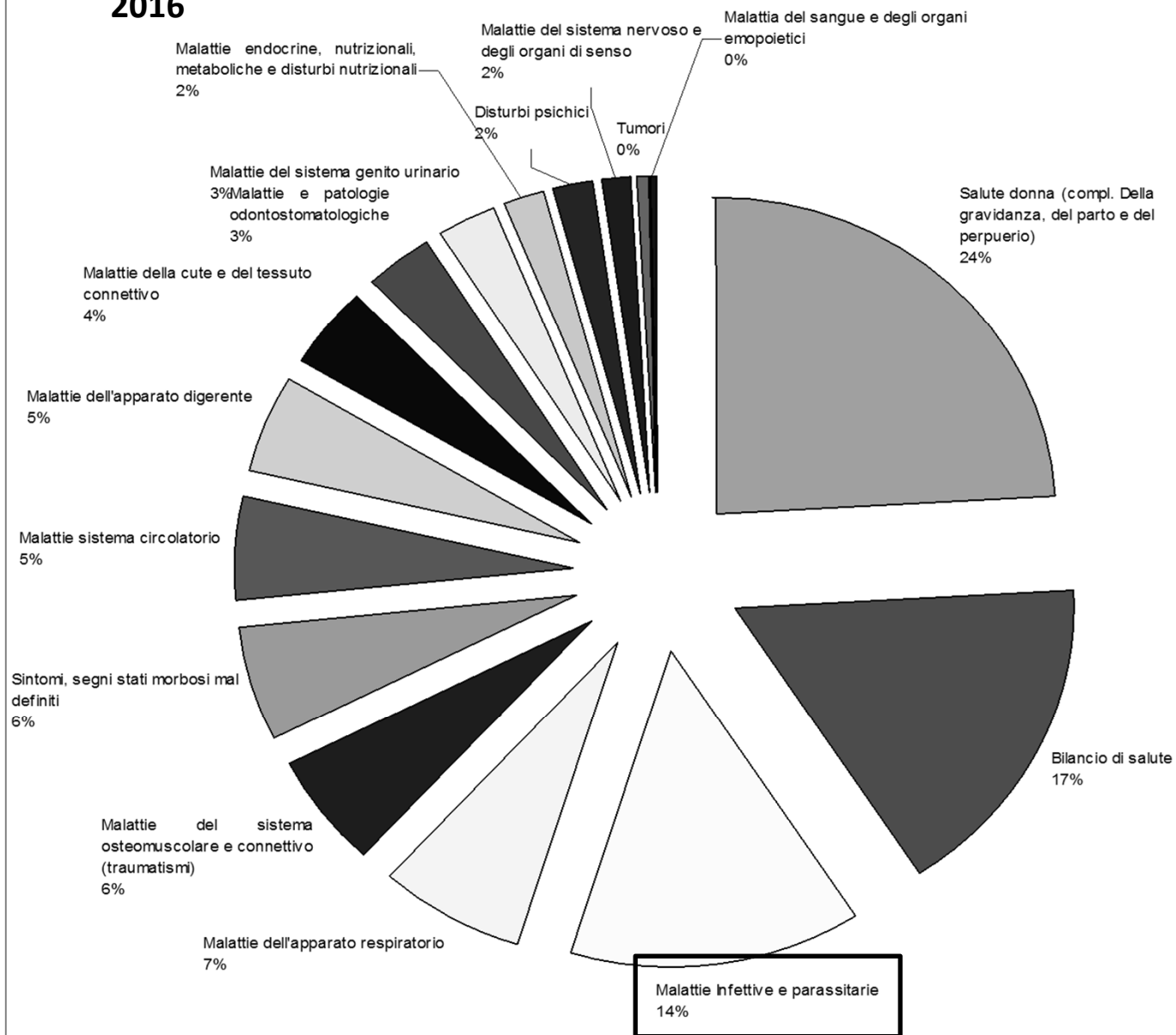
I RICOVERI
Anno 2016 (fonte SDO)

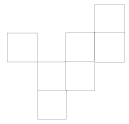


Ricoveri avvenuti in Regione (acuti e a carico del SSN, esclusi i neonati sani) dei residenti nella provincia di Reggio Emilia

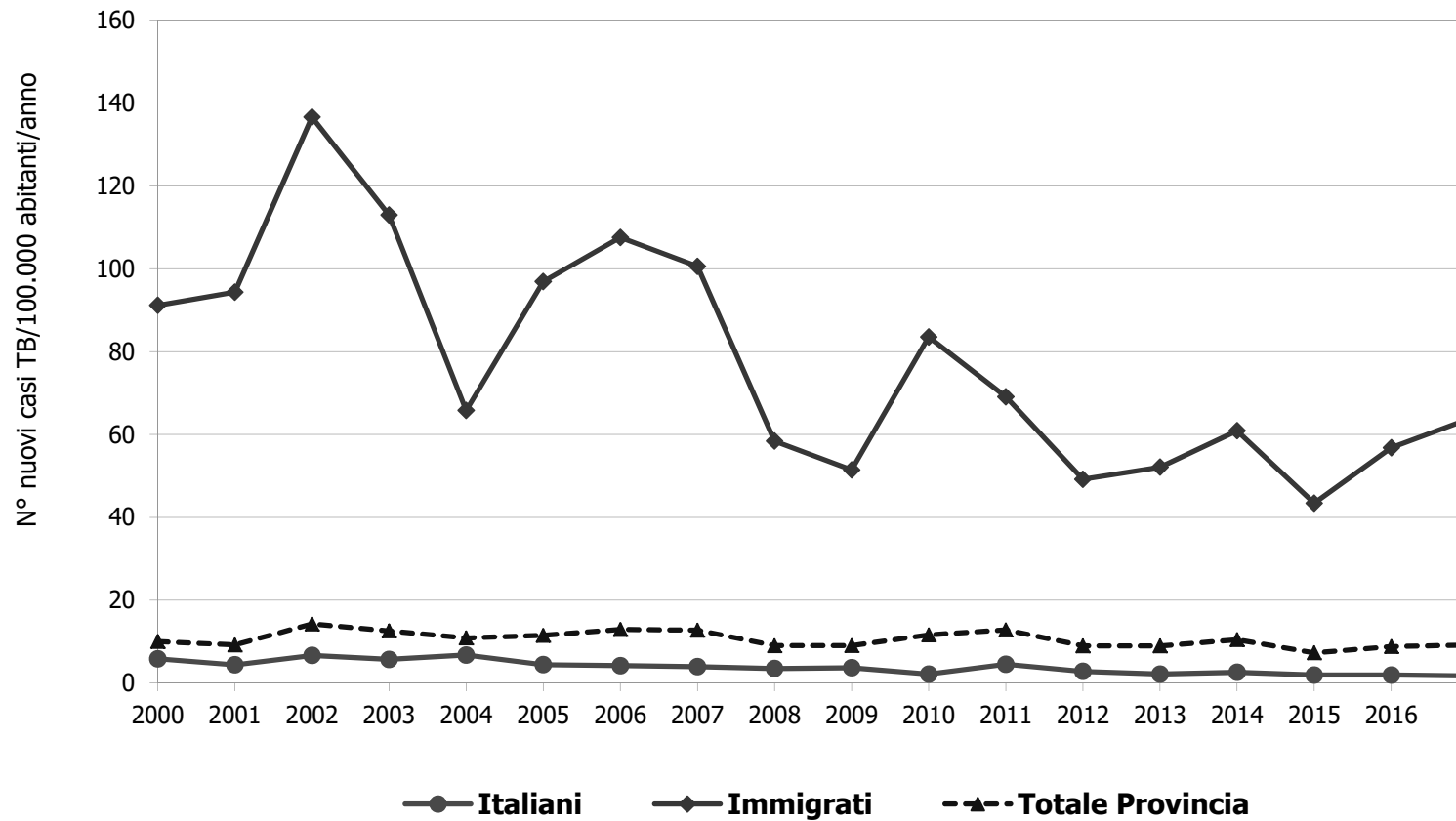
Centro stranieri
2016

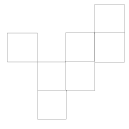
AUSL: Diagnosi x raggruppamento patologia



