

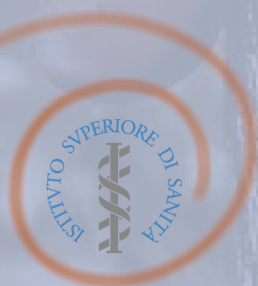
ben

bollettino
epidemiologico
nazionale

Monografia

Rivista peer reviewed dell'Istituto Superiore di Sanità

Volume 4 (4) 2023



La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria

A cura di Roberto Da Cas e Cristina Morciano

Legale rappresentante e Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: Rocco Bellantone

Responsabile istituzionale area editoriale: Antonio Mistretta

Direttore scientifico: Antonino Bella

Direttore editoriale: Carla Faralli

Comitato scientifico

Giovanni Baglio, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma (Italia)

Chiara Donfrancesco, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Lucia Galluzzo, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Donato Greco, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Ilaria Lega, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Cristina Morciano, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Luigi Palmieri, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Valentina Possenti, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Caterina Rizzo, Università di Pisa, Roma (Italia)

Stefania Salmaso, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Stefania Spila Alegiani, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Angela Spinelli, già Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Marina Torre, Istituto Superiore di Sanità, Roma (Italia)

Comitato editoriale: Antonino Bella, Carla Faralli, Sandra Salinetti

Redazione: Ilaria Luzi, Paola Luzi, Giovanna Morini, Sabrina Sipone

Progetto grafico: Lorenzo Fantozzi

Webmaster: Pierfrancesco Barbariol

La rivista è indicizzata su Google Scholar, Ebsco e Directory of Open Access Journals (DOAJ).

Data di pubblicazione: giugno 2024

Copertina realizzata da Paola Luzi e Giovanna Morini

Legge 16 luglio 2012, n. 103 di conversione del Decreto Legge 18 maggio 2012, n. 63. "Disposizioni urgenti in materia di riordino dei contributi alle imprese editrici, nonché di vendita della stampa quotidiana e periodica e di pubblicità istituzionale"

Art. 3 bis

Semplificazioni per periodici web di piccole dimensioni

1. Le testate periodiche realizzate unicamente su supporto informatico e diffuse unicamente per via telematica ovvero on line, i cui editori non abbiano fatto domanda di provvidenze, contributi o agevolazioni pubbliche e che conseguano ricavi annui da attività editoriale non superiori a 100.000 euro, non sono soggette agli obblighi stabiliti dall'articolo 5 della legge 8 febbraio 1948, n. 47, dell'articolo 1 della legge 5 agosto 1981, n. 416, e successive modificazioni, e dall'articolo 16 della legge 7 marzo 2001, n. 62, e ad esse non si applicano le disposizioni di cui alla delibera dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni n. 666/08/CONS del 26 novembre 2008, e successive modificazioni.

2. Ai fini del comma 1 per ricavi annui da attività editoriale si intendono i ricavi derivanti da abbonamenti e vendita in qualsiasi forma, ivi compresa l'offerta di singoli contenuti a pagamento, da pubblicità e sponsorizzazioni, da contratti e convenzioni con soggetti pubblici e privati.

INDICE

Editoriale	
<i>Marginalità sociale e prossimità sanitaria</i>	i
Personе in condizione di grave marginalità sociosanitaria: stato di salute, esperienze di assistenza e approcci di cura	1
La condizione sociosanitaria delle persone dimoranti negli insediamenti informali della provincia di Foggia assistite nel 2022 da INTERSOS	6
Invisibilità sociale e diritti negati: l'esperienza quarantennale dell'Area Sanitaria Caritas di Roma nella tutela della salute di migranti e di altre persone in condizione di marginalità sociosanitaria	14
Accesso alla vaccinazione COVID-19 in Italia nel periodo 2020-2023 da parte degli stranieri non residenti: opportunità, sfide e criticità	27
Dall'invisibile al visibile. L'esperienza con la popolazione vulnerabile del Poliambulatorio di Opera San Francesco per i Poveri a Milano nella decade 2011-2020	37
Il sistema di tutela sanitaria delle persone private della libertà personale: utilizzo dei farmaci della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo (2021-2022)	47

EDITORIALE

Marginalità sociale e prossimità sanitaria

Introduzione

Il tema dell'accesso all'assistenza sanitaria e alle diverse opportunità di prevenzione e di cura che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) offre a tutta la popolazione secondo un approccio universalistico ha conquistato di recente una posizione centrale in seno al dibattito sulla promozione e sulla tutela della salute di migranti, Rom, Sinti, Caminanti, persone senza dimora e, più in generale, di gruppi di popolazione "difficili da raggiungere" per i servizi sanitari, a causa della loro localizzazione geografica, della situazione sociale, culturale, politica o economica (i cosiddetti gruppi hard to reach) o perché non vogliono essere trovati o intercettati (hidden populations) (1, 2). Si tratta di gruppi che vivono spesso in uno stato di più generale emarginazione definibile, secondo l'Enciclopedia Treccani, come "la condizione di chi viene relegato ai margini, cioè alla periferia del sistema sociale", che può implicare "la mancata integrazione di alcuni gruppi e categorie di persone che non partecipano ai processi produttivi, decisionali e distributivi fondamentali della società" e che può esitare "nell'esclusione [...] dalla fruizione di alcuni diritti fondamentali" (3).

In questi anni si sono consolidate strategie sanitarie di prossimità, volte a favorire l'accesso alle cure e la presa in carico di questi gruppi e categorie di persone collocati ai margini della società, attraverso l'offerta attiva di prestazioni e/o l'introduzione di misure orientate a una maggiore fruibilità dei percorsi assistenziali (4-6).

Tuttavia, la garanzia dei diritti (nello specifico di quelli sanitari) non può esaurirsi nell'idea che i margini esistenti siano resi permeabili attraverso opportuni interventi di sanità pubblica di prossimità, ma deve anche implicare uno sforzo teso a spostare gli stessi margini sociali mediante l'adozione di politiche globali e scelte locali maggiormente inclusive, in grado di ridisegnare il sistema, modificando i confini dati.

Nell'ambito di questo contributo, a partire da una riflessione relativa al valore che può essere attribuito al concetto di prossimità in ambito sanitario, si intende presentare il framework della sanità pubblica di prossimità quale complesso di strategie volte a favorire l'accesso alle opportunità di cura e presa in carico dei gruppi hard to reach e nel contempo avanzare alcune suggestioni relative all'esigenza di "forzare" il margine sociale in una prospettiva trasformativa.

Prossimità sanitaria: dove, come, con chi

In termini tanto concettuali quanto operativi, la prossimità sanitaria rimanda all'idea di movimento: un "andare verso" i territori e le comunità che può essere inteso nella triplice accezione di posizione, postura e partecipazione (7).

La posizione ha a che fare con il "dove" si eroga l'assistenza e/o si collocano i servizi. In questa accezione, la sanità di prossimità prevede la vicinanza fisica alle persone, realizzata attraverso un decentramento di parte dell'offerta o mediante attività svolte "con la suola delle scarpe", ossia andando direttamente nei luoghi di vita, di lavoro o di incontro dei gruppi in favore dei quali si interviene. Un esempio in questo senso è rappresentato dai programmi di offerta attiva o dalle attività di assistenza domiciliare.

La postura si riferisce invece al "come" e riguarda il modo di stare in relazione dei servizi e degli operatori. Implica, ad esempio, la capacità di guardare oltre le mura delle strutture per conoscere i bisogni sanitari, soprattutto quelli che non hanno la forza o la capacità di tradursi in domanda, ma anche per cogliere il punto di vista dei cittadini, in modo da riformulare l'assistenza in chiave di maggiore fruibilità e rispondenza alle aspettative e ai bisogni dell'utenza.

La partecipazione, infine, riguarda il "con chi". È caratterizzata dalla creazione di sinergie con le risorse di cura e di assistenza "altre" rispetto a quelle garantite dai servizi, con la società civile e con il capitale sociale che anima i territori, a partire dalle organizzazioni del terzo settore e dalle associazioni dei pazienti, fino ai caregiver informali, in un'ottica di sussidiarietà circolare (8) che si avvantaggi di una lettura condivisa dei bisogni e di una costruzione corresponsabile delle risposte e, più in generale, delle politiche in ambito sanitario.

La sanità pubblica di prossimità: rendere permeabili i confini

Nell'ambito della sanità pubblica di prossimità, alla luce delle esperienze maturate in questi anni sul campo (9-14) e di quanto disponibile nella letteratura scientifica (15-17), emergono modelli di attività in favore di gruppi fragili o in condizione di marginalità socioeconomica riconducibili a tre linee strategiche di intervento, che possono contribuire a ridurre le disuguaglianze sanitarie tra i soggetti vulnerabili e la maggioranza della popolazione, benché abbiano un impatto limitato sulle disparità dovute ad aspetti strutturali: l'outreach, la mediazione di sistema, il coinvolgimento attivo delle comunità.

Outreach

L'outreach può essere definito come un approccio organizzativo e strategico che prevede l'offerta attiva di misure preventive (ad esempio, vaccinazioni) e di prestazioni sanitarie di primo e secondo livello, e la realizzazione di attività di educazione alla salute e di orientamento ai servizi sanitari, al di fuori degli spazi tradizionalmente deputati alla cura e, in genere, nei luoghi di vita o di lavoro dei gruppi target.

È una strategia per così dire ad extra, in cui si chiede agli operatori di uscire dai servizi sanitari, per raggiungere coloro che altrimenti non riuscirebbero ad accedere alle cure o non arriverebbero a formulare una richiesta di aiuto.

Le attività sono realizzate mediante l'impiego di équipe sociosanitarie multidisciplinari e multiprofessionali e si avvalgono tipicamente di cliniche mobili, ma possono prevedere anche l'allestimento di spazi dedicati alle attività nei luoghi di vita delle comunità o in prossimità di essi (stazioni ferroviarie, mercati, luoghi di culto, insediamenti autorizzati e non).

Generalmente si tratta di interventi realizzati su scala locale e quindi di ridotte dimensioni e di breve durata, anche in relazione ai costi aggiuntivi che implicano per l'SSN. A tale proposito, è necessario comunque sottolineare come tali interventi, sebbene spesso richiedano un impegno significativo di risorse e di mezzi, arricchiscano l'intero sistema dei servizi in termini di conoscenze e competenze, poiché i professionisti impiegati in questi programmi crescono umanamente e professionalmente, attraverso il lavoro in team e l'esperienza nella gestione della relazione transculturale.

Sono interventi che prevedono, in molti casi, una stretta collaborazione con le organizzazioni del privato sociale, a cui può essere affidata parte della risposta, ma che soprattutto sono in grado di fare da intermediari tra le istituzioni sanitarie e le comunità, in virtù della presenza capillare sui territori e della maggiore flessibilità di azione. Per la buona riuscita delle attività realizzate in outreach, infatti, è essenziale che vi sia una relazione tra gli operatori sanitari e la popolazione fondata sulla fiducia: solo l'affidabilità e la coerenza dei professionisti possono garantire una reale partecipazione dei gruppi target a quanto proposto, e portare a dei cambiamenti duraturi nei comportamenti. Centrale rimane, comunque, il ruolo di indirizzo e coordinamento svolto dal servizio pubblico rispetto alle organizzazioni del privato sociale, che permette di superare le difficoltà legate all'interruzione della continuità delle cure, causata dal fatto che spesso le organizzazioni del terzo settore operano nell'ambito di progetti e finanziamenti discontinui e determinati nel tempo, nonché alla frammentarietà e/o alla sovrapposizione di interventi realizzati in uno stesso contesto da stakeholder differenti e non inseriti in una logica di sistema.

Mediazione di sistema

È una strategia che potrebbe essere definita ad intra, in quanto riguarda più direttamente l'organizzazione dei servizi, includendo attività finalizzate a ottenere una maggiore accessibilità e fruibilità dell'assistenza. Tuttavia, affinché l'offerta sanitaria sia efficace, deve definirsi a partire dai bisogni espressi dalla popolazione di riferimento; in questo senso, nell'ambito di interventi di mediazione di sistema, è necessario prevedere iniziative "oltre le mura", volte alla conoscenza dei territori.

In letteratura (18, 19) si riportano esempi di attività che rientrano nella definizione di mediazione di sistema, ascrivibili ad almeno tre diversi ambiti:

- *l'impiego di figure di riferimento (come i case-manager) e di facilitazione (ad esempio, i mediatori culturali, gli interpreti professionali presso i servizi, il personale straniero in pianta organica, da utilizzare in accoglienza o durante le fasi del percorso assistenziale);*
- *l'adozione di modalità organizzative a bassa soglia, come la creazione di punti unici d'accesso (PUA) sociosanitari o il loro potenziamento, una maggiore flessibilità negli orari di apertura dei servizi, l'utilizzo di facilitatori culturalmente orientati per il supporto negli adempimenti burocratici, l'impiego di materiale informativo multilingue, la creazione di percorsi assistenziali dedicati;*
- *la programmazione e la realizzazione di piani di formazione per gli operatori, che includano anche periodi di training sul campo, ossia all'interno dei contesti di vita delle popolazioni oggetto degli interventi.*

Coinvolgimento delle comunità

La strategia prevede la formazione e il coinvolgimento da parte del sistema sanitario di individui e istituzioni comunitarie (famiglie, associazioni, network informali, ecc.) come agenti attivi di cambiamento e facilitazione nei processi legati alla promozione e alla tutela della salute.

È possibile individuare almeno tre modelli di intervento che fanno capo a questa strategia: la ricerca partecipata, le figure di raccordo tra comunità e servizi sanitari, la peer education.

Per ricerca partecipata si intende la realizzazione di indagini e attività nell'ambito delle quali le comunità non sono considerate esclusivamente come risorse attraverso cui reperire informazioni circa i bisogni di salute o la percezione locale dei fenomeni di salute/malattia, ma anche come attori coinvolti nell'elaborazione di strategie condivise di intervento. In genere, a livello operativo si prevedono più momenti di incontro/fasi di intervento tra membri delle comunità target e professionisti sanitari e sociali, nell'ambito dei quali si avviano processi di conoscenza reciproca e discussione in merito a specifiche questioni di salute, per arrivare all'elaborazione congiunta di azioni strategiche. L'assunto di fondo da cui prendono le mosse gli interventi riconducibili a tale modello è che, soprattutto rispetto al lavoro con le minoranze, la conoscenza delle credenze e delle pratiche relative alla salute è importante per pianificare le attività e fornire informazioni culturalmente appropriate. Allo stesso tempo, tali interventi si avvantaggiano dell'abilità propria dei gruppi di identificare problemi e sviluppare soluzioni a partire dalle risorse individuali e comunitarie, favorendo, ad esempio, lo sviluppo di una riflessione sul ruolo della famiglia, della comunità e dei servizi nel fornire cure e supporto, e circa il modo in cui le risorse sociali interne alle comunità possono essere utilizzate e attivate al fine di aumentare la consapevolezza su specifiche patologie e il ricorso ai servizi.

Le figure di raccordo tra comunità e servizi sono rappresentate da persone generalmente provenienti dai gruppi in favore dei quali si intende intervenire che, appositamente formate, fungono da trait d'union lavorando non all'interno delle strutture sanitarie ma direttamente sui territori, nei contesti in cui le popolazioni oggetto degli interventi vivono o lavorano. Tali figure possono concorrere ad accrescere la conoscenza dei professionisti della salute rispetto ai gruppi di provenienza, offrendo un quadro informativo sulla percezione della salute, su aspetti problematici nell'interazione tra il sistema sanitario e la comunità, sui metodi di comunicazione più appropriati; possono lavorare, inoltre, in attività preventive e di educazione alla salute, cooperando con le istituzioni sanitarie in vari modi (ad esempio, introducendo nei contesti, accompagnando i pazienti, prendendo appuntamenti, ecc.); consentono, infine, di facilitare l'accesso al sistema sanitario fungendo da riferimento per l'orientamento ai servizi all'interno del proprio contesto di vita, in una prospettiva di autonomizzazione.

Alla peer education afferiscono gli interventi volti al rafforzamento delle capacità delle comunità. Nell'educazione tra pari un membro del gruppo, adeguatamente preparato, svolge attività formative nei riguardi di altri membri della sua stessa comunità, pianificate nell'ambito di progetti finalizzati o spontanee sul lungo periodo. Gli approcci tra pari possono potenzialmente raggiungere un gran numero di soggetti (anche quelli normalmente più difficili da contattare) e paiono complessivamente più efficaci rispetto alle consulenze professionali. Infatti, l'implementazione di attività educative a livello comunitario, realizzate da membri delle comunità, utilizzando un linguaggio quotidiano, appare culturalmente molto più accettata e ottiene risultati migliori nell'accrescere la consapevolezza e nello stimolare al cambiamento. Come per le figure di raccordo, resta aperto il tema delle modalità e dei termini per l'identificazione dei referenti delle comunità da coinvolgere nelle attività.

Spostare il margine a garanzia della salute per tutti

La sanità pubblica di prossimità, descritta nei paragrafi precedenti, può essere intesa come una sorta di cassetta degli attrezzi, costituita da indicazioni metodologiche e strumenti sviluppati a partire da quanto è stato già fatto e ha funzionato, che permette di costruire, come in una bottega artigiana, gli interventi "giusti" per ciascun contesto (20). La sanità pubblica di prossimità, tuttavia, lavora "con quel che c'è", ha spesso una funzione emergenziale (4) e non determina un cambiamento strutturale rispetto al margine sociale.

Per contro, agire sul margine, spostandolo in un'ottica di progressiva inclusione, vuol dire tenere conto delle condizioni e delle dinamiche socialmente prodotte che influenzano i processi di salute-malattia, mediante l'adozione di politiche sanitarie utili a garantire un ampliamento del diritto all'assistenza (si pensi, ad esempio, a quanto realizzato con l'introduzione del codice STP, straniero temporaneamente presente); ma anche attraverso azioni intersettoriali in grado di intervenire sui determinanti sociali della salute quali il lavoro, la dimensione abitativa e l'istruzione, secondo quanto previsto dalla strategia

“Salute in tutte le politiche” elaborata dall’Unione Europea, dall’approccio Health Impact Assessment promosso dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, dal modello One Health e, in generale, da tutte quelle politiche legate allo sviluppo integrale della persona e dell’ambiente in un’ottica di giustizia sociale (21-22).

Lo sviluppo e l’attualizzazione di tali politiche di welfare possono utilmente giovare dell’apporto dei corpi intermedi secondo un’ottica di sussidiarietà circolare, in cui le istituzioni pubbliche interagiscono in maniera paritetica con la società civile organizzata, ai diversi livelli della programmazione, della realizzazione e della valutazione delle attività (8).

Erica Eugeni^a, Giovanni Baglio^a, Salvatore Geraci^b

^aAgenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

^bArea Sanitaria Caritas Roma

Riferimenti bibliografici

1. Shaghghi A, Bhopal RS, Sheikh A. Approaches to Recruiting 'Hard-To-Reach' Populations into Research: A Review of the Literature. *Health Promot Perspect* 2011;1(2):86-94. doi: 10.5681/hpp.2011.009
2. Brackertz N. Who is hard to reach and why? *ISR Working Paper* 2007. www.researchgate.net/publication/314283998_Who_is_hard_to_reach_and_why; ultimo accesso 21/12/2023.
3. Enciclopedia dei Ragazzi Treccani. Emarginazione. 2005. https://www.treccani.it/enciclopedia/emarginazione_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/#:~:text=Emarginare%20significa%20mettere%20ai%20margini,-non%20integrati%20nel%20suo%20tessuto;ultimo%20accesso%2010/06/2024.
4. Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all’assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard to reach. *Recenti Prog Med* 2019;110(4):159-64. doi 10.1701/3154.31341
5. Eugeni E, Baglio G. Re-starting from a social-ecological approach to health. *Ann Res Oncol* 2021;1(3):170-4. doi: 10.48286/aro.2021.22
6. Baglio G. Sanità Pubblica di Prossimità: un framework implementativo per la tutela della salute collettiva a partire dai gruppi marginali. In: Russo ML, Gatti A, Geraci S, Marceca M (Ed.). *Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020*. Bologna: Pendragon; 2020.
7. Baglio G, Eugeni E. Ripensare la sanità pubblica in chiave di prossimità: un obiettivo condiviso. In: *Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da Covid-19*. Quaderni dell’Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile - ASviS, n. 6. Roma: Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile; 2022.
8. Zamagni S. Dell’origine e del fondamento del principio di sussidiarietà circolare. Short paper 23/2022. Forlì: Associazione Italiana per la Promozione della Cultura della Cooperazione e del Non Profit; 2022. <https://www.aicon.it/wp-content/uploads/2022/03/SHORT-PAPER-23.pdf>; ultimo accesso 10/06/2024.
9. Baglio G, Cacciani L, Napoli PA, Geraci S, Motta F, Rossano R, et al. Una campagna vaccinale in favore dei bambini Rom e Sinti a Roma. *Ann Ig* 2005;17(3):197-207. PMID: 16041922.
10. Baglio G, Barbieri F, Cacciani L, Certo C, Crescenzi A, Forcella E, et al. Salute senza esclusione: campagna per l’accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinta a Roma. Quaderni Informa Area n. 5 aprile 2008. Roma: Area sanitaria Caritas; 2008. https://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/publicazioni/2008_VOL_SALUTE_SENZA_ESCLUSIONE_GrIS.pdf; ultimo accesso 10/06/2024.
11. Ricordy A, Trevisani C, Motta F, Casagrande S, Geraci S, Baglio G. *La Salute per i rom - Tra mediazione e partecipazione*. Bologna: Pendragon 2012.
12. Motta F, Ricordy A, Baglio G, Geraci S, Marceca M (Ed.). *I servizi sanitari del Lazio e la popolazione romani: strategie contro le disuguaglianze*. Bologna: Pendragon 2015.
13. Napoli PA, Gnolfo F, Renzi S, Mazzarini G, Pajno C e Baglio G, per la Rete di assistenza sociosanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015). L’esperienza di rete per l’assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: Russo ML, Affronti M, Marceca M, Bonciani M, Forcella E, Geraci S. (Ed.). *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute. Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM - Torino, 11-14 maggio 2016*. Bologna: Pendragon 2016; p. 69-75.
14. Diodati A, Proietti MC, Eugeni E, del Gaudio R, Sisti LG, Curtale F. The Italian Roma, Sinti and Travellers Health Project for equity in access to care. *Eur J Public Health* 2022;32(Suppl 3):ckac130.167. doi: 10.1093/eurpub/ckac130.167

15. Corsaro A. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per popolazioni hard to reach. Istituto di Sanità Pubblica, Sezione di Igiene, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventive, Università Cattolica del Sacro Cuore, AA. 2016/2017. Tesi di specializzazione non pubblicata.
16. AA.VV. (Ed.). *Progetto Salute RSC. Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti*. Roma: INMP; 2022.
17. Sistema Nazionale Linee Guida. Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Linea guida Salute migranti n. 2. febbraio 2018.
18. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy* 2015;8:175-83. doi: 10.2147/RMHP.S70173
19. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of health-care services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res* 2015;15:390. doi: 10.1186/s12913-015-1065-z
20. Baglio G, Eugeni E. Evidenze dal dire al fare. *Salute Internazionale*, 18 novembre 2019. <https://www.saluteinternazionale.info/2019/11/evidenze-dal-dire-al-fare/>; ultimo accesso 10/06/2024.
21. Spostare il margine per una sanità più equa e più inclusiva. Immigrati senza permesso di soggiorno, stranieri in attesa di essere regolarizzati, minori non accompagnati, senza dimora: chi li ha visti? Intervista a Salvatore Geraci. <https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-27-invisibili/interviste/spostare-il-margine-per-una-sanita-piu-equa-e-piu-inclusiva/>; ultimo accesso 10/06/2024.
22. Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M (Ed.). *L'Italia per l'equità nella salute*. Roma: Eurolit Srl; 2017.

Persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria: stato di salute, esperienze di assistenza e approcci di cura

Roberto Da Cas, Cristina Morciano

Centro Nazionale per la Ricerca e la Valutazione Preclinica e Clinica dei Farmaci, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Of all the forms of inequality, injustice in health is the most shocking and the most inhuman because it often results in physical death

Martin Luther King, discorso alla Second National Convention of the Medical Committee for Human Rights (25 marzo 1966)

SUMMARY

People experiencing considerable social exclusion: health profile, healthcare experiences and approaches to care

People experiencing considerable social exclusion such as homeless, irregular migrants, and prisoners face extreme inequity in health. The aim of this monograph is to provide health information and examples of care models for these groups of people based on data collected in clinical practice.

A notable example of social exclusion is that of the irregular migrants working in the agri-food sector in the area of Capitanata (Foggia province) and living in informal settlements. INTERSOS, a non-profit humanitarian organization, facilitates access to essential social and health services through a proximity health care, providing primary care to irregular migrants, and reaching out to them within the settlements.

In large urban areas, a model of care based on medical centre offering primary care is that adopted to offer social and health care to marginalised populations. This model has been used for years in Rome and Milan by Caritas and Opera San Francesco per i Poveri, respectively; the articles describe the health profile of the assisted groups.

Irregular migrants have difficulties in accessing the preventive and primary health care services from the National Health Service. The article of the Istituto Superiore di Sanità highlights that a small percentage of non-resident foreigners received the COVID-19 vaccination, with delays in the administration of the primary vaccination cycle.

Finally, the joint work between the Ministry of Justice and two Local Health Units (ASL Roma 2 and ASL Viterbo) analyzes drug use in five prisons in Latium Region. The study shows a high use of drugs for the pathology of central nervous and gastrointestinal systems. Variability is observed of the drug use among the five prisons.

This monograph highlights the need of formulating policies rooted in an integrated, multi-sectoral approach. Among the critical challenges, there is the need to develop an actively monitoring system of elements of health and health care provisions to people experiencing considerable social exclusion to promote evidence based informed policies, practices and research.

Key words: marginalised people; homeless; prisoners; migrants

Perché questa monografia?

In Italia, come in altri Paesi considerati ad alto reddito, le persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria, definite anche come "esclusi", "invisibili" o "difficili da raggiungere" (*hard-to-reach*) soffrono delle forme più gravi di iniquità nella salute.

L'idea di realizzare un fascicolo monografico del *Bollettino epidemiologico nazionale* nasce con l'intento di fornire una maggiore conoscenza sia sullo stato di salute di queste popolazioni sia sui modelli di assistenza.

Coerentemente con la mission della rivista, i contributi originali raccolti consentono di dare visibilità soprattutto a esempi virtuosi di assistenza attivi in vari ambiti territoriali, offrendo un quadro

epidemiologico sulla base dei dati raccolti nella pratica clinica. È grazie a queste esperienze che siamo in grado di avvicinarci e rivelare gli invisibili presenti sui nostri territori, consapevoli che è nell'invisibilità che si realizzano le forme più gravi di ingiustizia sociale.

Chi sono le persone in grave marginalità sociosanitaria?

Come possono essere definite le popolazioni che vivono una situazione di grave marginalità sociale e qual è il loro profilo di salute? Si tratta di una categoria difficile da inquadrare all'interno di immediati schematismi, poiché queste persone sono caratterizzate da una pluralità di forme di grave marginalità sociale, spesso sovrappontesi

Nel contesto di questo fascicolo monografico, tali popolazioni vengono definite come composte da persone socialmente ed economicamente tra le più svantaggiate: senza dimora o residenti in campi o insediamenti tollerati, che fanno uso di sostanze stupefacenti, con gravi problemi di salute mentale, migranti senza permesso di soggiorno, vittime di tratta, *sex worker*, e persone in stato di detenzione. Sono popolazioni che sperimentano il fenomeno dell'esclusione sociale, cioè "il processo attraverso il quale alcuni individui o gruppi sociali sono privati di risorse, diritti e opportunità per partecipare alle attività e alle relazioni che sono offerte alla maggior parte delle persone nella società" (1).

Quando si parla di individui in stato di grave marginalità, si fa riferimento anche a persone che sfuggono alle rilevazioni statistiche ufficiali, poiché richiedono modalità di rilevazione specifiche, diverse da quelle adottate per il resto della popolazione. Da segnalare il recente impegno dell'Istat in questo ambito. Nella terza edizione del Censimento permanente della Popolazione e delle Abitazioni svolta nell'autunno 2021 (2), per la prima volta sono state incluse le popolazioni particolari e difficili da raggiungere, con l'obiettivo di rivelare "alcuni target demografici che per precarietà abitativa o per particolari condizioni di vita, sono di difficile intercettazione sul territorio (...). I segmenti di popolazione specificamente rilevati sono coloro che vivono in convivenze anagrafiche (ad esempio, istituti assistenziali, centri di accoglienza per migranti, case famiglia), quelli che dimorano in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei, e le persone senza tetto e senza fissa dimora". Con la premessa di una probabile sottostima, l'indagine ha rilevato 463.294 unità, pari allo 0,8% della popolazione totale. Di queste, 351.338 vivono in convivenze anagrafiche, 96.197 sono senza tetto/dimora, mentre 15.759 sono coloro che dimorano in campi autorizzati o insediamenti tollerati e spontanei. In particolare, il 38% delle persone senza tetto è di nazionalità straniera (50% africana, 22% europea, 17% asiatica) e la metà risiede in soli sei Comuni: 23% a Roma, 9% a Milano, 7% a Napoli, 4,6% a Torino, 3% a Genova e 3,7% a Foggia.

L'esclusione sociale come determinante di salute

È consolidata l'evidenza che le disuguaglianze di salute siano una conseguenza delle diverse condizioni socioeconomiche, delle crisi finanziarie, delle politiche economiche e sociali.

In termini semplici, le persone più abbienti e con un più alto livello di educazione godono di una salute migliore, si ammalano di meno e

vivono più a lungo. Non solo, esiste un gradiente di salute che si estende lungo tutta la scala sociale: la salute peggiora gradualmente man mano che si discende dalla scala sociale, procedendo dalla fascia socioeconomica più elevata a quella più bassa.

Si aggiunge a ciò un altro elemento: il cumularsi fin dalla nascita dei fattori sociali che influenzano l'intero corso della vita, come la salute degli stessi genitori ma anche il loro reddito, l'educazione, la condizione lavorativa, la qualità dell'abitazione dove risiede la famiglia e il quartiere in cui si trova. La povertà assoluta, la mancanza delle risorse elementari per vivere sono presenti anche nei Paesi più ricchi. Alla popolazione che si viene a trovare in questa situazione è negato l'accesso a un'abitazione dignitosa, all'istruzione, ai trasporti e ad altri elementi vitali per una completa partecipazione alla vita sociale. Essere esclusi dalla vita sociale è causa di una salute peggiore e di un maggior rischio di morte prematura (3). In Italia, secondo l'Istat, il numero di persone in povertà assoluta è passato da circa 1,8 milioni nel 2008 a oltre 5,6 milioni nel 2022 (4), rendendo più urgenti politiche sanitarie mirate e inclusive per affrontare efficacemente le loro esigenze di salute.

Le evidenze generate nel corso del tempo nel settore della ricerca sulle disuguaglianze di salute, e sugli specifici interventi volti a ridurle o a eliminarle, hanno orientato la formulazione e l'implementazione di diverse politiche sociosanitarie. Tuttavia, la ricerca epidemiologica ha meno esplorato la grave esclusione sociale come determinante di salute e il grado di iniquità di salute sofferto dalle popolazioni gravemente marginalizzate nei Paesi ad alto reddito.

In un editoriale del 2018 pubblicato su *Lancet* (5), Michael Marmot evidenzia come il gradiente sociale non sia adatto a cogliere le disuguaglianze di salute nelle popolazioni socialmente escluse: "The social gradient in health describes a graded association between an individual's position on the social hierarchy and health: the lower the socioeconomic position of an individual, the worse their health. (...). Different, too, are socially excluded populations. These individuals can seem to be off the scale of the social hierarchy completely, which represents a further challenge to social cohesion".

A tal proposito, è opportuno richiamare una metanalisi (6) che per la prima volta ha incluso studi in cui veniva analizzato il dato di morbosità e mortalità in coloro che nei Paesi ad alto reddito soffrono di grave esclusione sociale, quali *sex worker*, detenuti, senza dimora e tossicodipendenti. I risultati indicano come su queste popolazioni

classificate dagli autori come “inclusion health population of interest”, agisca un grado estremo di iniquità nella salute che eccede di molto quello osservato tra gli individui inclusi nella scala sociale, con differenze importanti tra uomini e donne. Infatti, nelle persone in condizioni di grave marginalità le stime dei tassi di mortalità per tutte le cause sono circa 8 volte superiori alla media per gli uomini e 12 volte per le donne. Invece, questo grado di iniquità è inferiore se si confrontano, ad esempio, le aree più deprivate con quelle meno deprivate di Galles e Inghilterra: la mortalità è 2,8 volte più elevata negli uomini e 2,1 nelle donne.

I contributi della monografia: cosa emerge

L'articolo di INTERSOS, organizzazione non governativa senza scopo di lucro, offre una visione particolare dell'esclusione sociale. Gli operatori sociosanitari di INTERSOS operano nell'area della Capitanata di Foggia, dove migranti perlopiù irregolari sfruttati nel comparto agro-alimentare dimorano in un ghetto isolato, permanente e sovraffollato. Queste persone vivono in condizioni di estrema precarietà abitativa e sanitaria, raggiungendo le diverse migliaia di unità nel periodo della raccolta dei pomodori.

Non è difficile comprendere che le barriere di accesso ai servizi sociosanitari sono molteplici, poiché in quest'area mancano i servizi essenziali, gli interventi sociosanitari e quelli a favore dell'integrazione dei migranti. L'esperienza pluriennale di INTERSOS nel territorio del foggiano, che secondo l'Istat è tra i sei Comuni in cui si registra la più alta presenza di persone senza dimora, avviene in collaborazione con le strutture sanitarie locali, ed è un ottimo esempio di applicazione del framework della sanità di prossimità descritto nell'Editoriale della monografia *Marginalità sociale e prossimità sanitaria* (cfr. p. i). Gli operatori presenti sul territorio con unità mobili offrono cure sanitarie di primo livello, assistenza sociale e interventi educativi, raggiungendo le persone direttamente presso gli insediamenti informali. Riguardo ai dati raccolti da INTERSOS, nel 2022 si delinea un profilo di salute caratterizzato prevalentemente da patologie non trasmissibili come quelle a carico dell'apparato digerente e muscoloscheletrico, mentre non vi è evidenza di patologie infettive di importazione/tropicali; sono invece frequenti traumi dovuti a incidenti sul lavoro. Queste evidenze favoriscono la decostruzione dello stereotipo del “migrante untore”.

INTERSOS non documenta solo il profilo di salute delle persone che dimorano negli insediamenti informali nell'area della Capitanata,

ma restituisce la consapevolezza di un fenomeno diffuso in tutta Italia e ben documentato da una recente indagine nazionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali sulle condizioni abitative dei migranti che lavorano nel settore agro-alimentare (7). Nel 2022, l'indagine ha mappato, in Italia, almeno 150 realtà simili a quella della Capitanata, che nella Prefazione sono indicati come luoghi in cui vengono negati dignità e diritti dei lavoratori migranti. L'indagine documenta al tempo stesso specifici interventi di inserimento abitativo di queste persone, a dimostrazione che laddove vi è una volontà e possibilità di intervento, può esistere un'alternativa alle precarietà.

Un modello di assistenza basato sulla presenza di presidi assistenziali a bassa soglia è quello che meglio si adatta a intercettare gli esclusi nelle grandi aree urbane: gli articoli dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma e dell'Opera San Francesco per i poveri di Milano delineano lo stato di salute delle persone assistite. Il contributo di Caritas rileva una modifica del quadro epidemiologico degli assistiti nel corso di quarant'anni: un aumento delle malattie croniche, soprattutto cardiovascolari e metaboliche, e una riduzione delle malattie infettive. L'Opera San Francesco approfondisce con uno studio analitico la frequenza delle malattie croniche nei propri assistiti e stima una maggiore prevalenza di malattie cardiovascolari, mentali e metaboliche (diabete) tra i migranti del Sud America e dell'Asia rispetto alle popolazioni europee.

I dati del contributo di Caritas dimostrano, inoltre, che nel tempo è cresciuto il grado di complessità e di fragilità della popolazione da assistere: sono aumentate le persone con nessun titolo di studio e anche quelle di nazionalità italiana e i senza dimora, verosimilmente anche a causa delle ricorrenti crisi economiche. Complica l'attività assistenziale il notevole aumento nel tempo del numero dei Paesi di provenienza di coloro che sono costretti a lasciare il proprio Paese per situazioni di conflitto, emergenze umanitarie e ambientali.

Il report sulla salute di migranti e rifugiati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che dal 1990 al 2020 la popolazione globale è passata da 5,3 a 7,8 miliardi, con un aumento dei migranti internazionali (da 153 a 281 milioni). Inoltre, nei primi sei mesi del 2022, il numero di persone costrette a fuggire da conflitti, violenze, violazioni dei diritti umani e persecuzioni ha superato per la prima volta i 100 milioni, a causa di nuove ondate di violenza o conflitti prolungati in Paesi come Afghanistan, Burkina Faso, Repubblica Democratica del Congo, Etiopia, Myanmar e Nigeria (8).

L'esperienza della migrazione è un determinante fondamentale della salute e del benessere, poiché la salute dei migranti si presenta particolarmente vulnerabile per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza, viaggio e permanenza nel Paese di transito o accoglienza. Le esperienze INTERSOS e Caritas evidenziano una situazione in cui le persone sono esposte a molteplici processi di esclusione: precarietà abitativa e giuridica, sfruttamento lavorativo, bassi livelli di educazione e isolamento che, come già verificato in alcuni studi, sono associati a esiti di salute peggiori rispetto al resto della popolazione, inclusi i migranti regolari (9).

È noto che i migranti in stato di irregolarità accedono con difficoltà ai servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, quando vi riescono, è solo in situazioni di emergenza, senza poter usufruire di una continuità assistenziale post dimissioni o di percorsi diagnostico-terapeutici per le malattie croniche. Qualsiasi siano le barriere di accesso alla prevenzione e alle cure primarie dell'SSN, la mancata presa in carico si può tradurre in ricorso alle strutture di pronto soccorso e alle ospedalizzazioni definite come evitabili (9). Sulle difficoltà di accesso incidono lo status giuridico nonché quello economico e le barriere culturali (8). L'articolo del gruppo di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità documenta che tali barriere esistono tramite l'analisi dei dati relativi alla vaccinazione COVID-19 negli stranieri non residenti. Così come già documentato in molti Paesi europei, si osserva una limitatissima percentuale di vaccinati stranieri non residenti, e anche con un ritardo nella somministrazione del ciclo vaccinale primario, rispetto al totale dei vaccinati.

