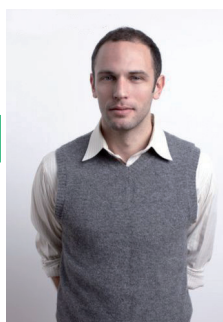


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Dipartimento di Sanità Pubblica
Servizio di Epidemiologia

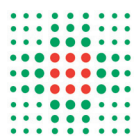


Il 2° rapporto

La salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia

COLLANA PROGETTO SALUTE N. 11

A cura di
Silvia Candela
Paola Ballotari
Laura Bonvicini
Serena Broccoli
Barbara Pacelli
Ferdinando Luberto



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

Il 2° rapporto

La salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia

COLLANA **PROGETTO SALUTE** N. 11

A cura di

Silvia Candela

Paola Ballotari

Laura Bonvicini

Serena Broccoli

Barbara Pacelli

Ferdinando Luberto

Reggio Emilia, Maggio 2011

Ringraziamenti

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

PAOLA ALBERTINI - SERVIZIO TECNOLOGIE INFORMATICHE

FRANCESCA BONVICINI - SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

STEFANIA CAROLI - SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA

GIORGIA COLLINI - OREIL - SERVIZIO DI EPIDEMIOLOGIA

ROSSANO FORNACIARI - CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERI

STEFANIA D'ANGELO - REGISTRO TUMORI

GADDOMARIA GRASSI - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

MARA MANGHI - CENTRO SALUTE FAMIGLIA STRANIERI

LUCIA MANGONE - REGISTRO TUMORI

LUCIA MONICI - SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

GIAMPIERO MONTANARI - SERT

MATTEO NASSISI - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

CINZIA PERILLI - SERVIZIO IGIENE PUBBLICA

ANNAMARIA PEZZAROSSO - REGISTRO TUMORI

ROSSELLA RODOLFI - STAFF PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

VILMA ZAMBONELLI - SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA NUOVA

Ringraziamo inoltre:

il Servizio Sanità Pubblica dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia Romagna e l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per i dati aggiornati sull'AIDS e la tubercolosi.

In particolare:

ALBA CAROLA FINARELLI, MARIA LUISA MORO, ERIKA MASSIMILIANI, ANDREA MATTIVI

Prefazione

Il secondo Rapporto sulla salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia è espressione della grande attenzione che questa Azienda sanitaria pone a garantire la salute della popolazione immigrata. E mentre le numerose attività assistenziali, formative, promozionali che su questo terreno nella nostra Azienda sono poste in atto discendono dalla necessità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione immigrata, il monitoraggio periodico delle loro condizioni di salute e delle modalità di accesso ai Servizi ospedalieri o territoriali che questo Rapporto presenta deriva dalla volontà di attuare una programmazione oculata dei servizi, di verificarne l'efficacia, di esplorare possibili nuove necessità. Rappresenta cioè uno degli strumenti di governo delle complesse politiche sanitarie messe in atto per rispondere alle necessità di una porzione sempre più rilevante di popolazione. Per essere pieno strumento di governo dovrebbe tuttavia essere replicato in altre realtà e, soprattutto, a livello nazionale dovrebbero essere validati strumenti e metodi di rilevazione che garantiscano omogeneità e quindi comparabilità dei dati raccolti. Su questa strada si stanno compiendo dei passi e questo Rapporto può contribuire a fornire un ulteriore contributo in questa direzione.

Leggendo questo lavoro si è colpiti dalla relativa semplicità dei bisogni che le collettività immigrate esprimono al momento: la tutela della gravidanza, la salute dei nati, la sicurezza sul lavoro, le condizioni di igiene per non ammalarsi di malattie infettive. Sono presidi che una società civile e avanzata deve garantire a tutti i suoi cittadini, e maggiormente a chi, come gli immigrati e le fasce più deprivate della popolazione generale, si trova in un momento di particolare bisogno.

Il Rapporto esce in un periodo in cui molto si parla di immigrazione, per descriverne gli aspetti più drammatici, prevalentemente per esorcizzarla e contenerla. Qui se ne descrivono invece gli aspetti più normali, quotidiani: la scelta (o non scelta) del medico di medicina generale, l'accesso al Pronto Soccorso, il ricovero in ospedale, l'assistenza in gravidanza. In qualcuna di queste pagine si possono leggere in controluce drammi e dolori, come sempre quando si parla di una cosa come la salute, che attiene alla vita e alla morte delle persone. Ma dolori e drammi sono diversi, un poco più leggeri, se l'organizzazione che la società si è data ha un volto amico.

Daniela Riccò

Direttore Sanitario Azienda USL di Reggio Emilia

Sommario

Introduzione	pag. 13
I. Cenni di Demografia della popolazione immigrata a Reggio Emilia	15
II. Il ricorso ai servizi sanitari	19
1. Il ricovero ospedaliero	19
- <i>Andamento, regime, urgenze</i>	19
- <i>Frequenza</i>	22
- <i>Ricovero dei cittadini stranieri temporaneamente presenti</i>	24
- <i>Strutture ospedaliere di ricovero</i>	25
2. Il Pronto soccorso	26
- <i>Accessi</i>	26
- <i>Pronto Soccorso Pediatrico</i>	33
- <i>Strutture ospedaliere di accesso</i>	36
3. L'assistenza di base: la scelta del Medico di Medicina Generale	38
4. I servizi psichiatrici	39
- <i>Servizi territoriali</i>	39
- <i>Ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura</i>	40
5. Il SERT	42
6. I Consultori	44
7. Il Centro per la Salute della Famiglia Straniera	45
III. Le condizioni di salute	47
1. Gravidanze, nuovi nati e bambini	47
- <i>Eventi ostetrici</i>	47
- <i>Gravidanze interrotte</i>	48
- <i>Parti</i>	50
- <i>Assistenza in gravidanza</i>	54
- <i>Condizioni del neonato</i>	56
- <i>Mortalità infantile</i>	57
- <i>Ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita</i>	59

- <i>Ricoveri ospedalieri in età 1-14 anni</i>	pag. 63
- <i>Cause di accesso al Centro per la Salute della Famiglia Straniera in età 0-14 anni</i>	65
2. Gli adulti	67
- <i>Cause di ricovero in età 15-44 anni</i>	67
- <i>Cause di ricovero in età 45-64 anni</i>	70
- <i>Cause di accesso al Centro per la Salute della Famiglia Straniera in età adulta</i>	74
3. Gli infortuni sul lavoro	76
4. Le malattie infettive	81
- <i>Alcune malattie infettive</i>	81
- <i>Tubercolosi</i>	82
- <i>Malaria</i>	85
- <i>Scabbia</i>	87
- <i>AIDS</i>	90
5. I tumori	92
6. La mortalità	99
Conclusioni	103
Nota metodologica	107
Appendice	113
1. Ricoveri per nazionalità, genere e classe di età	113
2. Ricoveri ospedalieri per nazionalità, genere e struttura	115
3. Accessi al Pronto Soccorso (PS) per nazionalità, genere e struttura	118

DAL PRIMO RAPPORTO A OGGI: COSA È SUCCESSO NEL FRATTEMPO

Il primo Rapporto sulla salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia è stato pubblicato a cura dell'Azienda USL alla fine del 2006. Era uno dei primi lavori in ambito nazionale¹ che cercava di fornire un quadro generale, benché sommario, delle condizioni di salute degli immigrati in una provincia caratterizzata da alta immigrazione, buoni servizi sociali e sanitari, buon livello dei sistemi informativi sanitari. Aveva cioè l'obiettivo di descrivere a livello locale, in dettaglio e con integrazione di varie fonti, quanto a livello nazionale veniva tracciato in termini generali dalle pubblicazioni di Caritas o da, per altro pochi, articoli su pubblicazioni scientifiche.

Da allora sono cambiate molte cose, di differente segno, nello studio del tema specifico e nel contesto generale.

Il panorama delle pubblicazioni e delle comunicazioni ai convegni scientifici si è arricchito di numerosi interventi, testimoniando così un interesse della collettività scientifica verso questo tema. Nello specifico, si sono fatti passi avanti anche nella definizione a livello nazionale dei temi e delle modalità di studio dei principali argomenti che riguardano la salute degli immigrati. Nel 2009 è stato pubblicato il volume “La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi” che raccoglie il lavoro del Gruppo nazionale istituito nell'ambito del Progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”, Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche e coordinato dalla Regione Marche, che ordina e dà sistema alla modalità di approccio a questo

tema. A quel lavoro l'Unità di Epidemiologia dell'Azienda USL, che compila questo Rapporto, ha contribuito fattivamente e molte delle intuizioni che avevano ispirato il nostro primo lavoro hanno di fatto indirizzato le scelte operative proposte nel documento nazionale.

Nel contesto generale le cose non vanno così bene: è cambiato l'atteggiamento di gran parte degli italiani, o almeno di quelli a cui i media danno più voce, nei confronti degli immigrati. Non si parla più di società multiculturale, di ricchezza delle differenze, ma si osserva con occhiuta diffidenza, quando non con aperta ostilità, la presenza straniera in Italia e questo clima è reso ancora più teso dalla crisi economica: gli immigrati sono sospettati di sottrarre agli italiani il lavoro e l'accesso ai servizi sociali. Sono tollerati se lavorano e “si comportano bene”, ove la misura della bontà del comportamento è spesso fornita dal proprio, personale giudizio, ma è per lo più con indifferenza che si accolgono le notizie che li riguardano. Sono, nella testa di molti, un inevitabile fastidio: meglio parlarne il meno possibile, se non per ricordare agli italiani quanto cattivi essi possano essere e quanto nociva la loro presenza.

In questo contesto che senso ha un nuovo rapporto sulle condizioni di salute della popolazione immigrata? La conclusione del primo rapporto affermava:

“Per governare la risposta, organizzativa o strutturale, in uno dei settori di bisogno primario, sembra quindi indispensabile che la Sanità si attrezzi in modo non episodico per

¹ “La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia”, a cura di S. Candela, M. Greci, S. Pergolizzi, C. Ventura, F. Luberto, Reggio Emilia, dicembre 2006

leggere i bisogni di salute e le caratteristiche della domanda di prestazioni sanitarie di questi “nuovi” cittadini.

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

Ovvero: fornire dati e informazioni oggettive, formulare un discorso pacato e razionale sui bisogni e sulle domande di salute della popolazione immigrata può aiutare da un lato gli amministratori nella programmazione dei servizi sanitari, dall'altro può contribuire a stemperare preoccupazioni e paure nella popolazione locale, o eventualmente a dare loro una base oggettiva, utile a evidenziare alcuni problemi su cui intervenire. E' ancora vero che fornire dati e pacati ragionamenti possa servire? Noi pensiamo di sì, benché con crescente difficoltà.

COM'È STRUTTURATO IL RAPPORTO

Dopo una prima breve presentazione delle caratteristiche della popolazione immigrata a Reggio Emilia (primo capitolo), si passano in rassegna le caratteristiche del ricorso alle strutture sanitarie: ricovero ospedaliero, accessi al Pronto Soccorso, accesso alle Cure Primarie, ai Servizi psichiatrici, ai Consultori e al Centro Famiglia Straniera (secondo capitolo). Il terzo capitolo riguarda le condizioni di assistenza e di salute della gravidanza e del neonato e della popolazione adulta, ricavabili dai Sistemi informativi SANITARI. Per ciascuno di questi temi si cercherà di fornire l'andamento nel tempo, confrontando i dati pubblicati nel primo Rapporto con quelli prodotti nei due bienni successivi (2005-2006, 2007-2008). Non sempre è possibile confrontare dati tra loro perfettamente omogenei, perché

l'approccio si è modificato nel tempo o perché si è modificata la base dati a cui fare riferimento, ma si è preferito scontare qualche scorrettezza metodologica, sempre comunque enunciata, piuttosto che perdere il possibile contributo informativo fornito dall'andamento temporale.

Questo lavoro segue le indicazioni del Gruppo nazionale, prima richiamato. Così per fissare l'attenzione su un gruppo di cittadini stranieri di diversa nazionalità ma discretamente omogenei tra loro per problemi e necessità, indichiamo con il termine “Immigrato” i cittadini provenienti da Paesi a medio/basso reddito², siano essi UE o extra UE. Per contrasto, gli “Italiani” comprendono sia i cittadini di nazionalità italiana, sia quelli provenienti da Paesi ad alto reddito. Quando invece la distinzione appena menzionata sia impossibile da seguire per carenze informative, faremo riferimento a Italiani e Stranieri, tra cui saranno compresi tutti i cittadini non italiani. Se non ulteriormente specificato, con il termine “immigrati” si intende descrivere gli immigrati residenti nella provincia di Reggio Emilia.

Questo tema è meglio dettagliato nella “Nota Metodologica”, nella quale è pure descritta la modalità di stima degli immigrati residenti per nazionalità, genere ed età ed è fornita la definizione degli eventi indagati, oltre alla descrizione dei metodi statistici utilizzati.

Anche in questa seconda edizione si cercherà di riferirsi, ovunque i numeri lo consentano, alle singole nazionalità maggiormente rappresentate, calcolando non solo le proporzioni percentuali ma anche, ove possibile, i tassi.

In Appendice sono presentate le analisi dettagliate non comprese nel testo, insieme con informazioni sugli accessi alle singole strutture di ricovero ospedaliero e di Pronto Soccorso, per nazionalità.

² Vd. Nota Metodologica

I. Cenni di demografia della popolazione immigrata a Reggio Emilia

QUANTI, CHI SONO

Alla fine del 2008 gli stranieri a Reggio Emilia rappresentano l'11,4% della popolazione residente, e le 15 nazionalità maggiormente rappresentate sono, nell'ordine, quelle elencate nella tabella I.1, in cui si rende anche conto della variazione percentuale avvenuta nell'ultimo anno. La popolazione moldava è quella che ha fatto registrare l'incremento maggiore, seguita dallo Sri Lanka e dalla Romania. Le donne sono in generale aumentate più degli uomini, tranne nelle nazionalità di recente immigrazione in Italia (Turchia) o nelle collettività nelle quali è avvenuta precocemente la migrazione femminile (Ucraina, Moldavia, Polonia). In generale una parte consistente della nuova immigrazione è sostenuta dai ricongiungimenti familiari.