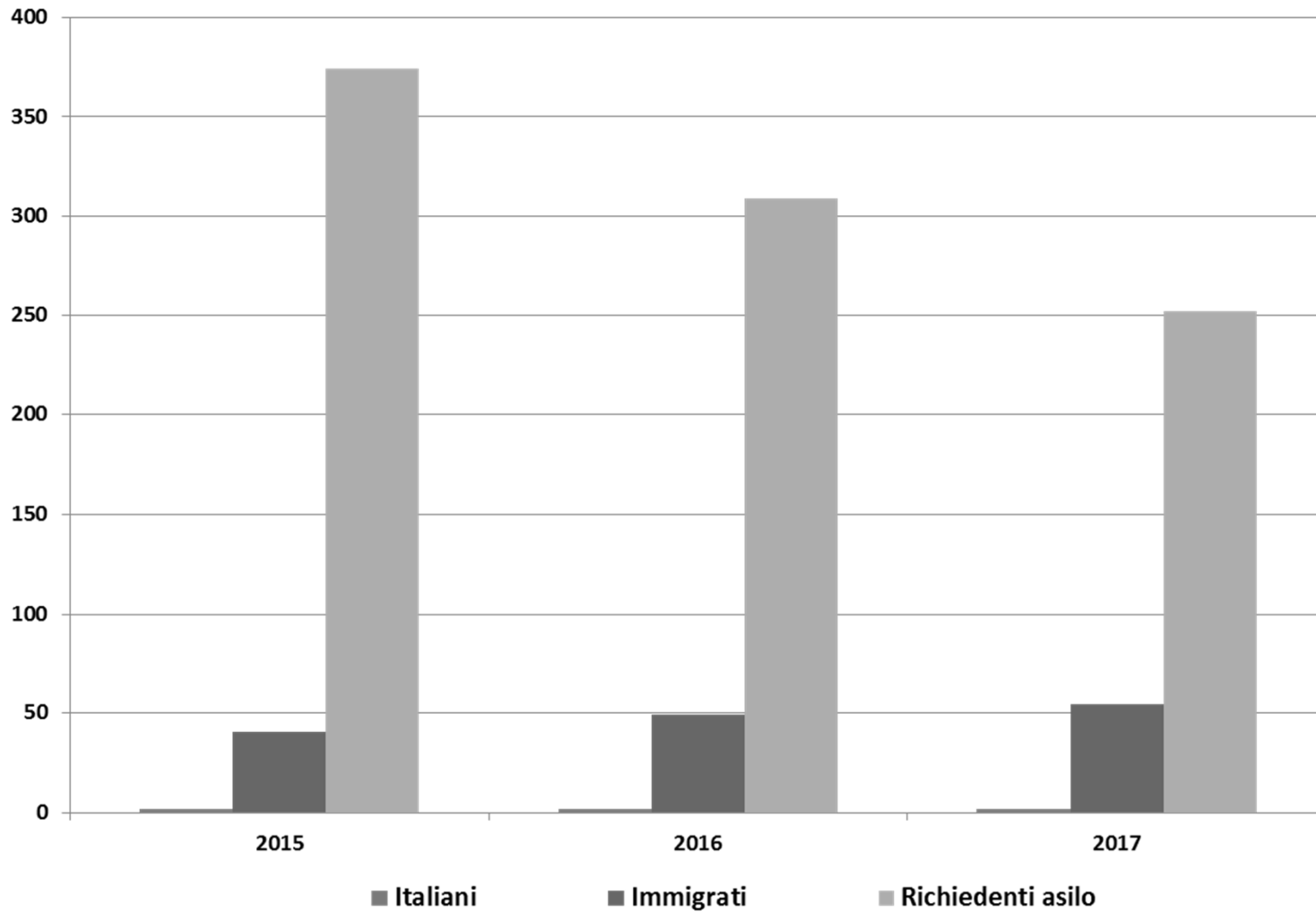


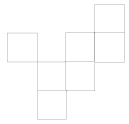
Tasso di incidenza di TB per cittadinanza Provincia di Reggio Emilia



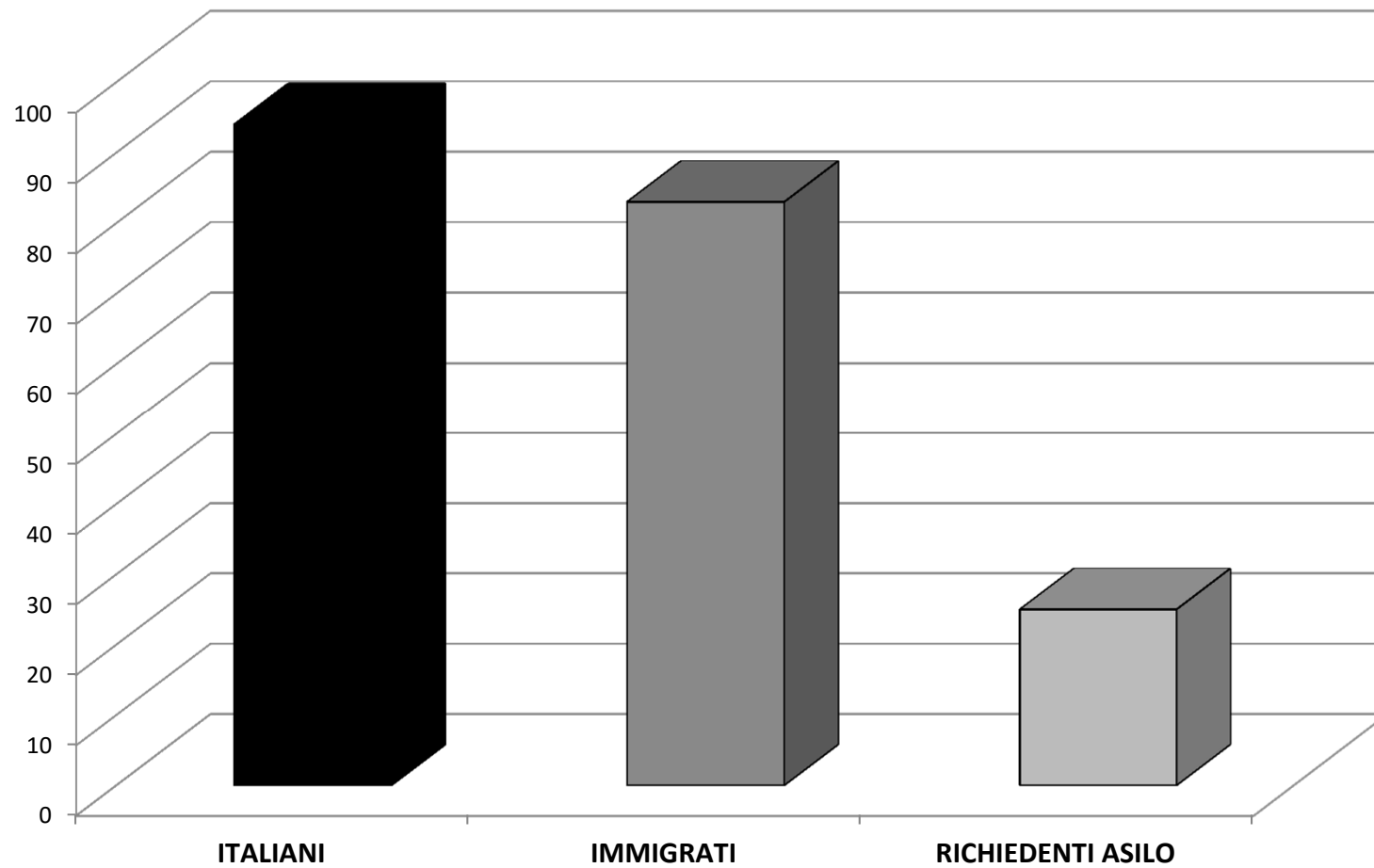


**Incidenza di TB (per 100000 abitanti/anno)
per cittadinanza e status nel periodo 2015 - 2017
Provincia di Reggio Emilia**