In Italia vi sono poche conoscenze circa il profilo di salute delle persone in condizione di detenzione. La popolazione carceraria italiana è composta da oltre 56.000 persone detenute (dati 2022 del Ministero della Giustizia), spesso in condizioni di sovraffollamento. Questa situazione determina, tra l'altro, un'elevata prevalenza di diagnosi psichiatriche (9,2 ogni 100 detenuti) (10) e, con l'invecchiamento della popolazione carceraria, una maggiore domanda di salute e necessità di cure per il trattamento di patologie croniche.

L'analisi descrittiva sull'uso dei farmaci condotta in cinque istituti penitenziari delle ASL Roma 2 e della ASL Viterbo riporta un elevato uso di farmaci per le patologie del sistema nervoso centrale, dell'apparato gastrointestinale e per il trattamento dei disordini metabolici. Viene, inoltre, evidenziata un'importante disomogeneità prescrittiva tra i diversi istituti. Gli autori osservano che, tra le

criticità nelle modalità di offerta dell'assistenza alle persone detenute, vi sia la mancanza di un sistema informativo che consenta la raccolta di dati relativi alla salute di queste persone, da utilizzare anche per iniziative di valutazione dell'assistenza e formazione degli operatori sanitari, e auspicano una maggiore collaborazione tra gli istituti penitenziari e le strutture sanitarie locali.

Conclusioni

Per citare ancora Michael Marmot, ci troviamo contemporaneamente "nella primavera della speranza" e "nell'inverno della disperazione". Primavera della speranza poiché le evidenze epidemiologiche dimostrano che la salute non dipende solo dalle soluzioni tecniche e dalle scoperte rese disponibili da scienza e medicina, ma anche dalla natura della società. In base a tali evidenze sono stati avviati alcuni interventi che hanno migliorato l'accesso ai servizi delle persone.

Siamo, tuttavia, anche nell'inverno della disperazione, poiché le disuguaglianze di salute aumentano, i Paesi ad alto reddito competono per sfruttare le risorse in Africa e le differenze etniche e religiose sono strumentalizzate per generare caos (11).

La comunità degli epidemiologi deve rimanere concentrata sulla soluzione dei problemi di salute pubblica, includendo anche le popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria, cioè di coloro che si trovano ben al di sotto del livello più basso della scala sociale. Migliorare le condizioni di salute di queste persone richiede un approccio integrato e multisettoriale, risorse adeguate ed efficaci, politiche inclusive, sostenute da evidenze scientifiche. Purtroppo questo ambito di ricerca epidemiologica appare ancora poco esplorato. Mancano le infrastrutture per una raccolta sistematica dei dati o se realizzate sono da perfezionare, e sono poche le iniziative di formazione e informazione destinate agli operatori sanitari dei servizi territoriali. È forse anche poco sfruttato il patrimonio di dati raccolto dagli operatori del terzo settore, che potrebbe rappresentare una base per avviare politiche almeno a livello di comunità. Ulteriori studi su questi temi, con quesiti di ricerca rilevanti e ben condotti, potrebbero rappresentare il fondamento razionale per comunicare con i decisori politici e sarebbero anche funzionali a rappresentazioni sociosanitarie finalizzate a trasmettere "una scossa etica" in Italia e nel resto dell'Europa.

Concludiamo sottolineando che le forme di governo democratiche rispetto a quelle autocratiche hanno come fondamento il

riconoscimento della “persona” a cui si riconoscono oltre ai diritti di libertà, i diritti sociali, tra cui il diritto alla salute, che si ispirano a un principio di uguaglianza. Osserva Norberto Bobbio che riconoscimento dei diritti sociali (o di prestazione), al contrario di quelli di libertà, “richiede l’intervento diretto dello Stato nel creare istituti atti a rendere di fatto possibile l’accesso all’istruzione, al lavoro e alla cura della propria salute” e “a rimuovere gli ostacoli” (art. 3 della Costituzione italiana) (...) e ancora “la vastità che ha assunto il dibattito sui diritti fondamentali dell’uomo in corso è un segno di progresso morale della società. Non sarà inopportuno ripetere che questa crescita morale si misura non dalle parole ma dai fatti” (12).

Citare come segue:

Da Cas R, Morciano C Persone in condizione di grave marginalità sociosanitaria: stato di salute, esperienze di assistenza e approcci di cura. In: Da Cas R, Morciano C (Ed.). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):1-5.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Tweed EJ, Thomson RM, Lewer D, Sumpter C, Kirolos A, Southworth PM, et al. Health of people experiencing co-occurring homelessness, imprisonment, substance use, sex work and/or severe mental illness in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2021;75(10):1010-8. doi: 10.1136/jech-2020-215975
2. Istituto Nazionale di Statistica. Popolazione residente e dinamica demografica. Anno 2021. Censimenti permanenti popolazione e abitazioni. 15 dicembre 2022. www.istat.it/it/files/2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021.pdf; ultimo accesso 17/6/2024.
3. Wilkinson R & Marmot M (Ed.). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd edition. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO; 2003. <https://iris.who.int/handle/10665/326568>; ultimo accesso 17/6/2024.
4. Istituto Nazionale di Statistica. Le statistiche dell’Istat sulla povertà, anno 2022. 25 ottobre 2023. <https://www.istat.it/it/files/2023/10/REPORT-POVERTA-2022.pdf>; ultimo accesso 17/6/2024.
5. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. *Lancet* 2018;391(10117):186-8. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32848-9
6. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018;391(10117):241-50. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X
7. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Associazione Nazionale dei Comuni Italiani. Rapporto di ricerca su “Le condizioni abitative dei migranti che lavorano nel settore agro-alimentare” - Linea 2 del progetto InCaS finanziato dal Fondo nazionale per le politiche migratorie 2021. Giovannetti M (Ed.). Luglio 2022. <https://www.lavoro.gov.it/stampa-e-media/Comunicati/Documents/Rapporto-Le-condizioni-abitative-dei-migranti-settore-agroalimentare.pdf>; ultimo accesso 17/6/2024.
8. World Health Organization. *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: WHO; 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/360404>; ultimo accesso 17/6/2024.
9. Mipatrini D, Addario SP, Bertolini R, Palermo M, Mannocci A, La Torre G, et al. Access to healthcare for undocumented migrants: analysis of avoidable hospital admissions in Sicily from 2003 to 2013. *Eur J Public Health* 2017;27(3):459-64. doi: 10.1093/eurpub/ckx039
10. Miravalle M, Scandurra A (Ed.). *È vietata la tortura. XIX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*. Roma: Associazione Antigone; 2023. <https://www.antigone.it/upload/Antigone.XIX.Rapporto.pdf>; ultimo accesso 17/6/2024.
11. Marmot M. *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Giampaoli S, Traversa G (Ed.). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
12. Bobbio N. *Elementi di politica. Antologia*. Polito P (Ed.). Milano: Einaudi; 2014.

La condizione sociosanitaria delle persone dimoranti negli insediamenti informali della provincia di Foggia assistite nel 2022 da INTERSOS

Alessandro Verona^{a,b}, Eva Pinna^a

^a INTERSOS, Organizzazione Umanitaria Onlus, Roma

^b Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

SUMMARY

The social and health status of people living in informal settlements in the province of Foggia (Italy) assisted in 2022 by INTERSOS

Introduction

INTERsos is a non-profit humanitarian organization, founded in 1992 in Italy, which is dedicated to assist populations affected by humanitarian crises in various areas of the world. Since 2011, the organization has extended its activities to Italy with projects in cooperation with local health authorities aimed at the promotion of access to prevention and health care resources for marginalized populations, applying public health proximity principles and methods. This article describes and analyzes demographic and health data collected by INTERsos while offering free health and social services to persons living in informal settlements in the Capitanata area of Foggia, Italy, from 2 January to 30 December 2022.

Materials and methods

INTERsos services were provided through two mobile health teams, comprising team coordinators, physicians, nurses, social workers, and cultural mediators. These teams were dedicated to reaching people facing poor living, working conditions, housing (such as abandoned buildings or slums), legal precariousness and experiencing inadequate or no access to health care. The population of interest included persons living in the Capitanata who had access to at least one health or social service of INTERsos during the study period. Demographic, clinical data (ICD-10-CM) and information on the provided health information and social services were collected. Data were described by absolute numbers and percentages.

Results

During the study period, mobile health teams provided a total of 1,460 health and social services to 834 persons. They were migrants from 24 countries, mainly males (94.1%), with the majority under 40 years (83.1%) and primarily originating from western Africa (92.4%). Among the 1,460 health and social services provided, there were consultations (51.8%), orientation to health and social services (23.4%), health information (10.8%), support for certifications (7.8%) and vaccinations, referral, accompanying activities (5.8%). New diagnoses were 712, with a higher prevalence of non-communicable diseases of the digestive (19.5%), and musculoskeletal system (17.3%), followed by disease of the respiratory systems (16.0%), the majority concerned common seasonal respiratory diseases and only a small percentage (4.1%) concerned mainly infectious diseases and mycosis. To note the prevalence of non communicable chronic conditions was equal to 8% of the total diagnosis. Among the 49 women reached by the mobile health teams, 15 needed health care about pregnancy complications, urogenital problems and information on reproductive and sexual health.

Discussion and conclusions

Substandard living conditions, inadequate housing and exploitation appeared as key factors influencing the health profile of the case series presented in this study. Migrants living in informal settlements are critically marginalized and are among the most vulnerable members of society. It is crucial to enhance proximity medicine sensitive to the needs of the migrants and linguistic-cultural mediation professionals, and also to reduce the human and economic cost of improper recourse to health services. There is a need to actively include marginalised populations in public policy-making and it's imperative to address housing and legal precariousness, work and sexual exploitation which could be critical determinants of health.

Key words: migrants health, social vulnerability, health care access

pinna.eva@gmail.com

Introduzione

Tra le popolazioni cosiddette invisibili e *hard to reach*, cioè difficili da raggiungere, devono essere incluse quelle che vivono negli insediamenti abitativi informali. Secondo quanto emerge da un'indagine condotta nel 2022 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Foggia è la provincia italiana in cui è presente il maggior numero di insediamenti abitativi informali. Soggiornano lavoratori migranti del settore agricolo-alimentare

in marginalità sociale e in condizioni sanitarie estremamente precarie. In particolare, la provincia foggiana include la Capitanata, un vasto territorio a vocazione agricola legato prevalentemente alla coltivazione dei pomodori, dove sorge il più grande insediamento informale d'Italia nell'area dell'ex aeroporto di Borgo Mezzanone, nel Comune di Manfredonia (1). Gli insediamenti sono caratterizzati da sovraffollamento e condizioni igienico-sanitarie fortemente precarie: abitazioni

fatiscenti e prive di riscaldamento, elettricità, acqua corrente, servizi igienici. I trasporti pubblici sono limitati o assenti.

Da oltre 20 anni il territorio della Capitanata è legato a pratiche di sfruttamento lavorativo, inclusa la mancata regolarizzazione dei lavoratori senza permesso di soggiorno. Le persone vivono, inoltre, in condizioni di incertezza giuridica e l'accesso ai servizi territoriali è parziale e difficoltoso, non solo a causa di barriere linguistico-culturali e di scarsa disponibilità di informazioni su offerta e modalità di accesso alle diverse opportunità di prevenzione e cura, ma anche per l'isolamento sociale e la presenza di percorsi burocratici lenti e tortuosi (2, 3).

L'area arriva ad accogliere nei mesi invernali una popolazione di circa 2.000 abitanti, che aumenta nei mesi estivi fino a raggiungere le 6.500 presenze (3.500 solo nell'area dell'ex aeroporto di Borgo Mezzanone). Tale incremento è evidentemente legato alla necessità di manodopera per la raccolta dei pomodori (2).

In collaborazione con le strutture locali del Servizio Sanitario Regionale (SSR), INTERSOS realizza interventi quotidiani di cure primarie e promozione della salute rivolti a persone dimoranti negli insediamenti abitativi informali presenti nella provincia di Foggia.

INTERSOS è un'organizzazione umanitaria senza scopo di lucro, fondata nel 1992 in Italia, che offre assistenza a popolazioni colpite da crisi umanitarie in varie zone del mondo (4).

Dal 2011 è attiva anche in Italia con progetti volti a rafforzare la tutela della salute in popolazioni marginalizzate, con un approccio di sanità pubblica di prossimità (5) e dal 2018 è presente in modo continuativo con le sue progettualità sul territorio di Foggia e provincia.

In queste aree sono presenti due équipe multidisciplinari di INTERSOS con relative unità mobili, composte dalla responsabile dell'équipe, da una mediatrice e da un mediatore linguistico-culturale, un medico (e un secondo nel periodo estivo), un'infermiera e un'operatrice sociosanitaria. Le unità mobili sono presenti all'interno degli insediamenti dal lunedì al venerdì per un minimo di cinque ore giornaliere e offrono cure sanitarie, assistenza sociale e interventi di educazione alla salute. Il progetto prevede anche azioni volte al miglioramento dell'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, attraverso sessioni di orientamento e accompagnamento presso i servizi territoriali di salute.

L'obiettivo di questo contributo è quello di presentare un'analisi dei dati sociodemografici e del profilo di salute delle persone che hanno

ricevuto assistenza sanitaria da parte di INTERSOS nel territorio della Capitanata nel periodo compreso tra il 2 gennaio e il 30 dicembre 2022.

Materiali e metodi

La popolazione di riferimento è costituita da tutti coloro che hanno ricevuto almeno una prestazione sociosanitaria offerta da INTERSOS nell'ambito delle sue attività progettuali, e contestualmente dimorante nel periodo in studio negli insediamenti informali della Capitanata, specificatamente nelle aree di Borgo Mezzanone, Palmori, l'ex Daunialat di Foggia, Borgo San Matteo e Poggio Imperiale.

I dati sono stati raccolti durante i colloqui e le visite e registrati nell'INTERSOS Health&Protection Platform, una piattaforma di raccolta dati che permette lo scambio di informazioni tra i diversi operatori sociosanitari che hanno in carico il singolo utente, garantendo allo stesso tempo la tutela dei dati individuali.

Al primo accesso viene assegnato a ciascuna persona un codice identificativo e creata una cartella personale che comprende i dati sociodemografici, lo storico delle azioni intraprese con l'utente, ad esempio visite mediche e accompagnamenti di pazienti fortemente vulnerabili presso i servizi sanitari territoriali. La cartella contiene anche la raccolta delle attività di informazione sociosanitaria, di orientamento sociosanitario e di supporto per la richiesta di certificazioni. Le prime includono: informazioni agli utenti per la prevenzione e la promozione della salute e spiegazioni nella lingua madre o in un'altra conosciuta dall'utente per facilitare la comprensione di eventuali esami diagnostici o terapie da effettuare, delucidazioni riguardo specifiche diagnosi ricevute nel corso di visite specialistiche e supporto per accesso a successive visite specialistiche ed esami diagnostici di secondo livello. Le attività di orientamento sociosanitario riguardano le informazioni e il supporto pratico per l'accesso ai servizi presenti nel territorio di riferimento del progetto, ad esempio le informazioni riguardanti le modalità di iscrizione all'SSR e l'assegnazione di un medico di medicina generale (MMG), l'accesso alle cure urgenti e indifferibili tramite codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) per chi è sprovvisto di regolare permesso di soggiorno. Il supporto per la richiesta di certificazioni comprende le pratiche per richiedere l'invalidità, l'assistenza legale e il green pass nel periodo in cui era necessario. Viene inoltre fornito supporto informativo per l'accesso ai servizi dei Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale (CAF), all'Agenzia delle Entrate e ai centri di orientamento all'impiego.

I dati anagrafici degli utenti registrati al primo accesso sono aggiornati a ogni successivo accesso dai mediatori interculturali e/o dagli operatori sociosanitari. Durante le visite, il medico di turno registra la visita e apre la cartella clinica del paziente. Se necessario, le diagnosi vengono aggiornate nel corso di ogni successivo follow up e classificate utilizzando l'International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) (6). L'aggiornamento dei codici diagnostici viene effettuato sulla base dei risultati degli esami diagnostico-strumentali e delle anamnesi cliniche effettuate presso le ASL territoriali o il Policlinico Universitario Riuniti di Foggia. Inoltre, gli operatori sociosanitari e i mediatori interculturali hanno il compito di registrare a ogni accesso quanto compiuto con ogni singolo utente. Le azioni intraprese e le schede anagrafiche degli utenti vengono periodicamente aggiornate e ciò permette allo staff sociosanitario di avere un quadro completo dei progressi in termini di salute e del numero di attività effettuate per ogni singolo utente. A ogni assistito viene rilasciato un libretto sociosanitario, che raccoglie informazioni relative al percorso diagnostico terapeutico e i recapiti degli operatori sociosanitari di riferimento, in modo da consentire la condivisione delle informazioni sull'assistito con altri professionisti della salute e con le strutture sanitarie presenti sul territorio, favorendo in questo modo la continuità assistenziale.

I dati sono descritti in termini di frequenze assolute e percentuali.

Risultati

Nel periodo 2 gennaio-30 dicembre 2022 hanno ricevuto assistenza 834 persone per un totale di 1.460 accessi; e gli interventi sono stati realizzati in maggioranza presso l'insediamento di Borgo Mezzanone (84,4%). La **Tabella 1** presenta le caratteristiche demografiche degli assistiti. La componente maschile è decisamente prevalente, rappresentando il 94,1% del totale degli assistiti che, come atteso in una popolazione di lavoratori immigrati, è costituita in prevalenza da giovani. Infatti, l'83,1% ha un'età inferiore a 40 anni. La regione geografica di origine è rappresentata, per la quasi totalità, dall'Africa occidentale (92,4%), seguita dall'Asia centro-meridionale (3,1%), dall'Africa settentrionale (2,5%) e dall'Africa orientale (1,7%). Le persone migranti provengono da 24 Paesi: il 28,2% dal Senegal, il 24,1% dal Gambia e il 12,6% dalla Nigeria. Meno rappresentata è la Regione asiatica con Paesi quali Pakistan, Afghanistan e Bangladesh. È da notare che la componente femminile è rappresentata per il 94% da donne di nazionalità nigeriana.

Dei 1.460 accessi a prestazioni/servizi sanitari (in media 1,8 ad assistito), la maggioranza ha riguardato le visite mediche (n. 757; 51,8%), gli orientamenti ai servizi sociosanitari territoriali (n. 340; 23,3%) e l'offerta di informazioni sanitarie individuali (n. 158; 10,8%), supporto per certificazioni (n. 114; 7,8%) e altro (n. 84; 5,8%), che comprende accompagnamenti, referral e vaccinazioni (**Figura**).

Le patologie riscontrate

Su un totale di 562 persone visitate (il 67,4% del totale degli assistiti) sono state formulate 712 nuove diagnosi, in maggioranza patologie dell'apparato digerente (19,5%), del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (17,3%) e dell'apparato respiratorio (16,0%) (**Tabella 2**).

Tra le patologie dell'apparato digerente, il 38,1% ha riguardato esofago, stomaco e duodeno, spesso con gastrite o malattia da reflusso gastroesofageo (gastroesophageal reflux disease, GERD), mentre il 34,5% è relativo a patologie della cavità orale (prevalentemente carie e infezioni dentali), delle ghiandole salivari e della mascella. Il 18,7% ha presentato condizioni intestinali, spesso diarrea o

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche degli assistiti. INTERSOS, area della Capitanata (Foggia), 2 gennaio-30 dicembre 2022

Caratteristiche assistiti	n.	%
Totale	834	100
Sesso		
Maschi	785	94,1
Femmine	49	5,9
Classe di età		
18-21	3	0,4
22-29	364	43,6
30-39	326	39,1
40-49	110	13,2
≥ 50	31	3,7
Area di provenienza		
Africa occidentale	770	92,4
Asia centro-meridionale	26	3,1
Africa settentrionale	21	2,5
Africa orientale	14	1,7
Africa centro-meridionale	2	0,2
Asia occidentale	1	0,1
Primi 5 Paesi di provenienza		
Senegal	235	28,2
Gambia	201	24,1
Nigeria	105	12,6
Mali	84	10,1
Ghana	56	6,7

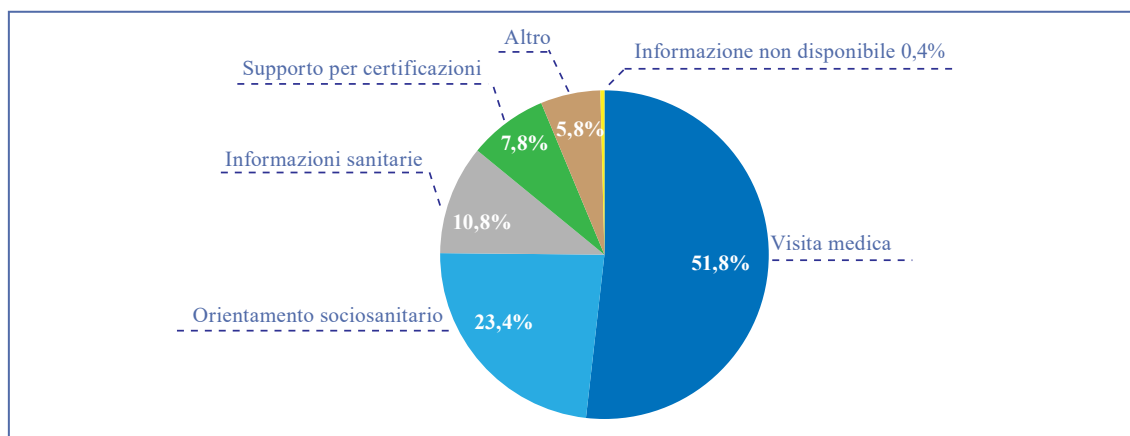


Figura - Distribuzione degli interventi di assistenza sociosanitaria per tipologia. INTERSOS, area Capitanata (Foggia), 2 gennaio-30 dicembre 2022

stipsi, attribuibili alla mancanza di dieta varia e di qualità, al ridotto accesso all'acqua potabile e alla scarsa igiene orale. Il 3,6% era relativo a patologie

Tabella 2 - Distribuzione delle diagnosi, nell'ambito degli interventi di assistenza sanitaria realizzati da INTERSOS nell'area della Capitanata (Foggia), 2 gennaio-30 dicembre 2022

Diagnosi (ICD-10-CM)	n.	%
Apparato digerente	139	19,5
Apparato muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	123	17,3
Apparato respiratorio	114	16,0
Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne	60	8,4
Sintomi, segni e risultati anomali di esami clinici e di laboratorio non classificati altrove	47	6,6
Cute e del tessuto sottocutaneo	38	5,3
Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	33	4,6
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari	30	4,2
Alcune malattie infettive e parassitarie	29	4,1
Malattie del sistema genito-urinario	27	3,8
Sistema cardiocircolatorio	19	2,7
Cause esterne di morbosità e mortalità	13	1,8
Sistema nervoso	12	1,7
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide	7	1,0
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6	0,8
Disturbi psichici e comportamentali	6	0,8
Gravidanza/parto	4	0,6
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici e alcuni disturbi del sistema immunitario	3	0,4
Tumori	1	0,1
Codici per scopi speciali	1	0,1
Totale	712	

epatiche, spesso virali, attive o sequele di cui i pazienti erano consapevoli (**Materiale aggiuntivo - Figura 1**).

Tra le patologie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo la metà ha riguardato sforzi muscolari e affaticamento (50,4%), principalmente diagnosticati durante periodi lavorativi intensi e circa un terzo dorsopatie (**Materiale aggiuntivo - Figura 2**).

Il 46,5% delle patologie dell'apparato respiratorio si riferisce a infezioni acute delle vie respiratorie superiori, il 28,9% a stati influenzali e polmonite, con una tendenza stagionale su cui incide il sovraffollamento tipico degli insediamenti informali, mentre il 14,5% è rappresentato da altre malattie del tratto superiore, tra cui sinusiti e condizioni allergiche. Tra le cause di queste patologie, oltre ai patogeni virali, è verosimile che incidano anche diversi allergeni presenti, ad esempio, nelle colture agricole locali e negli ambienti domestici con condizioni igieniche scadenti. Infine, il 6,1% ha presentato un'infezione delle basse vie respiratorie, come bronchite acuta (**Materiale aggiuntivo - Figura 3**).

I traumi rappresentano l'8,4% delle diagnosi. Per la maggior parte si tratta di traumatismi non intenzionali a carico di mani o polsi (46,5%), caviglie e piedi (18,3%) e capo (16,7%), spesso a seguito di incidenti sul luogo di lavoro o nel trasporto dal/per il lavoro e in minor misura per violenze causate da tensioni sociali all'interno degli insediamenti. Il 6,7% si è rivolto al medico per ustioni di primo o secondo grado. Seguono i traumi al tronco, al gomito e alla spalla (5% ciascuno) causati da cadute accidentali. Rari, ma presenti, traumi corneali determinati da mancanza di dispositivi di protezione individuale nell'ambito lavorativo (**Materiale aggiuntivo - Figura 4**).

Sono stati riscontrati anche casi con diagnosi appartenenti alla categoria "sintomi, segni non classificati altrove" che comprende presentazioni cliniche aspecifiche. Tra questi, il 42,6% ha presentato una sintomatologia molto generica, quali dolori corporei aspecifici, cefalea, malessere, affaticamento. In alcuni casi questa sintomatologia è riferita a una sola regione (addome 23,4%, sistema circolatorio e respiratorio 16,6%, cute 6,4%), spesso correlata a una sofferenza psichica emersa nel corso del colloquio (**Materiale aggiuntivo - Figura 5**).

I casi appartenenti alla categoria delle manifestazioni cutanee includono prevalentemente dermatiti ed eczemi (26,3%) e infezioni della pelle e del tessuto sottocutaneo (23,7%), su cui verosimilmente incidono ambiente, scarsa quantità e qualità di prodotti utilizzati per l'igiene personale e mancato utilizzo di indumenti puliti (**Materiale aggiuntivo - Figura 6**).

Sono state riscontrate patologie croniche pari all'8% del totale. In particolare, sono stati diagnosticati undici casi di malattia ipertensiva (sei diagnosi accertate di cardiomiopatia ipertensiva e cinque di ipertensione essenziale primaria), sette artropatie con decorso cronico (gonartrosi e altri disturbi delle articolazioni del ginocchio), sei patologie a carico delle vie respiratorie superiori (laringite e laringotracheite cronica, rinite, faringite e faringite cronica, sinusite cronica) e inferiori (asma e stato asmatico), quattro casi con diabete mellito, due casi con patologie a carico del sistema circolatorio (disturbi cerebrovascolari, malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari), due casi con patologie dermatologiche a decorso cronico (dermatite atopica), un caso con diagnosi di sindrome nefritica cronica, uno con diagnosi di epatite cronica e un caso con diagnosi di infezione da HIV. Sono stati, inoltre, diagnosticati 24 casi di GERD a decorso cronico.

Altre diagnosi con percentuali limitate includono: malattie infettive e parassitarie (4,1%) tra cui micosi (48%) e parassitosi (31%), malattie del sistema genito-urinario (3,8%), patologie del sistema cardiocircolatorio (2,7%) e disturbi psichici e comportamentali, come ansia e insonnia (0,8%) (**Tabella 2**).

Salute riproduttiva e sessuale della popolazione femminile

Le équipe sanitarie hanno visitato 15 donne per problemi specifici legati alla salute riproduttiva e sessuale, per un totale di 16 visite. In quattro visite è stata richiesta assistenza riguardo gravidanza a rischio o a seguito di aborto. Sei visite hanno riguardato l'esecuzione di test di gravidanza e

problemi correlati a gravidanze non desiderate connessi alla poca conoscenza della normativa in ambito di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e alla difficoltà di accesso ai relativi servizi. Nel corso di una delle visite sono state richieste informazioni relative alla terapia antiretrovirale per infezione da HIV contratta precedentemente. Infine, sono stati diagnosticati sei casi di patologie del sistema genito-urinario (malattie infiammatorie di organi pelvici femminili e disturbi non infiammatori dell'apparato genitale femminile).

Discussione

La popolazione in esame, che nel periodo compreso tra il 2 gennaio e il 30 dicembre 2022 è stata raggiunta dai servizi sociosanitari di INTERSOS, è giovane e con una componente prevalentemente maschile. Di particolare rilievo la presenza di persone provenienti dalla Regione dell'Africa occidentale, dove alcuni Paesi risentono ancora oggi delle conseguenze di passati conflitti che si sono protratti nel tempo e che hanno causato forte instabilità politica ed economica nell'area geografica. La Regione è, inoltre, molto spesso esposta a fenomeni naturali di forte intensità causati dal cambiamento climatico, con un elevato rischio di catastrofi naturali, come inondazioni e carestie (7).

Come già evidenziato nell'Introduzione, nell'area della Capitanata in provincia di Foggia la popolazione di riferimento vive in baracche, tende, case diroccate, distanti dai luoghi urbanizzati e dai servizi sociosanitari essenziali, inclusi quelli per favorire l'integrazione (1). Abitazione precaria e sfruttamento lavorativo appaiono i fattori che condizionano fortemente il profilo di salute della casistica presentata in questo lavoro. Non emerge, infatti, un quadro epidemiologico caratterizzato da patologie infettive di "importazione/tropicali". Tra le patologie più diffuse vi sono infatti quelle non trasmissibili, come quelle a carico dell'apparato digerente (19,5%), verosimilmente attribuibili alle difficoltà di accesso all'acqua e a carenze nutrizionali, e quelle a carico dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (17,3%) diagnosticate prevalentemente nei periodi lavorativi più intensi. Anche i traumi non intenzionali rappresentano una quota importante della casistica, attribuibili a incidenti verificatisi sul luogo di lavoro o durante il trasporto da e per il luogo di lavoro (8,4%). Per quanto riguarda le malattie trasmissibili, la maggior quota ha riguardato le comuni affezioni respiratorie stagionali (14%) e solo una piccola percentuale (4,1%) le malattie infettive e parassitarie come micosi e parassitosi, riconducibili alle scarse condizioni igienico-sanitarie presenti all'interno degli insediamenti informali.

L'8% delle patologie diagnosticate sono croniche, di cui il 41% a carico dell'apparato digerente, il 2,7% a carico del sistema cardiovascolare e il 10,3% a carico del sistema respiratorio. La prevalenza delle malattie croniche nelle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria è un dato che sta ricevendo una sempre maggiore attenzione da parte della pur scarsa letteratura esistente per le conseguenze sia in termini di salute sia per l'impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il minor ricorso alle cure primarie, da parte soprattutto degli immigrati irregolari, è determinato da diverse ragioni, tra cui tendenzialmente la difficoltà di accesso ai servizi sanitari di base, che si traduce in una minore compliance terapeutica e in un maggior ricorso alle strutture di pronto soccorso e alle ospedalizzazioni definite come evitabili (8).

Per quanto riguarda la salute mentale, il dato rilevato (disturbi psichici e comportamentali) è presumibilmente una sottostima di quello reale percepito dagli operatori delle équipes di INTERSOS. Difatti, non avendo personale specializzato nelle diagnosi di disturbi di matrice psichica e mancando strumenti idonei all'individuazione di problematiche psichiche di vario grado, non è stato possibile fornire dati approfonditi del fenomeno. Nonostante ciò, quello che emerge dall'osservazione sul campo, è l'ampia predisposizione alla sofferenza psichica. L'isolamento e gli ostacoli giuridici portano gli abitanti degli insediamenti a percepirsi rifiutati e in stato di abbandono, e i servizi, di conseguenza, non ne codificano i bisogni reali. Pesano la perdita di riferimenti sociali, la precarietà, la mancanza di prospettive future e vedere umiliati i diritti dei lavoratori. A ciò si aggiungono i gravi traumi vissuti nel Paese di origine o durante il viaggio sulla rotta del Mediterraneo centrale e orientale. In tale contesto, la sofferenza psichica è molto spesso la causa primaria del disturbo da uso di sostanze, anch'esso molto comune tra le donne (soprattutto *sex worker* e vittime di tratta) e tra gli uomini che vivono negli insediamenti informali (9, 10).

Occorre, quindi, osservare che su fattori quali abitazione precaria e sfruttamento lavorativo si innestano, operando in sinergia, le criticità nella relazione con i servizi sanitari locali e nella presa in carico sociale.

Dai dati dello studio emerge che una quota consistente delle persone che sono ricorse all'assistenza di INTERSOS lo ha fatto anche per la necessità di ricevere informazioni circa i servizi sociosanitari territoriali, supporto per certificazioni di vario tipo e accompagnamenti ai servizi territoriali, così come per richieste di informazioni e spiegazioni circa le diagnosi ricevute e le modalità di assunzione delle terapie prescritte.

A ciò si aggiunge che la popolazione degli insediamenti informali è per la maggior parte soggetta a continui spostamenti sul territorio, poiché il lavoro agricolo richiede una mobilità territoriale all'interno della stessa Regione o tra Regioni diverse (11). L'orientamento verso l'SSN diventa maggiormente complesso, tanto più considerando le disomogeneità delle garanzie di accesso ai servizi essenziali di assistenza determinata dalla regionalizzazione dell'SSN, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione italiana.

Nel 2019 INTERSOS ha condotto un'indagine con lo scopo di fornire informazioni dettagliate riguardo la conoscenza, le modalità di utilizzo e di accesso ai servizi sanitari territoriali da parte delle persone dimoranti nell'area della Capitanata. Su 204 persone intervistate poco più della metà era senza permesso di soggiorno valido. Circa un terzo ha dichiarato di non avere alcuna fonte informativa in ambito sociosanitario e di non essere iscritto all'SSN. Tra gli iscritti, il 58,4% dichiarava di non avere un MMG di riferimento, il 31% di averlo fuori della provincia di Foggia e solo il 10,6% nella provincia, anche se dal 2019 l'ASL di Foggia permette l'iscrizione temporanea con un MMG presso il luogo di effettiva dimora attraverso autocertificazione di domicilio. Inoltre, l'87% degli intervistati non era a conoscenza dell'esistenza di un codice STP e quindi della possibilità, anche per chi non è in possesso di un permesso di soggiorno regolare, di poter richiedere interventi di cura e prevenzione. Dall'indagine emergono anche dati significativi riguardo l'utilizzo del pronto soccorso come principale riferimento sanitario (51%) (12).

Per quanto riguarda la salute femminile, i dati relativi al numero delle utenti e alle relative condizioni di salute risultano essere parziali e limitatamente rappresentativi. La dimensione molteplice della violenza, della discriminazione e dello sfruttamento di cui fanno esperienza le donne all'interno e all'esterno degli insediamenti, le rende difatti maggiormente diffidenti e difficilmente intercettabili (13). Dai dati disponibili, emerge che anche le criticità relative alla popolazione femminile sono principalmente legate alle difficoltà di accesso e fruibilità dei servizi sanitari territoriali (MMG, consultori, ospedali), a molteplici fattori culturali, linguistici, comunicativi e comportamentali, ma anche organizzativi. Uno degli esempi maggiormente esemplificativi è la difficoltà di accesso alle procedure per IVG, legata sia a barriere organizzative del sistema stesso (presenza ridotta di due soli ginecologi non obiettori negli ospedali di Foggia e Cerignola) sia comunicative (scarsa conoscenza da parte delle donne relativamente all'iter e ai luoghi a cui accedere per la richiesta di una IVG).

Da menzionare, anche l'accesso quasi inesistente ai percorsi di screening e controllo ginecologico, causato da barriere comunicative e interpretative sul significato e sulla possibilità di accedere a tali percorsi. Inoltre, mentre la popolazione maschile si sposta in autonomia con regolarità, ciò risulta più complesso per quella femminile. Le dinamiche tipiche della tratta fanno spostare le donne senza la loro volontà e a cicli rapidi, complicando l'accesso al diritto alla salute, inclusi i programmi di screening (12).

A livello provinciale, Foggia è la città che offre il numero maggiore di servizi a livello sociale e sanitario. Nonostante ciò, l'accesso ai suddetti servizi è parziale e difficoltoso per la maggior parte dei beneficiari di progetto. Gli ostacoli che impediscono un'adeguata fruizione di tali servizi risultano essere di diversa natura. Le barriere linguistico-culturali, la scarsa disponibilità di informazioni immediate e indicazioni chiare riguardanti i servizi e il loro raggiungimento, i percorsi burocratici lenti e tortuosi, l'isolamento e l'emarginazione risultano essere i maggiori ostacoli a un adeguato accesso ai servizi. Vi è a oggi una conoscenza ridotta del contesto di origine e di appartenenza delle persone che vivono all'interno degli insediamenti informali, così come della complessità relativa ai progetti migratori di queste persone. La stessa situazione legale vincolata al rilascio dei permessi di soggiorno aumenta la difficoltà di accedere a percorsi di accoglienza e rende impossibile lasciare situazioni abitative non idonee. Esiste, inoltre, l'enorme problematica dell'accesso alle dimissioni protette che risulta già difficoltoso per i cittadini italiani e stranieri con regolare permesso di soggiorno, ma impossibile per le persone che non possiedono tale documento e/o sono in fase di rinnovo. Ciò causa un alto numero di dimissioni di pazienti con molteplici vulnerabilità sanitarie, che hanno superato l'acuzie, ma che necessiterebbero di un periodo di riabilitazione psicofisica in strutture e luoghi idonei e che invece sono costretti a ritornare all'interno di soluzioni abitative non adeguate alla loro condizione.

In tale contesto INTERSOS intende assumere un ruolo ponte tra le persone che risiedono all'interno degli insediamenti informali e i servizi sanitari, e non solo, del territorio. Attraverso le attività in outreach promuove infatti una strategia di prossimità sanitaria mirata a rafforzare la capacità dei beneficiari in relazione all'utilizzo e all'accesso dei servizi stessi.

Per perseguire obiettivi e metodologie di lavoro, INTERSOS, che non intende sostituirsi alle istituzioni pubbliche ma al contrario creare con esse collaborazioni concertate, dal 2018 ha siglato un protocollo d'intesa tuttora attivo con la ASL

di Foggia. Inoltre, nel 2020 è stata avviata una progettualità congiunta con l'Azienda Regionale per la Salute e il Sociale e il Policlinico Riuniti di Foggia, con l'obiettivo di sostenere la creazione di percorsi di tutela e inclusione stabili. L'anno 2022 ha, altresì, visto il rafforzamento dei rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie territoriali, che sono state coinvolte in progettualità ancora oggi attive. Grazie alla presenza continuativa sul territorio, è stato possibile rafforzare il legame fiduciario, sia con le organizzazioni del terzo settore operanti sul territorio, sia con la popolazione target di progetto.

