



STUDI DAL TERRITORIO

LA POPOLAZIONE ISCRITTA ALL'ANAGRAFE ASSISTITI: FOCUS SUGLI IMMIGRATI. USL 2 DELL'UMBRIA, 2009

Giuseppe Vallesi, Carla Bietta e Marco Petrella

Servizio di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, USL 2 dell'Umbria, Perugia

Il forte flusso migratorio, verificatosi verso il nostro Paese negli ultimi anni, impone l'adozione di soluzioni tempestive ed adeguate per favorire l'integrazione della popolazione immigrata ed evitare i possibili conflitti con la popolazione autoctona. Il problema della *governance* del fenomeno migratorio coinvolge, senza dubbio, anche il servizio sanitario pubblico, che ha la necessità di attuare strategie efficaci per raggiungere questa nuova "fetta di popolazione" con i propri servizi (1, 2) (consultori, vaccinazioni, screening oncologici, ecc.) e di valutare l'entità di nuovi potenziali problemi socio-sanitari (3, 4) (malattie infettive, disagio sociale, stato nutrizionale e abitudini alimentari, ecc.).

In un contesto simile, la corretta conoscenza delle caratteristiche demografiche, sociali e culturali della popolazione straniera viene a costituire, per un livello locale come l'azienda sanitaria, un presupposto imprescindibile ed un obiettivo essenziale.

Tale obiettivo, però, presenta particolari difficoltà, in quanto la popolazione immigrata ha solitamente caratteristiche di notevole variabilità e dinamicità: oltre alle diverse nazionalità, gli stranieri sono in parte residenti, in parte domiciliati (temporaneamente presenti), tutti caratterizzati da una mobilità maggiore rispetto al resto della popolazione.

Per meglio descrivere questa popolazione, il Servizio Epidemiologia della USL 2 dell'Umbria ha eseguito un'analisi sugli stranieri utilizzando l'anagrafe degli assistiti aggiornata al 31 maggio 2009; non si tratta quindi dei dati

ufficiali prodotti dall'ISTAT sulla base delle anagrafi comunali, che comunque rimangono il riferimento ufficiale e costituiscono una base di confronto, ma di un materiale in costante aggiornamento, con la disponibilità del dato individuale relativo alla cittadinanza, che comprende cittadini residenti e non, comunque assistiti dal nostro servizio sanitario.

Questa banca dati, oltre alle informazioni relative alla composizione per sesso ed età, fornisce un dettaglio della popolazione assistita relativamente a residenza, domicilio e cittadinanza. Ciò ha pertanto consentito di accogliere la classificazione proposta all'interno del Progetto nazionale "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (5), in cui gli Stati di cittadinanza vengono suddivisi in Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e Paesi a sviluppo avanzato (PSA). In tal modo, si intende individuare adeguatamente quei cittadini provenienti da nazioni economicamente svantaggiate, che si ritiene siano i depositari delle maggiori difficoltà di natura culturale e socio-economica.

Vengono pertanto distinte le seguenti categorie:

- cittadino PSA: persona con cittadinanza italiana o in altro PSA e residenza in Italia (nel territorio della USL o no); sono i cittadini italiani o gli stranieri provenienti da PSA che risiedono stabilmente in Italia;
- immigrato residente: persona con cittadinanza in PFPM e residenza in Italia (nel territorio della USL o no); sono gli stranieri provenienti da PFPM stabilmente presenti in Italia;

- immigrato non residente: persona con cittadinanza in PFPM e residenza all'estero; si tratta di stranieri provenienti da Paesi a forte disagio sociale, temporaneamente presenti sul nostro territorio, non ancora residenti, ma già iscritti all'anagrafe assistiti. Rispetto alla classificazione proposta nel suddetto Progetto nazionale, questa categoria costituisce un'ulteriore disaggregazione. Naturalmente questa è individuabile solo se si accede, come nel nostro caso, all'anagrafe assistiti.

Utilizzando questa definizione, restano esclusi gli immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana (prevalentemente per matrimonio) e, secondo stime nazionali, costituiscono una quota trascurabile degli stranieri (circa il 5%), assimilabile alla popolazione italiana per caratteristiche socio-demografiche.

La popolazione registrata nell'anagrafe sanitaria (382.957 individui) è composta per l'88,2% da cittadini PSA e per l'11,8% da immigrati, di cui il 10,7% residente e l'1,1% non residente.

