

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
Unità di Epidemiologia

COLLANA PROGETTO SALUTE N. 10



La salute

della popolazione straniera a Reggio Emilia



A cura di:

SILVIA CANDELA

MARINA GRECI

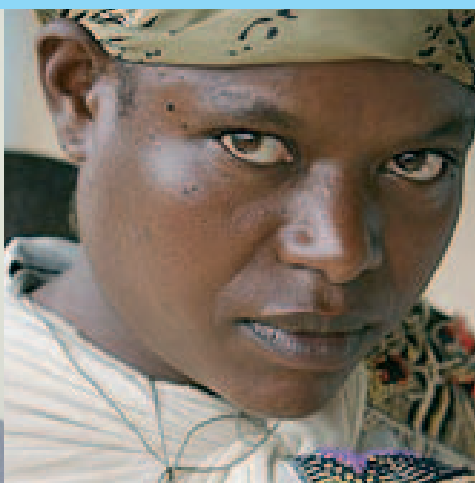
SARA PERGOLIZZI

CHIARA VENTURA

FERDINANDO LUBERTO



La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia



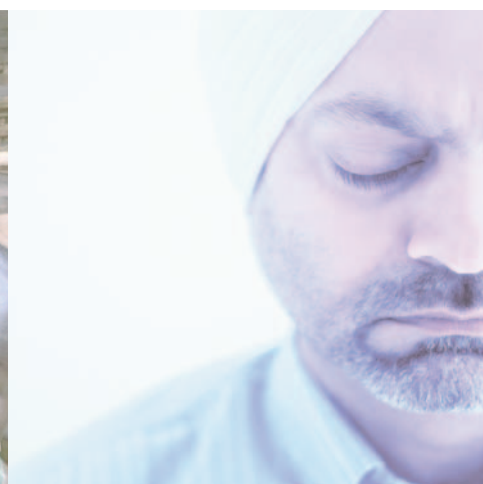
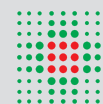
A cura di:

SILVIA CANDELA, MARINA GRECI¹, SARA PERGOLIZZI, CHIARA VENTURA, FERDINANDO LUBERTO

Unità di Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Reggio Emilia.

¹Servizio di Igiene Pubblica, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Reggio Emilia.

Reggio Emilia, Dicembre 2006



Ringraziamenti

Ringraziamo per la preziosa collaborazione molti colleghi dell'Azienda USL di Reggio Emilia che hanno fornito dati, consigli e suggerimenti:

GIANLUCA GIOVANARDI,	ROSSELLA RODOLFI,
MARA MANGHI,	LUISA PATERLINI,
ANDREA FORACCHIA,	FRANCESCA CASINI,
TERESA FONTANESI,	PATRIZIA GUIDETTI,
ROSSANO FORNACIARI,	ANNARELLA LUSVARDI,
GADDO MARIA GRASSI,	MARZIA REGGIANI,
SANDRO MALAGÒ,	LAURA SEVERI,
ROBERTO BOSI,	LUCIA MANGONE,
GIAMPIERO MONTANARI,	ANNAMARIA PEZZAROSSO,
LAURETTA CHIELI,	GIORGIA COLLINI,
MARIA CAVALLARO,	VILMA ZAMBONELLI,
LUCIANO SOLOGNI,	CINZIA ROMANO,
ADRIANO JONUS,	CINZIA PERILLI

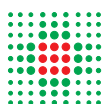
Ringraziamo inoltre:

l'Osservatorio sulla Popolazione Straniera della Provincia di Reggio Emilia per averci fornito con tempestività e accuratezza i dati di popolazione:

DANIELA CASOLI
M. LODOVICA FRATTI

Il Servizio Sanità Pubblica dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna, per i dati aggiornati sull'AIDS:

ALBA CAROLA FINARELLI
ERIKA MASSIMILIANI

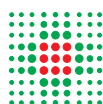


Altri volumi nella stessa collana

- 1. AA.VV. *Epidemiologia delle malattie infettive nella provincia di Reggio Emilia nel periodo 1983-1997*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 1999.
- 2. Berselli S., Borghi A., Bottazzi R., Dalmazzi F. *Gli infortuni sul lavoro a Reggio Emilia e in Emilia Romagna (1994-1997)*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2000.
- 3. Luberto F., Bizzarri S., Cassinadri Mt., Lari U., Marchesi C., Ragni P., Candela S. *La mortalità in provincia di Reggio Emilia nel periodo 1994-1997*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2000.
- 4. Fantini V., Ragni P. *Le encefalopatie spongiformi trasmissibili*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2001.
- 5. Campari C., Cassinadri Mt., Luberto F., Mangone L., Ragni P., Candela S. *Alcune informazioni sulle condizioni dello stato di salute della popolazione della provincia di Reggio Emilia*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2001.
- 6. Campari C., Borghi A., Collini G., Candela S. *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali in Emilia Romagna. Quadro di riferimento per tutti i comparti produttivi; analisi per alcuni settori a particolare rischio (edilizia, metalmeccanica, legno, servizi sanitari)*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2002.
- 7. Mangone L., Serra L., Rondini E., Zoboli A., Candela S. *I tumori in provincia di Reggio Emilia nel biennio 1998-99*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2003.
- 8. Candela C., Cavuto S., Luberto F. *Condizioni socio-economiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2005.
- 9. Mangone L., Rondini E., Paterlini L., Serra L., Bedeschi M., Gambarelli L., Zoboli A., Candela S. *I tumori in provincia di Reggio Emilia nel periodo 1996-2003*. Montecchio Emilia (RE), Coop Sociale L'Olmo, 2005.

Copia della pubblicazione può essere richiesta al seguente indirizzo:

Azienda USL di Reggio Emilia - Dipartimento di Sanità Pubblica: Unità di Epidemiologia
Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia - Tel. 0522 335.457 - Fax 0522 335.460 - e-mail: carmen.comi@ausl.re.it



Le agenzie internazionali delle Nazioni Unite che si occupano dei flussi migratori sul pianeta prevedono che entro i prossimi 15 anni il 16% della popolazione italiana sarà di origine straniera: uomini e donne in cerca di lavoro e, attraverso il lavoro, di condizioni di vita a cui hanno diritto tutti gli esseri umani. Questa proporzione di immigrati è molto simile a quella che alcune città e regioni italiane (Milano, Torino, Brescia, il Nord-Est, Roma) già conoscono; tuttavia a questo fenomeno non è dedicata l'attenzione che merita. Dobbiamo alla *Caritas* - e non ad organismi governativi, come pure dovrebbe essere - la pubblicazione annuale di un rapporto sulle condizioni degli immigrati nel nostro Paese. Eppure fino a non molto tempo fa generazioni intere di italiani, per oltre un secolo, sono fuggite dal bisogno trovando - a caro prezzo - e creando ricchezza nei Paesi che li hanno ospitati. Come i nuovi ricchi - *i parvenus* - abbiamo la memoria corta e ci infastidisce chi ci ricorda come eravamo. *Snob* è una crasi di *sine nobilitate*, ma pochi se lo ricordano.

Questo rapporto sulla salute degli immigrati nella provincia di Reggio Emilia ha tanti meriti ma i due di maggior rilievo stanno proprio nell'aver fatto di un brusio sommesso e sconnesso un discorso compiuto e nell'aver indicato una via per continuare e migliorare.

Gli autori hanno sviluppato il loro discorso seguendo alcune direttrici principali e colpisce la razionalità dell'approccio e la ricchezza degli indicatori.

Chi sono gli immigrati?

Così scopriamo le diversità legate alle aree geografiche di provenienza; non solo demografiche (di genere e di età) ma anche professionali (la specificità del lavoro - e quindi dei rischi professionali - secondo la nazionalità), nosologiche (subire i rischi di malattia dei Paesi di origine) e attitudinali (diversa disponibilità a fruire dei nostri servizi sanitari).

Sono una minaccia per la salute dei locali?

Con una ricca documentazione gli autori dimostrano che alcune malattie opportunamente usate come traccianti di un possibile contagio dei locali (tubercolosi, scabbia, malaria e AIDS) hanno diffusione solo nelle comunità degli immigrati.

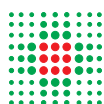
I loro bisogni di salute sono diversi dai nostri?

Per certi versi, sì; ma solo in quanto espressione di condizioni ambientali sfavorevoli che noi ci siamo lasciati alle spalle (tubercolosi, malattie diarroiche a trasmissione oro-fecale) o che abbiamo preferito lasciare a loro (incidenti sul lavoro).

Il nostro servizio sanitario dà risposta ai loro bisogni?

Gli autori ci fanno conoscere una situazione molto composita. La salute riproduttiva delle donne immigrate è seriamente peggiore di quella delle donne italiane ma i Consultori registrano un progressivo miglioramento nell'uso dei loro servizi. Ciò nonostante la mortalità infantile della popolazione immigrata è ancora a valori inaccettabili ed è espressione dell'insufficienza dei controlli sanitari in gravidanza.

Oggi sono residenti in Italia tre milioni di cittadini nati all'estero; corrispondono alla popolazione di una regione di medie dimensioni. Si tratta, in genere, di soggetti di giovane età e, quindi, non affetti da malattie croniche (incidono poco sulla spesa sanitaria). Sono essenziali per molte attività produttive e per la cura alle persone (malati e anziani). Il bilancio demografico in Italia è tornato ad essere positivo grazie agli immigrati residenti. Ce n'è abbastanza per convincersi che la tutela e la promozione della salute dei nuovi cittadini travalica la solidarietà perchè è una questione di equità. Con questo rapporto gli autori ce lo hanno fatto capire meglio.



“...La popolazione immigrata è, per definizione, selezionata per salute; gli ammalati gravi non possono partire: parte la popolazione giovane che può affrontare la costruzione di una nuova vita. I casi di malattie tropicali tradizionali (...) sono eventi rari negli immigrati in Italia: eventi che i nostri specialisti in malattie infettive sanno bene come curare... E allora quali i problemi reali di salute degli immigrati? Non dissimili dai nostri: malattie infantili, esigenze di assistenza alla gravidanza e al parto, malattie croniche, incidenti sul lavoro, domestici e stradali...”
Ed ancora:

“...Il nostro Sistema Sanitario è perfettamente in grado di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento... seppure la domanda di salute dei nuovi italiani non è diversa da quella dei vecchi, restano attuali e forti, importanti problemi che ostacolano l’offerta di salute alla popolazione che viene a vivere da noi. Da problemi di accoglienza a gruppi che arrivano privi di ogni cosa e senza prospettive organizzate di lavoro e di vita a problemi di comunicazione tra lingue, culture, tradizioni molto diverse da quelle italiane a problemi di risorse e meccanismi di cooperazione economica”.

Con queste parole, pronunciate nell’ambito della Tavola Rotonda inaugurale del 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene (SIItI), il ministro della salute, Livia Turco¹, ha fatto una realistica sintesi di ciò che potremmo definire la cornice del quadro dei temi sanitari dell’immigrazione nel nostro Paese.

E nella cornice così definita ben si inserisce questo Rapporto che fotografa una specifica realtà, quella di Reggio Emilia, ed è una fotografia nitida, ricca di particolari, molti in primo piano, alcuni appena intravisti.

Non esiste a livello nazionale un rapporto, per strutturazione ed analisi dei vari livelli assistenziali, così completo ma molti dei dati riportati rispecchiano la realtà italiana e confermano quanto il Ministro ha dichiarato al Convegno di Catania.

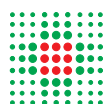
Per storia e definizione, l’immigrazione nel nostro paese è una realtà strutturata e nel contempo articolata e complessa con chiare differenziazioni sia a livello locale sia a livello temporale: analizzare questa realtà permette di confrontarsi con elementi di novità rispetto alle tendenze nazionali e di vedere nel tempo l’evoluzione del fenomeno stesso.

Le analisi contenute nel Rapporto sono condivisibili così come le conclusioni e le proposte degli autori ma vogliamo sottolineare almeno tre aspetti che, a nostro avviso, rendono questo lavoro particolarmente interessante:

- 1) il tentativo di completezza, anche se gli autori stessi evidenziano ancora ambiti di debolezza nei flussi e nel consolidamento dei dati: indicatori innovativi rispetto a dati largamente mancanti a livello nazionale e di altre realtà locali (iscritti al SSN e scelta del medico; livelli assistenziali degli stranieri temporaneamente presenti; analisi degli accessi in pronto soccorso, adesione a campagne di prevenzione...);
- 2) l’analisi differenziata per paesi di provenienza dove si mette in evidenza l’estrema fragilità sia nelle condizioni di malattia, sia nell’accesso ai servizi di alcune comunità come quella cinese;
- 3) l’attenzione all’accessibilità ed alla competenza culturale con uno specifico sguardo alla prevenzione.

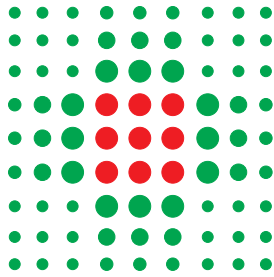
Proprio quest’ultimo aspetto ci sembra cruciale: un recente editoriale di una delle più importanti riviste medico-scientifiche, *The Lancet*, intitolato “*Migrazione e salute: una relazione complessa*”², focalizza la sua attenzione oltre che su fattori sociali (occupazioni rischiose e situazioni di sfruttamento sul lavoro, precarietà alloggiativa, etc.), sulle insufficienti capacità di tutela da parte dei paesi ospitanti e sulle dinamiche di discriminazione esistenti, in particolare sulla tendenza crescente alla vulnerabilità degli immigrati - per cui le famiglie di seconda generazione possono avere condizioni di salute peggiori di quelle dei loro connazionali non emigrati e aumento dei tassi di malattie croniche - e più specificatamente, sulle possibilità ridotte che gli stranieri immigrati accedano ai servizi di prevenzione e all’informazione di interesse sanitario.

Accesso e fruibilità dei servizi, soprattutto nell’ambito della medicina preventiva, ci sembrano le frontiere dell’impegno in ambito sanitario con la popolazione immigrata; conoscere, come questo Rapporto aiuta a fare, per pianificare interventi adeguati in un’ottica di equità intesa come dare a tutti le medesime possibilità, è un’operazione indispensabile ed ineludibile anche per cogliere ciò che il ministro ha definito la sfida della convivenza: “Per gli immigrati una parola forte: integrazione... Non è efficace l’integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve “integrare” col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani! Per questo preferisco parlare di convivenza. E dunque della fatica ma anche della bellezza del conoscersi e del riconoscersi. Integrità della persona, interazione, integrazione sociale, sviluppo di una democrazia più inclusiva: questa è la sfida che ci sta di fronte.”



¹ Turco L., *La prevenzione per la promozione della salute e l’integrazione dei popoli*, Relazione al 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene. Catania, 27 Ottobre 2006. <http://www.sitinazionale.com/cont/2300art/0611/1700/>

² The Lancet, *Migration and health: a complex relation*. Vol 368 September 23, 2006, p. 1039. www.thelancet.com



Sommario

■ INTRODUZIONE: OBIETTIVI E METODI

■ PRIMA PARTE: L'IMMIGRAZIONE A REGGIO EMILIA

1. Numero e nazionalità

2. Condizioni di salute nei Paesi di origine

3. Distribuzioni per età a confronto

■ SECONDA PARTE: IL RICORSO ALLE STRUTTURE SANITARIE

1. L'Ospedale

Il Ricovero:

- Andamento, regime, urgenze
- Frequenza
- Il ricovero degli Stranieri Temporaneamente Presenti
- Strutture ospedaliere di ricovero

In sintesi

Il Pronto Soccorso (P.S.)

In sintesi

2. L'assistenza di Base: la scelta del Medico di Medicina Generale

3. Il Consultorio materno-infantile

4. Il Centro "Famiglia Straniera"

5. I Servizi Psichiatrici Pubblici

- I Servizi territoriali
- Il ricovero nel S. Psichiatrico di Diagnosi e Cura

In sintesi

6. Il SERT

7. Gli screening oncologici

- Mammella
- Collo dell'utero
- Colon-retto

In sintesi

■ TERZA PARTE: GRAVIDANZE, NUOVI NATI, BAMBINI

1. Gli eventi ostetrici

- I parti
- Gli aborti spontanei
- Le interruzioni volontarie di gravidanza
- Gli eventi ostetrici nelle donne Straniere Temporaneamente Presenti

2. L'assistenza in gravidanza

- Le visite
- L'epoca della prima visita
- Le ecografie
- Le indagini invasive prenatali

3. Le condizioni del nuovo nato

- Il peso alla nascita
- La natimortalità
- I ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita
- La mortalità infantile

4. I ricoveri ospedalieri nei bambini in età 1-14 anni

In sintesi

■ QUARTA PARTE: I GIOVANI E GLI ADULTI

1. Le cause di ricovero ospedaliero

- I ricoveri ospedalieri 15-44 anni
- I ricoveri ospedalieri 45-64 anni
- I ricoveri per traumi

In sintesi

2. Gli infortuni sul lavoro

- Frequenza
- Gravità
- Stima del rischio

In sintesi

3. Le malattie infettive

- La Tubercolosi
- La Malaria
- La Scabbia
- L'AIDS

In sintesi

4. I tumori

- Tutte le sedi
- Polmone uomini
- Fegato uomini
- Prostata
- Mammella donne

In sintesi

5. Le cause di accesso agli ambulatori dedicati

- Centro Famiglia Straniera

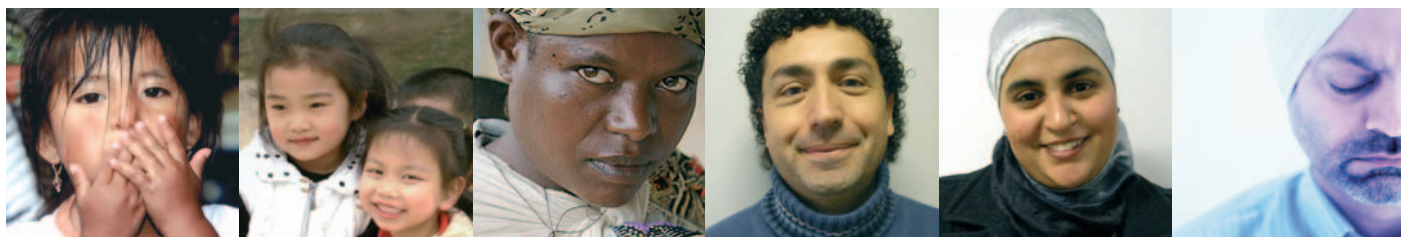
6. La mortalità

In sintesi

CONCLUSIONI

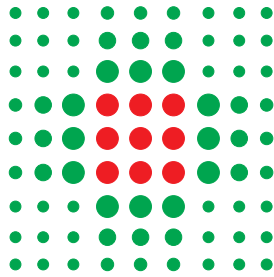
APPENDICE

BIBLIOGRAFIA



*La salute
della popolazione straniera
a Reggio Emilia*

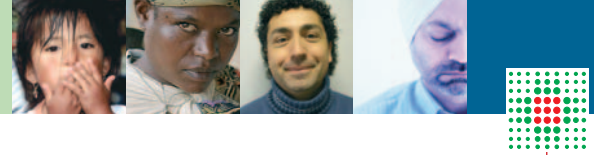






Introduzione





La popolazione straniera residente a Reggio Emilia al 31.12.2004 rappresenta ormai quasi l'8%¹ della popolazione totale ed è costituita da persone provenienti da nazioni assai diverse tra loro per cultura, tradizioni, organizzazione sociale e sanitaria. Sono parte integrante del nostro tessuto produttivo e sociale, hanno problemi di salute in parte legati alla loro condizione di immigrato, in parte, come tutti, connessi alle loro caratteristiche anagrafiche e alla storia di vita precedente. Utilizzano il sistema sanitario come hanno imparato a fare nei Paesi di origine, secondo quanto hanno capito della nostra organizzazione sanitaria, in relazione alle caratteristiche di accessibilità che percepiscono.

E' quindi importante impostare un sistema di sorveglianza delle condizioni di salute di una porzione così rilevante di popolazione, centrato sulle diverse nazionalità, finalizzato a cogliere sia i principali problemi di salute che le modalità di utilizzo dei Servizi sanitari.

A che scopo? Si possono elencare diversi utilizzi di un tale "profilo di salute": una migliore programmazione dei servizi sanitari, che tenga conto dei nuovi, o solo diversamente frequenti, bisogni di salute; il desiderio di colmare, o prevenire, le disuguaglianze di salute che le difficili esperienze di vita si portano appresso; la necessità di indirizzare verso un utilizzo più congruo, e quindi più efficiente, dei servizi sanitari.

Più in generale, si può ipotizzare che un buon ascolto delle necessità e dei problemi di salute di una parte di popolazione, numericamente rilevante e socialmente complessa possa far sì che sia favorito il processo di integrazione in una collettività che per ragione di cose, se non per libera scelta, si avvia a divenire irreversibilmente multiculturale.

Obiettivo dell'indagine

L'indagine che qui presentiamo ha lo scopo di tracciare un quadro delle modalità di ricorso ai Servizi sanitari e delle condizioni di salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia, utilizzando le fonti informative correnti. Due le novità di questo rapporto:

- propone un'analisi per nazionalità, per tutti i temi in cui i numeri in gioco lo consentono;
- per effettuare i confronti (con la popolazione italiana, tra diverse nazionalità immigrate) non usa, di massima, misure proporzionali ma calcola i tassi di occorrenza dell'evento in studio. Questo aspetto risulterà più chiaro nel paragrafo successivo "Metodi di lavoro".

Metodi di lavoro

Definizione del termine "Stranieri"

In questo studio sono state considerate come "straniere" le persone con cittadinanza in Paesi classificati² come "in via di sviluppo" o "meno sviluppati" o appartenenti all'Europa centrale e orientale o alla Comunità degli Stati Indipendenti (CSI), con residenza in un comune della provincia di Reggio Emilia.

Non viene quindi trattato il tema delle condizioni di salute degli irregolari, tranne brevemente per i ricoveri ospedalieri e nel capitolo dedicato al Centro Famiglia Straniera di Reggio Emilia. Ai cittadini stranieri irregolari è comunque garantita l'assistenza sanitaria e, a tal fine, vengono classificati nel sistema di registrazione del Servizio Sanitario come "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP).

Gli stranieri appartenenti ai Paesi dell'UE dei 15 o agli altri Paesi OCSE "ad alto reddito", sempre secondo il Rapporto ONU (Australia, Canada, Corea del Sud, Giappone, Islanda, Norvegia, Nuova Zelanda, Svizzera, USA) sono stati assimilati agli Italiani, ai fini dell'analisi dei dati.

¹ Alla fine 2005 secondo la stima Caritas la frequenza di stranieri a Reggio Emilia ha raggiunto il 9,3%, quinta provincia italiana per immigrazione, dopo Prato, Brescia, Pordenone, Roma (Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes, 2006).

² secondo il "Rapporto sullo Sviluppo Umano 2004", United Nations Development Programme, 2004



Eventi indagati

Gli eventi considerati in questo studio sono quelli codificati nei Flussi informativi correnti o direttamente registrati dalla struttura erogatrice della prestazione (Centro Famiglia Straniera, SS. Psichiatrici), come di seguito elencati:

Eventi	Fonte
Mortalità adulti	Registro Provinciale Mortalità
Mortalità infantile	Registro Provinciale Mortalità
Tumori	Registro Tumori Reggiano
Infortuni sul lavoro	Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro - INAIL
Malattie infettive	Registro Provinciale Malattie Infettive
Ricoveri ospedalieri	Banca dati SDO - Regione Emilia Romagna
Parti	Banca dati SDO - Regione Emilia Romagna
IVG	Banca dati SDO - Regione Emilia Romagna
Aborti spontanei	Banca dati SDO - Regione Emilia Romagna
Assistenza in gravidanza	Banca dati Cedap - Regione Emilia Romagna
Peso alla nascita	Banca dati Cedap - Regione Emilia Romagna
Natimortalità	Banca dati Cedap - Regione Emilia Romagna
Accessi al Pronto Soccorso	Banca dati ASA - Regione Emilia Romagna
Accessi al Centro Famiglia Straniera	Dati della struttura
Accessi ai Servizi Psichiatrici	Dati dei Servizi Psichiatrici
Accessi al SERT	Sistema Informativo Tossicodipendenze

Costruzione dei denominatori per il calcolo dei tassi

Le fonti demografiche³ non riportano le informazioni sulla distribuzione per classi di età nei due generi per singola nazionalità. Per ottenere questa informazione sono quindi possibili due strade:

- la consultazione dell'anagrafe sanitaria;
- la stima campionaria, attraverso i dati di alcuni comuni della provincia, scelti con il criterio della dimensione o della presenza di stranieri.

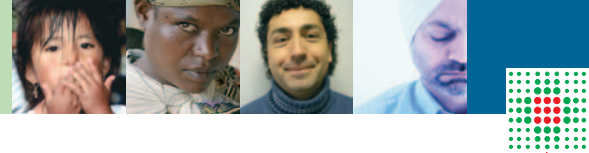
Poiché le anagrafi comunali risultano essere la fonte primaria di dati, a cui attinge l'anagrafe sanitaria, aggiungendo o sottraendo soggetti assistibili secondo proprie logiche amministrative, abbiamo preferito fare riferimento direttamente ai dati delle anagrafi comunali, raccolti dalla Regione, da cui tuttavia risulta solo il numero, per genere, dei cittadini immigrati delle diverse nazionalità, rilevato al 31.12 di ogni anno.

Per stimare la distribuzione per classi di età delle nazionalità più rappresentate nella provincia di Reggio Emilia abbiamo quindi richiesto questa informazione a sette comuni (su 45), scelti per dimensione e presenza di stranieri, che da soli ospitano poco meno del 60% degli immigrati in provincia.

Comune	N. abitanti	% stranieri
Reggio Emilia	155.191	9,7
Correggio	21.953	7,9
Guastalla	14.400	8,3
Luzzara	8.890	14,8
Montecchio E.	9.592	6,0
Novellara	12.793	9,9
Scandiano	23.350	4,5

Percentuale di stranieri residenti nei comuni scelti per la stima della distribuzione per età

³ Fonte: Osservatorio sulla popolazione straniera della Provincia di Reggio Emilia, che raccoglie annualmente le informazioni dalle anagrafi di tutti i comuni, relativamente agli immigrati residenti. I dati per genere e classe di età sono forniti solo per la totalità degli stranieri registrati in anagrafe, mentre per singola nazionalità vengono comunicati unicamente i totali per genere.



Dopo avere verificato la congruenza tra i dati provenienti dai sette comuni indagati, è stata calcolata la distribuzione media per età e genere delle nove nazionalità considerate (Marocco, Albania, Cina, India, Pakistan, Ghana, Nigeria, Romania e Ucraina-Moldavia) al 31.12.2004 ed è stata applicata al totale degli immigrati di quelle nazionalità presenti in provincia nel 2003 e nel 2004. Per tenere conto del cambiamento del numero di stranieri nel corso dell'anno, è stata stimata la popolazione presente a metà anno. In Appendice sono illustrati i dati e i calcoli su cui si fonda la stima della composizione per genere e classi di età delle popolazioni immigrate.

L'applicazione dello stesso pattern di età rilevate nel 2004 anche all'anno precedente è stata considerata accettabile, poiché entrambi gli anni sono successivi e contigui alla sanatoria entrata in vigore dopo l'approvazione della L 189/2002 (nota come Bossi-Fini), che ha portato alla regolarizzazione di molte posizioni e a seguito della quale sono avvenuti numerosi ricongiungimenti familiari.

Metodi statistici

Per la maggior parte degli eventi indagati sono stati calcolati i tassi grezzi e i tassi età specifici. Per il confronto con la popolazione italiana è stato calcolato il Rapporto tra tassi, specifici per genere ed età (Rischio Relativo – RR) oppure è stata effettuata la standardizzazione indiretta, con il calcolo dei Rapporti Standardizzati, la cui struttura viene di seguito brevemente illustrata, ed i relativi Intervalli di Confidenza (IC) al 95%.

Per alcuni eventi sono stati calcolati indicatori diversi dai tassi, se essi risultavano più appropriati a descrivere il fenomeno in esame (es.: Proporzioni di Abortività Spontanea).

Standardizzazione indiretta:

Per effettuare i confronti tra due diverse popolazioni, una modalità per eliminare l'influenza della possibile differenza nella struttura per età è rappresentata dal calcolo del Rapporto Standardizzato (di incidenza, di mortalità, di ospedalizzazione, di ricorso a una procedura sanitaria). Esso è basato sul rapporto tra casi osservati e casi attesi, questi ultimi calcolati nell'ipotesi che la popolazione in studio sperimenti la stessa misura di occorrenza di un'altra popolazione, scelta come riferimento.

Di seguito forniamo la struttura del Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI):

$$RSI = \frac{\text{Osservati}}{\text{Attesi}}$$

Ove:

$$\begin{aligned} \text{Osservati} &= \sum O_{si} \\ \text{Attesi (A)} &= \sum (T_{s,i,j} * P_{s,i}) \end{aligned}$$

O_{si} = eventi osservati nella i -esima classe di età della popolazione in studio, per il sesso considerato

$T_{s,i,j}$ = Tasso di incidenza sesso, età, causa specifico nella popolazione di riferimento

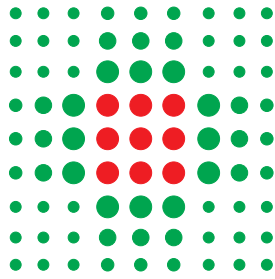
P_{si} = popolazione in studio nella i -esima classe di età, per il sesso considerato

In questo lavoro la popolazione di riferimento, se non altrimenti specificato, è costituita dai residenti nella provincia di Reggio Emilia di nazionalità italiana o assimilata (UE dei 15, PSA).

L'Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) è calcolato con il metodo approssimato di Byar:

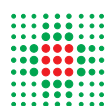
$$\lim \inf = \frac{O}{A} \left[1 - \frac{1}{9O} - \frac{1.96}{3\sqrt{O}} \right]^3 \qquad \lim \sup = \frac{O+1}{A} \left[1 - \frac{1}{9(O+1)} + \frac{1.96}{3\sqrt{O+1}} \right]^3$$

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con SPSS, versione 11.5 per Windows.





PRIMA PARTE





1. Numero e nazionalità

In Italia i cittadini stranieri residenti al primo gennaio 2005 sono 2.402.157 (4,1% della popolazione totale)⁴ e in Emilia-Romagna risultano registrati alle anagrafi comunali 257.233 cittadini stranieri (6,2% della popolazione regionale)⁵. Nella provincia di Reggio Emilia sono registrati alla stessa data 38.075 stranieri (7,8% della popolazione della provincia)⁶. La presenza percentuale di stranieri è la più elevata della regione, come evidenzia la tabella seguente:

Provincia	N. cittadini stranieri	% su popolazione totale
Piacenza	18.736	6,8
Parma	27.724	6,7
Reggio Emilia	38.075	7,8
Modena	49.921	7,6
Bologna	55.824	5,9
Ferrara	11.294	3,2
Ravenna	20.141	5,5
Forlì-Cesena	20.067	5,4
Rimini	15.451	5,4
Totale Regione	257.233	6,2

N. residenti NON italiani registrati alle anagrafi comunali al 01.01.2005 per provincia di residenza (Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio controllo di gestione e sistemi statistici)

Le nazionalità più rappresentate, in ordine decrescente di frequenza, sono indicate nella tabella successiva.

Rango	Paese	MASCHI	FEMMINE	Totale
1	Marocco	4.384	3.076	7.460
2	Albania	2.535	1.636	4.171
3	India	1.964	1.365	3.329
4	Cina	1.710	1.436	3.146
5	Pakistan	1.597	777	2.374
6	Tunisia	1.504	734	2.238
7	Ghana	1.055	785	1.840
8	Ucraina	211	1.425	1.636
9	Romania	577	630	1.207
10	Egitto	811	323	1.134
11	Nigeria	322	478	800
12	Moldavia	169	500	669

N. di cittadini residenti delle 12 nazionalità straniere più rappresentate a Reggio Emilia al 01.01.2005, per genere (Fonte: Regione Emilia-Romagna, Servizio controllo di gestione e sistemi statistici)

Nella valutazione delle condizioni di salute, che qui presentiamo, abbiamo di massima fatto riferimento a nove nazionalità: Marocco, Albania, India, Cina, Pakistan, Ghana, Ucraina-Moldavia (UM), Romania, Nigeria, operando alcune scelte:

- sono state escluse dall'analisi Tunisia ed Egitto, nella presunzione che il Marocco fosse sufficientemente rappresentativo degli immigrati provenienti dall'area maghrebina;
- sono state accorpate Ucraina e Moldavia⁷, contigue geograficamente, che presentano valori simili degli indicatori di salute e i cui immigrati hanno analoghi progetti migratori.

Per alcuni argomenti, tuttavia, sono state utilizzate aggregazioni geografiche più ampie (Africa del nord, Asia orientale ecc.).

⁴ Fonte: Istat

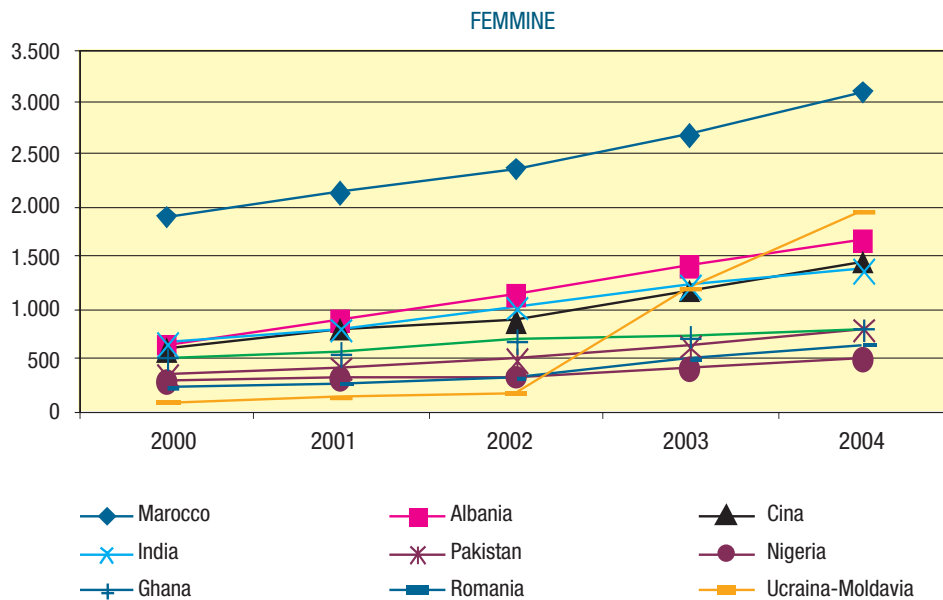
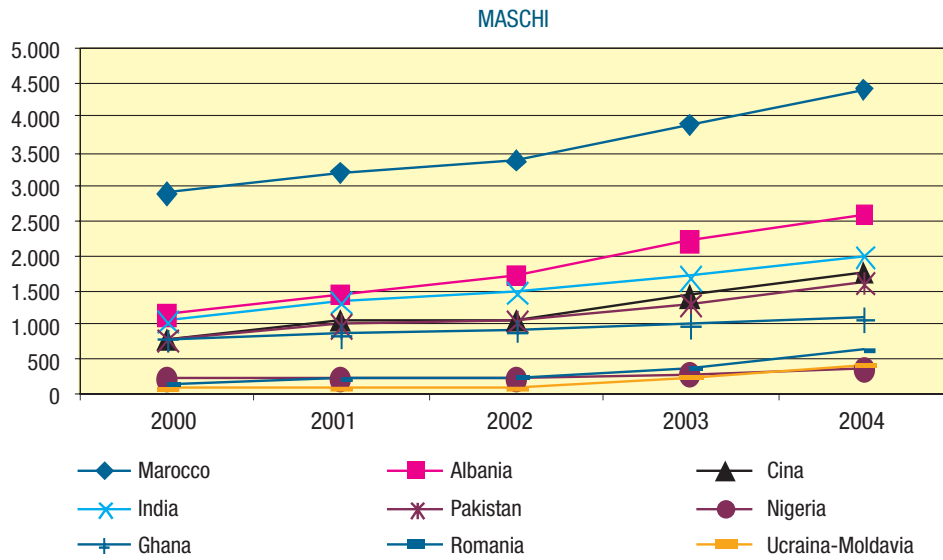
⁵ Fonte: Regione Emilia-Romagna

⁶ Di questi, 787 sono cittadini dell'Europa dei 15, 127 di Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), 773 dei 10 Paesi europei entrati nell'UE il 01.05.2004 per un totale di 1687 persone. In questo lavoro i 914 cittadini dell'UE dei 15 e dei PSA sono stati assimilati ai cittadini italiani. (Fonte: Osservatorio sulla popolazione straniera della Provincia di Reggio Emilia)

⁷ La Moldavia, che ha dichiarato la sua indipendenza nel 1991, comprende una maggioranza parlante rumeno e una cospicua minoranza di lingua ucraina. L'accorpamento qui fatto con la popolazione ucraina è prevalentemente motivato dalle caratteristiche del gruppo presente a Reggio Emilia.