Conclusioni

Il contesto sociosanitario descritto in questo lavoro fa emergere l'importanza della realizzazione di una strategia di prossimità sanitaria per la tutela della salute delle popolazioni fortemente deprivate presenti negli insediamenti informali della Capitanata. Elemento centrale dell'esperienza di INTERSOS è che nei luoghi dove soggiorna la comunità non si è puntato esclusivamente all'offerta di cure primarie, ma anche a interventi di supporto e informazione circa il diritto alla salute e alle risorse pubbliche di prevenzione e assistenza primaria anche nell'ottica di ridurre il costo umano, nonché economico, dei ricorsi impropri al comparto di emergenza-urgenza.

Va sottolineato che il ruolo di INTERSOS è quello di creare collaborazioni con le istituzioni sanitarie pubbliche locali per l'avvio di percorsi stabili di tutela della salute che vanno oltre il limite temporale delle progettualità in corso. Per assicurare questa continuità è importante la definizione di politiche sanitarie con il coinvolgimento delle comunità esistenti.

I servizi sanitari territoriali hanno un ruolo chiave nell'intercettare uomini e donne in condizione di marginalità sociosanitaria e spesso vittime di violenza, tratta e/o sfruttamento e sono soggetti fondamentali nell'ambito degli interventi per il miglioramento degli esiti di salute, operando anche azioni di coinvolgimento dei diversi attori istituzionali.

Con specifico riferimento alla salute riproduttiva e sessuale femminile, è essenziale che il personale operante all'interno dei servizi abbia accesso a una formazione continua riguardante il contesto delle donne migranti e in particolare di quelle che vivono all'interno di insediamenti informali. Gli interventi di formazione continua dovrebbero offrire strumenti relazionali sensibili alle specificità culturali e al vissuto delle donne migranti per una presa in carico appropriata. Inoltre, proprio perché per le donne presenti in queste aree vi è una maggiore difficoltà di accesso in modo autonomo ai servizi territoriali

localizzati all'interno delle aree urbane, sarebbe fondamentale che i servizi stessi potessero spostarsi periodicamente all'interno e/o nelle vicinanze di tali insediamenti per sessioni informative e di orientamento a loro specificamente dedicate.

In questo contesto, sarebbe auspicabile l'istituzione di tavoli permanenti di confronto intersettoriali che abbiano l'obiettivo di affrontare la complessità del vissuto di queste persone puntando a risolvere il tema della precarietà abitativa e giuridica e dello sfruttamento lavorativo nelle campagne italiane. Tali tavoli dovrebbero essere coordinati dalle istituzioni territoriali competenti e non intesi come sostitutivi dei momenti assembleari di confronto tra le associazioni territoriali del terzo settore, le quali a loro volta dovrebbero costituirsi in reti sia formali sia non formali per confronti periodici.

Prossimità, innovazione e uguaglianza, evocate dalla missione salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sono elementi chiave per il raggiungimento degli obiettivi di salute delle persone in condizione di marginalità, ma è fondamentale che siano affiancate da approcci transculturali di attiva partecipazione comunitaria delle popolazioni più difficili da raggiungere (14).

Citare come segue:

Verona A, Pinna E. La condizione sociosanitaria delle persone dimoranti negli insediamenti informali della provincia di Foggia assistite nel 2022 da INTERSOS. In: Da Cas R, Morciano C (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. *Boll Epidemiol Naz* 2023;4(4):6-13.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

- Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali, Associazione nazionale dei Comuni Italiani. Rapporto di ricerca su "Le condizioni abitative dei migranti che lavorano nel settore agro-alimentare" - Linea 2 del progetto InCaS finanziato dal Fondo nazionale per le politiche migratorie 2021. Giovannetti M (Ed.). luglio 2022. <https://www.lavoro.gov.it/stampa-e-media/Comunicati/Documents/Rapporto-Le-condizioni-abitative-dei-migranti-settore-agroalimentare.pdf>; ultimo accesso 19/2/2024.
- INTERSOS. La pandemia diseguale, un anno di emergenza COVID-19 in Italia. 2021. <https://www.intersos.org/la-pandemia-diseguale-un-anno-di-emergenza-covid19-in-italia/>; ultimo accesso 19/2/2024.
- INTERSOS. Voci per resistere: un anno di ricerca partecipata da parte degli abitanti di Borgo Mezzanone. 2021. <https://www.intersos.org/voci-per-resistere-un-anno-ricerca-partecipata-ragazzi-borgo-mezzanone/>; ultimo accesso 19/2/2024.
- INTERSOS. <https://www.intersos.org/>; ultimo accesso 19/2/2024.
- Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. *Recenti Prog Med* 2019;110(4):159-64. doi: 10.1701/3154.31341
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem. 10th Revision. 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en>; ultimo accesso 19/2/2024.
- Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Western and Centre Africa Situation Report. 2023. <https://reports.unocha.org/en/country/west-central-africa/>; ultimo accesso 19/2/2024.
- Mipatrini D, Pollina Addario S, Bertollini R, Palermo M, Mannocci A, La Torre G, et al. Access to healthcare for undocumented migrants: analysis of avoidable hospital admissions in Sicily from 2003 to 2013. *Eur J Public Health* 2017;27(3):459-64. doi: 10.1093/eurpub/ckx039
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Migrants and drugs: health and social responses. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/migrants-and-drugs-health-and-social-responses_en; ultimo accesso 20/2/2024.
- National Institute on Drug Abuse. 2022, September 27. Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/part-1-connection-between-substance-use-disorders-mental-illness>; ultimo accesso 20/2/2024.
- Osservatorio Placido Rizzotto, Flai-Cgil (Ed.). V Rapporto Agromafie e caporalato. Roma: Editrice Futura; 2020. <https://cgiltoscana.it/wp-content/uploads/2020/11/Agromafie-e-caporalato-quinto-rapporto.pdf>. 2020; ultimo accesso 20/2/2024.
- INTERSOS. Campagne d'odio: un anno in Capitanata. 2019. <https://www.intersos.org/wp-content/uploads/2019/09/Rapporto-Campagne-d-odio.pdf>; ultimo accesso 19/2/2024.
- Rizzi ES. Le donne straniere negli insediamenti informali tra discriminazioni intersezionali, grave sfruttamento e violenza. In: Brambilla A, Degani P, Paggi M, Zorzella N (Ed.). Donne straniere, diritti umani, questioni di genere, Riflessioni su legislazione e prassi. p. 231-50. <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2022/10/Volume-Completo-Donne-straniere-del-17-10-22-CON-COPERTINA.pdf>; ultimo accesso 19/2/2024.
- Lave J, Wenger E. *L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali*. Trento: Erickson; 2006.

Materiale aggiuntivo

Figura 1

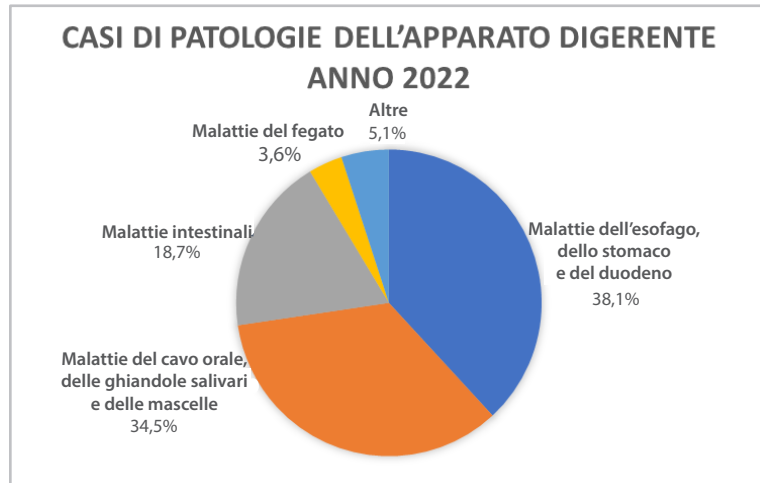


Figura 2

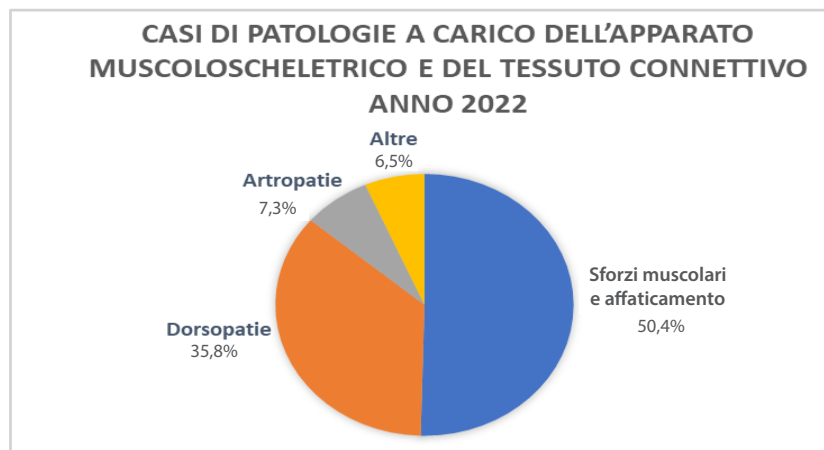


Figura 3

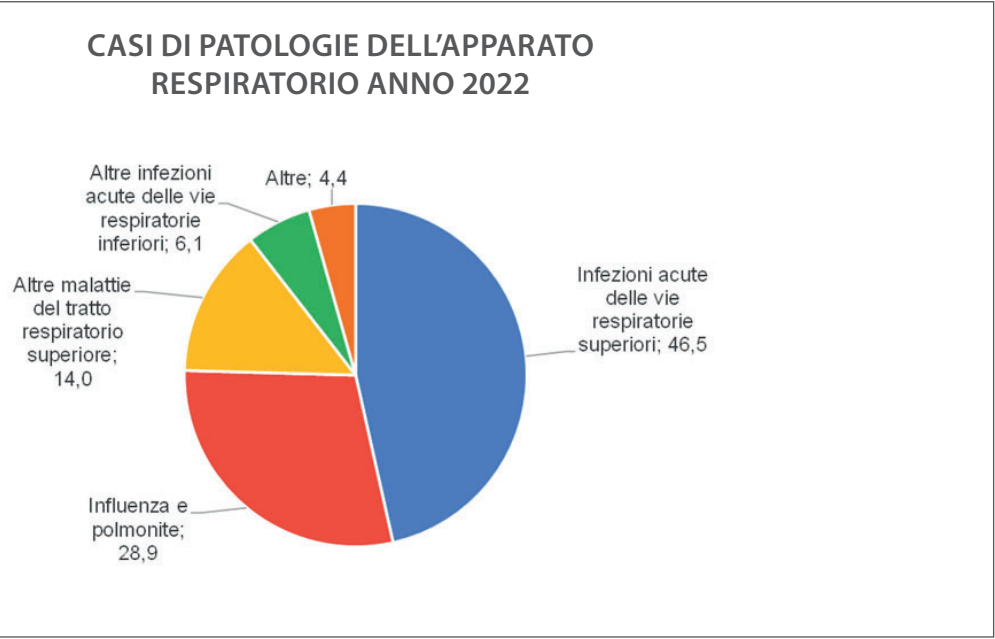


Figura 4

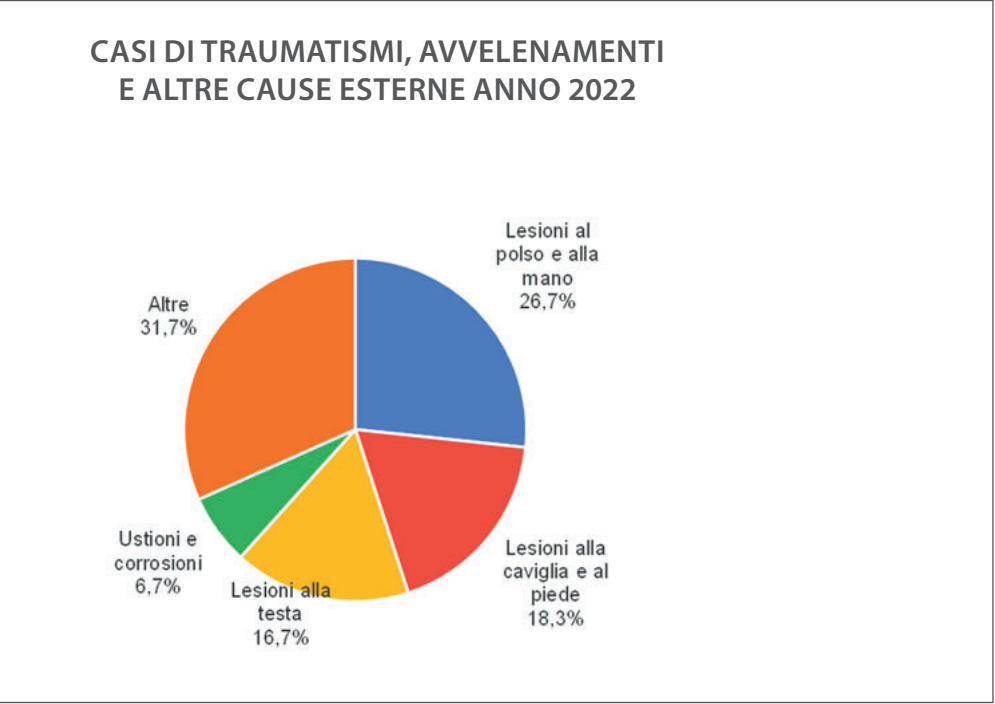


Figura 5

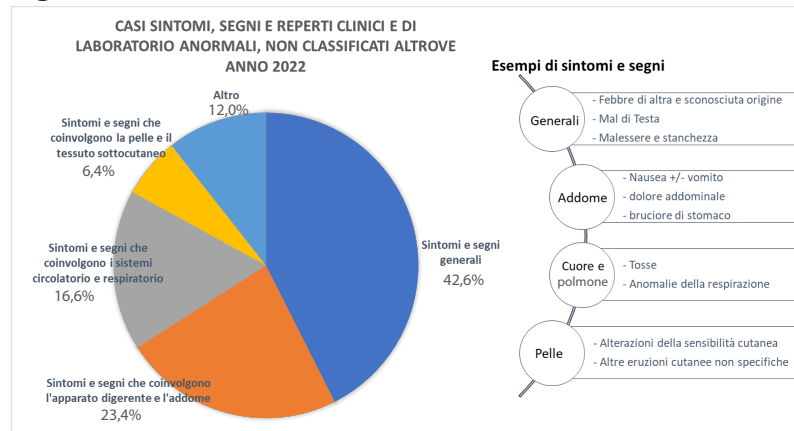
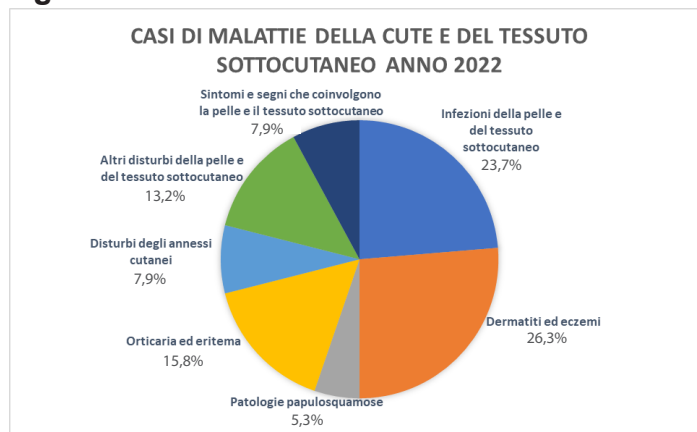


Figura 6



Invisibilità sociale e diritti negati: l'esperienza quarantennale dell'Area Sanitaria Caritas di Roma nella tutela della salute di migranti e di altre persone in condizione di marginalità sociosanitaria

Salvatore Geraci, Elisa Vischetti, Giampiero Batocchioni, Gonzalo Castro Ceden, Marica Liddo, Serafina Torchiario, Giulia Civitelli
Area Sanitaria Caritas Roma

SUMMARY

Social invisibility and denied rights: the forty-year experience of the Caritas Rome Medical Centre in protecting the health of socio-economically marginalised people (Italy)

Introduction

Starting in the eighties, immigration in Italy has been a constantly growing and changing phenomenon, for which there was initially no public health care. The Caritas Rome Medical Centre was established in 1983 to respond to the new health needs of immigrants and marginalised people. The main objective of the study is to compare the socio-demographic and epidemiological data of patients who have attended the Caritas Medical Centre in Rome over a period of forty years, and to relate the analysis of the data to the recent history of immigration in Italy.

Materials and methods

The article analyses data on more than 23,000 people who had their first medical examination in the years 1986-1988; 1996-1998; 2006-2008; 2016-2018. Characteristics of patients who have attended the Medical Centre were examined for each period: country of birth, year of birth, sex, education, housing, administrative status and prevalence of diseases.

Results

The origin of migrants varies in the different periods according to the fluctuations in migratory flows. The average age has gradually increased to 40 years in 2016-2018. The sex distribution remained constant, with a male prevalence (64.3%). There has been a decline in educational attainment over time, with an increase in "no education" from 3.3% (1986-1988) to 26.9% (2016-2018). Housing conditions worsen, with homelessness rising from 23.3% (2006-2008) to 62.1% (2016-2018). The analysis of disease prevalence shows a clear epidemiological transition from acute to chronic diseases.

Discussion and conclusions

The results of this study reveal an increased complexity of health care due to an increase in social fragility and marginality over forty years. The increased complexity of care requires further advocacy, outreach and low-threshold services. A more effective partnership between private social and public services is needed to tackle health inequalities.

Key words: migrant health; health care access; health inequities

giulia.civitelli@caritasroma.it

Introduzione

In Italia il fenomeno dell'immigrazione ha acquisito una certa rilevanza sin dai primi anni Ottanta, seppur con numeri decisamente inferiori a quelli odierni (1). Nel 1983 erano presenti nel Paese circa 384mila cittadini non italiani (2), a fronte degli oltre 5 milioni censiti nel 2022 (3), in assenza di una normativa che ne regolasse la presenza. La prima legge specifica sull'immigrazione, e comunque limitata ai lavoratori stranieri, risale infatti al 1986 con la Legge n. 943/1986, cosiddetta Foschi (4). Nel 1998, con la Legge n. 40/1998, cosiddetta Turco-Napolitano, confluita successivamente nel Testo unico sull'immigrazione del 1998 (TUI), verrà riconosciuta la garanzia di tutela sanitaria per gli immigrati (5). Per gli immigrati irregolari una

prima garanzia è stata introdotta nel 1995 con un decreto più volte reiterato (Decreto Legge n. 489/1995, cosiddetto Dini) (6). In quegli anni l'immigrazione veniva considerata un evento transitorio e occasionale in una nazione che aveva ancora memoria viva di una emigrazione di massa: in poco meno di cento anni, infatti, a partire dall'unità d'Italia, erano emigrati quasi 30 milioni di italiani (7). Ciò giustifica, in parte, un'iniziale impreparazione socioculturale delle istituzioni e della politica che ha determinato un ritardo nell'attivazione legislativa e rallentato un'adeguata pianificazione in termini di tutele per la popolazione migrante.

Gli ultimi quarant'anni sono stati caratterizzati da una profonda trasformazione demografica e sociale nel nostro Paese e

l'immigrazione è stata uno dei fenomeni chiave del processo, assumendo una visibilità e una rilevanza sempre maggiori. Il Poliambulatorio Caritas di Roma, con quaranta anni di attività e quasi 90.000 persone incontrate, rappresenta un osservatorio privilegiato di tale trasformazione, e, come spesso accade nell'ambito della società civile, si è trovato ad anticipare la lettura dei bisogni sanitari che sono emersi nel corso del tempo (8).

Gli obiettivi del lavoro sono quelli di descrivere le caratteristiche sociodemografiche e il profilo di salute della popolazione afferente al Poliambulatorio della Caritas Diocesana di Roma (ambulatorio a bassa soglia di accesso, attivo dal 1983, gestito da medici e altri operatori volontari e situato nei pressi della Stazione Termini) e valutare i cambiamenti avvenuti in un arco temporale di quasi 40 anni, mettendoli in relazione con le trasformazioni sociali e politiche occorse. La popolazione in studio fa riferimento alle persone che hanno usufruito dei servizi del Poliambulatorio in quattro trienni distribuiti per decenni (1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018) per un totale di 23.000 persone circa. Si tratta di una popolazione caratterizzata da estrema fragilità sociale e costituita prevalentemente da migranti in condizione di irregolarità giuridica.

Materiali e metodi

Il campione considerato per lo studio è costituito dalla totalità dei nuovi pazienti che hanno fatto accesso al Poliambulatorio nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008 e 2016-2018. La scelta di questi specifici periodi si è basata sulla disponibilità dei dati negli anni Ottanta, limitata al triennio 1986-1988 (9) e di conseguenza sono stati selezionati i trienni delle decenni successive. I dati sono stati interamente estratti dal sistema informatico in uso presso il Poliambulatorio, in cui è disponibile la cartella clinica cartacea che raccoglie sia i dati socioanagrafici sia quelli relativi alle patologie, riportati da medici volontari secondo la classificazione ICD-9-CM. Va tenuto conto che la struttura della cartella cartacea ha subito diverse modifiche nel tempo e i campi sono stati resi progressivamente più completi e allineati ai mutamenti legislativi e sociali nell'ottica di un auspicabile confronto nazionale (10, 11). Per questo, non è stato possibile includere nell'analisi del primo e del secondo triennio alcuni indicatori sociali, quali condizione abitativa e titolarità di presenza in Italia.

Sono state prese in considerazione le seguenti variabili sociodemografiche: sesso, età, livello di istruzione (nessuno; inferiore: elementare e

medie; superiore: diploma; laurea), titolarità di presenza in Italia, precarietà abitativa (categoria che include anche coloro che vivono in centri di accoglienza, edifici occupati e baracche) e area di provenienza (aree continentali, subcontinentali e Paesi, in base alla classificazione Istat) (12). Si è, inoltre, ritenuto opportuno evidenziare per ogni triennio considerato i primi dieci Paesi di provenienza per numerosità degli immigrati. L'indicatore sociale "livello di istruzione", in quanto disponibile, è stato preso in considerazione per tutti i trienni analizzati. È stato possibile riportare i dati della titolarità di presenza limitatamente ai trienni 1996-1998, 2006-2008 e 2016-2018 e della precarietà abitativa per i trienni 2006-2008 e 2016-2018. Per approfondire alcune patologie (malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi; malattie dell'apparato circolatorio; malattie del sistema genitourinario) in fase di analisi dei dati alcuni dei diciassette capitoli dell'ICD-9-CM sono stati suddivisi applicando accorgimenti utili alla comparazione e sono stati definiti i 21 capitoli considerati nello studio (**Materiale aggiuntivo - Tabella 1**). I dati sono stati descritti in numeri assoluti e percentuali.

Risultati

Nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008 e 2016-2018 sono stati visitati presso il Poliambulatorio della Caritas di Roma un totale di 23.046 nuovi pazienti, dei quali il 64,3% maschi e il 94,9% non italiani. Tra questi ultimi, il 72% (nei trienni per cui il dato è disponibile) non aveva mai avuto il permesso di soggiorno o questo era scaduto o non rinnovato. Nel tempo aumenta la numerosità dei Paesi di provenienza che passano da 95 nel triennio 1986-1988 a 149 nel triennio 2016-2018. Significativa è la variazione della distribuzione per età, con una evidente transizione da una popolazione molto giovane, con il 92,6% al di sotto dei 40 anni nel triennio 1986-1988, a una popolazione progressivamente di età più avanzata: nel triennio 2016-2018, il 48,7% dei nuovi pazienti ha un'età superiore a 40 anni. Al contrario, la composizione per sesso non subisce nell'arco di tempo considerato variazioni di rilievo, con il prevalere della componente maschile su quella femminile (**Tabella 1**).

Su scala continentale e per Paese si osserva una variazione dei flussi migratori coerente con il cambiamento delle situazioni politiche ed economiche e con alcune delle principali crisi umanitarie. Le persone provenienti dai Paesi europei, in particolare dall'Europa centro-orientale, costituiscono la quota più rilevante

Tabella 1 - Caratteristiche sociodemografiche e indicatori sociali degli assistiti per i trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018. Caritas, Poliambulatorio di Roma

	1986-1988		1996-1998		2006-2008		2016-2018		Variazione 2016-2018 vs 1986-1988
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	%
Totale pazienti	5.979		7.923		5.673		3.471		
Sesso									
Totale	5.858		7.846		5.653		3.466		
Maschi	3.956	67,5	5.166	65,8	3.416	60,4	2.287	66,0	-1,5
Femmine	1.902	32,5	2.680	34,2	2.237	39,6	1.179	34,0	1,5
Classe di età									
Totale	5.979		7.530		5.649		3.469		
0-9	190	3,2	294	3,9	186	3,3	84	2,4	-0,8
10-19	457	7,6	372	4,9	249	4,4	135	3,9	-3,7
20-29	3.390	56,7	2.769	36,8	1.480	26,2	733	21,1	-35,6
30-39	1.504	25,1	2.385	31,7	1.570	27,8	827	23,8	-1,3
40-49	293	4,9	1.221	16,2	1.254	22,2	700	20,2	15,3
50-59	105	1,8	357	4,7	699	12,4	605	17,4	15,6
60-69	37	0,6	99	1,3	162	2,9	304	8,8	8,2
≥70	3	0,1	33	0,4	49	0,9	81	2,3	2,2
Età media		nd ^a		30,8		34,9		40,0	
Livello di istruzione									
Totale	2.912		7.456		5.673		3.224		
Nessuno	96	3,3	875	11,7	1.192	21,0	867	26,9	23,6
Inferiore (elementare, media)	1.083	37,2	2.820	37,8	1.995	35,2	1.161	36,0	-1,2
Superiore (diploma)	1.459	50,1	3.231	43,3	1.759	31,0	778	24,1	-26,0
Laurea	274	9,4	530	7,1	727	12,8	418	13,0	3,6
Permesso di soggiorno stranieri									
Totale			6.629		4.513		2.392		
Mai avuto	nd ^a		5.611	84,6	3.273	72,5	656	27,4	-57,2
Scaduto e non rinnovato	nd ^a		5	0,1	103	2,3	142	5,9	5,8
In attesa di rinnovo	nd ^a		4	0,1	78	1,7	140	5,9	5,8
Condizione abitativa									
Precarietà abitativa	nd ^a		nd ^a		1.321	23,3	2.155	62,1	38,8
n. Paesi di provenienza	95		146		148		149		
Aree di provenienza^b									
Europa centro-orientale ^c	1.434	24,8	2.880	36,3	2.047	36,1	816	23,5	-1,3
Altri Paesi europei ^d	105	1,8	448	5,7	322	5,7	416	12,0	10,2
Africa centro-meridionale	500	8,7	135	1,7	68	1,2	78	2,2	-6,5
Africa occidentale	622	10,8	400	5,0	344	6,1	717	20,7	9,9
Africa orientale	2.106	36,4	505	6,4	384	6,8	164	4,7	-31,7
Africa settentrionale	519	9,0	480	6,1	303	5,3	255	7,3	-1,7
Asia centro-meridionale	147	2,5	1.844	23,3	898	15,8	449	12,9	10,4
Asia orientale	68	1,2	82	1,0	769	13,6	190	5,5	4,3
America centro-meridionale	71	1,2	1.058	13,4	416	7,3	246	7,1	5,9

(a) nd: non disponibile; (b) classificazione Istat "Elenco codici e denominazioni delle unità territoriali estere" aggiornata al 31-12-2023, a eccezione dei Paesi europei; (c) include Polonia, Romania e Ungheria; (d) compresa Italia

in tutti i periodi considerati. Da notare anche l'inversione di rapporto tra persone provenienti da Paesi del continente europeo appartenenti

all'Unione Europea (UE) e Paesi europei non appartenenti all'UE, conseguente al progressivo ampliamento dell'Unione stessa. Infatti, i cittadini

dell'UE sono solo il 2,5% nel primo triennio e giungono a rappresentare quasi l'80% nel triennio più recente, con riflessi importanti nel progetto migratorio, nella titolarità di presenza e nella possibilità di accesso alle cure (Tabella 2).

Per quanto riguarda gli assistiti provenienti dal continente africano, nell'ultimo triennio è dai Paesi dell'Africa occidentale, in particolare Nigeria, Senegal e Mali, che si osserva un afflusso consistente, in controtendenza con quanto osservato per le popolazioni provenienti dai Paesi dell'Africa orientale, soprattutto Etiopia, che invece nel triennio 1986-1988 rappresentavano la quota maggiore. Gli accessi delle persone provenienti dall'America centro-meridionale, specialmente Perù ed Ecuador, mostrano complessivamente un trend in crescita, come pure gli accessi delle persone provenienti dall'Asia (Bangladesh, Cina e Afghanistan), sia in numeri assoluti che percentuali (Figura 1).

In riferimento ai Paesi di provenienza durante il primo triennio, oltre il 50% degli assistiti è rappresentato da Etiopia (33,3%) e Polonia (21,9%); tali quote sono andate diminuendo nei trienni successivi, in modo probabilmente parallelo all'integrazione di queste due comunità nella società italiana. Nel triennio successivo (1996-1998), Romania e Bangladesh sono tra i primi Paesi rappresentati. La Romania permane come Paese da cui proviene la maggiore quota di assistiti anche nel triennio successivo e in quello più recente, mentre contestualmente, si osserva un calo degli assistiti provenienti dal Bangladesh (al secondo posto nella lista dei primi 10 Paesi di provenienza nel triennio 1996-1998), sostituito successivamente dalla Cina (12,4%) e poi anche dall'Italia, con il 9,2% dei pazienti (erano il 3,6% nel triennio precedente) (Figura 2). Quest'ultimo dato è riconducibile all'inserimento, dal 2016, nel

Tabella 2 - Provenienza degli assistiti per area europea (Unione Europea ed extra Unione Europea) nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018. Caritas, Poliambulatorio di Roma

	1986-1988 %	1996-1998 %	2006-2008 %	2016-2018 %
Cittadini europei non comunitari	97,5	88,9	44,8	21,2
Cittadini europei comunitari	2,5	11,1	55,2	78,8

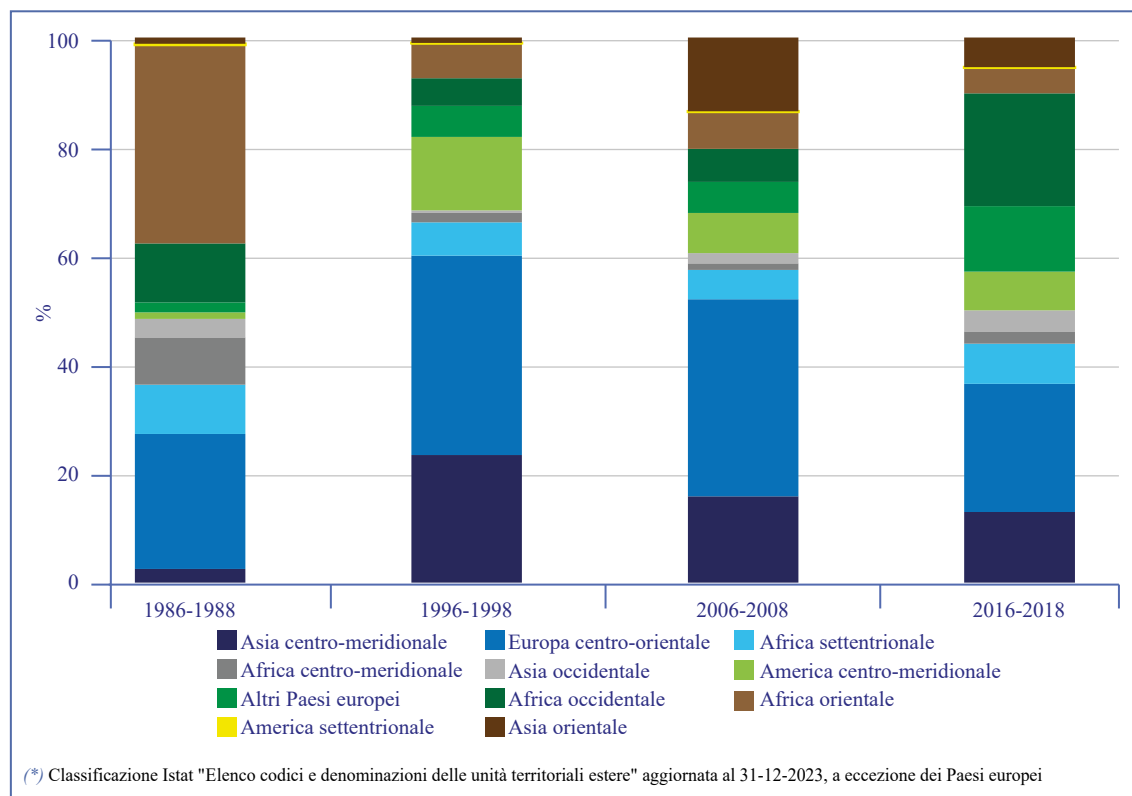


Figura 1 - Provenienza degli assistiti per aree geografiche* nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018. Caritas, Poliambulatorio di Roma

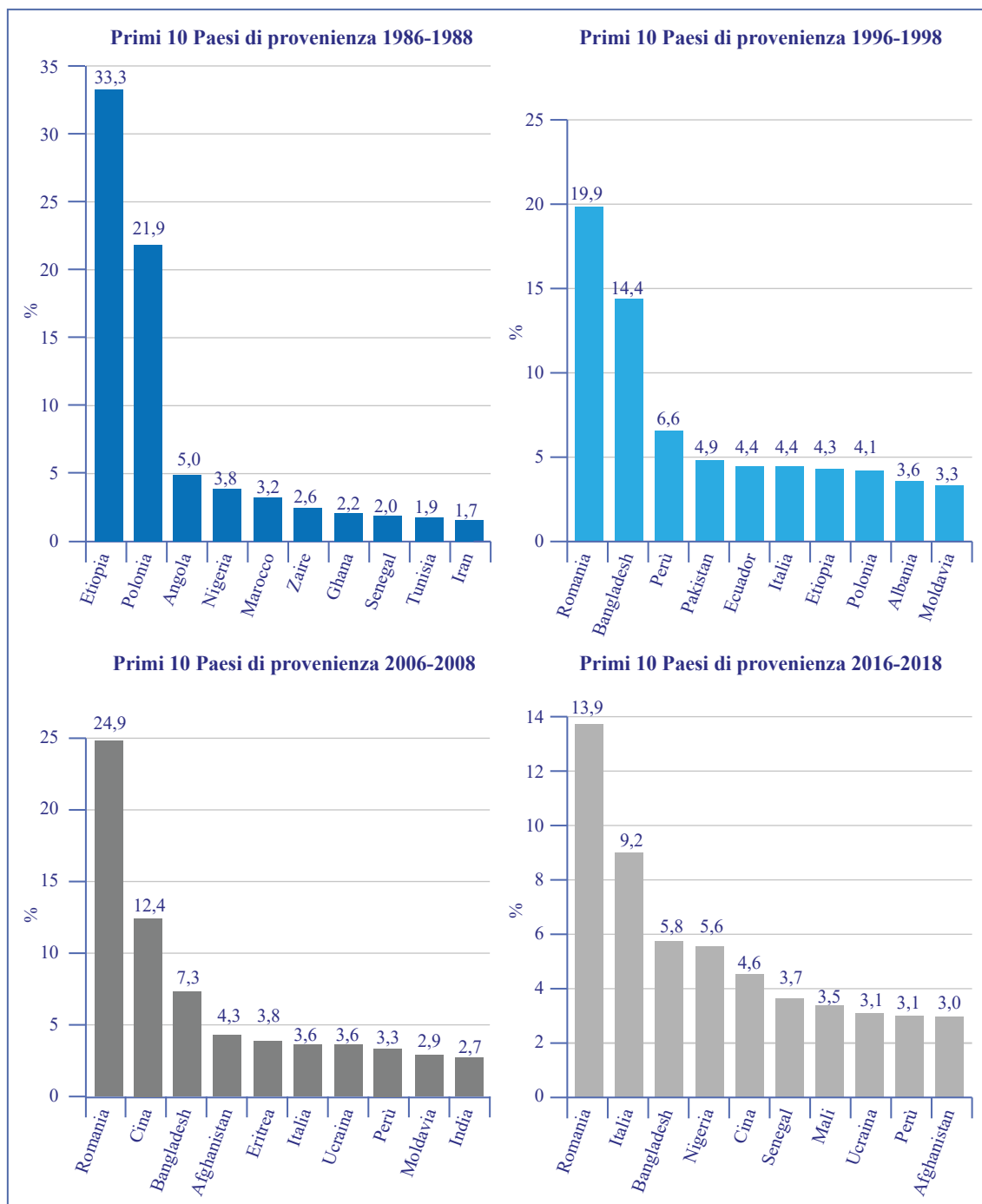


Figura 2 - Provenienza degli assistiti per Paesi (primi 10) nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018. Caritas, Poliambulatorio di Roma

sistema informativo del Poliambulatorio, delle informazioni relative agli ospiti del confinante Ostello Caritas "Don Luigi Di Liegro" che ha determinato un netto aumento delle persone di nazionalità italiana.

In riferimento al livello di istruzione, sebbene per il triennio 1986-1988 questo dato sia disponibile solo per il 48,7% del campione, si nota una progressiva diminuzione delle persone con un

titolo di studio superiore (dal 50,1% nel triennio 1986-1988 al 24,1% nel triennio 2016-2018), nonché un aumento delle persone senza titolo di studio (dal 3,3% nel triennio 1986-1988 al 26,9% nel triennio 2016-2018).

È in aumento la percentuale delle persone che vive in condizione di precarietà abitativa. Nei due trienni per cui il dato è disponibile (2006-2008 e 2016-2018), le persone senza dimora

passano dal 23,3% al 62,1%, di cui circa il 77% è di sesso maschile e il 59% non ha titolo di studio o ha titolo di studio inferiore (**Tabella 1**). Nel 2006-2008 i primi quattro Paesi di provenienza delle persone in condizione di precarietà abitativa erano rappresentati da Romania, Afghanistan, Eritrea e Italia, mentre nel 2016-2018 da Romania, Italia (per l'inserimento, sopra citato, dei dati degli ospiti dell'Ostello), Nigeria e Mali. Tra gli immigrati in stato di precarietà abitativa si evidenzia un cambiamento riguardo alla titolarità giuridica, anche in relazione ai provvedimenti legislativi varati nel corso del periodo in studio.