La distribuzione per sesso nelle tre categorie di popolazione precedentemente individuate mostra solo lievi differenze: il rapporto maschi/femmine (complessivamente pari a 0,93), è di poco inferiore tra gli immigrati (residenti e non: 0,87) rispetto ai cittadini PSA (0,94).

La popolazione immigrata ha una diversa consistenza, nei diversi gruppi di età, rispetto alla popolazione PSA (Tabella).

Come si può vedere dalla Figura la composizione per classe di età di ogni singola categoria di popolazione è molto diversa: i cittadini PSA hanno una maggiore percentuale di adulti e ►

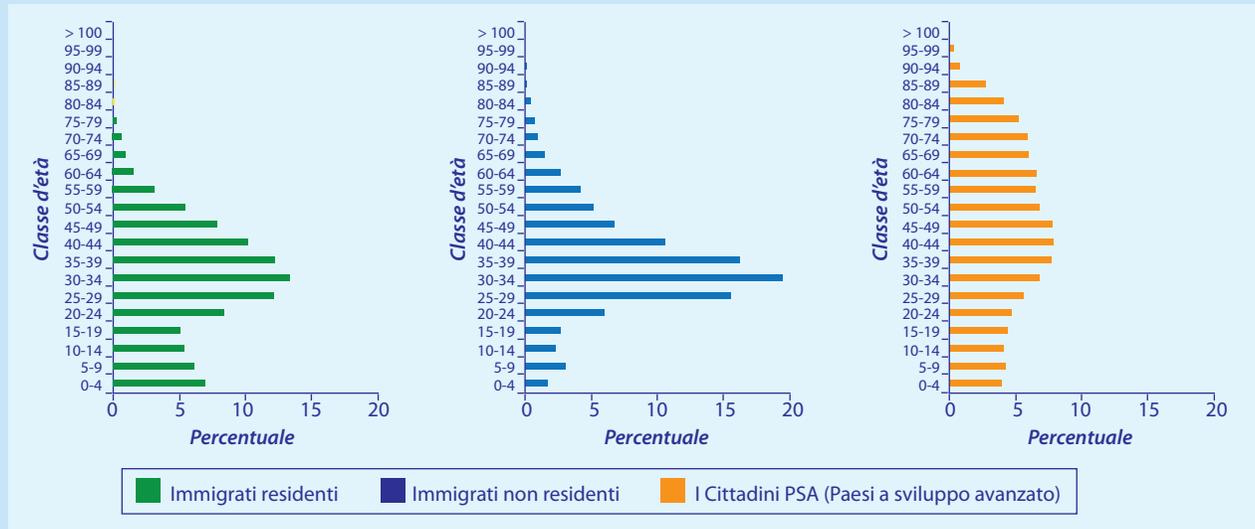


Figura - Distribuzione percentuale per classe d'età della popolazione per status migratorio, al 31 maggio 2009. Azienda USL 2 dell'Umbria (Fonte: anagrafe assistiti USL 2 dell'Umbria)

Tabella - Percentuale di popolazione immigrata sul totale della popolazione (100%) assistita per classe d'età

Classe d'età	%
0-4 anni	18,4
5-19 anni	13,8
5-9 anni	15,8
10-19 anni	13,2
20-64 anni	14,3
20-49 anni	16,1
50-64 anni	5,9
65 anni e più	1,0

soprattutto di anziani, mentre tra i cittadini immigrati le classi d'età centrali, 25-45 anni, sono molto più rappresentate, come anche quelle di 0-14 anni.

Dall'elaborazione effettuata emerge che, complessivamente, un assistito su dieci proviene da un PFP. Infatti, nella popolazione immigrata residente, si osserva una maggiore presenza di rumeni (20%), albanesi (17%), marocchini (12%), ecuadoriani (7%) e peruviani (4%), mentre per i non residenti le comunità più rappresentate sono la ecuadoriana (19%), albanese (15%), rumena (14%), marocchina (9%) e ucraina (7%).

Si sta, inoltre, presentando un processo di polarizzazione, dato che le tre nazionalità più numerose rendono conto della metà della popolazione immigrata.

Questa analisi fornisce una base di dati costantemente aggiornati e facil-

mente disponibili che possono essere di riferimento per programmare servizi e interventi. Infatti, la disponibilità di informazioni aggiuntive individuali presenti nell'anagrafe assistiti ci ha permesso di utilizzare la definizione della categoria "immigrati" secondo i criteri del Progetto nazionale già citato (distinzione in base alla cittadinanza in PFP e PSA). Questo ha reso possibile una migliore identificazione di quella parte di popolazione assistita che potrebbe avere maggiori o diversi problemi di salute e difficoltà di accesso ai servizi.