Il numero di persone delle nazionalità sopra indicate è andato crescendo in questi ultimi anni, con dinamiche diverse, come si evidenzia nei due grafici riportati di seguito: l'incremento è stato più accentuato per Marocco, Albania e Cina, minore per le altre. Le donne ucraine e moldave, la cui presenza a Reggio Emilia era numericamente irrilevante nel 2000, appaiono nel 2004 al secondo posto della popolazione femminile immigrata. L'incremento più accentuato nel corso del 2003, che si manifesta per quasi tutte le nazionalità in entrambi i generi è dovuto alla regolarizzazione conseguente all'entrata in vigore del D.L. 189/2002 (nota come "Bossi-Fini").



N. di stranieri residenti a Reggio Emilia per nazionalità - Anni 2000/2004

(Fonte: Osservatorio sulla popolazione straniera della Provincia di Reggio Emilia, Servizio Sanità e Servizi Sociali)



2. Condizioni di salute nei Paesi di origine

I cittadini immigrati presenti a Reggio Emilia provengono da Paesi profondamente diversi tra loro per lingua, religione, cultura, reddito, condizioni sociali e sanitarie.

Per illustrare sinteticamente le condizioni di salute nelle società che essi hanno lasciato per venire in Italia, abbiamo scelto alcuni indicatori tra i molti proposti dall'Organizzazione Mondiale di Sanità⁸, maggiormente in grado di esprimere sinteticamente il profilo di salute di una nazione e il suo impegno per l'organizzazione dei servizi sanitari.

Un'analisi dettagliata degli indicatori selezionati esula dagli scopi di questo lavoro: preme qui far notare la grande differenza tra Paesi e l'andamento particolarmente sfavorevole in generale di tutti gli indicatori nei Paesi del Centro Africa (Ghana e, soprattutto, Nigeria), ma anche in India e Pakistan, mentre si approssimano ai valori italiani i Paesi dell'Est Europa, e Cina e Marocco presentano valori intermedi.

Un andamento analogo è rilevato per la spesa sanitaria pro capite, anche se in questo caso in tutti i Paesi si registra una spesa fortemente inferiore a quella italiana in valori assoluti. La quota pubblica a carico dello Stato permane consistente nei paesi provenienti dall'ex blocco sovietico (Romania, Ucraina e, in minor misura, Moldavia) mentre è bassa, inferiore alla metà, in tutti gli altri, compresi gli altri due Paesi (Albania e Cina) che nel recente passato o tuttora appaiono dichiaratamente ispirati ad una filosofia politica di tipo socialista.

Indicatori di condizioni sociali e di salute nei Paesi di origine dei cittadini immigrati a Reggio Emilia (da "The World Health Report 2006, WHO)										
Paese	Popolazione x 10 ³	% popolazione >=60 anni	Tasso di fertilità	Speranza di vita alla nascita		Mortalità infantile x 10 ⁻³ (2004)	Probabilità ^a morte x 10 ⁻³ 15-60 anni		Spesa sanitaria pro-capite ^b (\$ - anno 2003)	
				M	F		M	F	totale	di cui pubblica
Albania	3.130	9,7	2,2	69	74	16	171	96	366	153
Cina	1.323.345	10,5	1,7	70	74	26	158	99	278	101
Ghana	22.113	5,2	4,2	56	58	68	349	319	98	31
India	1.103.371	7,8	3,0	61	63	62	275	202	82	20
Marocco	31.478	6,5	2,7	69	73	38	157	102	218	72
Moldavia	4.206		1,2	64	71	23	300	150	177	96
Nigeria	131.530	4,8	5,7	45	46	103	513	478	51	13
Pakistan	157.935	5,7	4,1	62	63	80	222	198	48	13
Romania	21.711	18,9	1,3	68	76	17	232	100	540	340
Ucraina	46.481	20,8	1,1	62	73	14	386	144	305	201
Italia	58.093	24,7	1,3	78	84	5	91	47	2266	1703

^a Probabilità di morire nella classe di età indicata, per mille soggetti di quella classe di età

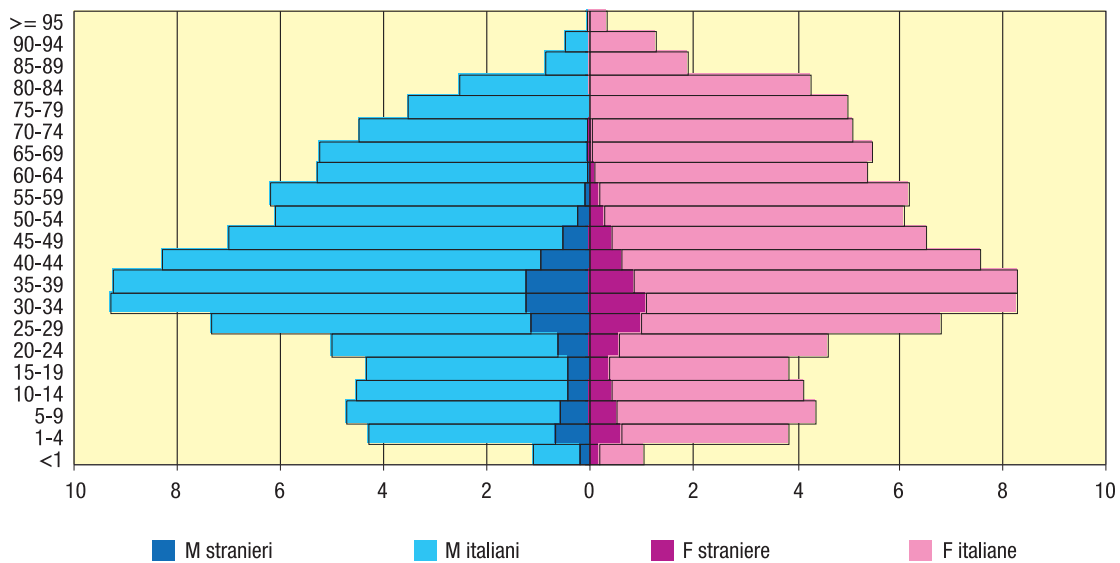
^b La spesa sanitaria è calcolata in dollari, al tasso di scambio internazionale

⁸ Da: "World Health Statistics 2006", WHO, Geneva

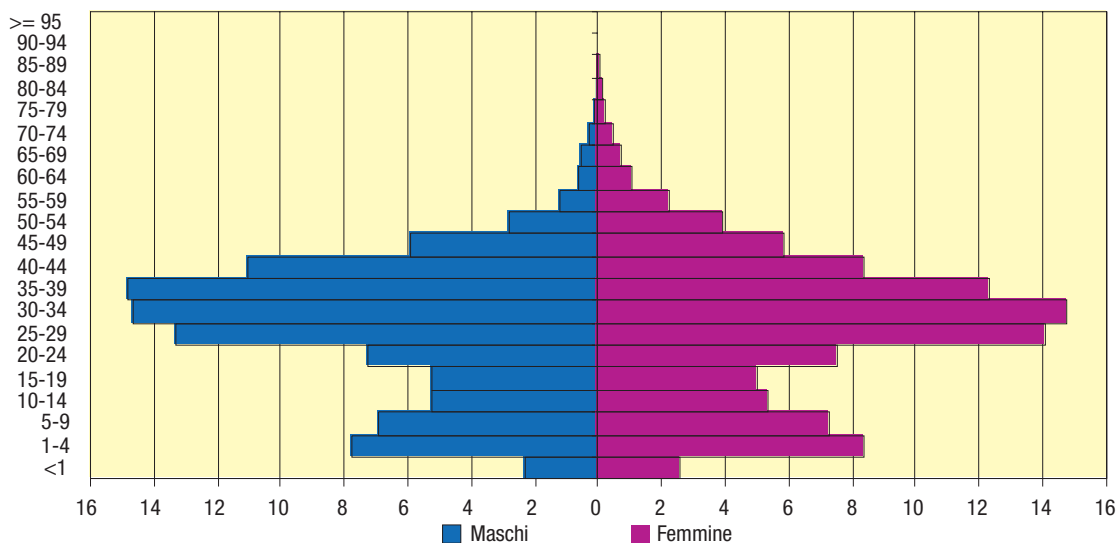


3. Distribuzioni per età a confronto

Se si disegna la struttura per età della popolazione totale dei residenti a Reggio Emilia e, al suo interno, si colloca la proporzione di stranieri presenti per classe di età, si ricava l'immagine riportata di seguito. La popolazione straniera costituisce un cuore importante nella figura, di cui occupa parte della base e del centro. Ciò significa che gli stranieri non gravano sulle spese sociali e sanitarie proprie degli anziani, partecipano al lavoro e alle contribuzioni previdenziali proprie dell'età lavorativa, incrementano significativamente la natalità altrimenti bassa della popolazione italiana.



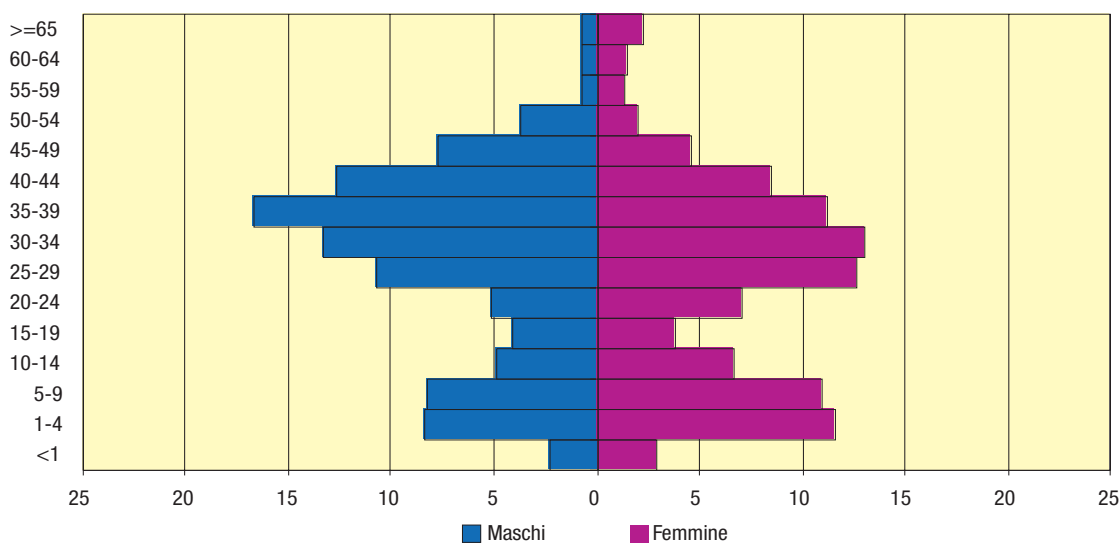
Struttura per età e genere della Provincia di Reggio Emilia al 31/12/2004 con proporzione di cittadini stranieri
(Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT)



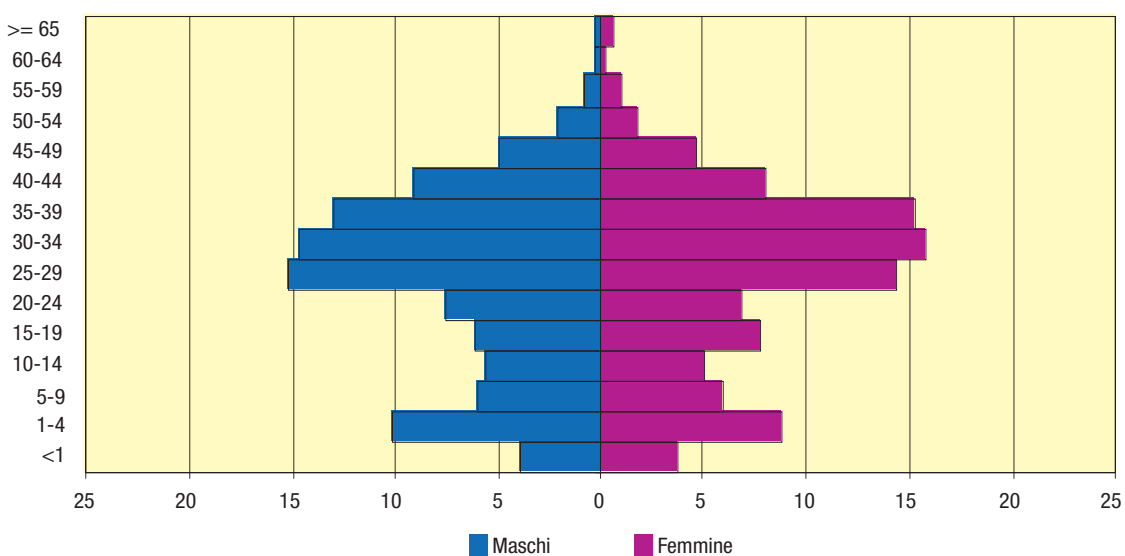
Struttura per età e genere della popolazione straniera residente a Reggio Emilia al 31/12/2004
(Fonte: Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT)



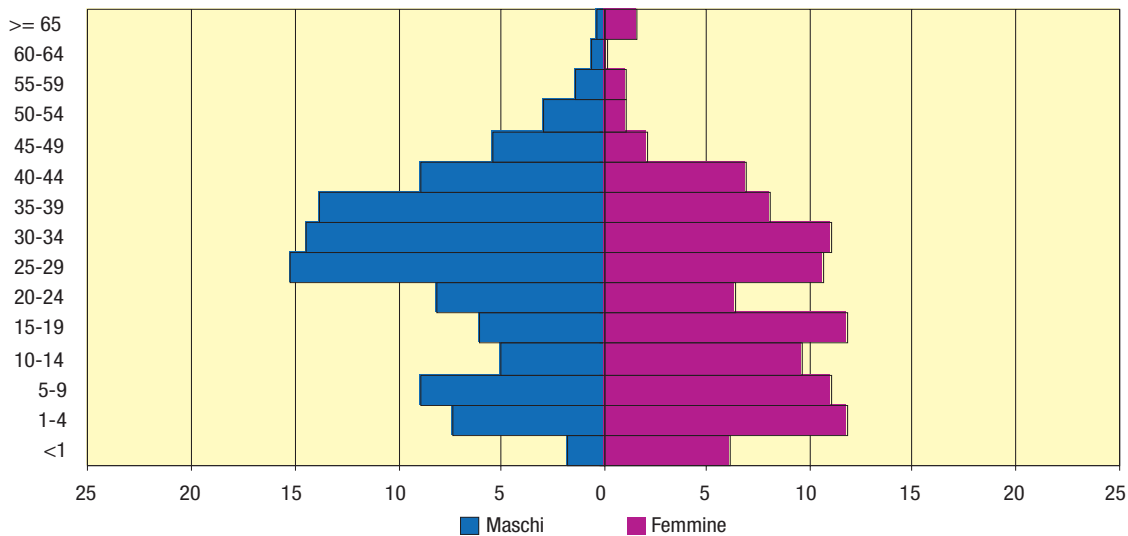
Se poi disegniamo la piramide per età della sola popolazione straniera, risulta immediatamente chiaro che ci troviamo di fronte a due gruppi diversi. La popolazione totale, in cui sono presenti anche gli stranieri, ma la cui impronta principale è data dalla popolazione italiana, è una popolazione anziana, in cui le classi di età più giovani sono poco rappresentate ed è evidente il calo della natalità negli ultimi trent'anni. La popolazione straniera è adulta, con una tendenza tuttavia ad ingrandirsi verso il basso (i nuovi nati). Di fatto questa struttura è la sintesi di tante diverse piramidi, una per ciascuna nazionalità presente, ciascuna con una sua storia e un suo progetto migratorio. Per illustrarne qualcuna, abbiamo scelto di presentare i grafici del Marocco e della Cina, del Pakistan e dell'Ucraina-Moldavia.



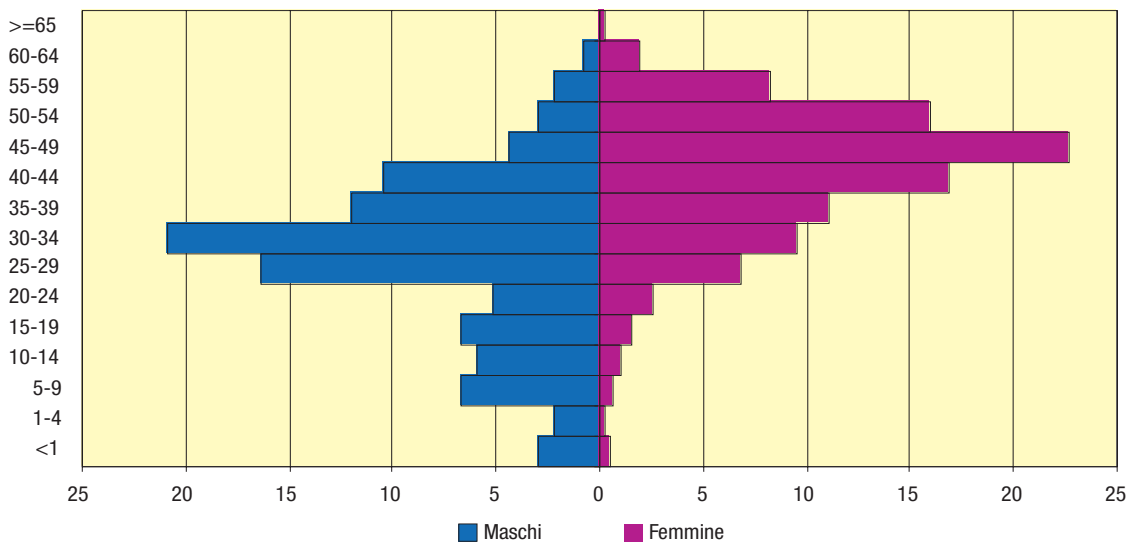
*Struttura per età e genere della popolazione marocchina residente a Reggio Emilia al 31/12/2004
(Fonte: dati comunali)*



*Struttura per età e genere della popolazione cinese residente a Reggio Emilia al 31/12/2004
(Fonte: dati comunali)*



Struttura per età e genere della popolazione pakistana residente a Reggio Emilia al 31/12/2004
(Fonte: dati comunali)



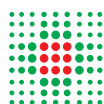
Struttura per età e genere della popolazione ucraina-moldava residente a Reggio Emilia al 31/12/2004
(Fonte: dati comunali)

Le popolazioni marocchina e cinese hanno distribuzione per età simile nei due sessi, con una netta prevalenza delle età giovani-adulte ma la quota dei soggetti anziani (≥ 65 anni) non è irrilevante, ed è alta la frequenza di bambini, più recente nei cinesi. Tra i Pakistani i maschi presentano una distribuzione non dissimile da quella dei Marocchini e tipica di una popolazione di recente immigrazione. Le donne, in numero assai inferiore ai maschi (v. Appendice), sono in grande maggioranza bambine e giovani, espressione di recenti ricongiungimenti familiari e di nuove nascite.

La popolazione ucraina e moldava infine, in cui i maschi sono un'esigua minoranza (v. Appendice), è caratterizzata da donne adulte, prevalentemente concentrate nella fascia di età 40-55 anni.



SECONDA PARTE





1. L'Ospedale

IL RICOVERO

Andamento, regime, urgenze

Il numero di ricoveri ospedalieri¹ della popolazione straniera rappresenta nel 2004 più del 5% di tutti i ricoveri effettuati ed appare in incremento in questi ultimi anni, in modo pressoché proporzionale all'incremento della popolazione, come risulta dalla tabella seguente. La percentuale di ricoveri delle donne straniere sul totale dei ricoveri femminili è costantemente superiore rispetto alla percentuale dei ricoveri degli uomini stranieri.

Tutte le età		Popolazione residente		Ricoveri	
		N. assoluto	%	N. assoluto	%
2000	Totale	18.861	4,14	2.983	3,37
	Maschi	10.881	4,86	985	2,42
	Femmine	7.980	3,44	1.998	4,17
2001	Totale	22.315	4,82	3.394	3,70
	Maschi	12.802	5,62	1.165	2,80
	Femmine	9.513	4,05	2.229	4,45
2002	Totale	24.913	5,32	3.993	4,41
	Maschi	13.941	6,05	1.431	3,46
	Femmine	10.972	4,61	2.562	5,20
2003	Totale	31.244	6,54	4.559	5,11
	Maschi	16.990	7,23	1.500	3,70
	Femmine	14.254	5,88	3.059	6,29
2004	Totale	37.160	7,63	4.759	5,41
	Maschi	20.156	8,40	1.567	3,93
	Femmine	17.004	6,89	3.192	6,64

Popolazione straniera residente e relativi ricoveri ospedalieri per anno: n. assoluto e % rispetto al totale residenti e ricoveri per genere - Anni 2000/2004
 (Fonte popolazione: Osservatorio Provinciale sulla Popolazione Straniera della Provincia di Reggio Emilia
 Fonte ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Il regime di ricovero (ordinario o Day Hospital – DH) vede un sensibile minor ricorso al DH da parte dei cittadini stranieri rispetto agli italiani. Tuttavia la scelta del DH sembra in lieve incremento in questi anni, soprattutto tra le donne straniere, come mostra la tabella seguente.

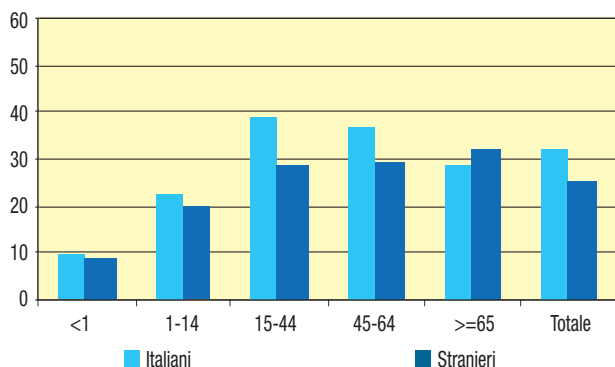
Cittadinanza	2002	2003	2004
M italiani*	31,8	32,3	31,8
M stranieri	24,5	26,8	25,3
F italiane*	37,4	37,5	37,2
F straniere	29,4	31,3	33,4

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

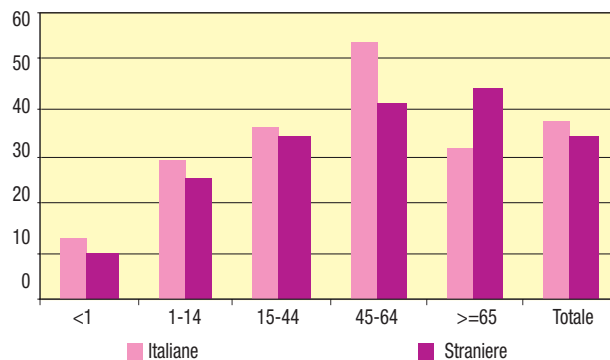
% ricoveri in Day Hospital per genere, cittadinanza e anno sul totale ricoveri di ogni gruppo
 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

¹ Si tratta dei ricoveri ospedalieri dei cittadini residenti, ovunque avvenuti (Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna - RER).

L'utilizzo del ricovero in DH da parte degli stranieri è inferiore in entrambi i generi in tutte le fasce di età, come evidenziano i due grafici seguenti, con l'unica eccezione degli ultrasessantacinquenni, in cui tuttavia il numero di ricoveri è esiguo.



% ricoveri in DH per età
Confronto Maschi Italiani e Stranieri - Anno 2004



% ricoveri in DH per età
Confronto Femmine Italiane e Straniere - Anno 2004

(Fonte: Banca Dati SDO, RER)

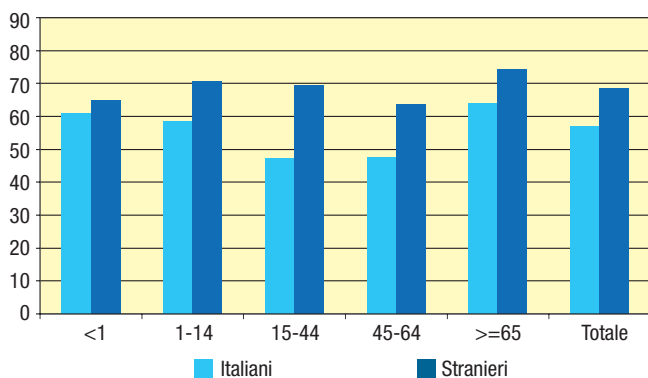
Per quanto riguarda i ricoveri ordinari, la frequenza di ricoveri "in urgenza" risulta nettamente più alta negli stranieri che negli italiani ed è apparentemente in incremento per tutti i gruppi considerati (v. tabella seguente)

Cittadinanza	2002	2003	2004
M italiani*	53,8	57,8	56,9
M stranieri	63,7	71,9	68,5
F italiane*	57,2	62,1	61,2
F straniere	68,7	77,9	77,8

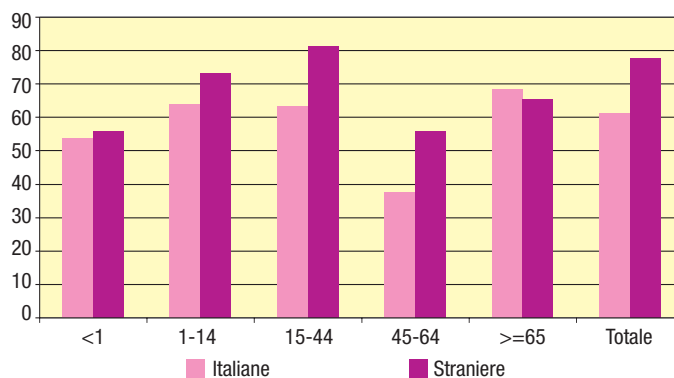
*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

% ricoveri in URGENZA per genere, cittadinanza e anno sul totale ricoveri ordinari di ogni gruppo
(Fonte: Banca dati SDO, RER)

La maggior frequenza di ricoveri in urgenza tra gli stranieri è verificata per entrambi i generi in tutte le fasce di età, con l'unica eccezione delle donne anziane (vedi i due grafici successivi).



% ricoveri in URGENZA per età
Confronto Maschi Italiani e Stranieri - Anno 2004



% ricoveri in URGENZA per età
Confronto Femmine Italiane e Straniere - Anno 2004

(Fonte: Banca Dati SDO, RER)



Frequenza

Il ricorso al ricovero ospedaliero presenta frequenze diverse secondo il genere e la nazionalità. Per confrontare l'utilizzo dell'ospedale da parte delle principali collettività straniere presenti a Reggio, tra loro e con quello della popolazione italiana, è stato calcolato il Rapporto tra tassi (Rischio Relativo – RR) per la classe di età <1 anno e il Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO)² per tutte le altre. Nelle tabelle che seguono sono presentate queste misure per genere, fasce di età e nazionalità. Nel calcolo sono comprese solo le classi di età ≤64 anni, dove si concentra la maggior parte della popolazione straniera.

In generale si osserva che le donne straniere presentano un ricorso alle strutture ospedaliere significativamente superiore alle italiane per tutte le nazionalità considerate. Gli uomini, al contrario, tendono a ricoverarsi con frequenza simile o inferiore agli italiani.

Età 0-64 anni	MASCHI			FEMMINE		
	N.	RSO	IC 95%	N.	RSO	IC 95%
ITALIANI*	40.107	1	- - -	52.054	1	- - -
STRANIERI	2.983	0,95	0,91 - 0,98	6.109	1,51	1,47 - 1,54
MAROCCO	753	1,03	0,85 - 1,10	1.159	1,61	1,52 - 1,71
ALBANIA	316	0,81	0,72 - 0,90	531	1,45	1,33 - 1,57
CINA	132	0,50	0,42 - 0,59	472	1,40	1,28 - 1,54
INDIA	275	0,91	0,80 - 1,02	525	1,67	1,53 - 1,82
PAKISTAN	315	1,38	1,23 - 1,54	298	1,92	1,70 - 2,15
GHANA	161	0,91	0,77 - 1,06	341	1,74	1,56 - 1,94
NIGERIA	63	1,22	0,94 - 1,56	296	2,35	2,09 - 2,63
ROMANIA	55	0,87	0,65 - 1,13	207	1,36	1,18 - 1,56
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	- - -	429	1,10	1,00 - 1,21

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per nazionalità e genere: età 0-64 anni - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Per quanto riguarda i bambini, nel primo anno di età la frequenza di ricovero è di poco superiore a quella degli italiani, mentre nelle fascia di età successiva (1-14 anni) la frequenza è sostanzialmente simile.

Età <1 anno	MASCHI E FEMMINE		
	N.	RR	IC 95%
ITALIANI*	2.618	1	- - -
STRANIERI	493	1,07	0,98 - 1,17
MAROCCO	113	1,10	0,91 - 1,32
ALBANIA	55	1,04	0,78 - 1,35
CINA	39	0,63	0,45 - 0,86
INDIA	54	1,60	1,21 - 2,09
PAKISTAN	48	1,27	0,93 - 1,68
GHANA	20	0,98	0,60 - 1,52
NIGERIA	28	1,33	0,89 - 1,93
ROMANIA	8	1,50	0,65 - 2,95
UCRAINA-MOLDAVIA	6	0,83	0,30 - 1,81

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. di ricoveri, Rischio Relativo (RR) e IC 95% per nazionalità: età <1 anno - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

² per significato e calcolo del RSO: v. Introduzione – Metodi statistici

Età 1-14 anni	MASCHI E FEMMINE		
	N.	RSO	IC 95%
ITALIA*	8.509	1	- - -
STRANIERI	1.038	0,94	0,89 - 1,00
MAROCCO	267	0,99	0,87 - 1,12
ALBANIA	122	1,01	0,84 - 1,21
CINA	43	0,47	0,34 - 0,63
INDIA	129	1,11	0,93 - 1,32
PAKISTAN	111	1,46	1,20 - 1,76
GHANA	57	0,81	0,62 - 1,05
NIGERIA	31	1,43	0,97 - 2,04
ROMANIA	8	0,85	0,37 - 1,68
UCRAINA-MOLDAVIA	9	1,23	0,56 - 2,33

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per nazionalità: età 1-14 anni - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Considerando due fasce di età negli adulti, si vede come l'eccesso di ricoveri nelle donne straniere sia concentrato tutto nella classe 15-44 anni (donne in età fertile), mentre le donne più anziane (45-64) tendono a ricorrere all'ospedalizzazione significativamente meno delle italiane di pari età. Nei maschi la frequenza di ricovero è sostanzialmente analoga o inferiore a quella degli italiani nei due sottogruppi di età considerati.

Età 15-44 anni	UOMINI			DONNE		
	N.	RSO	IC 95%	N.	RSO	IC 95%
ITALIANI*	13.919	1	- - -	26.955	1	- - -
STRANIERI	1.626	0,95	0,90 - 0,99	5.003	1,75	1,70 - 1,80
MAROCCO	407	1,08	0,98 - 1,19	954	1,99	1,86 - 2,12
ALBANIA	160	0,72	0,61 - 0,84	419	1,76	1,60 - 1,94
CINA	68	0,50	0,39 - 0,64	430	1,72	1,56 - 1,89
INDIA	134	0,87	0,73 - 1,03	416	1,93	1,75 - 2,12
PAKISTAN	161	1,28	1,09 - 1,50	231	2,36	2,07 - 2,69
GHANA	99	0,98	0,80 - 1,19	290	2,00	1,78 - 2,25
NIGERIA	30	1,13	0,77 - 1,62	265	2,57	2,27 - 2,90
ROMANIA	36	0,91	0,64 - 1,26	182	1,45	1,25 - 1,68
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	- - -	304	1,63	1,45 - 1,83

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per nazionalità e genere: età 15-44 anni. Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Età 45-64 anni	UOMINI			DONNE		
	N.	RSO	IC 95%	N.	RSO	IC 95%
ITALIANI*	19.580	1	- - -	20.580	1	- - -
STRANIERI	442	0,90	0,82 - 0,99	490	0,86	0,79 - 0,94
MAROCCO	103	0,75	0,62 - 0,91	68	0,78	0,61 - 0,99
ALBANIA	44	0,68	0,49 - 0,91	47	0,79	0,58 - 1,05
CINA	10	0,32	0,15 - 0,59	14	0,47	0,26 - 0,80
INDIA	44	0,73	0,53 - 0,97	23	0,61	0,39 - 0,91
PAKISTAN	50	1,37	1,02 - 1,81	12	1,25	0,64 - 2,18
GHANA	16	0,66	0,38 - 1,07	20	1,52	0,93 - 2,35
NIGERIA	1	0,47	0,01 - 2,61	4	1,03	0,28 - 2,63
ROMANIA	9	0,62	0,28 - 1,17	19	0,90	0,54 - 1,41
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	- - -	120	0,61	0,51 - 0,73

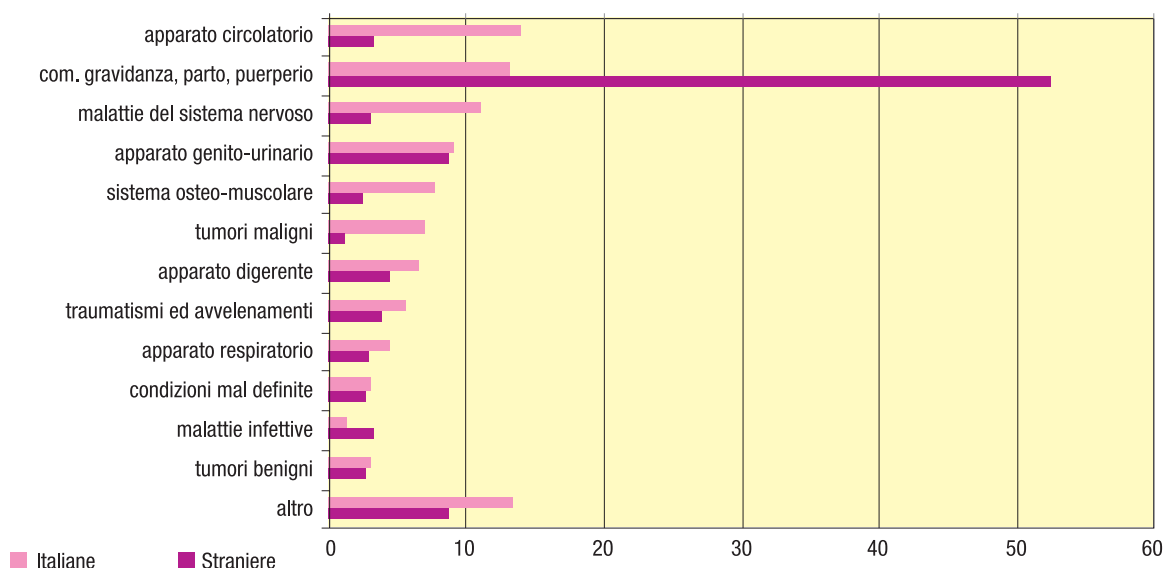
*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per nazionalità e genere: età 45-64 anni.
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

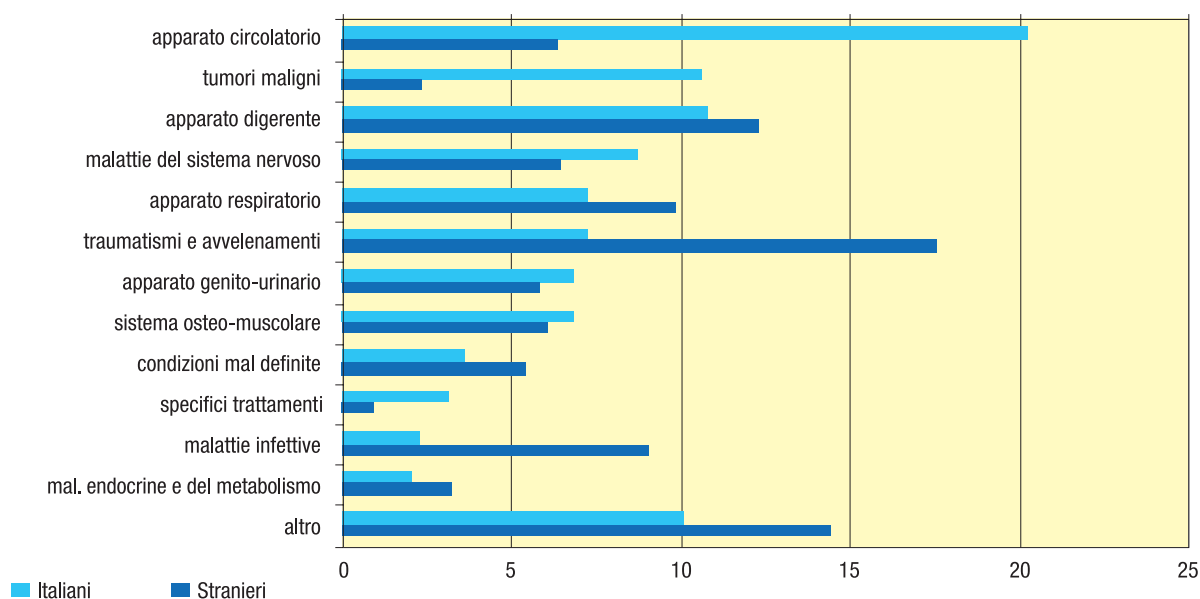


In relazione alle singole nazionalità, i cittadini cinesi spiccano per una frequenza di ricovero ospedaliero significativamente inferiore a quella degli italiani e inferiore a quella di tutte le altre nazionalità considerate in entrambi i generi e in tutte le fasce di età, con l'eccezione delle donne in età feconda. I pakistani, al contrario, tendono a un eccesso di ricoveri in entrambi i generi e in quasi tutti i sottogruppi di età.