Tabella I.1: Numero, % sul totale e variazione % rispetto al 2007 degli immigrati delle 15 nazionalità più rappresentate nella provincia di Reggio Emilia al 31/12/2008

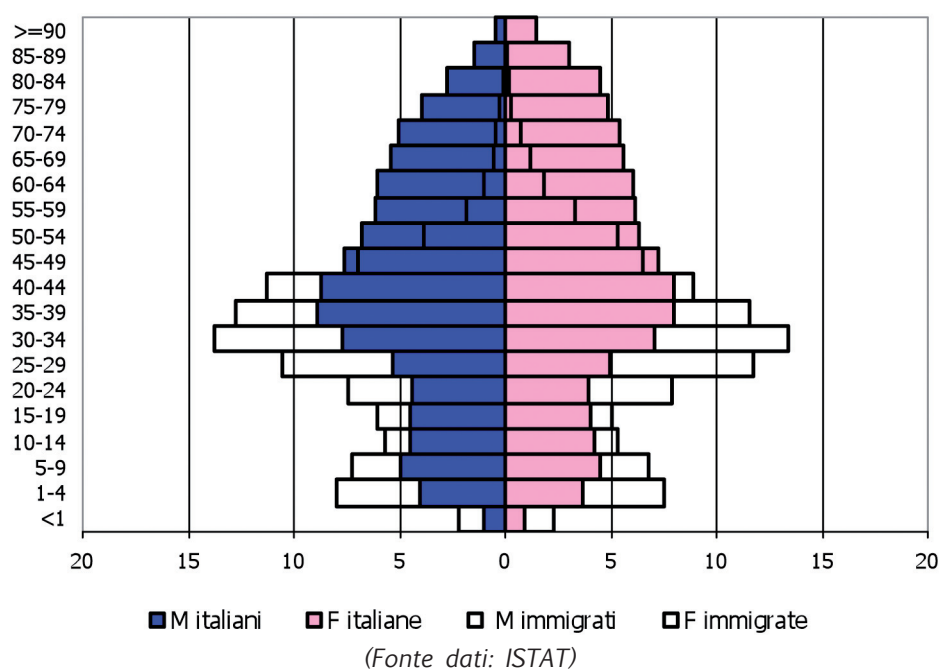
Nazionalità	Maschi 2008	Var. % 2008-2007 maschi	Femmine 2008	Var. % 2008-2007 femmine	Totale 2008	% sul totale nazionalità	Var. % 2008-2007 totale
Marocco	5.146	6,5	4.201	13,5	9.347	16,0	9,6
Albania	3.830	11,8	2.929	16,3	6.759	11,6	13,7
India	3.023	14,2	2.333	18,7	5.356	9,2	16,2
Cina	2.340	6,6	2.132	12,7	4.472	7,7	9,4
Romania	1.830	23,1	2.172	24,0	4.002	6,9	23,6
Pakistan	2.496	13,7	1.378	19,5	3.874	6,6	15,7
Ucraina	561	26,6	2.549	18,8	3.110	5,3	20,2
Tunisia	1.804	3,9	1.093	7,9	2.897	5,0	5,3
Ghana	1.450	13,5	1.119	13,1	2.569	4,4	13,4
Moldavia	660	39,8	1.292	32,6	1.952	3,3	35,0
Egitto	976	4,4	433	3,6	1.409	2,4	4,1
Polonia	304	15,6	863	8,4	1.167	2,0	10,2
Nigeria	516	9,6	639	7,4	1.155	2,0	8,3
Sri Lanka	637	30,3	445	32,4	1.082	1,9	31,2
Turchia	474	10,2	363	7,1	837	1,4	8,8
<i>Totale primi 15</i>	<i>26.047</i>	<i>11,8</i>	<i>23.941</i>	<i>16,3</i>	<i>49.988</i>	<i>85,7</i>	<i>13,9</i>
Altri paesi	3.941	12,0	4.420	12,0	8.361	14,3	12,0
Totale	29.988	11,8	28.361	15,6	58.349	100,0	13,6

(Fonte dati: ISTAT)

In questo Rapporto, come nel precedente, prenderemo in considerazione 10 nazionalità: Marocco, Albania, India, Cina, Pakistan, Romania, Ghana, Nigeria, Ucraina, Moldavia. Abbiamo confermato la scelta di considerare il Marocco come indicatore anche per le altre nazioni del Nord Africa (Tunisia ed Egitto, in particolare) e di considerare congiuntamente Ucraina e Moldavia, per le ovvie analogie culturali dei Paesi di provenienza e la condivisione di progetti migratori simili da parte delle persone provenienti da quei due Paesi, per lo più donne, che vengono in Italia temporaneamente, spesso per lavori di cura alla persona.

La distribuzione per età della popolazione immigrata non è significativamente dissimile da quella già presentata nel Rapporto precedente: prevalgono di gran lunga le età lavorative, sono molto rappresentati i bambini e i giovani. Continua cioè ad essere significativamente diversa da quella della popolazione italiana, in cui i bambini e i giovani sono assai meno degli anziani. Il grafico I.1 rappresenta le piramidi delle età delle due popolazioni, evidenzia con chiarezza le differenze.

Grafico I.1: Distribuzione per età della popolazione italiana residente e della popolazione straniera residente al 31.12.2008



Tra gli immigrati tuttavia la popolazione in età 45-64 anni è molto aumentata in questo ultimo periodo, come riportata nel grafico I.2, a carico prevalentemente delle donne, ma non solo.

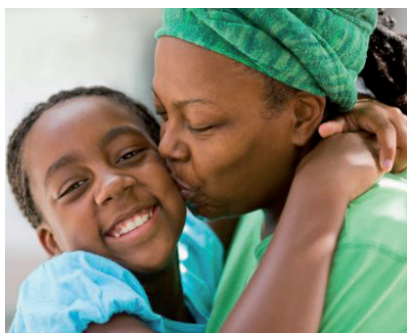
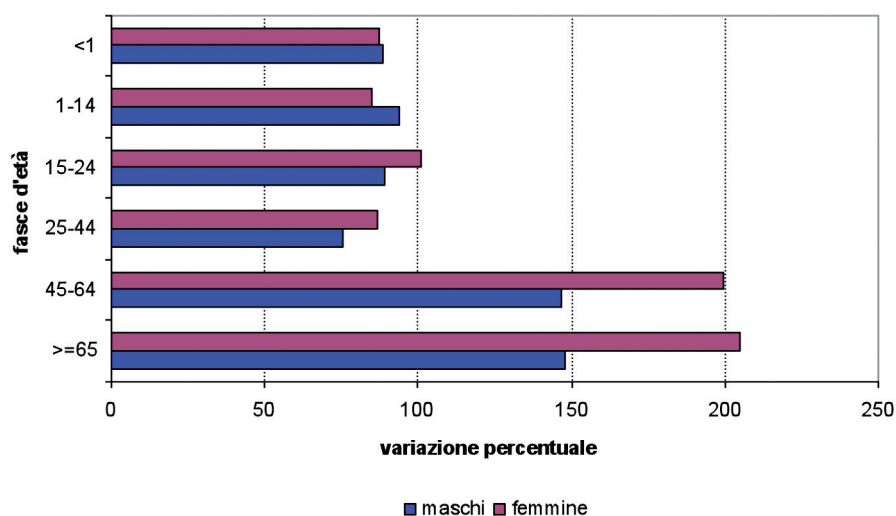


Grafico I.2: Variazione % 2008 vs 2003 della popolazione straniera residente a Reggio Emilia per genere e classi di età

(Fonte dati: ISTAT)

Analizzando le percentuali di popolazione nelle classi di età più avanzate rispetto al totale di residenti per nazionalità (tabella I.2), è possibile evidenziare che la percentuale più consistente è associata alle donne ucraine-moldave, in gran parte venute in Italia per il lavoro di cura alla persona. Le comunità marocchine, rumene ed albanesi iniziano ad avere quote interessanti di popolazione con età avanzata, in entrambi i sessi. Ciò significa che il panorama degli stranieri a Reggio Emilia sta diventando più complesso, per la compresenza di soggetti giovani arrivati da poco in Italia e di famiglie stabilizzate con figli piccoli o genitori anziani, insieme con i soggetti da più tempo presenti, che iniziano a invecchiare.

Tabella I.2: % di residenti nelle classi di età 46-64 e ≥65 anni sul totale dei residenti per nazionalità - 31.12.2008

Nazionalità	Maschi		Femmine	
	% pop. 46-64	% pop. ≥65	% pop. 46-64	% pop. ≥65
Marocco	16,1	1,9	11,3	4,3
Albania	12,2	3,9	13,6	4,7
India	11,3	1,8	9,6	2,8
Cina	11,0	1,0	9,2	0,9
Romania	13,3	0,4	14,0	1,8
Pakistan	12,7	0,5	8,3	1,3
Ucraina Moldavia	18,0	0,7	47,5	1,6
Ghana	14,1	0,2	7,2	1,6
Nigeria	8,6	0,0	4,8	0,5

(Fonte dati: stima su dati ISTAT)

LA SITUAZIONE SANITARIA NEI PAESI DI ORIGINE

Le modalità di accesso ai servizi sanitari e i bisogni di salute sono in parte condizionati dalle caratteristiche dell'organizzazione sanitaria nei Paesi di provenienza. Per questa ragione la tabella I.3 presenta alcuni tra i molti indicatori che l'Organizzazione Mondiale della Sanità rileva annualmente. Le differenze tra Paesi diversi sono considerevoli. In particolare gli indicatori di salute più robusti (mortalità infantile, speranza di vita alla nascita) mostrano situazioni molto differenziate: i Paesi dell'Africa sub-sahariana (Nigeria e Ghana) e il Pakistan presentano una speranza di vita molto bassa e simile nei due sessi, insieme con una mortalità infantile estremamente alta; di contro la Cina e i Paesi dell'Europa dell'Est mostrano tassi di mortalità infantile simili a quelli italiani nella prima metà degli anni '80 ($\leq 20 \times 10^3$) e speranza di vita abbastanza elevata, soprattutto tra le donne. Il Marocco ha un comportamento differenziato: la mortalità infantile è alta, analoga a quella italiana degli anni '60 (32×10^3) ma la speranza di vita alla nascita è simile a quella cinese. Infine l'India, con la sua enorme popolazione che, in media, è afflitta da una mortalità infantile da terzo mondo, benché non così alta come quella pakistana, e una speranza di vita che solo tra le donne raggiunge i 65 anni. La spesa sanitaria pro-capite è molto bassa rispetto a quella italiana e la quota a carico pubblico è assai inferiore in tutti i Paesi, anche in quelli che provengono, o sono ancora governati, da regimi totalitari socialisti. Rispetto agli stessi indicatori, di medesima fonte, riferiti a tre anni prima si avverte un lieve miglioramento pressoché in tutti i Paesi, compresi quelli sub-sahariani e il Pakistan. La quota di spesa sanitaria pubblica continua a essere molto bassa rispetto a quella italiana in tutti i Paesi, nei quali le spese sanitarie sono sostenute prevalentemente dai singoli cittadini come esborso out-of-pocket. In relazione alla situazione nei Paesi di origine, l'Africa sub sahariana e il Pakistan sembrano essere le collettività nelle quali sarà più probabile trovare rilevanti problemi di salute. Vedremo nel corso del Rapporto che le cose stanno proprio così.

Tabella I.3: Indicatori di condizioni sociali e di salute nei Paesi di origine dei cittadini immigrati a Reggio Emilia per nazionalità

Nazionalità	popol. x 10 ³ 2008	% popol. >=60aa 2008	T. fertilità 2008	Speranza di vita alla nascita - 2008		Mort.à infantile 2008 x 1000 nati vivi	P morte x 10 ³ ¹ 15-60aa - 2008		Spesa san. pro-capite \$ - 2007 ²	
				M	F		M	F	tot	di cui pubb.
Albania	3.143	13	1,9	71	74	13	141	91	505	208
Cina	1.344.920	12	1,8	72	76	18	140	84	233	104
Ghana	23.351	6	4,3	60	64	51	298	276	113	58
India	1.181.412	7	2,7	63	66	52	250	173	109	29
Marocco	31.606	8	2,4	70	75	32	147	88	202	68
Moldavia	3.633	15	1,5	65	73	15	312	141	281	142
Nigeria	151.212	5	5,3	49	49	96	424	399	131	33
Pakistan	176.952	6	4,0	63	64	72	216	190	64	19
Romania	21.361	20	1,3	70	77	11	220	90	592	475
Ucraina	45.992	21	1,3	62	74	14	399	151	475	274
Italia	59.604	26	1,4	79	84	3	80	42	2.686	2.056

¹ Probabilità di morire nella classe di età indicata, per mille soggetti di quella classe di età

² La spesa sanitaria è calcolata in dollari, al tasso di scambio internazionale

(Fonte dati: "World Health Statistics Report 2010" - WHO)

II. Il ricorso ai Servizi Sanitari

II.1 IL RICOVERO OSPEDALIERO¹

Andamento, regime, urgenze

Il ricorso al ricovero ospedaliero da parte della popolazione immigrata residente a Reggio Emilia rappresenta nel 2008 quasi l'8% dei ricoveri effettuati dall'intera popolazione residente, con una proporzione quasi doppia nelle femmine rispetto ai maschi (tabella II.1.1). Il trend dei ricoveri è crescente dal 2005 al 2008, sia per i ricoveri in regime ordinario che in day hospital (DH), riflettendo in ciò la crescita della popolazione immigrata. I ricoveri della popolazione straniera temporaneamente presente (STP) si aggirano intorno all'1% del totale e confermano il maggior ricorso all'ospedale delle donne rispetto agli uomini.