La maggioranza degli stranieri (84,6%), dove per straniero si intende un cittadino di un Paese non appartenente all'Unione Europea (UE), che ha avuto accesso alle cure presso il Poliambulatorio nel triennio 1996-1998 non aveva mai avuto un permesso di soggiorno. Progressivamente, con la definizione di politiche e norme più attente, questa percentuale è decisamente diminuita e si è attestata intorno al 27,4% (2016-2018). È tuttavia nell'ultimo triennio considerato (2016-2018) che è aumentata sia la quota delle persone con permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato sia la quota di coloro che sono in attesa di rinnovo, entrambe al 5,9%. Nei trienni precedenti rappresentavano invece quote irrisorie (0,1% nel 1996-1998) o molto basse (rispettivamente 2,3% e 1,7% nel 2006-2008) (**Tabella 1**). In progressivo aumento nei trienni considerati le persone titolari di qualche forma di protezione internazionale; le persone in possesso di permesso di soggiorno per asilo politico passano dall'1,3% nel 1996-1998 al 6,1% nel 2016-2018, e quelle in possesso di permesso per motivi umanitari (istituito nel 1998) passano dal 4,1% nel triennio 2006-2008 al 19,8% nel triennio 2016-2018. In lieve calo le persone con permesso di soggiorno per lavoro, dal 12,9% nel 1996-1998 all'11,0% nel 2016-2018 (dati non mostrati).

Relativamente allo stato di salute, emerge nel tempo una chiara transizione epidemiologica dalle malattie acute a quelle croniche (**Tabella 3**): le patologie infettive passano dal 15,4% al 4,1%, le patologie dell'apparato circolatorio dall'1,9% al 9,2%, le patologie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e i disturbi immunitari dallo 0,6% al 7,5%. Questo cambiamento, coerentemente con quanto accade nella popolazione autoctona, è indicativo di un cambiamento degli stili di vita e di un progressivo aumento dell'età media (**Tabella 1**). In aumento risultano anche i disturbi mentali, che passano dall'1,4% al 6,2%; tale

andamento può essere legato sia a una maggiore capacità della struttura di diagnosticare tali patologie (per la presenza di medici volontari specialisti in psichiatria), sia a un aumento delle persone in condizioni di estrema marginalità sociale che accedono al Poliambulatorio. Anche le patologie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo passano dal 6,6% al 12,0%, aumento verosimilmente determinato sia dai contesti di lavoro non sicuri sia dalle condizioni di vita e di accoglienza (**Tabella 3**).

Discussione

Nel corso di quarant'anni di attività, l'area sanitaria della Caritas di Roma è stata un osservatorio privilegiato delle trasformazioni sociali avvenute nel nostro Paese, rappresentate sia dalla variabilità e dall'aumento nel tempo del numero dei Paesi di provenienza che dalle motivazioni migratorie (13). Questi fenomeni sono strettamente connessi agli eventi geopolitici che hanno maggiormente inciso sulle dinamiche dei flussi nel nostro Paese (**Materiale aggiuntivo - Tabella 2 e Tabella 3**).

Nel triennio 1986-1988 le persone provenienti dai Paesi dell'Africa orientale, soprattutto dalle ex colonie italiane, in particolare Etiopia e Somalia, hanno rappresentato il 36,4% della popolazione afferente al Poliambulatorio Caritas, coerentemente con la provenienza dei primi flussi migratori verso il nostro Paese che iniziano già a partire dalla fine degli anni Settanta (14). In quello stesso triennio, la significativa presenza di persone in fuga dalla Polonia per ragioni di tipo politico e ideologico, soprattutto a seguito delle proteste di Solidarność sostenute anche dal primo papa polacco Karol Wojtyła (15), è in linea con l'attrattività esercitata in quegli anni dall'Italia sia come destinazione finale, ma anche come Paese di transito.

A partire dal triennio successivo (1996-1998), l'aumento degli assistiti di nazionalità bengalese presso il Poliambulatorio della Caritas può essere in parte imputato alla crescente presenza nella città metropolitana di Roma di una comunità molto importante (il 27,2% dei bengalesi regolarmente soggiornanti in Italia si trova infatti nella Regione Lazio) e alla prossimità geografica del Poliambulatorio con i quartieri dove tale popolazione è maggiormente presente, con un processo di integrazione tuttora complesso che rallenta l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (16).

La quota di persone proveniente da Paesi dell'Africa occidentale e specificatamente subsahariana nel triennio 2016-2018 (Nigeria

Tabella 3 - Prevalenza di patologie negli assistiti secondo la classificazione ICD-9-CM nei trienni 1986-1988, 1996-1998, 2006-2008, 2016-2018. Caritas, Poliambulatorio di Roma

Patologie	1986-1988		1996-1998		2006-2008		2016-2018		Totale n.	Variazione 2016-2018 vs 1986-1988 %
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%		
Malattie infettive e parassitarie	1.075	15,4	1.104	10,1	644	6,2	390	4,1	3.213	-11,3
Malattie dell'apparato respiratorio	1.069	15,3	1.985	18,2	1.394	13,4	1.108	11,6	5.914	-3,8
Malattie dell'apparato digerente	1.045	15,0	1.497	13,7	1.060	10,2	760	7,9	4.613	-7,0
Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti	799	11,4	980	9,0	1.367	13,1	1.186	12,4	4.693	0,9
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	501	7,2	1.128	10,4	1.022	9,8	625	6,5	3.492	-0,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	462	6,6	1.482	13,6	1.395	13,4	1.148	12,0	4.865	5,4
Malattie dell'occhio e degli annessi	442	6,3	141	1,3	215	2,1	297	3,1	1.154	-3,2
Disturbi della mammella e dell'apparato genitale femminile	387	5,5	223	2,0	532	5,1	260	2,7	1.448	-2,8
Malattie del sistema genitourinario	265	3,8	332	3,0	291	2,8	218	2,3	1.166	-1,5
Traumatismi e avvelenamenti	221	3,2	298	2,7	319	3,1	319	3,3	1.314	0,2
Malattie cerebrovascolari e altre malattie del sistema circolatorio	164	2,4	241	2,2	212	2,0	320	3,3	1.025	1,0
Malattie dell'orecchio e del processo mastoideo	137	2,0	177	1,6	200	1,9	201	2,1	776	0,1
Malattie dell'apparato circolatorio	132	1,9	201	1,8	493	4,7	880	9,2	2.059	7,3
Disturbi mentali	101	1,4	489	4,5	379	3,6	597	6,2	1.710	4,8
Malattie del sangue e organi emopoietici	54	0,8	90	0,8	118	1,1	77	0,8	352	0,0
Malattie degli organi genitali maschili	51	0,7	102	0,9	111	1,1	142	1,5	450	0,7
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari	41	0,6	182	1,7	407	3,9	716	7,5	1.639	6,9
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	27	0,4	95	0,9	105	1,0	156	1,6	436	1,2
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	8	0,1	19	0,2	17	0,2	14	0,1	62	0,0
Malformazioni congenite	-	0,0	48	0,4	41	0,4	25	0,3	118	0,3
Tumori	-	0,0	84	0,8	76	0,7	152	1,6	352	1,6

5,6%, Senegal 3,7%, Mali 3,5%) è da inquadrarsi nel più ampio fenomeno dei cospicui flussi migratori lungo le rotte mediterranee che a partire dal 2013 si sono andati rinforzando, particolarmente nel 2014 e 2015 (17), da Nigeria, Senegal e Mali (così come anche dal Bangladesh) e con le parzialmente sovrapponibili richieste di protezione internazionale. Infatti, nel triennio 2016-2018 Nigeria, Senegal e Mali erano tra i primi dieci Paesi di provenienza delle persone sbarcate in Italia, così come tra le prime dieci nazionalità

tra i richiedenti asilo. Nello stesso triennio tra i primi dieci Paesi di provenienza erano presenti anche persone di nazionalità afghana e ucraina (18) (Figura 2).

Più in generale, il progressivo aumento dell'eterogeneità dei Paesi di provenienza nella popolazione afferente al Poliambulatorio della Caritas di Roma è coerente con le modifiche delle caratteristiche della popolazione immigrata in Italia negli anni, con le graduali modifiche della normativa internazionale relativa alle migrazioni

e con i grandi eventi sociali e politici che a livello nazionale e internazionale hanno influenzato la mobilità umana (tra cui le guerre in Afghanistan, Iraq e Siria, l'instabilità politica dell'Africa subsahariana e la situazione politico-economica di alcuni Paesi dell'America centro-meridionale).

Questo, insieme a un'augmentata complessità giuridico-normativa che definisce la titolarità di presenza degli stranieri in Italia, ha comportato la necessità di sviluppare una sempre maggiore competenza rispetto all'accesso all'SSN per gli stranieri in Italia (**Materiale aggiuntivo – Tabella 4**), accanto a una mediazione di sistema, vale a dire la rimodulazione del servizio in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità (19).

Per quanto riguarda il dato rilevato sullo stato di salute degli assistiti del Poliambulatorio, si nota nel tempo una diminuzione delle malattie acute e un aumento di quelle croniche, prevalentemente cardiovascolari ed endocrino-metaboliche (20), attribuibile anche a un progressivo aumento dell'età media della popolazione afferente al Poliambulatorio. Quanto osservato potrebbe essere coerente con evidenze della fine degli anni Ottanta, quando veniva descritto il cosiddetto effetto migrante sano (21), cioè un profilo di salute dell'immigrato caratterizzato da buone condizioni fisiche e psichiche (eventualmente con la presenza di alcune malattie acute), dovuto a una selezione in partenza di chi decideva di migrare: giovani, con grande spirito di iniziativa, scolarità medio-alta rispetto ai Paesi di provenienza, sani (salute e capacità di lavorare anche in condizioni difficili era il solo "mezzo di scambio" per essere inseriti in un nuovo tessuto sociale), con un investimento del proprio gruppo familiare (22). Oggi, a tale descrizione, si sovrappone quella del cosiddetto effetto migrante esausto, come gli immigrati irregolari e richiedenti protezione internazionale, la cui salute si è deteriorata per le condizioni di un percorso migratorio sempre più lungo e logorante e per un'accoglienza incerta (23, 24). Il progressivo depauperamento del patrimonio di salute si determina, infatti, quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano a concretizzarsi e la relazione con i servizi sanitari non è efficace, considerando come questa non sia determinata in modo esclusivo dal diritto di accesso alle cure, ma condizionata da barriere culturali e organizzative. Contribuiscono, inoltre, le sfavorevoli condizioni di vita e la progressiva inculturazione, inclusa quella verso l'adattamento a stili di vita più insalubri (25). L'aumento delle malattie croniche può, quindi, essere considerato un indicatore di questo processo in atto, oltre che essere attribuito all'innalzamento dell'età degli assistiti.

Per tali motivi si è andati incontro a una maggiore complessità assistenziale, alla necessità di accompagnare in percorsi di cura complessi persone con diverse fragilità anche sociali, che spesso, almeno inizialmente, non conoscono le possibilità di accesso al servizio sanitario o da esso vengono, per vari motivi, respinte.

La nostra analisi suggerisce, inoltre, un graduale indebolimento sociale della popolazione afferente al Poliambulatorio. Il progressivo abbassamento del livello medio di istruzione con un aumento significativo di coloro che sono privi di titolo giuridico e l'aumentare delle persone in condizioni di precarietà abitativa sembrano indicare un elevato rischio di marginalità sociale. Tale tendenza confermerebbe quanto già evidenziato da uno studio del 2016 (26).

Come descritto, il Poliambulatorio nasce per rispondere a un bisogno sanitario di una parte della popolazione straniera inizialmente con diritti assistenziali assenti che, a seguito della definizione di alcune norme includenti, si è selezionata in una popolazione con una fragilità sociale crescente. Non sorprende, quindi, come la presenza di cittadini italiani nella casistica esaminata sia praticamente assente nel primo triennio e una minoranza nei due trienni successivi (in entrambi il 4% della popolazione assistita). La presenza degli italiani è certamente condizionata dalla vicinanza del Poliambulatorio al più grande Ostello per senza dimora di Roma e da una mensa serale dove affluiscono sia stranieri che italiani. Questi ultimi, se ospitati, vengono presi in carico da operatori sociali che, ove possibile, stabiliscono un contatto con il medico di medicina generale che ha in carico la persona. Questo legame si è indebolito nel tempo e ha reso necessaria una presa in carico più strutturata di queste persone anche con un servizio medico dedicato che si è collegato funzionalmente con il Poliambulatorio, condividendo anche per gli italiani (poco più del 9% nell'ultimo triennio considerato) alcuni percorsi, specialmente quelli specialistici, per una popolazione sempre più anziana e fragile (27).

Negli anni, gli assistiti del Poliambulatorio, sostanzialmente a parità di offerta, sono diminuiti in termini assoluti: se fino alla conclusione del secolo scorso, si era pressoché isolati nel garantire assistenza sanitaria alla popolazione più emarginata, con le normative proposte e poi implementate, l'SSN ha creato spazi e competenze per garantire possibilità assistenziali per gli immigrati irregolari con ambulatori dedicati e con apposita formazione del personale (28-30). Non tutti però riescono ad accedervi e le situazioni più

marginali e complesse non sempre sono prese in carico, in ragione della tipologia dei servizi messi in campo, che spesso, paradossalmente, non sono sufficientemente integrati con il sistema stesso (pensiamo, ad esempio, al tema della salute mentale). Si è selezionata così una popolazione complessa da gestire, come è stato anche accennato per gli italiani, che ha occupato gli spazi e i tempi del Poliambulatorio: un aumento delle persone senza dimora (+38,8% dal 2006-2008 al 2016-2018) e della eterogeneità della titolarità di presenza in Italia, con un incremento delle persone con un permesso di soggiorno scaduto o in attesa di rinnovo e delle persone che, pur avendo ottenuto una qualche forma di protezione, rimangono al margine della società. Un margine che dunque si è spostato per alcuni, ma non per tutti.

Coincidente con un nuovo aumento della componente africana, è stata la stagione degli sbarchi di massa sulle coste italiane che ha visto protagoniste persone provenienti in particolare dall'Africa occidentale, prevalentemente richiedenti protezione internazionale. A differenza di coloro che sono giunti in Italia nei decenni precedenti, queste persone hanno diritto all'accoglienza e alle prestazioni dell'SSN. Nonostante ciò, negli ultimi anni si è consolidato il fenomeno di coloro che non riescono a rinnovare il proprio permesso di soggiorno (5,9%) o sono in attesa di una definizione della loro pratica (5,9%) e, di quanti, a fronte di una titolarità di presenza e, almeno sulla carta, del diritto all'assistenza (i titolari di permesso di soggiorno di protezione sociale in 30 anni sono passati dall'1,3% al 37,4%), sono costretti a utilizzare il Poliambulatorio per strettoie amministrative e relazionali che limitano o negano il diritto all'assistenza sanitaria.

Questo fenomeno è stato purtroppo accentuato durante la pandemia da SARS-CoV-2, che a livello nazionale e internazionale ha fatto emergere, accanto a una conosciuta marginalità sociale, una invisibilità amministrativa (anticipata dai dati del Poliambulatorio), con effetti negativi in termini di morbosità e mortalità evitabile (31). Le conseguenze concrete di questa invisibilità amministrativa sono emerse chiaramente quando, ad esempio, è iniziata la campagna vaccinale anti COVID-19, dalla quale, almeno inizialmente, sono rimaste escluse diverse decine di migliaia di persone (32). Inoltre, nel corso dell'emergenza pandemica, la popolazione più fragile ha avuto una maggiore difficoltà ad accedere ai servizi sanitari. È in tale contesto che il Poliambulatorio della Caritas ha proseguito l'attività di assistenza primaria: nel 2020 sono stati visitati 855 nuovi pazienti, di cui il 13,1% durante il periodo di lockdown (10 marzo-17 maggio 2020) (33, 34).

Un altro esempio significativo di fragilità delle popolazioni con la conseguente difficoltà di accesso alle cure riguarda la comunità romena, tra le più numerose presenti in Italia. Nonostante un ampliamento delle tutele in termini di copertura sanitaria seguita all'allargamento dell'UE, che ha portato a una equiparazione di diritti e doveri per tutti i cittadini comunitari, dobbiamo registrare una situazione di sofferenza sociale da parte dei cittadini romeni. I dati del Poliambulatorio ci danno una chiave di lettura di come questa popolazione, in particolare la componente più povera, già sofferente nel proprio Paese per gravi crisi economiche, non ha ancora avuto opportunità di un'emancipazione sociale. Ciò ha rallentato il loro processo di integrazione, rendendo necessario ricorrere a una struttura a bassa soglia assistenziale. Sono da considerare, inoltre, le differenze normative di accesso all'SSN esistenti tra cittadini non comunitari e comunitari: l'accesso all'SSN da parte di cittadini comunitari in condizioni di fragilità presenta diverse barriere (ad esempio, mancanza di un'esenzione per indigenza o, in alcuni casi, necessità di pagamento dell'iscrizione volontaria) che spesso rendono un ambulatorio del privato sociale l'unica possibilità, almeno inizialmente, di presa in carico.

Quelli riportati sono esempi di come, a partire da una piccola ma consolidata esperienza, si possa leggere e interpretare un fenomeno in evoluzione, anticipandone gli sviluppi e proponendo specifici interventi di tutela sociosanitaria. Questo è possibile in quanto gli interventi di prossimità, come l'esperienza del Poliambulatorio, anche quando organizzati e promossi dal privato sociale e dal volontariato, se messi in rete, sono in grado di avviare processi virtuosi di definizione di politiche e di percorsi inclusivi (35).

Negli anni alcune scelte politiche sovranazionali e nazionali, anche in collaborazione con il terzo settore, hanno contribuito a determinare reali spostamenti del cosiddetto margine sociale, cioè quel confine, a volte impalpabile, responsabile di visibili esclusioni dai diritti e dalla partecipazione comunitaria di alcuni gruppi fragili di popolazione.

Il terzo settore ha promosso, nel 1990, la nascita della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) (36), rete di esponenti di organizzazioni che hanno voluto condividere esperienze, intuizioni e impegno concreto per contrastare pregiudizi anche in ambito scientifico, come l'immagine dell'immigrato "untore" e portatore di malattie esotiche e pericolose (37), ma che ben presto si è posizionato come un policy network (38) per fare emergere diritti assistenziali nei confronti degli immigrati.

Nel 1995 l'allora Ministro della Sanità, Elio Guzzanti, ha fatto riferimento a esponenti del mondo del volontariato sanitario, e in particolare all'esperienza romana (39), per definire quelle norme che hanno stabilito il diritto alla tutela sanitaria per gli immigrati senza permesso di soggiorno, introducendo la tipologia di "stranieri temporaneamente presenti" (Decreto Legge 18 novembre 1995 n. 489, successivamente reiterato cinque volte, poi recuperato in alcune Ordinanze ministeriali in successione e infine divenuto articolo 35 del TUI), non solo per solidarietà, ma per un preciso approccio di sanità pubblica. A partire da ciò, tutti gli atti normativi che si sono succeduti in quella che potremmo definire la stagione dell'affermazione del diritto di tutela (1995-2000) hanno visto la partecipazione attiva della SIMM e in genere della società civile; un esempio è rappresentato dagli specifici articoli del TUI del 1998, del suo regolamento d'attuazione del 1999 e della circolare esplicativa del 2000 che rappresentano, ancora oggi, l'asse portante della normativa per l'assistenza sanitaria agli stranieri.

Nel 1998 viene pubblicato il Piano Sanitario Nazionale, documento di pianificazione sanitaria per eccellenza, dal titolo evocativo, e non casuale, di "Un patto di solidarietà per la salute", finalizzato a creare sinergie, alleanze e impegno di una pluralità di soggetti: dai cittadini agli operatori sanitari e alle varie agenzie pubbliche, con una particolare attenzione al mondo del non profit. In quegli anni, con il determinante apporto delle esperienze e della competenza del privato sociale, si imposta in modo coerente e adeguato l'approccio al tema "salute degli immigrati". Progressivamente, c'è stato un coinvolgimento dei territori, anche alla luce della modifica del Titolo Quinto della Costituzione (2001) che attribuisce alle Regioni sempre più competenze in ambito sanitario: operatori del privato sociale e del servizio pubblico si confrontano e lavorano in rete (40) con i Gruppi regionali Immigrazione e Salute (GrIS, dal 1995 e oggi presenti in 15 Regioni). Si mette in campo una attenta azione di advocacy e di denuncia (ad esempio, la campagna "Noi non segnaliamo" del 2009), in reazione alla proposta governativa di "segnalare" un immigrato irregolare qualora avesse necessità di cure mediche; la proposta fu successivamente ritirata (41). Da allora è stata condotta un'azione di monitoraggio e un'attività propositiva in ambito politico e legislativo (42) che ha portato ad alcuni importanti documenti di governance. Solo per citarne alcuni: Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012 per uniformare le interpretazioni delle norme nazionali su base locale; Decreto del Ministero

della Salute 3 aprile 2017 con le Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione per chi ha subito tortura (43); Legge n. 47 del 2017 con le disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati (44), e Linee guida sui controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri d'accoglienza (45).

La visione di politica sanitaria che ha prodotto queste norme e documenti di governance ha certamente spostato con la massima efficacia e in modo inclusivo il margine sociale per la popolazione di riferimento del Poliambulatorio. Questo processo, attivato dalle evidenze e dalle proposte di una specifica parte della società civile, tra cui anche l'esperienza della Caritas di Roma, ha avuto un ruolo proattivo, ha fatto emergere il diritto alla tutela della salute in modo innovativo anche nel contesto internazionale (46), pensando, ad esempio, ai percorsi per gli immigrati irregolarmente presenti.

Tuttavia, vanno segnalate incertezze, soprattutto a livello locale (47), e un costante arretramento nelle politiche di accoglienza che evidenziano gravi disuguaglianze (48, 49) che se non corrette potranno portare una parte della popolazione a un ulteriore spostamento del margine, questa volta nel senso di esclusione, di disagio e di malattia. C'è la necessità di riprendere una decisa politica sull'immigrazione a partire da percorsi certi di regolarità amministrativa e di supporto sociale per chi ha maggiori difficoltà e senza discriminazioni. Un esempio concreto potrebbe essere l'apertura, anche nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, all'Housing First (interventi prioritari sull'abitare con forme di accoglienza diffusa anche autogestita) (50). E ancora, appare necessario prevedere una intelligente flessibilità organizzativa per garantire l'accesso a percorsi e prestazioni che sono sempre più improntati verso la digitalizzazione e che possono escludere coloro che non possiedono le conoscenze, le risorse, gli strumenti adatti: non solo immigrati ma, ad esempio, senza dimora e persone anziane (invisibilità sanitaria per digital gap). Durante la pandemia aver superato la logica della prenotazione online dei vaccini con gli open day, le open week e con interventi di offerta attiva o l'aver accettato codici di prenotazione come STP (stranieri temporaneamente presenti) o ENI (europei non iscritti) ha colmato, seppur in ritardo, una distanza d'accesso ai servizi, in particolare per le popolazioni più fragili e sprovviste. Azioni puntuali che hanno rappresentato nel contesto specifico della pandemia uno spostamento, prima locale e poi nazionale, del margine sociale.

Conclusioni

Spostare il margine è un'azione bidirezionale: sia sul piano della lettura del bisogno, interpretando la realtà in modo tale da individuare e rendere visibili i bisogni non emersi, sia sul piano delle opportunità di accesso ai percorsi, in cui entra in gioco la soglia di inclusione a determinati diritti. Agire su questo pendolo bidirezionale (verso i bisogni e verso il sistema) è stato, come brevemente testimoniato, il tentativo di una piccola struttura sanitaria, da sempre sussidiaria di un servizio pubblico che si attiva tardivamente ma che poi, e non può e non deve essere diversamente, è in grado di rispondere in modo efficace e attento. A distanza di quarant'anni, tale impegno non può considerarsi esaurito, perché per dare concretezza a parole come solidarietà, giustizia sociale ed equità abbiamo bisogno di un SSN attivo e capillare, e l'SSN ha bisogno di una società civile sempre più sensibile, attenta e partecipe.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il contributo nell'acquisizione e nella sistematizzazione dei dati: Maria Vittoria Ammaturo, Giampiero Ausili, Annapaola De Felici, Marta Vedovello, Bruno Zappacosta, volontari Area Sanitaria Caritas Roma.

Citare come segue:

Geraci S, Vischetti E, Batocchioni G, Castro Cedeno G, Liddo M, Torchiario S, Civitelli G. Invisibilità sociale e diritti negati: l'esperienza quarantennale dell'Area Sanitaria Caritas di Roma nella tutela della salute di migranti e di altre persone in condizione di marginalità sociosanitaria. In: Da Cas R, Morciano C (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):14-26.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

- Colucci M. *Storia dell'immigrazione straniera in Italia. Dal 1945 ai nostri giorni*. Roma: Carocci editore, Quality Paperbacks; 2018.
- Monticelli GL. Appendice statistica. In Pittau F, Sergi N (Ed.). In: *Emigrazioni e immigrazioni: nuove solidarietà*. Roma: Edizioni Lavoro; 1989.
- Istituto Nazionale di Statistica. Censimento permanente popolazione 2022 - Le persone straniere in Italia. Anno di riferimento 2022. www.istat.it/it/archivio/292293; ultimo accesso 6/3/2024.
- Pittau F (Ed.). L'immigrazione in Italia nella prima Repubblica. *Affari Sociali Internazionali* 2021;9(1-4).
- Geraci S. La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria. In: *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 1998*, n. 9, p. 46-8. Roma: Edizioni ASI; 1998.
- Geraci S. Immigrazione e salute: l'articolo 13 (oggi art. 11) del decreto sull'immigrazione. Un diritto ritrovato. In: *Agenzia Sanitaria Italiana (ASI) 1996*, n. 42, p. 24-6. Roma: Edizioni ASI; 1996.
- Pittau F. I flussi migratori degli italiani con l'estero. In: *Centro Studi e Ricerche IDOS. Rapporto Italiani nel Mondo 2006*. Fondazione Migrantes. Roma: IDOS; 2006. p. 15-29.
- Geraci S. Volontariato: prevenzione, nuova frontiera. In: Calamo Specchia F (Ed.). *Manuale critico di sanità pubblica*. Milano: Maggioli Editore; 2015. p. 515-20.
- Geraci S, Latini E, Nonis M, Piazzini A. *Le malattie degli immigrati*. Difesa Sociale, n. 5. Roma: Istituto Italiano Medicina Sociale; 1991.
- Agenzia di Sanità Pubblica, Regione Lazio. *Il progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati*. Roma: ASP; 2006.
- Istituto Superiore di Sanità. Implementazione della rete informativa OSI sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP. Documento finale Progetto Migrazione e Salute - Unità Operativa 4 (0013205-P-16/04/2008). Roma: ISS; 2010.
- Istituto Nazionale di Statistica. Codici delle unità territoriali estere. Aggiornamento al 31 dicembre 2021. www.istat.it/it/archivio/6747; ultimo accesso 6/3/2024.
- Forti O. *La mobilità umana. Caratteristiche strutturali e processi evolutivi delle migrazioni*. 2023.
- Di Liegro L, Pittau F. *Il pianeta immigrazione. Dal Conflitto alla solidarietà*. Roma: Edizioni Dehoniane; 1990.
- Golemo K, Kowalska K, Pittau F, Ricci A (Ed.). *Polonia. Nuovo paese di frontiera. Da migranti a comunitari*. Roma: Caritas Italiana, Centro Studi e Ricerche Idos; 2006.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. La comunità bangladeshe in Italia. Rapporto annuale sulla presenza dei migranti. 2022. www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studie-statistiche/rapporto-annuale-sulla-presenza-dei-migranti-2022-bangladesh; ultimo accesso 6/3/2024.
- Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, The UN Refugee Agency. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. www.cittalia.it/wp-content/uploads/2020/01/prot-Rapporto-sulla-protezione-internazionale-in-Italia-2015.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.
- Associazione Nazionale dei Comuni Italiani, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Servizio Centrale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati. *Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2016*. Roma: Digitalia Lab; 2016.

19. Geraci S, Bonciani M, Martinelli B. Documento di sintesi per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità - luglio 2010. In: Affronti M, Geraci S, Marceca M, Russo ML (Ed.). *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie*. Atti dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna: Lombard Key Srl; 2011. p. 241-8.
20. Di Nicola A, Geraci S. Health transition and immigration: a new challenge for Public Health. *Ann Ig* 2015;27(5):726-36. doi: 10.7416/ai.2015.2065
21. Costa G. Immigrati extracomunitari: un profilo epidemiologico. *Epidemiol Prev* 1993;17(57):234-8. PMID: 7957698
22. Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Ann Ital Med Int* 2001;16(suppl1):167-71.
23. Bollini P, Siem H. No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. *Soc Sci Med* 1995;41(6):819-28. doi: 10.1016/0277-9536(94)00386-8
24. Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017;41(3-4) (Suppl1):57-63. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P057.066
25. Costa G. Il profilo di salute degli stranieri immigrati nelle indagini Istat sulla salute e sull'integrazione: implicazioni per le politiche. *Epidemiol Prev* 2017;41(3-4) (Suppl1):65-6. doi: 10.19191/EP17.3-4S1.P065.067
26. Silvestrini G, Federico B, Damiani G, Geraci S, Bruno S, Maisano B, et al. Healthcare utilization among urban homeless followed by an outpatient clinic: more intensive use by migrant groups. *Eur J Public Health* 2017;27(1):96-101. doi: 10.1093/eurpub/ckw108
27. AAVV. La povertà a Roma: un punto di vista. Caritas Roma, Rapporto annuale; 2017. <https://www.caritasroma.it/2017/11/la-poverta-a-roma-un-punto-di-vista-2/>; ultimo accesso 6/3/2024.
28. Capparucci P, Geraci S. Politiche per la salute e impegno sul territorio: il caso degli ambulatori STP/ENI. In: Centro Studi e ricerche IDOS, con il supporto dell'Istituto di Studi Politici S. Pio V. *Osservatorio Romano sulle migrazioni. XIV Rapporto*. Roma: Edizioni IDOS; 2019. p. 52-8.
29. Geraci S, Marceca M. Politiche per la salute e impegno sul territorio: l'assistenza agli Stp ed Eni. In: Centro Studi e ricerche IDOS, con il supporto dell'Istituto di Studi Politici S. Pio V. *Osservatorio Romano sulle migrazioni. XV Rapporto*. Roma: Edizioni IDOS; 2020. p. 40-5.
30. Geraci S, Capparucci P, Maietta A, Vivarelli V, Gnolfo F. Politiche per la salute e impegno sul territorio: il ruolo degli ambulatori Stp/Eni. In: Centro Studi e ricerche IDOS, con il supporto dell'Istituto di Studi Politici S. Pio V. *Osservatorio sulle migrazioni. XVII Rapporto*. Roma: Edizioni IDOS; 2022. p. 72-9.
31. Hoagland N, Randrianarisoa A. 2021. *Locked down and left out*. Red Cross Red Crescent Global Migration Lab, Australia.
32. Geraci S, Verona A. Gli Invisibili e il diritto al vaccino. *Saluteinternazionale.info*. 29 marzo 2021. www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/; ultimo accesso 6/3/2024.
33. Area sanitaria e Area Studi e Comunicazione della Caritas di Roma. *Salute e fragilità sociale in tempo di pandemia. Un punto di vista. Anno 2021*. Roma: Caritas Roma; 2021.
34. Vischetti E, Civitelli G, Geraci S. Esperienze di prossimità durante la pandemia. In: Pagliariccio G, Bompreszi G (Eds). *Una storia di accoglienza e prossimità. Il Covid Hotel di Senigallia*. Verona: Editrice Missionaria Italiana; 2021. p. 75-108.
35. Geraci S. E gli ultimi sono rimasti ultimi. *Salute e sviluppo* 2021;82:17-8. www.mediciconlafrica.org/wp-content/uploads/2021/08/SeS_82_LUG21-geraci.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.
36. Geraci S, Affronti M, Marceca M. Trent'anni di SIMM: 1990-2020. In: Russo ML, Gatta A, Geraci S, Marceca M (Eds). *Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile. La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020. Contributi culturali e scientifici per gli anni 2019-2020*. Bologna: Pendragon; 2020. p. 28-65.
37. Geraci S. La Sindrome di Salgari oggi. In: Pregiudizi. Quaderni del Centro di Salute per Migranti Forzati n. 2 2018. p. 47-75. https://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2020/02/2018_salgari.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.
38. Bigot G, Russo ML. Politiche, processi, reti. Cornici ed idee per un'esperienza partecipativa. In: Geraci S, Gnolfo F (Ed.). *Rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Bologna: Edizioni Pendragon; 2012. p. 21-35.
39. Geraci S (Ed.). *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Roma: Edizioni Anterem; 1996.
40. Motta F. Le reti, la rete. In: Russo ML, Gatta A, Geraci S (Ed.). *La SIMM: 30 Anni + le Epidemie. Nuove disuguaglianze, nuove sfide*. Atti del XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Bologna: Pendragon; 2022. p. 175-9.
41. Geraci S, Marceca M. Noi non segnaliamo. La vittoria degli anticorpi (della ragione e della democrazia). *Saluteinternazionale.info*. 26 gennaio 2009; ultimo accesso 6/3/2024.
42. Geraci S. Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy. *Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute* 2017;61(3):15-28.

43. Italia. Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 95, 24 aprile 2017. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.
44. Italia. Legge 7 aprile 2017, n. 47. Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 93, 21 aprile 2017. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/21/17G00062/sg>; ultimo accesso 6/3/2024.
45. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Istituto Superiore di Sanità e Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà. Linea Guida Salute Migranti. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Giugno 2017, aggiornamento giugno 2023. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.
46. Ingleby D, Petrova-Benedict R, Huddleston T, Sanchez E. The MIPEX Health strand: a longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *Eur J Public Health* 2019; 29(3):458-62. doi: 10.1093/eurpub/cky233
47. Geraci S. La dimensione regionale: prossimità o discriminazioni? In: Affronti M, Baglio G, Geraci S, Marceca M, Russo ML (Ed.). *Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere*. Atti del XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Agrigento, 14/17 maggio 2014. Bologna: Pendragon; 2014. p. 95-102.
48. Baglio G, Affronti M. Il dovere dell'accoglienza. *Saluteinternazionale.info*. 8 maggio 2019. www.saluteinternazionale.info/2019/05/il-dovere-dellaccoglienza/; ultimo accesso 6/3/2024.
49. Affronti M, Geraci S. La vaccinazione, un evidenziatore delle disuguaglianze. In: Caritas italiana, Fondazione Migrantes (Ed.). *XXX Rapporto Immigrazione 2021. Verso un noi sempre più grande*. Todi: Tau editrice; 2021. p. 111-4.
50. Diritto all'abitare e solidarietà. Quaderni Caritas Roma n. 2/2023. https://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2023/06/Quaderni_Caritas_2_2023.pdf; ultimo accesso 6/3/2024.

Tabella 1

Classificazione delle patologie in base a ICD-9-CM

Patologie	Codici ICD-9-CM
Malattie infettive e parassitarie	001-139
Tumori	140-239
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari	240-279
Malattie del sangue e organi emopoietici	280-289
Disturbi mentali	290-319
Malattie del sistema nervoso*	320-359
Malattie dell'occhio e degli annessi*	360-379
Malattie dell'orecchio e del processo mastoideo*	380-389
Malattie dell'apparato circolatorio*	390 - 429
Malattie cerebrovascolari e altre malattie del sistema circolatorio*	430-459
Malattie dell'apparato respiratorio	460-519
Malattie dell'apparato digerente	530-579
Malattie dell'apparato urinario*	580-599
Malattie degli organi genitali maschili*	600-608
Disturbi della mammella e dell'apparato genitale femminile*	610-629
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	630-677
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	680-709
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	710-739
Malformazioni congenite	740-759
Sintomi, segni, e stati morbosi mal definiti	780-799
Traumatismi e avvelenamenti	800-999

(*) Modificate rispetto alla classificazione ICD-9-CM

Tabella 2**Avvenimenti geopolitici correlati alle variazioni nella popolazione afferente al Poliambulatorio**

Trienni considerati	Avvenimenti geopolitici
1986-1988	Prima legge sull'immigrazione in Italia (Legge n. 943/1986). Forte instabilità geo-politica nel corno d'Africa (carestia etiope 1983-1985) e fuga dalle ex-colonie verso l'Italia. Intensificazione delle persone in fuga dall'Est Europa (contestazioni <i>Solidarność</i> in Polonia, Italia paese di transito verso il nord America).
1996-1998	Questo triennio risente anche degli effetti della caduta del muro di Berlino (1989) e il venir meno del cosiddetto "Blocco Sovietico" nella possibile ridefinizione dei flussi migratori dall'est Europa come ad esempio l'emigrazione di massa dall'Albania (dal 1990) che però ha interessato solo tardivamente i servizi sanitari se non nelle zone di approdo; più consistente la migrazione dalla Romania. Effetti di due "sanatorie" (regolarizzazione presenza) di circa 240.000 (1995) e di circa 217.000 (1998) immigrati irregolari. Emersione diritto all'assistenza sanitaria per immigrati senza permesso di soggiorno (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) e istituzione primi ambulatori pubblici per gli STP (art. 13 del D.L. n. 489 del 1995; art. 33 Legge n. 40 del 1998); garanzia di assistenza per buona parte degli stranieri regolarmente presenti (art. 32 Legge n. 40 del 1998).
2006-2008	Modifica sostanziale dei paesi UE con stabilizzazione inclusione Polonia (2004, insieme ad altri Paesi che però non hanno influenzato significativamente i flussi migratori in Italia) e ingresso Romania e Bulgaria (2007). Italia interessata da flussi di richiedenti asilo ancora come terra di passaggio; recepimento di una prima indicazione EU sui rifugiati (2007-Qualifiche) e direttiva sulla libertà di circolazione e assistenza sanitaria (DLvo n. 30 del 2007) con difficoltà interpretativa per i cittadini europei più fragili; solo alcune Regioni istituiscono un codice per l'accesso ai servizi sanitari agli Europei Non Iscritti (ENI). Prime norme del cosiddetto Pacchetto Sicurezza che, nel 2009, porterà alla Campagna "Noi non segnaliamo". Crisi economica internazionale.
2016-2018	Progressiva applicazione più stringente del trattato Dublino sui respingimenti al primo paese sicuro (2013/14) e ulteriori indicazioni sulla protezione internazionale; Decreti Procedure del 2014 e Accoglienza del 2015. Instabilità internazionale (esiti della primavera araba, crisi siriana, instabilità politica ed economica Paesi Africa sub-sahariana). Intensificazione sbarchi e rotta balcanica di massa.
2020	Pandemia SARS-CoV-2 con periodi di <i>lockdown</i>.