Le principali cause di ricovero per gli stranieri e per gli italiani sono illustrate nei due grafici seguenti, che mostrano con chiarezza come i più frequenti motivi di ricorso alle strutture ospedaliere siano rappresentati dai traumi per i maschi e dalle cause ostetriche per le femmine. Si tratta cioè di motivazioni "esterne" (i traumi) o "fisiologiche" (le cause ostetriche).



*Distribuzione % delle principali cause di ricovero nelle femmine per cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)*



*Distribuzione % delle principali cause di ricovero nei maschi per cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)*

Sottraendo ai ricoveri queste due grandi cause, per gli stranieri e per gli italiani, la situazione non si modifica sostanzialmente rispetto a quella descritta nelle tabelle precedenti per i maschi, tra i quali i cinesi continuano a presentare un tasso di ricoveri significativamente inferiore agli italiani per tutte le classi di età e i pakistani si collocano all'estremo opposto.

Per le donne in età 15-44 anni i tassi di ospedalizzazione al netto delle cause ostetriche si riducono di molto, pur restando significativamente elevati per quasi tutte le nazionalità. Fanno eccezione le cittadine albanesi e indiane, che mostrano una tendenza al ricovero sovrapponibile a quella delle italiane e, soprattutto, le donne cinesi che, al netto degli eventi ostetrici, si ricoverano in ospedale con frequenza significativamente inferiore alle italiane di pari età. Nella tabella seguente è possibile confrontare i RSO delle donne in età fertile con e senza i ricoveri per eventi ostetrici.

DONNE 15-44 anni	Tutti i ricoveri			Senza cause ostetriche		
	N.	RSO	IC 95%	N.	RSO	IC 95%
ITALIANI*	26.955	1	- - -	14.097	1	- - -
STRANIERI	5.003	1,75	1,70 - 1,80	1.583	1,15	1,09 - 1,20
MAROCCO	954	1,99	1,86 - 2,12	277	1,16	1,03 - 1,31
ALBANIA	419	1,76	1,60 - 1,94	132	1,18	0,98 - 1,40
CINA	430	1,72	1,56 - 1,89	75	0,61	0,48 - 0,76
INDIA	416	1,93	1,75 - 2,12	103	0,97	0,79 - 1,18
PAKISTAN	231	2,36	2,07 - 2,69	73	1,49	1,16 - 1,87
GHANA	290	2,00	1,78 - 2,25	114	1,53	1,26 - 1,83
NIGERIA	265	2,57	2,27 - 2,90	101	2,26	1,84 - 2,75
ROMANIA	182	1,45	1,25 - 1,68	76	1,33	1,05 - 1,67
UCRAINA-MOLDAVIA	304	1,63	1,45 - 1,83	147	1,37	1,16 - 1,61

*Compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a sviluppo avanzato

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per nazionalità.

Donne 15-44 anni: confronto tra ricoveri totali e ricoveri senza cause ostetriche - Anni 2003/2004

(Fonte: Banca dati SDO, RER)

Il ricovero dei cittadini Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)

La tabella che segue mostra il numero di ricoveri dei cittadini stranieri irregolari (STP), nel triennio 2002-2004. Il numero è esiguo, soprattutto tra gli uomini. Mediamente nel triennio considerato i ricoveri degli STP hanno rappresentato rispettivamente, nei maschi e nelle femmine, poco meno dell'1 e circa il 2,5 % del totale dei ricoveri a carico degli stranieri.

Anno	MASCHI	FEMMINE	Totale
2002	17	67	84
2003	15	85	100
2004	10	82	92
Totale	42	234	276

N. di ricoveri ospedalieri di cittadini STP per anno e genere (Fonte: Banca dati SDO, RER)

La provenienza è quella descritta nella tabella successiva, che mostra la larga prevalenza di donne dell'Europa dell'Est.

Provenienza	MASCHI	FEMMINE	Totale
Est Europa	9	176	185
Nord Africa	16	15	31
Africa sub-sahariana	4	15	19
America latina	0	8	8
Asia	12	19	31
Altro	1	1	2
Totale	42	234	276

N. di ricoveri ospedalieri di cittadini STP per area di provenienza e genere - Anni 2002/2004

(Fonte: Banca dati SDO, RER)



L'età al ricovero è compresa, in circa il 90% dei casi, tra 15 e 49 anni. Nelle donne le cause di ricovero, così come nelle cittadine residenti, sono prevalentemente ostetriche (poco meno del 60%). Negli uomini le cause sono disperse e non si verifica la netta prevalenza di traumi che si osserva tra i residenti.

Strutture ospedaliere di ricovero

La distribuzione dei ricoveri dei residenti nelle diverse strutture ospedaliere è quella descritta dalla tabella successiva. Più del 50% dei ricoveri di cittadini stranieri avviene nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, in ragione sia della considerevole presenza di stranieri in città (quasi il 40% del totale degli stranieri residenti nell'intera provincia), sia del carattere multispecialistico e di secondo livello di quell'ospedale. Un altro grande polo di attrazione è dato dall'Ospedale di Guastalla, a cui fanno riferimento prevalentemente le collettività indiana e pakistana, più frequentemente residenti nei comuni di quel Distretto. Il ricorso alle strutture private e a ricoveri fuori provincia è inferiore a quello degli italiani.

Presidio Ospedaliero	MASCHI				FEMMINE			
	Italiani*		Stranieri		Italiane*		Straniere	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
AOSMN	18.602	48,5	846	54,0	19.807	44,1	1.653	51,8
Guastalla	3.663	9,6	268	17,1	4.406	9,8	471	14,8
Correggio	1.761	4,6	64	4,1	2.067	4,6	62	1,9
Montecchio E.	1.898	4,9	63	4,0	3.317	7,4	262	8,2
Scandiano	2.642	6,9	69	4,4	4.220	9,4	274	8,6
Castelnovo M.	2.270	5,9	72	4,6	2.451	5,5	152	4,8
Strutture private	2.531	6,6	26	1,7	3.005	6,7	28	0,9
Fuori provincia	4.981	13,0	159	10,1	5.598	12,5	290	9,1
Totale	38.348	100	1.567	100	44.871	100	3.192	100

* compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

*N. assoluto e distribuzione % dei ricoveri per struttura ospedaliera, cittadinanze e genere - Anno 2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)*

In sintesi

L'ospedale è usato prevalentemente in urgenza e il ricovero in Day Hospital (DH) è percentualmente più basso che negli italiani, benchè il DH rappresenti da un quarto a un terzo di tutti i ricoveri degli stranieri e appaia in aumento, soprattutto tra le donne;

La frequenza di ricovero è sempre di poco, ma significativamente inferiore a quella degli italiani, con due sole eccezioni: i bambini minori 1 anno, le donne in età fertile;

I ricoveri degli immigrati irregolari (STP) sono un numero esiguo (<100 all'anno), e prevalgono le cause ostetriche;

La struttura ospedaliera utilizzata è pubblica, prevalentemente vicina alla residenza;

Tra le nazionalità considerate, quella cinese spicca per la bassa frequenza di ricoveri, in tutte le età e in entrambi i generi, con la sola eccezione dei ricoveri ostetrici nelle donne in età fertile.

Due le spiegazioni possibili della minor frequenza di ricovero:

- le condizioni di salute, generalmente buone, di chi ha deciso di lasciare il Paese di origine (effetto "Healthy migrant"). Di fatto le cause di ricovero prevalenti (traumatologiche e ostetriche) sono "esterne" o fisiologiche. Inoltre la frequenza relativamente elevata di ricoveri nelle donne in età fertile per motivazioni non ostetriche e nei bambini entro l'anno di età dimostra che, all'occorrenza, l'ospedale è utilizzato. Se quindi in generale la frequenza di ricoveri è inferiore a quella degli italiani, ciò può essere interpretato come un reale minor bisogno di prestazioni sanitarie specialistiche.
- il possibile sotto-utilizzo delle strutture sanitarie per motivi culturali e difficoltà di comunicazione: questa spiegazione sembra applicabile alla bassa frequenza di ricoveri della collettività cinese, che vede come unica eccezione i ricoveri per cause ostetriche.

IL PRONTO SOCCORSO (P.S.)

Gli stranieri si rivolgono al Pronto Soccorso³ ospedaliero con frequenza elevata: nel 2004 circa il 12% di tutte le prestazioni di P.S. riferite alla popolazione adulta⁴ sono state erogate in favore di cittadini stranieri, come mostra la tabella seguente, da cui risulta anche la netta preponderanza di maschi e il lieve, costante incremento, assoluto e percentuale, degli accessi di cittadini stranieri nel corso degli ultimi tre anni.

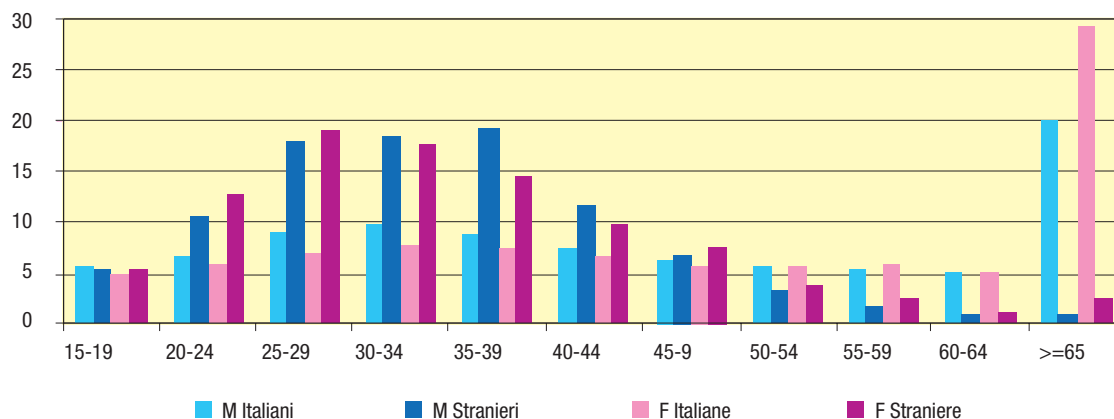
Cittadinanza	2002		2003		2004	
	N.	%	N.	%	N.	%
M italiani*	47.478	50,7	46.399	49,4	47.269	48,8
M stranieri	5.889	6,3	6.725	7,2	7.423	7,7
F italiane*	37.166	39,7	37.151	39,6	38.102	39,3
F straniere	3.104	3,3	3.650	3,9	4.155	4,3
Totale	93.637	100	93.925	100	96.949	100

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. accessi al P.S. e distribuzione % per genere e cittadinanza - Anni 2002/2004

(Fonte: Banca dati ASA, RER)

La distribuzione degli accessi per età segue pattern diversi negli italiani e negli stranieri, come era ragionevole attendersi in relazione alla distribuzione per età della popolazione. Così, mentre gli italiani accedono al P.S. prevalentemente in età anziana (poco meno del 20% degli accessi nei maschi, e del 30% nelle femmine, è a carico di ultrasessantacinquenni), negli stranieri la frequenza maggiore di accessi si verifica tra i giovani adulti (25-39 anni).



Distribuzione % degli accessi al P.S. per età, genere e cittadinanza: età >14 anni - Anno 2004

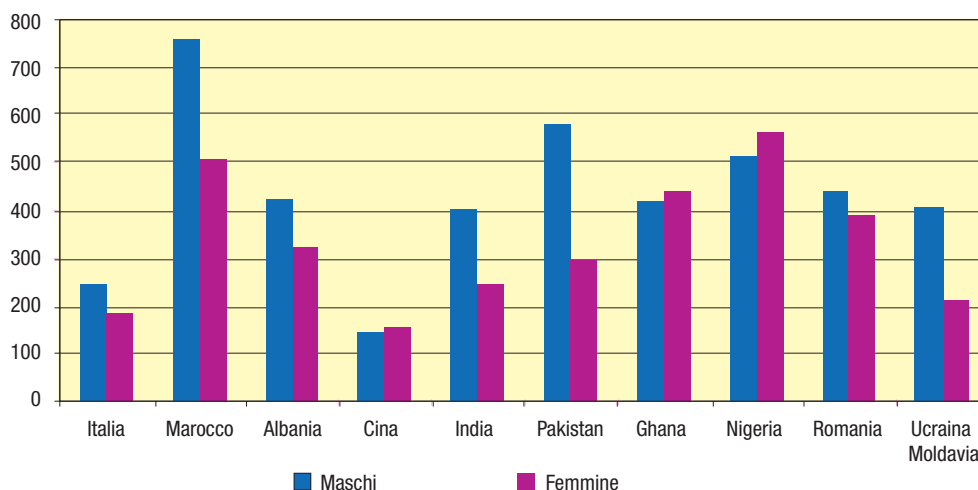
(Fonte: Banca dati ASA, RER)

Sono stati stimati inoltre i tassi di accesso per le diverse nazionalità considerate. Il ricorso al P.S. non appare omogeneo nelle diverse nazionalità. Nel 2004, ad esempio, il tasso di accesso⁵ calcolato per le principali nazionalità presenti fornisce i risultati illustrati nel grafico seguente: con l'eccezione della popolazione cinese, tutte le altre nazionalità mostrano un tasso di accesso più alto degli italiani, con i valori più elevati prevalentemente a carico dei maschi.

³ Sono qui considerati gli accessi ai P.S. degli ospedali presenti nella provincia, riferiti a cittadini residenti. (Fonte: Banca dati ASA, RER). Non sono considerati gli accessi seguiti da ricovero ospedaliero.

⁴ In questo capitolo non è considerato l'accesso al P.S. da parte dei bambini (<15 anni) perchè di norma essi sono visitati direttamente nell'ambito degli ambulatori della Divisione di Pediatria.

⁵ Tasso di accesso = n. di accessi al P.S. per genere e anno/popolazione residente per genere e anno, per mille.



Stima del tasso di accesso al P.S. per genere e nazionalità: età > 14 anni - Anni 2003/2004
(Fonte: Banca dati ASA, RER)

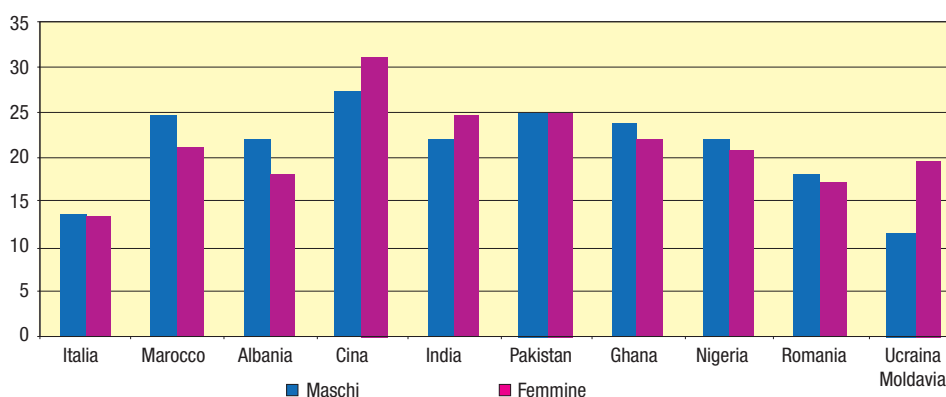
Una misura dell'appropriatezza del ricorso al P.S. può essere fornita dall'analisi del "codice colore" attribuito al motivo dell'accesso: in particolare i pazienti che presentano patologie che potrebbero essere ben trattate dal Medico di Medicina Generale sono classificati come "codici bianchi" e come tali cedono la precedenza a tutti gli altri classificati con un codice colore verde, giallo o rosso, che individua una reale necessità del ricorso al P.S., a livello crescente di urgenza. La frequenza di "codici bianchi" nel corso del 2004, per gli accessi non seguiti da ricovero, ha dato i risultati illustrati nella tabella successiva, che evidenzia un utilizzo improprio del P.S. da parte degli stranieri assai maggiore di quello degli italiani.

Cittadinanza	MASCHI		FEMMINE		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Italiani*	7.396	13,7	5.674	13,3	13.070	13,5
Stranieri	1.849	23,8	929	21,2	2.778	22,8

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a sviluppo avanzato

N. assoluto e % di accessi al P.S. con "codice bianco", per cittadinanza e genere - Anno 2004
(Fonte: Banca dati ASA, RER)

La distribuzione della frequenza di accessi impropri non è omogenea nelle diverse nazionalità considerate, come è possibile vedere dal grafico seguente, da interpretare tuttavia con cautela per il basso numero di accessi di alcune delle nazionalità considerate. Un'osservazione immediata è che gli accessi impropri non sono direttamente correlati con la frequenza di accesso, tanto che i cittadini cinesi, che pure ricorrono assai poco al P.S., tendono a farlo in modo inappropriato in misura maggiore delle altre nazionalità.



% di accessi al P.S. con "codice bianco", per cittadinanza e genere - Anno 2004
(Fonte: Banca dati ASA, RER)

In sintesi

Il ricorso al P.S. è in costante crescita da parte della popolazione straniera;

Il maggior utilizzo avviene da parte degli uomini giovani;

Si verifica una frequenza elevata di accessi impropri.

Tuttavia, a temperare quest'ultima osservazione, occorre ricordare che la maggior parte dei ricoveri ospedalieri è decisa "in urgenza", in proporzione più elevata degli italiani, (più del 70% nei maschi, oltre il 77% nelle donne), e molti di questi transitano dal P.S.

Tra le collettività nazionali considerate, quella cinese si distingue per il basso ricorso al P.S., in analogia con quanto già segnalato per il ricovero ospedaliero.

2. L'Assistenza di Base

La scelta del Medico di Medicina Generale (MMG)

La frequenza di cittadini che, avendone diritto, non fanno la scelta del Medico di Medicina Generale – MMG è un indicatore del grado di conoscenza del ruolo di questa importante figura nell'organizzazione sanitaria del nostro Paese e, indirettamente, del suo utilizzo.

Dall'anagrafe assistiti dell'Azienda USL si ricava il numero di residenti non assistiti da un MMG, per cittadinanza (in altre parole: il numero di coloro che, pur avendone diritto, non hanno fatto la scelta del MMG da cui ricevere l'assistenza sanitaria di base). La tabella va letta con l'avvertenza che i residenti si riferiscono al 01.01.2006¹: i numeri differiscono quindi da quelli presentati nel primo capitolo di questo lavoro. La percentuale di cittadini stranieri residenti che, pur avendone diritto, non ha scelto un Medico a cui ricorrere per l'assistenza di base, è più elevata di quella degli italiani.

Italiani			Stranieri		
Totale residenti	Non assistiti	%	Totale residenti	Non assistiti	%
453.315	7.562	1,7	40.995	2.220	5,4

N. assoluto e % di residenti non assistiti da un MMG, per cittadinanza

La distribuzione dei residenti non assistiti da un MMG all'interno delle nazionalità prese in considerazione è illustrata nella tabella che segue, da leggere con le medesime avvertenze della precedente. Esistono differenze rilevanti tra nazioni diverse, poiché si passa da collettività molto simili agli italiani per frequenza di assistiti (India, Ghana) a collettività in cui la non scelta di un MMG è relativamente elevata (Cina, Romania, Nigeria).

Paese	Totale	Non Assistiti	%
Marocco	7.833	342	4,4
Albania	4.871	215	4,4
India	3.781	94	2,5
Cina	3.466	308	8,9
Pakistan	2.765	112	4,0
Ghana	2.000	48	2,4
Nigeria	871	45	5,2
Romania	1.510	85	5,6
Ucraina-Moldavia	2.839	137	4,8

N. assoluto e % di residenti non assistiti da un MMG per nazionalità

¹ I dati dei residenti sono stati cortesemente forniti dall'Osservatorio sulla popolazione straniera della Provincia di Reggio Emilia.



3. Il Consultorio materno-infantile

Gli accessi ai Consultori materno-infantili da parte delle donne straniere sono in continua crescita, mentre si registra un progressivo abbandono di questa struttura da parte delle donne italiane. Infatti dal 2003 al 2004 la popolazione straniera assistita dai consultori di tutta la provincia cresce di poco meno di 500 utenti (+14,7%), ma quella italiana cala di circa 1.000 unità (-7,5%). Tra le prestazioni erogate, l'assistenza alla gravidanza appare in aumento e riguarda per poco meno del 50% le donne straniere, percentuale non dissimile da quella delle certificazioni per IVG, anch'esse in incremento, prevalentemente a favore di donne straniere.

Tipologia accesso	2002		2003		2004	
	Totale	Stranieri	Totale	Stranieri	Totale	Stranieri
Totale utenti	16.777	2.693 ^a	16.477	3.241	15.963	3.718
% stranieri		16,1		19,7		23,3
Nuove gravidanze	1.875	425 ^b	1.992	904	2.302	1.100
% stranieri		22,7		45,4		47,8
Certificati IVG*	666	267	685	304	715	376
% stranieri		40,1		44,4		52,6

^a manca il dato di Guastalla

^b manca il dato di Reggio Emilia

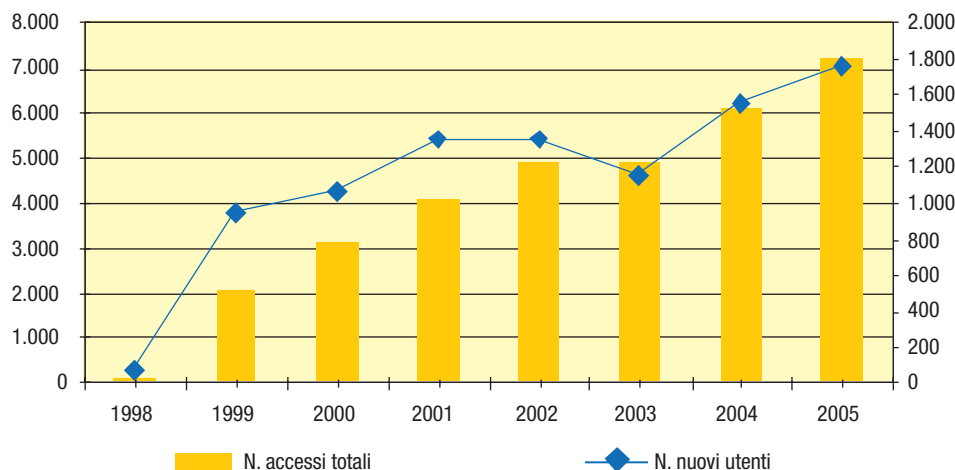
*per tutti gli anni manca il dato di Guastalla

Proporzione % di accessi stranieri ai consultori materno-infantili per anno e tipologia di accesso

4. Il Centro "Famiglia Straniera"

Il Centro per la Salute della Famiglia Straniera nasce nell'ottobre del 1998, in convenzione AUSL-Caritas per dare risposta socio-sanitaria ai cittadini senza regolare permesso di soggiorno, in ottemperanza alla legge n°40 del 1998.

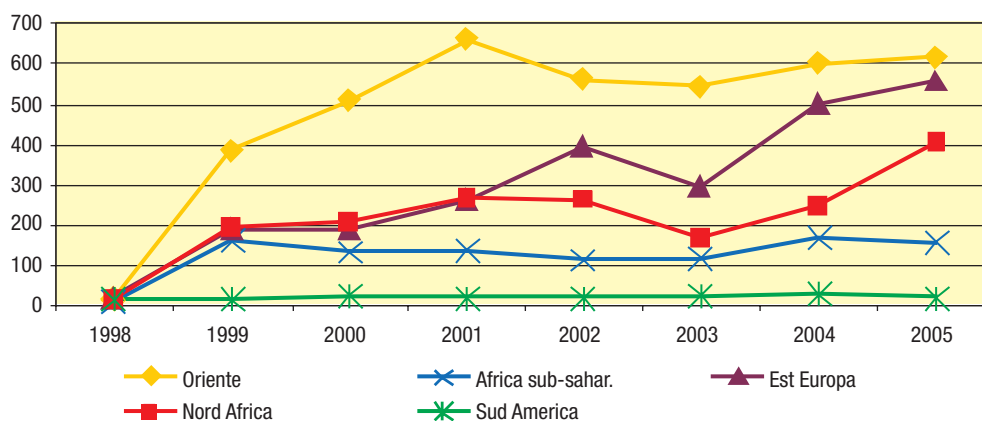
I dati riportati derivano dall'attività dell'ambulatorio di medicina generale e ostetrico ginecologico dall'inizio dell'attività al 2005. Escludendo dal confronto il 1998, in quanto l'attività del centro è iniziata nel mese di ottobre, nel primo triennio di attività (1999-2001) si è avuto un notevole aumento dei primi accessi (+42,8%), seguito da una leggera flessione nel triennio successivo (-14,8%), spiegabile con le regolarizzazioni della legge Bossi-Fini. L'ultimo biennio (2003-2005) ha visto l'aumento più spiccato (+52,8%). In totale, dal 1999 al 2005 l'aumento dei primi accessi al Centro è stato del 85,8% (grafico successivo).



N. assoluto nuovi utenti e accessi totali al Centro Famiglia Straniera per anno

Il numero degli accessi totali è costantemente aumentato passando da 2017 nel 1999 a 7188 nel 2005 (+256,3%) e segue l'andamento dei nuovi utenti (grafico precedente). Questo dato può essere espressione di un miglioramento della continuità assistenziale in quanto, a fronte di pazienti che si presentano solo una volta, ci sono anche pazienti che tornano più volte nell'arco dell'anno.

Pur essendo la nazionalità cinese quella prevalente dall'inizio dell'attività, nel corso degli anni vi è stato un grande aumento degli accessi da parte di cittadini dell'Est Europa (+198,9%) e del Nord Africa (+92,8%), mentre sono rimasti stazionari quelli provenienti dall'Africa Sub-Sahariana e dal Sud America (grafico successivo).



N. assoluto nuovi accessi per area geografica di provenienza e anno

5. I Servizi Psichiatrici Pubblici

I Servizi territoriali

Numero e tassi di primo accesso ai Servizi Psichiatrici territoriali pubblici sono illustrati nelle tabelle successive.

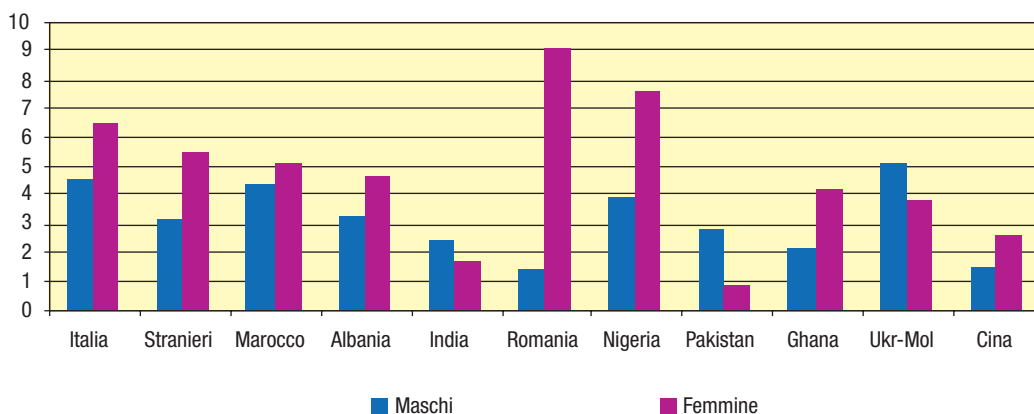
Le donne, italiane e straniere, ricorrono ai Servizi Psichiatrici con frequenza maggiore degli uomini. I cittadini stranieri si rivolgono ai servizi psichiatrici in misura significativamente inferiore rispetto agli italiani.

	MASCHI		FEMMINE	
	Italiani*	Stranieri	Italiane*	Straniere
N. accessi	1.980	103	2.951	143
Tasso	4,5	3,0	6,5	5,0
IC 95%	4,35 - 4,75	2,48 - 3,65	6,23 - 6,70	4,22 - 5,86

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. primi accessi al Servizio Psichiatrico Pubblico, tasso (x 1000) e IC 95% per genere e cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Servizio Informativo DSM)

I tassi di accesso per le nazionalità considerate sono raffigurati nei due grafici successivi. Di fatto i tassi calcolati rappresentano delle stime perché il numero di accessi comprende sia quelli dei cittadini residenti che quelli degli irregolari. Inoltre l'esiguità del numero in gioco impone grande cautela nell'interpretazione dei dati. Proponiamo solo un paio di considerazioni: la comunità marocchina e, in minor misura, quella albanese, presentano tassi abbastanza simili a quelli italiani in entrambi i generi, mentre le altre collettività manifestano differenze importanti, che i piccoli numeri a disposizione non consentono di attribuire a un orientamento di fondo piuttosto che a casualità. I cittadini cinesi, indiani e pakistani sembrano scarsi utilizzatori dei Servizi psichiatrici, pur con qualche differenza tra generi.



Stima dei tassi di accesso (x 1000) al Servizio Psichiatrico Pubblico per genere e nazionalità - Anni 2003/2004
(Fonte: Servizio Informativo DSM)

Tra gli stranieri, le diagnosi di accesso più frequenti riguardano le psicosi; in particolare, la depressione prevale tra le donne e le altre forme di psicosi tra i maschi, in analogia a quanto accade nella popolazione italiana.

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

Il ricovero nel SPDC avviene in urgenza, per affrontare casi acuti. Il ricovero può essere volontario, se il soggetto accetta la proposta di ricovero avanzata dal medico del P.S. o dallo psichiatra del Centro di Salute Mentale pubblico, oppure "obbligatorio" (Trattamento Sanitario Obbligatorio – TSO), quando sussistono le tre condizioni previste dalla legge (alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti provvedimenti terapeutici, rifiuto dell'infermo a curarsi, mancanza di idonee e tempestive alternative extraospedaliere).

Nelle due tabelle che seguono è rappresentato il numero di ricoveri in SPDC nel periodo 2003-05, per cittadinanza. I ricoveri degli stranieri, pur in numero assai esiguo, rappresentano una quota non irrilevante dei ricoveri totali, maggiormente tra le donne.

Anni	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri
2003	289	22	311	7,1
2004	269	24	293	8,2
2005	291	35	326	10,7

N. ricoveri in SPDC per anno e cittadinanza: maschi (Fonte: Servizio Informativo DSM)

Anni	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri
2003	208	29	237	12,2
2004	206	28	234	12,0
2005	240	31	271	11,4

N. ricoveri in SPDC per anno e cittadinanza: femmine (Fonte: Servizio Informativo DSM)

Nella tabella successiva sono quindi calcolati i tassi di ricovero per cittadinanza e genere, prendendo in considerazione solo il primo ricovero, escludendo cioè i ricoveri ripetuti (n. persone ricoverate negli anni 2003-2004 sulla popolazione media del periodo, in età 15-64 anni).

In entrambi i generi i tassi di ricovero sono più elevati negli stranieri rispetto agli altri, anche se non in modo significativo.

Genere	Italiani	Stranieri	Tassi (IC 95%)	
			Italiani	Stranieri
MASCHI	254	27	86,1 (76,0 - 97,3)	103,5 (69,6 - 148,5)
FEMMINE	200	24	69,6 (60,5 - 79,8)	112,8 (73,9 - 165,3)

*N. soggetti ricoverati in SPDC e tassi (x 100.000) per genere e cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Servizio Informativo DSM)*

Sono stati quindi calcolati i tassi di ricovero obbligatorio (TSO), con analogo procedimento (tab. successiva). Nei maschi non vi sono differenze apprezzabili tra italiani e stranieri, mentre tra le donne il tasso calcolato per le straniere è circa doppio di quello delle italiane.

Genere	Italiani	Stranieri	Tassi (IC 95%)	
			Italiani	Stranieri
MASCHI	153	13	51,9 (44,2 - 60,6)	49,8 (27,7 - 83,1)
FEMMINE	109	17	37,9 (31,3 - 45,6)	79,9 (48,1 - 125,3)

*N. soggetti ricoverati in TSO e tassi (x 100.000) per genere e cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Servizio Informativo DSM)*

In sintesi

Rispetto agli italiani gli stranieri presentano:

- un tasso di accesso ai SS. Territoriali più basso, soprattutto tra i maschi;
- una frequenza di ricovero nel Servizio di Diagnosi e Cura superiore, soprattutto tra le donne;
- una frequenza di ricoveri "obbligatori" sostanzialmente simile nei maschi, superiore nelle donne.

Il disagio psichico è considerato in letteratura come uno degli aspetti di salute che contraddistinguono la situazione di immigrato, ma i dati che abbiamo brevemente presentato, così come tutti i dati di accesso alle strutture sanitarie illustrati in questo capitolo, non esprimono, se non indirettamente, una valutazione sul reale bisogno di assistenza (nel caso specifico: sulla reale frequenza di disagio o di malattia psichica).

Essi sono piuttosto espressione di:

- il livello di conoscenza e di confidenza che i cittadini stranieri hanno acquisito nei confronti delle strutture del Paese ospitante;
- la possibilità/capacità di gestione dell'evento acuto.

I dati sopra analizzati depongono per un minore utilizzo, da parte degli stranieri, dei Centri di Salute Mentale, che potrebbero consentire una gestione territoriale del disagio o della malattia psichica; così, quando si determinano situazioni critiche, avviene più frequentemente che per gli italiani il ricorso al ricovero ospedaliero, volontario o obbligatorio.



6. Il Sert

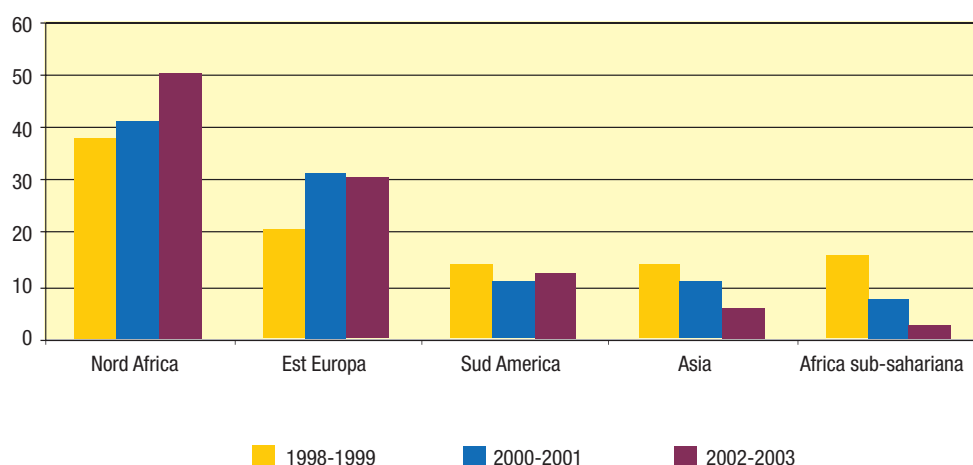
Gli accessi al Servizio per le Tossicodipendenze (SERT) da parte di cittadini stranieri sono in lieve incremento dal 2000 al 2004, con ampie oscillazioni annuali. La tabella e il grafico successivi presentano l'andamento, in relazione alle aree di provenienza. Gli utenti del SERT provengono prevalentemente dal Nord Africa e dall'Europa dell'Est. La suddivisione tra generi indica che le donne sono circa un quinto del totale, percentuale lievemente più alta di quella delle donne italiane.