Da questi dati è quindi possibile desumere alcuni tra i principali bisogni di salute di questa popolazione e, dunque, individuare i corrispondenti servizi da adeguare o potenziare, come ad esempio le azioni preventive da rivolgere soprattutto all'età pediatrica (vaccinazioni, assistenza di base), alle donne in età fertile (consultori familiari, assistenza nel percorso maternità, assistenza al parto e *post-partum*) ed ai giovani in età lavorativa (sicurezza nei luoghi di lavoro), nonché le attività di intermediazione culturale.

In conclusione, i cittadini provenienti da un PFP rappresentano possibili utenti di servizi specifici e, se il sistema assicura loro un livello di vita adeguato, anche una popolazione sana che contribuisce ai bilanci della sanità più di quanto non spenda (6). Migliorare la nostra conoscenza delle loro caratteristiche è sicuramente il percorso raccomandato e questa analisi rappresenta solo un primo passo. ■

Riferimenti bibliografici

1. Di Thiene D, Pizzuti S, Marceca M. What do we talk about when we talk about immigrant's health in Europe? Considerations from the 2nd Conference of Migrant Health in Europe. *Ann Ig* 2009;21(4):365-9.
2. Festini F, Focardi S, Bisogni S, et al. Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *J Nurs Scholarsh* 2009;41(2):220-7.
3. Gualdi-Russo E, Zironi A, Dallari GV, et al. Migration and health in Italy: a multiethnic adult sample. *J Travel Med* 2009;16(2):88-95.
4. Toselli S, Galletti L, Pazzaglia S, et al. Two-stage study (1990-2002) of North African immigrants in Italy. *Homo* 2008;59(6):439-52.
5. Agenzia Regionale Sanitaria. Regione Marche. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. 2009. Disponibile all'indirizzo: www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf
6. ISTAT. Gli stranieri nel mercato del lavoro. I dati della rilevazione sulle forze di lavoro in un'ottica individuale e familiare. Anno 2006. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20090109_00

STUDIO MULTICENTRICO SUL RISCHIO DI INFORTUNI DOMESTICI NELLA REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA

Sara Sanson¹, Cristina Aguzzoli², Annamaria Vacri³, Paolo Pischiutti⁴, Silvana Widmann⁵, Silla Stell⁶, Matteo Bovenzi¹,
Marilena Geretto¹, Daniela Steinbock¹, Elena Clagnan⁷, Danilo Massai⁸ e Valentino Patussi¹

¹Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, Trieste

²Azienda per i Servizi Sanitari 2 Isontina, Gorizia

³Azienda per i Servizi Sanitari 4 Medio Friuli, Udine

⁴Azienda per i Servizi Sanitari 3 Alto Friuli, Gemona (UD)

⁵Azienda per i Servizi Sanitari 6 Friuli orientale, Pordenone

⁶Azienda per i Servizi Sanitari 5 Bassa friulana, Palmanova (UD)

⁷Agenzia Regionale della Sanità, Regione Friuli-Venezia Giulia, Udine

⁸Dipartimento Formazione, AUSL 11, Empoli (FI)

Ogni anno in Italia avvengono circa 4.500.000 incidenti domestici che, si stima, comportano 8.000 decessi (1-3). Nel 2007 si sono verificati 230.871 incidenti stradali, con 5.131 decessi (4) e 874.940 infortuni sul lavoro, con 1.120 decessi; il 17% degli infortuni sul lavoro sono rappresentati tuttavia da incidenti stradali, che causano, inclusi gli eventi *in itinere*, il 55% degli infortuni sul lavoro mortali (5).

A fronte della dimensione del problema legato agli infortuni domestici, tuttavia, storicamente ben poco è stato fatto, sia per il principio costituzionale (art. 14) dell'inviolabilità dell'abitazione, sia perché, nell'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e nei percorsi formativi dei relativi operatori, non è stata quasi mai prevista un'attività mirata per questi importanti aspetti della salute pubblica. Oltre a precedenti sporadiche iniziative dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) e delle regioni con le proprie ASL, soltanto con il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 (6) ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 (7) è stato previsto un impegno organico in tal senso.