**RITARDO DIAGNOSTICO NEI CASI DI TB POLMONARE
PROVINCIA DI REGGIO EMILIA - ANNO 2016
(giorni inizio sintomi – inizio terapia specifica)**



Positività	TOTALE
Sifilide	<1%
HBV	7,1%
HCV	<1%
HIV	0,7%

Positività	TOTALE
Sifilide	5%
HBV	10%
HCV - Ab	0%
HIV	2%

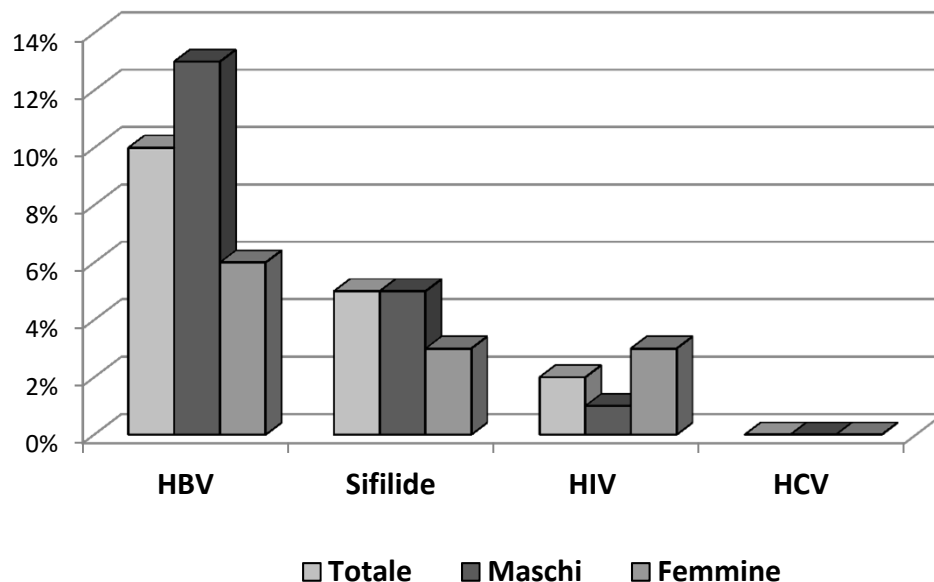
SBARCHI A PALERMO

Dopo 3-4 settimane dall'arrivo (periodo finestra)

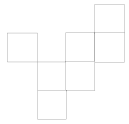
CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA RICHIEDENTI ASILO

PROVINCIA DI REGGIO EMILIA ANNI 2015-2018

CASI DI HIV POST-MIGRAZIONE: 20-30%



La positività per HBV è risultata più elevata nei maschi (13%) e nei soggetti provenienti dal Mali (50%); la positività per sifilide è risultata più alta negli utenti della Costa d'Avorio (19%). Le donne hanno mostrato un rischio più elevato per HIV (3%); una paziente era in gravidanza a 28 settimane. **La totalità delle donne positive per almeno un test ha riferito episodi di violenza sessuale durante il viaggio.**



CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA

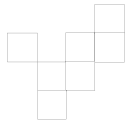
PROGETTO EVA LUNA (2004)

- o Utenti che lavorano in strada
- o Transessuali
- o Utenti con IST sospetta o accertata
- o Utenti con rapporti a rischio

AMBULATORIO IST del CFS

- Mercoledì pomeriggio e Venerdì mattina
- Consegna diretta del trattamento
- Follow-up casi e contatti **ATTIVO**



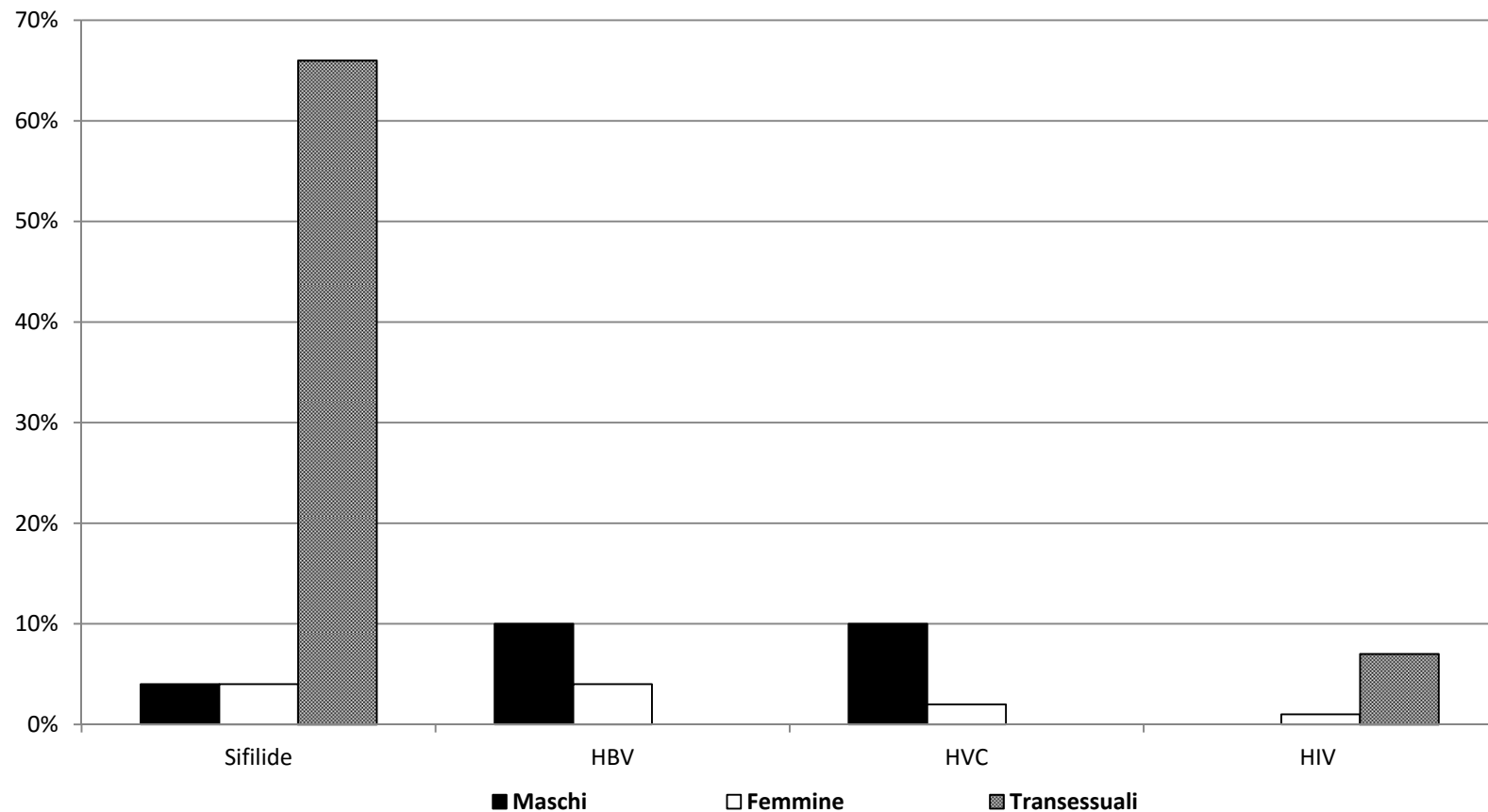


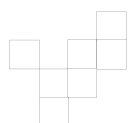
Positività	TOTALE
Sifilide	6%
HBV	6%
HCV-Ab	5%
HIV	1%

CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERA IMMIGRATI IRREGOLARI

Negli anni si sono verificate 5 infezioni recenti documentate, di cui 4 per sifilide (2 donne cinesi). La percentuale di infezioni è risultata dell'1%.