Tabella II.1.1: N. assoluto e distribuzione % dei ricoveri ospedalieri per anno, genere e cittadinanza – Periodo 2005-2008

Anni	Maschi							
	Totale ricoveri		Italiani		Immigrati		STP*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2005	40.843	100,0	39.060	95,6	1.578	3,9	205	0,5
2006	41.249	100,0	39.257	95,2	1.761	4,3	231	0,6
2007	41.030	100,0	38.863	94,7	1.929	4,7	238	0,6
2008	39.686	100,0	37.448	94,4	2.058	5,2	180	0,5

Anni	Femmine							
	Totale ricoveri		Italiani		Immigrati		STP*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2005	50.464	100,0	46.485	92,1	3.424	6,8	555	1,1
2006	51.219	100,0	46.766	91,3	3.791	7,4	662	1,3
2007	50.532	100,0	45.615	90,3	4.378	8,7	539	1,1
2008	48.765	100,0	43.313	88,8	4.894	10,0	558	1,1

* Azienda USL e AOSMN

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

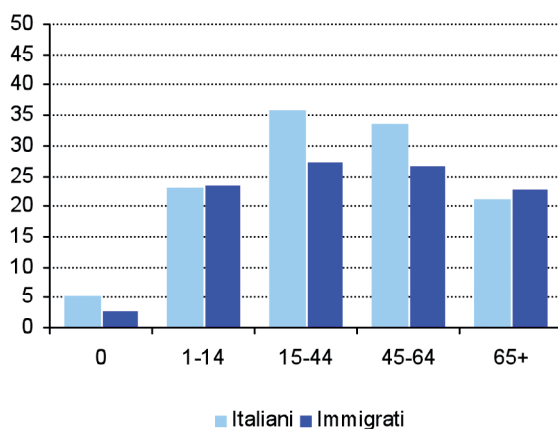
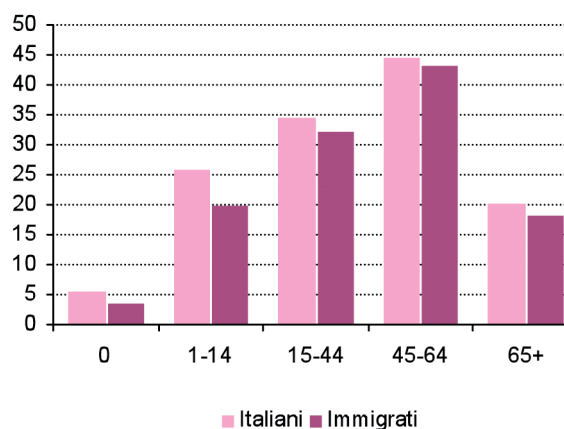
Il grafico II.1.1 descrive la distribuzione dei ricoveri per classe di età, cittadinanza e genere, che riflette la diversa distribuzione per età delle due popolazioni: mentre negli italiani più del 40% dei ricoveri sono relativi alla popolazione >64 anni, negli immigrati la proporzione di gran lunga maggiore è quella relativa all'età adulta.

¹ I dati relativi al biennio 2003-2004 non considerano i ricoveri dei residenti avvenuti fuori regione Emilia Romagna, vd. Nota Metodologica.

Grafico II.1.1: Distribuzione % dei ricoveri ospedalieri per classe di età, cittadinanza e genere - Periodo 2007-2008

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

L'utilizzo del ricovero in DH da parte degli immigrati è inferiore a quello degli italiani in entrambi i generi in tutte le fasce di età, come evidenziano i grafici II.1.2a e II.1.2b, con l'unica eccezione degli ultrasessantacinquenni maschi. Tuttavia i ricoveri di soggetti immigrati in questa classe di età rappresentano solo circa il 3% dei ricoveri totali di immigrati residenti. Il gap tra italiani e immigrati interessa maggiormente i maschi dai 15 ai 64 anni.

Grafico II.1.2a: Distribuzione % ricoveri in DH per età e cittadinanza, maschi - Anno 2008**Grafico II.1.2b: Distribuzione % ricoveri in DH per età e cittadinanza, femmine - Anno 2008**

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

La proporzione di ricoveri in DH è in lieve calo tra gli italiani, maggiormente che tra gli immigrati, per i quali risulta stabile (grafici II.1.3a e II.1.3b). Ciò è dovuto al passaggio al regime ambulatoriale di alcune prestazioni, prima erogate in DH, più tipiche dell'età anziana, come l'intervento di cataratta.

Grafico II.1.3a: % di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri (ordinari e DH) per cittadinanza, maschi - Periodo 2003-2008

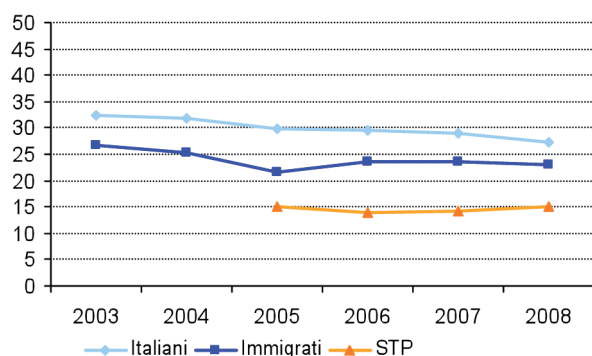
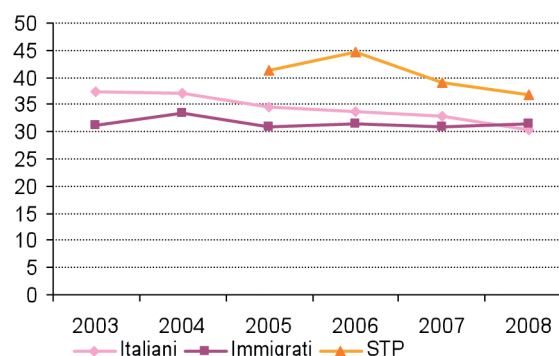


Grafico II.1.3b: % di ricoveri in DH sul totale dei ricoveri (ordinari e DH) per cittadinanza, femmine - Periodo 2003-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

La percentuale di ricoveri ordinari “in urgenza” è invece nettamente più elevata negli immigrati rispetto agli italiani in entrambi i generi, come descritto nei grafici II.1.4a e II.1.4b.

La maggior frequenza di ricoveri “in urgenza” tra gli immigrati è verificata in entrambi i sessi in tutte le fasce di età, con la sola eccezione delle donne anziane per cui le percentuali sono molto simili tra le due popolazioni.

Grafico II.1.4a: Distribuzione % ricoveri “in urgenza” per età e cittadinanza - Anno 2008

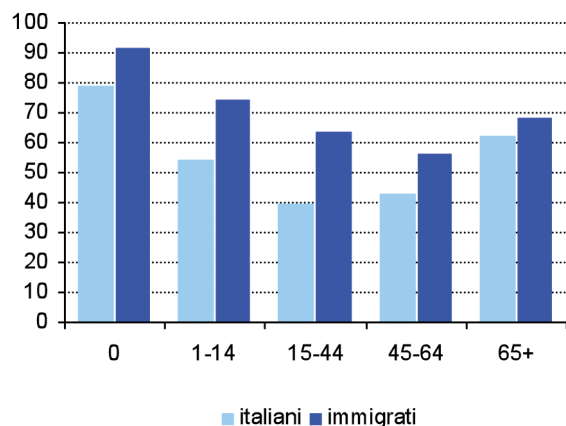
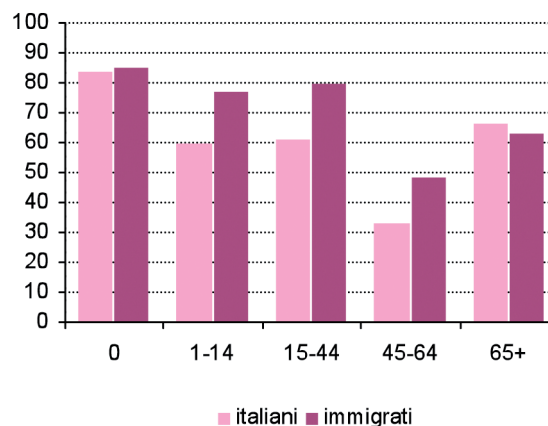


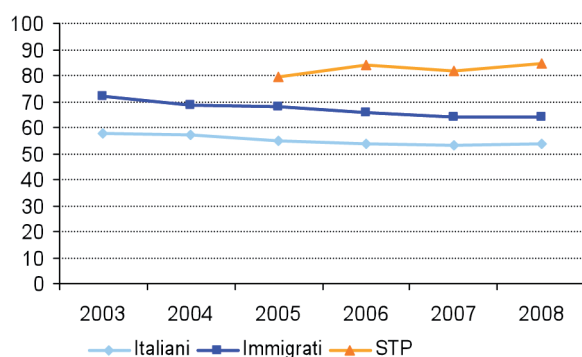
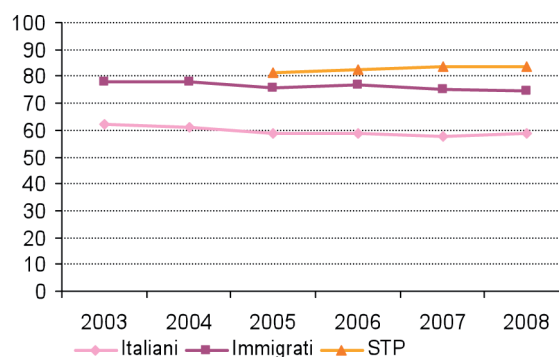
Grafico e II.1.4b: Distribuzione % ricoveri “in urgenza” per età e cittadinanza - Anno 2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Tuttavia osservando l'andamento della proporzione dei ricoveri in urgenza nei due generi in entrambe le popolazioni (italiani e immigrati) negli anni 2003-2008, si osserva una continua riduzione del ricovero urgente, maggiore per i maschi, tra i quali non pesano ovviamente i ricoveri ostetrici, per definizione in massima parte “urgenti” (grafici II.1.5a e II.1.5b).

Sembra quindi di vedere un progressivo allineamento della popolazione immigrata alle modalità italiane di fruizione del ricovero ospedaliero. Resta invece costante la proporzione assai elevata di ricoveri urgenti tra gli Stranieri temporaneamente presenti (>80%), essendo le prestazioni sanitarie urgenti o essenziali quelle a cui massimamente essi hanno diritto per legge.

Grafico II.1.5a: % di ricoveri in “urgenza” sul totale dei ricoveri ordinari per cittadinanza, maschi - Periodo 2003-2008**Grafico II.1.5a: % di ricoveri in “urgenza” sul totale dei ricoveri ordinari per cittadinanza, femmine - Periodo 2003-2008**

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Frequenza

La frequenza di ricovero ospedaliero tra gli immigrati di età 0-64 anni è significativamente inferiore a quella degli italiani nei maschi, significativamente superiore nelle femmine in tutti i bienni considerati (2003-2004, 2005-2006, 2007-2008) (tabelle II.1.2a e II.1.2b). La maggior frequenza tra le donne è dovuta alle cause ostetriche di ricovero nella fascia 15-44 anni, escludendo le quali la frequenza appare, come nei maschi, significativamente inferiore (grafico II.1.6) alle donne italiane di pari età. Le tabelle per specifiche classi di età sono riportate nell'Appendice 1. Non tutte le nazionalità hanno un comportamento simile alla media degli immigrati. In particolare gli immigrati nigeriani, maschi e femmine, tendono a ricoverarsi con frequenza maggiore della media degli immigrati e degli italiani, mentre i cinesi sono, in entrambi i sessi, i meno frequenti fruitori del ricovero ospedaliero.

Tabella II.1.2a: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, maschi di età 0-64 anni

0-64 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Italiani	40.107	1,00	-	-	41.491	1,00	-	-	40.970	1,00	-	-
Immigrati	2.983	0,95	0,91	0,98	3.230	0,72	0,70	0,75	3.861	0,73	0,71	0,75
MAROCCO	753	1,03	0,85	1,10	669	0,73	0,68	0,79	807	0,84	0,78	0,90
ALBANIA	316	0,81	0,72	0,90	392	0,69	0,62	0,76	492	0,75	0,68	0,82
CINA	132	0,50	0,42	0,59	161	0,43	0,37	0,50	195	0,46	0,40	0,53
INDIA	275	0,91	0,80	1,02	327	0,74	0,67	0,83	376	0,72	0,65	0,80
PAKISTAN	315	1,38	1,23	1,53	313	0,88	0,79	0,99	319	0,75	0,67	0,83
GHANA	161	0,91	0,77	1,05	201	0,90	0,78	1,03	211	0,82	0,72	0,94
NIGERIA	63	1,22	0,94	1,54	90	1,07	0,86	1,31	118	1,24	1,02	1,48
ROMANIA	55	0,87	0,65	1,11	91	0,65	0,52	0,80	190	0,64	0,55	0,73
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	-	-	76	0,62	0,49	0,78	120	0,61	0,51	0,73
STP	nd	-	-	-	417	-	-	-	403	-	-	-

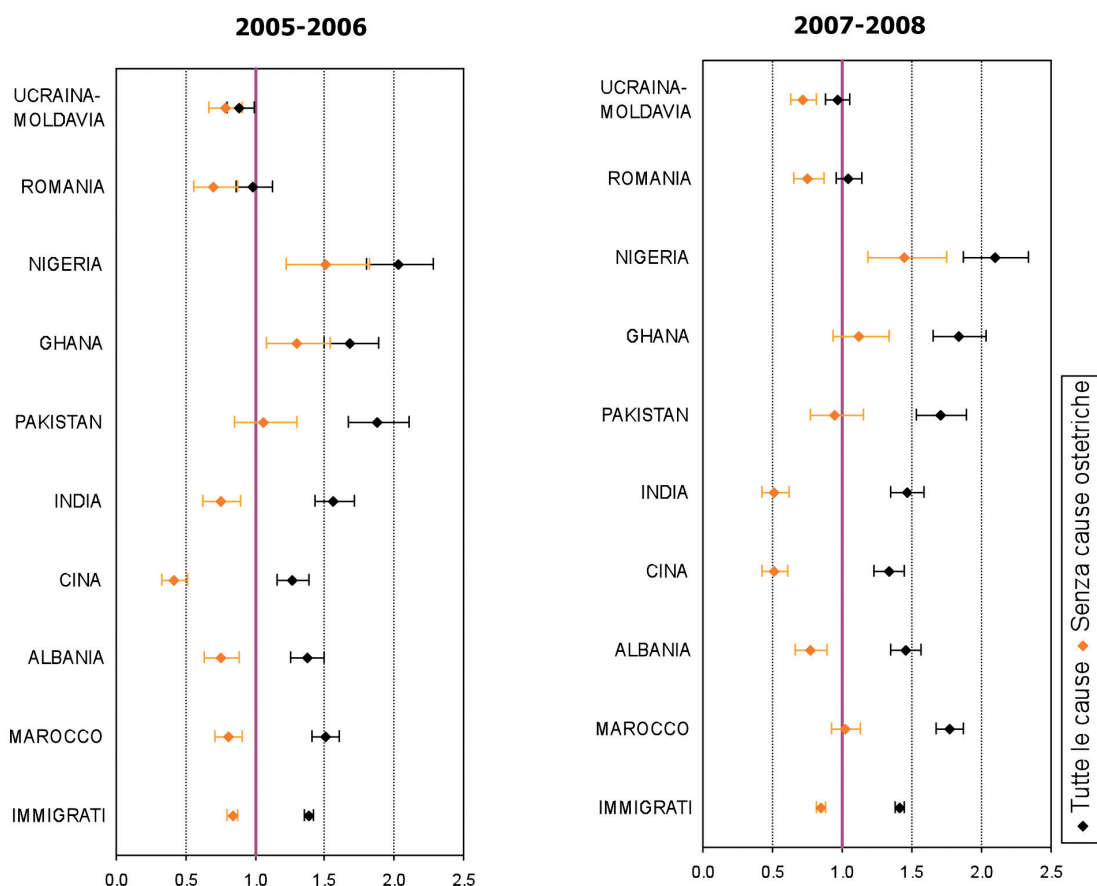
(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Tabella II.1.2b: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, femmine di età 0-64 anni