L'obiettivo dello studio è di descrivere i comportamenti delle persone relativamente ai rischi presenti nelle proprie abitazioni e valutarne la loro percezione, al fine di mirare la pianificazione dell'attività preventiva a livello regionale, sperimentando un modello di intervento preventivo a partire dalla formazione di operatori addetti all'assistenza a fasce di popolazione a maggior rischio, in funzione delle proprie fragilità.

Lo studio consisteva in un'indagine conoscitiva multicentrica realizzata mediante questionari somministrati a 1.191 utenti che si sono rivolti ai servizi di vaccinazione e profilassi delle Aziende per i Servizi Sanitari del Friuli-Venezia Giulia nei mesi di gennaio-febbraio 2009. Sono stati sperimentati due strumenti per la raccolta delle informazioni mai adottati precedentemente, a quanto risulta, sul territorio nazionale: la lista di controllo sugli incidenti domestici predisposta dall'Ufficio per la Prevenzione degli Infortuni (UPI) svizzero (8), somministrato a 740 utenti, e il questionario per il calcolo dell'indicatore di rischiosità domestica recentemente sviluppato dall'ISPESL (9), somministrato a 451 utenti. Il questionario UPI è costituito da una *checklist* autocompilata relativa a otto zone della casa (accesso alla casa, zona giorno, cucina, camera da letto, zona bagno, cantina/lavanderia, locale hobby e giardino). L'eventuale presenza di rischio viene sommata producendo in tal modo un punteggio finale sulla sicurezza domestica e sulle priorità degli interventi da mettere in atto. Il questionario ISPESL, anch'esso autocompilato ma di più difficile comprensione, è più complesso, in quanto si pone l'obiettivo di quantificare il rischio di infortunio all'interno

delle mura domestiche, in funzione del tempo trascorso in casa, degli ambienti frequentati, dell'età, della condizione professionale, del grado di istruzione e del sesso delle persone che la abitano. Ad ogni *item* del questionario viene associata una probabilità di accadimento degli incidenti, sulla base di rilevazioni statistiche conseguite nell'ambito di studi condotti sul territorio nazionale. In tal modo, la risposta alla singola domanda viene pesata e diviene direttamente proporzionale al rischio che si andava ad esaminare. Viene quindi calcolato un punteggio di rischio ponderato per l'intera casa.

In seguito all'indagine si è sviluppato un progetto per la predisposizione di moduli formativi mirati alla prevenzione degli incidenti domestici da utilizzare per badanti e *caregivers*, soggetti che, di fatto, assistono nelle proprie abitazioni le persone più deboli, gli anziani e i soggetti con minori abilità.

Tali moduli formativi sono poi divenuti obbligatori in base ad una specifica delibera regionale, portando finora alla formazione di 150 operatori.

Nella Tabella sono riassunti i risultati del questionario ISPESL.

L'indagine conoscitiva ha evidenziato una rilevante discrepanza tra la ►

Tabella - Rischiosità delle abitazioni, questionario ISPESL (n. 417 utenti)

Classificazione rischiosità	Frequenza	Percentuale
Casa poco pericolosa	89	21,3
Casa abbastanza pericolosa	223	53,5
Casa pericolosa	103	24,7
Casa molto pericolosa	2	0,5
Totale	417	100,0

presenza di fattori di rischio, individuati tramite la lista di controllo dell'UPI e l'indicatore di rischiosità ISPEL, ed il rischio percepito da parte dei compilatori. Il rischio percepito, infatti, è risultato sempre molto basso (sulla base del questionario UPI l'85,6% degli utenti ritiene sicura la propria casa, tale prevalenza sale al 94% utilizzando il questionario ISPEL), ciò a fronte dell'elevato rischio calcolato mediante gli strumenti adottati (sulla base del questionario UPI emerge una prevalenza dal 65% al 94% di situazioni di rischio elevato nei diversi ambienti della casa. Tale prevalenza risulta essere del 78,7% sulla base del questionario ISPEL).

L'analisi di dettaglio dei questionari permette di identificare i fattori di rischio presenti negli ambienti, quelli attribuibili agli attrezzi-impianti ed ai comportamenti dei componenti del nucleo abitativo, oltre a quelli legati a situazioni di salute e minor abilità delle persone. In tal modo appare più semplice mirare gli interventi preventivi in funzione delle diverse tipologie delle persone e delle case.