PERCENTUALI DI POSITIVITA' PER IST IN BASE AL GENERE PROVINCIA DI REGGIO EMILIA ANNI 2004 – 2018





Di 7.455 persone sbarcate in 17 mesi a Lampedusa, il 4,4% ha richiesto cure di PS per ipotermia, ustioni, traumatismi, gastroenteriti, epilessia, condizioni ostetriche.

Dei 326 visti in PS, 56 hanno richiesto ricovero (0,75%).

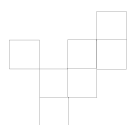


e&p anno 38 (6) novembre-dicembre 2014

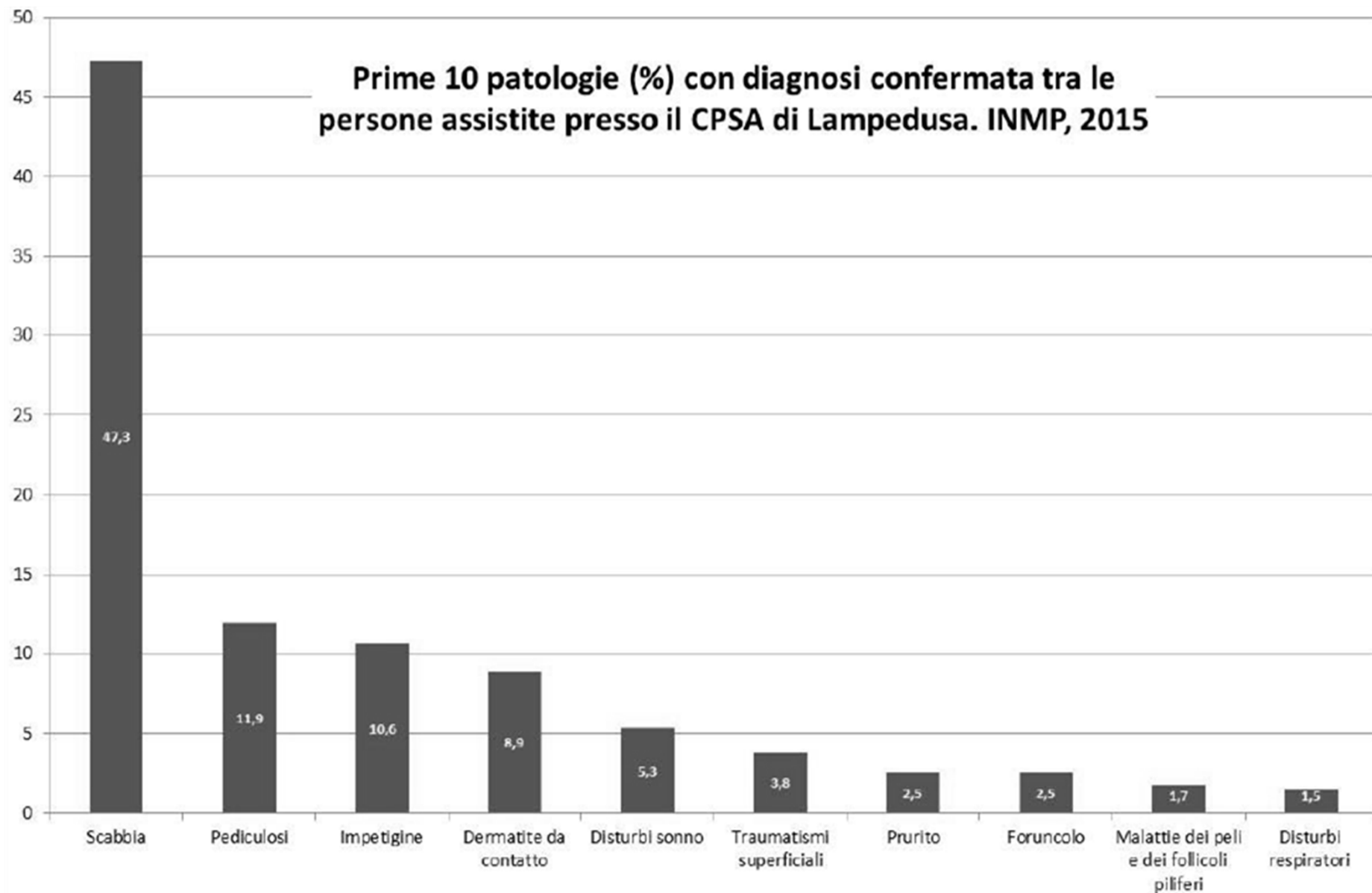
Stato di salute degli immigrati approdati sulle coste italiane

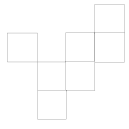
Health status of immigrants arrived to Italian coast

Alberto Firenze,¹ Vincenzo Restivo,¹ Valentina Bonanno,¹ Nicola Aleo,¹ Stella Pace,¹ Maria Grazia Laura Marsala,¹ Mario Palermo²



**Prime 10 patologie (%) con diagnosi confermata tra le
persone assistite presso il CPSA di Lampedusa. INMP, 2015**





I dati italiani indicano l'inconsistenza di un presunto rischio di emergenza sanitaria correlato alla presenza di cittadini stranieri sul territorio italiano