Anni	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri
2000	434	18	452	4,0
2001	491	28	519	5,4
2002	431	34	465	7,3
2003	486	27	513	5,3
2004	453	23	476	4,8

N. primi accessi al Sert per anno e cittadinanza: maschi (Fonte: Banca dati Sert)

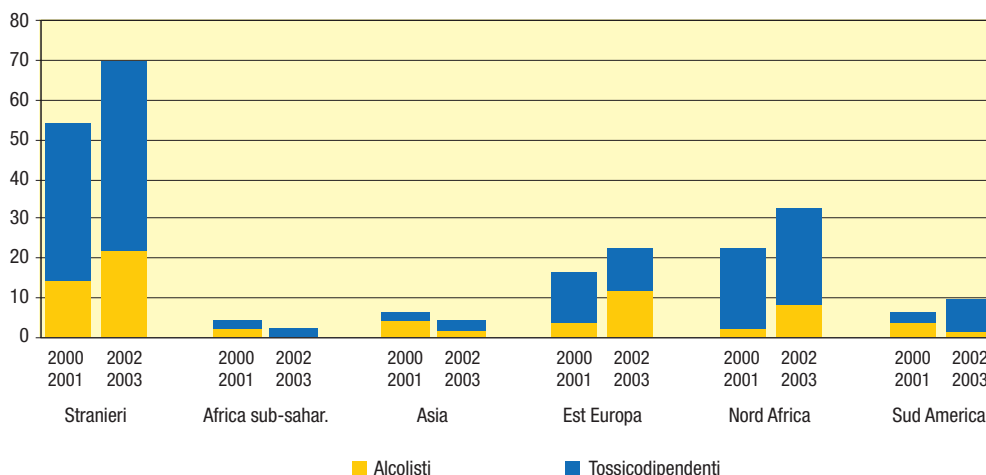
Anni	Italiani	Stranieri	Totale	% stranieri
2000	71	5	76	6,6
2001	95	5	100	5,0
2002	85	5	90	5,6
2003	79	7	86	8,1
2004	78	6	84	7,1

N. primi accessi al Sert per anno e cittadinanza: femmine (Fonte: Banca dati Sert)



Distribuzione % degli accessi al Sert per area di provenienza e biennio (Fonte: Banca dati SERT)

Le cause di accesso sono venute modificandosi nel tempo, in particolare la dipendenza dall'alcool è venuta assumendo maggior frequenza, soprattutto tra gli stranieri provenienti dall'Europa dell'Est, ma anche dal Nord Africa. Continua a essere tuttavia prevalente la tossicodipendenza (grafico successivo).



N. accessi al Sert per area di provenienza, tipologia e biennio
(Fonte: Banca dati SERT)

7. Screening Oncologici

Terminiamo questo capitolo con una breve relazione sull'adesione dei cittadini stranieri all'offerta di screening oncologici effettuata dal S. Sanitario pubblico. Non si tratta quindi di considerare il ricorso a una struttura fisica o a una figura specifica (il MMG), ma il grado di risposta all'offerta di un'importante opportunità di prevenzione.

⁷Lo screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella si rivolge alla popolazione femminile di età compresa tra i 50 e i 69 anni, offrendo come test di screening la mammografia con periodicità biennale. La popolazione interessata è attualmente di circa 57.000 donne. Il programma è partito nel 1995 e con il 2000 l'estensione è stata completata a tutto il territorio provinciale.

Lo screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero si rivolge alla popolazione femminile di età compresa tra i 25 e i 64 anni, offrendo come test di screening il pap test con periodicità triennale.

La popolazione interessata è attualmente di circa 135.000 donne. Il programma è partito nel 1996 su tutto il territorio provinciale.

Lo screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto si rivolge alla popolazione maschile e femminile, di età compresa tra i 50 e i 69 anni, offrendo come test di screening la ricerca del sangue occulto nelle feci con periodicità biennale.

La popolazione interessata è attualmente di circa 115.000 persone. Il programma è partito nel marzo 2005 su tutto il territorio provinciale.

Gli inviti a partecipare ai due programmi sono stati rivolti negli anni a tutta la popolazione residente, senza differenziazioni di cittadinanza. L'anagrafe assistiti, base informativa utilizzata per invitare la popolazione target a partecipare ai programmi di prevenzione e diagnosi precoce, mostra la seguente composizione per cittadinanza:

	Donne 50-69 anni (agosto 2005) screening mammella	Donne 25-64 anni (agosto 2005) screening collo utero	Donne e Uomini 50-69 anni (maggio 2006) screening colon retto
Popolazione residente	57.087	135.286	114.720
Italiani	55.659	124.498	111.263
Stranieri	1.428	10.788	3.457
% stranieri	2,5%	8,0%	3,0%

⁷ Paragrafo a cura di L. Paterlini, Centro Screening Azienda USL di Reggio Emilia



L'opportunità di partecipare ai programmi di screening è stata offerta a tutte le persone a prescindere dalla cittadinanza; l'adesione ai programmi è il primo indicatore che permette di capire quanto l'equità di offerta si trasformi in equità di accesso.

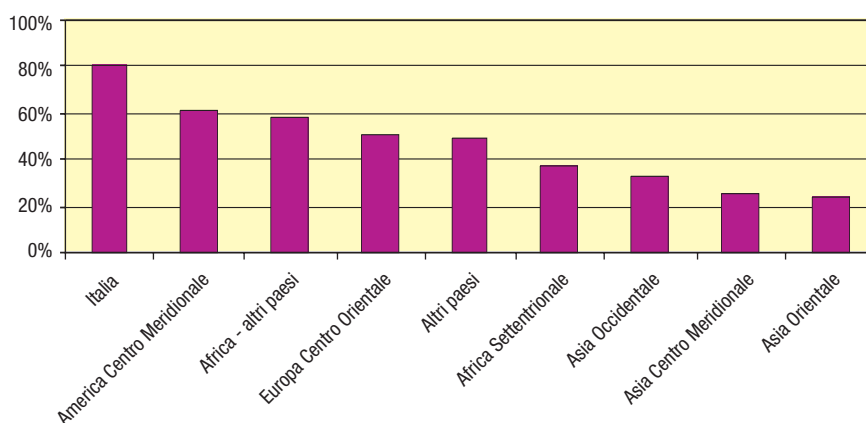
Screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella

Sono state quasi 55.000 le donne invitate nel periodo luglio 2003 - giugno 2005 (due anni è il periodo in cui tutte le donne target potenziali del programma devono essere raggiunte); non vengono invitate le donne già in follow-up per precedente diagnosi di tumore alla mammella.

Il 97,3% delle donne invitate risulta di cittadinanza italiana, il restante 2,7% di cittadinanza straniera; tra queste particolarmente rappresentate le donne dell'Europa centro-orientale, a seguire Africa settentrionale (Marocco, Egitto), Asia centro meridionale (India, Pakistan, Sri Lanka).

La partecipazione al programma, in termini di adesione all'invito e pertanto di esecuzione della mammografia di screening, è stata nei due anni analizzati complessivamente pari al 78,6%.

Si notano differenze tra le donne appartenenti a paesi diversi. Mentre le donne dei paesi dell'America Centro Meridionale hanno una buona adesione (60%), questa inizia a decrescere nelle donne dell'Europa Centro Orientale (51%), per arrivare a quote decisamente inferiori per le cittadine di Marocco ed Egitto (Africa Settentrionale con il 37%) e India, Pakistan, Sri Lanka, Cina e Filippine (Asia Centro Meridionale e Orientale con il 25-26%). Per altri gruppi la numerosità assoluta è decisamente scarsa.

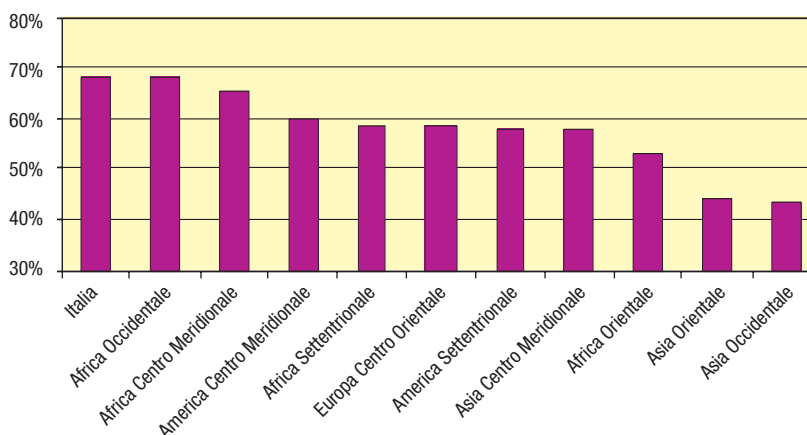


% adesione screening mammella per area di provenienza

Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero

Sono state più di 133.000 le donne coinvolte nel periodo luglio 2002 - giugno 2005 (tre anni è il periodo in cui tutte le donne target potenziali del programma devono essere raggiunte); non vengono invitate le donne che risultano isterectomizzate. Il 91% delle donne coinvolte risulta di cittadinanza italiana, il restante 9% di cittadinanza straniera; tra queste particolarmente rappresentate le donne dell'Europa centro-orientale, a seguire Africa settentrionale (Marocco, Egitto), Asia centro meridionale (India, Pakistan, Sri Lanka), Asia Orientale (Cina, Filippine), Africa Occidentale, e America Centro Meridionale.

La partecipazione al programma, in termini di esecuzione del pap test di screening, è stata nei tre anni analizzati complessivamente pari al 67,8%. Si notano differenze tra le donne appartenenti a paesi diversi. Le donne dei paesi dell'Africa Occidentale mostrano risultati analoghi alle donne italiane, le donne dei paesi dell'America Centro Meridionale, Africa Settentrionale, Europa Centro Orientale, Asia Centro Meridionale hanno una buona adesione (58-60%), questa è decisamente inferiore nel gruppo ancorché numeroso delle donne dell'Asia Orientale (44%).



% adesione screening cervice uterina per area di provenienza

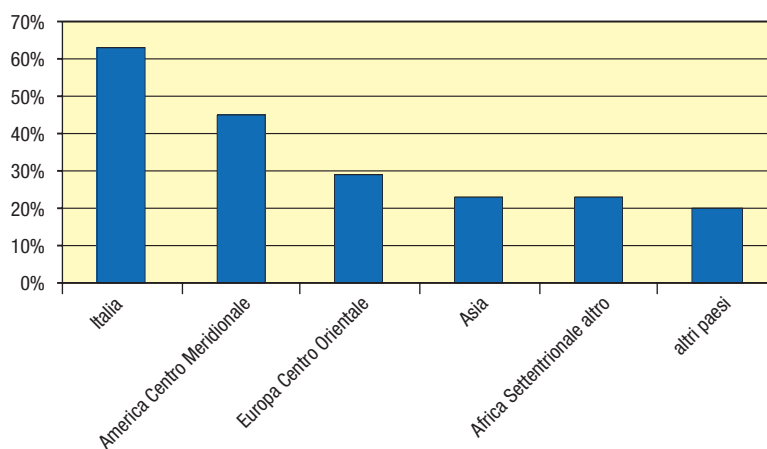
E' verosimile che i discreti risultati raggiunti siano da ascrivere al fatto che la rete dei consultori nella provincia costituisce, già da diversi anni, un buon punto di riferimento per le donne di cittadinanza straniera, in tutto il percorso che le accompagna nell'età riproduttiva.

Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore del colon retto

Sono state più di 45.000 le persone coinvolte nel periodo marzo 2005 – febbraio 2006 (primo anno di attività dello screening); non vengono invitate le persone già in follow-up per precedente diagnosi di tumore del colon retto o con colonscopia effettuata nei 5 anni precedenti l'invito.

Il 99% delle persone coinvolte risulta di cittadinanza italiana, il restante 1% di cittadinanza straniera; questo perché nel primo anno di attività del programma si sono invitate soprattutto le persone nella fascia 60-69 anni ed in questa fascia le persone con cittadinanza non italiana sono effettivamente meno dell'1%.

La partecipazione al programma, in termini di esecuzione del test al sangue occulto, è stata complessivamente pari al 62.5%. Mentre le persone con cittadinanza italiana hanno partecipato per un 62,9%, le persone con cittadinanza straniera hanno aderito soltanto per un 26,6% senza particolari differenze tra paesi di origine.



% adesione screening colon retto per area di provenienza



In sintesi

L'adesione della popolazione straniera agli screening dei tumori femminili (lo screening per il tumore del colon-retto è iniziato da poco tempo), è diversa secondo il tipo di tumore indagato e la nazionalità della donna.

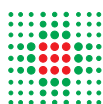
E' buona in generale la partecipazione allo screening del tumore del collo dell'utero, minore a quello della mammella. Partecipano maggiormente le donne dell'America latina e dell'Europa dell'Est, poco le donne cinesi, in modo differenziato le altre nazionalità.

Il cancro del collo dell'utero, la cui frequenza è bassa nel nostro Paese, è particolarmente frequente in America latina, Africa centro-meridionale, India, Filippine; quello della mammella ha la frequenza massima nei Paesi a sviluppo avanzato come l'Italia, ma anche quei paesi che per stile di vita e ricchezza si avvicinano a noi, o da noi sono meno dissimili, come l'Europa dell'Est, presentano frequenze elevate.

Per il tumore del collo dell'utero la popolazione straniera, particolarmente proveniente dall'America latina, Asia e Africa dovrebbe dunque rappresentare un target privilegiato dello screening, mentre per il tumore della mammella, accanto al mantenimento o all'ulteriore aumento dei già ottimi livelli di adesione delle donne italiane, l'incremento dell'adesione delle donne dell'Est Europa rappresenta un altro importante obiettivo di salute.



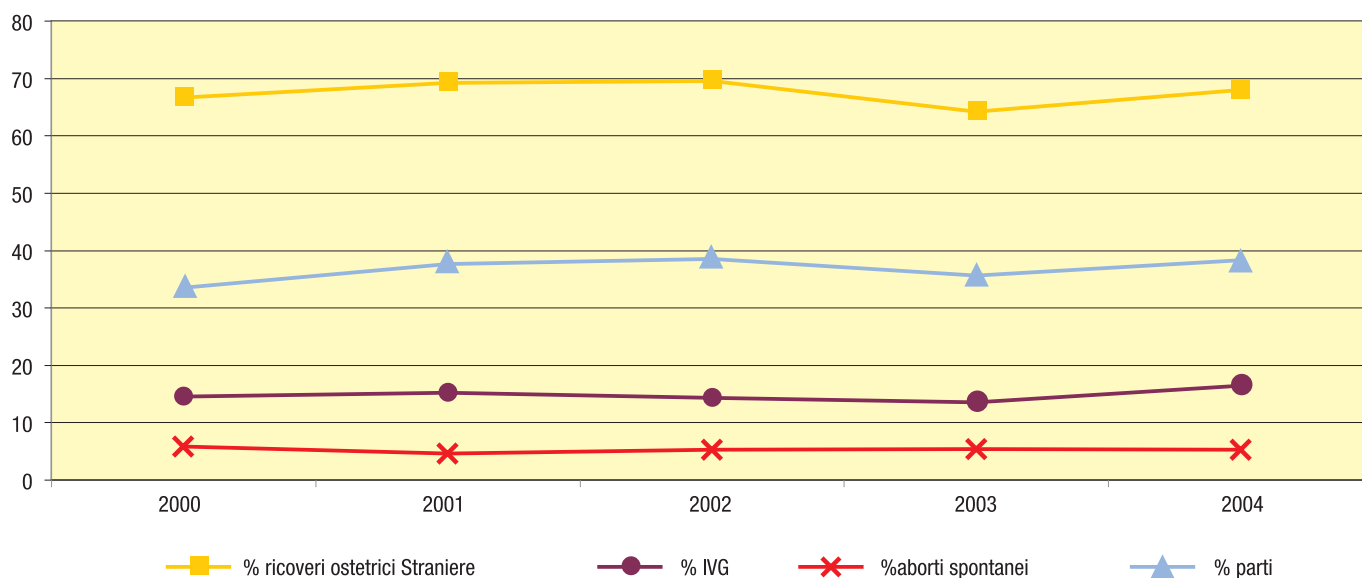
TERZA PARTE





1. Gli eventi Ostetrici

I ricoveri ospedalieri delle donne straniere rappresentano, nel 2004, circa il 16% di tutti i ricoveri femminili e quelli per cause ostetriche costituiscono da soli circa il 70% della totalità dei ricoveri. Di questi circa il 40% è dovuto ai parti, intorno al 15% alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e circa il 5% agli aborti spontanei. Nella figura successiva sono indicati gli andamenti temporali delle specifiche cause di ricovero.



% ricoveri per cause ostetriche sul totale ricoveri di donne straniere per anno
(Fonte: Banca dati SDO, RER)

I parti

I parti: andamento temporale

Nella tabella successiva sono indicati il numero di parti e l'incremento percentuale rispetto all'anno precedente nella popolazione italiana e in quella straniera. Anche nelle donne italiane si assiste a un incremento dei parti nel periodo 2000-2004, ma di entità nettamente inferiore a quello registrato presso le donne straniere, i cui parti nel 2004 rappresentano più del 20% del totale dei parti nella popolazione residente.

Anno	Italiane*		Straniere	
	Parti	Incresim. %	Parti	Incresim. %
2000	3.611	-	560	-
2001	3.655	1,2	688	22,9
2002	3.749	2,6	775	12,6
2003	3.799	1,3	854	10,2
2004	3.884	2,2	977	14,4

* Compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a sviluppo avanzato

N. di parti e incremento % sull'anno precedente per cittadinanza e anno (Fonte: Banca dati SDO, RER)



I parti cesarei

Cittadinanza	2000	2001	2002	2003	2004
Italiane*	31,6	31,4	32,0	30,9	33,1
Straniere	31,8	27,9	29,0	28,2	28,4

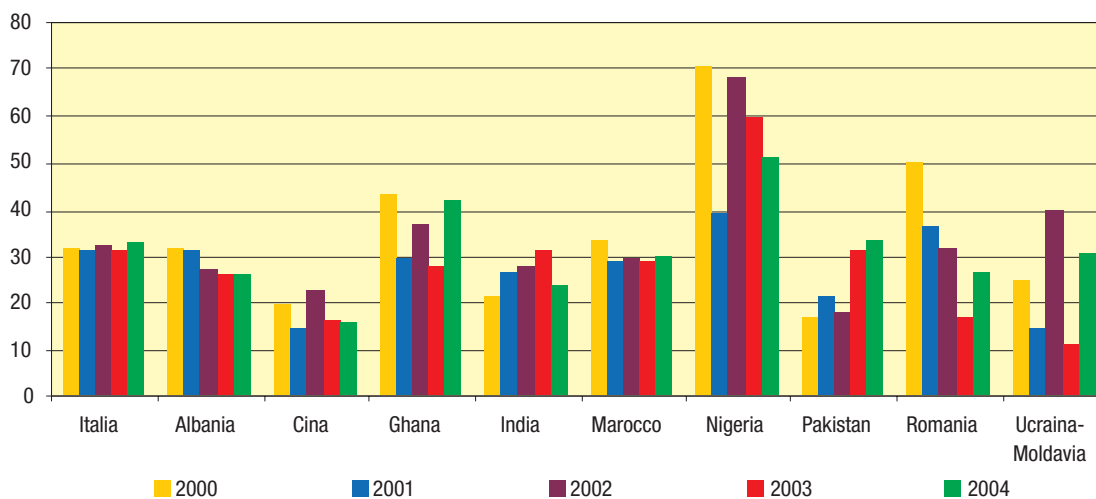
* Compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a sviluppo avanzato

Proporzione % di parti cesarei sul totale dei parti per cittadinanza e anno (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Vi è apparentemente un minor ricorso al parto cesareo da parte delle donne straniere, ma questo è dovuto prevalentemente alla loro minor età al parto. Correggendo infatti per età, la diversità scompare (Rapporto Standardizzato¹ = 0,94, IC 95% 0,84-1,06).

I parti cesarei nelle nazionalità considerate: le cinesi e le nigeriane

Nell'ambito delle nazionalità considerate, le donne cinesi ricorrono assai poco al parto cesareo (intorno al 15% del totale dei parti), a differenza delle donne nigeriane, per le quali questa pratica appare molto più frequente che nelle italiane (superiore al 50% nel periodo considerato).



% di parti cesarei per nazionalità e anno

(Fonte: Banca dati SDO, RER)

Gli aborti spontanei

Gli aborti spontanei tra le donne straniere sono più numerosi rispetto alle donne italiane, come appare dai tassi di abortività² presentati nella tabella successiva, riferita agli eventi del 2004. Tuttavia questo dato risente fortemente della diversa fecondità dei gruppi a confronto. Così, se si utilizza, più correttamente, la proporzione percentuale di abortività³, non si apprezzano più differenze significative tra i due gruppi. Tra le diverse nazionalità, pur con le cautele richieste dai piccoli numeri, le cittadine nigeriane e le indiane appaiono a rischio maggiore delle altre nazionalità.

¹ Rapporto Standardizzato = rapporto tra proporzione osservata e proporzione attesa di parti cesarei sul totale parti, per classe di età materna

² Tasso di abortività = $(N_{AS}/N \text{ donne } 15-44 \text{ anni}) * 1000$

³ Proporzione di abortività = $P_{AS} = \frac{N_{AS}}{N_{NV} + N_{NM} + N_{AS} + \frac{1}{4} N_{IVG}} * 100$

ove: N_{AS} = numero aborti spontanei;

N_{NV} = numero nati vivi; N_{NM} = numero nati morti; N_{IVG} = numero di IVG;

Cfr: Cattaruzza M.S., Spinelli A; *Epidemiol Prev* 2000; 24 (4):184-5



Nazionalità	N° aborti	Tasso x1000	Prop.% abort
Italia	550	6,3	11,9
Stranieri Extra UE	132	13,9	10,9
Albania	8	9,4	7,4
Cina	16	18,1	11,0
Marocco	27	16,7	10,6
India	15	19,9	14,4
Pakistan	9	23,4	11,1
Ukr-Mol	6	8,0	12,1
Ghana	5	10,5	10,0
Nigeria	10	29,8	15,6
Romania	3	6,9	9,9

Numero di aborti spontanei, tasso di abortività e proporzione % di abortività per cittadinanza e nazionalità considerate: età 15-44 anni - Anno 2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)

Le IVG tra le donne straniere sono, come noto, assai più numerose che tra le donne italiane, come dimostrano i tassi x1000 della tabella successiva, che evidenziano punte particolarmente elevate tra le donne indiane, dell'Africa sub-sahariana, dell'Est europeo. Benché il tasso di IVG sia una misura corretta dell'entità del fenomeno in una popolazione, è stato anche calcolato il Rapporto % IVG/parti, che tiene maggiormente conto del tasso di fecondità di ogni gruppo nazionale. Il Rapporto, infatti, sarà tanto più elevato quanto maggiore il numero di IVG, ma anche quanto minore il numero di parti. Così, mentre le donne marocchine e pakistane, che presentano valori simili a quelli italiani, ricorrono alle IVG per distanziare gravidanze per altro generalmente accettate, le donne ucraine-moldave sembrano scegliere l'IVG come misura elettiva nei confronti di una gravidanza non cercata né accettata.

Nazionalità	N° IVG	N° parti	Tasso x1000	Rapp. %
Italiane	845	3.852	9,7	21,9
Straniere	418	977	44,0	42,8
Albania	41	90	48,0	45,6
Cina	48	117	54,2	41,0
Marocco	46	217	28,5	21,2
India	52	76	68,9	68,4
Pakistan	11	69	28,6	15,9
Ucraina-Moldavia	42	33	55,7	127,3
Ghana	27	38	56,5	71,1
Nigeria	20	49	59,7	40,8
Romania	17	23	39,4	73,9

Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), tasso x1000 e rapporto % IVG/parti per cittadinanza e nazionalità: età 15-44 anni - Anno 2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Gli eventi ostetrici nelle donne Straniere Temporaneamente Presenti (STP)

Nel triennio 2002-2004 si sono verificati 139 ricoveri per cause ostetriche a carico di cittadine straniere temporaneamente presenti (59,4% di tutti i ricoveri delle donne STP), le cui motivazioni sono sinteticamente rappresentate nella tabella successiva. Le IVG prevalgono nettamente sulle altre cause, come era prevedibile, data la precarietà delle condizioni di vita e l'incertezza del futuro che contraddistingue la situazione di STP. Ben 43 delle 75 IVG sono a carico di cittadine dell'Est Europa.



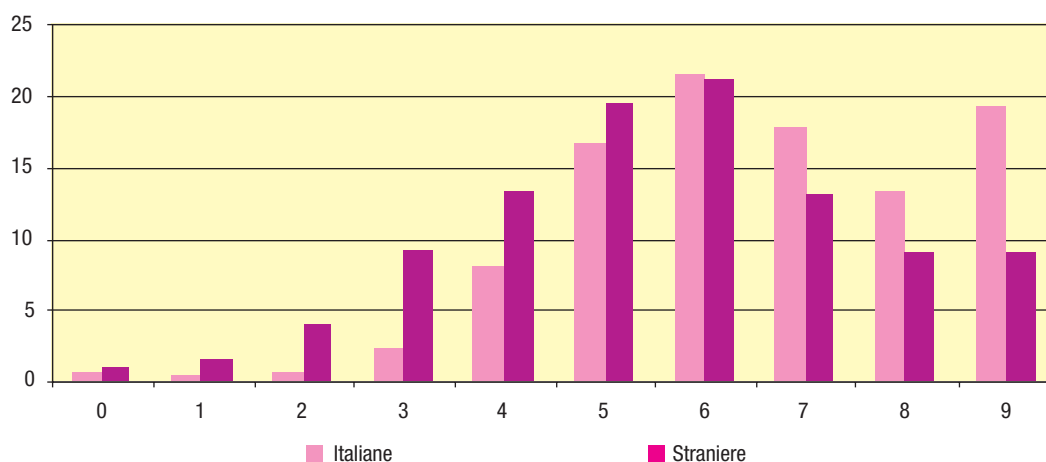
Causa ricovero	N.	%
Parti	39	28,1
Aborti spontanei	10	7,2
IVG	75	54,0
Altro	15	10,8
Totale	139	100

N. ricoveri per cause ostetriche delle donne STP e distribuzione % sul totale dei ricoveri - Anni 2002/2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)

2. L'Assistenza in gravidanza

Le visite

Il numero medio di visite in gravidanza nel corso del 2003-2004 da parte di tutte le donne residenti è stato di 6,4 visite (6,6 è il dato medio regionale⁴). La distribuzione per numero di visite è diversa tra italiane e straniere, come dimostra la figura seguente.



Distribuzione % delle donne per numero di visite in gravidanza e cittadinanza - Anni 2003/2004
(Fonte: Banca Dati Cedap, RER)

Il confronto con i dati medi regionali riportati dalla fonte citata in nota 4 documenta inoltre, a Reggio, una maggior frequenza di donne straniere che effettuano meno di 4 visite nel corso della gravidanza⁵ (frequenza in eccesso di più di un punto percentuale rispetto alla media regionale delle donne straniere).

Cittadinanza	N. visite			
	0	Da 1 a 3	Da 4 a 7	>7
Italiane*	0,4	3,0	64,1	32,5
Straniere RE	0,9	14,3	67,1	17,7
Straniere RER	14,1**		64,0	21,9

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

** nel report regionale è riportata solo la percentuale per cittadinanza per meno di 4 visite

Distribuzione % delle donne per numero di visite in gravidanza e cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)

4 Da: "La nascita in Emilia-Romagna. 2° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (Cedap)", Regione Emilia-Romagna, Giunta Regionale, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, dicembre 2005.

5 Il modello di assistenza in gravidanza proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è basato su almeno 4 visite (cfr. "Standards for maternal and neonatal care", WHO 2006)



Esaminando le nazionalità delle donne straniere che effettuano meno di 4 visite durante la gravidanza, le donne pakistane, ghanesi, cinesi e marocchine sono, nell'ordine, quelle che con minor frequenza usufruiscono dell'assistenza sanitaria in gravidanza.

Nazionalità	Totale parti	Visite <4	
		N.	%
Albania	169	24	14,2
Cina	186	33	17,7
Marocco	401	71	17,7
Ghana	70	14	20,0
Nigeria	73	6	8,2
India	162	19	11,7
Pakistan	116	30	25,9
Romania	44	3	6,8
Ucraina-Moldavia	51	7	13,7

Numero assoluto e % di donne straniere con meno di 4 visite in gravidanza per nazionalità
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)

L'epoca della prima visita

Anche l'epoca della prima visita in gravidanza presenta differenze rilevanti tra italiane e straniere, come si può vedere dalla tabella seguente: a Reggio più del 41% delle donne straniere effettua la prima visita dopo l'undicesima settimana, contro circa il 13% delle italiane. Questa proporzione è anche nettamente più alta di quella media regionale per le donne straniere (34%)⁶.

Cittadinanza	Epoca di gestazione (sett.)		
	≤ 8	9-11	≥ 12
Italiane*	63,9	23,0	13,1
Straniere RE	32,7	25,6	41,7
Straniere RER	41,3	24,7	34,0

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

Distribuzione % delle donne per epoca di gestazione (in settimane) alla prima visita e cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)

Le ecografie

La frequenza di esami ecografici è elevata a Reggio Emilia, come in regione, particolarmente tra le donne italiane. Più del 62%, infatti, esegue un numero maggiore di 4 ecografie in gravidanza, contro il 26% delle donne straniere (il 20% nella media regionale⁷). Per contro, solo l'1% delle donne straniere non effettua ecografie, percentuale paragonabile a quella delle italiane (0,9%) e quasi il 60% effettua 3-4 esami nel corso della gravidanza. Il numero inferiore di ecografie eseguito dalle donne straniere appare conseguenza del minor numero di visite effettuate durante la gravidanza, ma, a differenza di quest'ultimo parametro, non rappresenta un indicatore di assistenza inadeguata.

⁶ v. nota 4

⁷ v. nota 4



Cittadinanza	N. ecografie			
	0	1-2	3-4	>4
Italiane*	0,9	2,3	34,6	62,1
Straniere RE	1,0	13,9	58,6	26,5
Straniere RER	1,2	14,8	63,8	20,2

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

*Distribuzione % delle donne per numero di ecografie in gravidanza e cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

Le indagini invasive prenatali

Nelle donne con più di 35 anni viene offerta la possibilità di amniocentesi o di altri esami invasivi (esame dei villi coriali, fetocentesi, funicolocentesi) per la diagnosi prenatale di difetti genetici. L'adesione all'offerta è molto diversa tra le donne italiane e quelle straniere, come risulta dalla tabella successiva, che mostra come meno del 25% delle straniere effettui l'esame. Questa percentuale è simile a quella media regionale, che registra un'adesione del 24,7%⁸.

Cittadinanza	Donne >35 anni		
	Totale	N. indagini	%
Italiane*	1.633	1.093	65,7
Straniere RE	214	53	24,8

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

*Distribuzione % delle donne di età >35 anni per indagini prenatali invasive e cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

3. Le condizioni del neonato

Il peso alla nascita

La proporzione di bambini nati vivi con peso <1500gr è più elevata tra le straniere, anche se non in modo significativo rispetto alle italiane (RR 1,26 IC 95% 0,74 – 2,08), mentre quella dei bambini compresi tra 1500gr e 2500gr a Reggio è maggiore tra le italiane. In regione⁹ le straniere presentano percentuali più elevate di bambini sotto peso, particolarmente nella classe 1,5-2,5 kg.

Considerando solo i nati a termine, le proporzioni di nati sotto-peso (<2500g) si riducono (2,7 e 2,3% rispettivamente nelle italiane e nelle straniere), ma non cambia il rapporto tra i due gruppi.

Cittadinanza madre	Peso alla nascita					
	≤ 1,5 kg		1,5 - 2,5 kg		≤ 2,5 kg	
	N.	%	N.	%	N.	%
Italiane*	72	0,9	412	5,3	484	6,3
Straniere RE	22	1,2	87	4,6	109	5,8
Straniere RER		1,3		5,5		6,8

*: compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

*N. assoluto e % neonati con basso peso alla nascita per cittadinanza materna
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

⁸ v. nota 4

⁹ v. nota 4



Tra le nazionalità considerate, l'India, l'Africa sub-sahariana (Ghana e Nigeria) e il Pakistan sono i Paesi con la maggior frequenza di nati sotto peso, come evidenzia la tabella successiva.

Nazionalità madre	Peso alla nascita					
	≤ 1,5 kg		1,5 - 2,5 kg		≥ 2,5 kg	
	N.	%	N.	%	N.	%
Marocco	8	2,0	13	3,2	21	5,2
Cina	0	0,0	7	3,8	7	3,8
Albania	1	0,6	4	2,4	5	3,0
India	3	1,9	18	11,2	21	13,0
Ghana-Nigeria	2	1,4	9	6,4	11	7,9
Pakistan	1	0,9	7	6,1	8	7,0

*N. assoluto e % di neonati con basso peso alla nascita per nazionalità materna
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

La natimortalità

La natimortalità tra le donne straniere è significativamente più elevata che tra le italiane, con un tasso¹⁰ di quasi 8 per mille, come risulta dalla tabella successiva (RR = 2,93 IC95% 1,53-5,61).

Cittadinanza	Nati morti	Nati vivi	Tasso
Italiani	21	7.716	2,7
Stranieri	15	1.872	7,9
Totale	36	9.588	3,7

*N. di nati morti e tasso di natimortalità (x 1000) per cittadinanza materna
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

Pur con le cautele richieste dai piccoli numeri in gioco, i Paesi sub-sahariani appaiono particolarmente a rischio per questo rilevante problema.

Nazionalità	Nati morti	Nati vivi	Tasso
Italia	21	7.716	2,7
Marocco	5	403	12,2
Ghana	3	67	42,9
Nigeria	2	73	26,7
Albania	1	169	5,9
Egitto	1	44	22,2
India	1	161	6,2
Pakistan	1	115	8,6
Russia	1	31	31,3

*N. di nati morti e tasso di natimortalità (x 1000) per nazionalità materna
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)*

¹⁰ Tasso di natimortalità = Nati morti / (nati vivi + nati morti) x 1000, nel periodo di tempo considerato



Le condizioni socio-economiche materne costituiscono un importante fattore di rischio di natimortalità, come evidenzia la tabella successiva che mostra, pur con numeri molto piccoli, una relazione inversa tra titolo di studio materno e natimortalità tra le italiane, meno netta tra le straniere.

Titolo di studio madre	Natimortalità			
	Italiani		Stranieri	
	N.	Tasso	N.	Tasso
Elementare - Nessun titolo	1	5,3	5	17,8
Media inferiore	7	3,1	7	8,4
Media superiore	10	2,5	1	1,7
Laurea - Diploma univers.	3	2,4	2	11,1

N. di nati morti e tasso di natimortalità (x 1000) per nazionalità materna e titolo di studio
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)

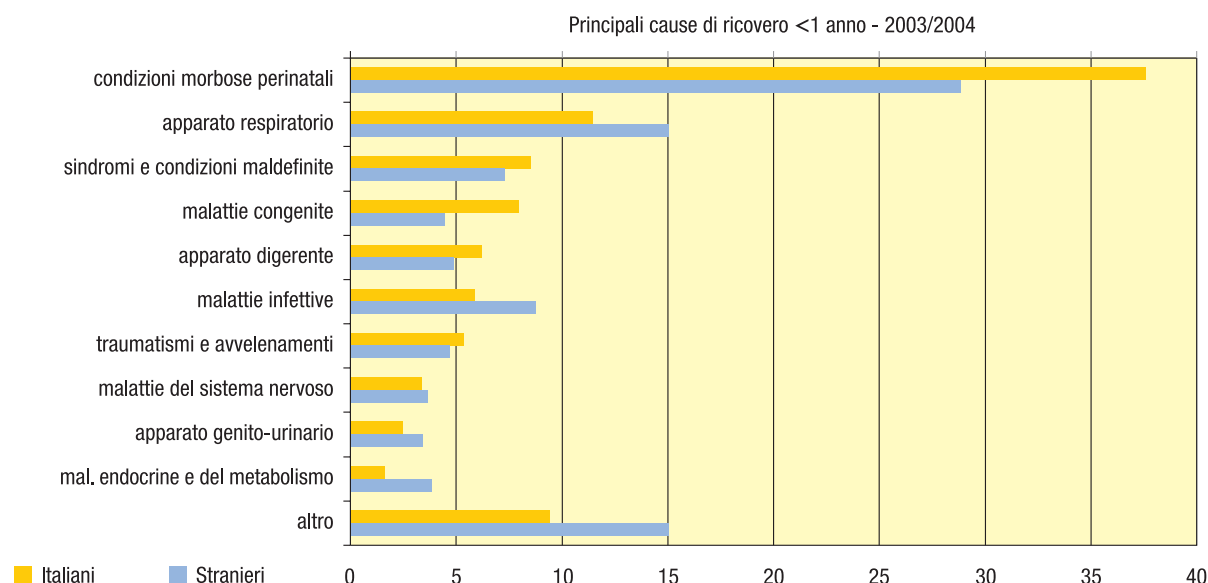
Anche l'assistenza ricevuta durante la gravidanza, di cui il numero di visite è un buon indicatore, è uno dei determinanti della natimortalità: il tasso è più elevato tra le donne con la minor frequenza di visite in gravidanza e minimo tra quelle con alta frequenza, come mostra la tabella successiva.