0-64 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Italiane	52.054	1,00	-	-	54.024	1,00	-	-	52.307	1,00	-	-
Immigrate	6.109	1,51	1,47	1,54	7.073	1,18	1,15	1,21	9.104	1,21	1,18	1,23
MAROCCO	1.159	1,61	1,52	1,71	1.198	1,27	1,20	1,34	1.559	1,47	1,40	1,54
ALBANIA	531	1,45	1,33	1,57	668	1,16	1,07	1,25	873	1,23	1,15	1,31
CINA	472	1,41	1,28	1,53	509	1,04	0,95	1,13	655	1,14	1,05	1,23
INDIA	525	1,67	1,53	1,82	584	1,28	1,18	1,39	724	1,22	1,13	1,31
PAKISTAN	298	1,92	1,70	2,14	404	1,59	1,44	1,76	455	1,46	1,33	1,60
GHANA	341	1,74	1,56	1,93	354	1,44	1,30	1,60	451	1,60	1,46	1,76
NIGERIA	296	2,35	2,09	2,62	331	1,92	1,72	2,14	375	1,95	1,75	2,15
ROMANIA	207	1,36	1,18	1,55	268	0,95	0,84	1,08	580	0,95	0,88	1,04
UCRAINA-MOLDAVIA	429	1,10	1,00	1,21	564	0,70	0,64	0,76	856	0,78	0,73	0,83
STP	nd	-	-	-	1.199	-	-	-	1.067	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Grafico II.1.6²: Rapporti Standardizzati di ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, con e senza cause ostetriche, femmine di età 15-44 anni



(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

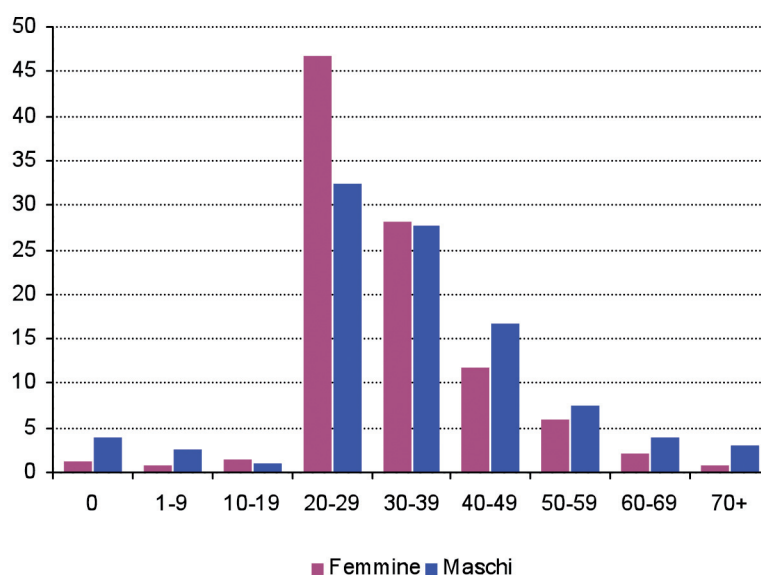
² Nei grafici sono rappresentati i risultati dei Rapporti Standardizzati di ospedalizzazione (RSO), indicati con un punto e una barretta. Il primo individua la stima puntuale del Rapporto calcolato, la seconda indica l'Intervallo di confidenza al 95%.

La stratificazione per fasce di età e nazionalità è presentata in Appendice 1, tranne quella relativa ai neonati e ai bambini, leggibile nel Cap. III, paragrafi “I ricoveri ospedalieri nel primo anno” e “i ricoveri ospedalieri in età 1-14”.

Ricovero dei cittadini stranieri temporaneamente presenti

Nei paragrafi precedenti sono stati sommariamente descritti numeri e caratteristiche dei ricoveri dei cittadini stranieri temporaneamente presenti (STP). Aggiungiamo qui alcune brevi annotazioni, relativamente all'età al ricovero e alle nazionalità maggiormente rappresentate. L'età al ricovero è compresa nell'84% dei casi tra 20 e 49 anni, con una percentuale maggiore della fascia 20-29 nelle femmine (grafico II.1.7).

Grafico II.1.7: Distribuzione % dei ricoveri per età e genere, immigrati STP, AUSL RE e AOSMN - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Per quanto riguarda la provenienza degli STP, tra le donne è netta la prevalenza di quelle provenienti dall'Est Europa, mentre tra gli uomini prevalgono i cittadini marocchini, ma con minore distacco dalle altre nazionalità (tabella II.1.3).

Tabella II.1.3: N. di ricoveri per nazionalità e genere, di immigrati STP, AUSL RE e AOSMN - Periodo 2005-2008

Nazionalità	Maschi	Femmine	Totale
UCRAINA-MOLDAVIA	78	628	706
CINA	80	372	452
MAROCCO	151	177	328
ROMANIA	62	289	351
ALBANIA	75	142	217
NIGERIA	24	166	190
TUNISIA	70	37	107
EGITTO	78	9	87
ALTRO	236	494	730
Totale	854	2.314	3.168

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Strutture ospedaliere di ricovero

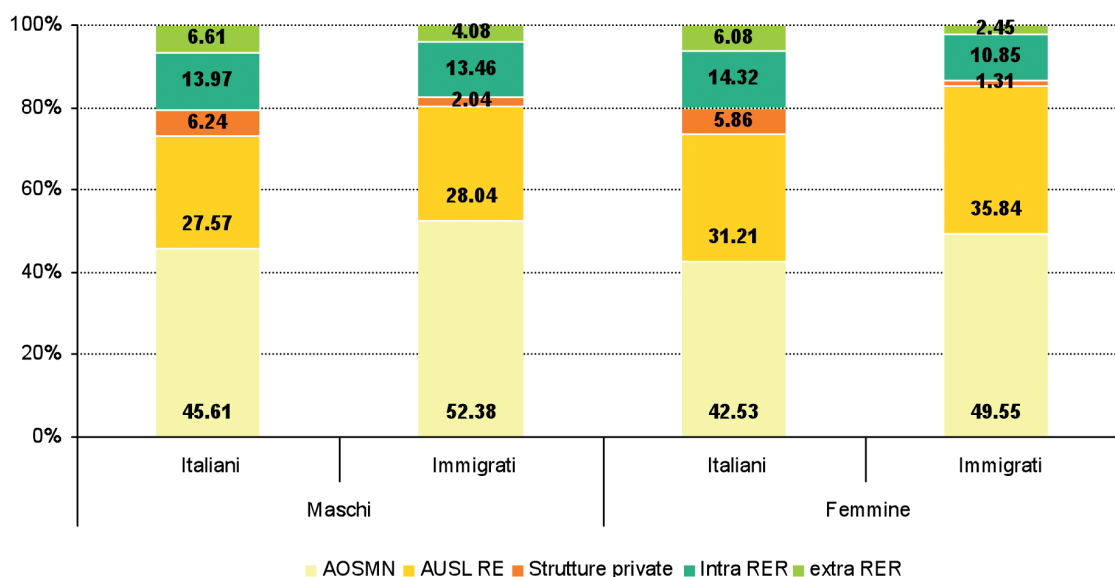
Il ricorso alle diverse strutture ospedaliere da parte dei residenti, italiani e immigrati, è descritto dalla tabella II.1.4 e dal grafico II.1.8 seguenti che evidenziano, come atteso, un minore accesso da parte degli immigrati alle strutture private e a quelle esterne al territorio provinciale. Entro la provincia, le strutture ospedaliere maggiormente utilizzate dagli immigrati sono quelle del capoluogo e di Guastalla, in ragione della residenza e, per l'ospedale di Reggio Emilia, anche della presenza di quasi tutte le strutture specialistiche e di secondo livello.

Tabella II.1.4: N. dei ricoveri per struttura ospedaliera e distribuzione % per cittadinanza e genere - Anno 2008

Ospedali	Maschi				Femmine			
	Italiani		Immigrati		Italiani		Immigrati	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Reggio Emilia (AOSMN)	17.079	45,6	1.078	52,4	18.421	42,5	2.425	49,6
Guastalla	3.206	8,6	287	14,0	3.866	8,9	672	13,7
Scandiano	2.122	5,7	88	4,3	3.385	7,8	446	9,1
Castelnovo Monti	1.886	5,0	85	4,1	2.176	5,0	214	4,4
Correggio	1.351	3,6	61	3,0	1.245	2,9	50	1,0
Montecchio	1.759	4,7	56	2,7	2.847	6,6	372	7,6
Strutture private	2.337	6,2	42	2,0	2.537	5,9	64	1,3
Intra RER	5.232	14,0	277	13,5	6.203	14,3	531	10,9
Extra RER	2.476	6,6	84	4,1	2.633	6,1	120	2,5
Totale	37.448	100,0	2.058	100,0	43.313	100,0	4.894	100,0

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Grafico II.1.8: Distribuzione % dei ricoveri per azienda, cittadinanza e genere - Anno 2008



La dizione: AUSL RE comprende gli ospedali di Guastalla, Scandiano, Montecchio, Correggio e Castelnovo Monti
(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

In Appendice 2 è riportata la distribuzione dei ricoveri degli immigrati per nazionalità nei diversi ospedali della provincia.

II.2 IL PRONTO SOCCORSO

Accessi

Il numero totale di ricorsi al Pronto Soccorso (PS) ospedaliero è in continuo lieve incremento negli anni considerati, a causa soprattutto della popolazione immigrata che ha aumentato gli accessi in numero assoluto e in proporzione (tabella II.2.1). Vedremo in seguito che questo aumento è la conseguenza dell'incremento demografico degli immigrati, senza una corrispondente modifica dei tassi di accesso. Nel 2008 il 14,7% degli accessi al PS sono a carico di immigrati, con una proporzione maggiore di maschi (8,6%).

Tabella II.2.1: N. degli accessi al PS e distribuzione % per genere e cittadinanza

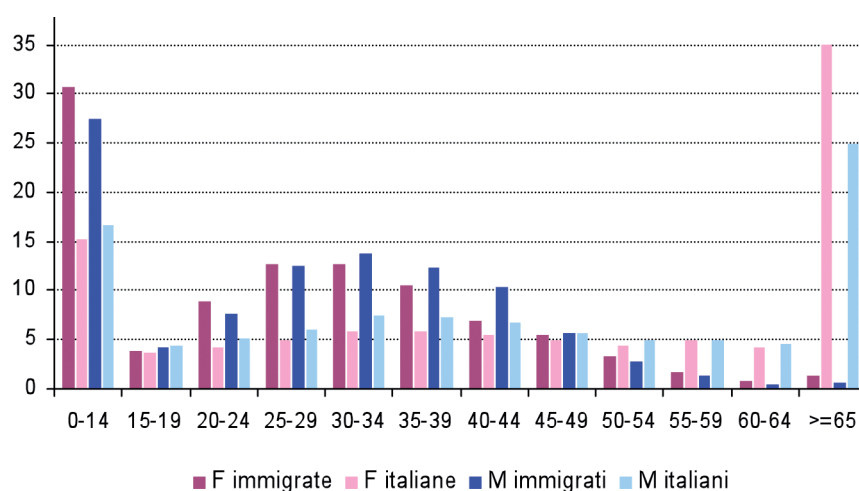
Cittadinanza e sesso	2005		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
M italiani	74.978	47,5	76.718	46,8	74.293	45,6	75.567	45,1
M immigrati	11.391	7,2	12.713	7,8	13.800	8,5	14.359	8,6
M STP	1.255	0,8	978	0,6	990	0,6	984	0,6
F italiane	62.520	39,6	64.632	39,4	64.143	39,3	65.718	39,2
F immigrate	6.881	4,4	8.122	5,0	8.980	5,5	10.203	6,1
F STP	804	0,5	753	0,5	851	0,5	860	0,5
Totale	157.829	100,0	163.916	100,0	163.057	100,0	167.691	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

CHI, QUANDO

La distribuzione per età di chi accede al PS nelle due popolazioni – italiani e immigrati – riflette la rispettiva composizione anagrafica, oltre alla più acuta percezione di urgenza che entrambi avvertono nei confronti degli eventi sanitari a carico dei bambini. Così gli italiani frequentano il PS prevalentemente nell'età anziana, mentre gli immigrati vi si recano prevalentemente in età adulta, ma entrambe le collettività vi portano i loro bambini (grafico II.2.1).