Tabella 3

Paesi dell'Unione europea e anno di adesione

Paesi dell'Unione europea e anno di adesione			
Belgio (1957)	Irlanda (1973)	Svezia (1995)	Rep. Ceca (2004)
Francia (1957)	Regno Unito (1973-2020)	Cipro (2004)	Slovacchia (2004)
Italia (1957)	Grecia (1981)	Estonia (2004)	Slovenia (2004)
Lussemburgo (1957)	Spagna (1986)	Lettonia (2004)	Ungheria (2004)
Paesi Bassi (1957)	Portogallo (1986)	Lituania (2004)	Romania (2007)
Germania (1957 e 1990)	Austria (1995)	Malta (2004)	Bulgaria (2007)
Danimarca (1973)	Finlandia (1995)	Polonia (2004)	Croazia (2013)

Tabella 4

Schema semplificato (e non esaustivo) della tipologia della presenza di cittadini non italiani e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato – Regioni e Province autonome del 20.12.2012 e successivi aggiornamenti e modifiche al Testo Unico sull'Immigrazione (Dlgs. 286/98) e norme collegate

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - PDS che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA)
Richiedente Protezione Internazionale, PDS come Rifugiato, protezione internazionale, umanitario	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Stranieri con PDS a seguito violenza domestica; sfruttamento lavorativo; eccezionale calamità; particolare valore civile; casi speciali; protezione speciale	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un PDS	Iscrizione temporanea al SSN	Garantisce i LEA
Straniero con PDS per motivi di cura ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI (Testo Unico Immigrazione)	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero minorenne in condizione di irregolarità giuridica e minore straniero non accompagnato	Iscrizione SSN e codici di specifica esenzione	Garantisce i LEA
Straniero con visto e/o PDS per motivi di cura – art. 36 TUI (ad eccezione gravidanze e inespellibilità: ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI)	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici – progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Straniero regolare con PDS per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione all'SSN ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI – Europeo Non Iscritto	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

Accesso alla vaccinazione COVID-19 in Italia nel periodo 2020-2023 da parte degli stranieri non residenti: opportunità, sfide e criticità

Giulia Marchetti^a, Salvatore Scarso^{a,b}, Daniele Petrone^c, Salvatore Geraci^d, Valeria Proietti^e, Serena Battilomo^e, Massimo Fabiani^c, Silvia Declich^a

^aCentro Nazionale per la Salute Globale, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^bDipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

^cDipartimento di Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

^dArea Sanitaria Caritas Roma

^eUfficio 3, ex Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ministero della Salute, Roma

SUMMARY

Access to COVID-19 immunization in Italy in the period 2020-2023 among non-resident foreigners: opportunities, challenges and critical issues

Introduction

During COVID-19 vaccination campaign, foreign population not resident in Italy was included in the vaccination plans. This study aimed to describe the COVID-19 vaccination access and to assess the possibility to estimate vaccination coverage in this population.

Materials and methods

Data of vaccinated population was retrieved from the National Vaccine Registry (NVR). Foreign population not resident in Italy, foreign population temporarily present and EU citizens not registered in the Italian Health System were respectively identified through provisional numerical tax code, STP code, and ENI code. Resident population born in Italy and that born abroad, both were identified through the European Health Insurance Card (EHIC).

Results

In the period from 27 December 2020 to 14 June 2023, foreigners not resident in Italy who received the COVID-19 vaccination were only 0.38% of the total vaccinated population and 3.47% of the foreign vaccinated population. The information on "citizenship" was not always recorded in the NVR.

Discussion and conclusions

Difficulties in accessing COVID-19 vaccinations for foreigners not resident in Italy have created inequity in health and the process requires further efforts to overcome organisational, administrative and data collection challenges necessary to ensure fair and universal access to vaccinations for all persons present in the territory, regardless of their legal status or country of origin. The study highlighted the impossibility of calculating the vaccination coverage of non-resident foreigners and the need of improving collection of already existing variables and of including the necessary ones for assessing the health of migrants in the information systems.

Key words: vaccination; COVID-19; transients and migrants

giulia.marchetti@iss.it

Introduzione

Le persone che vivono in situazioni di marginalità sociale e sanitaria spesso incontrano ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari di base a causa di fattori organizzativi, socioeconomici e/o culturali (1). La pandemia da COVID-19 ha evidenziato alcune difficoltà che i sistemi sanitari devono affrontare per garantire un accesso equo e universale alle vaccinazioni a tutte le persone straniere presenti sul territorio italiano, indipendentemente dal loro status legale o dal Paese di origine (2). Recenti studi indicano che gli stranieri residenti in Italia hanno sperimentato, almeno inizialmente, una curva epidemica ritardata rispetto alla popolazione italiana, pur mostrando un rischio più elevato di ospedalizzazione e accesso alle cure intensive. Inoltre, i migranti

provenienti da Paesi con un basso indice di sviluppo umano hanno mostrato, nelle diverse fasi dell'epidemia, un rischio ancora più elevato di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di mortalità (3, 4), probabilmente da attribuire a un ritardo nell'accesso all'accertamento diagnostico e alla terapia e, da quando si è resa disponibile, alla vaccinazione (4).

L'avvio della campagna di vaccinazione contro il COVID-19 ha presentato ulteriori sfide nell'assicurare la vaccinazione agli stranieri non residenti, poiché il loro coinvolgimento non era esplicitamente indicato nella programmazione delle vaccinazioni iniziata a dicembre 2020 e, in particolare, gli stranieri ospitati nelle strutture di accoglienza collettive non vi erano inclusi se non per ragioni di salute (anziani o persone con

patologie croniche) (5). Le persone non in possesso della tessera sanitaria o con tessera scaduta hanno avuto difficoltà nell'accesso alla prenotazione delle vaccinazioni tramite i portali regionali, anche quando l'accesso alla vaccinazione per età sarebbe stato possibile (5). Alcune organizzazioni e associazioni della società civile hanno cercato di valutare la capacità delle strutture di accoglienza collettiva nel gestire la presenza di persone affette o potenzialmente affette da COVID-19, nonché la disponibilità delle persone ospitate a vaccinarsi (6, 7). L'accesso alle vaccinazioni da parte di persone prive di tessera sanitaria, codice fiscale (CF) o residenza (in particolare senza fissa dimora) è stato definitivamente garantito il 24 agosto 2021 con una nota del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19 (5).

L'inclusione della popolazione straniera non residente nella campagna vaccinale ha sollevato la necessità di affrontare le sfide e le problematiche legate alla qualità dei dati raccolti dai sistemi informatici sanitari. È, quindi, diventato fondamentale che gli sforzi per garantire l'accesso alle vaccinazioni per gli stranieri si concentrassero anche sulla raccolta di dati accurati e completi (8).

In questo contesto, il presente articolo si pone l'obiettivo di descrivere l'offerta vaccinale messa in atto per contrastare il COVID-19, attraverso l'analisi dei dati disponibili sulle vaccinazioni della popolazione straniera presente ma non residente in Italia e, in particolare, delle persone sprovviste di tessera sanitaria, ovvero stranieri non comunitari senza permesso di soggiorno (che accedono al Servizio Sanitario Nazionale, SSN, con codice Straniero Temporaneamente Presente, STP), stranieri comunitari senza tessera sanitaria e/o Tessera Europea Assistenza Malattia (in alcune Regioni conosciuti con il codice Europeo Non Iscritto, ENI) e stranieri in fase di regolarizzazione e con un CF provvisorio. È stata, inoltre, valutata la completezza delle variabili cittadinanza e Stato di residenza dei vaccinati, al fine di verificare se sia possibile o meno acquisire informazioni valide circa la copertura vaccinale negli stranieri presenti ma non residenti in Italia.

Materiali e metodi

Disegno dello studio e fonte dei dati

È stato condotto uno studio descrittivo utilizzando i dati relativi allo stato vaccinale estratti dall'Anagrafe Nazionale Vaccini (Sistema ANV), coordinata dal Ministero della Salute. Ciò è stato possibile grazie all'accordo di interoperabilità tra Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute ai sensi del DLvo n. 2 del 14 gennaio 2021

(9), convertito dalla Legge n. 29 del 12 marzo 2021, e successivamente confermato dal DLvo n. 24 del 24 marzo 2022 (10) e dalla Legge n. 52 del 19 maggio 2022. Il Sistema ANV raccoglie, per ogni somministrazione di vaccino, le principali informazioni demografiche del soggetto che riceve il farmaco.

Popolazione in esame e analisi statistiche

Per lo studio sono state prese in considerazione tutte le somministrazioni riportate al Sistema ANV dall'inizio della campagna vaccinale in Italia (27 dicembre 2020) alla data di estrazione dei dati (14 giugno 2023). Sono stati inclusi nell'analisi tutti i soggetti registrati nel Sistema ANV che hanno ricevuto, entro la data di estrazione, almeno una dose di vaccino COVID-19 indistintamente da età, sesso, Regione/Provincia Autonoma (PA) di somministrazione e tipologia di vaccino utilizzata. Utilizzando i CF/Codici (STP, ENI, codice fiscale numerico provvisorio) come variabile di linkage, è stato creato un unico record per individuo contenente le informazioni sulle singole somministrazioni. Per costruzione, perciò, ogni record riporta le medesime variabili ripetute tante volte quante sono state le somministrazioni attribuite al medesimo CF/Codice. Inoltre, se alla prima o alla seconda somministrazione è stato utilizzato il vaccino monodose a vettore virale (Ad26.COVS2.S), questo è stato attribuito a entrambe le somministrazioni considerate per definire il completamento del ciclo primario. Dall'analisi sono stati esclusi i CF/Codici composti da un numero di caratteri diverso da 16 o 11 poiché non conformi alle tipologie di CF/Codici presi in esame (CF/codice STP/codice ENI sono composti da 16 caratteri, il codice fiscale numerico provvisorio da 11 caratteri) e i CF/Codici non validi, in cui viene riportato, ad esempio, un numero in una posizione dove dovrebbe trovarsi una lettera (11, 12). Sono stati considerati come stranieri residenti tutti i soggetti con CF che risultavano nati all'estero (lettera "Z" nella quint'ultima posizione del CF a 16 caratteri), includendo quindi anche gli italiani, (relativamente pochi) nati all'estero.

Per le variabili ripetute più volte per il medesimo individuo (come sesso, età alla vaccinazione, Regione di somministrazione), è stato considerato il più recente valore inserito. Per ogni CF/Codice è stato inoltre riportato il vaccino utilizzato a ogni inoculazione, il numero di dosi ricevute, l'aver riportato - almeno per una somministrazione - lo Stato di residenza (Sì/No), l'aver riportato - almeno per una somministrazione - la cittadinanza (Sì/No) e la tipologia di ciclo primario completato

codificato come: due dosi mRNA, due dosi miste (sono state ricevute la prima e la seconda dose di vaccino, in una delle due è stato somministrato un vaccino a vettore virale (ChAdOx1-S), mentre nell'altra un vaccino a mRNA), due dosi di vaccino a vettore virale (ChAdOx1-S), vaccino monodose a vettore virale (Ad26.COV2.S) e altro (tutto ciò che non rientra nelle altre categorie). Queste caratteristiche sono state descritte e rappresentate utilizzando tabelle con frequenze assolute/percentuali e grafici.

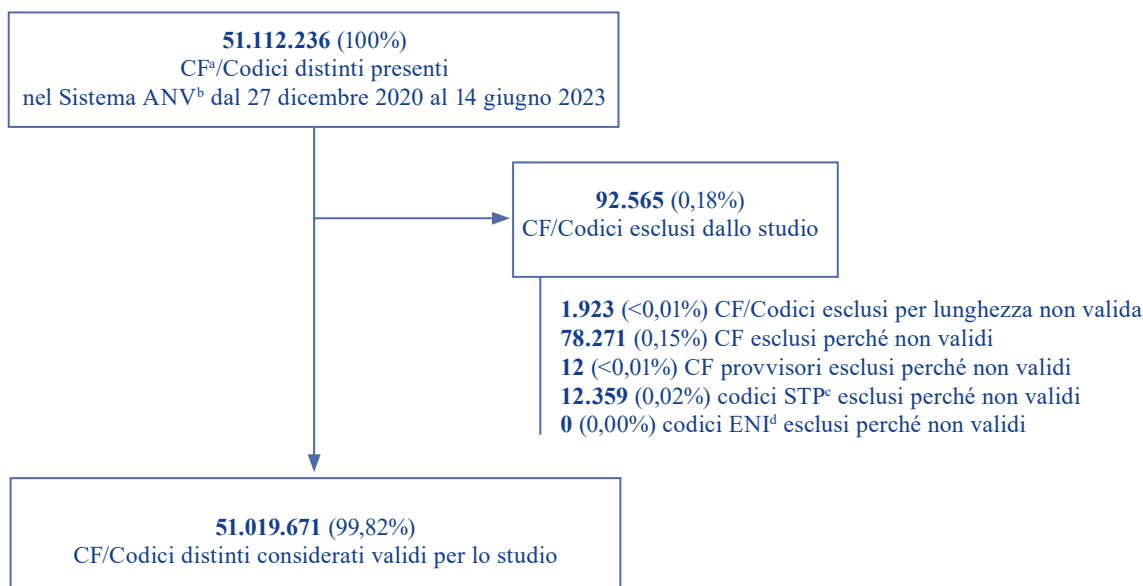
Infine, è stata analizzata la completezza delle variabili cittadinanza e Stato di residenza raccolte dal Sistema ANV, per poter ragionare sul loro possibile utilizzo per la stima della copertura vaccinale della popolazione di riferimento.

Tutte le analisi sono state condotte utilizzando RStudio 2022.12.0 con R 4.2.2 (13).

Risultati

Nel periodo d'interesse (27 dicembre 2020-14 giugno 2023) al Sistema ANV sono stati registrati 51.112.236 CF/Codici distinti (Figura 1). Da questi sono stati esclusi i CF/Codici con lunghezza non conforme (1.923) e quelli non validi (90.642). Pertanto, per l'analisi sono stati presi in considerazione 51.019.671 (99,82% del totale) CF/Codici per un totale di 144.962.099 somministrazioni.

Il numero dei vaccinati residenti nati in Italia è pari all'89,03% del totale (Tabella 1) e questo dato comprende anche i nati in Italia da genitori stranieri ovvero le seconde generazioni di immigrati in possesso di CF. Il numero degli stranieri residenti in Italia (in possesso, quindi, del CF ma nati all'estero, inclusi gli italiani nati all'estero) che hanno ricevuto



(a) CF: codice fiscale; (b) ANV: Anagrafe Nazionale Vaccini; (c) codice STP: Straniero Temporaneamente Presente; (d) codice ENI: Europeo Non Iscritto

Figura 1 - Selezione dei codici fiscali/Codici degli individui inclusi nello studio (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Tabella 1 - Distribuzione della tipologia dei codici fiscali/Codici degli individui vaccinati inclusi nello studio (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Tipologia di codice fiscale/Codici	Individui n.	%	Esclusi codice fiscale nati in Italia (popolazione straniera) %
Residente codice fiscale nato in Italia	45.422.508	89,03	-
Residente codice fiscale nato all'estero	5.402.840	10,59	96,53
Non residente codice fiscale provvisorio	25.464	0,05	0,45
Non residente codice STP ^a	163.824	0,32	2,93
Non residente codice ENI ^b	5.035	0,01	0,09
Totale	51.019.671	100,00	

(a) codice STP: Straniero Temporaneamente Presente; (b) codice ENI: Europeo Non Iscritto

almeno una dose di vaccino è pari al 10,59%. Gli stranieri vaccinati ma non residenti in Italia sono 194.323, pari allo 0,38% del totale, e comprendono coloro che hanno ricevuto la vaccinazione attraverso il CF provvisorio, il codice STP e il codice ENI, costituendo il 3,47% della popolazione straniera vaccinata.

I vaccini più utilizzati per l'immunizzazione della popolazione straniera non residente sono stati quelli a mRNA, così come per la popolazione residente (nati in Italia o all'estero). In dettaglio, le somministrazioni con vaccini a mRNA interessano il 95,16% dei CF provvisorio, il 94,25% dei codici STP e l'89,48% dei codici ENI. Il vaccino monodose

a vettore virale (Ad26.COV2.S) è stato utilizzato per vaccinare prevalentemente la popolazione non residente; nello specifico, ha riguardato il 3,99% delle somministrazioni nella popolazione con CF provvisorio, il 5,24% delle somministrazioni nella popolazione con codice STP e il 9,95% delle somministrazioni nella popolazione con codice ENI rispetto all'1,20% dei residenti nati in Italia e all'1,99% dei residenti nati all'estero (Tabella 2).

Durante il periodo di studio sono state somministrate in totale 144.962.099 dosi di vaccino COVID-19. Osservando l'andamento nel tempo per tipologia di CF/Codici (Figura 2) si notano due picchi durante i periodi di metà 2021 (campagna

Tabella 2 - Distribuzione delle dosi somministrate di vaccini di COVID-19 per tipologia di codice fiscale/Codici (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Tipo di vaccino	Popolazione residente				Non residente				Totale	
	CF ^a nato in Italia n. %	CF ^a nato all'estero n. %	CF ^a provvisorio n. %		Codice STP ^b n. %	Codice ENI ^c n. %				
mRNA	117.382.523 89,92	13.217.724 94,01	55.159 95,16		283.578 94,25	7.573 89,48			130.946.557	90,33
Vettore virale (ChAdOx1-S)	11.553.731 8,85	557.233 3,96	481 0,83		646 0,21	29 0,34			12.112.120	8,36
Monodose a vettore virale (Ad26.COV2.S)	1.560.722 1,20	279.916 1,99	2.312 3,99		15.773 5,24	842 9,95			1.859.565	1,28
Altro	38.109 0,03	4.830 0,03	11 0,02		888 0,30	19 0,22			43.857	0,03
Totale	130.535.085	14.059.703	57.963		300.885	8.463			144.962.099	

(a) CF: codice fiscale; (b) codice STP: Straniero Temporaneamente Presente; (c) codice ENI: Europeo Non Iscritto

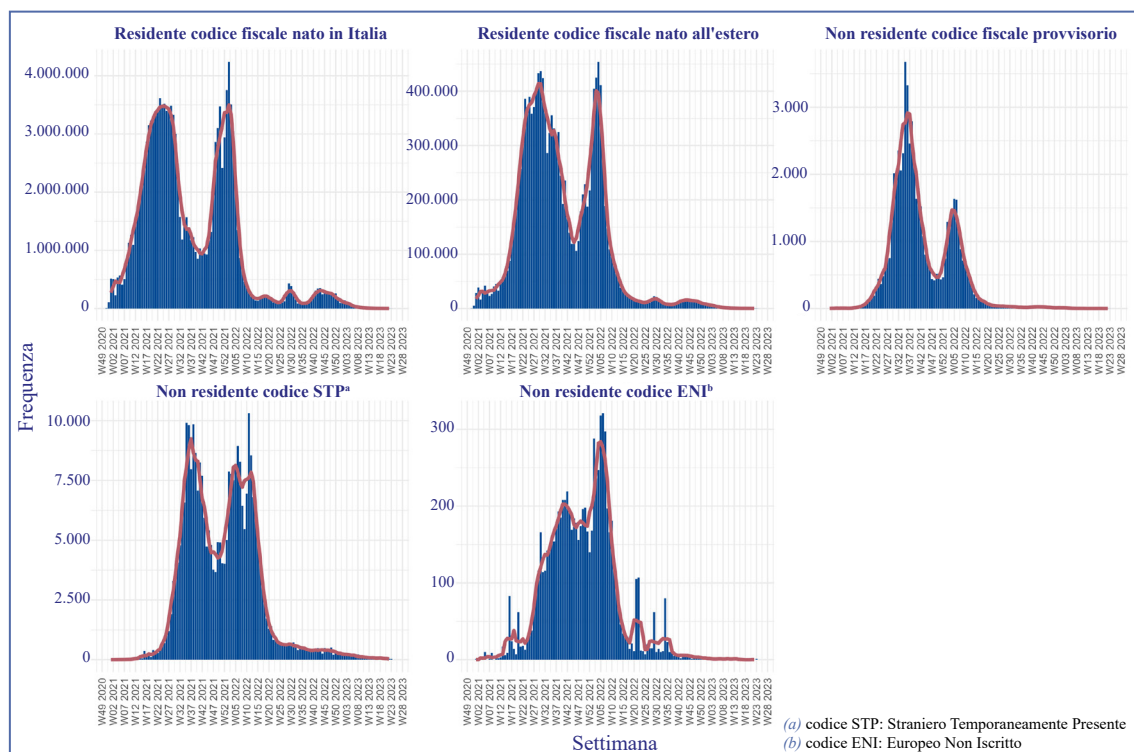


Figura 2 - Distribuzione settimanale delle somministrazioni di vaccini COVID-19 per tipologia di codice fiscale/Codici e media mobile a cinque settimane (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

vaccinale per ciclo primario) e inizio 2022 (campagna vaccinale per prima dose booster). Entrambi sono ben evidenti per i residenti (nati in Italia o all'estero) e per gli stranieri non residenti con CF provvisorio o codice STP. Tale andamento non è invece confermato per gli stranieri non residenti con codice ENI, dove l'andamento è unimodale con un unico picco risalente a inizio 2022.

La maggior parte dei residenti in Italia nati all'estero ha ricevuto la vaccinazione in Lombardia (n. 1.191.635, 22,06%), come gli stranieri con CF provvisorio (n. 7.387, 29,01%). Per quasi la metà degli stranieri con codice STP (n. 80.220, 48,97%) o ENI (n. 2.397, 47,61%) non è invece nota la Regione/PA di somministrazione. Si osserva, infine, che la maggior parte degli stranieri con CF provvisorio e specialmente con codice STP o codice ENI ha ricevuto il vaccino COVID-19 in un limitato numero di Regioni, a differenza di quanto avvenuto per i residenti in Italia nati all'estero (Figura 3). Nel dettaglio, gli stranieri con CF provvisorio hanno ricevuto la vaccinazione

principalmente in Lombardia, seguita da Lazio e Campania (che cumulate coprono il 65,86% delle Regioni in cui è avvenuta la vaccinazione); anche le persone in possesso di un codice STP si sono vaccinate principalmente in Lombardia e nel Lazio (38,23%) e gli stranieri con codice ENI nel Lazio (41,49%).

Non si osservano differenze sostanziali nella percentuale di femmine e maschi residenti nati in Italia o all'estero che hanno ricevuto il vaccino COVID-19 (la proporzione di femmine è rispettivamente del 51,03% e 51,76%). Aumenta invece la differenza tra i due sessi tra gli stranieri con CF provvisorio, STP o ENI; per nessuna di queste categorie la percentuale di femmine vaccinate raggiunge il 50% (Tabella 3).

Osservando i dati per fascia d'età, si può notare come le somministrazioni siano distribuite su tutte le fasce per i residenti nati in Italia, con un picco del 52,34% per la fascia d'età 20-59 anni. Lo stesso non può dirsi, invece, per le altre categorie considerate nello studio, dove si osserva una minor percentuale

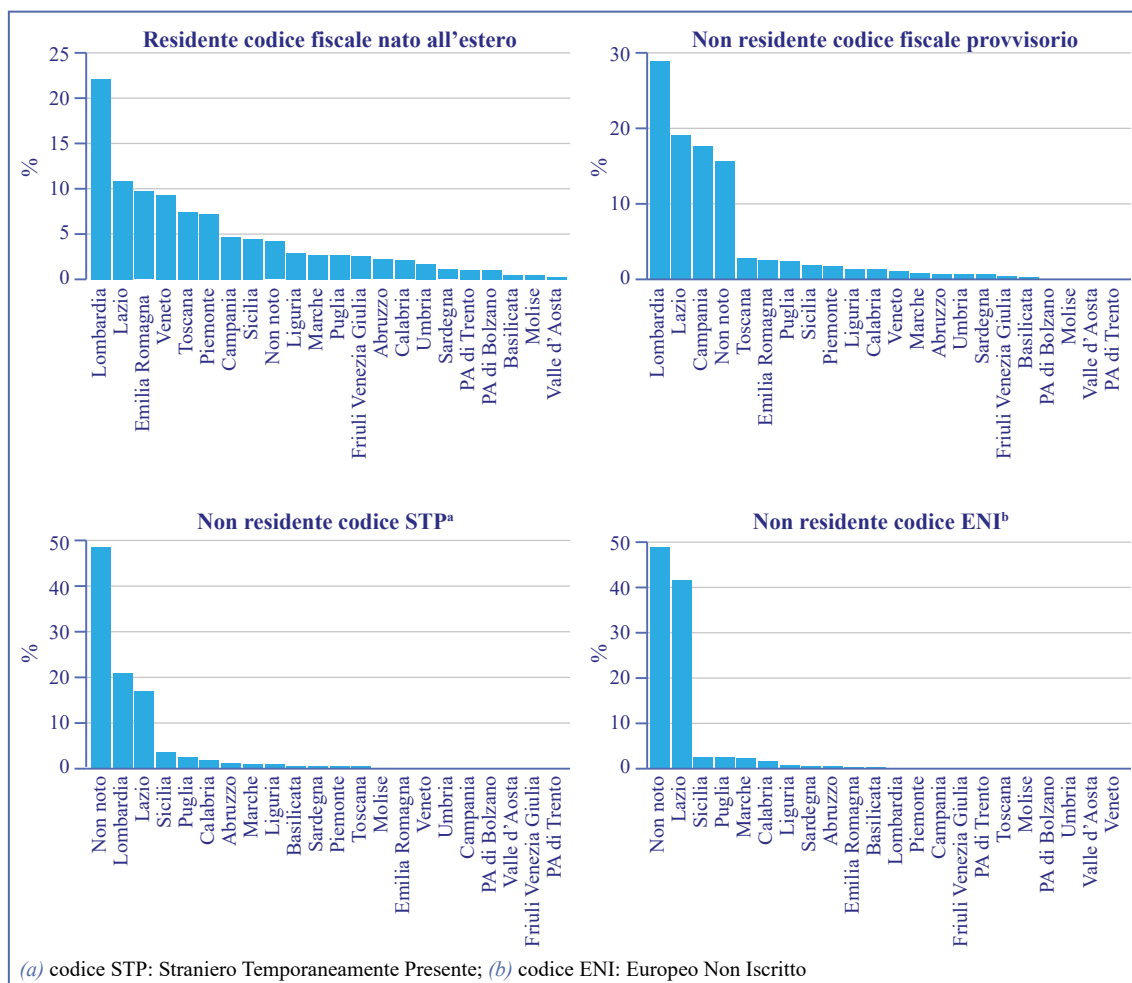


Figura 3 - Distribuzione percentuale delle somministrazioni di vaccini di COVID-19 per tipologia di codice fiscale/ Codici e Regione/Provincia Autonoma di somministrazione/residenza (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Tabella 3 - Caratteristiche degli individui vaccinati inseriti nello studio per tipologia di codice fiscale/Codice (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Caratteristiche	Popolazione residente				Non residente				Totale	
	CF ^a nato in Italia		CF ^a nato all'estero		CF ^a provvisorio		Codice STP ^b		Codice ENI ^c	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Sesso										
Femmine	23.176.953	51,03	2.796.494	51,76	11.333	44,51	78.265	47,77	2.257	44,83
Maschi	22.245.317	48,97	2.606.263	48,24	14.124	55,47	85.507	52,19	2.778	55,17
Non noto	238	<0,01	83	<0,01	7	0,03	52	0,03	0	0,00
Classe di età										
0-4	15.055	0,03	491	0,01	1	<0,01	57	0,03	1	0,02
5-9	859.208	1,89	26.182	0,48	61	0,24	1.816	1,11	14	0,28
10-19	4.243.743	9,34	274.230	5,08	727	2,86	22.884	13,97	255	5,06
20-39	9.657.388	21,26	2.027.608	37,53	14.067	55,24	82.245	50,20	2.202	43,73
40-59	14.119.358	31,08	2.347.135	43,44	9.494	37,28	45.150	27,56	1.838	36,50
60-69	6.571.377	14,47	493.483	9,13	1.018	4,00	8.522	5,20	507	10,07
70-79	5.573.842	12,27	152.716	2,83	64	0,25	2.229	1,36	159	3,16
80+	4.378.090	9,64	76.604	1,42	18	0,07	525	0,32	39	0,77
Non noto	4.447	0,01	4.391	0,08	14	0,05	396	0,24	20	0,40
n. dosi										
1	1.047.340	2,31	159.240	2,95	1.356	5,33	16.011	9,77	591	11,74
2	9.761.486	21,49	1.647.696	30,50	13.353	52,44	90.550	55,27	2.650	52,63
3	28.146.518	61,97	3.338.767	61,80	10.568	41,50	56.191	34,30	1.725	34,26
4	5.954.491	13,11	242.259	4,48	186	0,73	1.050	0,64	69	1,37
5	512.673	1,13	14.878	0,28	1	<0,01	22	0,01	0	0,00
Ciclo primario										
2 dosi mRNA	36.238.912	83,06	4.433.620	89,45	20.631	91,45	99.080	90,50	2.251	81,59
2 dosi miste	740.637	1,70	64.267	1,30	83	0,37	84	0,08	5	0,18
2 dosi a vettore virale (ChAdOx1-S)	5.364.005	12,29	241.877	4,88	193	0,86	241	0,22	9	0,33
Monodose a vettore virale (Ad26.COVS2.S)	1.270.514	2,91	215.005	4,34	1.650	7,31	9.675	8,84	492	17,83
Altro ^d	16.660	0,04	2.035	0,04	4	0,02	403	0,37	2	0,07
Totale	42.422.508		5.402.840		25.464		163.824		5.035	
									51.019.671	

(a) CF: codice fiscale; (b) codice STP: Straniero Temporaneamente Presente; (c) codice ENI: Europeo Non Iscritto (d) in questa categoria non rientrano coloro che non hanno ricevuto la prima e/o la seconda somministrazione

di bambini e ultrasessantenni vaccinati. Anche in questo caso, il picco di vaccinazioni si individua nella fascia centrale tra i 20 e i 59 anni; tale percentuale per questi gruppi è sempre superiore al 75% delle vaccinazioni totali.

È interessante notare come gli stranieri non residenti (con CF provvisorio, codice STP ed ENI) abbiano ricevuto non oltre il ciclo primario con una o due dosi di vaccino (rispettivamente 57,77%, 65,04% e 64,37%) più frequentemente rispetto ai residenti nati in Italia (23,80%) e ai residenti nati all'estero (33,45%), i quali hanno ricevuto in maggioranza almeno tre dosi (rispettivamente 76,21% e 66,56%).

Riguardo alla tipologia di ciclo primario ricevuto, non si notano grandi differenze tra i residenti nati in Italia e quelli nati all'estero, gli stranieri con CF provvisorio, codice STP o codice ENI; in tutti i casi, infatti, circa l'80% degli individui ha completato il ciclo primario con due dosi di vaccino a mRNA.

Si osserva, invece, una percentuale maggiore di individui con CF provvisorio (7,31%), codice STP (8,84%) e, specialmente, codice ENI (17,83%) che ha ricevuto il vaccino monodose a vettore virale (Ad26.COVS2.S) rispetto agli individui residenti nati in Italia o all'estero (rispettivamente 2,91% e 4,34%). Al contrario, le due dosi di vaccino a vettore virale (ChAdOx1-S) sono state somministrate al 12,29% dei residenti nati in Italia e al 4,88% dei residenti nati all'estero, mentre gli stranieri non residenti con le altre tipologie di CF e Codice non superano l'1%.

Infine, è stata osservata la completezza delle variabili sulla cittadinanza e Stato di residenza nel Sistema ANV, dal momento che queste informazioni potrebbero essere utilizzate per valutare la copertura vaccinale della popolazione di riferimento. Si può notare come l'informazione sulla cittadinanza sia disponibile per gli stranieri non residenti per meno della metà dei vaccinati totali. In dettaglio, per il 44,23% degli stranieri con CF provvisorio, per il

40,46% degli stranieri con codice ENI e per il 44,66% degli stranieri con codice STP. Tuttavia, il dato è disponibile per poco più della metà dei vaccinati totali anche per gli stranieri residenti (54,19%) e per i residenti nati in Italia (54,50%). La bassa percentuale dell'informazione sulla cittadinanza non consente di stimare la copertura vaccinale dei non residenti (CF provvisorio, STP ed ENI).

Per quanto riguarda lo Stato di residenza estero presso cui ha la residenza l'assistito, il dato viene raccolto per quasi tutti i vaccinati, indipendentemente dalla tipologia di CF/Codici (Tabella 4).

Discussione

Dai dati riportati in questa indagine emerge come gli stranieri vaccinati non residenti in Italia (che hanno ricevuto la vaccinazione attraverso CF provvisorio, codice STP e codice ENI) siano stati solo lo 0,38% del totale della popolazione in studio (51.019.671 individui) e il 3,47% della popolazione straniera vaccinata. Inoltre, tra questi, circa il 60% aveva ricevuto non oltre il ciclo primario con 1 o 2 dosi di vaccino rispetto a circa il 30% tra i residenti nati in Italia o all'estero, i quali avevano ricevuto in maggioranza almeno 3 dosi (circa 70%).

Queste percentuali molto basse di vaccinati probabilmente non rispecchiano il numero effettivo di CF provvisorio, codici STP e codici ENI rilasciati, considerando che, stando al XXIX Rapporto ISMU sulle migrazioni, il numero degli stranieri irregolari in Italia si stima essere stato di circa 500mila per anno nel periodo 2020-2023 (14). È probabile che, nonostante gli sforzi per rendere la campagna vaccinale più inclusiva, la popolazione straniera non residente sia risultata difficile da raggiungere, a causa di barriere organizzative come le iniziali difficoltà di accesso alla prenotazione attraverso i portali regionali (5). I risultati di questo studio mostrano come i vaccini più utilizzati per l'immunizzazione della popolazione straniera non residente, così come per la popolazione italiana e per i residenti nati all'estero, siano quelli a mRNA. Viceversa il vaccino monodose a vettore virale Ad26.COV2.S

è stato principalmente utilizzato per vaccinare la popolazione non residente e nello specifico ha riguardato il 3,99% delle somministrazioni nella popolazione con CF provvisorio, il 5,24% delle somministrazioni alla popolazione con codice STP e il 9,95% delle somministrazioni alla popolazione con codice ENI. Questo rispecchia le indicazioni della Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 2021 (15), in cui era specificato di vaccinare le popolazioni non stanziali e/o caratterizzate da elevata mobilità lavorativa e, più in generale, i cosiddetti gruppi di popolazione *hard-to-reach* con il vaccino monodose a vettore virale Ad26.COV2.S perché prevedeva una singola somministrazione. Tuttavia, la Circolare suggeriva l'utilizzo di tale vaccino unicamente per i soggetti di età superiore ai 60 anni, e quindi non averlo offerto a una popolazione *hard-to-reach* ma di età più giovane ha aperto il dibattito su diverse problematiche. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in una nota alla Circolare, riporta come la facile somministrazione di tale vaccino rappresenti sì un vantaggio, ma tale vantaggio si perde se il vaccino è sconsigliato a una popolazione sotto i 60 anni. La nota della SIMM suggeriva di non limitarsi a usare un vaccino solo perché a singola dose, ma di rimuovere gli ostacoli all'accesso alla vaccinazione stessa e di stratificare la popolazione *hard-to-reach* (senza fissa dimora; Rom, Sinti e caminanti; lavoratori agricoli stagionali; persone dimoranti in occupazioni abitative o in insediamenti informali rurali e urbani; ospiti nei centri d'accoglienza, ecc.), per capirne meglio i bisogni e pianificare strategie diverse di offerta vaccinale (16).

Un aspetto interessante da notare è l'andamento nel tempo delle somministrazioni per tipologia di CF/Codici riportato nella Figura 2. Le somministrazioni avvenute con codice ENI non mostrano i due picchi a metà 2021 e inizio 2022, evidenti per i residenti nati in Italia o nati all'estero e per gli stranieri con CF provvisorio o codice STP. Le somministrazioni avvenute negli stranieri con codice ENI mostrano un andamento unimodale, con un unico picco risalente a inizio

Tabella 4 - Completezza delle variabili cittadinanza e Stato di residenza degli individui vaccinati inseriti nello studio (Italia, 27 dicembre 2020-14 giugno 2023)

Tipologia di codice fiscale/Codici	Vaccini totali n.	Cittadinanza n. %	Stato di residenza n. %
Residente codice fiscale nato in Italia	45.422.508	24.755.442 54,50	45.175.961 99,46
Residente codice fiscale nato all'estero	5.402.840	2.928.060 54,19	5.376.483 99,51
Non residente codice fiscale provvisorio	25.464	11.262 44,23	25.417 99,82
Non residente codice STP ^a	163.824	73.170 44,66	163.795 99,98
Non residente codice ENI ^b	5.035	2.037 40,46	5.031 99,92

(a) codice STP: Straniero Temporaneamente Presente; (b) codice ENI: Europeo Non Iscritto

2022, suggerendo che l'accesso alla vaccinazione per questo sottogruppo sia avvenuto in ritardo rispetto agli altri gruppi analizzati. Tuttavia, è difficile trarre considerazioni generali a causa del numero molto esiguo dei vaccinati con questo Codice. Per quanto riguarda l'osservazione dei due picchi nell'andamento temporale delle vaccinazioni tra gli stranieri non residenti con CF provvisorio e codice STP, si osserva che questi picchi risultano in ritardo rispetto ai residenti nati in Italia o nati all'estero.

La maggior parte di coloro che risiedono in Italia, ma sono nati all'estero, hanno ricevuto la vaccinazione in Lombardia e Lazio, così come gli stranieri con CF provvisorio. Purtroppo, vi è un grande numero di stranieri non residenti con codice STP ed ENI per cui non è nota la Regione in cui è avvenuta la vaccinazione. Tuttavia, la maggior parte di stranieri con codice STP per cui è nota la Regione di residenza sono stati vaccinati in Lombardia, seguita a breve distanza dal Lazio, mentre, coloro in possesso di un codice ENI, sono stati vaccinati quasi esclusivamente nel Lazio. Questi dati sono in linea con quelli riportati dall'Istat, che indicano la Lombardia come la Regione con maggior presenza di stranieri residenti in valore assoluto al 1° gennaio 2023 (circa 1 milione e 176mila, il 22,87% del totale), seguita da Lazio (circa 634mila, 12,33%), Emilia-Romagna (circa 554mila, 10,77%), Veneto (circa 498mila, 9,68%), Piemonte (circa 420mila, 8,17%) e Toscana (circa 415mila, 8,07%) (17).