N. visite	Natimortalità			
	Italiani		Stranieri	
	N.	Tasso	N.	Tasso
<4 visite	3	11,4	4	14,2
4-7 visite	15	3,1	11	8,8
>7 visite	3	1,2	0	0

N. di nati morti e tasso di natimortalità (x 1000) per nazionalità materna e n. visite durante la gravidanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati Cedap, RER)

I ricoveri ospedalieri nel primo anno

I neonati e i lattanti stranieri vengono ricoverati con frequenza di poco superiore a quella dei bambini italiani, ma i motivi di ricovero differiscono alquanto, come dimostrano la figura e la tabella successive. Infatti il rischio di ricovero per "condizioni morbose perinatali" è significativamente più basso tra i bambini stranieri, mentre più elevato è quello per malattie dell'apparato respiratorio, per malattie infettive ed "endocrine e del metabolismo": tra queste ultime hanno particolare importanza le sindromi da disidratazione conseguenti a episodi diarroidici.



Distribuzione % delle principali cause di ricovero: confronto Italiani e Stranieri età <1 anno
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



Cause di ricovero <1 anno	ITALIANI*		STRANIERI		RR	IC 95%
	N.	Tasso	N.	Tasso		
Condizioni morbose perinatali	984	118,8	142	97,3	0,82	0,68 - 0,98
Apparato respiratorio	300	36,2	74	50,7	1,40	1,08 - 1,80
Malattie congenite	208	25,1	22	15,1	0,60	0,39 - 0,93
Apparato digerente	163	19,7	24	16,4	0,84	0,54 - 1,28
Malattie infettive	154	18,6	43	29,5	1,58	1,13 - 2,20
Malattie del sistema nervoso	88	10,6	18	12,3	1,16	0,70 - 1,93
Apparato genito-urinario	65	7,9	17	11,6	1,48	0,87 - 2,53
Mal. endocrine e del metabolismo	43	5,2	19	13,0	2,51	1,46 - 4,30
Altro	613	74,0	134	91,8	1,24	1,03 - 1,49
Totale	2.618	316,2	493	337,7	1,07	0,97 - 1,18

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. ricoveri, tassi di ospedalizzazione (x 1000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per causa: confronto Italiani e Stranieri età <1 anno - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

La mortalità infantile (MI)¹¹

Se si analizza la MI nei residenti in provincia di Reggio Emilia per provenienza geografica dei genitori si ottengono i risultati esposti nella tabella successiva, per la cui costruzione sono state utilizzate tutte le informazioni contenute nelle schede ISTAT delle cause di morte relative al neonato, ai genitori, alla gravidanza e al parto.

Anno	Stranieri			Italiani*		
	Residenti	Decessi	MI	Residenti	Decessi	MI
1993	145	0	0,0	3.239	15	4,6
1994	184	2	10,9	3.192	22	6,9
1995	189	0	0,0	3.123	16	5,1
1996	245	2	8,2	3.388	18	5,3
1997	275	4	14,5	3.445	14	4,1
1998	368	7	19,0	3.616	24	6,6
1999	427	2	4,7	3.749	19	5,1
2000	520	1	1,9	3.955	12	3,0
2001	592	11	18,6	3.914	19	4,8
2002	674	3	4,4	4.038	18	4,5
2003	730	4	5,5	4.140	17	4,1
2004	886	6	6,8	4.308	15	3,5
1993-2004	5.235	42	8,0	44.107	209	4,7

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. decessi nel primo anno di vita per anno e cittadinanza

¹¹ E' la mortalità che colpisce i nati vivi nell'intervallo tra la nascita e il primo compleanno. Si ottiene rapportando il numero dei bambini morti entro il primo anno di vita nell'unità di tempo considerata (generalmente un anno) al numero dei bambini nati vivi nello stesso anno, per mille. La mortalità neonatale è riferita ai primi 28 giorni di vita, mentre quella post-neonatale è relativa al periodo che intercorre tra 29 e 365 giorni dalla nascita.



I piccoli numeri in gioco rendono conto delle oscillazioni annuali registrate, ma il fenomeno risulta chiaramente superiore nei soggetti di provenienza non comunitaria e la mortalità nell'intero periodo è quasi doppia rispetto agli italiani. L'eccesso di mortalità negli stranieri viene registrato per tutte le componenti della MI, come riportato nella tabella successiva, da cui risulta tuttavia chiaramente che l'eccesso significativo è a carico della mortalità post-neonatale, con un rischio tre volte superiore negli stranieri rispetto agli italiani.

	Italiani*		Stranieri	
	N.	N.	RR	IC 95%
Mortalità neonatale (MN)	153	21	1,2	0,7-1,9
MN precoce	117	17	1,2	0,7-2,1
MN tardiva	36	4	1,0	0,3-2,7
Mortalità post-neonatale	56	21	3,2	2,0-5,3
Mortalità infantile (MI)	209	42	1,7	1,2-2,4

*: compresi i cittadini dell'Unione Europea (15 stati) e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

Mortalità Infantile (MI) per componenti e cittadinanza - Anni 1993/2004

Suddividendo le diverse componenti della mortalità infantile in tre periodi di calendario si evidenzia come la MI negli stranieri risulta inferiore a quella degli italiani nel primo quadriennio, cresce e diventa significativa nei due periodi successivi nei quali è quasi il doppio di quella degli italiani.

Periodo	Italiani *		Stranieri	
	N.	N.	RR	IC 95%
1993 - 1996	71	4	1,0	0,3 - 2,6
1997 - 2000	69	14	1,9	1,1 - 3,3
2001 - 2004	69	24	2,0	1,2 - 3,1
1993 - 2004	209	42	1,7	1,2 - 2,4

*compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

Mortalità infantile per cittadinanza e periodo

La mortalità neonatale, anche se lievemente più elevata negli stranieri, mostra un andamento oscillante e non risulta mai significativamente superiore a quella degli italiani.

Periodo	Italiani *		Stranieri	
	N.	N.	RR	IC 95%
1993 - 1996	50	3	1,0	0,3 - 3,3
1997 - 2000	53	8	1,4	0,7 - 2,9
2001 - 2004	50	10	1,1	0,6 - 2,2
1993 - 2004	153	21	1,2	0,7 - 1,9

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

Mortalità neonatale per cittadinanza e periodo

La post-neonatale al contrario, ad eccezione del primo periodo in cui è stato registrato un solo decesso, risulta molto più elevata rispetto agli italiani.



Periodo	Italiani *		Stranieri	
	N.	N.	RR	IC 95%
1993 - 1996	21	1	0,8	0,1 - 6,0
1997 - 2000	16	6	3,5	1,4 - 8,9
2001 - 2004	19	14	4,5	2,1 - 8,3
1993 - 2004	56	21	3,2	2,0 - 5,3

*compresi i Cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

Mortalità post-neonatale per cittadinanza e periodo

La nazionalità di provenienza dei genitori rappresenta quelle da più tempo radicate nel territorio, immigrate per motivi lavorativi con successivo ricongiungimento delle famiglie. Le coppie, con una sola eccezione, sono formate da connazionali.

Nazionalità dei genitori	N.	%
Marocco	14	33,3
Ghana	8	19,0
India	4	9,5
Pakistan	4	9,5
Sri Lanka	4	9,5
Cina	2	4,8
Altro	6	14,3
TOTALE	42	100,0

Mortalità infantile tra gli stranieri per nazionalità dei genitori - Anni 1993/2004

Di fatto, nel biennio 2003-04, periodo per il quale sono disponibili i dati sui nuovi nati del Flusso Cedap, affidabili per nascite e nazionalità, la mortalità infantile è quella descritta nella tabella seguente, che evidenzia, pur con i piccolissimi numeri a disposizione, una criticità nella comunità ghanese, che sperimenta tre piccoli morti (non gemelli), di cui due nel periodo post-neonatale.

Nazionalità	Morti	Nati vivi	Tasso x 1000	RR	IC 95%
Italia	32	7.716	4,1	1,0	-
Marocco	4	403	9,9	2,4	0,8 - 6,7
Ghana	3	67	44,8	10,8	3,4 - 34,4
India	1	161	6,2	1,5	0,2 - 10,9
Pakistan	1	115	8,7	2,0	0,3 - 15,2
Altri stranieri	1	809	1,2	0,3	0,0 - 2,2
Totale stranieri	10	1.872	5,3	1,3	0,6 - 2,6
Totale Provincia	42	9.588	4,4		

Mortalità infantile per nazionalità, tassi (x 1000), Rischio Relativo (RR) e IC 95% - Anni 2003/2004

La principale causa di morte nei neonati con genitori stranieri è data dalle malformazioni, mentre tra i bambini italiani prevale la prematurità¹². Il dato delle malformazioni risulta coerente con il minor ricorso alle indagini invasive prenatali delle donne straniere, documentato in uno dei paragrafi precedenti (v. pag 58). Risulta più alta rispetto agli italiani anche la prevalenza delle malattie infettive e della morte in culla, che rappresenta il 9,5 % delle cause di morte negli stranieri a fronte del 2,9% negli italiani.

In conclusione appare evidente una maggiore mortalità nei neonati di origine non comunitaria, che, benché notevolmente inferiore a quella presente nei paesi di origine, non presenta tuttavia un trend in riduzione.

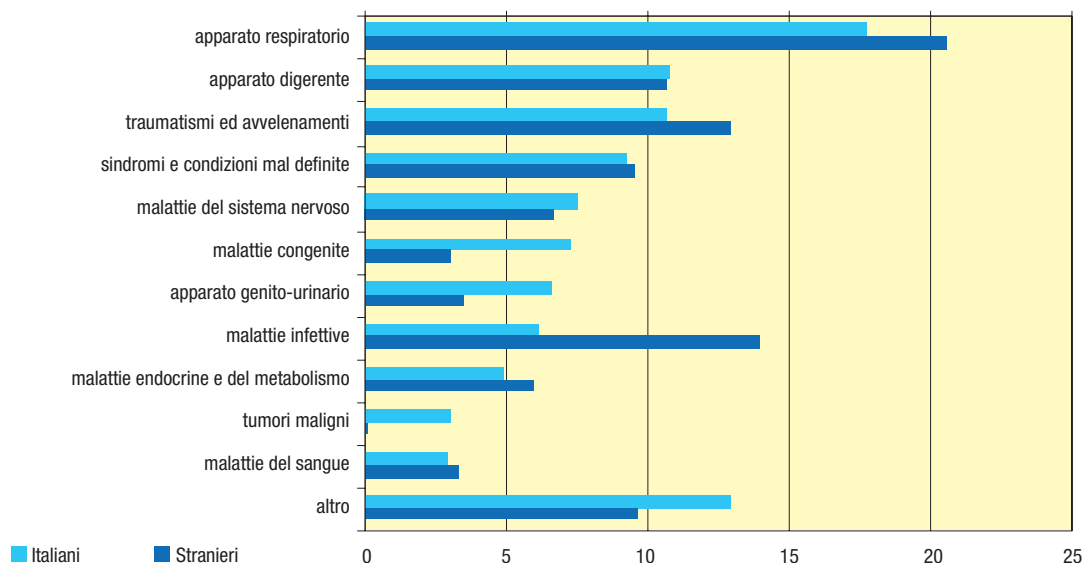
¹² L'età materna è leggermente superiore nelle italiane, con una contestuale evidenza di una maggiore proporzione di gravidanze di durata inferiore alle 28 settimane (26% vs. 19%) e di neonati con peso alla nascita molto basso, <1.500 g (41% vs. 25%).



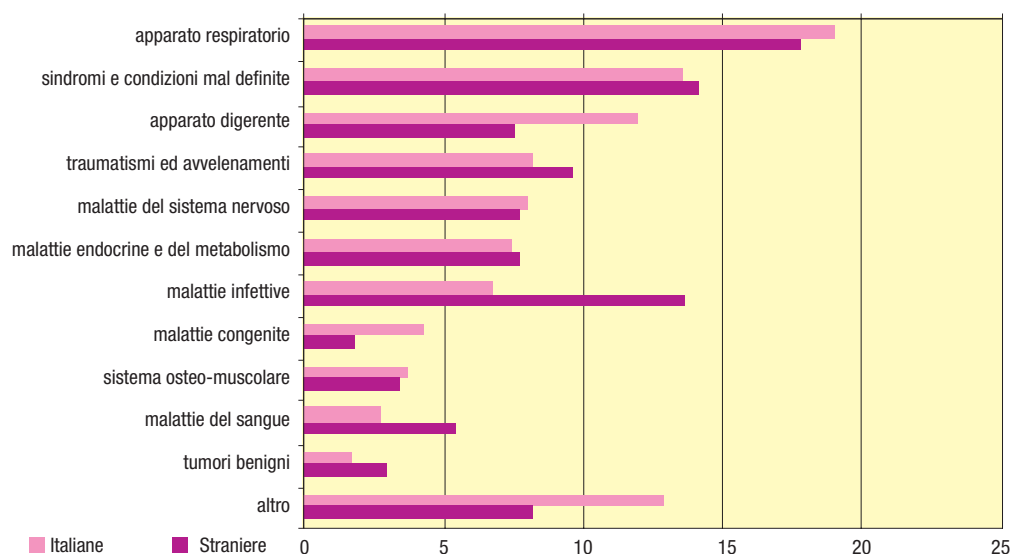
4. I ricoveri ospedalieri nei bambini 1-14 anni

I motivi che conducono al ricovero i bambini stranieri sono un po' diversi da quelli dei bambini italiani, come dimostrano i grafici seguenti, nei quali è riportata la distribuzione percentuale delle cause di ricovero per cittadinanza.

La diversità maggiore è data dalla percentuale elevata, nei bambini stranieri, in entrambi i generi, di ricoveri per malattie infettive, che tuttavia non costituiscono la diagnosi più frequente, rappresentata invece dalle patologie dell'apparato respiratorio, similmente a quanto accade nei bambini italiani.



*Distribuzione % delle principali cause di ricovero nei maschi 1-14 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)*



*Distribuzione % delle principali cause di ricovero nelle femmine 1-14 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 - (Fonte: Banca dati SDO, RER)*



Nelle tabelle sono indicati i Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione¹³ (RSO) per causa nei due generi, che rendono conto della entità e della significatività statistica della diversità tra i due gruppi, correggendo per classe quinquennale di età.

I bambini tra 1 e 14 anni si ricoverano complessivamente meno (i maschi) o in modo analogo (le femmine) dei loro coetanei italiani.

In entrambi i generi si nota un eccesso significativo di ricoveri per malattie infettive e tassi di ricovero significativamente più bassi per malattie congenite e per cause meno frequenti, raggruppate nella dizione "altre diagnosi".

Nei maschi anche i ricoveri per malattie genito-urinarie sono significativamente inferiori a quelli degli italiani. Nelle femmine l'eccesso di ricoveri per "malattie del sangue" e per "tumori benigni" è essenzialmente attribuibile a ricoveri ripetuti di pochi soggetti affetti da specifiche patologie.

Cause di Ricovero 1-14 anni	MASCHI		
	N.	RSO	IC 95%
Apparato respiratorio	123	0,94	0,78 - 1,12
Malattie infettive	84	1,87	1,49 - 2,32
Traumatismi ed avvelenamenti	77	1,13	0,89 - 1,41
Apparato digerente	64	0,92	0,71 - 1,17
Condizioni mal definite	57	0,86	0,65 - 1,12
Malattie del sistema nervoso	40	0,79	0,57 - 1,08
Malattie endocrine e del metabolismo	36	1,11	0,78 - 1,53
Apparato genito-urinario	21	0,47	0,29 - 0,71
Malattie del sangue	20	0,97	0,59 - 1,50
Malformazioni congenite	18	0,37	0,22 - 0,58
Altre diagnosi	58	0,71	0,54 - 0,91
Totale	599	0,88	0,81 - 0,96

N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) nei bambini stranieri 1-14 anni per causa - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca Dati SDO, RER)

Cause di Ricovero 1-14 anni	FEMMINE		
	N.	RSO	IC 95%
Apparato respiratorio	78	0,88	0,70 - 1,10
Condizioni mal definite	62	1,06	0,81 - 1,35
Malattie infettive	60	1,94	1,48 - 2,50
Traumatismi ed avvelenamenti	42	1,21	0,87 - 1,63
Malattie del sistema nervoso	34	1,01	0,70 - 1,41
Malattie endocrine e del metabolismo	34	1,11	0,77 - 1,56
Apparato digerente	33	0,70	0,48 - 0,98
Malattie del sangue	24	2,09	1,34 - 3,12
Sistema osteo-muscolare	15	1,00	0,56 - 1,64
Tumori benigni	13	1,99	1,06 - 3,41
Malformazioni congenite	8	0,45	0,19 - 0,88
Altre diagnosi	36	0,68	0,48 - 0,95
Totale	439	1,03	0,93 - 1,13

*N. ricoveri, RSO e IC 95% nelle bambine straniere 1-14 anni per causa
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca Dati SDO, RER)*

¹³ per significato e calcolo del RSO: v. Introduzione - Metodi Statistici



In sintesi

La gravidanza e il primo anno di vita del figlio sono momenti critici nella vita di qualsiasi persona, e lo sono maggiormente se si è immigrati. I problemi che questo capitolo ha evidenziato, su cui occorre progettare interventi mirati, sono nell'ordine:

- il rifiuto di una gravidanza non voluta, che porta le donne straniere all'Interruzione Volontaria con frequenza assai maggiore delle italiane. Tutte le nazionalità considerate sono a rischio, ma le donne dell'Europa dell'Est residenti o STP, per le quali la gravidanza appare un evento non contemplato e ostacolante il progetto migratorio, lo appaiono di più;
- l'assistenza in gravidanza, che per più del 15% delle donne straniere gravide appare al di sotto dello standard consigliato dall'OMS, che prevede l'effettuazione di almeno 4 visite. Pakistane, Ghanesi, Marocchine e Cinesi sono, nell'ordine, le donne che meno usufruiscono dell'assistenza offerta in gravidanza;
- la salute del bambino nel primo anno di vita: se il basso peso alla nascita non sembra essere un rilevante problema nei neonati stranieri, poichè la frequenza dei bambini molto sotto-peso (<1500gr) è solo di poco superiore a quella degli italiani, la natimortalità e la mortalità infantile vedono ancora una incidenza del fenomeno nettamente più alta tra i neonati stranieri.

La natimortalità è espressione di sofferenza fetale ed è correlata inversamente con l'assistenza sanitaria di cui la madre ha usufruito durante la gravidanza, come dimostrano anche i nostri dati.

La mortalità infantile, nella sua componente post neonatale, che a Reggio Emilia è la responsabile principale dell'alto tasso di mortalità infantile tra gli stranieri, dipende in larga misura dalle condizioni di comfort e di assistenza fornite al bambino: abitazione, alimentazione, assistenza sanitaria tempestiva.

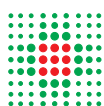
Anche i ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita, con gli eccessi rispetto ai bambini italiani per patologie respiratorie, malattie infettive e sindromi da disidratazione conseguenti a episodi diarroici, sono testimonianza di difficoltà ambientali e assistenziali.

Le collettività che appaiono a maggior rischio per natimortalità e mortalità infantile sono quella ghanese e, in misura assai minore, quella marocchina.

Superato il primo anno di vita, si registra ancora un eccesso di ricoveri per malattie infettive, nell'ambito tuttavia di un quadro complessivo simile a quello dei bambini italiani.



QUARTA PARTE

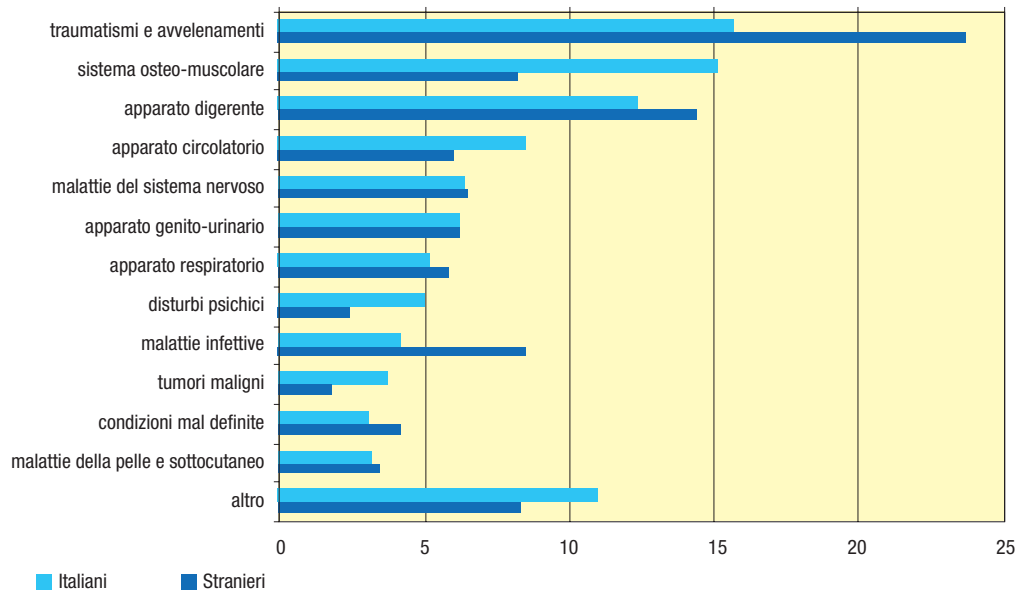




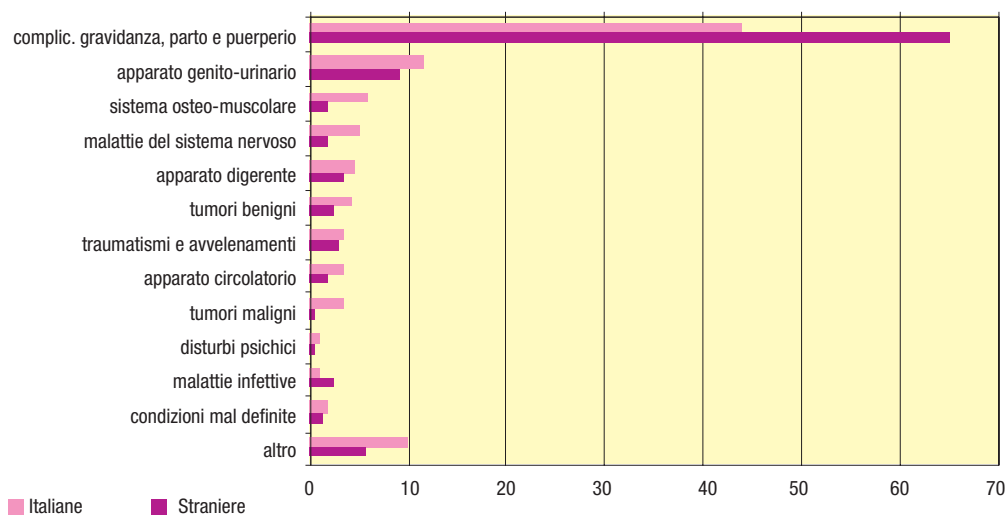
1. Le cause di ricovero ospedaliero

I ricoveri ospedalieri 15-44 anni

Le cause di ricovero ospedaliero in questa classe di età sono illustrate nei grafici seguenti, ove sono riportate le distribuzioni percentuali nei due generi. La prima causa di ricovero, molto più frequente rispetto alle successive, è rappresentata nei maschi dai traumi e nelle femmine dagli eventi ostetrici, come già è stato più volte riportato.



Distribuzione % delle principali cause di ricovero negli uomini 15-44 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



Distribuzione % delle principali cause di ricovero nelle donne 15-44 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

Le tabelle seguenti, illustrate dai grafici successivi, mostrano i Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione per causa (RSO)¹, con i relativi Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%). Il tasso di ospedalizzazione per tutte le cause negli uomini, aggiustato per età, è simile a quello dei coetanei italiani e, accanto ai traumi di cui brevemente riferiremo in uno dei prossimi paragrafi, l'unica causa di ricovero significativamente più frequente è rappresentata dalle malattie infettive, mentre i ricoveri per tumori, patologie del sistema cardio-circolatorio, osteo-muscolare e per disturbi psichici sono significativamente meno frequenti che negli italiani di pari età.

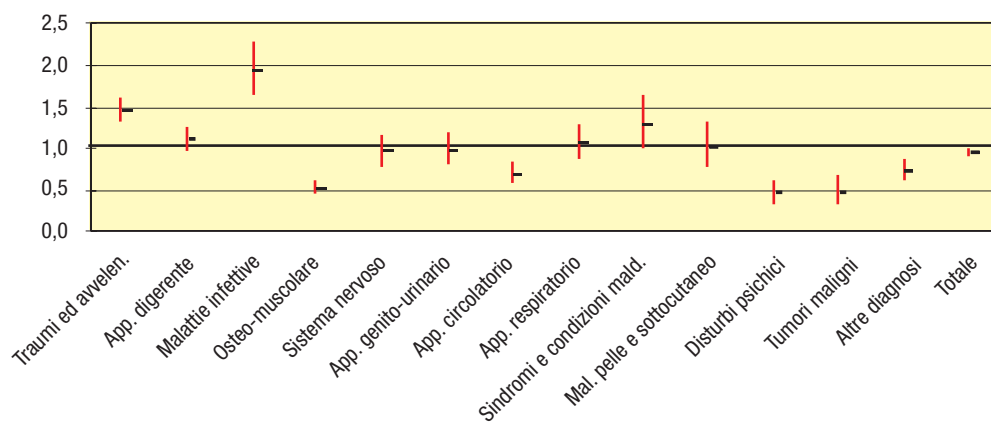
¹ per significato e calcolo del RSO: v. Introduzione - Metodi Statistici



Cause di ricovero 15-44 anni	UOMINI		
	N.	RSO	IC 95%
Traumatismi ed avvelenamenti	385	1,44	1,30 - 1,58
Apparato digerente	235	1,10	0,96 - 1,25
Malattie infettive	139	1,93	1,62 - 2,26
Sistema osteo-muscolare	135	0,51	0,43 - 0,60
Malattie del sistema nervoso	105	0,96	0,78 - 1,15
Apparato genito-urinario	102	0,97	0,79 - 1,17
Apparato circolatorio	99	0,67	0,55 - 0,81
Apparato respiratorio	95	1,05	0,85 - 1,27
Condizioni mal definite	68	1,28	1,00 - 1,61
Malattie della pelle e sottocutaneo	56	1,01	0,76 - 1,29
Disturbi psichici	40	0,45	0,32 - 0,60
Tumori maligni	30	0,46	0,31 - 0,64
Altre diagnosi	137	0,73	0,61 - 0,85
Totale	1.626	0,95	0,90 - 0,99

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per causa.

Uomini stranieri 15-44 anni - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



RSO per diagnosi: Uomini Stranieri 15-44 anni - Anni 2003/2004

(Fonte: Banca dati SDO, RER)

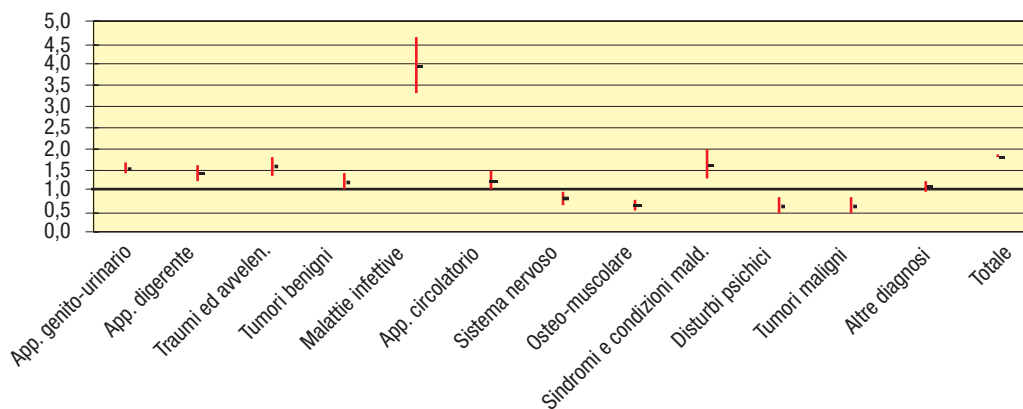
Le donne invece ricorrono al ricovero ospedaliero con maggior frequenza delle coetanee italiane, anche escludendo le cause ostetriche, che sono già state oggetto di una specifica presentazione². Oltre che per le malattie infettive, che negli stranieri rappresentano una causa di ricovero significativamente più frequente che nei coetanei italiani in entrambi i generi, per tutte le classi di età, le donne straniere si ricoverano più frequentemente delle italiane per una serie di altre cause: traumi, patologie dell'apparato genito-urinario e digerente nonché per "condizioni mal definite", generica dizione che, almeno in questa classe di età, si applica a disturbi aspecifici, non inquadrabili in una precisa diagnosi. Così come nei coetanei maschi, i ricoveri sono meno frequenti che nelle italiane per tumori, disturbi psichici, patologie del sistema osteo-muscolare. Sono meno frequenti anche per le malattie del sistema nervoso.

² v. pag. 53



Cause di ricovero 15-44 anni	DONNE		
	N.	RSO	IC 95%
Apparato genito-urinario	455	1,46	1,33 - 1,60
Apparato digerente	175	1,36	1,17 - 1,57
Traumatismi ed avvelenamenti	149	1,52	1,29 - 1,78
Tumori benigni	121	1,12	0,93 - 1,33
Malattie infettive	118	3,89	3,22 - 4,63
Apparato circolatorio	99	1,18	0,96 - 1,42
Malattie del sistema nervoso	98	0,75	0,61 - 0,91
Sistema osteo-muscolare	94	0,60	0,48 - 0,72
Condizioni mal definite	76	1,59	1,25 - 1,97
Disturbi psichici	33	0,56	0,39 - 0,77
Tumori maligni	33	0,58	0,40 - 0,79
Altre diagnosi	281	1,05	0,93 - 1,17
Totale	1.732	1,17	1,12 - 1,23

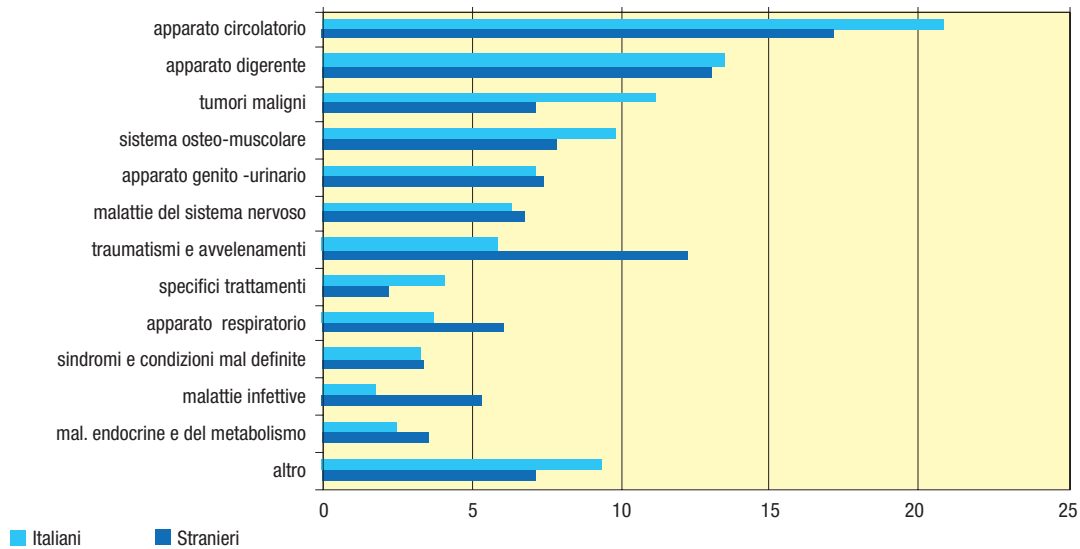
N. di ricoveri, RSO e IC 95% per causa
 Donne Straniere 15-44 anni - Anni 2003/2004
 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



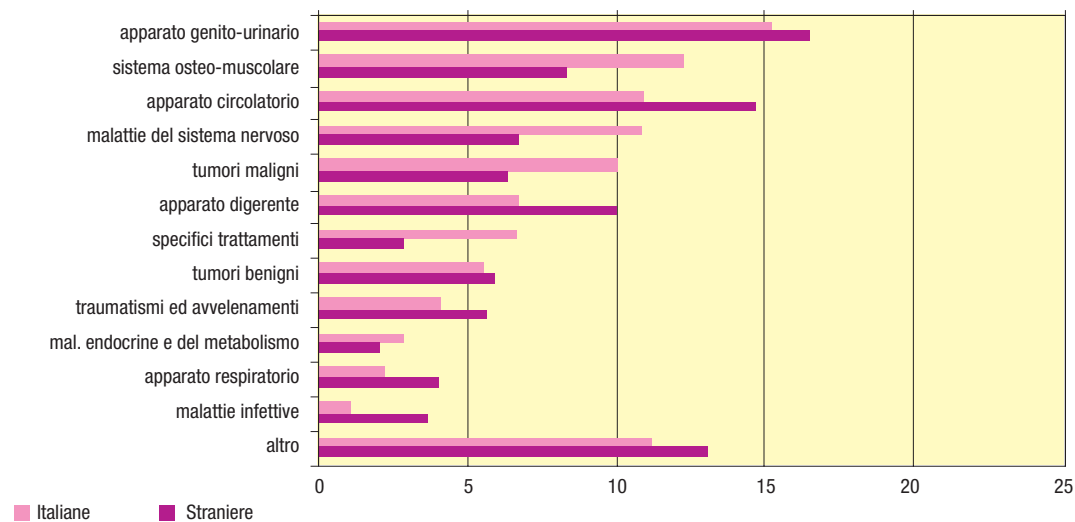
RSO per diagnosi: Donne Straniere 15-44 anni - Anni 2003/2004
 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

I ricoveri ospedalieri 45-64 anni

Anche in questa classe di età, assai meno affollata della precedente, il pattern di cause di ricovero degli stranieri differisce sostanzialmente da quello degli italiani in entrambi i generi. Nei maschi stranieri i traumi continuano a rappresentare una proporzione importante dei ricoveri, a differenza che negli italiani, anche se le cause cardio-circolatorie e digerenti sono più numerose; nelle femmine straniere tra le prime tre cause di ricovero compaiono, accanto alle patologie genito-urinarie e cardio-circolatorie, anche le digerenti, diversamente dalle donne italiane, per le quali sono più frequenti i ricoveri per malattie osteo-muscolari.



Distribuzione % delle principali cause di ricovero negli uomini 45-64 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



Distribuzione % delle principali cause di ricovero nelle donne 45-64 anni per cittadinanza
Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)

I Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione per causa (RSO)³, illustrati nelle tabelle e nei grafici seguenti, mostrano in questa fascia di età in entrambi i generi tassi di ospedalizzazione per tutte le cause inferiori ai coetanei italiani.

Negli uomini solo le malattie infettive e i traumi determinano frequenze di ricovero significativamente superiori agli italiani, mentre i ricoveri per patologie osteo-muscolari, oltre alle diagnosi meno specifiche ("altre diagnosi", "specifici trattamenti"), sono significativamente meno frequenti che negli italiani di pari età.