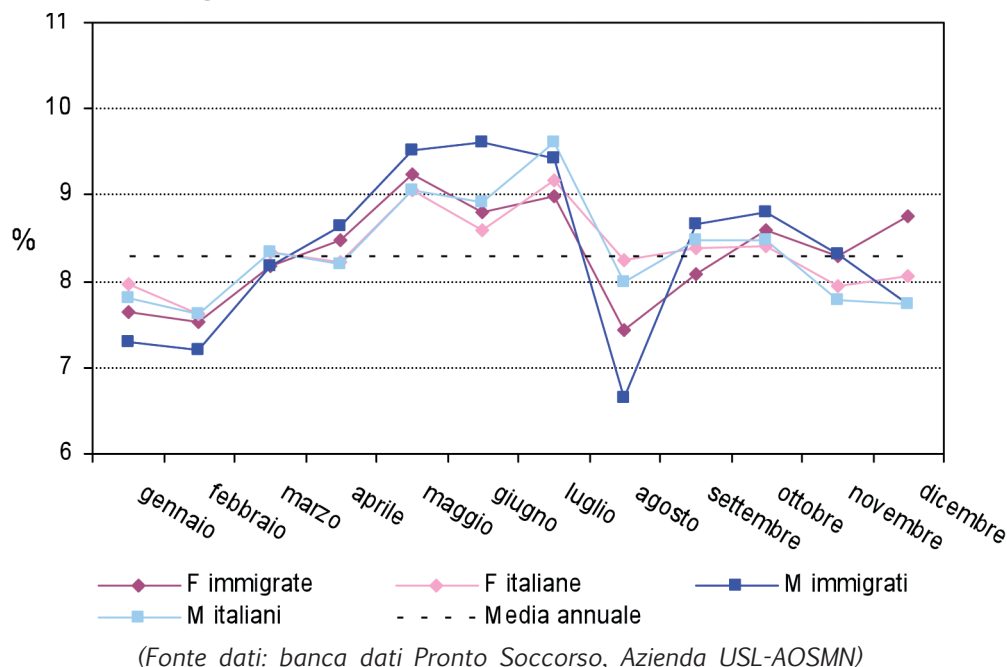
**Grafico II.2.1: Distribuzione % degli accessi al PS per età, genere e cittadinanza
Periodo 2005-2008**



(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

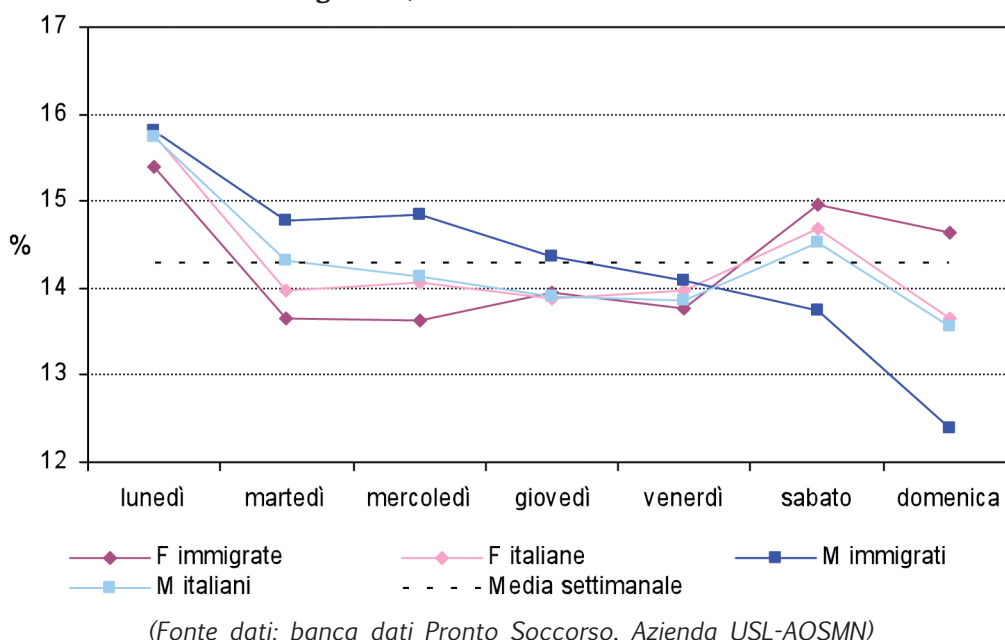
L'andamento degli accessi nei mesi dell'anno è simile in entrambi i generi e nelle due popolazioni, solo in estate l'accesso degli immigrati diminuisce in modo più accentuato per il ritorno nel Paese di origine durante le vacanze (grafico II.2.2)

Grafico II.2.2: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso per mese, cittadinanza e genere, età > 14 anni - Periodo 2005-2008

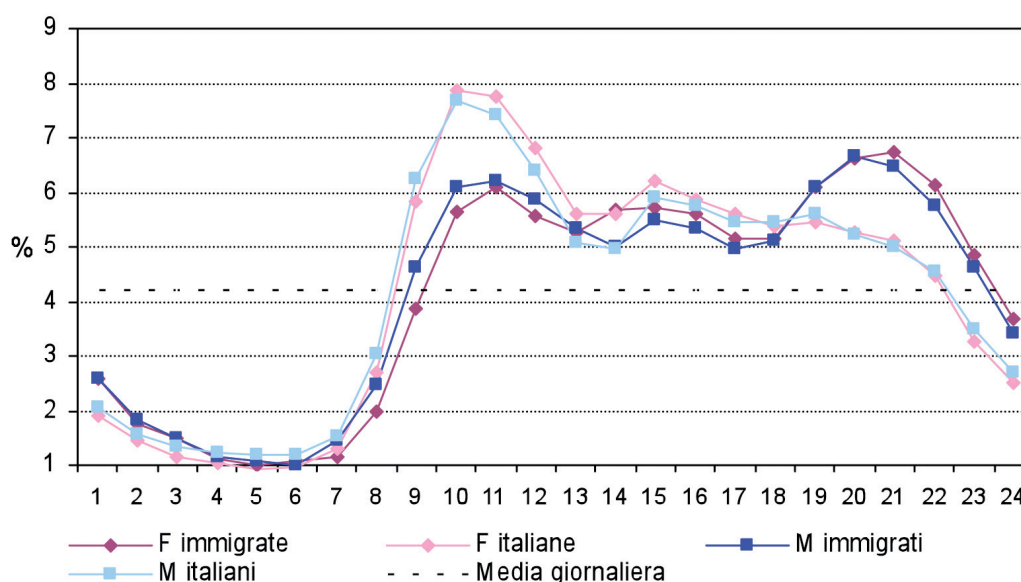


L'accesso nei giorni della settimana è più differenziato, con maggior frequenza di accessi degli uomini immigrati nei giorni lavorativi e delle donne immigrate al sabato e alla domenica, quando gli uomini di casa sono in grado di accompagnarle (grafico II.2.3).

Grafico II.2.3: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso per giorno della settimana, cittadinanza e genere, età > 14 anni - Periodo 2005-2008



Anche l'orario giornaliero di accesso è lievemente diverso: il maggiore accesso degli italiani è nelle ore della mattina, quello degli immigrati aumenta dopo le 17, quando si esce dal lavoro, e resta elevato per tutta la sera, fino alle 23 (grafico II.2.4).

Grafico II.2.4: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso per ora del giorno, cittadinanza e genere, età > 14 anni - Periodo 2005-2008

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

CONFRONTO CON GLI ITALIANI: FREQUENZA

Gli immigrati adulti accedono al PS con frequenza maggiore degli italiani di pari età e sesso, come dimostrano i Rapporti Standardizzati di accesso al Pronto Soccorso (RSPS) (tabelle II.2.2a e II.2.2b).

In entrambi i generi la frequenza di accesso è significativamente più elevata che negli italiani, con rilevanti differenze tra nazionalità: minima per Cinesi e Indiani, molto alta per Marocchini e Africa sub sahariana. Confrontando i Rapporti Standardizzati nel tempo, si nota una modesta riduzione nei due bienni considerati, a indicare un lieve avvicinamento del tasso di accesso tra gli immigrati e gli italiani.

Tabella II.2.2a: N. di accessi, Rapporto Standardizzato di accesso al Pronto Soccorso (RSPS) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, maschi di età >14 anni

>14 anni Maschi	2005-2006				2007-2008			
	N	RSPS	IC 95%		N	RSPS	IC 95%	
Italiani	126.624	1,00	-	-	124.357	1,00	-	-
Immigrati	17.987	1,57	1,55	1,60	19.917	1,51	1,49	1,53
MAROCCO	4.909	2,28	2,21	2,34	5.076	2,33	2,27	2,40
ALBANIA	2.134	1,35	1,30	1,41	2.508	1,42	1,37	1,48
CINA	454	0,50	0,45	0,55	582	0,59	0,54	0,64
INDIA	1.199	1,05	0,99	1,11	1.259	0,97	0,92	1,02
PAKISTAN	1.228	1,31	1,23	1,38	1.417	1,30	1,23	1,37
GHANA	814	1,46	1,36	1,56	925	1,50	1,40	1,60
NIGERIA	285	1,66	1,47	1,86	336	1,72	1,54	1,92
ROMANIA	466	1,13	1,03	1,24	751	0,85	0,79	0,92
UCRAINA-MOLDAVIA	394	1,18	1,06	1,30	516	0,96	0,88	1,05

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Tabella II.2.2b: N. di accessi, Rapporto Standardizzato di accesso al Pronto Soccorso (RSPS) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, femmine di età >14 anni

>14 anni Femmine	2005-2006				2007-2008			
	N	RSPS	IC 95%		N	RSPS	IC 95%	
Italiani	107.864	1,00	-	-	109.935	1,00	-	-
Immigrati	10.374	1,44	1,41	1,47	13.264	1,39	1,37	1,41
MAROCCO	2.274	2,08	2,00	2,17	2.852	2,18	2,10	2,26
ALBANIA	981	1,33	1,25	1,42	1.405	1,44	1,37	1,52
CINA	405	0,71	0,65	0,83	552	0,81	0,75	0,88
INDIA	498	0,89	0,81	0,97	690	0,92	0,86	0,99
PAKISTAN	349	1,25	1,12	1,39	376	1,01	0,91	1,12
GHANA	597	2,13	1,96	2,30	701	2,04	1,90	2,20
NIGERIA	443	2,26	2,06	2,48	517	2,37	2,17	2,59
ROMANIA	535	1,45	1,33	1,58	1.005	1,22	1,15	1,30
UCRAINA-MOLDAVIA	1.084	1,09	1,02	1,15	1.330	0,92	0,87	0,97

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

CONFRONTO CON GLI ITALIANI: CAUSE DI ACCESSO

Il quadro delle cause di accesso al PS è simile tra le due popolazioni – italiani e immigrati – nelle donne, alquanto differente negli uomini. Tra gli immigrati sono meno numerosi gli accessi per malattia e più frequenti quelli per infortunio sul lavoro o, pur in misura assai inferiore, per incidente stradale (tabelle II.2.3a e II.2.3b).

Tabella II.2.3a: N. accessi al PS e distribuzione % per cittadinanza e causa, maschi di età >14 anni

Cause di accesso	2005-2006						2007-2008					
	Immigrati		Italiani		Totale		Immigrati		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
malattia	5.434	30,2	50.946	40,2	56.380	39,0	7.256	36,4	56.112	45,1	63.368	43,9
lesione accidentale	4.538	25,2	35.718	28,2	40.256	27,8	5.163	25,9	35.800	28,8	40.963	28,4
infortunio sul lavoro	4.301	23,9	17.037	13,5	21.338	14,8	4.447	22,3	15.648	12,6	20.095	13,9
medicazione	1.911	10,6	11.581	9,1	13.492	9,3	1.024	5,1	5.661	4,6	6.685	4,6
incidente stradale	1.026	5,7	5.888	4,6	6.914	4,8	1.110	5,6	5.532	4,4	6.642	4,6
incidente sportivo	179	1,0	3.411	2,7	3.590	2,5	165	0,8	3.348	2,7	3.513	2,4
opera terzi	482	2,7	1.172	0,9	1.654	1,1	591	3,0	1.183	1,0	1.774	1,2
intossicazione	72	0,4	342	0,3	414	0,3	81	0,4	287	0,2	368	0,3
morso animale	18	0,1	380	0,3	398	0,3	24	0,1	359	0,3	383	0,3
autolesione	26	0,1	149	0,1	175	0,1	33	0,2	208	0,2	241	0,2
altro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	0,1	219	0,2	242	0,2
Totale	17.987	100,0	126.624	100,0	144.611	100,0	19.917	100,0	124.357	100,0	144.274	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Tabella II.3.b.: N. accessi al PS e distribuzione % per cittadinanza e causa, femmine di età >14 anni

Cause di accesso	2005-2006						2007-2008					
	Immigrati		Italiani		Totale		Immigrati		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
malattia	4.859	46,8	50.942	47,2	55.801	47,2	7.022	52,9	57.675	52,5	64.697	52,5
lesione accidentale	2.562	24,7	32.477	30,1	35.039	29,6	3.309	24,9	33.553	30,5	36.862	29,9
medicazione	1.251	12,1	10.597	9,8	11.848	10,0	757	5,7	5.275	4,8	6.032	4,9
infortunio sul lavoro	713	6,9	6.643	6,2	7.356	6,2	883	6,7	6.424	5,8	7.307	5,9
incidente stradale	557	5,4	4.750	4,4	5.307	4,5	675	5,1	4.488	4,1	5.163	4,2
opera terzi	345	3,3	884	0,8	1.229	1,0	477	3,6	845	0,8	1.322	1,1
incidente sportivo	14	0,1	647	0,6	661	0,6	12	0,1	611	0,6	623	0,5
intossicazione	43	0,4	334	0,3	377	0,3	53	0,4	290	0,3	343	0,3
morso animale	13	0,1	364	0,3	377	0,3	20	0,2	313	0,3	333	0,3
autolesione	17	0,2	225	0,2	242	0,2	47	0,4	279	0,3	326	0,3
altro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	0,1	179	0,2	188	0,2
Totale	10.374	100,0	107.863	100,0	118.237	100,0	13.264	100,0	109.932	100,0	123.196	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

CONFRONTO CON GLI ITALIANI: CODICI COLORE

Una misura dell'appropriatezza del ricorso al PS è fornita dall'analisi del codice colore attribuito al motivo dell'accesso: in particolare i pazienti che presentano patologie che potrebbero essere trattate dal Medico di Medicina Generale sono classificati come codici bianchi e come tali cedono la precedenza a tutti gli altri classificati con un codice colore verde, giallo o rosso, che individua una reale necessità del ricorso al PS, a livello crescente di urgenza. La proporzione di codici bianchi sul totale degli accessi, in lieve aumento nel periodo considerato in entrambi i generi e in entrambi i gruppi – italiani e immigrati, continua a essere molto sbilanciata a carico degli immigrati, che presentano complessivamente quasi il doppio degli accessi con codice bianco (tabella II.2.4)