Malattie infettive e immigrazione: facciamo chiarezza

2015-09-02 10:09:50 Redazione SI

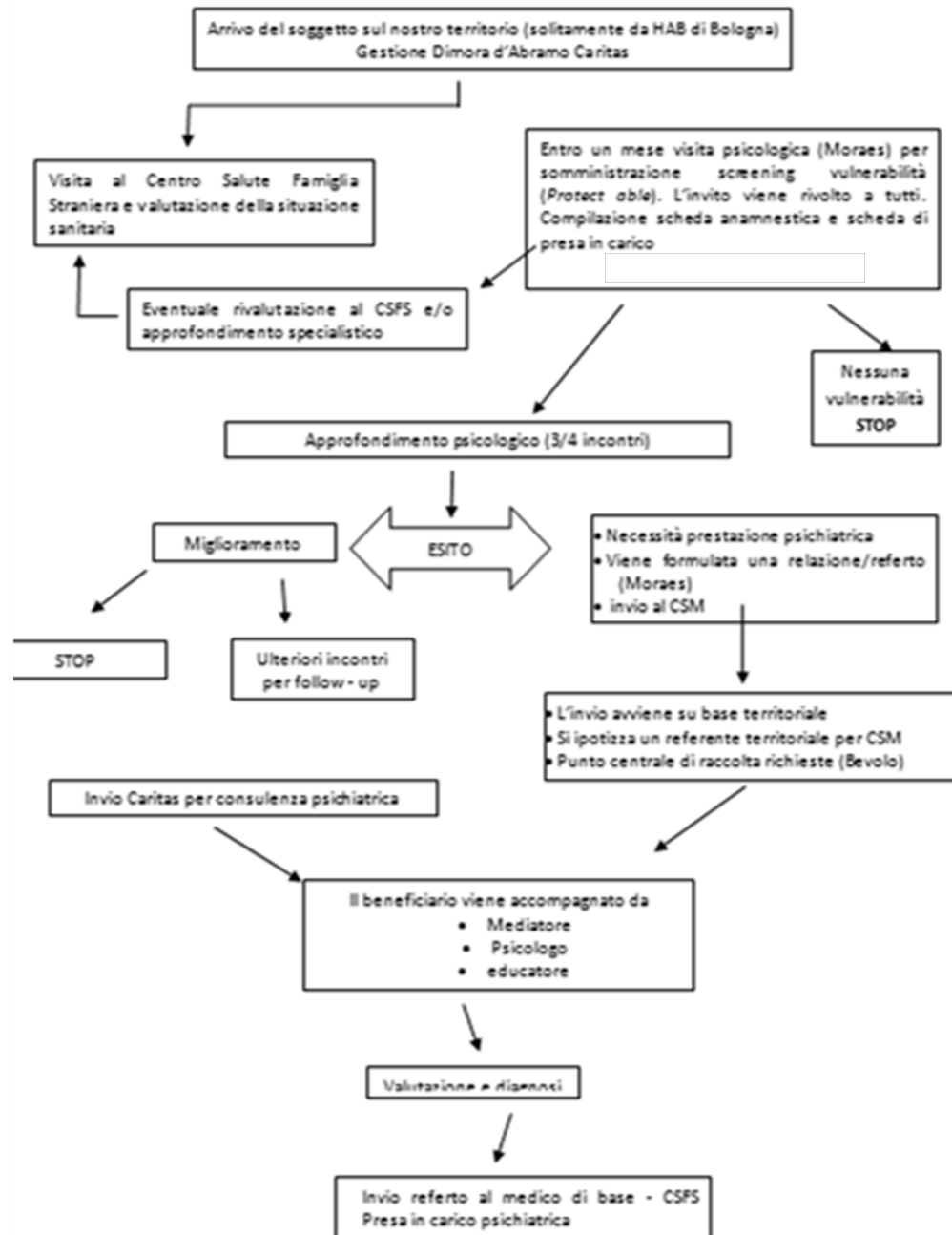


(saluteinternazionale.info,
2 settembre 2015)

Geraci, Stella Egidi

Francesco Castelli, Salvatore

Il messaggio che costantemente passa tra l'opinione pubblica è quello di una "pericolosità sanitaria" dell'immigrato, in particolare di chi sbarca, un "untore" da cui difenderci e da bonificare: è evidente che il tema infettivologico, pur riconoscendo alcune situazioni particolari, non è il principale problema del fenomeno migratorio, anzi ci può "distrarre" da una reale attenzione all'accoglienza, alla tutela della salute in senso globale: pensiamo ai traumi psicologici di persone che scappano da guerre e privazioni, che possono aver subito torture e stupri, che hanno visto annegare parenti e amici.



PERCORSO RILEVAZIONE E GESTIONE VULNERABILITA' PSICHICA NEI RICHIEDENTI ASILO

PROVINCIA DI REGGIO EMILIA
ANNO 2017

ADULTI
ENTRO 30 GIORNI

QUESTIONARIO PROTECT-ABLE

Questionario e osservazioni per l'identificazione precoce dei richiedenti asilo sopravvissuti ad esperienze traumatiche

Domande		Si	No
<i>"Spesso" = più del solito e tale da provocare sofferenza</i>			
1	Ha spesso difficoltà ad addormentarsi ?		
2	Fa spesso incubi ?		
3	Ha spesso mal di testa ?		
4	Ha spesso altri dolori somatici ?		
5	Si arrabbia facilmente ?		
6	Pensa spesso a eventi dolorosi del passato ?		
7	Si sente spesso timoroso/a o impaurito/a ?		
8	Ha spesso vuoti di memoria nella sua vita quotidiana ?		
9	Ha l'impressione di perdere interesse nelle cose ?		
10	Ha difficoltà a concentrarsi ?		
Numero di domande a cui ha risposto "Si" →			

Punteggio:

Si prega di indicare con una X il livello di rischio

0 - 3	4 - 7	8 - 10
Rischio Basso	Rischio Medio	Rischio Alto

In caso di rischio "medio" o "alto" il/la richiedente asilo dovrebbe essere inviato ad un centro specializzato per una valutazione medico-psicologica ! Un "rischio basso" non esclude la possibilità che un richiedente asilo abbia vissuto esperienze traumatiche. I sintomi possono apparire in un secondo momento. Una nuova valutazione potrà essere condotta successivamente.

Ulteriori osservazioni (Per esempio: la persona piange in continuazione, non reagisce, non presta attenzione.../ difficoltà a capire le domande / circostanze particolari in cui è avvenuta l'intervista):

Queste osservazioni dovrebbero essere condivise con la persona intervistata

Nome del/della richiedente asilo :

Data di nascita :

Paese di provenienza :

Data :