Anche la distribuzione delle somministrazioni per sesso ed età riflette le statistiche ufficiali sull'immigrazione. Secondo quanto riportato da Eurostat (18), il numero delle donne straniere nel 2020 e nel 2021 era pari, rispettivamente, a 119.238 e 150.409, a fronte dei 128.288 e 167.957 uomini negli stessi anni; simile rapporto tra uomini e donne vaccinate si riscontra anche nella nostra analisi. Secondo il Dossier Statistico IDOS, l'età media degli italiani è di 46,5 anni, quasi 12 anni superiore a quella degli stranieri (34,8 anni) e dai dati riportati in questa indagine si osserva che nella fascia tra i 20 e i 39 anni si trovano poco più del 50% delle vaccinazioni totali per gli stranieri non residenti (19). Dai dati riportati nella **Tabella 3** si evince come ci sia un'alta percentuale di stranieri vaccinati con codice STP nella fascia 10-19 anni, in linea con i dati della migrazione circa la quota di minorenni pari al 15,4% tra gli italiani e al 20,3% tra gli stranieri (19).

Le informazioni delle variabili raccolte dal Sistema ANV non sono sufficienti a calcolare la copertura vaccinale negli stranieri non residenti in Italia, a causa della mancanza di un denominatore allineato che riporti il totale della popolazione.

Infatti, se al numeratore si potrebbe considerare il numero degli stranieri non residenti vaccinati estratti dal Sistema ANV in base alla cittadinanza, al denominatore è necessario prendere in considerazione il numero di cittadini stranieri non residenti presenti in Italia basato sempre sulla cittadinanza (20). Tuttavia, tale stima non è così automatica. Un primo ostacolo risiede nella scarsa completezza della variabile cittadinanza. Infatti, nel Sistema ANV, limitatamente al flusso giornaliero delle vaccinazioni COVID-19, non è prevista l'obbligatorietà dell'informazione sulla cittadinanza, a differenza della variabile Stato di residenza, che risulta maggiormente rilevata, ma non è, tuttavia, utilizzabile per valutare la copertura vaccinale per la mancanza di un denominatore basato sullo Stato di residenza. In secondo luogo, l'Istat raccoglie informazioni solo sul numero degli stranieri residenti in Italia, per cui continuerebbe a mancare un denominatore per gli stranieri non residenti.

Conclusioni

La presente indagine è la prima descrizione nazionale dell'accesso della popolazione non residente alla vaccinazione COVID-19 tramite l'analisi dei dati raccolti nel Sistema ANV. Bisogna comunque tenere in considerazione che l'esiguo numero di CF provvisori, codici STP e codici ENI presenti nel Sistema ANV non rispecchia la stima totale degli stranieri non residenti presenti in Italia nel periodo in esame.

I dati analizzati indicano che una percentuale significativa di stranieri non residenti ha ricevuto almeno una dose di vaccino COVID-19, la maggior parte ha completato solo il ciclo primario di vaccinazione con due dosi, mentre solo una minoranza ha ricevuto una terza dose o ha completato il ciclo con il vaccino monodose a vettore virale (Ad26.COV2.S). Il ritardo nelle vaccinazioni, messo in luce dall'analisi dell'andamento temporale delle somministrazioni ripartito per tipologia di codice per i non residenti, potrebbe essere dovuto, oltre che a barriere logistiche, linguistiche e culturali, anche al fatto che inizialmente non ci sono state direttive chiare relativamente a questa popolazione. La tendenza delle somministrazioni per i non residenti con CF Provvisorio e codice STP inizia ad aumentare dalla 27ª settimana del 2021 (inizio luglio), fino a raggiungere l'apice del primo picco verso fine agosto e durante il mese di settembre. Il picco nella tendenza delle somministrazioni potrebbe dimostrare che eliminando una barriera importante come quella dell'esplicitazione del diritto alla vaccinazione, avvenuta attraverso la nota del

Commissario Straordinario del 24 agosto 2021 (5), una grossa fetta di popolazione non residente è riuscita ad accedere alla vaccinazione.

Si nota comunque che il numero totale degli stranieri non residenti vaccinati è ancora relativamente basso rispetto alle stime di questa popolazione ed è sicuramente stato influenzato dalle difficoltà nell'accesso alle vaccinazioni e, più in generale, all'SSN.

Inoltre, lo studio ha evidenziato l'impossibilità di calcolare la copertura vaccinale degli stranieri non residenti: sebbene alcune variabili utili, come la cittadinanza, siano presenti nel Sistema ANV, queste non vengono sempre compilate e comunque non sono disponibili nei dati di popolazione raccolti dall'Istat per gli stranieri non residenti. È fondamentale quindi migliorare la completezza della variabile cittadinanza sia nel Sistema ANV che nella raccolta di dati di popolazione, seguendo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che raccomanda l'inserimento delle variabili cittadinanza, Paese di nascita, anni dall'arrivo nel Paese di accoglienza e Paese di nascita dei genitori in tutti i sistemi informativi routinari (8).

In conclusione, le difficoltà di accesso alle vaccinazioni COVID-19 per gli stranieri non residenti in Italia hanno sottolineato l'importanza di identificare nuove strategie per rispondere alle criticità legate all'accessibilità dell'SSN per questa popolazione. Questo è un processo che richiede ulteriori sforzi per superare le sfide organizzative, amministrative e di raccolta dati necessarie a garantire un accesso equo e universale alle vaccinazioni a tutte le persone presenti sul territorio, indipendentemente dal loro status legale o dal Paese di origine, al fine di prevenire efficacemente la diffusione delle malattie infettive e proteggere la salute di tutti.

Infine, migliorare la raccolta e la registrazione delle variabili già presenti e inserire nei sistemi informativi quelle necessarie permetterà di garantire una valutazione accurata della copertura vaccinale e una migliore pianificazione e monitoraggio di interventi di sanità pubblica rivolti alla popolazione straniera, indipendentemente dalla loro posizione nell'ambito dell'SSN.

Citare come segue:

Marchetti G, Scarso S, Petrone D, Geraci S, Proietti V, Battilomo S, Fabiani M, Declich S. Accesso alla vaccinazione COVID-19 in Italia nel periodo 2020-2023 da parte degli stranieri non residenti: opportunità, sfide e criticità. In: Da Cas R, Morciano C (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):27-36.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Jaljaa A, Caminada S, Tosti ME, D'Angelo F, Angelozzi A, Isonne C, et al. Risk of SARS-CoV-2 infection in migrants and ethnic minorities compared with the general population in the European WHO region during the first year of the pandemic: a systematic review. BMC Public Health 2022;22(1):143. doi: 10.1186/s12889-021-12466-1
2. Declich S, De Ponte G, Marchetti G, Dente MG, Tosti ME, Tavoschi L, et al. Life-course vaccinations for migrants and refugees: Drawing lessons from the COVID-19 vaccination campaigns. J Glob Health 2022;12:03064. doi:10.7189/jogh.12.03064
3. Fabiani M, Mateo-Urdiales A, Andrianou X, Bella A, Del Manso M, Bellino S, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. Eur J Public Health 2021;31(1):37-44. doi: 10.1093/eurpub/ckaa249
4. Fabiani M, Vescio MF, Bressi M, Mateo-Urdiales A, Petrone D, Spuri M, et al. Differences in the incidence and clinical outcomes of SARS-CoV-2 infection between Italian and non-Italian nationals using routine data. Public Health 2022;211:136-43. doi: 10.1016/j.puhe.2022.07.022
5. Geraci S, Fabiani M, Declich S. Immigrazione e vaccinazione anti CoVid-19. In: Rapporto Osservasalute 2021. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2022. <https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2022/10/ro-2021-completo.pdf>; ultimo accesso 14/3/2024.
6. Tavolo Nazionale Asilo, Tavolo Immigrazione e Salute. Dossier Covid 19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia. N. 2 febbraio 2021. <https://www.simmweb.it/attachments/article/1020/2021.Secondo%20dossier%20Covid%2019.pdf>; ultimo accesso 14/3/2024.
7. Tavolo Nazionale Asilo, Tavolo Immigrazione e Salute. Dossier Covid 19. Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il Covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia. N. 3 luglio 2021. <https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/Terzo%20Monitoraggio%20Covid%20-%20TIS-TAI%20rev.pdf>; ultimo accesso 14/3/2024.
8. World Health Organization, Regional Office for Europe. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region: technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. <https://iris.who.int/handle/10665/337694>; ultimo accesso 14/3/2024.

9. Italia. Decreto Legge del 14 gennaio 2021, n. 2. Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 10, 14 gennaio 2021.
10. Italia. Decreto Legge del 24 marzo 2022, n. 24. Disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza. Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 70, 24 marzo 2022.
11. Ministero dell'Economia e delle Finanze. Agenzia delle Entrate. Informazioni sulla codificazione delle persone fisiche. https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/web/guest/schede/istanze/richiesta-ts_cf/informazioni-codificazione-pf; ultimo accesso 14/3/2024.
12. Italia. Accordo del 20 dicembre 2012 ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane". (Rep. Atti n. 255/CSR). Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 32, 7 febbraio 2013 - Suppl. Ordinario n. 9.
13. R Foundation. The R Project for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>; ultimo accesso 14/3/2024.
14. Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità. Ventinovesimo Rapporto sulle migrazioni 2023. Milano: Franco Angeli; 2024. <https://www.ismu.org/ventinovesimo-rapporto-sulle-migrazioni-2023/>; ultimo accesso 14/3/2024.
15. Italia. Circolare del Ministero della Salute del 18 giugno 2021, prot. n. 27471/DGPRE. Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d'uso del vaccino Janssen.
16. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Nota su circolare del Ministero della Salute del 18/6/21 e criticità vaccinali. https://www.simmweb.it/attachments/article/1034/Nota%20SIMM%20circ%20min%2018.06.21_pubblicata.pdf; ultimo accesso 14/3/2024.
17. Istituto Nazionale di Statistica. Stranieri residenti al 1° gennaio. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1#; ultimo accesso 14/3/2024.
18. European Commission. Eurostat. Immigration by age group, sex and citizenship. Last update 3/10/2023. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_IMM1CTZ__custom_7075277/default/table?lang=en; ultimo accesso 14/3/2024.
19. Centro Studi e Ricerche IDOS. *Dossier Statistico Immigrazione 2022*. Roma: Centro Studi e Ricerche IDOS; 2022.
20. Istituto Nazionale di Statistica. Stranieri e immigrati. <http://dati.istat.it/Index.aspx>; ultimo accesso 14/3/2024.

Dall'invisibile al visibile. L'esperienza con la popolazione vulnerabile del Poliambulatorio di Opera San Francesco per i Poveri a Milano nella decade 2011-2020

Silvano Gabriele Cella^a, Walter Maffenini^b, Antonio Carrassi^a, Lauretta Seccia^c, Francesca Bigi^c, Agnese Zucchetti^c, Alma Carrozza^c, Chiara Fiammanti^c, Eleonora Lioni^c, Christian Pidginai^c, Alfredo Cavenaghi^c, Bice Nucera^c, Daniela Monza^c, Yaroslava Hlavyts'ka^c, Xheni Petoku^c, Evelyne Ortega^c, Edoardo Zanini^c

^aDipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università degli Studi di Milano

^bDipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca

^cPoliambulatorio Opera San Francesco per i Poveri, Milano

SUMMARY

Making visible an invisible population. The experience of the charitable clinic of Opera San Francesco with the vulnerable population from 2011 to 2020 (Milan, Italy)

Introduction

In recent years, a large number of undocumented migrants has arrived in Italy moving from geopolitical crises, climate changes, shortage of primary goods and wars. Detailed information on the burden of disease in the marginales people including undocumented migrants is still lacking. In Italy, as in many other countries, there is a network of volunteer-based charitable health clinics that assist these people who are not covered by the National Health Service. These non-governmental organizations (NGOs) have detailed information on the health status of these people.

Materials and methods

This is a retrospective observational study on chronic diseases (CDs) in a population receiving medical care from the Opera San Francesco, a NGO based in Milan. We evaluated the medical records of 53,683 patients from 2011 to 2020 and collected their demographic data, diagnoses and prescribed drug treatments.

Results

Our analysis shows that 17,292 (32.2%) patients had one or more CDs and that the percentage of patients with CDs increased from 2011 to 2020. The risk of having at least one CD was lower in men than in women and varied by geographical area of origin.

Discussion and conclusions

Data from NGOs providing health care to undocumented migrants and the poor should be considered when designing public health interventions. This could help to better allocate resources to adequately meet their health care needs.

Key words: undocumented migrants; charitable health clinics; migrants health care

francesca.bigi@operasanfrancesco.it

Introduzione

In Italia, come in molti altri Paesi, esiste una rete di organizzazioni sanitarie caritatevoli dedicate all'assistenza di persone che non hanno il diritto o la possibilità di fruire delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (1). Queste organizzazioni si affidano al volontariato per soddisfare i bisogni sanitari acuti e cronici della popolazione assistita, composta prevalentemente da immigrati irregolari e da una quota rilevante di italiani indigenti che non possono permettersi la compartecipazione alle spese dell'SSN mediante il pagamento dei ticket per indagini diagnostiche, procedure terapeutiche, dispensazione dei farmaci da prescrizione e acquisto di medicinali e di presidi non rimborsabili. A questo proposito deve essere sottolineato come i cittadini italiani in condizioni di povertà assoluta siano in costante aumento:

dati recenti indicano che nel quadriennio 2018-2021 il 30% delle famiglie ha cercato di limitare la spesa sanitaria adottando la strategia del rinvio-rinuncia a visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografia, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico (2). Dati analoghi sono descritti in un report Istat relativo all'anno 2022 (3).

Concentrandosi sulle fasce più bisognose della popolazione, le organizzazioni sanitarie caritatevoli possono raggiungere coloro che affrontano ostacoli, reali o percepiti, per ottenere assistenza clinica. Oltre a rimuovere le barriere economiche all'assistenza, possono aiutare a superare anche altri tipi di barriere, grazie all'intervento di équipe multidisciplinari, dove sono presenti assistenti sociali, educatori, psicologi e, quando necessario, mediatori linguistici e culturali.

Il Poliambulatorio di Opera San Francesco per i Poveri (OSF), con sede a Milano, è una delle principali organizzazioni sanitarie caritatevoli presenti in Italia. La sua attività si basa sul servizio volontario offerto gratuitamente da professionisti della salute (tra cui circa 200 medici e 30 odontoiatri) che coprono tutte le specialità cliniche. Si tratta di un vero e proprio presidio sanitario operante in regime di autorizzazione, che collabora con strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio. Nel 2022 ha erogato complessivamente 27.855 prestazioni ripartite nei seguenti ambiti: a) ambulatori di medicina generale e specialistica; b) servizio di psicologia e psichiatria per rispondere alle esigenze delle fasce più vulnerabili della popolazione, quali le vittime di violenza ed emarginazione sociale; c) odontoiatria; d) sportello prevenzione, la cui attività è finalizzata alla prevenzione delle infezioni a trasmissione sessuale, allo screening della tubercolosi, alle vaccinazioni, alla prevenzione dei tumori femminili e alla presa in carico dei pazienti fragili; e) sportello farmacia per la dispensazione gratuita dei farmaci prescritti nel corso delle visite.

Il presente contributo ha l'intento di colmare una lacuna di conoscenza relativa alla salute della popolazione più vulnerabile residente in Italia, composta principalmente da immigrati irregolari privi del regolare permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto, ma anche da italiani in stato di povertà. Si tratta di persone che hanno solo contatti occasionali con l'SSN (in caso di urgenza o emergenza) e quindi non compaiono nei database sanitari pubblici, eludendo di fatto tutte le usuali indagini epidemiologiche e farmaco-epidemiologiche. In particolare, sono state descritte le caratteristiche demografiche, inclusa l'area geografica di provenienza, ed è stata stimata la prevalenza delle malattie croniche (MC) e l'associazione con le caratteristiche demografiche.

Materiali e metodi

Disegno e popolazione in studio

Presso l'OSF, grazie alla collaborazione scientifica con l'Università degli Studi di Milano, è stata condotta un'analisi osservazionale retrospettiva delle banche dati informatiche del Poliambulatorio contenenti i dati clinici e le dispensazioni di farmaci relativi a 53.683 persone assistite tra il 2011 e il 2020. La popolazione in studio comprende principalmente migranti irregolari, cioè presenti in Italia senza regolare permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto, e un piccolo

gruppo di italiani in condizioni di povertà che non possono permettersi di partecipare alle spese dell'SSN mediante il pagamento dei ticket. Tutti i pazienti, affetti da una o più MC, sono stati inclusi nello studio.

Fonte dei dati

Database anagrafico-clinico. Al primo accesso di un paziente al Poliambulatorio di OSF, è stato generato un file elettronico individuale, una vera e propria cartella clinica informatizzata, che contiene le generalità anagrafiche (nome e cognome, sesso, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza), alcune informazioni sullo stato sociale (livello di istruzione, stato civile, numero di conviventi e attività lavorativa svolta), i dati antropometrici e tutte le informazioni cliniche relative all'anamnesi familiare (se nota) e a quella patologica prossima e remota. Contestualmente viene generato e assegnato al paziente un codice identificativo numerico univoco che consente di tracciarne la storia clinica, le date di ogni visita generica o specialistica, i risultati delle indagini diagnostiche ematochimiche o strumentali, gli eventuali ricoveri ospedalieri e tutte le dispensazioni di farmaci. Il file, aggiornato e implementato a ogni visita, contiene, inoltre, il codice della diagnosi principale e i codici di tutte le diagnosi concomitanti o successive. Le diagnosi sono codificate utilizzando l'International Classification of Diseases, 9th Revision (ICD-9-CM). Tutti i dati relativi ai singoli pazienti possono essere estratti in modo automatizzato dal database. Eventuali dati mancanti per interruzione della frequentazione del Poliambulatorio dipendono dalle peculiarità della popolazione di riferimento, caratterizzata da estrema mobilità e scarsa permanenza sul territorio, a volte non facilmente reperibile al follow up, perché senza fissa dimora e priva di recapito telefonico, o per motivi che implicano volontarietà. Tuttavia, come riportato in [Tabella 1](#), nel presente studio i dati mancanti rappresentano una percentuale irrisoria rispetto alla provenienza geografica dei pazienti esaminati (0,1%).

Database farmaceutico. Presso l'OSF tutte le dispensazioni di farmaci e presidi sono state registrate in un database informatico generato mediante la lettura con penna ottica del codice a barre presente su ogni confezione di medicinali (codice di autorizzazione all'immissione in commercio). I principi attivi sono stati codificati secondo il sistema di classificazione ATC (anatomico terapeutico e chimico) (4, 5) e sono stati utilizzati come proxy di malattia seguendo le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), secondo un metodo già utilizzato da altri studi (6, 7).

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche della coorte totale e dei soggetti con malattie croniche (MC). Poliambulatorio di Opera San Francesco (OSF). Milano, 2011-2020

Caratteristiche	Pazienti con almeno un contatto con OSF		Pazienti con MC	
	n.	% del totale	n.	% del totale
Classe di età (totale)	53.683	100,0	17.292	100,0
<18	4.860	9,1	647	3,7
18-39	27.889	52,0	7.886	45,6
40-64	18.805	35,0	7.673	44,4
≥65	2.129	3,9	1.086	6,3
Mediana min-max	35	0-100	40	0-97
Anno				
2011	8.609	16,0	2.398	13,9
2012	6.549	12,2	2.032	11,8
2013	6.202	11,6	1.789	10,3
2014	5.853	10,9	1.550	9,0
2015	4.993	9,3	1.461	8,4
2016	4.549	8,5	1.482	8,6
2017	5.001	9,3	1.497	8,7
2018	4.747	8,8	1.459	8,4
2019	4.444	8,3	2.059	11,9
2020	2.736	5,1	1.565	9,1
Sesso				
Maschi	29.650	55,2	8.328	48,2
Femmine	24.033	44,8	8.964	51,8
Provenienza geografica*				
Europa	14.086	26,2	4.630	26,7
Italia	3.845	7,2	755	4,4
Unione Europea (esclusa l'Italia)	187	0,3	45	0,3
Europa centro-orientale	10.054	18,7	3.830	22,1
Africa	16.923	31,6	3.871	22,4
Africa settentrionale	11.247	21,0	2.205	12,8
Africa centrale	5.676	10,6	1.666	9,6
Asia	5.940	11,1	1.727	10,0
Asia centro-meridionale	5.314	9,9	1.529	8,8
Asia orientale	317	0,6	113	0,7
Asia occidentale	309	0,6	85	0,5
America centro-meridionale	16.706	31,1	7.058	40,8
Altro/dati mancanti	28	0,1	6	0,0

(*) Le macroaree geografiche sono state definite secondo la classificazione Istat (8)

Per ogni paziente sono state raccolte le variabili demografiche (sesso, età, nazionalità e anno del primo contatto con OSF), le diagnosi di MC classificate secondo le definizioni OMS e codificate mediante il sistema ICD-9-CM. Per fare ciò, è stato definito a priori un elenco di MC riscontrate frequentemente nella popolazione afferente al Poliambulatorio e per aumentare la sensibilità del metodo di individuazione dei soggetti affetti dalle MC riportate in suddetto elenco, è stato associato al codice ICD-9-CM anche quello ATC dei farmaci usati per il loro trattamento. Si è ritenuto opportuno inserire in tale elenco anche: deficit di vitamina D (codice ICD-9-CM: 269.1)

correlato a MC, obesità (codice ICD-9-CM: 278) - una condizione spesso caratterizzata da una lenta progressione lungo tutto il corso della vita adulta e che esercita un rilevante impatto sulla salute, in quanto fortemente associata a comorbidità come la malattia coronarica - diabete mellito di tipo 2, ipertensione e disordini del metabolismo lipidico. In **Tabella 2** è riportato l'elenco dettagliato delle MC considerate.

Analisi statistica

Le caratteristiche demografiche dei soggetti e le diagnosi sono state descritte in frequenze assolute e percentuali. A causa della natura

Tabella 2 - Popolazione con malattie croniche e relativa distribuzione. Poliambulatorio di Opera San Francesco. Milano, 2011-2020

Malattie croniche	Codice ICD-9-CM	n. di pazienti ^a	%
Malattie infettive croniche	010; 084; 042	227	1,3
Malattie croniche del sistema digerente	535.4-535.6; 555; 556.0-556.9	6.813	39,4
Neoplasie	162.9; 180.9; 233.0	985	5,7
Diabete	250	1.669	9,7
Malattie del sistema endocrino-metabolico ^b		3.671	21,2
Endocrinopatie	240; 241; 244; 256	1.189	6,9
Deficit di vitamina D	269.1	729	4,2
Disordini del metabolismo lipidico	272	854	4,9
Gotta	274.9	150	0,9
Obesità	278	1.375	8,0
Malattie del sangue			
Anemie	280.0-280.9	1.071	6,2
Malattie mentali	290; 294-295; 296; 300; 308	5.082	29,4
Malattie del sistema nervoso		7.026	40,6
Malattie neurodegenerative	332	60	0,3
Dolore cronico	338	6.581	38,1
Epilessie	345	768	4,4
Cefalea cronica ed emicrania	784; 346	311	1,8
Malattie degli organi di senso			
Glaucoma e altre malattie oculari	362.02; 362.5; 365; 366	2.243	13,0
Malattie del cuore e dei vasi		5.358	31,0
Malattie cardiovascolari croniche	401; 402; 413; 414; 428	4.222	24,4
Malattie croniche del sistema venoso	451; 453; 454; 455	2.545	14,7
Malattie croniche dell'apparato respiratorio	490-492	1.889	10,9
Malattie dell'apparato genito-urinario		2.759	16,0
Malattie renali croniche	585.9	2.187	12,6
Iperplasia prostatica	600.91	711	4,1
Malattie cutanee	691; 692; 696; 698; 701; 702	561	3,2

(a) I pazienti possono avere più di una malattia cronica; (b) escluso diabete

instabile della popolazione presa in esame, onde evitare distorsioni nel calcolo della percentuale annua di MC, è stato stratificato il conteggio per ogni anno dal 2011 al 2020, utilizzando come denominatore solo i pazienti che hanno avuto almeno un contatto presso l'OSF durante quell'anno. Quindi, per ogni anno, la percentuale di pazienti con MC è stata calcolata come il rapporto tra il numero di pazienti con MC in quell'anno (numeratore) e il numero totale di individui che hanno avuto accesso al Poliambulatorio (denominatore). La distribuzione annuale degli individui con MC è stata ulteriormente stratificata per sesso, età e provenienza geografica. Sono stati calcolati anche i tassi di MC aggiustati per età nelle categorie prese in considerazione, utilizzando la standardizzazione diretta con l'intera composizione per età nell'anno 2011 come

riferimento. È stata, infine, valutata la complessità clinica dei pazienti con MC, considerando le altre comorbidità.

Sono stati utilizzati modelli di regressione log-binomiale multivariata per valutare l'associazione tra qualsiasi MC e le caratteristiche demografiche. I modelli sono stati aggiustati per sesso, classe di età (<18, 18-39, 40-64, ≥65), area geografica di provenienza (Europa, Africa, Asia, America centro-meridionale) e anno di primo contatto con l'OSF. Sono stati stimati prevalence rate ratio (PRR) delle associazioni e relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software Statistical Analysis System (versione 9.4; SAS Institute, Cary, NC). Per tutte le ipotesi testate, i valori *p* a due code <0,05 sono stati considerati significativi.

Risultati

Nel periodo in studio hanno avuto almeno un contatto con l'OSF 53.683 persone, 29.650 maschi (55,2%) e 24.033 femmine (44,8%). Si tratta prevalentemente di giovani adulti, con un'età mediana di 35 anni. La maggioranza proviene dall'Africa settentrionale e centrale (31,6%) e dall'America centro-meridionale (31,1%); gli europei rappresentano il 26,2% della popolazione e gli asiatici l'11,1% (Tabella 1).

Hanno almeno una MC 17.292 persone (32,2%) con un'età mediana (40 anni) superiore a quella dell'intera popolazione studiata, e le femmine sono più numerose dei maschi (51,8% vs 48,2%). Le persone provenienti dall'America centro-meridionale sono le più rappresentate (40,8%), seguite da europei non appartenenti all'Unione Europea (26,7%), africani (22,4%) e asiatici (10%).

Come mostrato nella Figura 1, la percentuale di soggetti con diagnosi di almeno una MC è aumentata costantemente dal 2011 al 2020. I pazienti con diabete rappresentano il 9% nel 2011 e l'11,5% nel 2020; quelli con malattie del cuore e dei vasi sono passati da 28,4% a 32,4%. Nello stesso periodo le MC dell'apparato

respiratorio sono diminuite, passando dal 10,8% al 6,8%, così come le malattie del sistema nervoso sono passate dal 26,2% al 22,1%.

I numeri e le percentuali dei pazienti con MC valutati durante il periodo di studio sono mostrati in dettaglio nella Tabella 2. Le malattie del sistema nervoso sono rappresentate soprattutto dal dolore cronico (codice ICD-9 338 e/o classe ATC N02). Malattie del cuore e dei vasi e malattie mentali sono presenti in quasi un terzo dei pazienti, mentre il gruppo misto delle malattie del sistema endocrino-metabolico rappresenta il 21,2% delle diagnosi. Questo gruppo non include il diabete, che è stato diagnosticato nel 9,7% dei pazienti affetti da MC. Le malattie dell'apparato genito-urinario sono presenti nel 16,0% dei pazienti e tra queste le malattie renali croniche rappresentano il 12,6%.

Nonostante l'età relativamente giovane, i pazienti con MC presentano solitamente tre o più comorbidità e solo una percentuale minore è affetta da una singola MC (Figura 2).

Sono stati analizzati i farmaci prescritti (e dispensati) per trattare tre delle condizioni croniche a maggior frequenza: malattie del

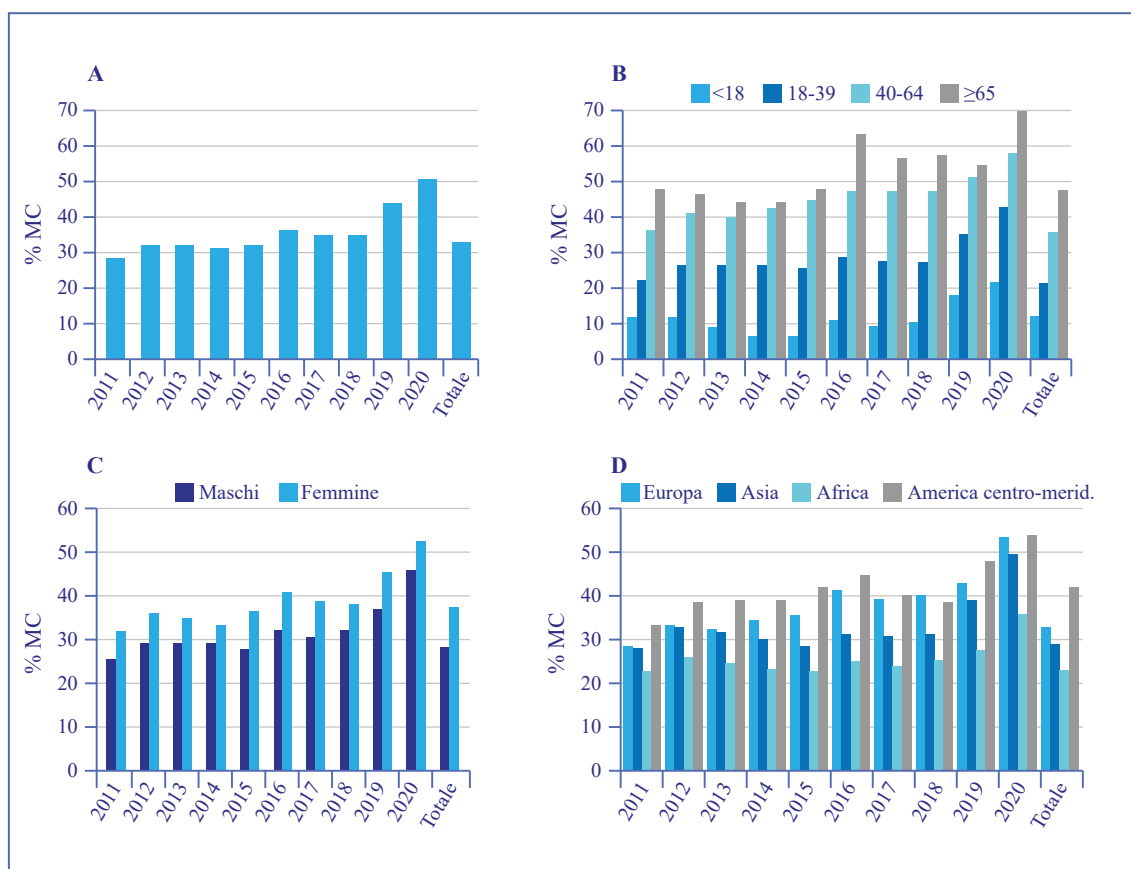


Figura 1 - Distribuzione annuale dei soggetti con malattie croniche (MC) tra tutti i pazienti (A), stratificata per classe di età (B), sesso (C) e provenienza geografica (D). Poliambulatorio di Opera San Francesco. Milano, 2011-2020

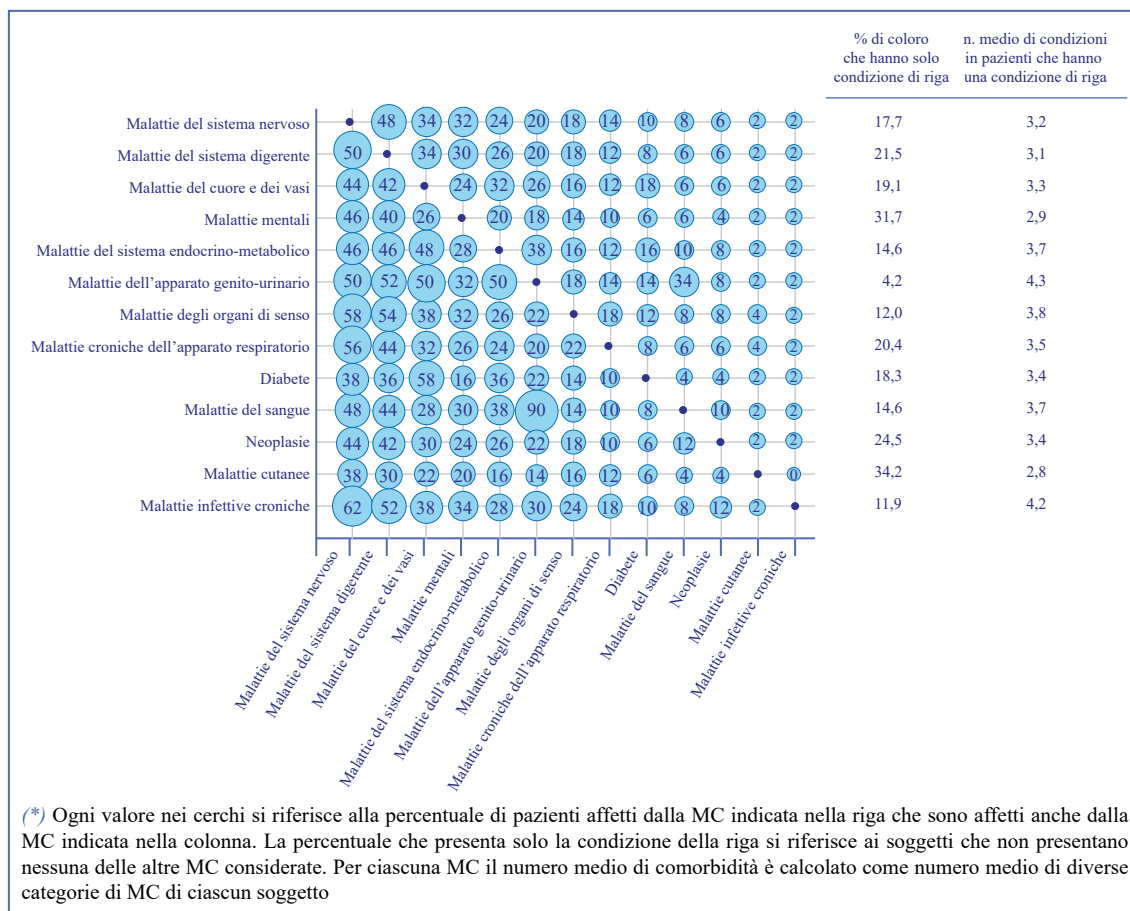


Figura 2 - Percentuale di soggetti affetti da più malattie croniche (MC). Poliambulatorio di Opera San Francesco. Milano, 2011-2020*

cuore e dei vasi, malattie mentali e diabete (Tabella 3). Per il primo gruppo di patologie, i farmaci antipertensivi, quelli per lo scompenso cardiaco e l'aspirina sono stati i più prescritti. Per i secondi prevalgono le benzodiazepine (varie classi), ma vengono utilizzati anche antidepressivi e neurolettici. I pazienti diabetici sono stati trattati prevalentemente con metformina e insulina gargarine.

Come illustrato nella Tabella 4, il rischio di essere affetti da una MC è inferiore nei maschi rispetto alle femmine (PRR = 0,88, IC 95% 0,86-0,90) e aumenta significativamente con l'età, passando da 1,38 nella fascia 40-64 anni a 1,64 in quella uguale o maggiore a 65 anni. Inoltre, anche la provenienza geografica incide sul rischio di sviluppare una MC. Rispetto agli europei, africani e asiatici hanno un rischio inferiore di avere malattie del cuore e dei vasi (PRR = 0,62, IC 95% 0,58-0,67 e PRR = 0,85, IC 95% 0,78-0,92, rispettivamente) e malattie mentali (PRR = 0,66, IC 95% 0,61-0,71 e PRR = 0,60, IC 95% 0,54-0,67, rispettivamente), mentre questi rischi aumentano nelle persone provenienti dall'America centro-meridionale (PRR

= 1,07, IC 95% 1,01-1,13 e PRR = 1,18, IC 95% 1,11-1,25, rispettivamente); nelle persone provenienti dall'Asia e dall'America centro-meridionale il rischio relativo di diabete è più elevato rispetto agli europei (PRR = 1,68, IC 95% 1,44-1,97 e PRR = 1,39, IC 95% 1,21-1,60, rispettivamente).

Discussione

I risultati presentati in questo lavoro sono stati ottenuti mediante l'analisi dei database di OSF contenenti i dati sanitari di un ampio numero di migranti irregolari e di un gruppo di europei e italiani in condizioni di povertà. L'analisi di tali database ha consentito di generare conoscenze utili per la clinica, la programmazione e l'allocazione delle risorse destinate alla salute. In particolare, è stato osservato che le persone vulnerabili assistite presso l'OSF, analogamente a quanto già documentato in uno studio precedente (9), sono frequentemente affette da MC. Si tratta spesso di persone che provengono da Paesi nei quali le MC si stanno sempre più diffondendo (10) e che trasferiscono nel Paese di destinazione il carico di malattia di cui già soffrono.