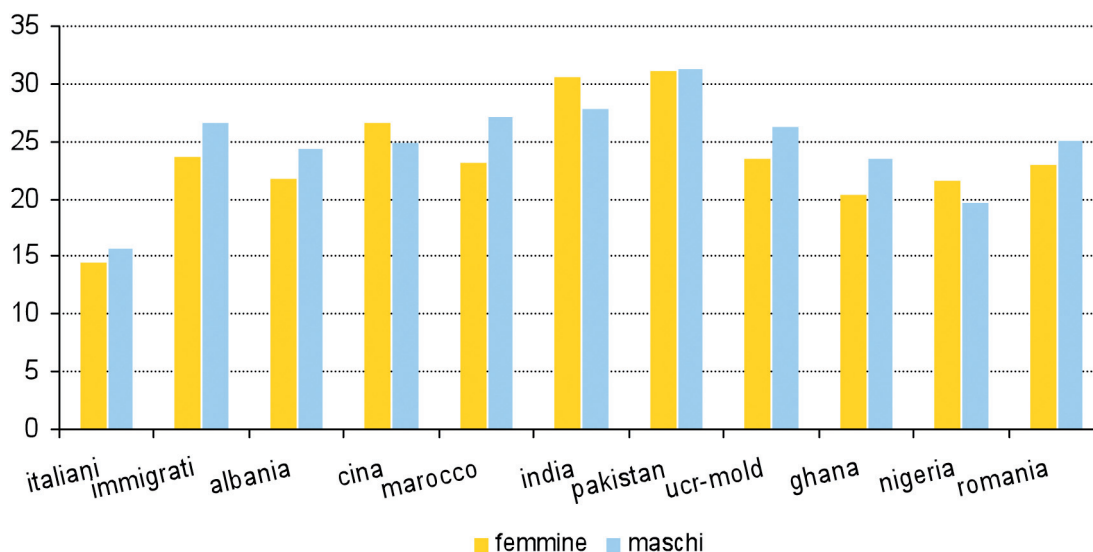
Tabella II.2.4: N. di accessi al Pronto Soccorso con codice bianco e distribuzione %, per cittadinanza e genere, età >14 anni

Cittadinanza	2005-2006						2007-2008					
	Femmine		Maschi		Totale		Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Immigrati	2.603	25,1	5.278	29,3	7.881	27,8	3.455	26,0	5.952	29,9	9.407	28,3
Italiani	15.291	14,2	20.021	15,2	35.312	15,0	16.444	14,9	20.689	16,6	37.133	15,8

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Vi sono differenze tra nazionalità (grafico II.2.5), ma queste sono inferiori alla grande differenza tra italiani e immigrati nel loro complesso.

Grafico II.2.5: Distribuzione % degli accessi al PS con codice bianco per genere e cittadinanza - Periodo 2005-2008



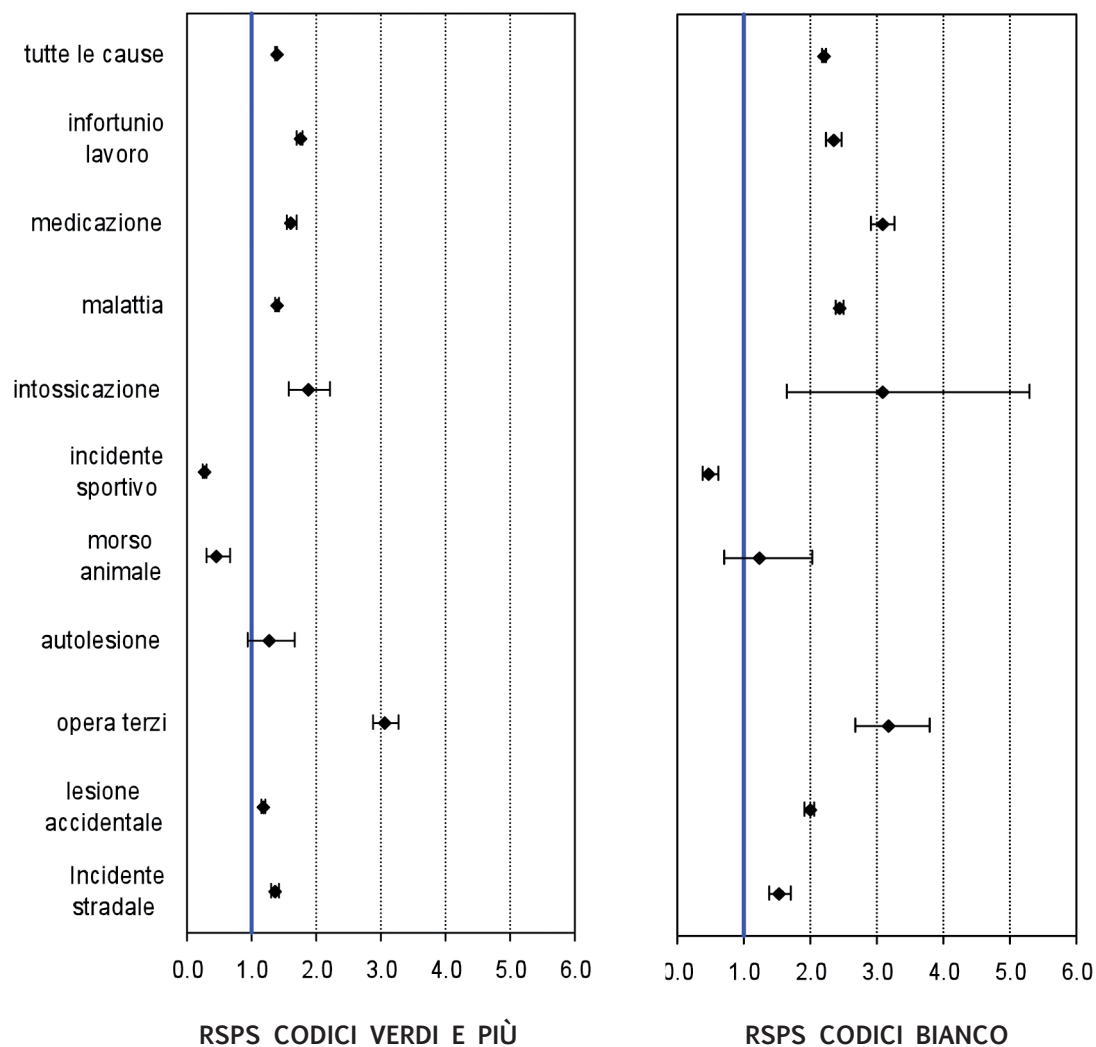
(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Per valutare l'eventuale esistenza di qualche causa di accesso particolarmente inappropriata, è stata confrontata la frequenza di accesso al PS da parte degli immigrati, per causa, con quella degli italiani, distinguendo per codice colore: in particolare sono stati considerati gli accessi con codice verde o più, separatamente da quelli con codice bianco, nei due generi (grafici II.2.6a e II.2.6b). Nei grafici sono rappresentati i risultati dei Rapporti Standardizzati di accesso, indicati con un punto e una barretta. Il primo individua la stima puntuale del Rapporto calcolato, la seconda ("i baffi") indica l'Intervallo di confidenza al 95%, che appare tanto più ampio quanto minore è il numero di eventi su cui si fonda il Rapporto. I grafici relativi ai Codici verdi e più documentano l'effettivo bisogno di prestazioni sanitarie di PS, in eccesso o in riduzione (quest'ultima evidente solo per "incidente sportivo" e "morso di animale") rispetto agli italiani, mentre i grafici relativi ai codici bianchi illustrano l'entità dell'inappropriatezza per singola causa di accesso, sempre rispetto agli italiani.

Tra le cause più frequenti, le malattie e le medicazioni sono quelle per le quali maggiormente utile sarebbe un'azione volta a contenere gli accessi inappropriati. Considerando orari e giornate di accesso preferiti dagli immigrati, risulta evidente che qualsiasi intervento volto a diminuire la pressione impropria sul PS deve tenere conto di questi due fattori per essere efficace.



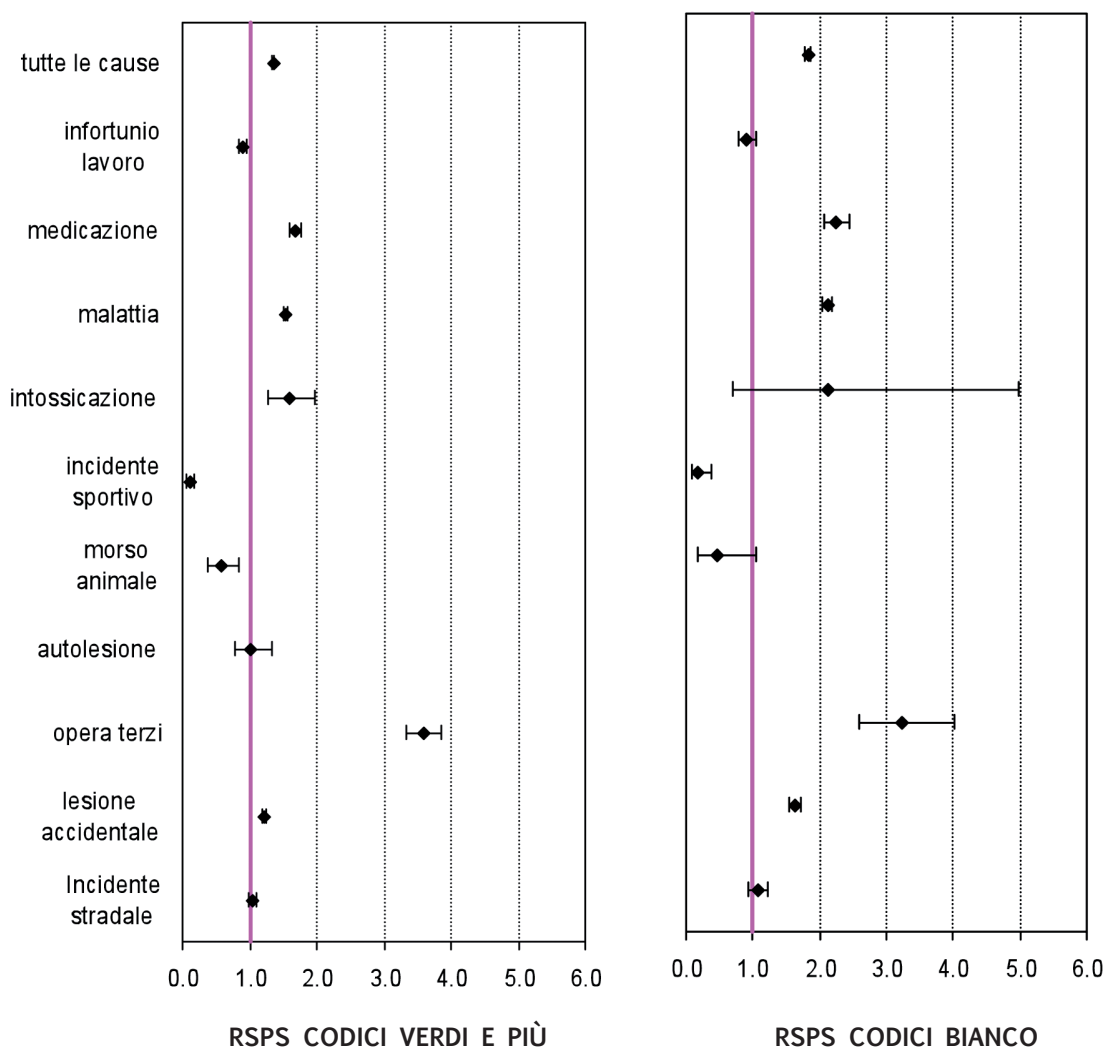
Grafico II.2.6a: Rapporto Standardizzato di accesso al Pronto Soccorso (RSPS) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa, accessi con codice rosso, giallo, verde, e con codice bianco, maschi immigrati vs italiani di età 15-64 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)



Grafico II.2.6b: Rapporto Standardizzato di accesso al Pronto Soccorso (RSPS) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa, accessi con codice rosso, giallo, verde, e con codice bianco, femmine immigrate vs italiane di età 15-64 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Pronto Soccorso Pediatrico

Riportiamo i dati di accesso relativi all'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, che dispone di un PS pediatrico separato da quello per gli adulti, mentre negli altri ospedali i bambini accedono all'unico PS esistente. Gli accessi sono in cospicuo incremento negli anni considerati, in misura proporzionalmente maggiore per gli immigrati (tabella II.2.5)

Tabella II.2.5: N. di accessi al PS pediatrico dell'AOSMN e distribuzione % per anno e cittadinanza, età 0-14 anni

Cittadinanza	2005	2006	2007	2008	Totale
Immigrati	2.809	3.372	3.997	4.320	14.498
Italiani	10.036	10.069	10.611	10.752	41.468
Totale	12.845	13.441	14.608	15.072	55.966

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Dal 2007 anche il PS pediatrico attribuisce un codice colore ai casi che vi accedono e la frequenza di codici bianchi appare particolarmente elevata, maggiore a carico degli immigrati: un quarto dei bambini italiani e quasi un terzo degli immigrati accedono al PS in modo inappropriato (tabella II.2.6)

Tabella II.2.6: N. di accessi al PS pediatrico dell'AOSMN e distribuzione % per cittadinanza e codice di urgenza di ammissione¹, età 0-14 anni - Periodo 2007-2008

Cittadinanza	Giallo		Verde		Bianco		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Immigrati	267	3,4	5.116	65,3	2.450	31,3	7.833	100,0
Italiani	830	4,1	14.421	71,2	5.008	24,7	20.259	100,0
Totale	1.097	3,9	19.537	69,5	7.458	26,5	28.092	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

La grande maggioranza degli accessi è a carico di bambini piccoli, inferiori a 5 anni di età in entrambi i gruppi, italiani e immigrati. Tuttavia negli immigrati i bambini sotto l'anno di età sono oggetto di preoccupazione e quindi di ricorso al PS pediatrico in misura assai maggiore dei coetanei italiani, ulteriore segnale di necessità di attenzione sulla prima infanzia nella collettività immigrata (tabella II.2.7).

Tabella II.2.7: N. di accessi al PS pediatrico dell'AOSMN e distribuzione % per cittadinanza e classi di età, età 0-14 anni - Periodo 2007-2008

Classi di età	Immigrati		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%
0	2.274	27,3	4.034	18,9	5.758	21,9
1-4	3.920	47,1	10.344	48,4	13.166	50,1
5-9	1.625	19,5	4.744	22,2	5.278	20,1
10-14	498	6,0	2.241	10,5	2.092	8,0
Totale	8.317	100,0	21.363	100,0	26.294	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Le cause di accesso sono molto simili nei due gruppi, con una netta prevalenza di accessi per malattia, seguita dalle lesioni accidentali e dalle medicazioni (tabella II.2.8)



¹ Vi sono inoltre, non compresi in Tabella, 5 casi di codice rosso nel periodo considerato: 4 a carico di bambini italiani, 1 di un bambino immigrato. I dati in tabella si riferiscono agli accessi dal 6 febbraio 2007.