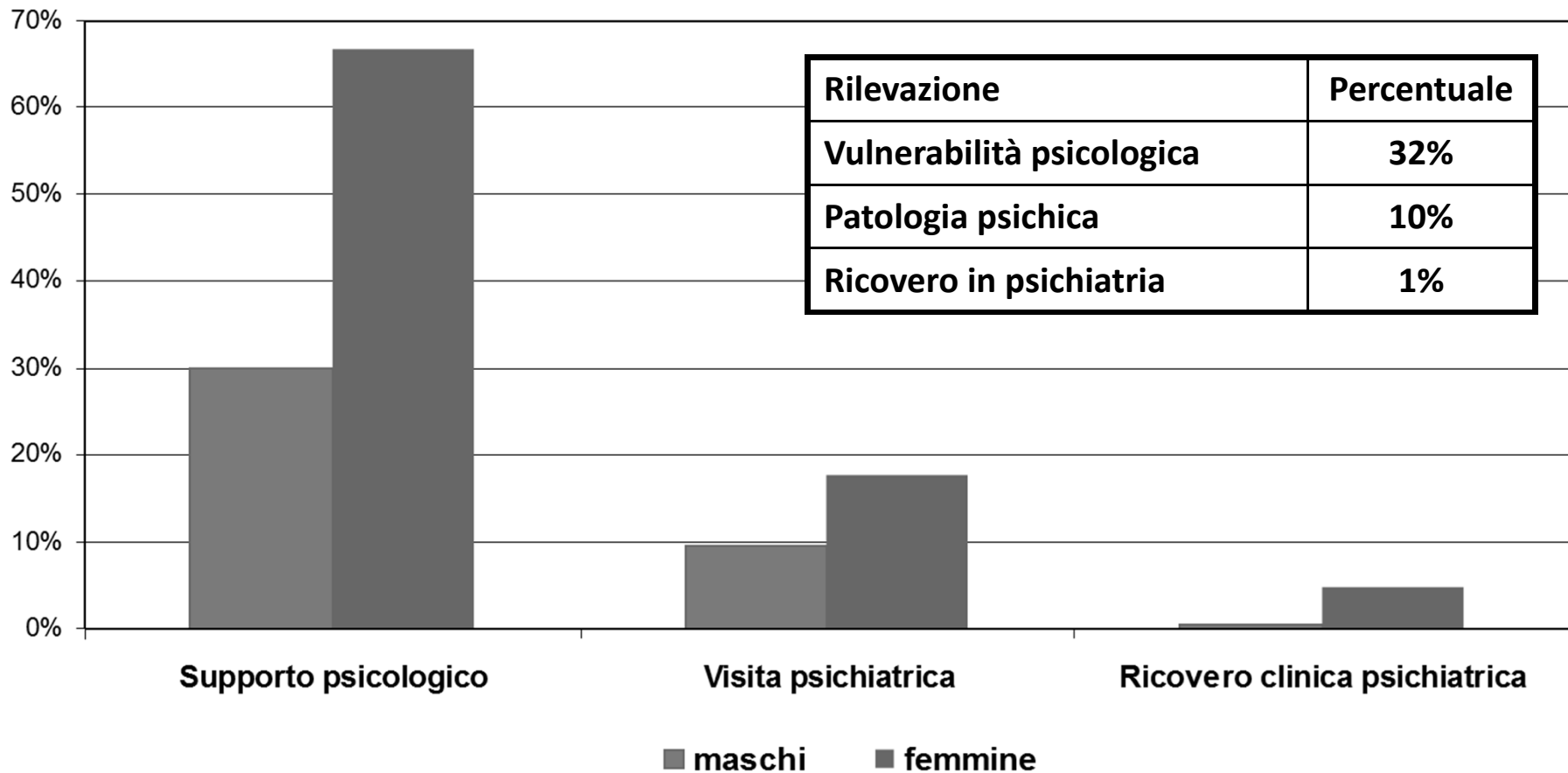
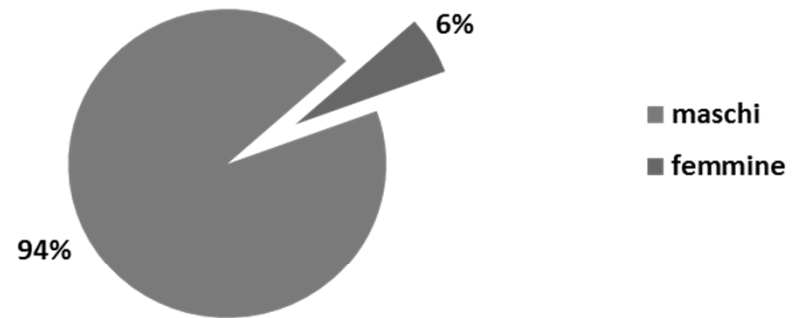
Fornisco il mio consenso a che una copia di questo documento rimanga in possesso dell'organizzazione che lo ha somministrato per fini statistici (firma)

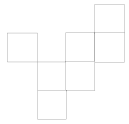
Organizzazione (timbro se possibile)

Dopo aver completato il Questionario una copia dovrebbe essere consegnata al richiedente asilo con la raccomandazione di portarla in visione nel corso di successivi colloqui con operatori sanitari e legali o con i servizi di accoglienza.