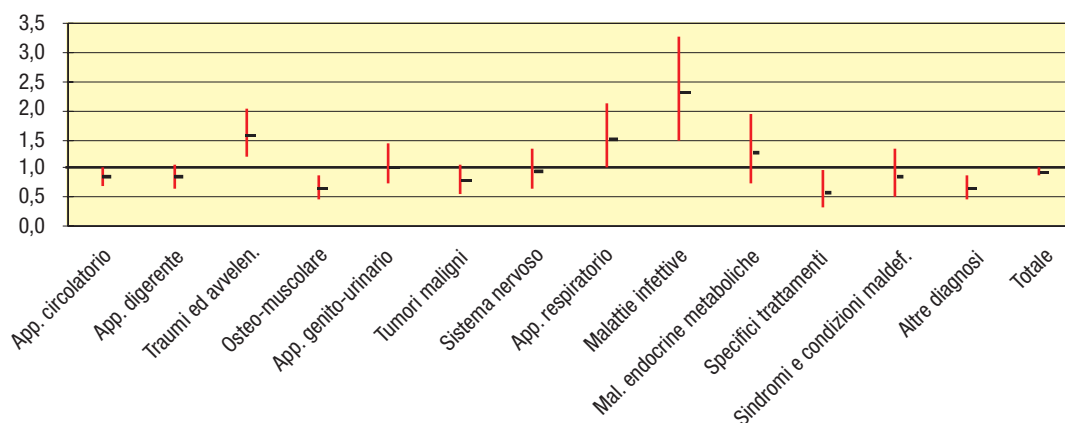
³ per significato e calcolo dell'RSO: vedi introduzione - Metodi Statistici



Cause di ricovero 45-64 anni	UOMINI		
	N.	RSO	IC 95%
Apparato circolatorio	76	0,82	0,65 - 1,02
Apparato digerente	58	0,82	0,62 - 1,04
Traumatismi ed avvelenamenti	54	1,56	1,17 - 2,00
Sistema osteo-muscolare	35	0,62	0,43 - 0,85
Apparato genito-urinario	33	1,01	0,69 - 1,38
Tumori maligni	32	0,75	0,51 - 1,03
Malattie del sistema nervoso	30	0,94	0,63 - 1,31
Apparato respiratorio	27	1,49	0,98 - 2,10
Malattie infettive	24	2,27	1,46 - 3,27
Malattie endocrine e del metabolismo	16	1,24	0,71 - 1,91
Specifici trattamenti	10	0,54	0,26 - 0,93
Condizioni mal definite	15	0,84	0,47 - 1,31
Altre diagnosi	32	0,62	0,43 - 0,86
Totale	442	0,90	0,82 - 0,99

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per causa

Uomini Stranieri 45-64 anni - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



RSO per diagnosi: Uomini Stranieri 45-64 anni - Anni 2003/2004

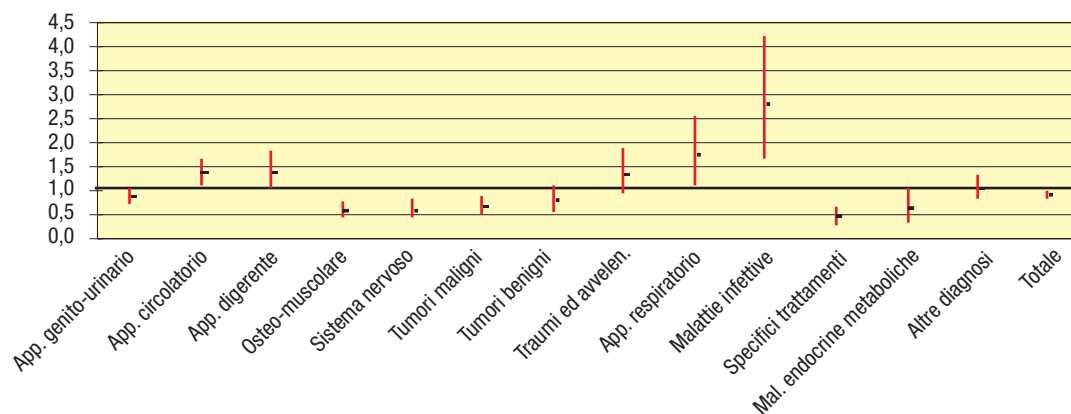
(Fonte: Banca dati SDO; RER)

Nelle donne le malattie infettive, ma anche le patologie cardio-circolatorie e respiratorie causano ricoveri significativamente più frequenti delle coetanee italiane, mentre le malattie osteo-muscolari, del sistema nervoso e i tumori maligni, insieme con quelli dovuti a "specifici trattamenti", determinano frequenze di ricovero significativamente più basse.

Cause di ricovero 45-64 anni	DONNE		
	N.	RSO	IC 95%
Apparato genito-urinario	81	0,83	0,66 - 1,02
Apparato circolatorio	72	1,33	1,04 - 1,65
Apparato digerente	49	1,35	1,00 - 1,75
Sistema osteo-muscolare	41	0,55	0,39 - 0,73
Malattie del sistema nervoso	33	0,55	0,38 - 0,76
Tumori maligni	31	0,61	0,41 - 0,84
Tumori benigni	29	0,76	0,51 - 1,06
Traumatismi ed avvelenamenti	28	1,32	0,87 - 1,85
Apparato respiratorio	20	1,71	1,05 - 2,54
Malattie infettive	18	2,78	1,64 - 4,20
Specifici trattamenti	14	0,41	0,22 - 0,65
Malattie endocrine e del metabolismo	10	0,60	0,29 - 1,03
Altre diagnosi	64	0,99	0,76 - 1,25
Totale	490	0,86	0,79 - 0,94

N. di ricoveri, RSO e IC 95% per causa

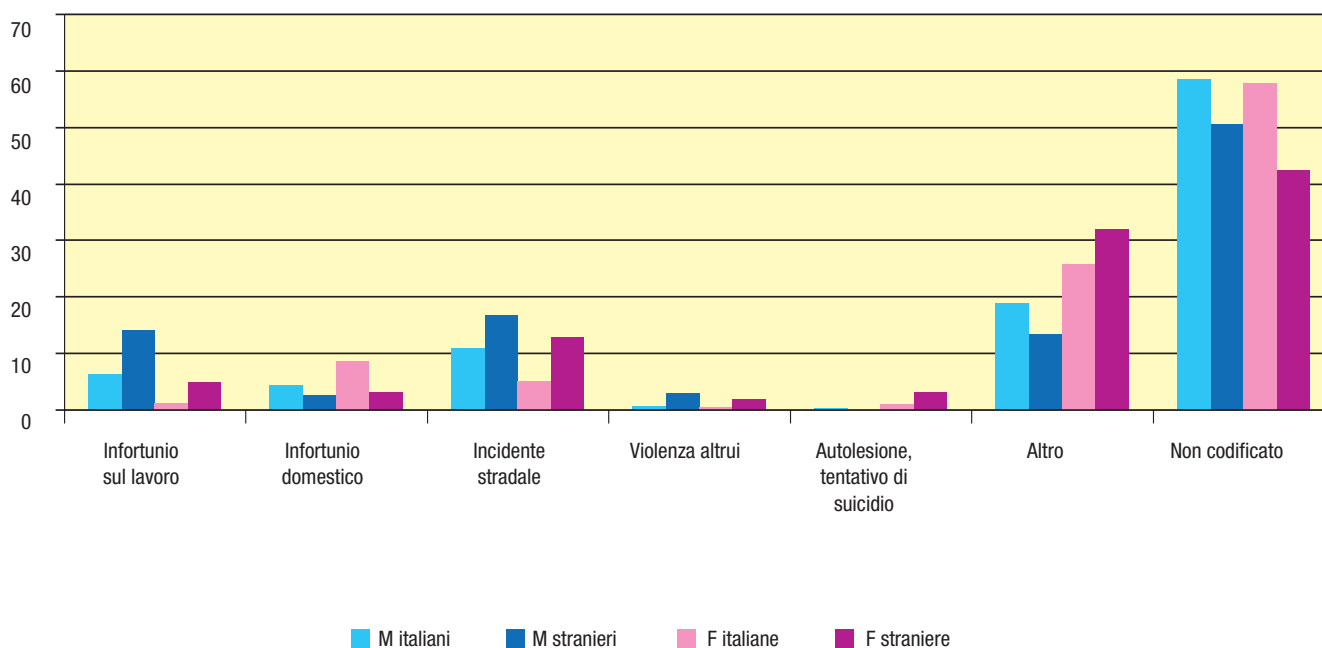
Donne Straniere 45-64 anni - Anni 2003/2004 (Fonte: Banca dati SDO, RER)



RSO per diagnosi: Donne Straniere 45-64 anni - Anni 2003/2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)

I ricoveri per traumi

I traumi, come abbiamo visto, rappresentano la prima causa di ricovero nei maschi stranieri e anche nelle donne i tassi di ricovero per questa causa sono più elevati che nelle italiane. Tuttavia una valutazione delle cause del trauma che porta al ricovero è assai difficoltosa perché nella maggior parte dei casi l'origine del trauma non è codificata, come appare dalla figura seguente, che riporta la distribuzione percentuale delle cause tra gli italiani e gli stranieri, in entrambi i generi.



Distribuzione % delle cause del trauma per genere e cittadinanza - Anno 2004
(Fonte: Banca dati SDO, RER)

Infatti quasi il 60% dei traumi negli italiani e poco più del 50 % tra gli stranieri non hanno una causa specificata nella scheda di dimissione ospedaliera. Tuttavia, nell'ambito delle cause specificate, negli stranieri è maggiore la proporzione di incidenti stradali e di infornuti sul lavoro, in entrambi i generi. Pur con proporzioni assai modeste, anche le violenze e, per le donne, i tentati suicidi, appaiono più rappresentati tra gli stranieri.



In sintesi

Le cause di ricovero degli stranieri sono alquanto diverse da quelle degli italiani, per frequenza o per tipologia.

- Nei giovani adulti (15-44), la prima causa di ricovero negli uomini è data dai traumi, nelle donne dalle cause ostetriche. Questo ordine di frequenza è osservato anche nella popolazione italiana, ma con minore scarto rispetto alle altre cause di ricovero. Riguardo alle quali si osserva in generale negli stranieri una minor frequenza di patologie cronico-degenerative (malattie circolatorie, osteo-muscolari, tumori), insieme con un eccesso di ricoveri per malattie infettive, che tuttavia rappresentano meno del 10% del totale ricoveri negli uomini e intorno al 2% nelle donne. Nelle donne si registra una maggior frequenza di ricoveri anche per altre cause (patologie genito-urinarie, dell'apparato digerente).

Negli adulti della classe di età più elevata (45 - 64 anni) il pattern delle cause di ricovero si differenzia meno dagli italiani. Resta infatti elevata la frequenza dei traumi negli uomini, ma fra le prime cause compaiono quelle cardio-circolatorie in entrambi i generi ed è meno pronunciata la differenza per le altre cause più frequenti. Restano comunque significativamente inferiori i ricoveri per malattie osteo-muscolari, mentre permane l'eccesso per le malattie infettive che tuttavia, anche in questa classe di età, costituiscono frazioni modeste del totale dei ricoveri (intorno al 5%).

I ricoveri per traumi fanno registrare una maggior frequenza di infortuni sul lavoro e di incidenti stradali in entrambi i generi, ma in oltre il 50% dei ricoveri per traumi non è codificata alcuna causa, negli stranieri così come tra gli italiani.



2. Gli infortuni sul lavoro

I dati di seguito presentati sono ricavati dai Flussi informativi dell'Inail. Non sono quindi compresi eventuali infortuni occorsi a lavoratori in nero, mai regolarizzati. Pur con questa rilevante ma non superabile limitazione, i dati dell'Istituto assicuratore forniscono un quadro (l'unico quadro disponibile, se si escludono ricerche ad hoc, limitate nel tempo) utile a disegnare la mappa e il trend del lavoro straniero in Italia.

Frequenza

Il numero di infortuni sul lavoro a carico degli immigrati dipende, come è ovvio, dalla numerosità dei lavoratori stranieri impiegati e dalle caratteristiche del lavoro a cui sono adibiti, di tipo strutturale, organizzativo, relazionale, culturale. Per quanto concerne la prima, non sono disponibili dati ufficiali sul numero di lavoratori extracomunitari presenti nei diversi comparti produttivi in un dato periodo. Il numero di infortuni a carico di lavoratori stranieri segnalati da Inail può essere perciò utilizzato come stima della entità di occupazione straniera in ogni comparto.

La tabella seguente presenta la percentuale di infortuni sul lavoro occorsi e riconosciuti da Inail a carico di lavoratori stranieri nella provincia di Reggio Emilia nel periodo 2002-2004, per grande gruppo produttivo, con esclusione del lavoro agricolo vero e proprio.

Grande Gruppo	2002		2003		2004 ^a	
	N.	%	N.	%	N.	%
0 - Commercio e servizi	289	11,7	283	11,6	275	12,6
1 - Lavorazioni agricole ind.*	59	13,8	81	19,3	68	17,4
2 - Carta, chimica, cuoio	107	19,2	118	20,9	87	19,0
3 - Costruzioni, impianti	172	12,7	199	14,1	236	18,6
4 - Energia, comunicazioni	1	6,3				
5 - Legno e affini	43	15,9	35	15,0	43	21,6
6 - Metalli, macchine	560	19,0	543	19,8	562	20,9
7 - Minerali, rocce, vetro	121	14,5	119	16,1	121	16,7
8 - Tessile, confezioni	29	17,8	17	13,0	21	17,2
9 - Trasporti, magazzini	66	11,9	71	14,4	103	16,1
Non determinato	122	21,6	106	27,5	155	38,1
Totale	1.569	15,4	1.572	16,4	1.671	18,4

^a: i dati del 2004 non sono completi, avendo una % di definizione (infortuni definiti/infortuni denunciati) intorno al 95% -

*Lavorazioni agricole a carattere industriale.

N. assoluto e % di infortuni definiti da Inail a carico di lavoratori stranieri a Reggio Emilia per anno e Grande Gruppo produttivo (in grassetto i comparti con percentuale >18 nel 2004 - Fonte: Nuovi Flussi Informativi INAIL-Ispesl-Regioni)

In agricoltura l'andamento degli infortuni è quello evidenziato dalla tabella successiva, da cui si ricava la costante rapida diminuzione degli infortuni complessivi nel settore e, inversamente, l'incremento percentuale della quota di infortuni a carico dei lavoratori stranieri.

Agricoltura	2002	2003	2004
Infortuni totali	892	809	693
di cui Stranieri	44	58	55
% stranieri	4,9	7,2	7,9

Infortuni in Agricoltura per cittadinanza e anno (Fonte: Nuovi Flussi Informativi INAIL-Ispesl-Regioni)

Nel 2003, ultimo anno per il quale sono disponibili dati completi, si sono verificati complessivamente 1.572 infortuni a carico di lavoratori stranieri Extra UE (1.337 di lavoratori, 235 di lavoratrici), di cui si segnala la nazionalità nelle due tabelle successive. La frequenza assai minore di infortuni nelle donne può essere dovuta sia a una loro scarsa presenza nel mercato del lavoro, sia alla minore pericolosità dei lavori da loro svolti (lavori di cura, di pulizia).



Paese di nascita	MASCHI	
	N.	%
Marocco	442	33,1
Tunisia	132	9,9
Pakistan	129	9,6
Albania	106	7,9
India	86	6,4
Ghana	79	5,9
Egitto	46	3,4
Senegal	45	3,4
Nigeria	26	1,9
Jugoslavia	22	1,6
Algeria	18	1,3
Turchia	18	1,3
Romania	16	1,2
Sri Lanka	16	1,2
Argentina	12	0,9
Burkina Faso	11	0,8
Cina	10	0,7
Macedonia	10	0,7
Ucraina-Moldavia	9	0,7
Costa d'Avorio	8	0,6
Etiopia	7	0,5
Altri Paesi	89	6,7
Totale	1.337	100

Paese di nascita	FEMMINE	
	N.	%
Marocco	48	20,4
Ghana	26	11,1
Albania	21	8,9
Nigeria	12	5,1
Argentina	11	4,7
Colombia	8	3,4
Romania	8	3,4
Brasile	7	3,0
Egitto	7	3,0
Cuba	6	2,6
Rep. Dominicana	6	2,6
Tunisia	6	2,6
India	5	2,1
Polonia	5	2,1
Ucraina	5	2,1
Bulgaria	4	1,7
Filippine	4	1,7
Moldavia	4	1,7
Senegal	4	1,7
Cina	3	1,3
Pakistan	3	1,3
Altri Paesi	32	13,6
Totale	235	100

*Distribuzione degli infortuni di lavoratori stranieri nell'Industria e Servizi per genere e nazionalità - Anno 2003
(Fonte: Nuovi Flussi Informativi INAIL-Ispesl-Regioni)*

Se, in linea di massima, l'ordine di frequenza degli infortuni rispecchia l'entità della presenza a Reggio Emilia delle singole nazionalità, colpisce la scarsa frequenza di infortuni occorsi a cittadini cinesi, che rappresentano il quarto gruppo nazionale per frequenza e, al pari degli altri, hanno più del 70% della popolazione in età lavorativa, in entrambi i generi. Possibili spiegazioni di ciò stanno sia nella prevalente occupazione dei cinesi nel comparto delle confezioni, a basso rischio infortunistico, sia nell'elevata presenza di imprese a titolarità cinese (605) in questa provincia, non sempre rispettose delle regole italiane sull'impiego.

La tabella successiva illustra, invece, le principali nazionalità interessate dai pochi infortuni in agricoltura. Indiani e, in minor misura, marocchini sono i lavoratori più presenti nel settore

Nazione	2002	2003	2004
India	13	26	21
Marocco	15	13	14
Albania		5	3
Tunisia	1	4	3
Ghana	3		1
Pakistan	2	1	4
Altro	10	9	9
Totale	44	58	55

*N. di infortuni di lavoratori stranieri nell'agricoltura per nazionalità e anno
(Fonte: Nuovi Flussi Informativi INAIL-Ispesl-Regioni)*



Gravità

Nella tabella successiva si riportano le percentuali di infortuni occorsi a Reggio Emilia a lavoratori stranieri, per anno e tipo di esito. Pur con i piccoli numeri a disposizione, si può affermare che, in generale, anche la quota di infortuni con esiti permanenti o mortali a carico dei lavoratori stranieri è consistente, apparentemente in aumento, pur essendo inferiore a quella degli infortuni "temporanei", cioè con prognosi favorevole.

Tipo definizione	2000	2001	2002	2003	2004*
Infortuni temporanei	10.089	10.011	9.791	9.196	8.839
<i>di cui stranieri (%)</i>	13,0	13,8	15,7	16,6	18,5
Infortuni permanenti	365	357	349	374	251
<i>di cui stranieri (%)</i>	10,4	10,4	8,6	13,1	14,3
Infortuni mortali	18	12	25	21	12
<i>di cui stranieri (%)</i>	16,7	16,7	24,0	0	16,7

*i dati del 2004 non sono completi, avendo una % di definizione (infortuni definiti/infortuni denunciati) intorno al 95%

N. e % di infortuni a carico di lavoratori stranieri, per esito e anno.

(Fonte: Nuovi Flussi Informativi INAIL-Ispesl-Regioni).

Stima del rischio

Se i lavoratori stranieri sperimentassero lo stesso rischio di infortuni dei lavoratori italiani, la percentuale di infortuni a loro carico sarebbe una buona stima della entità della loro occupazione nei diversi comparti produttivi. Così, ad esempio, nel 2003, anno in cui i lavoratori addetti all'industria e ai servizi a Reggio Emilia sono, secondo Inail, 196.682, i lavoratori stranieri dovrebbero essere 32.255, cifra che risulta però superiore al totale degli stranieri residenti a Reggio in quell'anno, compresi bambini e anziani (32.120).

E' quindi evidente che il rischio di infortunio è maggiore nei lavoratori stranieri rispetto agli italiani. Per stimare l'entità del rischio occorrono tuttavia studi ad hoc: un recente studio dell'Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro della Regione Emilia-Romagna³ ha evidenziato, in un comparto relativamente stabile e strutturato come quello della lavorazione del metallo a Reggio Emilia, che il rischio di infortunio degli immigrati negli anni 2000-2001 è stato del 60% più elevato di quello degli italiani (Rischio Relativo 1,63).

Cittadinanza	Incidenza	IC 95%	Rischio Relativo	IC 95%
Lavoratori italiani	7,98	6,90 - 9,17	1	-
Lavoratori stranieri	13,04	10,15 - 16,51	1,63	1,24 - 2,14

Tasso di incidenza e Rischio Relativo di infortuni per cittadinanza nel comparto lavorazione metallo a Reggio Emilia (anni 2000/2001) - Fonte: Oreil (Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro - AUSL di Reggio Emilia)

Assai più complesso è stimare il rischio di infortunio in un comparto molto meno strutturato come quello delle costruzioni e, ancor di più, nei lavoratori in nero, per i quali si presume che gli infortuni, se arrivano alla struttura sanitaria, non siano denunciati come "da lavoro". A questo proposito ricordiamo⁴ che più del 50% dei ricoveri ospedalieri per trauma negli stranieri (e il 60% negli italiani) non ha una causa specificata nella scheda di dimissione ospedaliera.

In prima approssimazione, in mancanza di altri dati, è quindi lecito stimare che mediamente il rischio di infortuni nei lavoratori stranieri sia di circa il 60% più elevato di quello dei lavoratori italiani.

³ "Infortuni sul lavoro nei lavoratori immigrati nel comparto metalmeccanico in alcune province dell'Emilia-Romagna" Collini G., Zambonelli V., Borghi A., Candela S., Reggio Emilia 27 Settembre 2005.
<http://www.ausl.re.it/Home/Document Viewer.aspx?ID=871&TIPODOC=IAP>

⁴ v. pag. 74



In sintesi

I dati relativi agli infortuni sul lavoro sono ricavati dai Flussi informativi Inail ed elaborati dall'Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro (Oreil). Non sono quindi compresi eventuali infortuni occorsi a lavoratori in nero, mai regolarizzati.

La frequenza di infortuni sul lavoro accaduti a lavoratori stranieri è in aumento in questi ultimi anni (nel 2004: 18,4% nell'industria e servizi, 7,9% nell'agricoltura), con percentuali particolarmente elevate nei comparti metalmeccanico, legno, costruzioni, chimica, più basse (circa il 12%) nel commercio e servizi. Questa elevata frequenza di infortuni dipende sia dalla considerevole presenza di lavoratori stranieri nei comparti segnalati, sia dal maggior rischio di infortunio che questi sperimentano, stimato da Oreil intorno al 60% superiore a quello dei lavoratori italiani.

Per quanto riguarda gli esiti, la maggior parte degli infortuni, così come tra gli italiani, non causa invalidità permanente, tuttavia la quota di infortuni con esiti di invalidità a carico di stranieri è in aumento, e gli infortuni mortali sono poco meno del 17% di tutti gli infortuni mortali.

Le nazionalità più rappresentate nei due generi rispecchiano a grandi linee la frequenza delle singole nazionalità presenti in provincia, con l'eccezione dei cittadini cinesi, che presentano frequenze di infortuni particolarmente basse.



3. Le malattie infettive⁵

Come abbiamo visto per le cause di ricovero, una delle ragioni di ricorso alla struttura ospedaliera, significativamente più frequente tra gli stranieri di ogni età e di entrambi i generi, è data dalle malattie infettive, anche se i ricoveri per questa causa solo in età infantile superano il 10% del totale.

Anche per questa ragione esse sono comunemente percepite come le “tipiche” malattie degli immigrati e questa percezione alimenta un diffuso timore di contagio nella popolazione locale. Le questioni a cui rispondere sono quindi due: la diffusione delle malattie infettive tra gli stranieri e la diffusione delle malattie infettive tra gli italiani, in relazione alla presenza degli stranieri.

Per rispondere a queste domande abbiamo elaborato i dati del Registro Provinciale Malattie Infettive, posto presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, che registra tutti casi notificati in Provincia da parte dei medici. I dati relativi ai casi di AIDS di Reggio Emilia sono stati cortesemente forniti dal Servizio Sanità Pubblica dell’Assessorato regionale alle Politiche per la Salute.

La tabella che segue mostra la distribuzione per cittadinanza delle più frequenti malattie infettive per le quali vi è obbligo di notifica, dal 2000 al 2005 nella Provincia di Reggio Emilia. Mentre per alcune la morbilità negli stranieri è irrilevante, per altre il numero di casi registrati è superiore o pari a quello degli italiani. Di queste (tubercolosi, scabbia, malaria) tratteremo dunque più in dettaglio, insieme con l’AIDS.

Menzioniamo inoltre la febbre tifoide e l’epatite A che, pur nella esiguità dei casi, sono meritevoli di segnalazione perché contratte durante rientri temporanei nel Paese di origine, da parte di persone che non si sono sottoposte a vaccinazione.

MALATTIA	2000		2001		2002		2003		2004		2005		TOTALE	
	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S	I	S
Salmonella non tifoide	222	11	268	8	232	5	260	5	184	4	158	3	1.324	36
Scabbia	43	71	43	100	37	81	33	103	54	139	19	91	229	585
Tubercolosi	24	24	19	31	28	44	24	43	27	28	20	46	142	216
Epatite A	9	8	16	8	9	4	28	5	12	3	13	2	87	30
Epatite B	18	2	9	1	10	4	10	5	14	1	11	3	72	16
Morbillo	1		1	1	38		18	1					58	2
Meningiti batteriche	9	1	11	1	11	1	7	1	12	1	8	2	58	7
Malaria	3	14	1	9	5	24	4	16	1	19		25	14	107
Epatite C	3		4	1	3		1		4	1	20	1	17	3
Meningiti virali	5		3		2		2		2		9	1	23	1
Meningiti meningoc.	1		1		2		1		5	1	2		13	1
Febbre tifoide	1		1	1		1		1		1			2	4
AIDS	11	1	14	6	12	2	15	4	10	2			62	15
TOTALE	350	132	391	167	390	166	403	184	325	200	242	174	2.101	1.023

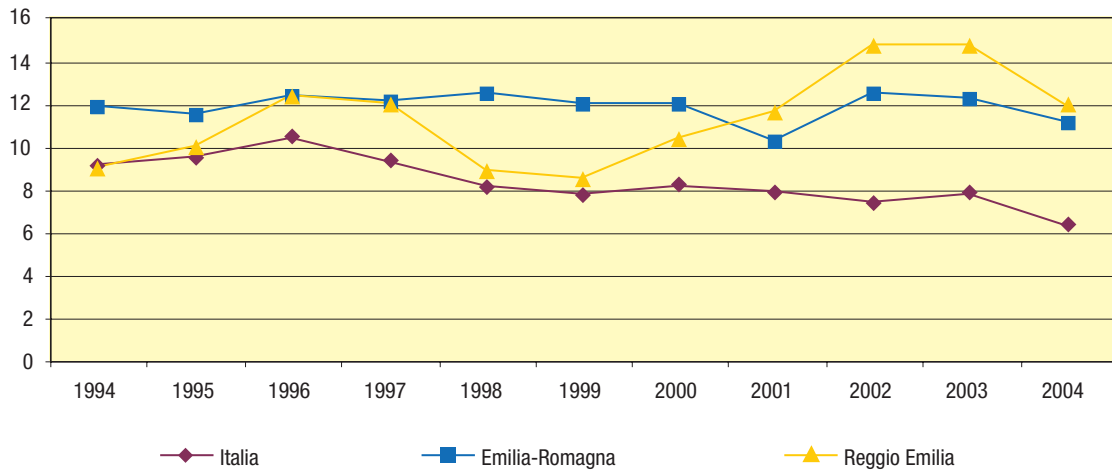
I = Italiani - S = Stranieri

N. di casi di malattie infettive notificati ai Servizi di Igiene Pubblica per cittadinanza e anno

La tubercolosi (TB)

In provincia di Reggio Emilia, nell’arco di 11 anni, il tasso di incidenza della tubercolosi ha avuto un andamento altalenante, con un calo nel biennio 1998-1999, ma dal 2001 supera costantemente i tassi nazionali e, seppur di poco, anche quelli regionali, come è rappresentato nel grafico successivo.

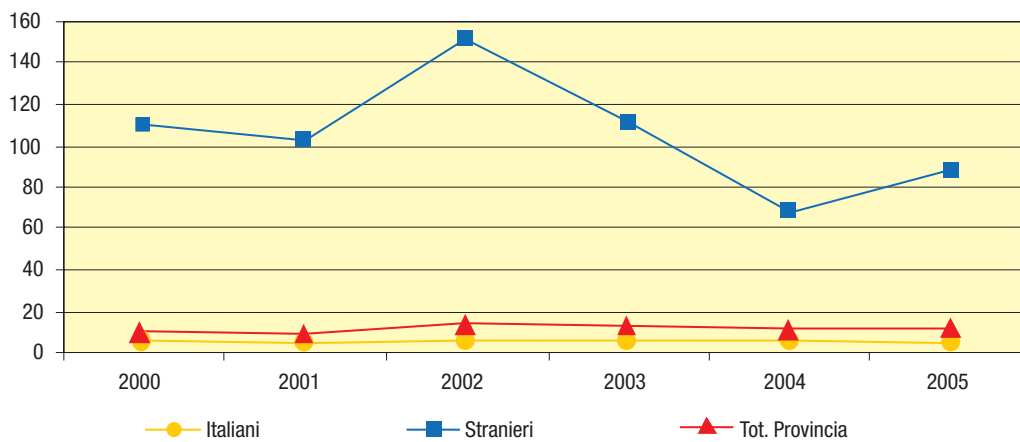
⁵ Questo paragrafo è a cura di Marina Greci e Chiara Ventura



Tasso di incidenza (x 100.000) di TB a Reggio Emilia, in Emilia Romagna e Italia - Anni 1994/2004

La percentuale di casi in cittadini nati all'estero, inoltre, è in costante aumento: nel 1998 rappresentava meno del 40% del totale, mentre già dal 2001 i casi di malattia a carico di stranieri rappresentano costantemente più della metà del totale, come appare dalla tabella posta all'inizio di questo paragrafo. Tra gli stranieri, nell'arco di questi 6 anni i casi denunciati in Provincia di Reggio Emilia e relativi ai non residenti (STP⁵) rappresentano circa il 10% i tutti i casi denunciati nel periodo.

Nel grafico successivo è rappresentato l'andamento del tasso di incidenza nel periodo 2000-2005 nella popolazione, facendo riferimento unicamente alla popolazione residente.



Tasso di incidenza (x 100.000) di TB per cittadinanza e anno
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

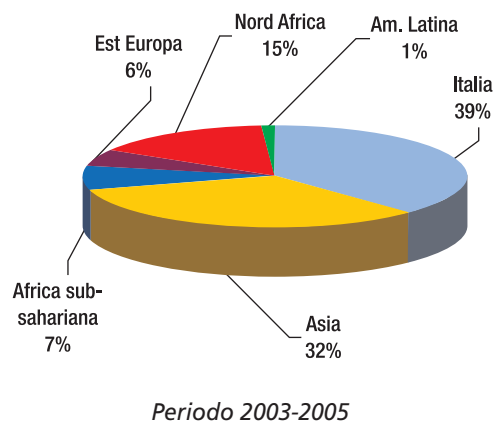
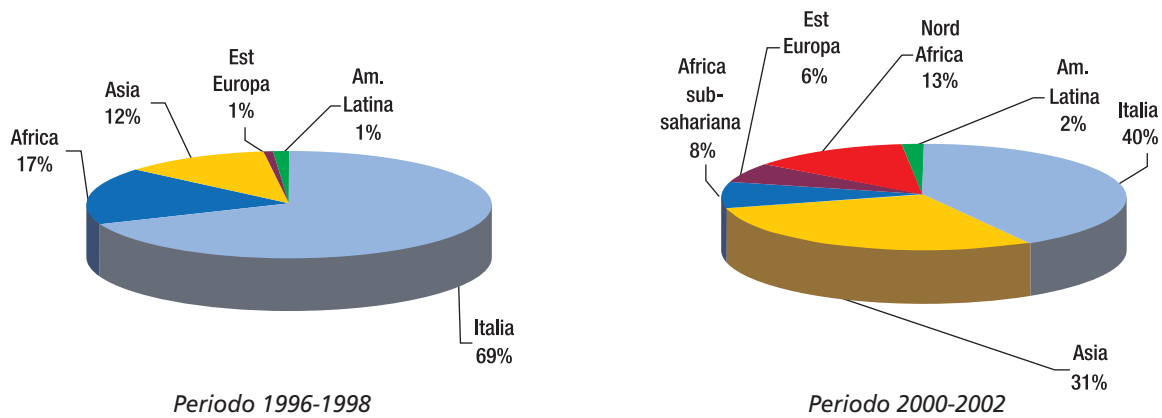
Nel periodo considerato l'incidenza di tubercolosi negli immigrati è mediamente di poco superiore ai 100 casi per 100.000, rispetto a 5 casi per 100.000 degli italiani.

Nonostante l'alta incidenza negli stranieri, i tassi nella popolazione italiana permangono sostanzialmente invariati, a dimostrazione del fatto che il fenomeno resta circoscritto nelle collettività straniere, nelle quali la trasmissione avviene spesso attraverso microfocolai epidemici a coinvolgimento familiare.

Per quanto riguarda le nazionalità interessate, confrontando la distribuzione percentuale nei trienni 1996-1998, 2000-2002 e 2003-2005, si può notare come sia notevolmente cambiata la provenienza dei soggetti (grafico successivo).

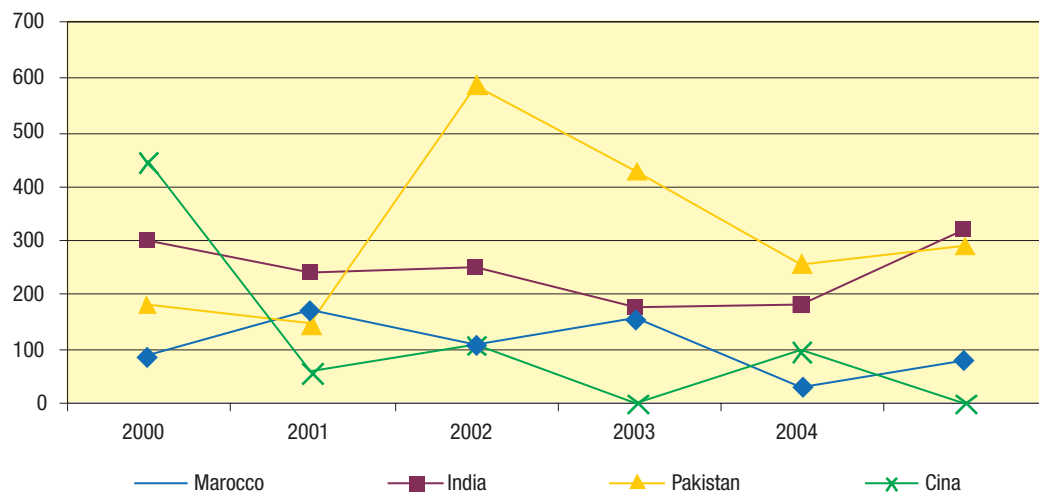
Nel primo periodo i casi di cittadini nati all'estero rappresentavano circa il 31% del totale, proporzione che ha raggiunto il 60% nel triennio 2003-2005. Il peso dei casi negli Africani è rimasto relativamente stabile, mentre è aumentata decisamente la proporzione a carico dei cittadini asiatici, che a partire dal 2000 rappresentano la maggior parte dei casi negli stranieri (31% nel periodo 2000-2005).

⁵ STP: Stranieri Temporaneamente Presenti, non residenti.



Distribuzione % dei casi di TB per area di provenienza e periodo
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

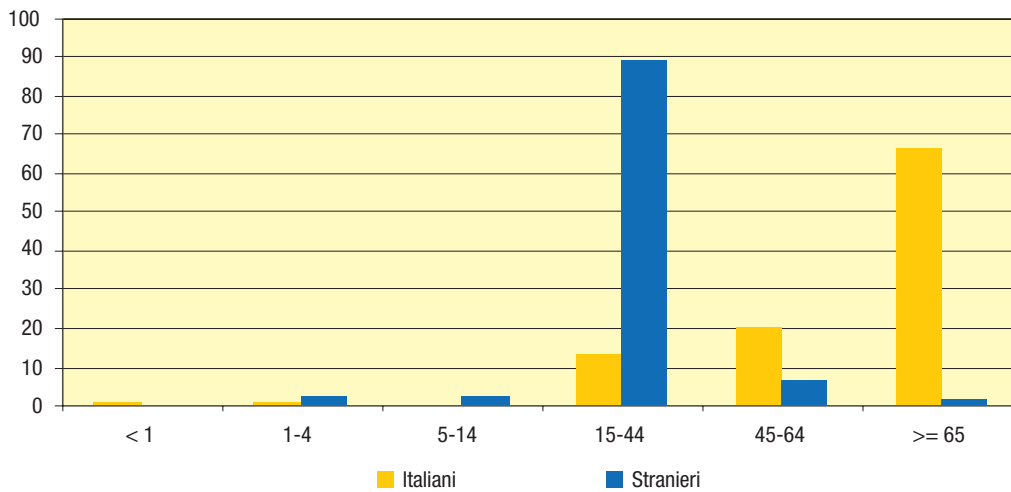
Analizzando l'incidenza della tubercolosi per nazionalità, si è confrontato l'andamento della malattia nella collettività più rappresentata (Marocco, 44 casi in 6 anni) con quella delle principali comunità asiatiche: India, Pakistan, Cina (grafico successivo). Pur con i piccoli numeri rilevati, le comunità indiana e pakistana (12 e 8 casi rispettivamente nel 2005) appaiono quelle a maggior rischio di contrarre la patologia.



Tasso di incidenza (x 100.000) di TB per Paese di provenienza e anno
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)



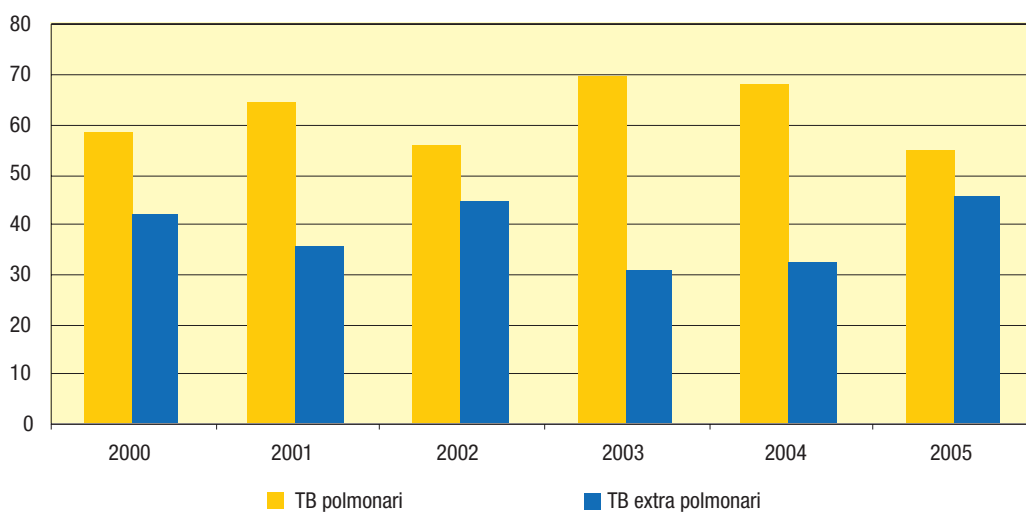
L'età maggiormente colpita è quella anziana (> 65 anni) tra gli Italiani mentre è quella dei giovani adulti (15-44 anni) tra gli stranieri, come appare dal grafico seguente.