Tabella 3 - Distribuzione dei dieci farmaci prescritti più frequentemente per il trattamento delle malattie del cuore e dei vasi, delle malattie mentali e del diabete. Poliambulatorio di Opera San Francesco. Milano, 2011-2020

Codice ATC ^a	Descrizione	n. prescrizioni	% di tutte le prescrizioni del gruppo
Malattie del cuore e dei vasi			
C08CA01	Amlodipina	2.123	11,87
B01AC06	Acido acetilsalicilico	1.828	10,22
C07AB07	Bisoprololo	1.719	9,61
C09AA05	Ramipril	1.554	8,69
C09AA02	Enalapril	1.061	5,93
C09DA03	Valsartan e diuretici	700	3,91
C09BA05	Ramipril e diuretici	566	3,16
C09DA04	Irbesartan e diuretici	407	2,28
C07AB03	Atenololo	402	2,25
C05AA10	Fluocinolone acetoneide	367	2,05
Malattie mentali			
N05BA06	Lorazepam	835	10,22
N05BA12	Alprazolam	764	9,35
N06AA09	Amitriptilina	758	9,28
N05BA08	Bromazepam	695	8,50
N05BA	Derivati benzodiazepinici	989	8,43
N05AB05	Paroxetina	650	7,95
N05AH03	Olanzapina	322	3,94
N06AX21	Duloxetina	287	3,51
N05AH04	Quetiapina	275	3,37
N06BX12	Acetilcarnitina	248	3,03
Diabete			
A10BA02	Metformina	2.121	37,93
A10AE04	Insulina glargine	664	11,87
A10BB12	Glimepiride	512	9,16
A10AB04	Insulina lispro	350	6,26
A10BA05	Insulina aspart	345	6,17
A10AB06	Insulina glulisina	269	4,81
A10AE05	Insulina detemir	233	4,17
A10BB09	Gliclazide	210	3,76
A10BD02	Metformina e sulfaniluree	200	3,58
A10BH01	Sitagliptin	92	1,65

(a) ATC: anatomico terapeutico e chimico

Tabella 4 - Associazione delle caratteristiche demografiche con qualsiasi malattia cronica (MC), malattie del cuore e dei vasi, malattie mentali e diabete. Poliambulatorio di Opera San Francesco. Milano, 2011-2020^a

	Qualsiasi MC (presenza vs assenza) 17.292 vs 36.391		Malattie cuore e vasi (presenza vs assenza) 5.358 vs 36.391		Malattie mentali (presenza vs assenza) 5.082 vs 36.391		Diabete (presenza vs assenza) 1.669 vs 36.391	
Variabile	PRR ^b	IC 95%	PRR ^b	IC 95%	PRR ^b	IC 95%	PRR ^b	IC 95%
Età alla prima visita								
<18	0,46	0,43 -0,50	0,10	0,09-0,10	0,46	0,41-0,53	0,08	0,03-0,21
18-39	1 ^c		1 ^c		1 ^c		1 ^c	
40-64	1,38	1,34-1,41	3,63	3,41-3,86	1,35	1,28-1,42	7,16	6,26-8,18
≥65	1,64	1,57-1,71	6,12	5,66-6,61	1,15	1,00-1,3	nv ^d	nv ^d
Sesso								
Femmine	1 ^c		1 ^c		1 ^c		1 ^c	
Maschi	0,88	0,86-0,90	0,84	0,80-0,88	0,80	0,76-0,84	1,08	0,97-1,07
Provenienza geografica								
Europa	1 ^c		1 ^c		1 ^c		1 ^c	
Africa	0,75	0,73-0,77	0,62	0,58-0,67	0,66	0,61-0,71	0,79	0,68-0,92
Asia	0,91	0,84-0,91	0,85	0,78-0,92	0,60	0,54-0,67	1,68	1,44-1,97
America centro-merid.	1,23	1,19-1,26	1,07	1,01-1,13	1,18	1,11-1,25	1,39	1,21-1,60
Altro	0,69	0,35-1,44	1,26	0,54-2,95	0,58	0,16-2,19	1,40	0,22-9,04

(a) Per tutte le ipotesi testate, i valori p a due code <0,05 sono significativi; (b) PRR: prevalence rate ratio; (c) riferimento; (d) non valutabile

Da notare, inoltre, che la percentuale di pazienti con almeno una condizione cronica è aumentata dal 2011 al 2020, passando dal 30% circa al 50%. Questa tendenza si è accentuata a partire dal 2016 e ha subito una ulteriore accelerazione nel 2019 e nel 2020. È degno di nota anche il fatto che la popolazione con MC afferente al Poliambulatorio, sebbene relativamente giovane, sia affetta da diverse comorbidità, a conferma del fatto che nei Paesi in via di sviluppo queste malattie si stanno diffondendo anche tra le persone giovani.

Come era lecito attendersi, il rischio di essere affetti da una MC aumenta con l'età ed è più elevato tra le femmine. Sebbene gli studi sulle differenze di genere nella prevalenza delle MC tra i migranti irregolari siano scarsi, i dati presentati confermano precedenti osservazioni indicanti tassi sostanzialmente più elevati di MC nelle femmine. Una possibile spiegazione di questo fenomeno è rappresentata dal fatto che spesso le donne lavorano in settori meno regolamentati e dunque sperimentano una maggiore precarietà e beneficiano di una minore tutela della salute (11).

Sono state riscontrate, inoltre, differenze legate alla provenienza geografica. Nel dettaglio, per quanto riguarda le malattie del cuore e dei vasi, le persone provenienti dai Paesi europei hanno un rischio inferiore rispetto a quelle provenienti dall'America centro-meridionale, ma un rischio più elevato rispetto a coloro che provengono dall'Africa e dall'Asia. Questo dato è di difficile interpretazione, ma potrebbe indicare l'esistenza di possibili diversità nella suscettibilità genetica per queste patologie e delle alterazioni epigenetiche che potrebbero influenzare il rischio cardio-metabolico. Poiché la prevalenza di una malattia dipende anche dalla coesistenza e dall'interazione tra diversi fattori di rischio, si deve anche tenere conto del possibile ruolo esercitato dai cambiamenti dello stile di vita (legati alla migrazione), dallo stress psicosociale e da un basso livello socioeconomico (12).

Studi precedenti dimostrano differenze significative nella morbilità e mortalità cardiovascolare tra migranti e nativi, e che queste non sono sempre a favore della popolazione ospitante (13). Ciò può essere dovuto al fatto che spesso i migranti sono persone giovani e, sebbene affette da MC, hanno un'aspettativa di vita superiore (14, 15). Un'altra ipotesi è il cosiddetto *salmon bias effect*: i migranti tendono a tornare nel Paese di origine quando sono gravemente ammalati o ritengono di morire entro breve tempo, ma la loro morte non viene

registrata nelle statistiche del Paese di residenza e quindi diventano "statisticamente immortali". Questa sottostima dei decessi determina un tasso di mortalità degli immigrati artificialmente basso (16).

Nella popolazione presa in esame, anche le malattie mentali sono molto diffuse e il PRR è più elevato per chi proviene dall'America centro-meridionale rispetto agli europei. Ciò conferma precedenti osservazioni riportate in una revisione della letteratura (17), secondo la quale i problemi di salute mentale più comuni dei migranti irregolari presenti in Europa sono ansia, depressione e disturbi del sonno, seguiti da psicosi e disturbo da stress post traumatico. Tra queste persone, inoltre, la paura costante e i sentimenti di ansia e depressione determinano un'espressione del disagio mentale anche attraverso sintomi atipici, come il dolore fisico (17).

Il PRR del diabete è significativamente più elevato tra le persone provenienti dai Paesi asiatici e dall'America centro-meridionale, rispetto agli europei. I fattori genetici sono sicuramente implicati, dato che il diabete è una malattia poligenica in cui più geni localizzati su cromosomi diversi contribuiscono alla sua suscettibilità. Questi risultati sono in linea con l'osservazione che la frequenza del diabete, indipendentemente dalla provenienza geografica, è maggiore tra i migranti che, tra l'altro, sviluppano la malattia in età più precoce rispetto ai nativi europei (18). A supporto di queste osservazioni, dati presenti in letteratura indicano che le persone provenienti dall'Asia centro-meridionale hanno una elevata suscettibilità al diabete e presentano una elevata resistenza all'insulina (19). La prevalenza del diabete è più alta anche tra gli asiatici americani rispetto alla popolazione residente (20). Non è stato riscontrato un rischio più elevato di diabete tra le persone provenienti dai Paesi africani rispetto a quelli europei. Tuttavia, alcuni autori, già due decenni fa, avevano ipotizzato che i tassi da moderati ad alti di ridotta tolleranza al glucosio riscontrati in diversi Paesi africani potessero essere un indicatore di una "epidemia" di diabete attribuibile, in parte, alla rapida urbanizzazione e alla povertà urbana (21). Stime recenti indicano nella regione africana una prevalenza del diabete pari al 4,5% nel 2021, con una tendenza all'aumento negli anni futuri (22).

Le nostre osservazioni supportano l'idea che affrontare le MC dei migranti privi di documenti dovrebbe diventare una questione prioritaria in Europa. Alcune di queste malattie sono ora considerate, almeno in parte, "trasmissibili" attraverso condizioni sociali ed economiche,

virus, urbanizzazione e industrializzazione e deserti alimentari (ovvero aree con carenza di alimenti sani come frutta e verdura fresca), tanto che è stato proposto di rinominarle *socially transmitted conditions* (23). Bisogna però realisticamente ammettere che la loro prevenzione è particolarmente difficile tra i migranti irregolari, soprattutto a causa delle limitazioni di cui soffrono nell'accesso alle cure mediche.

Il principale punto di forza di questo studio è l'ampia casistica studiata, ma sono presenti alcune limitazioni. Ad esempio, poiché è impossibile conoscere il numero esatto di migranti irregolari che vivono in Lombardia in un certo periodo di tempo, non è stato possibile fornire alcun dato sulla reale prevalenza di MC in questa popolazione; l'unica informazione certa è la frequenza relativa delle varie MC nella popolazione di migranti privi di documenti che hanno cercato assistenza presso l'OSF. Ancora più importante è il fatto che non sono disponibili informazioni conclusive sulla durata della permanenza in Italia dei migranti irregolari. Questa informazione potrebbe essere fondamentale per distinguere tra gli stili di vita precedenti e i più recenti e l'impatto sulla malattia attuale. È difficile ottenere tali informazioni anche a causa della riluttanza di molti a dichiarare il momento esatto dell'arrivo in Italia.

Conclusioni

In uno scenario caratterizzato da una sempre minore disponibilità di risorse e dall'aumento della complessità clinico-assistenziale degli utenti in carico, è necessario individuare percorsi e strategie sostenibili nel lungo periodo. Tale esigenza è un immancabile presupposto per una collaborazione tra l'SSN e le organizzazioni del terzo settore che possono svolgere una funzione sussidiaria fondamentale laddove il servizio pubblico non riesce a esaudire le richieste di cura delle persone. Ciò vale in particolare per i migranti irregolari privi di documenti affetti da MC come diabete, patologie cardiovascolari e disagio mentale il cui numero è in costante aumento. Se il problema non sarà affrontato in modo tempestivo probabilmente assisteremo a un peggioramento delle loro condizioni di salute, a maggiori complicazioni e ulteriori comorbidità, rendendo necessari in futuro interventi più dispendiosi in termini di risorse (ad esempio, esami diagnostici, ospedalizzazioni e trattamenti terapeutici). A dimostrazione di ciò, i risultati di uno studio recente evidenziano che il modello di assistenza operato dalle organizzazioni del terzo settore nei confronti dei migranti irregolari diabetici è utile per evitare ricoveri ospedalieri

non programmati (in condizioni di urgenza o emergenza), complicazioni prevenibili e una maggiore ricorrenza in termini di accesso e costi ai servizi ospedalieri (24).

È quindi necessario progettare ulteriori collaborazioni tra SSN e organizzazioni del terzo settore, tenendo conto che le MC sono distribuite in modo non uniforme nei diversi gruppi di migranti.

I risultati qui presentati sottolineano anche l'importanza di un'attività di ricerca che consenta di far luce su aspetti poco indagati o negletti della salute nella popolazione emarginata che nella nostra società rappresenta l'invisibile che deve diventare visibile.

Citare come segue:

Cella SG, Maffenini W, Carrassi A, Seccia L, Bigi F, Zucchetti A, Carrozza A, Fiammanti C, Lioni E, Pidginai C, Cavenaghi A, Nucera B, Monza D, Hlavyts'ka Y, Petoku X, Ortega E, Zanini E. Dall'invisibile al visibile. L'esperienza con la popolazione vulnerabile del Poliambulatorio di Opera San Francesco per i Poveri a Milano nella decade 2011-2020. In: Da Cas R, Morciano C (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):37-46.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: Ministero dell'Università e della Ricerca PRIN 2017 (project 2017728JPK).

Comitato etico: Comitato Etico dell'Università Milano-Bicocca. "Studio dell'evoluzione temporale delle malattie croniche non trasmissibili nella popolazione migrante irregolare ed italiana povera assistita presso un Ente Sanitario Caritativo di Milano tra il 2011 e il 2020". Approvazione n. 676, 25 gennaio 2020.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Hall, MA, Rediscovering the Importance of Free and Charitable Clinics N J Med 2023;389(7):585-7. doi: 10.1056/NEJMp2303119
2. Banco Farmaceutico Onlus, Osservatorio Povertà Sanitaria. *Donare per curare: Povertà sanitaria e donazione farmaci*. 10° Rapporto. 2022.
3. Istituto Nazionale di Statistica. Condizioni di vita e reddito delle famiglie anni 2021-2022. 2022. www.istat.it/it/files/2023/06/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI-DI-VITA2022.pdf; ultimo accesso 8/4/2024.
4. Ministero della Salute. Gli strumenti: il metodo di classificazione secondo il sistema ATC/DDD. Bollettino di Informazione sui Farmaci. Anno IX, n. 6. p. 59-61 http://www.agenziafarmaco.gov.it/wscs_render_attachment_by_id/111.61850.1150390484813676c.pdf?id=111.61855.1150390485109#:~:text=La%20metodologia%20adottata%20a%20livello,%2D%20finita%20Giornaliera%2C%20DDD; ultimo accesso 8/4/2024.
5. Norwegian Institute of Public Health. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2023. www.whocc.no/atc_ddd_index/; ultimo accesso 8/4/2024.

6. Huber, CA, Szucs T, Rapold R, Reich O. Identifying patients with chronic conditions using pharmacy data in Switzerland: An updated mapping approach to the classification of medications. *BMC Public Health* 2013;13:1030. doi: 10.1186/1471-2458-13-1030
7. Bini S, Clavenna A, Rigamonti AE, Sartorio A, Marazzi N, Fiorini G, et al. Drugs Delivery by Charities: A Possible Epidemiologic Indicator in Children of Undocumented Migrants. *J Immigrant Minor Health* 2017;19:1379-85. doi: 10.1007/s10903-016-0471-6
8. Istituto Nazionale di Statistica. Codici delle unità territoriali estere. <https://www.istat.it/it/archivio/6747>; ultimo accesso 8/4/2024.
9. Fiorini G, Cerri C, Bini S, Rigamonti AE, Perlini S, Marazzi N, et al. The burden of chronic noncommunicable diseases in undocumented migrants: A 1-year survey of drugs dispensation by a non-governmental organization in Italy. *Public Health* 2016;141:26-31. doi: 10.1016/j.puhe.2016.08.009
10. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet* 2008;372:940-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61404-X
11. Eikemo TA, Gkiouleka A, Rapp C, Utvei SS, Huijts T, Stathopoulou T. Non-communicable diseases in Greece: inequality, gender and migration. *European Journal of Public Health* 2018;28(5):38-47. doi: 10.1093/eurpub/cky219
12. Agyemang C, van den Born BJ. Cardiovascular health and disease in migrant populations: A call to action. *Nat Rev Cardiol* 2022;19(1):1-2. doi: 10.1038/s41569-021-00644-y
13. Petrelli A, Di Napoli A, Agabiti N, Barbieri G, Bardin A, Bargagli AM, et al. Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitani. *Epidemiol Prev* 2019;43(5-6 Suppl 1):1-80. doi: 10.19191/EP19.5-6.S1.112
14. Regidor E, Ronda E, Pasquale C, Martínez D, Calle ME, Domínguez V. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid [Mortality from cardiovascular diseases in immigrants residing in Madrid]. *Med Clin Barc* 2009;132(16):621-4. Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2008.06.025
15. Bos V, Kunst AE, Keij-Deerenberg IM, Garssen J, Mackenbach JP. Ethnic inequalities in age- and cause- specific mortality in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2004;33:1112-9. doi: 10.1093/ije/dyh189
16. Di Napoli A, Rossi A, Alicandro G, Ventura M, Frova L, Petrelli A. Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Sci Rep* 2021;11(1):8033. doi: 10.1038/s41598-021-87522-2
17. Heikkurinen M. Mental Health of Irregular Migrants: a Scoping Review. 2019. www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160087/Heikkurinen_Mona.pdf?sequence=1&isAllowed=y; ultimo accesso 8/4/2024.
18. Agyemang C, van der Linden EL, Bennet L. Type 2 diabetes burden among migrants in Europe: Unravelling the causal pathways. *Diabetologia* 2021;64(12):2665-75. doi: 10.1007/s00125-021-05586-1
19. Radha V, Mohan V. Genetic predisposition to Type 2 diabetes among Asian Indians. *Indian J Med Res* 2007;125(3):259-74. PMID: 17496355
20. McNeely MJ, Boyko EJ. Type 2 diabetes prevalence in Asian Americans: results of a national health survey. *Diabetes Care* 2004;27(1):66-9. doi: 10.2337/diacare.27.1.66
21. Motala AA, Omar MAK, Pirie FJ. Diabetes in Africa. *Epidemiology of Type 1 and Type 2 Diabetes in Africa. J Cardiovasc Risk* 2003;10(2):77-83. doi: 10.1097/01.hjr.0000060843.48106.31; ultimo accesso 8/4/2024.
22. WHO. Analytical fact sheet. Diabetes, a silent killer in Africa. March 2023. https://files.who.int/afahobckpcontainer/production/files/iAHO_Diabetes_Regional_Factsheet.pdf
23. Allen LN, Feigl AB. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. *Lancet Glob Health* 2017;5(7):e644-e646. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30200-0
24. Listorti E, Torbica A, Cella SG, Fiorini G, Corrao G, Franchi M. Healthcare services for undocumented migrants: organisation and costs from the Italian NHS perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(24):16447. doi: 10.3390/ijerph192416447

Il sistema di tutela sanitaria delle persone private della libertà personale: utilizzo dei farmaci della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo (2021-2022)

Giulio Starnini^a, Carlo Leonardi^b, Simona Giacomini^c, Dalila Corsini^a, Patrizia Caciola^d, Fabrizio Ferri^e, Anna Maria Ialungo^a, Elena Rastrelli^a, Serena Dell'Isola^a, Maria Carla Covelli^f, Gianfranco De Gesù^f, Arturo Cavaliere^g

^aUnità Operativa Complessa di Medicina Protetta - Malattie Infettive, Ospedale Belcolle di Viterbo

^bDipartimento Tutela delle Fragilità, ASL Roma 2

^cCentrale Operativa Aziendale, ASL Viterbo

^dUnità Operativa Complessa Governo delle Professioni Sanitarie, ASL Viterbo

^eUnità Operativa Semplice di Medicina Penitenziaria Territoriale, ASL Viterbo

^fDirezione generale dei detenuti e del trattamento, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Ministero della Giustizia, Roma

^gUnità Operativa Complessa Farmacia Aziendale, ASL Viterbo

SUMMARY

Health protection system for persons deprived of their liberty: use of medicines in the Rome 2 and Viterbo Local Health Units (Italy, 2021-2022)

Introduction

The prison population, has a more vulnerable health profile than the general population with a higher prevalence of mental diseases, communicable diseases and drug addiction. As of 30 June 2022, according to data from the Information System of the Department of Penitentiary Administration, in Italy there were 54,841 prisoners, 71.5% were men under 50 years of age and 31.3% were foreigners. This article describes the unit of drug in five prisons in the Latium Region in 2021-2022. The aim is to analyze the health status, through the indirect parameter of unit of drug.

Materials and methods

The results on unit of drug were presented overall and stratified by the five prisons included in the study. The evaluation of drug consumption was based on per capita unit of drug, taking as a reference the inmate population in the five penitentiaries during the years 2021-2022. Results were also stratified by main anatomical group according to the ATC classification.

Results

Overall, the prison population increased by 5% in 2022 compared to 2021 and mean age was over 40 years. The number of unit of drug per capita remained substantially stable in 2022 compared to 2021 (81.2 vs 81.0), although a variability was observed among the five penitentiaries in terms of per capita unit of drug (range: -21%, +21%). The distribution of drug consumption by main anatomical group varies among the five penitentiaries. The most prescribed drugs are those for the nervous system and the gastrointestinal and metabolic systems, whose consumption remained stable over the two years considered.

Discussion and conclusions

The observed use drugs is a proxy of the health status of prison population. The high use of drugs for the nervous, gastrointestinal and metabolic systems underlines the need for effective management of mental health conditions and chronic diseases. The variability observed of the use of drugs among the penitentiaries are difficult to be interpreted. This needs to be investigated in future studies.

Key words: prison population; health care; drugs

giulio.starnini@asl.vt.it

Introduzione

Il tema della tutela della salute delle persone detenute ha ricevuto e riceve attenzione dalle istituzioni dell'Unione Europea (1) e del nostro Paese (2, 3). Si è osservata, infatti, una maggiore vulnerabilità del profilo di salute nella popolazione delle persone detenute rispetto a quella generale, poiché vi è una più elevata prevalenza di malattie mentali, malattie trasmissibili e anche di problemi di tossicodipendenza (4).

I dati del Sistema Informatico del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria descrivono un quadro sociodemografico delle strutture penitenziarie in Italia non solo complesso, ma anche aggravato da problematiche riconducibili al sovraffollamento. Al 30 giugno 2022, le persone detenute nei 189 penitenziari italiani

(**Materiale aggiuntivo - Figura 1**) erano in totale 54.841, con un superamento dei posti letto disponibili pari a 3.990 unità (**Materiale aggiuntivo - Figura 2**). Le persone detenute erano in larga maggioranza uomini al di sotto dei 50 anni di età (39.205, pari al 71,5% del totale). Gli stranieri rappresentavano il 31,3% del totale (17.683), per la maggior parte giovani provenienti dal continente Africano (9.510); questo dato è in controtendenza rispetto alle persone detenute di cittadinanza italiana dove la classe di età più rappresentata era quella degli over 50 (**Materiale aggiuntivo - Figura 3 e Tabella 1**). Nello stesso periodo i decessi avvenuti per cause naturali sono stati 87, mentre sono stati registrati 84 suicidi, 15,2 ogni 10.000 mediamente presenti e ciò rappresenta il livello più elevato raggiunto dal 1992 (**Materiale aggiuntivo - Tabella 2**) (5).

Interessante sottolineare come negli ultimi anni si sia ridotto il numero di persone detenute in attesa di giudizio rispetto agli anni precedenti (nel 2022 il 27,8% del totale) con il 71,7% di condanne definitive (**Materiale aggiuntivo - Tabella 3**) (6). Secondo il rapporto Space al 31 gennaio 2018 in Italia il 34,5% di essi erano in attesa di giudizio contro una media europea del 26,0% (7).

Come è noto, il DLvo 230/1999 (8) e il successivo decreto attuativo (9) hanno trasferito le competenze in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. In questo setting manca, tuttavia, un sistema di monitoraggio standardizzato che, oltre a ottenere dati epidemiologici sullo stato di salute delle persone detenute, possa offrire evidenze robuste a cui ancorare saldamente politiche di salute pubblica altamente inclusive.

Obiettivo di questo lavoro è descrivere l'erogazione dei farmaci alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari di competenza della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo negli anni 2021-2022 per una maggiore conoscenza dello stato di salute delle persone detenute. Lo scopo è sensibilizzare alla promozione e all'implementazione di politiche di miglioramento della qualità delle cure, rispettando i diritti fondamentali della popolazione detenuta.

Materiali e metodi

I dati sulle unità di farmaci prescritte sono stati ottenuti dal sistema informativo delle farmacie aziendali della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo per il 2021 e il 2022. I risultati sulle unità di farmaco prescritte sono stati stratificati per i cinque istituti oggetto di questo studio: Casa Circondariale (CC) Femminile Roma Rebibbia, CC Rebibbia Nuovo Complesso, CC Rebibbia III Casa, Casa di Reclusione (CR) Rebibbia Reclusione, CC Viterbo.

La popolazione di detenuti è descritta in termini di età e di cittadinanza. Per valutare il consumo dei farmaci nelle diverse strutture sono state calcolate le unità di farmaco prescritte pro capite utilizzando come riferimento la popolazione detenuta presente nei cinque istituti negli anni 2021 e 2022. I risultati sono stati stratificati per gruppo anatomico principale sulla base della classificazione anatomica terapeutica e chimica (ATC) aggiornata dal Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di Oslo (10).

I dati sono descritti in termini di frequenze assolute e percentuali.

Risultati

In **Tabella 1** è descritta la popolazione detenuta nel 2022 nei cinque istituti penitenziari della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo, distinta per alcune

Tabella 1 - Descrizione della popolazione dei cinque istituti penitenziari di competenza della ASL Roma 2 e ASL Viterbo per caratteristiche sociodemografiche (2022)

Istituto penitenziario	CC ^a Femminile Roma Rebibbia	CC ^a Rebibbia Nuovo Complesso	CC ^a Rebibbia III Casa	CR ^b Rebibbia Reclusione	CC ^a Viterbo
Totale popolazione	n. 327	n. 1.459	n. 68	n. 329	n. 573
Età media (in anni)	45	44	51	49	43
Classe di età	%	%	%	%	%
18-20	0,5	0,6	0,0	0,0	0,3
21-24	2,4	3,5	0,0	2,4	3,1
25-29	7,0	9,0	3,6	2,7	9,8
30-34	10,5	12,6	8,4	8,8	12,2
35-39	15,1	14,2	2,4	10,1	16,6
40-44	14,8	13,8	13,3	13,2	15,6
45-49	17,7	13,1	21,7	17,6	15,3
50-59	22,3	19,3	27,7	27,0	15,0
60-69	7,3	11,8	19,3	13,2	9,1
≥70	2,4	2,2	3,6	5,1	2,9
Cittadinanza	%	%	%	%	%
Italiani	61,6	69,0	83,1	87,2	63,0
Stranieri	38,4	31,0	16,9	12,8	37,0
Europa (esclusi italiani)	23,9	13,5	8,4	6,4	16,9
Africa	6,2	11,3	6,0	2,7	15,2
Asia	2,4	2,6	2,4	2,4	2,6
America	5,9	3,7	-	1,4	2,3

(a) CC: Casa Circondariale; (b) CR: Casa di Reclusione

caratteristiche sociodemografiche. Nel complesso, l'età media è superiore a 40 anni, con un valore minimo di 43 anni nella CC Viterbo e massimo di 51 anni nella CC Rebibbia III Casa.

Analizzando la distribuzione per fascia di età, si può notare come quella compresa tra 45 e 59 anni rappresenti circa il 50% del totale della popolazione detenuta nella CC Rebibbia III Casa, mentre nella CC Rebibbia Nuovo Complesso e nella CC Viterbo, solo il 30% ha un'età compresa in questa fascia. Questi dati possono suggerire differenze nella posizione giuridica o nei tipi di reato commessi e potrebbero essere oggetto di ulteriori approfondimenti.

La componente con cittadinanza straniera rappresenta solo il 13% delle persone detenute nella CR Rebibbia Reclusione, mentre circa il 40% nella CC Femminile Roma Rebibbia e nella CC Viterbo. Tra gli stranieri, la maggior parte proviene dal continente europeo, con percentuali che variano dal 6,4% nella CR Rebibbia Reclusione al 23,9% nella CC Femminile Roma Rebibbia. Altri continenti rappresentati sono quello africano (dal 2,7% nella CR Rebibbia Reclusione al 15,2% nella CC Viterbo) e asiatico (circa il 2,5% in tutti gli istituti penitenziari). Inoltre, il 5,9% delle persone detenute nella CC Femminile Roma Rebibbia proviene dal continente americano.

La **Tabella 2** riporta i dati relativi alla popolazione presente e al numero di unità di farmaco prescritte nelle cinque strutture penitenziarie della Regione Lazio per gli anni 2021 e 2022, fornendo anche la variazione percentuale per ogni parametro. Nel complesso, la popolazione detenuta è aumentata del 5% tra il 2021 e il 2022, passando da 2.589 a 2.714.

In termini di unità di farmaco prescritte pro capite, il dato complessivo è rimasto stabile, passando da 81,0 nel 2021 a 81,2 nel 2022. La CC Femminile Roma Rebibbia è la struttura con il maggior numero di unità di farmaco prescritte pro capite (138,1), in aumento del 6% rispetto al 2021, seguita dalla CC Rebibbia Nuovo Complesso (80,6;

+2% rispetto al 2021) e dalla CC Viterbo (66,5; -21% rispetto al 2021). L'uso dei farmaci nella CC Rebibbia III Casa è rimasto sostanzialmente stabile (+1%), nonostante la diminuzione della popolazione detenuta. Infine, nella CR Rebibbia Reclusione vi è stato un significativo aumento (+21%) delle unità di farmaco prescritte pro capite, passate da 49,7 nel 2021 a 60,2 nel 2022. I differenti andamenti osservati nel ricorso ai farmaci tra le strutture penitenziarie, oltre alla variazione nel numero delle persone detenute, potrebbero essere determinati dalle condizioni di salute e/o da differenti modelli di gestione sanitaria delle strutture.

Nelle **Tabelle 3A-3E** sono riportate le unità di farmaci prescritte in termini di numero totale e pro capite nel 2021 e nel 2022 e la relativa variazione percentuale, suddivise per ATC I livello e istituto penitenziario. La distribuzione dell'uso di farmaci per gruppo è simile in tutte e cinque le strutture: i farmaci del sistema nervoso e dell'apparato gastrointestinale e metabolismo rappresentano le categorie a maggiore prescrizione.

Nello specifico, i farmaci del sistema nervoso hanno rappresentato nel 2022 oltre il 60% delle unità di farmaco prescritte nella CC Rebibbia Nuovo Complesso, con una variazione del +3% rispetto all'anno precedente (**Tabella 3E**). Nella CC Rebibbia Femminile, questa categoria di farmaci ha rappresentato il 56,5% delle unità di farmaco prescritte, con un incremento del 7% rispetto al 2021 (**Tabella 3D**). Al contrario, si registra una marcata diminuzione nella CC Viterbo (-40%), con un consumo che dalle 46,2 unità di farmaco prescritte pro capite nel 2021 scende alle 27,9 nel 2022 (**Tabella 3A e Figura 1**) e nella CC Rebibbia III Casa (-29%) (**Tabella 3C e Figura 1**).

Il consumo di farmaci per l'apparato gastrointestinale e metabolismo è aumentato di circa il 30% nella CR Rebibbia Reclusione e nella CC Rebibbia III Casa (**Tabella 3B e Tabella 3C**), mentre rimane stabile nelle altre strutture (**Figura 2**). Oltre al trattamento dei disturbi del tratto gastrointestinale, come il reflusso

Tabella 2 - Rapporto popolazione presente nei cinque istituti penitenziari di competenza della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo e unità di farmaco prescritte, 2021-2022 (dati riferiti al 31 dicembre di ogni anno)

Istituto penitenziario	Popolazione presente			n. unità di farmaco		Unità di farmaco pro capite		
	2021	2022	Δ%	2021	2022	2021	2022	Δ%
CC ^a Femminile Roma Rebibbia	308	327	6	40.052	45.146	130,0	138,1	6
CC ^a Rebibbia Nuovo Complesso	1.298	1.459	12	102.506	117.620	79,0	80,6	2
CC ^a Rebibbia III Casa	81	68	-16	2.525	2.137	31,2	31,4	1
CR ^b Rebibbia Reclusione	329	278	-16	16.342	16.726	49,7	60,2	21
CC ^a Viterbo	573	582	2	48.209	38.692	84,1	66,5	-21
Totale	2.589	2.714	5	209.634	220.321	81,0	81,2	0

(a) CC: Casa Circondariale; (b) CR: Casa di Reclusione

Tabella 3A - Distribuzione per categoria anatomica terapeutica e chimica (ATC) delle unità di farmaco prescritte nella Casa Circondariale Viterbo: confronto 2022-2021

		n. unità di farmaco				Unità di farmaco pro capite		
		2021		2022		2021	2022	
ATC I livello	Descrizione	n.	%	n.	%	n.	n.	Δ%
N	Sistema nervoso	26.447	54,9	16.217	41,9	46,2	27,9	-40
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	7.209	15,0	7.586	19,6	12,6	13,0	4
M	Sistema muscoloscheletrico	4.131	8,6	3.217	8,3	7,2	5,5	-23
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	3.609	7,5	3.146	8,1	6,3	5,4	-14
C	Sistema cardiovascolare	2.439	5,1	2.851	7,4	4,3	4,9	15
D	Dermatologici	1.891	3,3	2.217	5,7	3,3	3,8	15
B	Sangue e organi emopoietici	583	1,2	1.063	2,8	1,0	1,8	80
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	749	1,6	726	1,9	1,3	1,2	-5
V	Vari	411	0,9	668	1,7	0,7	1,1	60
G	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	213	0,4	410	1,1	0,4	0,7	90
S	Organi di senso	326	0,7	377	1,0	0,6	0,6	14
R	Sistema respiratorio	200	0,4	214	0,6	0,3	0,4	5
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-100
Totale		48.209	100,0	38.692	100,0	84,1	66,5	-210

Tabella 3B - Distribuzione per categoria anatomica terapeutica e chimica (ATC) delle unità di farmaco prescritte nella Casa di Reclusione Rebibbia Reclusione: confronto 2022-2021

		n. unità di farmaco				Unità di farmaco pro capite		
		2021		2022		2021	2022	
ATC I livello	Descrizione	n.	%	n.	%	n.	n.	Δ%
N	Sistema nervoso	6.802	41,6	6.993	41,8	20,7	25,2	22
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	3.261	20,0	3.541	21,2	9,9	12,7	29
C	Sistema cardiovascolare	1.908	3,0	1.679	10,0	5,8	6,0	4
M	Sistema muscoloscheletrico	1.215	19,2	1.117	6,7	3,7	4,0	9
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.036	6,3	931	5,6	3,1	3,3	6
G	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	477	2,9	686	4,1	1,4	2,5	70
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	494	3,0	551	3,3	1,5	2,0	32
H	Sangue e organi emopoietici	393	2,4	528	3,2	1,2	1,9	59
D	Dermatologici	458	2,8	416	2,5	1,4	1,5	7
R	Sistema respiratorio	126	0,8	140	0,8	0,4	0,5	31
S	Organi di senso	167	1,0	135	0,8	0,5	0,5	-4
Totale		16.342	100,0	16.726	100,0	49,7	60,2	21

gastroesofageo o per la gastroprotezione nelle persone in terapia con antiaggreganti o farmaci antinfiammatori, l'elevato utilizzo di tale categoria

potrebbe essere spiegato anche dalla prevalenza di malattie croniche, in particolare diabete, nella popolazione carceraria (2).

Tabella 3C - Distribuzione per categoria anatomica terapeutica e chimica (ATC) delle unità di farmaco prescritte nella Casa Circondariale Rebibbia III Casa: confronto 2022-2021

		n. unità di farmaco				Unità di farmaco pro capite		
		2021		2022		2021	2022	
ATC I livello	Descrizione	n.	%	n.	%	n.	n.	Δ%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	683	27,0	722	33,8	8,4	10,6	26
N	Sistema nervoso	963	38,1	574	26,9	11,9	8,4	-29
C	Sistema cardiovascolare	327	13,0	241	11,3	4,0	3,5	-12
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	132	5,2	147	6,9	1,6	2,2	33
G	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	101	4,0	138	6,5	1,2	2,0	63
M	Sistema muscoloscheletrico	114	4,5	120	5,6	1,4	1,8	25
B	Sangue e organi emopoietici	71	2,8	78	3,6	0,9	1,1	31
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	16	0,6	58	2,7	0,2	0,9	332
D	Dermatologici	53	2,0	32	1,5	0,7	0,5	-28
S	Organi di senso	45	1,8	17	0,8	0,6	0,3	-55
R	Sistema respiratorio	20	0,8	10	0,5	0,2	0,1	-40
Totale		2.525	100,0	2.137	100,0	31,2	31,4	1

Tabella 3D - Distribuzione per categoria anatomica terapeutica e chimica (ATC) delle unità di farmaco prescritte nella Casa Circondariale Femminile Roma Rebibbia: confronto 2022-2021

		n. unità di farmaco				Unità di farmaco pro capite		
		2021		2022		2021	2022	
ATC I livello	Descrizione	n.	%	n.	%	n.	n.	Δ%
N	Sistema nervoso	22.542	56,3	25.521	56,5	73,2	78,0	7
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	6.835	17,1	7.540	16,7	22,2	23,1	4
M	Sistema muscoloscheletrico	2.647	6,6	3.127	6,9	8,6	9,6	11
D	Dermatologici	1.296	3,2	1.903	4,2	4,2	5,8	38
C	Sistema cardiovascolare	1.607	4,0	1.761	3,0	5,2	5,4	3
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	1.608	4,0	1.675	3,7	5,2	5,1	-2
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	1.032	2,6	1.178	2,6	3,4	3,6	8
B	Sangue e organi emopoietici	661	1,7	731	1,6	2,1	2,2	4
R	Sistema respiratorio	612	1,5	699	1,5	2,0	2,1	8
G	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	723	1,8	681	1,5	2,3	2,1	-11
S	Organi di senso	343	0,9	265	0,6	1,1	0,8	-27
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	146	0,4	65	0,1	0,5	0,2	-58
Totale		40.052	100,0	45.146	100,0	130,0	138,1	6

Importanti incrementi percentuali in quasi tutte le strutture riguardano i farmaci del sangue e degli organi emopoietici e dell'apparato genito-

urinario e ormoni sessuali, anche se con valori estremamente ridotti (inferiori alle tre unità di farmaco prescritte pro capite). Al contrario,

Tabella 3E - Distribuzione per categoria anatomica terapeutica e chimica (ATC) delle unità di farmaco prescritte nella Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso: confronto 2022-2021

ATC I livello	Descrizione	n. unità di farmaco				Unità di farmaco pro capite		
		2021		2022		2021	2022	Δ%
		n.	%	n.	%	n.	n.	Δ%
N	Sistema nervoso	55.703	54,3	64.407	62,8	42,9	44,1	3
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	22.382	21,8	22.858	22,3	17,2	15,7	-9
M	Sistema muscoloscheletrico	5.730	5,6	7.189	7,0	4,4	4,9	12
C	Sistema cardiovascolare	4.951	4,8	6.481	6,3	3,8	4,4	16
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	5.095	5,0	6.023	5,8	3,9	4,1	5
B	Sangue e organi emopoietici	1.770	1,7	3.424	3,3	1,4	2,3	72
G	Apparato genito-urinario e ormoni sessuali	1.400	1,4	1.947	1,9	1,1	1,3	24
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	1.184	1,2	1.491	1,5	0,9	1,0	12
R	Sistema respiratorio	939	0,9	1.388	1,4	0,7	1,0	32
D	Dermatologici	1.577	1,5	1.045	1,0	1,2	0,7	-41
V	Vari	840	0,8	1.029	1,0	0,6	0,7	9
S	Organi di senso	935	0,9	336	0,3	0,7	0,2	-68
L	Farmaci antineoplastici e immunomodulatori		-	2	0,0	-	-	-
Totale		102.506	100,0	117.620	100,0	79,0	80,6	2

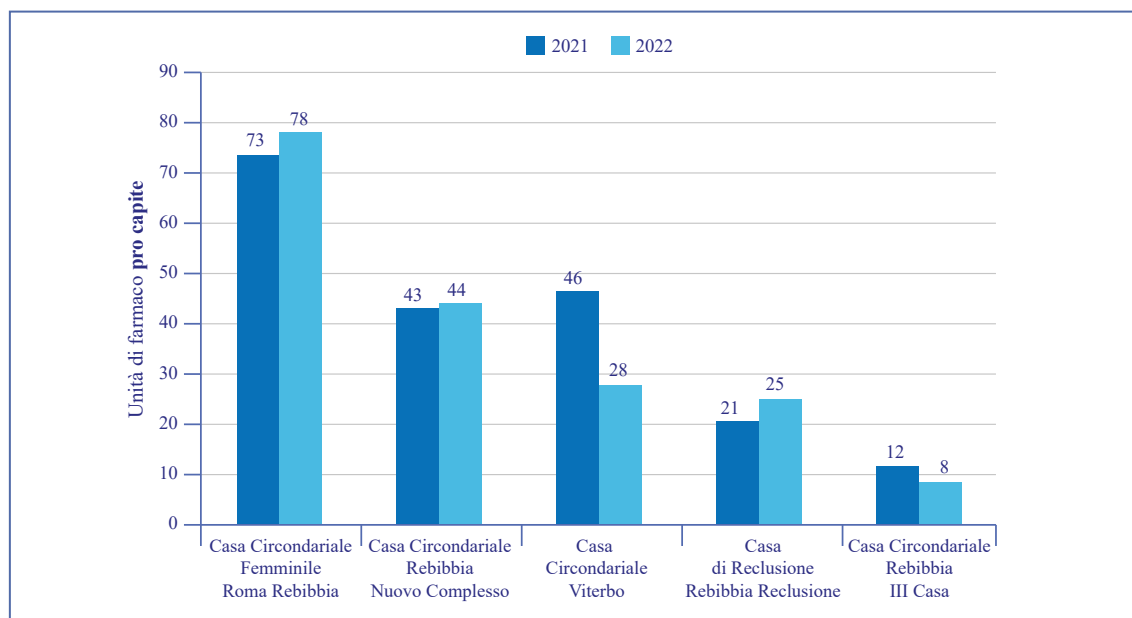


Figura 1 - Confronto 2021-2022 delle unità di farmaco del sistema nervoso negli istituti penitenziari della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo

l'utilizzo dei farmaci antimicrobici generali per uso sistemico rimane stabile, fatta eccezione per la CC Rebibbia III Casa, dove si registra un aumento del

33% (Tabella 3C). Questa categoria comprende antibiotici e altri farmaci utilizzati per trattare infezioni batteriche, virali o fungine.