**PERCORSO RILEVAZIONE E
GESTIONE VULNERABILITA'
PSICHICA NEI RICHIEDENTI ASILO
REGGIO EMILIA 2017 (750 UTENTI)**

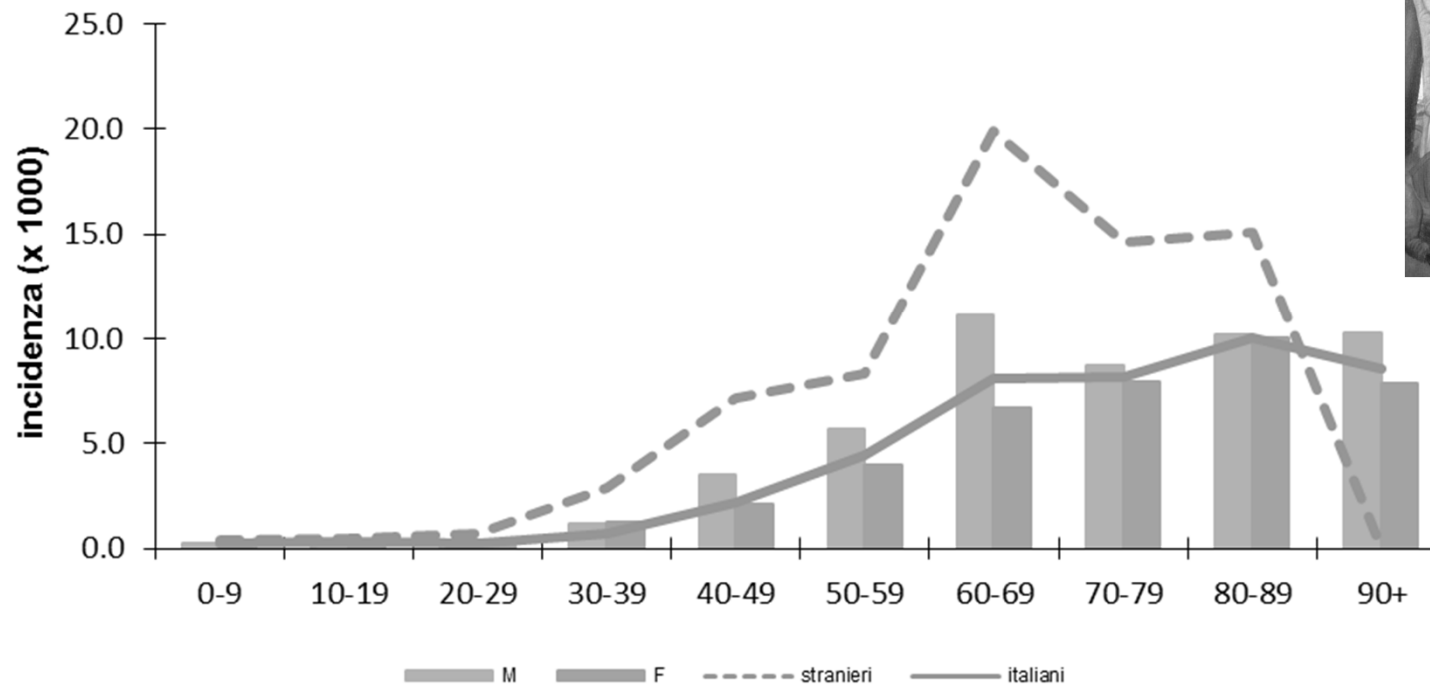
$p < 0.05$





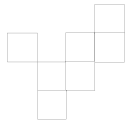
Registro diabete RE - Incidenza

Tassi di incidenza (x 1000) per classe d'età, sesso e cittadinanza

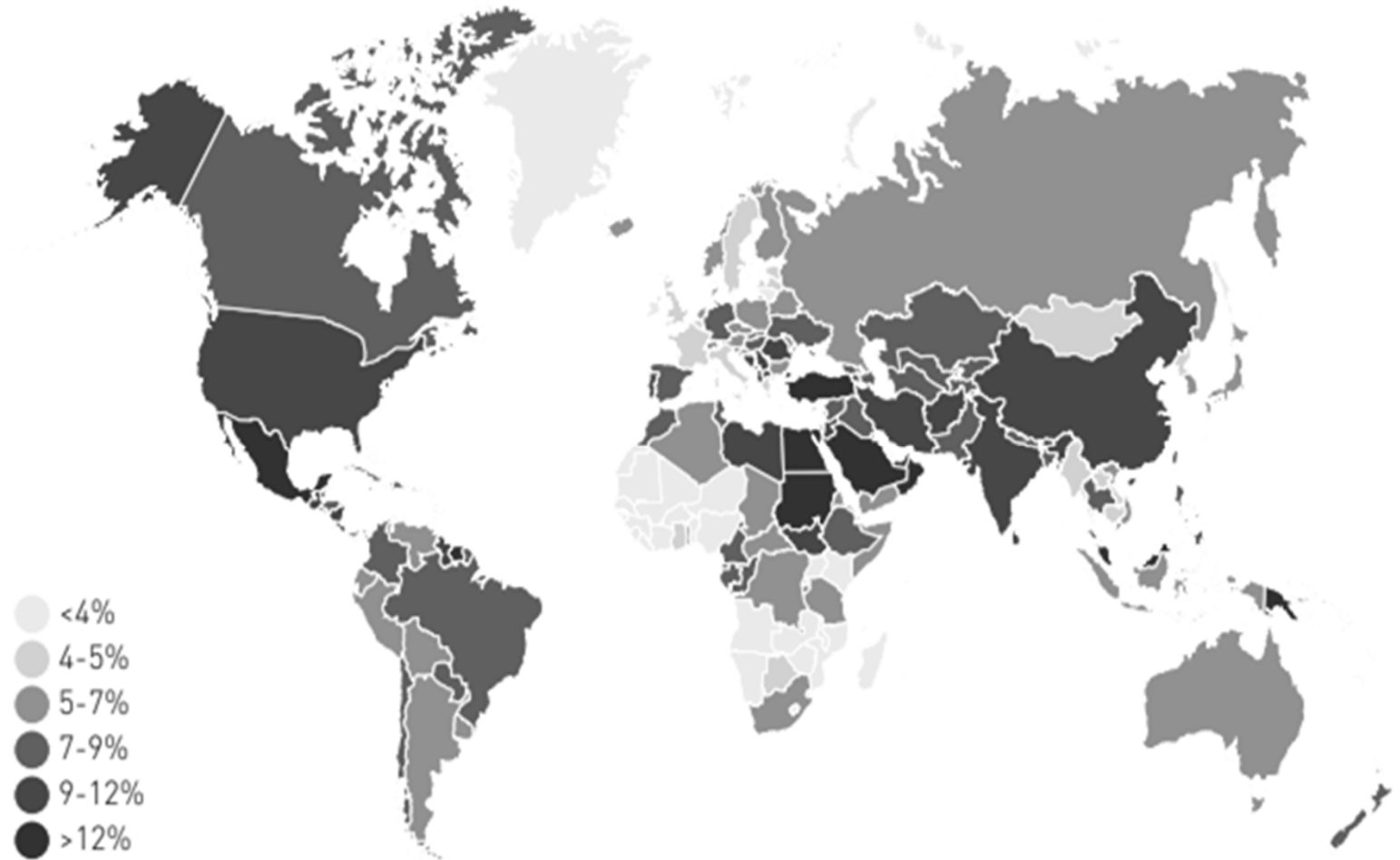


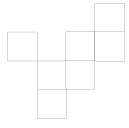
Anno 2016

- 1728 (3,7 x 1000) italiani
- 297 (4,5 x 1000) stranieri



Estimated age-adjusted prevalence of diabetes in adults (20-79 years), 2017



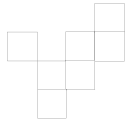


LE CRONICITA': DIABETE



C'è un rischio differente tra immigrati ed italiani

- gli stranieri hanno un rischio quasi doppio rispetto agli italiani di avere livelli di zuccheri nel sangue troppo elevati e rischiosi (in particolare tra indiani e pakistani)
- di non accedere al servizio dedicato alla cura del diabete: gli stranieri accedono meno
- di non eseguire gli esami del sangue per il monitoraggio della patologia: negli stranieri è maggiore la probabilità di non fare questi esami, in particolare tra le femmine (in particolare tra indiani e pakistani)
- di non accedere alle campagne di prevenzione primaria



COSA POSSIAMO CONCLUDERE?

- **SI CONFERMA L'EFFETTO MIGRANTE SANO ALL'ARRIVO (RICOVERI E PATOLOGIE)**
- ***FANNO ECCEZIONE ALCUNE PATOLOGIE ENDEMICHE E LATENTI (TB, PARASSITOSI)
CHE MERITANO UNA RICERCA ATTIVA PER UNA DIAGNOSI PRECOCE***
- ***BASSO RISCHIO DI TRASMISSIONE ALLA POPOLAZIONE GENERALE***
- **PATOLOGIE CRONICO-DEGENERATIVE ED EFFETTO MIGRANTE ESAUSTO**
 - **INFEZIONI E MALATTIE ACQUISITE NEL PAESE OSPITANTE**
 - **FRAGILITA' PSICOLOGICA E PSICHICA**

... DOBBIAMO ANCORA VEDERNE GLI EFFETTI NEGLI «SBARCHI» ...

Immigrati, salute e assistenza sanitaria: l'epidemiologia che manca

Migrants, health and healthcare: the new epidemiology we need

Francesco Forastiere, Andrea Micheli
Direttori scientifici di *Epidemiologia e Prevenzione*
Corrispondenza: epprev@reference.it

Sul tema Immigrazione
vedi anche l'editoriale
alle pagine 7-8
e il materiale on-line
www.epiprev.it/migrazioni

L'ottate scorsa le vicende dei migranti, dei soccorsi e dei morti nel Mediterraneo si sono proposte di nuovo in modo drammatico all'opinione pubblica; abbiamo visto crescere inolleranza e pregiudizi verso i popoli in migrazione. Poi sono stati siglati gli accordi con la Libia per evitare gli sbarchi, quando è apparso chiaro a tutti che meno arrivi sulle coste italiane significava (e significa) più sofferenza nei lager libici. In un clima cupo e lontano dall'idea di solidarietà e accoglienza che volevamo caratterizzare il nostro Paese, il Sostante di Rodolfo Saracci (*E&P* 2017;41(3-4):158) ha richiamato la responsabilità dell'epidemiologia nell'indagare le persone che migrano: difendere e interpretare i dati sulle statistiche vitali, sullo stato di salute, sulla qualità dell'assistenza per valutarne i rischi e indicare misure per la prevenzione e il miglioramento delle cure. Temi a cui *E&P* ha dedicato il recente supplemento *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia* (*E&P* 2017;3-4). Il fenomeno delle migrazioni è sicuramente complesso e le sue caratteristiche dei migranti non hanno ancora una chiara fisionomia. Profughi per ragioni politiche o economiche, richiedenti asilo con o senza permesso di soggiorno, vittime di tortura e violenza, e poi adulti, minori non accompagnati, persone di etnia, nazionalità, religione, cultura diversificate: soggetti diversi che spesso consideriamo un solo popolo, ma appartengono a denominatori confusi e non ben censiti. A tali denominatori sono associati morti in mare non riconoscibili e non attribuibili nemmeno per nazionalità. Dal 2014 sono stati registrati a livello mondiale più di 22.500 migranti morti o dispersi in viaggio, di cui almeno 15.000 nel Mediterraneo centrale (IOM. *Fatal Journeys. Volume 3, Part 1. Improving data on Missing Migrants*, 2017). E i numeri veri sono plausibilmente più alti perché molti eventi non sono registrati, in una drammatica vicenda di decessi senza storia. Decessi che probabilmente con politiche volte a garantire modi legali e più sicuri di movimenti da un Paese all'altro potrebbero in gran parte essere evitati.