Distribuzione % dei casi di TB per cittadinanza ed età - Anni 2000/2005
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

Per gli italiani si tratta per lo più del riacutizzarsi di infezioni contratte da una grande fascia di popolazione nella prima metà del secolo scorso. Gli stranieri malati, al momento della diagnosi, risultano essere in Italia da più di due anni nel 51% dei casi: il dato è coerente con i risultati di un'indagine sulla tubercolosi in Emilia Romagna⁶, che ha evidenziato come circa un terzo degli ammalati (34,2%) ha sviluppato la malattia dopo 5 anni di permanenza in Italia e il 37,5% fra i 2 e i 5 anni. Ciò significa che la maggioranza dei giovani immigrati non arriva ammalata, ma si ammala in Italia, a causa delle disagiate condizioni di vita cui sono sottoposti. Si segnala inoltre, nel periodo considerato, lo sviluppo della malattia in 11 bambini minori di 14 anni, di cui 2 Italiani e 9 Stranieri. Per 3 di questi ultimi il contagio è avvenuto all'interno della collettività familiare. Lo sviluppo di focolai epidemici con coinvolgimento di minori è un fenomeno in aumento fra le comunità indo-pakistane che vivono nel distretto nord della nostra provincia, spiegabile in parte con la forte mobilità all'interno dei nuclei familiari di parenti-amici di recente immigrazione e la mancanza di una adeguata assistenza sanitaria.

Rispetto alla localizzazione d'organo, le forme extra polmonari prevalgono nei soggetti stranieri (60% dei casi notificati dal 2000 al 2005). Tuttavia nei soggetti immigrati, così come negli Italiani, la localizzazione più frequente rimane quella polmonare (vedi grafico successivo) con le implicazioni di Sanità Pubblica che ne derivano rispetto all'eventuale contagio.



Distribuzione % casi di TB per localizzazione d'organo e anno: stranieri
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

⁶ "La Tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002". Dossier 98-2004, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna.



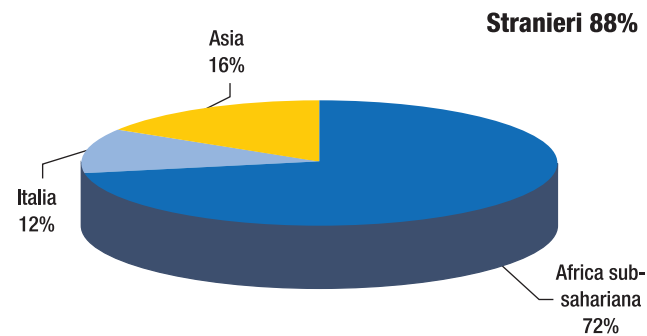
La malaria

In Italia la malaria rappresenta la più comune malattia d'importazione, considerando come "caso importato" quello in cui l'infezione è stata contratta in un Paese diverso da quello in cui avviene la diagnosi.

I casi di malaria notificati a Reggio Emilia nell'arco temporale 2000-2005 sono stati complessivamente 121, di cui 107 a carico di soggetti stranieri (88% del totale, sia residenti sia STP).

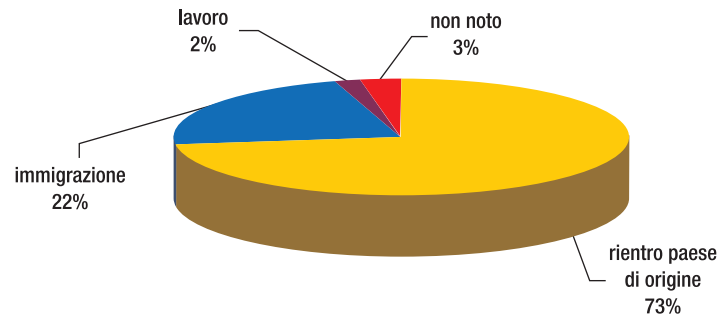
Le nazionalità interessate sono prevalentemente quelle africane, nello specifico Africa Sub-sahariana (72%, grafico successivo), in particolare Ghana e Nigeria, dove la malattia è endemica.

Un dato di recente individuazione è tuttavia anche la malaria in soggetti provenienti da Cina e Taiwan (15%) che hanno contratto la malattia durante il percorso migratorio con un passaggio obbligato nell'Africa sub-sahariana (Costa d'Avorio soprattutto). Essendo la malaria una malattia "d'importazione", è utile studiare i motivi del viaggio e il luogo visitato per meglio individuare efficaci strategie preventive.



Distribuzione % dei casi di malaria per area geografica di provenienza - Anni 2000/2005
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

Circa tre quarti dei malati stranieri hanno contratto la malattia al ritorno nel Paese di origine per periodi più o meno lunghi, mentre il 22% ha manifestato i sintomi all'arrivo in Italia per immigrazione (grafico successivo).



Distribuzione % dei casi di malaria per motivo del viaggio: Stranieri - Anni 2000/2005
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

I paesi dove è stata contratta la parassitosi appartengono tutti al continente africano e le destinazioni più frequenti sono rappresentate da Ghana e Nigeria (63,6% del totale), in concordanza con la nazionalità della maggioranza dei soggetti malati.

La destinazione di questi viaggiatori (Africa) rende ragione del tipo di agente eziologico prevalente: il Plasmodium Falciparum, responsabile dell'84% dei casi di malaria notificati, infatti, è il plasmodio dominante nelle zone malariche dell'Africa.

Il 75% dei soggetti stranieri che ha contratto la malattia non aveva eseguito la chemioprolifassi (contro il 64% degli Italiani).

La mancata esecuzione della chemioprolifassi può essere il risultato di due fattori: da una parte gli stranieri che rientrano in patria non associano questo evento ad un possibile rischio di infezione e quindi di malattia, dall'altra indica una scarsa conoscenza delle attività di profilassi internazionale offerte dal Servizio Sanitario.



La scabbia

La scabbia nella nostra provincia si conferma essere, come nel resto dei Paesi a Sviluppo Avanzato, una malattia del disagio sociale che accomuna molte fasce deboli fra le quali gli immigrati.

Dal 2000 al 2005 si nota un generale aumento del numero dei casi totali e in particolare sono aumentati gli episodi epidemici.

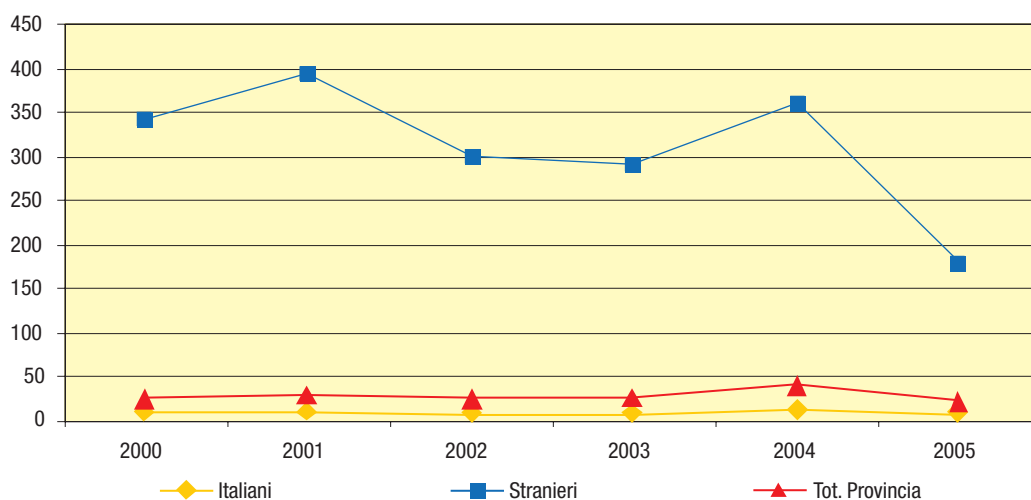
Anno	Episodi epidemici	Casi di malattia compresi nei focolai epidemici	Casi sporadici	Totale	% casi sporadici
1996	25	83	167	250	66,8
1997	25	105	72	177	40,7
1998	18	57	53	110	48,2
1999	21	60	88	148	59,5
2000	26	69	114	183	62,3
2001	23	88	143	231	61,9
2002	36	130	118	248	47,6
2003	32	96	136	232	58,6
2004	89	352	193	545	35,4
2005	70	233	116	349	33,2

*N. di focolai epidemici e numero di casi di scabbia notificati in Provincia di Reggio Emilia - Anni 1996/2005
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)*

L'analisi per alcune variabili socio-demografiche riguarda solo i casi sporadici (46% del totale dei casi notificati in Provincia di Reggio Emilia nel periodo 2000-2005), non essendo possibile risalire alle caratteristiche anagrafiche di tutti i soggetti coinvolti negli episodi epidemici.

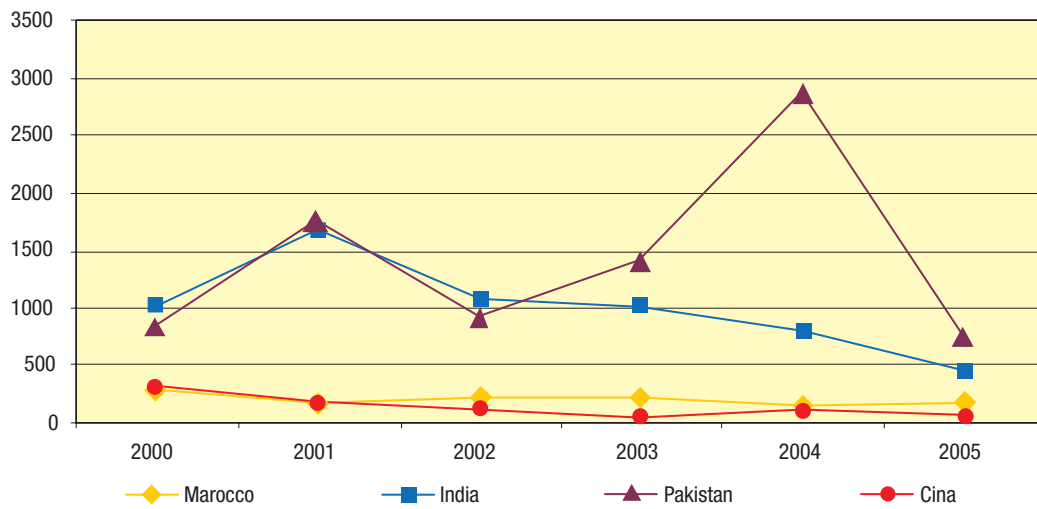
Tali casi comprendono anche soggetti non residenti nella Provincia di Reggio Emilia, che rappresentano circa l'8% di tutti i casi denunciati, la maggioranza dei quali sono stranieri domiciliati o senza permesso di soggiorno.

I tassi di incidenza per gli stranieri hanno raggiunto un picco nel 2001 (circa 400 casi per 100.000 abitanti) con un trend decrescente fino ad arrivare a poco meno di 200 casi per 100.000 nel 2005.



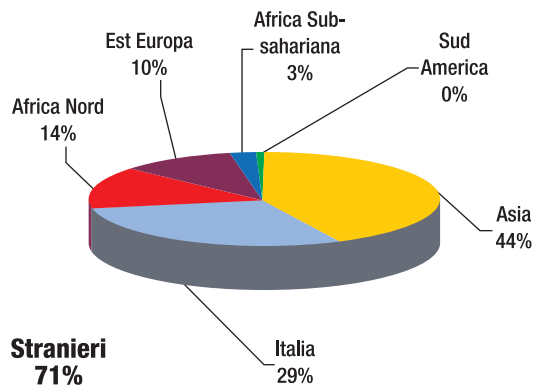
Tasso di incidenza (x 100.000) di scabbia per cittadinanza e anno (Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

Calcolando i tassi per le nazionalità più rappresentative (Marocco, India, Paksitan e Cina), si può notare come il tasso degli stranieri in totale sia fortemente influenzato dai casi dei Pakistani, mentre per le altre nazionalità i tassi sono pressoché costanti.

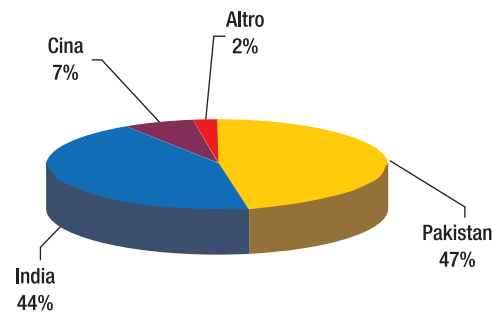


Tassi di incidenza (x 100.000) di scabbia per Paese di provenienza e anno
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

Il 71% dei casi notificati nei 6 anni di analisi riguarda soggetti stranieri, in maggioranza asiatici (44%). Tra questi ultimi la maggior parte è di origine pakistana (47% dei casi tra gli asiatici).



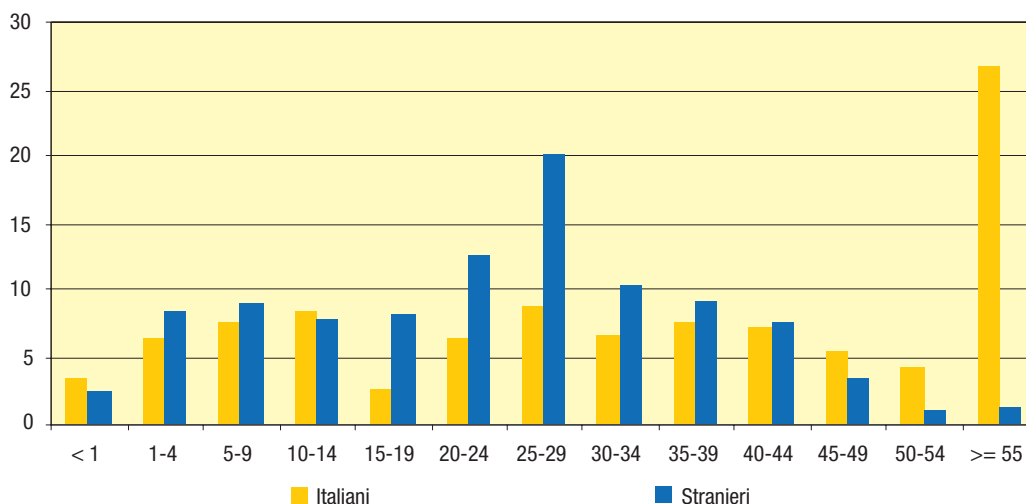
Distribuzione % dei casi sporadici di scabbia per area geografica di provenienza - Anni 2000/2005



Distribuzione % dei casi sporadici di scabbia per nazionalità dei soggetti asiatici - Anni 2000/2005

(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

Negli italiani i casi sono prevalentemente a carico della fascia di età degli anziani (> 55 anni), mentre per gli stranieri la prevalenza dei casi si registra nelle età medio-giovani (20-44 anni), nei bambini e negli adolescenti (grafico successivo).



Distribuzione % dei casi di scabbia sporadici per nazionalità e classi di età - Anni 2000/2005
(Fonte: Registro Provinciale Malattie Infettive)

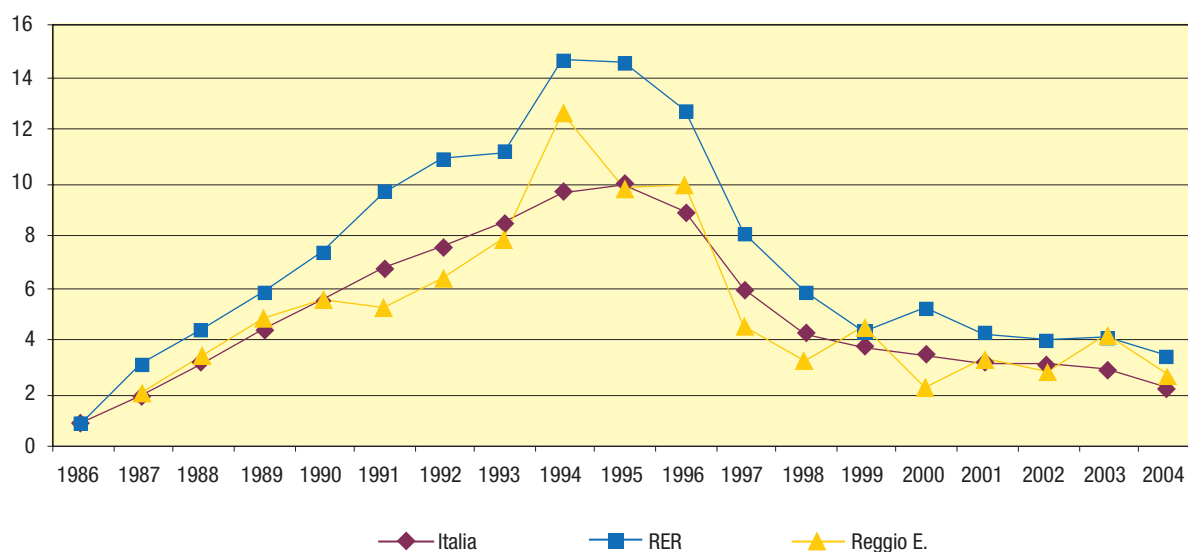
I casi manifestatisi all'interno dei focolai rappresentano, in media, circa il 54% dei casi denunciati nel periodo tra il 2000 e il 2005. Nel 69% dei focolai, il caso indice è di origine straniera. Per tutti i soggetti stranieri il contagio avviene prevalentemente all'interno del nucleo familiare o del gruppo di amici e conoscenti (88%). Poco rilevanti i classici luoghi di aggregazione (scuola, luogo di lavoro). Nonostante l'età scolastica dei bambini stranieri colpiti da scabbia, non si sono verificati casi di epidemie nella collettività scolastica.

L'AIDS

Gli immigrati rappresentano una popolazione più vulnerabile all'infezione HIV, in quanto esposti ad una serie di fattori di rischio:

- la provenienza da Paesi ad alta endemia;
- la mancanza di informazione mirata;
- la predominanza di soggetti giovani, sessualmente attivi;
- la diffusione del fenomeno della prostituzione femminile e transessuale.

L'introduzione in Italia di nuove terapie efficaci ha portato, a partire dal 1995, ad una riduzione dell'incidenza della malattia, come mostra il grafico successivo⁸.

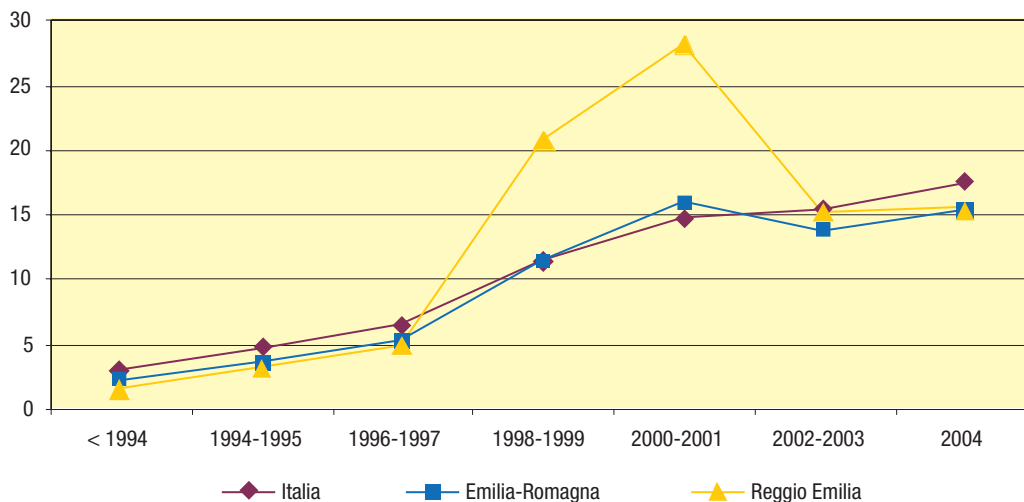


Tasso di incidenza di AIDS (x 100.000) in Italia, Regione Emilia-Romagna e Provincia di Reggio Emilia - Anni 1986/2004

⁸ I dati di incidenza di Italia e Regione Emilia-Romagna sono desunti da: "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2004 in Regione Emilia Romagna". Servizio Sanità Pubblica, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali



I dati dell'ISS⁹ evidenziano, a livello nazionale, un costante aumento nel tempo della proporzione di casi AIDS notificati in cittadini stranieri (dal 2,9% nel periodo antecedente al 1994 al 17,4% nel 2004). Lo stesso andamento si riscontra anche nella Regione Emilia-Romagna¹⁰ e a Reggio Emilia (vedi grafico sottostante). Nella nostra provincia i valori maggiori di casi di AIDS a carico di stranieri si hanno nel periodo tra il 1998 e il 2001, dove la percentuale raggiunge circa il 25%. Questo dato può essere spiegato in parte con l'aumento numerico degli stranieri sul territorio e in parte con il loro migliorato accesso ai servizi pubblici, con conseguente possibilità di notifica e di terapia (aumento di prevalenza).



Percentuale casi di AIDS in cittadini stranieri per periodo (<1994-2004).
Confronto Provincia di Reggio Emilia, Regione Emilia-Romagna e Italia

Dal momento dell'individuazione dei primi casi (1986) al 2004, nella provincia di Reggio Emilia le nazionalità maggiormente rappresentate sono Ghana (6 casi, di cui 4 maschi), Nigeria (5 casi di cui 4 femmine) e Tunisia (3 casi tutti maschi). Inoltre tra le altre nazionalità più rappresentate sul territorio reggiano si registra un caso di nazionalità indiana, uno marocchina e uno rumena, tutti di sesso maschile.

MASCHI	Casi		Popolazione		Tasso x 100.000	
	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani
1999	2	12	9.243	210.859	21,6	5,7
2000	1	8	10.881	212.960	9,2	3,8
2001	4	8	12.802	214.896	31,2	3,7
2002	2	9	13.941	216.575	14,3	4,2
2003	2	12	16.990	217.944	11,8	5,5
2004	2	9	20.156	219.893	9,9	4,1

FEMMINE	Casi		Popolazione		Tasso x 100.000	
	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri	Italiani
1999	3	3	6.430	222.753	46,7	1,3
2000	1	0	7.980	224.177	12,5	0,0
2001	1	2	9.513	225.647	10,5	0,9
2002	0	2	10.972	227.064	0,0	0,9
2003	1	5	14.254	228.346	7,0	2,2
2004	0	2	17.004	229.908	0,0	0,9

Tasso di incidenza di AIDS (x 100.000) per Italiani e Stranieri
Anni 1999/2004, Maschi e Femmine

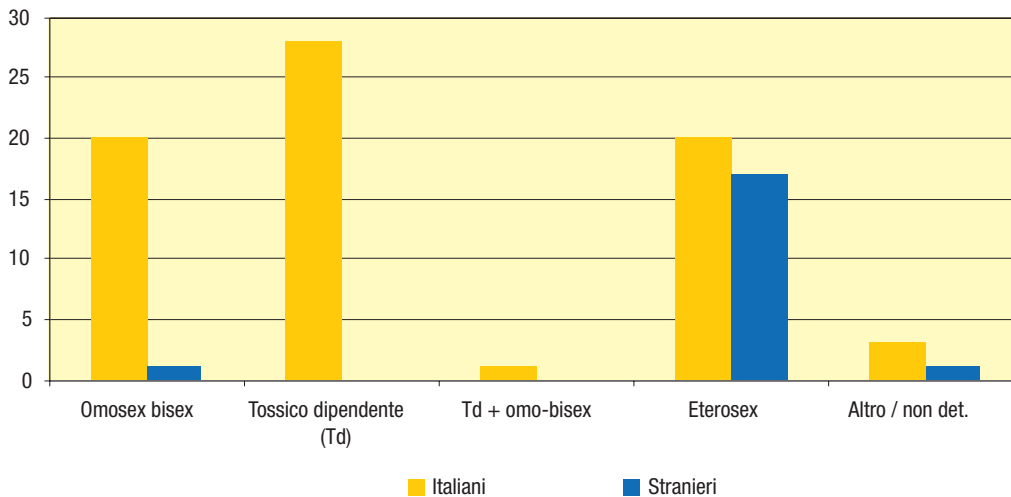
⁹ Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità Volume 19 N. 6 supplemento 1/2006-10-31

¹⁰ "Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2004 in Regione Emilia Romagna". Servizio Sanità Pubblica Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali



Nonostante l'aumento percentuale dei casi notificati nei cittadini stranieri, i tassi di incidenza hanno presentato un trend in diminuzione, legato principalmente all'aumento della popolazione straniera residente sul territorio. Benchè i numeri a disposizione siano molto piccoli, si nota una forte riduzione dei tassi tra le donne.

In linea con i dati nazionali (rapporto ISTISAN¹¹), la modalità di trasmissione prevalente nei soggetti stranieri è il contatto eterosessuale, tipo di esposizione in aumento sia nella popolazione italiana che in quella immigrata.



N. casi di AIDS nei residenti in Provincia di Reggio Emilia per modalità di trasmissione e cittadinanza
Anni 1999/2004

¹¹ Rapporto ISTISAN 05/39 "Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982/2000)"

In sintesi

Le malattie infettive presentano, in generale, una frequenza più elevata tra gli stranieri.

Anche per questa ragione esse sono comunemente percepite come le "tipiche" malattie degli immigrati e questa percezione alimenta un diffuso timore di contagio nella popolazione locale. Le questioni a cui rispondere sono quindi due: la diffusione delle malattie infettive tra gli stranieri; la diffusione delle malattie infettive tra gli italiani, in relazione alla presenza degli stranieri.

Di particolare rilevanza per frequenza e gravità o per il disagio sociale di cui è spia e che alimenta sono la tubercolosi (Tb), la malaria, la scabbia, l'AIDS.

L'incidenza di Tb supera a Reggio Emilia il tasso nazionale e, seppur di poco, quello medio regionale. Questo eccesso è dovuto ai tassi elevati di malattia tra la popolazione straniera, soprattutto nella collettività indiana e pakistana. Incidenza e caratteristiche della malattia nella popolazione italiana non si sono invece modificate, (forme polmonari, a carico prevalentemente di anziani, già portatori di focolai di infezione), a indicare che non è avvenuta trasmissione tra le due collettività. Inoltre la maggior parte degli stranieri sviluppa la patologia dopo almeno due anni dall'arrivo in Italia, a causa delle disagiate condizioni di vita. Altra malattia del disagio sociale è la scabbia, in incremento a Reggio Emilia in questi ultimi anni, il cui pattern di incidenza è simile a quello descritto per la Tb: incidenza elevata tra gli stranieri, a carico prevalentemente della collettività indiana e pakistana, non ci sono evidenze di contagio della popolazione italiana, che presenta infatti tassi di incidenza stabili.

La malaria è una malattia di importazione e ne sono colpiti prevalentemente gli stranieri, durante il soggiorno in Paesi ad elevata endemia come quelli dell'Africa sub-sahariana (Ghana, Nigeria). La causa più frequente del viaggio è data dal ritorno al Paese di origine per periodi più o meno lunghi e l'infezione è favorita dalla mancanza della profilassi anti-malarica.

L'incidenza di AIDS è in diminuzione a Reggio come in Regione e in Italia e la percentuale di stranieri ammalati si aggira dal 2002 intorno al 15%, similmente al resto del Paese. Tra i casi vi è una netta prevalenza maschile, le nazionalità più interessate sono africane e la modalità di contagio più frequente tra gli stranieri è di gran lunga quella del rapporto etero-sessuale.

In conclusione: a fronte di una maggiore frequenza di patologie infettive tra gli stranieri, non vi è alcuna evidenza di incremento di malattie trasmissibili tra la popolazione italiana.



4. I tumori

L'incidenza di tumori in una popolazione, così come quella di altre patologie di natura cronico-degenerativa, dipende essenzialmente dalle caratteristiche demografiche della popolazione stessa (distribuzione per sesso ed età) e dalla frequenza e intensità dei fattori di rischio tipici di quella popolazione, connessi all'assetto genetico, agli stili di vita, all'ambiente. Ogni nazionalità presente a Reggio Emilia porta dunque con sé una diversa probabilità di ammalarsi e il quadro d'insieme che deriva dall'osservazione puntuale di quella entità virtuale che è "la popolazione straniera" null'altro è se non l'espressione, in un tempo specifico, del dispiegarsi di queste differenti probabilità. Ciò significa che la descrizione della casistica osservata a Reggio Emilia non necessariamente è esportabile in altre zone, caratterizzate da una diversa composizione di nazionalità.

Negli anni 2002-2004, ultimo triennio per il quale sono disponibili i dati di incidenza prodotti dal Registro Tumori di Reggio Emilia, si sono registrati tra gli stranieri residenti 133 casi di tumore maligno, di cui 59 negli uomini (8 cutanei non melanomi) e 74 nelle donne (4 cutanei non melanomi).

Sedi interessate per genere sono quelle elencate nelle tabelle successive.

SEDE MASCHI	N. casi
Prostata	9
Polmone	8
Fegato	7
Stomaco	4
Leucemia linfatica	3
Laringe	2
Leucemia mieloide	2
Pancreas	2
Rene, uretera, uretra	2
Vescica	2
Colon-retto	1
Encefalo	1
Gengive	1
Genitali maschili	1
Linfoma di Hodgkin	1
Linfoma non Hodgkin	1
Parti molli	1
Pelle melanomi	1
Rinofaringe	1
Testicolo	1
<i>Totale escluso pelle</i>	<i>51</i>
Pelle carcinomi	8
Totale	59

SEDE FEMMINE	N. casi
Mammella	26
Tiroide	5
Utero corpo	5
Colon-retto	4
Pancreas	3
Polmone	3
Rene, uretera, uretra	3
Intestino tenue	3
Encefalo	2
Linfoma non Hodgkin	2
Rinofaringe	2
Stomaco	2
Utero collo	2
Cavità orale	1
Leucemia linfatica	1
Mieloma	1
Osso	1
Ovaio	1
Pleura	1
Vescica	1
Vie biliari	1
<i>Totale escluso pelle</i>	<i>70</i>
Pelle carcinomi	4
Totale	74

*Numero di casi di tumore maligno per sede, nei maschi e nelle femmine straniere residenti - Anni 2002/2004
(Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

Pur con i piccoli numeri a disposizione, sono possibili alcune osservazioni, basate sul confronto con la popolazione italiana e con le popolazioni dei Paesi di origine.

Così come tra gli italiani, i tumori più frequenti sono quello del polmone e della prostata negli uomini e della mammella nelle donne. Sono tuttavia alquanto diverse le incidenze di alcune altre sedi, per eccesso o per difetto.



Rispetto agli italiani infatti, appaiono sovrarappresentati i tumori del fegato nei maschi, mentre i tumori del colon-retto, ad elevata incidenza tra gli italiani, sono poco frequenti tra gli stranieri, soprattutto tra gli uomini. Rispetto alla incidenza di tumori nei Paesi di origine, ci si attenderebbe una frequenza più elevata di tumori del collo dell'utero, che invece ha fatto registrare solo 2 casi in tre anni.

Di seguito presentiamo il confronto con l'incidenza della popolazione italiana attraverso il calcolo dei Rapporti Standardizzati di Incidenza (RSI)¹², per tutte le localizzazioni ed alcune sedi specifiche.

Tutte le sedi (esclusa pelle carcinomi)

In entrambi i generi l'incidenza appare inferiore a quella degli italiani, nei maschi in modo più evidente. Nel periodo considerato nella classe di età 0-14 anni si sono verificati due casi di tumore infantile (un Tumore di Hodgkin e un caso di leucemia linfoblastica acuta) e in entrambi i generi l'incidenza negli stranieri appare massima nella classe di età >64 anni.

MASCHI classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte*	51	69,9	0,73	0,54 – 0,96
15-44	17	30,3	0,56	0,33 – 0,90
45-64	17	24,5	0,69	0,40 – 1,11
> 64	15	13,1	1,14	0,64 – 1,88

*: due casi di tumore nei minori di 15 anni

N. di tumori maligni osservati, Rapporto standardizzato di incidenza (RSI) e Intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) negli uomini stranieri per classe di età - Anni 2002/2004 (Fonte: Registro Tumori Reggiano)

FEMMINE classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	70	73,0	0,96	0,75 – 1,21
15-44	20	32,1	0,62	0,38 – 0,96
45-64	31	30,4	1,02	0,69 – 1,45
> 64	19	9,9	1,91	1,15 – 2,99

N. di tumori maligni osservati, RSI e IC 95% nelle donne straniere per classe di età - Anni 2002/2004 (Fonte: Registro Tumori Reggiano)

Polmone uomini

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	8	6,9	1,16	0,50 – 2,29
15-44	4	1,6	2,45	0,66 – 6,28
45-64	2	2,8	0,70	0,08 – 2,54
> 64	2	2,4	0,83	0,09 – 3,01

N. di tumori al polmone osservati, RSI e IC 95% negli uomini stranieri per classe di età - Anni 2002/2004 (Fonte: Registro Tumori Reggiano)

L'incidenza complessiva del tumore del polmone nei maschi stranieri appare non dissimile da quella osservata nella popolazione locale. Gli otto casi registrati nel triennio 2002-2004 provengono da sei Paesi diversi. La distribuzione per età appare tuttavia diversa da quella locale, poiché quattro casi si sono manifestati in età giovanile (<45 anni), contro un valore atteso inferiore a 2.

¹² Il Rapporto Standardizzato di Incidenza ha la stessa struttura del Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione o di Mortalità. Per la modalità di calcolo si rimanda a pag. 19. In questo capitolo la popolazione di riferimento è rappresentata dalla popolazione totale residente nella Provincia nel periodo considerato.



Fegato uomini

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	7	2,5	2,78	1,11 - 5,72
15-44	5	1,0	4,85	1,56 - 11,33
45-64	2	1,0	1,99	0,22 - 7,19
> 64	0	0,5	0	-

*N. di tumori al fegato osservati, RSI e IC 95% negli uomini stranieri per classe di età - Anni 2002/2004
(Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

L'incidenza complessiva di tumore epatico nei maschi stranieri è significativamente elevata. Dei sette casi osservati, sei provengono dall'Africa (Senegal, Etiopia, Ghana) e uno dalla Cina, aree geografiche a elevata incidenza di tumore in questa sede¹³, conseguente alla diffusione di infezioni virali epatiche e di contaminazioni alimentari da micotossine.

Cinque casi si sono verificati sotto i 45 anni, il che determina un tasso significativamente superiore all'atteso per questa fascia di età rispetto alla popolazione italiana. Nelle zone di origine di questi pazienti l'incidenza è elevata già in corrispondenza delle età giovani.

Prostata

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	9	5,9	1,53	0,70 - 2,91
15-44	0	0	-	- -
45-64	3	2,9	1,02	0,20 - 2,97
> 64	6	2,9	2,05	0,75 - 4,47

*N. di tumori alla prostata osservati, RSI e IC 95% negli uomini stranieri per classe di età - Anni 2002/2004
(Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

L'incidenza complessiva e per classe di età appare più elevata di quella della popolazione italiana, benchè in modo non significativo. Gli ammalati hanno nazionalità tra loro diverse, ma sette provengono da Paesi dell'Africa del Nord.

Mammella donne

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	26	36,1	0,72	0,47 - 1,05
< 50	13	24,0	0,54	0,29 - 0,93
50-69	9	10,9	0,83	0,38 - 1,57
> 69	4	1,3	3,11	0,84 - 7,97

*N. di tumori alla mammella osservati, RSI e IC 95% nelle donne straniere per classe di età - Anni 2002/2004
(Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

¹³ Cfr. "Cancer incidence in five continents" Volume VIII, IARC Scientific Publications No. 155, Lyon, 2002



L'incidenza complessiva del tumore della mammella nelle donne straniere appare inferiore a quella delle italiane, anche se in modo non significativo. Dei 26 casi osservati, la metà è a carico di donne dell'Europa dell'Est (5 donne romene, 4 ucraine, una per Polonia, Russia, Serbia e Moldavia), mentre gli altri casi si distribuiscono tra le restanti nazionalità, in modo abbastanza proporzionale alla rispettiva presenza femminile.