Ad esempio, per quanto riguarda l'ambiente cucina i questionari ISPEL hanno evidenziato, nel 16,4% dei casi, l'abitudine di lasciare coltelli e forbici, oltre che attrezzi a rischio, in posizione accessibile a bambini e nel 18,6% l'assenza di dispositivi di sicurezza per le cucine a gas, mentre sulla base del questionario UPI emerge, tra le famiglie con bambini piccoli, il fatto che non vengano utilizzate protezioni per i fornelli mirate a salvaguardarne l'accessibilità.

Per quanto riguarda l'ambiente bagno viene segnalata la presenza di pavimenti molto scivolosi nel 18,6% e scivolosi nel 9,3% dei questionari ISPEL e scivolosi nel 50% dei questionari UPI, mentre l'assenza di idonei accorgimenti per evitare la scivolosità del fondo della vasca da bagno è del 45,7% nei questionari ISPEL e del 37,2% nei questionari UPI.

Per quanto riguarda il soggiorno, infine, il questionario ISPEL rileva nel 46,6% dei casi la presenza di tessuti infiammabili, di più apparecchi elettrici

collegati alla stessa presa (50,1%) e di pavimenti scivolosi con tappeti (18%). Mentre il questionario UPI evidenzia nel 9,2% dei casi la presenza di mobili alti e stretti che comportano il rischio di ribaltamento perché non fissati alle pareti.

In conclusione, gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica sottostimato, che solo negli ultimi anni, sotto la spinta del Piano Nazionale della Prevenzione e l'impegno del Ministero della Salute, tramite il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, l'ISPEL e l'ISS, si sta affrontando organicamente. Mancano ancora importanti strumenti, in particolar modo un percorso formativo nell'ambito delle lauree triennali e specialistiche, che di regola non affrontano questo problema, anche se, come abbiamo precedentemente visto, ha una rilevanza decisamente maggiore rispetto agli stessi infortuni stradali e domestici, e manca un'organizzazione specifica dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL.

Mentre nel caso degli incidenti stradali e del lavoro sono spesso identificabili delle responsabilità potenzialmente sanzionabili, rispettivamente del conduttore o del datore di lavoro, nel caso degli incidenti domestici che provocano più eventi mortali rispetto agli incidenti stradali e di gran lunga molti di più rispetto agli incidenti sul lavoro, il soggetto interessato ("abitante della casa") ha una responsabilità quasi assoluta, e non è soggetto al rispetto di una specifica normativa, se non per il fatto, ad esempio, di non fare le verifiche degli impianti. Di fronte alla dimensione del fenomeno e volendo comunque far salva l'inviolabilità della *privacy* domestica, si devono tuttavia mettere in atto azioni preventive, che vanno dall'informazione alla diffusione di una cultura della sicurezza nelle scuole, alla cultura degli operatori dell'ambito sociale e sanitario che assistono e prendono in carico i soggetti con maggior fragilità, oltre che alla collaborazione tra pubblico e privato, nel garantire la sicurezza intrinseca delle abitazioni. ■

Riferimenti bibliografici

1. ISPEL. La banca dati sugli infortuni domestici. Disponibile all'indirizzo: www.ispel.it/osservatorio/BancaDati.asp
2. Pitidis A, Giustini M, Taggi F. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. 2005. Disponibile all'indirizzo: www.iss.it/binary/casa/cont/RelazioneSiniaca.1132846801.1232018693.pdf
3. ISTAT. La vita quotidiana nel 2006. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/dati/catalogo/20071106_00
4. ACI-ISTAT. Rapporto sugli incidenti stradali 2007. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081120_00/testointegrale20081120.pdf
5. D'Amico F. Infortuni e morti sul lavoro in calo nel 2008. *Dati INAIL* 2009;5:17. Disponibile all'indirizzo: www.inail.it/repository/ContentManagement/node/N670420288/Bozza2DatiInailMAGGIO_2009.pdf
6. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it
7. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf
8. Ufficio Prevenzione Infortuni. Lista di controllo per la sicurezza in casa. Berna; 2008. Disponibile all'indirizzo: www.bpa.ch/PDFLib/1157_42.pdf
9. Massari S, Ferrante P, Bianchi AR, et al. Infortuni domestici: individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica e nelle condizioni di salute. ISPEL (Roma) 2009. Disponibile all'indirizzo: www.lombardia.cisl.it/doc/626/materiali/2009/INFORTUNI%20DOMESTICI.pdf
10. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM. Progetto incidenti domestici: rischi abitativi. 2007. Disponibile all'indirizzo: www.ccm-network.it/prg_area2_incidenti_domestici_rischi_abitativi

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it