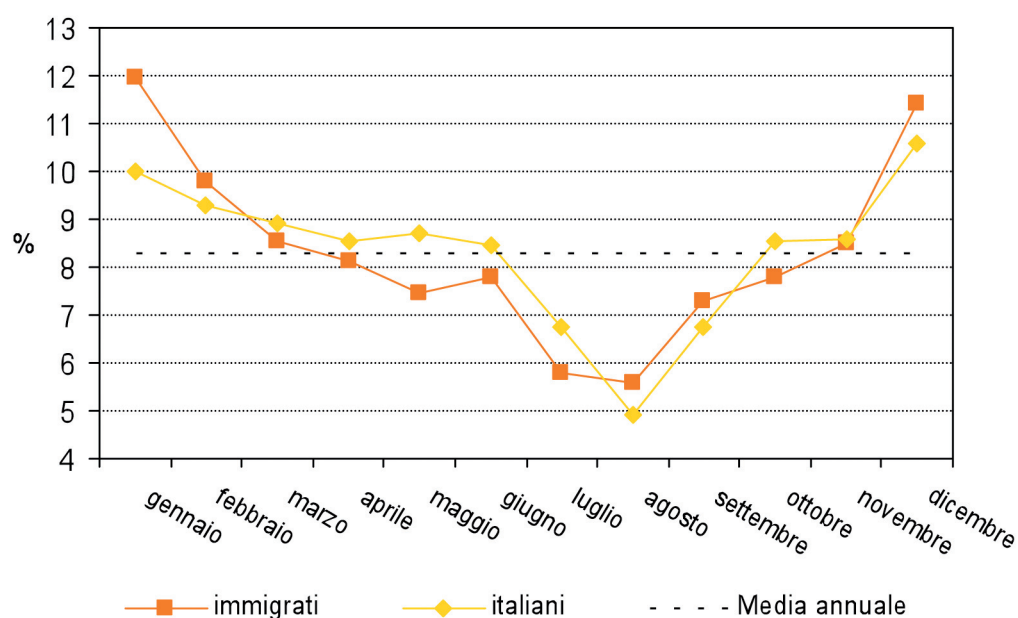
Tabella II.2.8: N. di accessi al PS pediatrico dell'AOSMN e distribuzione % per cittadinanza e causa, età 0-14 anni - Periodo 2007-2008

Causa di accesso	Immigrati		Italiani		Totale	
	N	%	N	%	N	%
malattia	4.650	55,9	11.230	52,6	15.880	53,5
lesione accidentale	2.768	33,3	7.592	35,5	10.360	34,9
medicazione	837	10,1	2.342	11,0	3.179	10,7
intossicazione	13	0,2	47	0,2	60	0,2
autolesione	33	0,4	87	0,4	120	0,4
morso animale	0	0,0	9	0,0	9	0,0
incidente sportivo	4	0,0	20	0,1	24	0,1
incidente stradale	7	0,1	8	0,0	15	0,1
opera terzi	5	0,1	26	0,1	31	0,1
infortunio sul lavoro	0	0,0	2	0,0	2	0,0
Totale	8.317	100,0	21.363	100,0	29.680	100,0

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

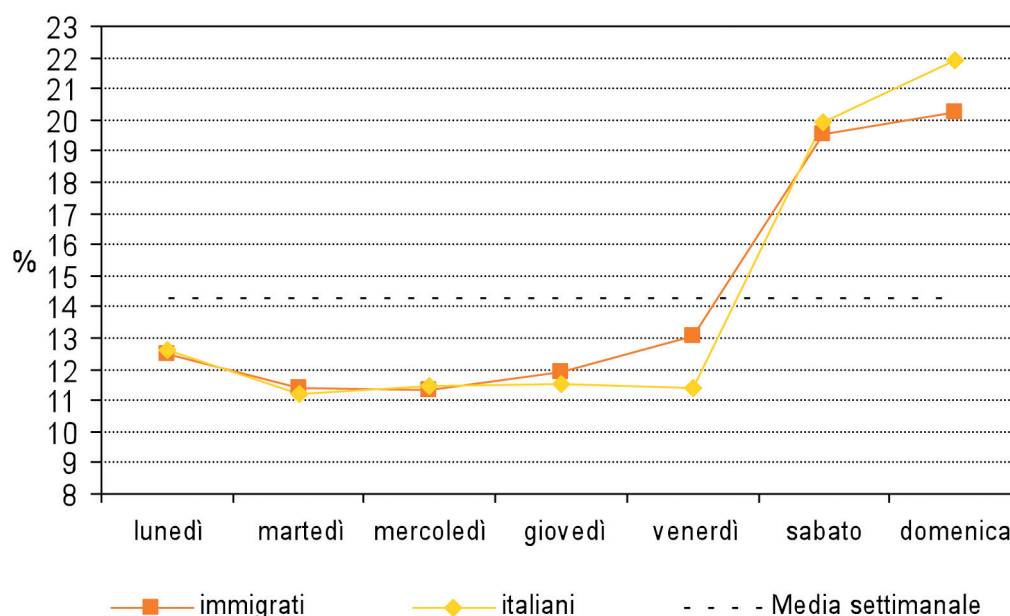
Pure molto simili tra i due gruppi sono i tempi di accesso: mesi, giorni, orari. Gli accessi sono particolarmente frequenti nei mesi invernali, quando assai frequenti sono le infezioni stagionali, il sabato e la domenica e nelle ore pomeridiane e serali, quando i Pediatri di Libera Scelta sono meno o affatto raggiungibili (grafici II.2.7, II.2.8 e II.2.9).

Grafico II.2.7: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico dell'AOSMN per mese e cittadinanza - Periodo 2007-2008



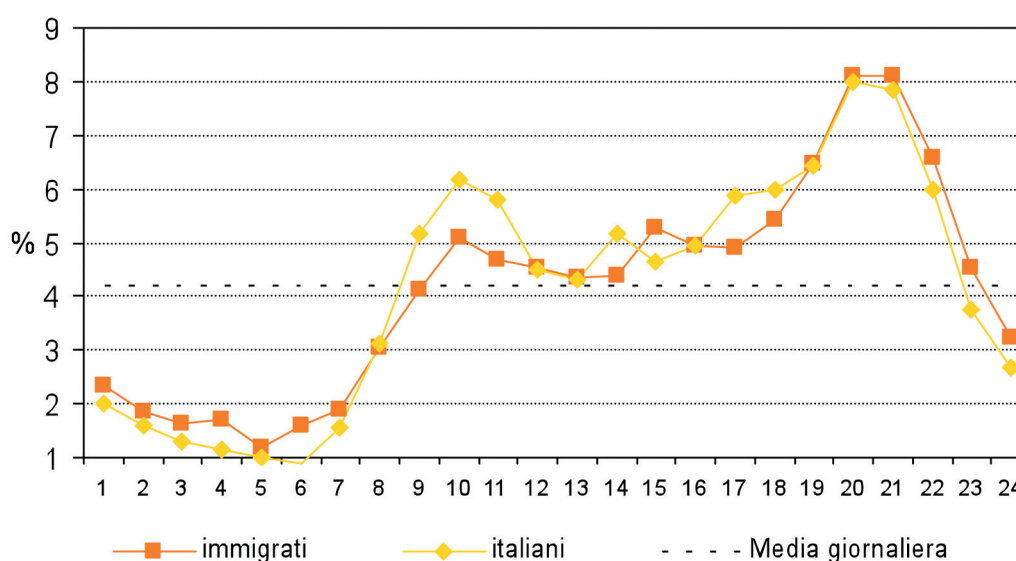
(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Grafico II.2.8: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico dell'AOSMN per giorno della settimana e cittadinanza - Periodo 2007-2008



(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Grafico II.2.9: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso pediatrico dell'AOSMN per ora del giorno e cittadinanza - Periodo 2007-2008

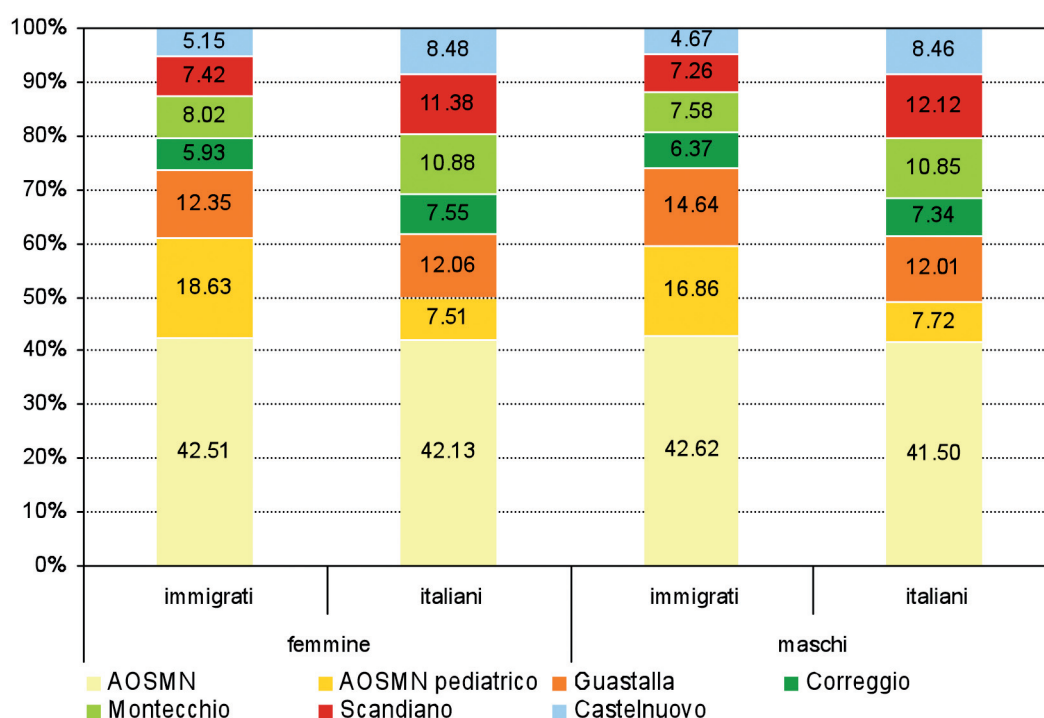


(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Strutture ospedaliere di accesso

La distribuzione degli accessi al PS nelle diverse strutture ospedaliere della provincia riflette la distribuzione della popolazione in generale, e di quella immigrata in particolare, nei diversi distretti territoriali: più del 60 % degli accessi tra gli immigrati e circa il 50% tra gli italiani si riferiscono all'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, maggiore ospedale della provincia (grafico II.2.10). In Appendice è presentata la distribuzione per nazionalità degli accessi ai PS delle diverse strutture ospedaliere della provincia.

Grafico II.2.10: Distribuzione % degli accessi al Pronto Soccorso dei residenti per struttura ospedaliera, cittadinanza e genere - Anno 2008



(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Ricoveri ed accessi al Pronto Soccorso

I ricoveri ospedalieri degli immigrati adulti, pur in incremento in numero assoluto e in proporzione, continuano a essere sostanzialmente diversi da quelli degli italiani per tasso di ricovero, significativamente inferiore in entrambi i generi e classi di età, con l'unica eccezione delle donne in età fertile relativamente alle cause ostetriche, come è documentato nel Cap. III.1 "Gravidanze, nuovi nati e bambini".

Anche gli accessi al Pronto Soccorso (PS) sono aumentati in numero e in proporzione ma, a differenza dei ricoveri, sono significativamente più elevati che negli italiani, così come sono più elevati gli accessi con codice bianco, che individua i ricorsi inappropriati. Esaminando cause e modalità di accesso, le malattie e le medicazioni sono cause frequenti con elevato rischio di inappropriatezza, per le quali maggiormente utile sarebbe un'azione volta a contenere gli accessi. Considerando orari e giornate di accesso preferiti dagli immigrati, usualmente al di fuori dell'orario di lavoro, risulta evidente che qualsiasi intervento volto a diminuire la pressione impropria sul PS deve tenere conto di questi due fattori per essere efficace.

Anche il PS pediatrico risente di una maggiore pressione degli immigrati, anche qui con elevata frequenza di accessi impropri, pur molto frequenti anche tra gli italiani, rispetto ai quali non sono apprezzabili differenze nelle modalità e nelle cause di accesso. I bambini sotto l'anno di età sono il gruppo in cui c'è una maggiore differenza di accesso tra immigrati ed italiani. Come si vedrà meglio nei Capitoli successivi, questo gruppo di età appare particolarmente fragile (mortalità, ricoveri ospedalieri) e necessita di attenzioni particolari.

II.3 L'ASSISTENZA DI BASE: LA SCELTA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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

Dall'anagrafe assistiti dell'Azienda USL è stato ricavato il numero di residenti non assistiti da un MMG, per cittadinanza (in altre parole: il numero di coloro che, pur avendone diritto, non hanno fatto la scelta del MMG da cui ricevere l'assistenza sanitaria di base). La tabella va letta con l'avvertenza che i residenti si riferiscono al 31.12.2010: i numeri differiscono quindi da quelli presentati nel primo capitolo di questo lavoro. La percentuale di cittadini immigrati residenti che, pur avendone diritto, non ha scelto un Medico a cui ricorrere per l'assistenza di base, è più elevata di quella degli italiani (tabella II.3.1) e appare in aumento rispetto al 31.12.2005, quando era il 5,4%.

Tabella II.3.1: N. di residenti non assistiti da un MMG e distribuzione % per cittadinanza - 31.12.2010

NO MMG	Italiani			Immigrati			
	SI MMG	TOTALE	% NO	NO MMG	SI MMG	TOTALE	% NO
8.719	453.392	462.111	1,9	4.339	64.212	68.551	6,3

(Fonte dati: Anagrafe Assistiti, Azienda USL di Reggio Emilia)

La distribuzione dei residenti immigrati non assistiti da un MMG per le nazionalità considerate nel rapporto (tabella II.3.2) conferma le differenze rilevanti tra nazioni diverse già evidenziate al 2005 e le rispettive posizioni nella graduatoria allora stilata e, inoltre, rileva l'acuirsi di quelle differenze: la collettività cinese raggiunge il 18% di non assistiti da un MMG (era al 8,9% al 2005) e anche la collettività romena supera il 10%, contro il 5,6% del 2005, mentre Indiani e Ghanesi continuano a mostrare frequenze di non assistiti da un MMG ridotte e quasi simili a quella degli italiani.