L'incidenza per classe di età non è significativamente dissimile da quella delle italiane nelle classi >50 anni, mentre nell'età più giovane, dove pure si concentra la metà dei casi osservati (v. tabella successiva), l'incidenza appare significativamente più bassa.

Questo apparente paradosso deriva dalla distribuzione per età delle donne straniere presenti a Reggio Emilia, per quasi il 90% minori di 50 anni: è quindi in gran parte tra loro che si verificano i casi di tumore, mentre nella popolazione italiana, assai più anziana, i casi sono prevalentemente distribuiti nella classi di età più avanzate. Tuttavia le donne giovani provengono da Paesi nei quali l'incidenza di tumore della mammella è minore di quella italiana, e di conseguenza il numero di casi osservati è inferiore all'atteso. Le donne più anziane invece provengono prevalentemente dall'Europa dell'Est, area in cui l'incidenza di questo tumore si avvicina a quella italiana.

Classi di età	Straniere		Italiane	
	N. casi	%	N. casi	%
< 50	13	50,0	245	19,5
50-69	9	34,6	588	46,7
> 69	4	15,4	425	33,8
Totale	26	100	1.258	100

*Distribuzione dei casi di tumore della mammella per età alla diagnosi e cittadinanza
Anni 2002/2004 (Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

Per quanto riguarda lo stadio del tumore alla diagnosi, il quadro che emerge non è dissimile da quello delle donne italiane. In particolare è analoga la proporzione di casi diagnosticati in Stadio 1 (tabella successiva).

Stadio	Straniere		Italiane	
	N casi	%	N casi	%
1	9	34,6	496	39,4
2	11	42,3	415	33,0
3	3	11,5	141	11,2
4	2	7,7	62	5,0
n.s.*	1	3,8	144	11,4
Totale	26	100	1.258	100

n.s.= non stadiati

*Distribuzione dei casi di tumore della mammella per stadio alla diagnosi e cittadinanza - Anni 2002/2004
(Fonte: Registro Tumori Reggiano)*

Infine, dei nove casi in età di screening, cinque sono stati diagnosticati nel corso dello screening, percentuale sovrapponibile a quella delle donne italiane, nelle quali i casi screen detected sono il 60,9%.



In sintesi

L'incidenza dei tumori in una popolazione è il frutto delle caratteristiche genetiche e della storia che ogni persona porta con sé: per gli stranieri da poco tempo emigrati essa è largamente condizionata dalle caratteristiche del Paese di origine. Per questa ragione il quadro che descriviamo non presenta un pattern coerente né con quello tipico dei Paesi in via di sviluppo né con quello caratteristico dei Paesi avanzati, ma rappresenta una sorta di "via di mezzo", frutto del mix di popolazioni oggi presenti a Reggio Emilia.

L'incidenza dei tumori negli stranieri è più bassa che negli italiani di pari età, soprattutto nei maschi. Le sedi più frequenti sono in parte simili a quelle degli italiani (polmone e prostata negli uomini, mammella nelle donne), in parte differenti.

Negli uomini infatti si registra una elevata frequenza di tumore del fegato (7 casi in tre anni), insorto in età giovanile. I soggetti ammalati provengono da Paesi africani o dalla Cina, tutti ad elevata incidenza di epatocarcinoma per la presenza di specifici fattori di rischio, infettivi o alimentari.

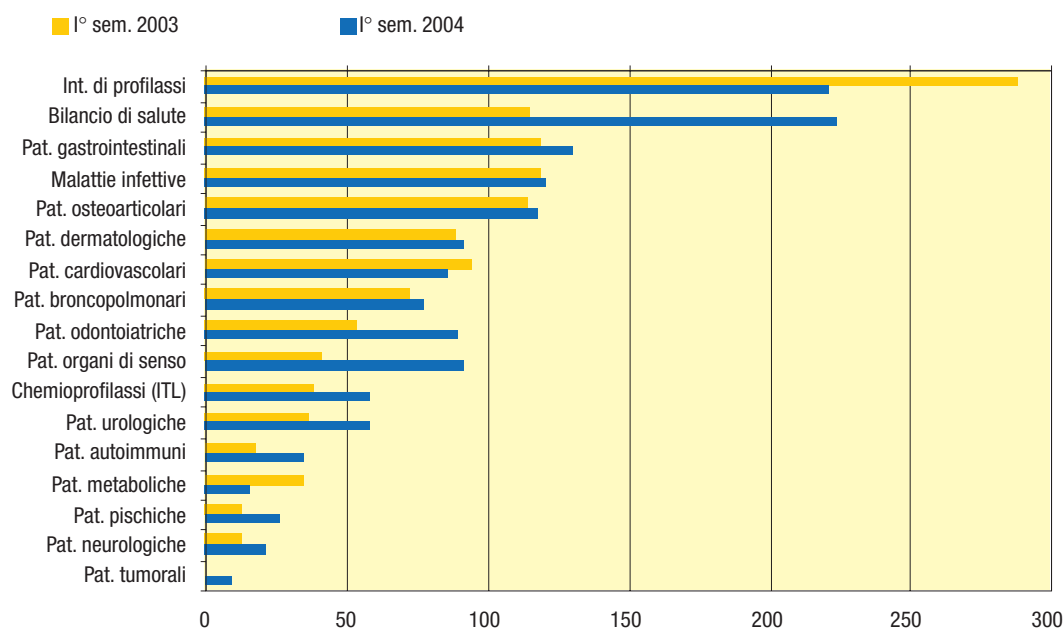
Nelle donne il tumore della mammella ha una frequenza non dissimile da quella delle italiane, a carico prevalentemente delle donne dell'Europa dell'Est, che sono in età più avanzata delle altre straniere e provengono da Paesi nei quali l'incidenza di questo tumore si avvicina a quella italiana. La distribuzione per stadio alla diagnosi non è dissimile da quella delle italiane (più di un terzo in stadio 1), così come è analoga la frequenza di casi in età di screening diagnosticati in corso di screening.

Tra i tumori frequenti negli italiani e poco rappresentati tra gli stranieri, soprattutto negli uomini, vi è quello del colon-retto.

5. Le cause di accesso agli ambulatori dedicati (Centro Famiglia Straniera - CFS)

L'attività di un poliambulatorio è sempre il frutto del variabile equilibrio tra domanda di prestazioni e offerta, tra necessità di cura e disponibilità di professionisti. Così è, a maggior ragione, per l'Ambulatorio Famiglia Straniera, in cui la frequenza elevata di alcune attività denuncia non tanto un bisogno elevato e diffuso nella popolazione, quanto la scelta organizzativa di localizzare lì alcune prestazioni. Per leggere dunque l'attività del CFS come specchio dei problemi di salute "di base", di quelli cioè che non conducono subito al Pronto Soccorso o al ricovero ospedaliero, occorre soffermarsi prevalentemente sulle più frequenti patologie che conducono al CFS. Esse non sono diverse da quelle che colpiscono gli italiani: malattie gastrointestinali, infettive, osteoarticolari, dermatologiche, cardiovascolari e respiratorie (grafico successivo).

Fra le malattie infettive prevalgono le comuni infezioni e le malattie esantematiche, ma non mancano le diagnosi più impegnative, come quelle di Tb.



Distribuzione % principali cause di accesso all'Ambulatorio del Centro Famiglia Straniera (Medicina Generale): I° semestre 2003 e 2004



6. La mortalità

La mortalità generale negli stranieri non si presta ad analisi approfondite in ragione della ridotta numerosità dei decessi, legata anche alle caratteristiche demografiche della popolazione immigrata.

Escluse infatti la mortalità nel primo anno di vita e quella degli stranieri provenienti da paesi dell'UE dei 15 e a Sviluppo Avanzato, nel periodo 2001-2004 sono stati registrati 79 decessi nei residenti e 42 in soggetti non residenti ma deceduti in provincia di Reggio Emilia. Il dato relativo ai non residenti è sottostimato in quanto non vengono registrati i decessi di residenti in altre province dell'Emilia-Romagna.

La tabella seguente riporta la suddivisione per nazionalità. I decessi riferiti a tutte le classi di età sono tre volte superiori nei maschi rispetto alle femmine e l'area geografica maggiormente rappresentata è il Nord Africa, seguita dalla Cina, dall'Africa centrale e dal subcontinente indiano.

Nazionalità	RESIDENTI				NON RESIDENTI			
	MASCHI		FEMMINE		MASCHI		FEMMINE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Marocco	16	26,7	2	10,5	7	21,2	2	22,2
Cina	8	13,3	4	21,1	3	9,1	2	22,2
Tunisia	9	15,0	1	2,3	6	18,2	-	-
India	7	11,7	1	5,3	2	6,1	-	-
Nigeria	-	-	5	26,3	1	3,0	-	-
Albania	3	5,0	2	10,5	6	18,2	-	-
Egitto	4	6,7	-	-	-	-	-	-
Ghana	2	3,3	1	5,3	3	9,1	-	-
Romania	2	3,3	1	5,3	4	12,1	1	11,1
Senegal	3	5,0	1	5,3	-	-	-	-
Algeria	2	3,3	-	-	-	-	-	-
Ucraina	2	3,3	-	-	1	3,0	5	33,3
Costa d'Avorio	1	1,7	-	-	-	-	-	-
Giamaica	1	1,7	-	-	-	-	-	-
Pakistan	-	-	1	5,3	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	1	11,1
TOTALE	60	100	19	100	33	100	9	100

N. decessi tra i cittadini stranieri in provincia di Reggio Emilia nel periodo 2001/2004

Per un confronto con la popolazione italiana, sui soggetti residenti di età superiore a 1 anno e inferiore a 65 anni, classe di età in cui si colloca la maggior parte degli stranieri, sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (RSM) nei due sessi¹⁴. I decessi si riferiscono ai paesi in via di sviluppo, mentre i casi attesi sono stati calcolati utilizzando la popolazione di origine non UE complessiva, con conseguente lieve sottostima del RSM.

La mortalità osservata tra gli stranieri è più bassa, in modo significativo nel sesso femminile, di quanto ci si attenderebbe se la popolazione straniera a Reggio Emilia presentasse gli stessi tassi specifici per età e genere della popolazione italiana, come è illustrato nella tabella che segue:

	Morti osservate	Morti attese	RSM*	IC 95%
UOMINI	59	65,15	89,12	67,8 - 115,2
DONNE	17	28,60	58,45	34,0 - 94,6

N. decessi osservati, Rapporto Standardizzato di mortalità (RSM) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) nella popolazione straniera residente: età 1-64 anni - Anni 2001/2004.

¹⁴ Il Rapporto Standardizzato di Mortalità (RSM) ha la stessa struttura del RSO e del RSI. Per le modalità di calcolo V. pag. 19



Il pattern di mortalità degli stranieri, così come le cause di ricovero ospedaliero, è sostanzialmente diverso da quello degli italiani. Negli uomini la prima causa di morte è rappresentata dai traumatismi, tra cui spiccano gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro, che rappresentano quasi il 50% dei decessi. Appaiono nettamente inferiori rispetto al dato provinciale i decessi per tumore, in coerenza con i dati di incidenza presentati a pag. 91 e, soprattutto, del sistema cardiocircolatorio, patologia per la quale già abbiamo documentato un basso numero di ricoveri.

Anche nelle donne le cause violente, insieme ai tumori, rappresentano la prima causa di morte mentre appaiono sottorappresentate le patologie cardiocircolatorie. La mortalità tumorale è circa il 50% di quella media provinciale. Poiché l'incidenza dei tumori nel biennio 2003/2004 appare non dissimile da quella delle donne italiane, è da presumere un incremento in futuro di questa causa di morte.

I tre decessi nel gruppo "Ghiandole, nutrizione, metabolismo, disturbi immunitari" sono legati a AIDS, mentre l'unico decesso nel gruppo "disturbi psichici" è dovuto a overdose.

	ICD-IX*	MASCHI				FEMMINE			
		Totale		Stranieri**		Totale		Stranieri**	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Malattie infettive e parassitarie	001-139	10	0,6	0	0,0	11	1,2	0	0,0
Tumori	140-239	683	39,5	15	25,4	522	57,7	5	29,4
Ghiandole, nutrizione, metabolismo, disturbi immunitari	240-279	55	3,2	1	1,7	17	1,9	2	11,8
Malattie del sangue	280-289	4	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Disturbi psichici	290-319	24	1,4	1	1,7	6	0,7	0	0,0
Malattie del sistema nervoso	320-389	33	1,9	1	1,7	30	3,3	1	5,9
Malattie del sistema circolatorio	390-459	423	24,5	3	5,1	134	14,8	2	11,8
Malattie apparato respiratorio	460-519	35	2,0	1	1,7	22	2,4	0	0,0
Malattie apparato digerente	520-579	70	4,1	2	3,4	39	4,3	0	0,0
Malattie apparato genito-urinario	580-629	1	0,5	1	1,7	6	0,7	0	0,0
Compliance gravidanza, parto e puerperio	630-679	-	-	-	-	1	0,1	0	0,0
Malattie pelle e sottocutaneo	680-709	0	0,0	0	0,0	2	0,2	0	0,0
Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	710-739	6	0,0	0	0,0	6	0,7	0	0,0
Malformazioni congenite	740-759	9	0,3	2	3,4	8	0,9	1	5,9
Sintomi, segni e stati morbosi maldefiniti	780-799	14	0,8	1	1,7	5	0,6	1	5,9
Traumatismi e avvelenamenti	800-999	317	18,4	28	47,5	83	9,2	5	29,4
<i>Accidenti da trasporto</i>		183	57,7	19	67,9	39	47,0	2	40,0
<i>Cause accidentali</i>		27	8,5	3	10,7	13	15,7	1	20,0
<i>Infortuni sul lavoro</i>		18	5,7	4	14,3	1	1,2	0	0,0
<i>Suicidi</i>		79	24,9	0	0,0	21	25,3	1	20,0
<i>Omicidi</i>		10	3,2	2	7,1	9	10,8	1	20,0
<i>Causa sconosciuta</i>		35	2,0	3	5,1	12	1,3	0	0,0
TOTALE		1.727	100	59	100	905	100	17	100

*: ICD-IX: Classificazione internazionale delle malattie, dei traumatismi e delle cause di morte. IX revisione - 1975.

** : esclusi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a Sviluppo Avanzato

N. assoluto e % delle cause di morte nei residenti di età 1-64 anni in provincia di Reggio Emilia - Anni 2001/2004

I dati relativi ai soggetti non residenti appaiono di difficile interpretazione sia per la ridotta numerosità che per il metodo di registrazione. Il dato comprende gli irregolari deceduti nella nostra provincia e i soggetti di origine straniera residenti fuori dall'Emilia-Romagna.

A loro carico, nel periodo 2001-2004, sono stati registrati 33 decessi nei maschi, 2/3 dei quali legati a cause traumatiche (9 incidenti stradali, 5 infortuni sul lavoro, 3 suicidi e 6 omicidi), mentre le altre cause appaiono tutte sottorappresentate. Nelle femmine sono stati registrati 9 decessi, 2 dei quali legati a cause violente, (entrambi omicidi) con distribuzione casuale degli altri decessi.



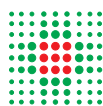
In sintesi

La mortalità negli stranieri residenti è inferiore a quella della popolazione italiana di pari età e le cause di morte presentano una distribuzione diversa:

- negli uomini quasi la metà delle morti è dovuta a traumatismi, di cui gli incidenti stradali rappresentano la larga maggioranza (mentre negli italiani di età <65 anni meno del 20% delle morti sono traumatiche), la mortalità per tumore è nettamente inferiore, così come estremamente bassa è quella per cause cardiocircolatorie (intorno al 5%, contro circa un quarto delle morti di italiani).
- tra le donne la mortalità è particolarmente bassa (solo 17 morti in 5 anni), ma le cause di morte appaiono meno dissimili per frequenza da quelle delle donne italiane: prevalgono i traumatismi (tra cui l'unico caso di suicidio tra gli stranieri nel quinquennio), ma i tumori sono ugualmente frequenti e le cause cardiocircolatorie sono rappresentate con frequenza non dissimile da quella delle italiane.



CONCLUSIONI





CONCLUSIONI

Questo rapporto nasce dalla presa d'atto della rapida crescita del fenomeno migratorio nei Paesi avanzati e dalla convinzione, ampiamente condivisa, della sua inarrestabilità, almeno nel breve periodo. L'Italia, a differenza di altri Paesi europei a più lunga storia di immigrazione, non è meta privilegiata di flussi migratori specifici, ma è punto di arrivo o meta intermedia di popolazioni provenienti da una molteplicità di Paesi, tra loro assai diversi e diversamente presenti nelle province italiane. Questi due fatti (la relativa novità e rapidità del fenomeno migratorio nel nostro Paese, insieme con la sua complessità) rendono difficoltoso, a volte critico, l'approccio della società ospitante alle masse di nuovi cittadini provenienti da "altrove". Essi infatti offrono quella forza lavoro che qui è difficoltoso trovare e che è indispensabile per il sistema produttivo locale o per le cure ad anziani e disabili, ma sono anche portatori di legittimi bisogni, il cui soddisfacimento fatalmente finisce per introdurre modifiche, organizzative o strutturali, a volte profonde, nelle caratteristiche del territorio, della scuola, della sanità.

Per governare la risposta, organizzativa o strutturale, in uno dei settori di bisogno primario, sembra quindi indispensabile che la Sanità si attrezzi in modo non episodico a leggere i bisogni di salute e le caratteristiche della domanda di prestazioni sanitarie di questi "nuovi" cittadini.¹

Questo rapporto, prodotto in una delle province italiane a più forte immigrazione, costituisce un tentativo di lettura dei bisogni e della domanda, fatto utilizzando le fonti informative correnti.

Che cosa ha evidenziato?

Nell'ambito dei contenuti:

- Le aree problematiche emerse sono probabilmente quelle già in parte note:
 - per quanto riguarda il ricorso alle strutture sanitarie: l'uso improprio del Pronto Soccorso, l'adesione insufficiente agli screening oncologici;
 - le condizioni di salute che presentano maggiori elementi di criticità si confermano essere: la maternità e i nuovi nati, gli infortuni sul lavoro, gli incidenti stradali, le malattie infettive.

Il rapporto ha anche cercato di individuare quali sono le nazionalità più critiche per alcuni rilevanti problemi segnalati, al fine di indirizzare meglio gli interventi opportuni.

- Le aree attualmente non problematiche sono forse meno presenti all'attenzione:
 - la frequenza di ricoveri ospedalieri, in generale simile o più bassa che negli italiani;
 - le patologie cronico-degenerative, meno frequenti che negli italiani di pari età, la trasmissione delle malattie infettive alla popolazione locale, per la quale non vi è evidenza, grazie anche al lavoro in rete e all'attenta profilassi messa in atto dalle strutture sanitarie.
- Vi sono poi alcune aree non esplorate o esplorate in modo palesemente inadeguato:
 - le modalità di ricorso ai MMG e agli specialisti ambulatoriali, il consumo di farmaci, l'utilizzo dei consultori materno-infantili;
 - la salute degli irregolari, il disagio psichico, le tossico dipendenze, gli stili di vita.

¹ La conoscenza dei bisogni e della domanda consente anche di fornire risposte argomentate e convincenti alle paure dei "vecchi" cittadini, che paventano lo scadimento dei servizi sanitari, in quanto ormai oberati da una crescita incontrollata della domanda, e temono la diffusione di malattie trasmissibili, portate dagli stranieri.



Le aree sulle quali il rapporto nulla dice o si esprime in modo insufficiente sono altrettanto numerose di quelle trattate nei capitoli di questo lavoro e, almeno in alcuni casi, altrettanto o più importanti. Alcune sono oggetto di specifici flussi informativi (la specialistica ambulatoriale, il consumo di farmaci) e potrebbero essere analizzate agevolmente. Altre invece dovrebbero diventare oggetto di indagini ad hoc ed è quindi indispensabile la condivisione degli obiettivi conoscitivi, del disegno dello studio, delle modalità di indagine e di elaborazione dei dati.

Il rapporto ha anche evidenziato alcune difficoltà metodologiche che qui segnaliamo, di non facile soluzione:

- gli indicatori (di domanda e di salute) utilizzati nel rapporto sono mutuati dalla popolazione italiana e non sempre paiono adeguati a descrivere altre realtà: la mortalità e l'incidenza di tumori, ad esempio, che per la popolazione italiana costituiscono indicatori robusti, anche se generici, forniscono scarse informazioni per una popolazione sana, proveniente per lo più da Paesi ancora a bassa frequenza di malattie cronico-degenerative, mentre indicatori di stili di vita, più difficili da reperire, potrebbero più tempestivamente documentare la presenza di fattori di rischio, propri di una specifica nazionalità o risultanti dalla transizione in atto verso abitudini tipiche dei Paesi avanzati;
- il tentativo di fornire indicazioni operative (le nazionalità o le classi di età più problematiche, su cui prioritariamente lavorare) contrasta con l'elevato livello di incertezza delle stime calcolate, basate spesso su piccoli numeri. Le indicazioni che provengono da questo lavoro devono quindi essere confrontate con l'esperienza di chi da tempo lavora sul campo, per trovare conferme o essere messe ragionevolmente in discussione;
- più in generale: le informazioni presentate nel rapporto sono in larga misura relative alle specifiche caratteristiche delle nazionalità presenti a Reggio Emilia nel periodo considerato e dipendono dalla zona di provenienza (città/campagna), dalla classe sociale (livello culturale, conoscenza di una lingua europea), dal periodo intercorso dalla data di arrivo o di regolarizzazione. Per questo, le indicazioni riferite alle singole nazionalità hanno in gran parte un significato locale, temporalmente definito e non possono essere trasposte, se non previa verifica, ad altre situazioni o ad altri periodi.
- in ultimo: la qualità dei dati riferiti agli stranieri non è analoga a quella degli italiani, per quanto riguarda gli eventi registrati (ricoveri, accessi) o le caratteristiche demografiche della popolazione residente.

Infine ci sembra possibile fornire alcune indicazioni per il lavoro futuro, in sede locale o più in generale:

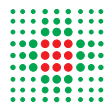
- le informazioni contenute nel rapporto devono essere utilizzate, pur con le cautele sopra ampiamente descritte, per individuare i problemi su cui intervenire e sui quali impostare il monitoraggio periodico (valore d'uso delle informazioni a livello locale);
- più in generale: per monitorare l'andamento nel tempo e verificare le differenze geografiche dei principali indicatori di bisogno e di domanda sarebbe utile impostare un sistema di rilevazione nazionale, da integrare eventualmente a livello regionale e locale con altri indicatori mirati alle situazioni specifiche;
- per consentire la buona qualità e la facilità di reperimento dei dati da monitorare occorre verificare le modalità di reperimento e di registrazione delle informazioni relative agli stranieri, contenute nei diversi Flussi informativi sanitari e demografici. In altre parole: occorre attrezzarsi per garantire che i dati dei cittadini stranieri posseggano la stessa buona qualità dei dati dei cittadini italiani.



Appendice

Distribuzione per età e genere delle popolazioni straniere a Reggio Emilia: numeri e calcoli

In questa parte presentiamo i dati e i calcoli
su cui ci siamo fondati per la stima della composizione per
genere e classi di età delle popolazioni straniere





1. I dati dell'Osservatorio sulla popolazione straniera della Provincia di Reggio Emilia

I dati ricavati dall'Osservatorio provinciale sono relativi al numero, per genere e nazionalità, degli stranieri residenti nei Comuni della provincia al 31.12 di ogni anno. Di seguito si riportano i dati 2002, '03, '04.

NAZIONALITA'	31.12 2002		31.12 2003		31.12 2004	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Marocco	3.330	2.341	3.860	2.672	4.384	3.076
Albania	1.678	1.111	2.161	1.402	2.535	1.636
Cina	1.041	864	1.373	1.165	1.710	1.436
India	1.441	989	1.667	1.199	1.964	1.365
Pakistan	1.050	497	1.263	615	1.597	777
Nigeria	208	325	255	396	322	478
Ghana	883	673	972	720	1.055	785
Romania	203	309	360	498	577	630
Ucraina-Moldavia	45	162	197	1.184	380	1.925

2. Popolazione media 2003 e 2004

A partire da questi dati, sono state calcolate le popolazioni medie degli anni 2003, '04, per genere.

NAZIONALITA'	Anno 2003		Anno 2004	
	MASCHI	FEMMINE	MASCHI	FEMMINE
Marocco	3.595	2.507	4.122	2.874
Albania	1.920	1.257	2.348	1.519
Cina	1.207	1.015	1.542	1.301
India	1.554	1.094	1.816	1.282
Pakistan	1.157	556	1.430	696
Nigeria	232	361	289	437
Ghana	928	697	1.014	753
Romania	282	404	469	564
Ucraina-Moldavia	121	673	289	1.555

3. Distribuzione per nazionalità, età e genere ottenuta come media dei sette comuni¹

Le informazioni sulla distribuzione per classi di età genere e nazionalità sono state richieste a sette comuni della provincia (su 45), scelti per le loro dimensioni e la presenza di stranieri.

Di seguito si riporta la distribuzione percentuale media ricavata dai sette comuni scelti come campione dell'intera popolazione provinciale. Come tutte le stime, essa è affetta da un errore campionario, di cui tuttavia qui non abbiamo tenuto conto per due ragioni: ampia dimensione del campione (i comuni campione rappresentano poco meno del 60% dell'intera popolazione immigrata in provincia); buona congruenza delle distribuzioni di frequenza tra comuni (non significativo il test χ^2 applicato alle singole classi di età dei sette comuni campione).

¹Reggio E., Correggio, Guastalla, Luzzara, Montecchio, Novellara, Scandiano.



Classi di età	Marocco	Albania	Cina	India	Pakistan	Nigeria	Ghana	Romania	Ucraina-Moldavia
0	2,20	2,31	3,94	1,60	1,83	6,16	1,41	1,47	2,99
1-4	8,38	7,06	10,09	8,02	7,33	11,37	8,32	3,31	2,24
5-9	8,28	5,02	5,99	7,22	8,92	9,00	8,58	2,57	6,72
10-14	4,91	3,96	5,66	6,76	5,01	1,90	5,89	1,84	5,97
15-19	4,09	6,01	6,15	6,87	6,11	3,79	7,17	3,68	6,72
20-24	5,11	14,79	7,63	6,30	8,07	9,48	5,38	8,46	5,22
25-29	10,68	14,98	15,18	12,60	15,16	12,80	6,91	20,59	16,42
30-34	13,34	14,98	14,68	13,86	14,43	15,64	14,72	19,85	20,90
35-39	16,76	11,49	13,04	12,60	13,69	16,11	18,05	15,81	11,94
40-44	12,67	7,46	9,11	9,28	8,92	10,43	14,08	6,62	10,45
45-49	7,77	4,29	5,00	7,67	5,38	2,37	5,89	6,25	4,48
50-54	3,68	1,98	2,13	2,18	2,93	0,95	3,20	4,78	2,99
55-59	0,72	2,31	0,82	1,49	1,34		0,26	2,57	2,24
60-64	0,72	1,06	0,33	1,26	0,49		0,13	0,37	0,75
>= 65	0,72	2,31	0,25	2,29	0,37			1,84	
TOTALE	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Distribuzione % della popolazione maschile, stimata da sette comuni della provincia di RE

Classi di età	Marocco	Albania	Cina	India	Pakistan	Nigeria	Ghana	Romania	Ucraina-Moldavia
0	2,90	2,43	3,76	2,20	6,18	4,44	2,55	0,59	0,48
1-4	11,59	10,03	8,86	11,50	11,83	8,28	10,37	1,18	0,24
5-9	11,00	8,71	5,97	9,76	11,02	4,73	10,71	1,78	0,72
10-14	6,69	7,60	5,11	6,14	9,68	2,96	7,31	3,55	1,08
15-19	3,79	5,47	7,80	6,93	11,83	3,25	7,82	2,66	1,56
20-24	7,06	12,66	6,84	9,76	6,45	6,51	4,42	12,43	2,64
25-29	12,63	14,08	14,35	11,65	10,75	26,63	8,67	21,01	6,84
30-34	13,00	11,14	15,80	12,91	11,02	26,33	14,8	22,19	9,48
35-39	11,22	7,80	15,32	10,71	8,06	9,17	19,05	12,13	11,04
40-44	8,47	5,07	8,00	6,93	6,99	4,73	8,67	6,21	16,93
45-49	4,61	3,75	4,62	2,05	2,15	1,78	4,25	4,44	22,69
50-54	2,01	3,04	1,73	2,36	1,08	0,59	1,19	4,73	15,97
55-59	1,34	3,24	0,96	2,05	1,08	0,59		1,78	8,16
60-64	1,49	1,93	0,29	2,20	0,27		0,17	1,18	1,92
>= 65	2,23	3,04	0,58	2,83	1,61			4,14	0,24
TOTALE	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Distribuzione % della popolazione femminile, stimata da sette comuni della provincia di RE

4. Struttura per età e genere delle principali popolazioni immigrate a RE nel 2003 e 2004

La distribuzione stimata è stata applicata alla popolazione 2003 e 2004 delle nazionalità maggiormente presenti. I dati ottenuti costituiscono la struttura della popolazione, con cui sono stimate le misure di occorrenza dei diversi eventi indagati (mortalità, ospedalizzazione, incidenza dei tumori).



MAROCCO Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	79	73	91	83
1-4	301	291	345	333
5-9	298	276	341	316
10-14	176	168	202	192
15-19	147	95	169	109
20-24	184	177	211	203
25-29	384	317	440	363
30-34	479	326	550	374
35-39	603	281	691	322
40-44	456	212	522	243
45-49	279	115	320	132
50-54	132	50	152	58
55-59	26	34	29	38
60-64	26	37	29	43
>= 65	26	56	29	64
TOTALE	3.595	2.507	4.122	2.874

ALBANIA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	44	31	54	37
1-4	136	126	166	152
5-9	96	110	118	132
10-14	76	96	93	115
15-19	115	69	141	83
20-24	284	159	347	192
25-29	288	177	352	214
30-34	288	140	352	169
35-39	221	98	270	119
40-44	143	64	175	77
45-49	82	47	101	57
50-54	38	38	46	46
55-59	44	41	54	49
60-64	20	24	25	29
>= 65	44	38	54	46
TOTALE	1.920	1.257	2.348	1.519

CINA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	48	38	61	49
1-4	122	90	156	115
5-9	72	61	92	78
10-14	68	52	87	66
15-19	74	79	95	102
20-24	92	69	118	89
25-29	183	146	234	187
30-34	177	160	226	206
35-39	157	155	201	199
40-44	110	81	140	104
45-49	60	47	77	60
50-54	26	18	33	23
55-59	10	10	13	13
60-64	4	3	5	4
>= 65	3	6	4	8
TOTALE	1.207	1.015	1.542	1.301

INDIA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	25	24	29	28
1-4	125	126	146	147
5-9	112	107	131	125
10-14	105	67	123	79
15-19	107	76	125	89
20-24	98	107	114	125
25-29	196	127	229	149
30-34	215	141	252	166
35-39	196	117	229	137
40-44	144	76	168	89
45-49	119	22	139	26
50-54	34	26	40	30
55-59	23	22	27	26
60-64	20	24	23	28
>= 65	36	31	42	36
TOTALE	1.554	1.094	1.816	1.282



PAKISTAN Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	21	34	26	43
1-4	85	66	105	82
5-9	103	61	128	77
10-14	58	54	72	67
15-19	71	66	87	82
20-24	93	36	115	45
25-29	175	60	217	75
30-34	167	61	206	77
35-39	158	45	196	56
40-44	103	39	128	49
45-49	62	12	77	15
50-54	34	6	42	7
55-59	16	6	19	7
60-64	6	1	7	2
>= 65	4	9	5	11
TOTALE	1.157	556	1.430	696

NIGERIA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	14	16	18	19
1-4	26	30	33	36
5-9	21	17	26	21
10-14	4	11	5	13
15-19	9	12	11	14
20-24	22	23	27	28
25-29	30	96	37	116
30-34	36	95	45	115
35-39	37	33	47	40
40-44	24	17	30	21
45-49	5	6	7	8
50-54	2	2	3	3
55-59		2		3
60-64				
>= 65				
TOTALE	232	361	289	437

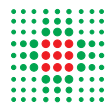
GHANA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	13	18	14	19
1-4	77	72	84	78
5-9	80	75	87	81
10-14	55	51	60	55
15-19	67	55	73	59
20-24	50	31	55	33
25-29	64	60	70	65
30-34	137	103	149	111
35-39	168	133	183	143
40-44	131	60	143	65
45-49	55	30	60	32
50-54	30	8	32	9
55-59	2		3	
60-64	1	1	1	1
>= 65				
TOTALE	928	697	1.014	753

ROMANIA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	4	2	7	3
1-4	9	5	16	7
5-9	7	7	12	10
10-14	5	14	9	20
15-19	10	11	17	15
20-24	24	50	40	70
25-29	58	85	97	118
30-34	56	90	93	125
35-39	45	49	74	68
40-44	19	25	31	35
45-49	18	18	29	25
50-54	13	19	22	27
55-59	7	7	12	10
60-64	1	5	2	7
>= 65	5	17	9	23
TOTALE	282	404	469	564

UCRAINA-MOLDAVIA Classi di età	Anno 2003		Anno 2004	
	M	F	M	F
0	4	3	9	7
1-4	3	2	6	4
5-9	8	5	19	11
10-14	7	7	17	17
15-19	8	11	19	24
20-24	6	18	15	41
25-29	20	46	47	106
30-34	25	64	60	147
35-39	14	74	35	172
40-44	13	114	30	263
45-49	5	153	13	353
50-54	4	107	9	248
55-59	3	55	6	127
60-64	1	13	2	30
>= 65		2		4
TOTALE	121	673	289	1.555



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

(solo lavori relativi alla realtà italiana)

ISTAT. *La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche.*

Permessi di soggiorno al 1° gennaio degli anni 2001, 2002, 2003. Informazioni 10. Roma: ISTAT; 2004.

Caritas/Migrantes. *Immigrazione: Dossier Statistico 2006.* XVI Rapporto. Roma: Edizioni IDOS; 2006.

Regione Emilia-Romagna. *L'immigrazione straniera in Emilia-Romagna: dati al 1.1.2005.* Bologna, Ed. Clueb 2006

Provincia di Reggio Emilia, Assessorato alla Sanità, Osservatorio Provinciale sulla Popolazione Straniera: *Stranieri a Reggio Emilia Rapporto 2005* (dati al 31.12.2004)

Ricoveri ospedalieri

Cacciani L., Baglio G., Rossi L., Matera E., Marceca M., Geraci S., Spinelli A., Osborn J., Guasticchi G.: *Hospitalisation among immigrants in Italy.* Emerg Themes Epidemiol. 2006 May 11; 3:4.

Salute riproduttiva

Medda E., Baglio G., Guasticchi G., Spinelli A.: *La salute riproduttiva delle donne immigrate nella regione Lazio.* Ann Ist Super Sanità 2002; 38(4):357-65.

Spinelli A., Baglio G., Lispi L., Guasticchi G.: *Le condizioni di salute delle donne immigrate in Italia.* Ann Ig. 2005 May-Jun;17(3):231-41.

Angela Spinelli, Emanuela Forcella, Samantha Di Rollo e Michele E. Grandolfo (a cura di)
L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia.
2006, ii, 115 p. Rapporti ISTISAN 06/17

Infortunati sul lavoro

Pittau F, Spagnolo A (a cura di). *Immigrati e rischio infortunistico in Italia.* Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale; 2003.

Malattie infettive

AIDS

Cacciani L., Rosano A., Camoni L., Boros S., Urciuoli R., Rezza G., Baglio G., Colucci A., Pezzetti P.:

Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982-2000). Rapporti ISTISAN 05/39

Suligoi B., Boros S., Camoni L., Lepore D., Ferri M., Roazzi P.: *Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2005.*

Notiziario Istituto Superiore di Sanità Volume 19 n. 6 Supplemento 1-2006

Regione Emilia Romagna Assessorato Politiche per la Salute:

Lo stato dell'infezione da HIV/AIDS al 31/12/2004 in Regione Emilia Romagna.

Servizio Sanità Pubblica – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

TB

<http://www.ccm.ministerosalute.it/resources/static/news/799/EpidemiologiaTBC.pdf>

D. Resi, C. Gagliotti, E. Storni, M. Marchi, M. L. Moro, A. Furini, L. Droghini, B. M. Borrini, A. C. Finarelli: *La tubercolosi in Emilia Romagna 2003.*

Regione Emilia Romagna Agenzia Sanitaria Regionale, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna Dossier 112-2005

D. Resi, C. Gagliotti, M. Marchi, M. L. Moro, A. Furini, L. Droghino, B. M. Borrini, A. C. Finarelli, *Epidemiologia della tubercolosi in Emilia-Romagna 2004*

Regione Emilia Romagna Agenzia Sanitaria Regionale, Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna