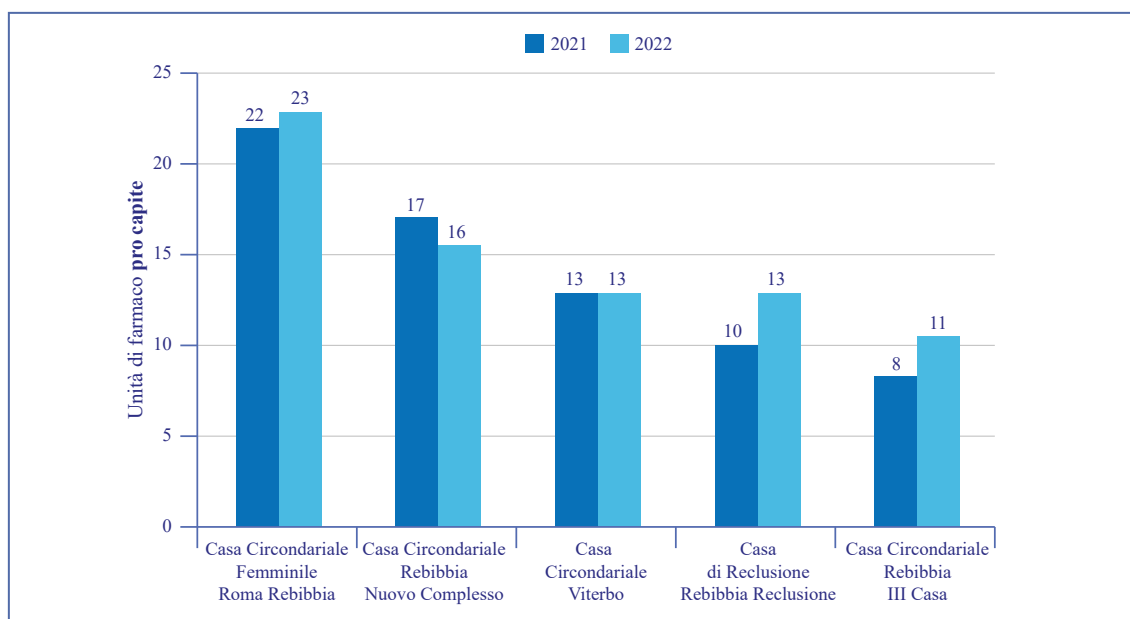


Figura 2 - Confronto 2021-2022 delle unità di farmaco dell'apparato gastrointestinale e metabolismo negli istituti penitenziari della ASL Roma 2 e della ASL Viterbo

Discussione e conclusioni

Lo studio evidenzia che, nei cinque istituti penitenziari del Lazio, la categoria di farmaci maggiormente prescritti sono quelli per la cura delle patologie del sistema nervoso. Il secondo gruppo di farmaci più prescritto è invece quello per le patologie dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo, seguito, in tre istituti (CC Femminile Roma Rebibbia, CC Viterbo, CC Rebibbia Nuovo Complesso) dai farmaci per il sistema muscoloscheletrico e in due (CC Rebibbia III Casa, CR Rebibbia Reclusione) da quelli per le patologie del sistema cardiovascolare. Altra categoria con elevate unità di farmaco prescritte pro capite è quella relativa ai farmaci antimicrobici, in cui rientrano soprattutto gli antibiotici per uso sistemico, mentre gli antivirali, antiretrovirali e antitubercolari contribuiscono con percentuali minime, tra il 5% e il 10% (dato non mostrato).

Il più alto consumo di farmaci per le patologie del sistema nervoso e per l'apparato gastrointestinale e metabolismo suggerisce la necessità di una gestione efficace di queste patologie. Lo studio non dispone, purtroppo, di dati dettagliati per tipo di patologia del sistema nervoso. Tuttavia, il notevole numero delle unità di farmaco prescritte per il sistema nervoso potrebbe dipendere dal considerevole numero di persone tossicodipendenti detenute. Va considerato che in Italia sono presenti 16.845 tossicodipendenti pari al 29,98% dei presenti al 31 dicembre 2022, percentuale mai scesa sotto il 23% dal 2007 (**Materiale aggiuntivo - Tabella 4**) (11).

I farmaci per il sistema nervoso potrebbero essere utilizzati per trattare depressione, ansia, psicosi e disturbi bipolari. Ciò è suggerito da uno studio multicentrico condotto in Italia che ha evidenziato un'elevata prevalenza di disturbi mentali nella popolazione carceraria (2). Invece, gli aumenti seppur lievi di unità di farmaci prescritte per il sangue, gli organi emopoietici e l'apparato genito-urinario potrebbero anche suggerire un'attenzione crescente verso la diagnosi e il trattamento di queste condizioni, così come la stabilità nell'uso di antimicrobici implicherebbe un controllo costante delle infezioni, essenziale per prevenire epidemie in ambienti carcerari. La disponibilità di queste informazioni può fornire una base importante per la pianificazione e l'implementazione di strategie sanitarie volte a migliorare la salute della popolazione detenuta e a garantire un uso appropriato ed efficace dei farmaci.

Si osserva una disomogeneità tra le strutture nell'uso dei farmaci, con un massimo di 138,1 unità di farmaco prescritte pro capite nel 2022 presso la CC Femminile Roma Rebibbia e un minimo di 31,4 unità di farmaco prescritte presso la struttura di CC Rebibbia III Casa. Disomogeneità tra le strutture coinvolte si rilevano anche per quanto riguarda gli incrementi o i decrementi prescrittivi osservati tra il 2022 e il 2021. Queste differenze di difficile interpretazione sono, tuttavia, utili per porre in risalto criticità esistenti nel modello assistenziale delle persone detenute e costituiscono la base per generare ipotesi di studi futuri in un'ottica di qualità delle cure. Si tratta di dati che potrebbero

essere collegati alla diversità della popolazione detenuta ospitata, ognuna con determinanti di salute, bisogni e vulnerabilità differenti e/o altresì suggerire inappropriata prescrizione. Ad esempio, la presenza significativa di stranieri potrebbe richiedere servizi di mediazione culturale e traduzione, nonché interventi di assistenza sanitaria specifici per le diverse popolazioni.

A tale proposito, occorre osservare che sarebbe indispensabile implementare la ricetta informatica degli istituti penitenziari, oltre a razionalizzare la spesa farmaceutica, quale strumento di contrasto all'inappropriata prescrizione: prescrizioni ingiustificate (farmaci prescritti senza una chiara indicazione clinica); prescrizioni che non tengono conto di comorbidità e/o dello stato funzionale e cognitivo della persona detenuta e/o di terapie concomitanti e fenomeni di interazione. Parimenti, per favorire la tracciabilità, contrastare il non corretto utilizzo di farmaci e favorire la trasparenza tra prescrizione (medico) e somministrazione (infermiere), il foglio unico terapeutico dovrebbe essere presente in ogni fascicolo sanitario informatizzato.

Focalizzandosi poi sulla corretta gestione dei farmaci psicotropi, va citato il Documento tecnico regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica "Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna" (12) che nel paragrafo 8 "Somministrazione della terapia" sottolinea peraltro come "La somministrazione dei farmaci è un atto professionale sanitario" e ancora "Per le specifiche di contesto si rende necessario definire percorsi condivisi tra la Regione e l'Amministrazione penitenziaria".

Per quanto attiene al primo punto ricordiamo inoltre che a norma del DM 739/1994 (istituzione del profilo professionale) l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. La somministrazione della terapia non è quindi riconducibile solo all'atto specifico della consegna del farmaco, ma a tutto quel complesso di azioni che, nel loro insieme, consentono di raggiungere garanzie di sicurezza e di efficacia per il paziente. Il secondo punto prende atto, soprattutto per determinati farmaci (quali le sostanze psicoattive e i farmaci sostitutivi), che modalità non adeguate di somministrazione possono dar luogo a un uso inappropriato o ad accumulo di farmaci da parte delle persone detenute con conseguenze sulla loro salute oltre che problematiche sulla sicurezza e sull'ordine dell'istituto.

Per superare tali criticità la CC Viterbo ha sviluppato un modello assistenziale che opera una presa in carico personalizzata della persona detenuta attraverso progetti individuali di salute. La CC Viterbo è un istituto caratterizzato da elevato turnover con importante presenza di poliabusatori (dati non mostrati), dove vengono trasferiti molte persone problematiche, spesso con disturbi del comportamento antisociale e doppia diagnosi. Questo modello include un servizio medico h/24 e assicura la presenza quotidiana (tranne i festivi) dei servizi psichiatrici, psicologici e per le dipendenze (Ser.D). In tale realtà sono state sperimentate innovazioni procedurali ispirate a un concetto di offerta sanitaria non frammentaria né sequenziale dei vari servizi, ma organizzata su nuovi modelli di presa in carico complessiva in grado di implementare la capacità di risposta alla domanda di salute che non può essere relegata alle sole terapie farmacologiche.

Applicare tale metodologia di lavoro all'assistenza farmacologica potrebbe rappresentare un obiettivo tra i principali dell'attività sanitaria delle ASL che si trovano a gestire questo particolare setting. Il modello in progress nella ASL Viterbo si basa su una condivisione e sistematizzazione delle attività e degli obiettivi presentati al Tavolo paritetico interistituzionale, nato al fine di garantire l'integrazione e il lavoro multidisciplinare. Il Tavolo vede la presenza della direzione della ASL Viterbo e dei professionisti sanitari che operano nel settore, della direzione amministrativa del penitenziario, del garante dei diritti per le persone detenute e del comandante della polizia penitenziaria. La sinergia tra la medicina penitenziaria, l'ospedale, il nucleo traduzioni (polizia penitenziaria incaricata di accompagnare le persone detenute al di fuori degli istituti penitenziari) e la centrale operativa aziendale garantisce il governo e il raccordo tra le tre macroaree del servizio sanitario: territorio, ospedale e prevenzione.

Occorre osservare che in questi anni è mancato e manca ancora in alcune realtà un lavoro sinergico tra servizio sanitario e amministrazione penitenziaria, che hanno continuato a lavorare e ad agire separatamente secondo i propri obiettivi e sistemi in un confronto che spesso localmente (tra direzioni di istituto e di ASL) non è stato capace di trasformarsi in dialogo costruttivo. Anche il servizio farmaceutico delle ASL si è trovato di fronte a una *vacatio legis* che spesso non permette di operare correttamente. Ad esempio, non è chiaro se siano le farmacie aziendali o quelle ospedaliere a gestire l'assistenza farmaceutica delle aziende sanitarie né come questa debba essere disciplinata all'interno delle strutture penitenziarie (farmacista responsabile?) (13).

Per quanto riguarda il modello assistenziale sperimentato nella CC Viterbo, introdotto a partire dal 2019, è previsto un monitoraggio a distanza di un anno sia dei risultati raggiunti dalle singole linee d'azione e dall'attuazione delle azioni di miglioramento condivise dal tavolo interistituzionale, che la valutazione del gradimento del nuovo modello organizzativo da parte delle persone detenute, dei professionisti regionali della salute e di tutti gli attori coinvolti, incluso il rapporto costo e beneficio.

In conclusione, la presente indagine è una descrizione dell'uso dei farmaci nelle cinque strutture penitenziarie. I dati analizzati indicano un consumo elevato di farmaci per le patologie del sistema nervoso centrale e dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo. Le disomogeneità prescrittive osservate tra le diverse strutture potrebbero suggerire un'inappropriatezza prescrittiva. L'assenza di una piattaforma informatizzata regionale in questo settore, come in altri specifici settori dell'assistenza sanitaria in carcere, rappresenta un'importante barriera a iniziative di valutazione e formazione dei comportamenti prescrittivi. Il presente studio descrive, inoltre, un modello innovativo di assistenza alle persone detenute sperimentato nella ASL Viterbo, replicabile a nostro parere in qualsiasi realtà locale.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il supporto nell'elaborazione dei dati Patrizia delle Monache, Chiara Frassanito, Barbara Poggialioli, Sanya Penieck (ASL Viterbo), Angela Canelli (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ministero della Giustizia).

Citare come segue:

Starnini G, Leonardi C, Giacomini S, Corsini D, Caciola P, Ferri F, Ialungo AM, Rastrelli E, Dell'Isola S, Covelli MC, De Gesu G, Cavaliere A. Il sistema di tutela sanitaria delle persone private della libertà personale: utilizzo dei farmaci delle ASL Roma 2 e della ASL Viterbo (2021-2022). In: Da Cas R, Morciano C (Ed). La salute delle popolazioni in condizione di grave marginalità sociosanitaria. Boll Epidemiol Naz 2023;4(4):47-55.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: nessuno.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. Tavoschi L, O'Moore É, Hedrich D. Challenges and opportunities for the management of infectious diseases in Europe's prisons: evidence-based guidance. *Lancet Infect Dis* 2019;19(7):e253-e8. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30756-4
2. Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*. Collana dei Documenti ARS n. 83, aprile 2015. Firenze: ARS Toscana; 2015. 225 p.
3. Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. Per un'analisi dei suicidi negli istituti penitenziari. 18 aprile 2023. www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/e980579383af7d99bf7486793d75f1a0.pdf; ultimo accesso 7/6/2024.
4. Favril L, Rich JD, Hard J, Fazel S. Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review. *Lancet Public Health* 2024;9(4):e250-e60. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00023-9
5. Ministero della Giustizia. Eventi critici negli istituti penitenziari - Anni 1992-2022. 31 dicembre 2022. www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST241783; ultimo accesso 7/6/2024.
6. Ministero della Giustizia. Detenuti presenti per posizione giuridica - Anni 2008-2023. 31 dicembre 2023. www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST996131#; ultimo accesso 7/6/2024.
7. Aebi MF, Tiago MM. SPACE I - 2018 – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations. Strasbourg: Council of Europe; 2018. wp.unil.ch/space/files/2019/06/FinalReportSPACEI2018_190611-1.pdf; ultimo accesso 7/6/2024.
8. Italia. Decreto Legislativo del 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165, 16 luglio 1999 - Supplemento Ordinario n. 132.
9. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
10. Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index 2024. https://atcddd.fhi.no/atc_ddd_index/; ultimo accesso 7/6/2024.
11. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2023. www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf; ultimo accesso 7/6/2024.
12. Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sanitarie. Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci negli istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna. Documento tecnico regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2, aprile 2015.
13. Costantino D. La gestione dell'assistenza farmaceutica nel sistema penitenziario italiano. In: Diana MN. (Ed.). *Atti della sessione pregressuale del XXXIX congresso della Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie*; 2018. p. 6.

Materiale aggiuntivo

Figura 1. Distribuzione degli Istituti Penitenziari per tipologia. Aggiornamento al 30 giugno 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

ISTITUTI PENITENZIARI PER TIPOLOGIA	
	<i>nr. Istituti</i>
ISTITUTI DI CUSTODIA CAUTELARE	139
ISTITUTI PER L'ESECUZIONE DELLA PENA	49
ISTITUTI PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA	1
TOTALE	189

Dati riferiti al 30 giugno 2022

Figura 2. Numero dei detenuti per mese nel periodo giugno 2021-giugno 2022. Aggiornamento al 30 giugno 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

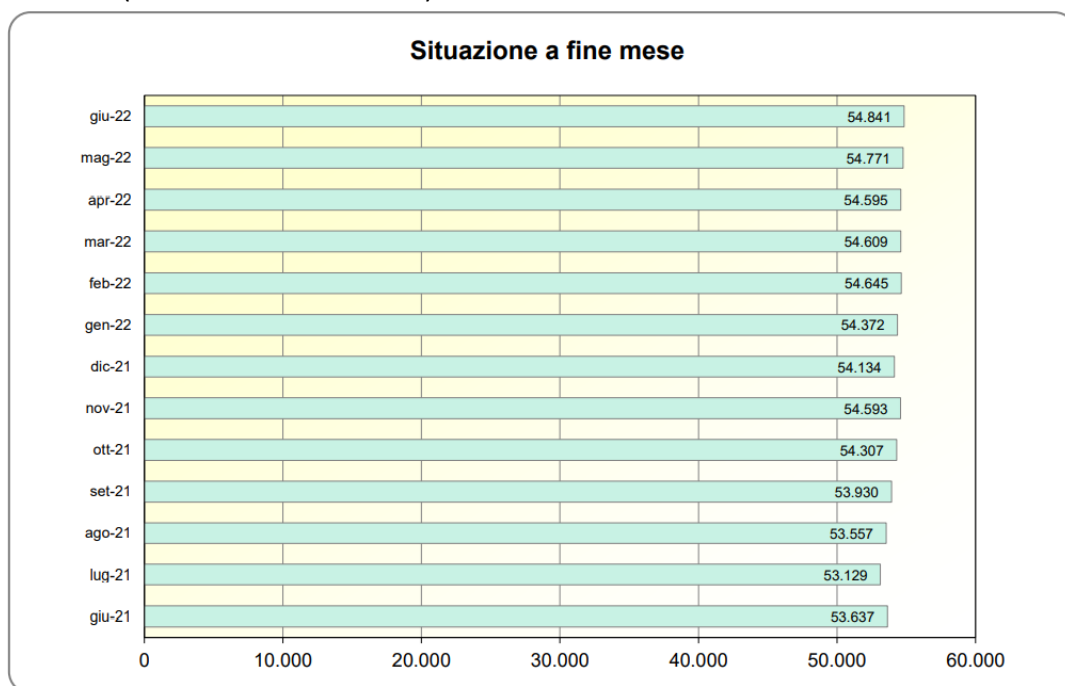


Figura 3. Distribuzione dei detenuti per classe di età e nazionalità. Aggiornamento al 30 giugno 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

Dati riferiti al 30 giugno 2022

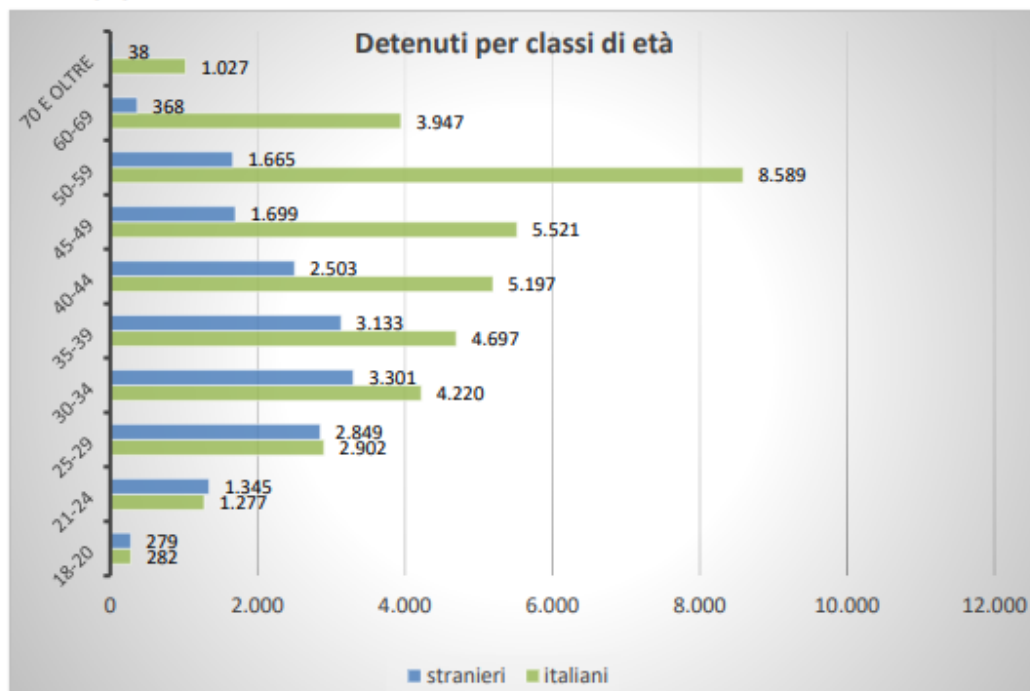


Tabella 1. Detenuti presenti stranieri per area geografica, periodo 2007-2022. Aggiornamento al 30 giugno 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

Continente	Area geografica	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Europa	UE	3.619	3.819	4.311	4.784	4.896	4.928	4.706	3.779	3.672	3.536	3.387	3.338	3.129	2.691	2.691	2.679
	Ex jugoslavia	992	1.029	1.092	1.076	994	1.001	934	709	681	673	715	720	683	573	558	561
	Albania	2.235	2.610	2.819	2.880	2.770	2.920	2.845	2.437	2.423	2.429	2.598	2.568	2.402	1.956	1.836	1.845
	Altri paesi europa	515	558	646	656	615	611	601	489	484	530	587	603	635	570	625	716
	Totale Europa	7.361	8.016	8.868	9.396	9.275	9.460	9.086	7.414	7.260	7.168	7.287	7.229	6.849	5.790	5.710	5.801
Africa	Tunisia	1.863	2.499	3.164	3.126	3.189	2.986	2.627	1.950	1.893	1.998	2.112	2.070	2.020	1.775	1.744	1.787
	Marocco	3.804	4.714	5.181	5.279	4.895	4.480	4.060	2.955	2.840	3.283	3.703	3.751	3.651	3.308	3.333	3.577
	Algeria	1.048	1.109	1.008	900	729	616	541	385	387	408	461	489	478	450	425	438
	Nigeria	679	976	1.133	1.246	1.172	1.023	865	728	678	904	1.125	1.463	1.665	1.451	1.324	1.264
	Altri paesi africa	1.489	1.851	2.113	2.239	2.201	2.173	2.036	1.803	2.051	2.437	2.578	2.725	2.599	2.277	2.258	2.444
	Totale Africa	8.883	11.149	12.599	12.790	12.186	11.278	10.129	7.821	7.849	9.030	9.979	10.498	10.413	9.261	9.084	9.510
Asia	Medio oriente	313	329	336	330	279	272	251	220	216	233	237	205	201	170	176	1.211
	Altri paesi asia	623	776	881	941	995	1.009	992	874	922	1.085	1.120	1.208	1.282	1.141	1.142	181
	Totale Asia	936	1.105	1.217	1.271	1.274	1.281	1.243	1.094	1.138	1.318	1.357	1.413	1.483	1.311	1.318	1.392
America	Nord	24	28	29	28	32	33	25	17	16	24	22	23	19	21	15	12
	Centro	228	279	307	332	360	356	363	307	300	271	274	260	264	240	249	252
	Sud	786	967	1.029	1.117	1.025	1.061	989	798	767	781	800	804	841	703	647	696
	Totale America	1.038	1.274	1.365	1.477	1.417	1.450	1.377	1.122	1.083	1.076	1.096	1.087	1.124	964	911	960
Altro	Totale	34	18	18	20	22	23	19	11	10	29	26	28	19	18	20	20
Totale detenuti stranieri		18.252	21.562	24.067	24.954	24.174	23.492	21.854	17.462	17.340	18.621	19.745	20.255	19.888	17.344	17.043	17.683

Tabella 2. Numero dei suicidi nel periodo 1992-2022. Aggiornamento al 31 dicembre 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

Anni	Presenza media detenuti (*)	Detenuti in custodia nel corso dell'anno (presenti al 1° gennaio + entrati dalla libertà) (**)	Suicidi		
			valore assoluto	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno
1992	44.134	128.797	47	10,6	3,6
1993	50.903	145.435	61	12,0	4,2
1994	52.641	148.593	50	9,5	3,4
1995	50.448	139.580	50	9,9	3,6
1996	48.528	134.557	45	9,3	3,3
1997	49.306	136.014	55	11,2	4,0
1998	49.559	135.629	51	10,3	3,8
1999	51.072	135.673	53	10,4	3,9
2000	53.338	133.211	56	10,5	4,2
2001	55.193	131.814	69	12,5	5,2
2002	56.431	136.460	52	9,2	3,8
2003	56.081	137.460	57	10,2	4,1
2004	56.064	136.512	52	9,3	3,8
2005	58.817	145.955	57	9,7	3,9
2006	51.748	150.237	50	9,7	3,3
2007	44.587	129.446	45	10,1	3,5
2008	54.789	141.493	46	8,4	3,3
2009	63.087	146.193	58	9,2	4,0
2010	67.820	149.432	55	8,1	3,7
2011	67.405	144.943	63	9,3	4,3
2012	66.449	129.917	56	8,4	4,3
2013	65.070	125.091	42	6,5	3,4
2014	57.019	112.753	43	7,5	3,8
2015	52.966	99.446	39	7,4	3,9
2016	53.984	99.506	39	7,2	3,9
2017	56.946	102.797	48	8,4	4,7
2018	58.872	104.865	61	10,4	5,8
2019	60.610	105.856	53	8,7	5,0
2020	55.445	96.049	61	11,0	6,4
2021	53.758	89.903	57	10,6	6,3
2022	55.269	92.259	84	15,2	9,1

Tabella 3. Detenuti presenti per posizione giuridica, periodo 2008-2023. Aggiornamento al 31 dicembre 2023. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

Anno	In attesa di primo giudizio	Condannati non definitivi				Condannati definitivi	Internati	Da impostare (**)	Totale
		Appellanti	Ricorrenti	Misti (*)	Totale condannati non definitivi				
2008	14.671	9.555	3.865	1.745	15.165	26.587	1.639	65	58.127
2009	14.367	8.501	5.086	1.781	15.368	33.145	1.837	74	64.791
2010	14.112	8.005	4.855	1.720	14.580	37.432	1.747	90	67.961
2011	13.625	7.409	4.648	1.569	13.626	38.023	1.549	74	66.897
2012	12.484	6.966	4.650	1.596	13.212	38.656	1.268	81	65.701
2013	11.108	6.065	4.080	1.578	11.723	38.471	1.188	46	62.536
2014	9.549	4.652	3.015	1.259	8.926	34.033	1.072	43	53.623
2015	8.523	4.780	3.238	1.244	9.262	33.896	440	43	52.164
2016	9.337	4.714	3.552	1.320	9.586	35.400	295	35	54.653
2017	9.634	5.235	3.743	1.203	10.181	37.451	304	38	57.608
2018	9.838	5.104	3.395	1.228	9.727	39.738	330	22	59.655
2019	9.721	4.857	3.117	1.169	9.143	41.531	349	25	60.769
2020	8.655	4.078	3.065	1.012	8.155	36.183	341	30	53.364
2021	8.498	3.802	2.941	935	7.678	37.631	298	29	54.134
2022	8.430	3.754	2.593	828	7.175	40.269	294	28	56.196
2023	9.259	3.606	2.009	770	6.385	44.174	311	37	60.166

(*) ad es.: in attesa di 1° giudizio+appellante, appellante+ricorrente, ecc.

(**): la categoria "da impostare" si riferisce ad una situazione transitoria. E' infatti relativa a quei soggetti per i quali è momentaneamente impossibile inserire nell'archivio informatico lo stato giuridico, in quanto non sono ancora disponibili tutti gli atti ufficiali necessari.

Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio del Capo del Dipartimento - Sezione Statistica

Tabella 4. Detenuti tossicodipendenti presenti nel periodo 1992-2022. Aggiornamento al 31 dicembre 2022. (Tratta da Sis. Inf. D.A.P.).

TOSSICODIPENDENZA E VIOLAZIONI ART. 73 TU 309/90

Serie storica detenuti presenti anni 1992 - 2022

DATA DI RILEVAZIONE	DETENUTI PRESENTI		DETENUTI TOSSICODIPENDENTI PRESENTI			DETENUTI RISTRETTI PER REATI DI CUI ALL'ART. 73 TU 309/90		
	Totale	di cui stranieri	Totale	di cui stranieri	% tossicodipendenti rispetto ai presenti	Totale	di cui stranieri	% art. 73 rispetto ai presenti
31/12/1992	47.316	7.237	14.818	1.681	31,32	15.680	3.749	33,14
30/06/1993	51.937	7.557	15.531	1.927	29,90	17.414	3.499	33,53
31/12/1993	50.348	7.770	15.135	2.104	30,06	15.820	3.478	31,42
30/06/1994	54.616	8.540	15.957	2.333	29,22	18.293	4.191	33,49
31/12/1994	51.165	8.481	14.742	2.321	28,81	17.629	4.298	34,46
30/06/1995	51.973	8.566	15.336	2.501	29,51	18.121	4.256	34,87
31/12/1995	48.908	8.147	13.488	2.541	28,75	16.378	4.184	34,92
30/06/1996	48.694	8.803	14.216	2.652	29,19	16.467	4.324	33,82
31/12/1996	47.769	9.373	13.859	2.823	29,05	16.595	4.608	34,78
30/06/1997	49.554	10.609	14.728	2.994	29,72	16.627	5.075	33,55
31/12/1997	48.495	10.825	14.074	3.336	29,02	17.120	5.364	35,30
30/06/1998	50.578	11.695	14.081	3.259	27,84	18.047	6.154	35,68
31/12/1998	47.811	11.973	13.567	3.263	28,38	17.216	6.255	36,01
30/06/1999	50.856	13.317	14.264	3.270	28,05	18.913	6.595	37,19
31/12/1999	51.814	14.057	15.097	3.681	29,14	19.314	7.521	37,28
30/06/2000	53.537	14.918	14.602	3.418	27,27	19.370	7.754	38,18
31/12/2000	53.165	15.582	14.440	3.837	27,16	19.347	7.803	38,30
30/06/2001	55.393	16.378	15.173	4.021	27,39	20.000	8.634	38,11
31/12/2001	55.275	16.294	15.442	3.879	27,94	20.295	8.554	38,72
30/06/2002	56.277	17.049	15.698	4.193	27,89	22.054	9.508	39,19
31/12/2002	55.670	16.788	15.429	4.138	27,72	21.922	9.282	39,38
30/06/2003	56.403	16.636	14.507	3.375	25,72	22.052	9.149	39,10
31/12/2003	54.237	17.007	14.332	3.190	26,42	21.107	9.247	38,92
30/06/2004	56.532	17.783	15.329	3.421	27,12	22.202	9.585	39,27
31/12/2004	56.068	17.819	15.558	3.346	27,75	21.730	9.557	38,76
30/06/2005	59.125	19.071	16.179	3.016	27,36	23.012	9.990	38,92
31/12/2005	59.523	19.836	16.135	3.564	27,11	23.156	10.028	38,90
30/06/2006	61.264	20.221	16.145	3.370	26,35	23.749	10.177	38,77
31/12/2006	59.005	13.152	8.383	1.901	21,44	14.640	6.214	37,53
30/06/2007	43.957	15.658	10.275	2.778	23,38	16.452	7.503	37,43
31/12/2007	48.693	18.252	13.424	3.756	27,57	18.222	8.693	37,42
30/06/2008	55.057	20.617	14.743	4.067	26,78	21.037	10.213	38,21
31/12/2008	58.127	21.562	15.772	4.881	27,13	22.727	10.993	39,10
30/06/2009	63.630	23.609	15.835	4.266	24,89	25.252	12.207	39,69
31/12/2009	64.791	24.067	15.887	3.788	24,52	26.052	12.523	40,21
30/06/2010	68.258	24.966	16.635	5.064	24,37	27.252	12.633	39,92
31/12/2010	67.961	24.954	16.245	5.083	23,90	27.294	12.523	40,16
30/06/2011	67.394	24.232	16.063	5.015	23,83	27.947	12.373	41,47
31/12/2011	68.897	24.174	16.364	4.888	24,46	26.559	11.966	39,70
30/06/2012	68.526	23.895	15.654	4.876	23,53	26.061	11.591	39,17
31/12/2012	65.701	23.492	15.663	4.864	23,84	25.269	11.063	38,46
30/06/2013	66.026	23.233	14.767	4.679	22,36	25.066	10.590	38,01
31/12/2013	62.536	21.854	14.879	4.791	23,79	23.348	9.688	37,33
30/06/2014	58.092	19.401	14.612	4.324	25,15	20.385	7.876	35,09
31/12/2014	53.623	17.462	13.205	3.966	24,63	17.995	6.715	33,56
30/06/2015	52.754	17.207	12.411	3.640	23,53	17.320	6.318	32,83
31/12/2015	52.164	17.340	13.465	4.034	25,81	16.712	6.230	32,04
30/06/2016	54.072	18.166	13.561	4.292	25,08	17.527	6.688	32,41
31/12/2016	54.653	18.621	14.157	4.534	25,90	17.733	6.899	32,45
30/06/2017	56.919	19.432	15.639	5.315	27,48	18.739	7.353	32,92
31/12/2017	57.606	19.745	14.706	5.006	25,53	18.817	7.394	32,66
30/06/2018	58.759	19.868	14.946	4.876	25,44	19.563	7.618	33,29
31/12/2018	59.655	20.255	16.689	5.605	27,94	20.067	7.842	33,64
30/06/2019	60.522	20.224	16.299	5.531	26,93	20.313	7.905	33,56
31/12/2019	60.769	19.888	16.934	5.804	27,87	20.184	7.565	33,21
30/06/2020	53.579	17.510	15.257	4.988	28,48	17.967	6.625	33,57
31/12/2020	53.364	17.344	14.148	4.620	26,51	17.759	6.436	33,28
30/06/2021	53.637	17.019	14.891	4.721	27,76	17.177	6.313	32,02
31/12/2021	54.134	17.043	15.244	4.981	28,16	17.856	5.911	32,98
30/06/2022	54.841	17.182	15.647	5.041	28,53	17.994	5.831	32,81
31/12/2022	56.196	17.683	16.845	5.548	29,98	18.273	5.771	32,52

Fonte: D.A.P. - Ufficio del Capo del Dipartimento - Segreteria generale - SEZIONE STATISTICA



Il portale EpiCentro è uno strumento di lavoro che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mette a disposizione degli operatori di sanità pubblica con l'obiettivo di migliorare l'accesso all'informazione epidemiologica. Alla sua realizzazione partecipano Dipartimenti e Centri dell'ISS, in stretto collegamento con le Regioni, le aziende sanitarie, gli istituti di ricerca, le associazioni di epidemiologia, gli operatori di sanità pubblica.

EpiCentro è certificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come membro del Vaccine Safety Net.

<https://www.epicentro.iss.it>

The collage displays several screenshots of the EpiCentro website, highlighting its diverse content and user interface. Key elements include:

- Top Navigation:** The header consistently features the EpiCentro logo, the full name 'L'epidemiologia per la sanità pubblica Istituto Superiore di Sanità', and a search bar labeled 'Indice A-Z dei contenuti'.
- News Section:** A prominent section titled 'SARS-CoV-2' with a date 'n° 820 24 settembre 2020'. It includes links for 'Consulta i dati', 'Analisi sui decessi', and 'Indagine nelle RSA'.
- Surveillance Data:** A sidebar titled 'Sorveglianza di popolazione' lists various age groups and specific surveillance programs, such as 'Bambini 0-2 anni', 'Bambini 6-10 anni', 'Ragazzi 11-15 anni', 'Ragazzi 13-15 anni', 'Donne', 'Adulti 18-69 anni', and 'Anziani 65+ anni'.
- COVID-19 Focus:** A dedicated section titled 'COVID-19: focus' with a grid of topics including 'Gravidanza, parto e allattamento', 'Prevenzione e controllo delle infezioni', 'Strutture socio-assistenziali e sanitarie', 'Stili di vita', 'Gestione dello stress', 'Dipendenze', 'Differenze di genere', 'Flussi di dati a confronto', and 'Pandemia COVID-19 in Africa'.
- Informational Content:** Other screenshots show articles like 'Sindrome emolitico-uremica' with a photo of a cow, 'Dati del Registro Ita', and 'Informazioni generali' about the syndrome.
- User Engagement:** A sidebar on the left includes links for 'Home page', 'Chi siamo', 'Argomenti della A alla Z', 'Attività', 'Privacy Policy', and 'Disclaimer', along with a 'Unisciti alla Newsletter' button.



Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
Roma, Giugno 2024



Istituto Superiore di Sanità
viale Regina Elena, 299
00161 Roma
Tel. 06 49904206
ben@iss.it

ben
bollettino
epidemiologico
nazionale