Primo atto del fenomeno, abbiamo bisogno di sviluppare una epidemiologia delle migrazioni più strutturata, di migliorare le modalità di raccolta, analisi e comunicazione delle statistiche vitali dei migranti anche dopo la fase di emergenza. Una volta superate le difficoltà del viaggio, il destino di molti migranti è variabile e non ben definito. Spesso si trovano situazioni di precarietà, incertezza, discriminazione e salute cun-

promessa. Per anni si è ritenuto che l'effetto migrante non fosse sufficiente a raccontare il fenomeno dal punto di vista sanitario. All'inizio del periodo di permanenza nel Paese, i migranti esprimono comprensibilmente bisogni assistenziali limitati, ma poi, in relazione al tempo di permanenza, all'età, alle condizioni di vita e di lavoro che incontrano, si manifestano eventi sanitari che li portano a un rischio accresciuto. Nel tempo si manifestano patologie cardiovascolari, ipertensione e disagio psichiatrico, in gran parte dovuto all'incertezza, alle condizioni di vita precarie, allo sradicamento dalla propria cultura. Per i bambini e gli adolescenti che in gran numero giungono sulle nostre coste anche non accompagnati, la vicenda sanitaria è ancora in gran parte ignota.

Le condizioni di salute dei migranti sono demandate all'assistenza dell'SSN che dovrebbe garantire loro l'identica attenzione rivolta ai cittadini italiani, ma è a volte inadeguata e non omogeneamente offerta sul territorio nazionale, lascia colmare spesso dall'azione assistenziale di tante organizzazioni umanitarie che suppliscono ai ritardi dell'intervento pubblico. In Italia, c'è spazio anche per un'epidemiologia della discriminazione, della disparità di trattamento che agisce ogni giorno sulla possibilità di trovare un lavoro, di affittare una stanza o una casa, vedere un medico per le cure necessarie, e che nel tempo può portare a malattie indotte dallo stress, oltre a perdite economiche importanti che influenzano in modo negativo lo sviluppo complessivo della società.

In sintesi, l'epidemiologia italiana ha bisogno di allargare la propria visione. Abbiamo bisogno di una disciplina più attenta ai fenomeni nuovi della società, che caratterizza le popolazioni, studi l'occorrenza delle patologie anche in funzione dei fenomeni sociali, culturali e di discriminazione, ne valuti i percorsi assistenziali e aiuti alla decisione e all'azione. E sia anche uno strumento di advocacy. In Italia, vi è un gruppo solido di operatori riunito nella Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM), che rappresenta un network scientifico unico, specificamente volto alla tutela della salute degli immigrati e impegnato a sostenere le buone pratiche nell'assistenza sia a livello nazionale sia locale. È anche con loro che *E&P* chiama l'epidemiologia italiana a operare per costruire studi e progetti di epidemiologia della migrazione.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Per un'epidemiologia della migrazione in Italia: l'opportunità di nuove alleanze

For an epidemiology of migration in Italy: the opportunity of new partnerships

Maurizio Marasca, Giovanni Baglio, Salvatore Grati
Società italiana di medicina delle migrazioni SIMM
Corrispondenza: Maurizio.Marasca@unroma1.it

Rispondiamo volentieri all'invito formulato da *E&P*, cercando di rappresentare il punto di vista della Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM), che da circa 28 anni si interroga e si confronta sulla relazione tra salute e migrazione. Non è casuale che la prima delle raccomandazioni formulate nel documento finale della Prima Consensus Conference della SIMM del 1990 reciti testualmente: «Ricerca di una maggiore uniformità metodologica nella raccolta ed elaborazione dei dati che consenta di svolgere indagini e valutazioni multicentriche». Vale la pena di sottolineare preliminarmente che tale relazione si presenta per sua natura dinamica e complessa, in quanto caratterizzata e modulata da una molteplicità di variabili di contesto (i determinanti della salute), da una loro forte interdipendenza e variabilità nella generazione delle dinamiche di salute e di assistenza (e di eventuali disuguaglianze), nonché da una difficoltà di classificazione dello stesso fenomeno migratorio all'interno di rigide categorie socioantropologiche.^{2,3} In altre parole, gli immigrati rappresentano un «insieme sfocato», difficilmente classificabile, dove l'attribuzione alle diverse categorie non si risolve in questioni del tipo tutto-o-niente, ma si gioca lungo un continuum di appartenenza, secondo una logica fuzzy in cui nulla può essere separato dal resto una volta per tutte.⁴

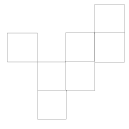
Conoscere i bisogni dei migranti, che variano nel tempo e nello spazio in relazione alla natura e alla durata del loro specifico progetto migratorio, nonché alle loro condizioni di integrazione, è, infatti, presupposto fondamentale per la definizione di politiche idonee, sulla base di una programmazione mirata, e per l'organizzazione di un'offerta che sia realmente inclusiva ed equa. D'altronde, è utile ricordare che alle origini della «epidemiologia sociale» vi sono proprio gli studi condotti sui migranti.⁵ La questione riguarda, in effetti, la corretta declinazione dell'art. 32 della nostra Costituzione e, conseguentemente, l'inscindibile relazione tra salute e dignità, come – non a caso – recita il motto della SIMM: *Dignitas in Salute, Salus in Dignitate*. Ha recentemente affermato Michael Marmor: «One way or another people with dignity is in unassured and respond to health problems caused by their migratory status».⁶

Negli ultimi anni, una maggiore attenzione al fenomeno migratorio e alle sue implicazioni sulla salute (e sulla vita)

delle persone è stata catalizzata dalla drammatica contingenza del fenomeno degli sbarchi. Occorre, però, fare attenzione a non «schiacciare» l'intero fenomeno migratorio su una dimensione di emergenza (che ne è una componente parziale e contingente, per quanto rilevante).³ In Italia, infatti, vivono circa 5,5 milioni di persone di origine straniera (più un numero imprecisato, ma verosimilmente vicino a un 8% di questi, di persone prive di regolarità giuridica), a fronte di circa 0,5 milioni di persone sbarcate in Italia nel triennio 2014-2016.⁷ Non dimenticare la componente stabile, anzi, partire proprio da questa per imparare a gestire l'emergenza significa offrire dati ed elementi che servono a supportare i processi di integrazione. Resta il fatto che i circa 60.000 morti stimati dall'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM) dal 2000 a oggi⁸ interrogano le coscienze di noi tutti, soprattutto perché una gran parte di queste erano evitabili.

Da un punto di vista strettamente tecnico, è possibile schematicamente sottolineare le seguenti opportunità e criticità.

FONTI DI DATI SANITARI. Come noto, in questi anni si è fatto prevalentemente ricorso a flussi informativi sanitari correnti, più che a studi ad hoc. Tali flussi hanno riguardato, in particolare: • l'assistenza ospedaliera (SIO); • le condizioni neonatali (CeDAP); • l'aborto spontaneo e volontario (modelli D11/D12 dell'Istat); • gli infortuni sul lavoro (flussi Inail); • le malattie infettive a notificazione obbligatoria (SIMI) od oggetto di specifici registri (HIV/AIDS, epatiti eccetera); • la mortalità (modelli D4/D4bis dell'Istat). A partire da tali fonti, è stato possibile iniziare a valutare e monitorare ambiti di salute e di assistenza rilevanti. A tale riguardo non mancano, però, criticità in ordine alla disponibilità, alla qualità e alla completezza delle informazioni. Per esempio, la possibilità di identificare gli stranieri all'interno delle banche dati rimane ancora oggi problematica a causa dell'assenza di uno specifico campo sul Paese di cittadinanza nel corrispettivo tracciato record del sistema di notifica delle malattie infettive (limitatamente alle patologie di classe III). Inoltre, nella maggior parte dei sistemi informativi non è possibile o non è agevole disaggregare i dati riguardanti gli stranieri non iscritti al servizio sanitario (i cosiddetti stranieri temporaneamente presenti, STR, ed es-



La salute degli immigrati: una delle dimensioni dell'integrazione





GRAZIE