Tabella II.3.2: N. di residenti non assistiti da un MMG e distribuzione % per nazionalità - 31.12.2010

NAZIONALITA'	RESIDENTI	NO MMG	%
Cina	5.135	930	18,1
Romania	4.654	562	12,1
Nigeria	1.405	77	5,5
Ucraina-Moldavia	6.837	352	5,1
Marocco	10.559	524	5,0
Albania	7.401	321	4,3
Pakistan	4.899	156	3,2
India	6.533	202	3,1
Ghana	2.983	78	2,6

(Fonte dati: Anagrafe Assistiti, Azienda USL di Reggio Emilia)

II.4 I SERVIZI PSICHIATRICI

Servizi territoriali

La proporzione di immigrati residenti presi in carico² dal Servizio Psichiatrico Pubblico territoriale attraverso il trattamento ambulatoriale è in aumento negli anni considerati, con quote simili, intorno al 9%, in entrambi i generi nel 2008, mentre i cittadini STP rappresentano costantemente percentuali inferiori all'1% o di poco superiori (tabelle II.4.1a e II.4.1b). Come per gli italiani, anche tra gli immigrati le donne accedono ai Servizi Psichiatrici più frequentemente degli uomini, ma il tasso di presa in carico è per entrambi i generi inferiore, seppur di poco, a quello degli italiani. Si rileva comunque un incremento nei tassi di presa in carico nel periodo considerato: da 0,8‰ a 1,7‰ nei maschi, da 2,1‰ a 3,2‰ nelle femmine, rispettivamente, con trend più elevato dei corrispondenti italiani.

Tabella II.4.1a: N. prese in carico dal Servizio Psichiatrico Pubblico territoriale, per cittadinanza, maschi - Periodo 2005-2008

Anni	Italiani			Immigrati			STP		Totale
	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	N.
2005	418	95,0	1,9	19	4,3	0,8	3	0,7	440
2006	577	94,0	2,6	30	4,9	1,2	7	1,1	614
2007	595	94,0	2,6	31	4,9	1,2	7	1,1	633
2008	529	89,8	2,3	53	9,0	1,7	7	1,2	589

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

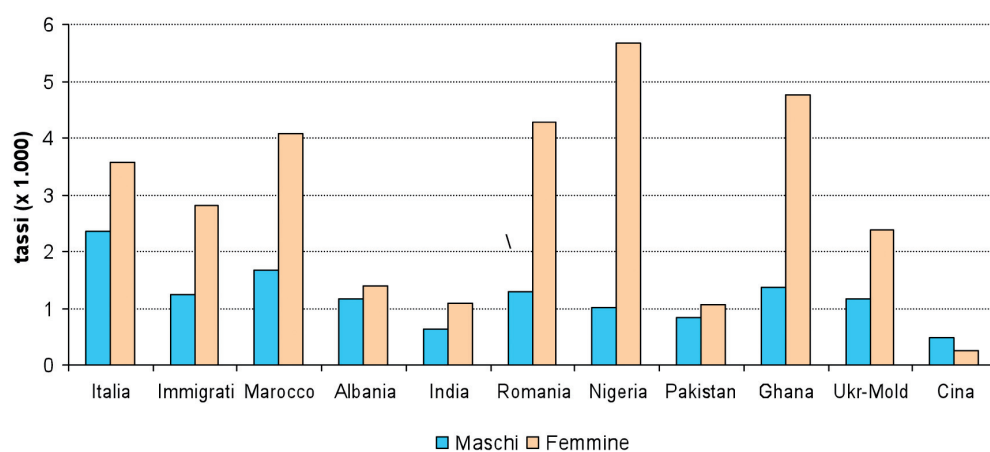
Tabella II.4.1b: N. prese in carico dal Servizio Psichiatrico Pubblico territoriale, per cittadinanza, femmine - Periodo 2005-2008

Anni	Italiani			Immigrati			STP		Totale
	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	N
2005	666	94,1	2,9	40	5,6	2,1	2	0,3	708
2006	832	93,0	3,6	59	6,6	2,8	4	0,4	895
2007	931	91,7	4,0	77	7,6	3,1	7	0,7	1.015
2008	896	90,2	3,8	92	9,2	3,2	6	0,6	994

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

Si osservano differenze rilevanti tra le diverse nazionalità analizzate nel periodo 2005-2008 (grafico II.4.1). Pur con le dovute riserve legate all'esiguità dei numeri a disposizione, sembra emergere che le donne nigeriane, ghanesi e rumene sono quelle con i tassi di presa in carico più alti, mentre le comunità indiane, cinesi e pakistane sembrano ricorrere raramente al Servizio Psichiatrico territoriale.

² Un soggetto preso in carico è un soggetto per cui si è previsto un percorso di cura.

Grafico II.4.1: Tassi (x1.000) delle prese in carico dal Servizio Psichiatrico Pubblico territoriale, per genere e nazionalità - Periodo 2005-2008

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

Per quanto riguarda la diagnosi di presa in carico, nelle donne non si apprezzano differenze sensibili tra immigrate e italiane: per entrambe le diagnosi più frequenti rientrano nel gruppo dei disturbi nevrotici, prevalentemente depressivi o ansioso-depressivi, mentre per gli uomini, che si rivolgono ai Servizi con frequenza minore, la diagnosi è frequentemente più grave, relativa prevalentemente a disturbi psicotici.

Ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

Il ricovero nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) avviene in urgenza, per affrontare casi acuti. Il ricovero può essere volontario, se il soggetto accetta la proposta di ricovero avanzata dal medico del Pronto Soccorso o dallo psichiatra del Centro di Salute Mentale pubblico, oppure “obbligatorio” (Trattamento Sanitario Obbligatorio – TSO), quando sussistono le tre condizioni previste dalla legge (alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti provvedimenti terapeutici, rifiuto dell’infermo a curarsi, mancanza di idonee e tempestive alternative extraospedaliere). Rispetto al trattamento ambulatoriale, di cui sono più frequenti fruitori le donne, i ricoveri sono, seppur di poco, maggiormente a carico degli uomini. Nel periodo 2005-2008 i ricoveri di soggetti residenti sono stati 2.102: 1.134 uomini, 968 donne (tabelle II.4.2a e II.4.2b). Il tasso di ricovero è stazionario in entrambi i generi e nelle due popolazioni, intorno a 1‰. La proporzione di ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (STP) è in crescita nei maschi e stazionaria o in riduzione tra le femmine.

Il numero medio di ricoveri per persona è pari a 2,3 per gli italiani, identico nei due generi, mentre è di 1,6 per gli immigrati (1,7 nei maschi e 1,4 nelle femmine) e di 1,3 per gli STP, a indicare una possibile maggiore “cronicità” dei ricoverati italiani rispetto agli immigrati, ovvero una minore costanza nelle cure da parte degli immigrati.

Tabella II.4.2a: N. ricoveri del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, per cittadinanza, maschi - Periodo 2005-2008

Anni	Italiani			Immigrati			STP		Totale
	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	
2005	266	92,1	1,2	20	6,9	0,9	3	1,0	289
2006	261	88,5	1,2	28	9,5	1,2	6	2,0	295
2007	224	92,4	1,0	12	5,0	0,4	6	2,5	242
2008	270	87,7	1,2	30	9,7	1,0	8	2,6	308
Totale	1.021	90,0	1,1	90	7,9	0,9	23	2,0	1.134

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

Tabella II.4.2a: N. ricoveri dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, per cittadinanza, femmine - Periodo 2005-2008

Anni	Italiani			Immigrati			STP		Totale
	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	Tasso (x1.000)	N	%	N
2005	235	93,3	1,0	8	3,2	0,4	9	3,6	252
2006	237	89,8	1,0	21	8,0	1,0	6	2,3	264
2007	212	90,2	0,9	17	7,2	0,7	6	2,6	235
2008	186	85,7	0,8	27	12,4	1,0	4	1,8	217
Totale	870	89,9	0,9	73	7,5	0,8	25	2,6	968

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

Per quanto riguarda le nazionalità dei ricoverati, pur con i numeri modesti segnalati nelle tabelle, è possibile notare che, mentre nei maschi le nazionalità più coinvolte sono quelle più rappresentate (Marocco, Albania, Romania e gli altri a seguire), per le donne il quadro è diverso: alcune nazionalità pur numerose non appaiono affatto o pochissimo (India, Pakistan, Cina), altre (Nigeria, Ucraina, Moldova), benché meno rappresentate, costituiscono le presenze maggiori.

La maggior parte dei ricoveri riguarda gli adulti in età 15-44 anni, ma compaiono anche soggetti più anziani, sia pur in numero molto ridotto. Nella tabella II.4.3 sono rappresentati i rapporti standardizzati di ospedalizzazione in SPDC nel periodo 2005-2008 degli immigrati vs la popolazione italiana, per fasce di età, considerando solo il primo ricovero nell'anno (eliminando quindi i ricoveri ripetuti nell'anno). Nei maschi immigrati il rischio di ricovero appare significativamente minore rispetto ai maschi italiani nell'età più avanzata, mentre tra le femmine i ricoveri osservati nelle immigrate sono pressoché simili a quelli attesi, in tutte le età considerate.

Tabella II.4.3: N. immigrati ricoverati osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età e sesso, immigrati >14 anni - Periodo 2005-2008

Classi età	Maschi				Femmine			
	Osserv.	Attesi	RSO	IC 95%	Osserv.	Attese	RSO	IC 95%
Tutte	70	94,05	0,74	0,58 - 0,94	62	63,10	0,98	0,75 - 1,26
15-44	65	79,82	0,81	0,63 - 1,04	47	47,20	1,00	0,73 - 1,32
45-64	5	13,82	0,36	0,12 - 0,84	15	15,35	0,98	0,55 - 1,61
> 64	0	0,34	-	-	0	0,55	-	-

(Fonte: Servizio Informativo DSM)

Analogo confronto è stato realizzato solo per i ricoveri TSO (tabella II.4.4). Il risultato è simile al precedente: nei maschi il rischio appare significativamente minore degli italiani, mentre nelle femmine il rischio non è dissimile nelle due popolazioni, per tutte le classi di età. Tuttavia la fascia d'età 15-44 anni presenta un rischio di ricovero TSO del 28% maggiore delle italiane, benché il dato non sia significativo.

Tabella II.4.4: N. immigrati ricoverati in TSO osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervalli di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età e sesso, immigrati >14 anni - periodo 2005-2008

Classi età	Maschi				Femmine			
	Osserv.	Attesi	RSO	IC 95%	Osserv.	Attese	RSO	IC 95%
Tutte	26	39,15	0,66	0,43 - 0,97	26	23,88	1,09	0,71 - 1,60
15-44	24	33,99	0,71	0,45 - 1,05	21	16,38	1,28	0,79 - 1,96
45-64	2	4,99	0,40	0,04 - 1,15	5	7,25	0,69	0,22 - 1,61
> 64	0	0,17	-	-	0	0,25	-	-

(Fonte dati: Servizio Informativo DSM)

II.5 IL SERT

Gli accessi al Servizio per le Tossicodipendenze (SERT) da parte di cittadini immigrati sono in incremento dal 2005 al 2008, a carico pressoché esclusivamente degli uomini, il cui numero è più che raddoppiato nel biennio 2007-2008 rispetto al biennio precedente e rappresenta più del 16% dei primi accessi al SERT (tabella II.5.1a). Tra le donne (tabella II.5.1b), il numero di immigrate, assai modesto, è costante dal 2006 e rappresenta circa il 12% del totale di primi accessi femminili.

Tabella II.5.1a: N. primi accessi al Sert per anno e cittadinanza, maschi

Anni	Italiani	Immigrati	Totale	% immigrati
2005	396	30	426	7,0
2006	455	46	501	9,2
2007	416	82	498	16,5
2008	407	80	487	16,4

(Fonte dati: Servizio Informativo Sert)

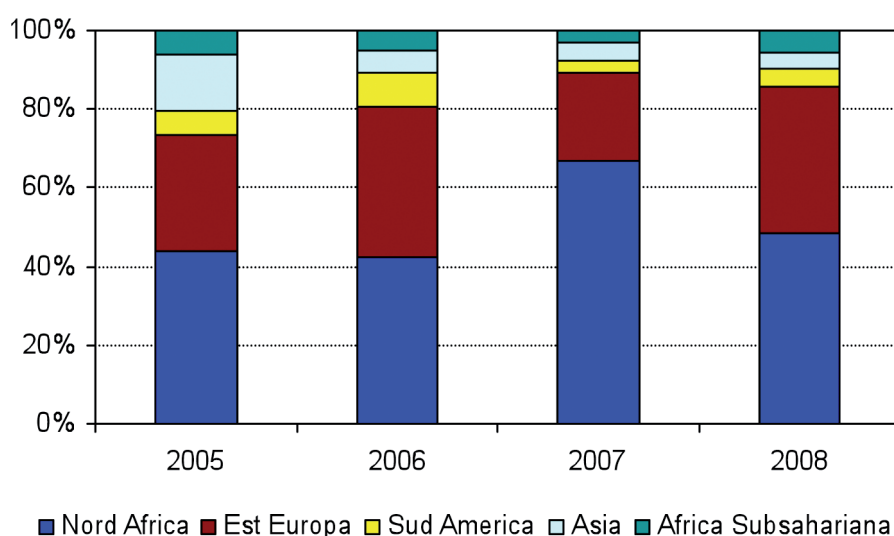
Tabella II.5.1b: N. primi accessi al Sert per anno e cittadinanza, femmine

Anni	Italiani	Immigrati	Totale	% immigrati
2005	82	4	86	4,6
2006	84	11	95	11,6
2007	74	11	85	12,9
2008	80	11	91	12,1

(Fonte dati: Servizio Informativo Sert)

Il grafico II.5.1 rappresenta le aree geografiche di provenienza negli anni considerati: Nord Africa ed Europa dell'Est sono i due grandi bacini dell'utenza SERT, con poche variazioni annuali.

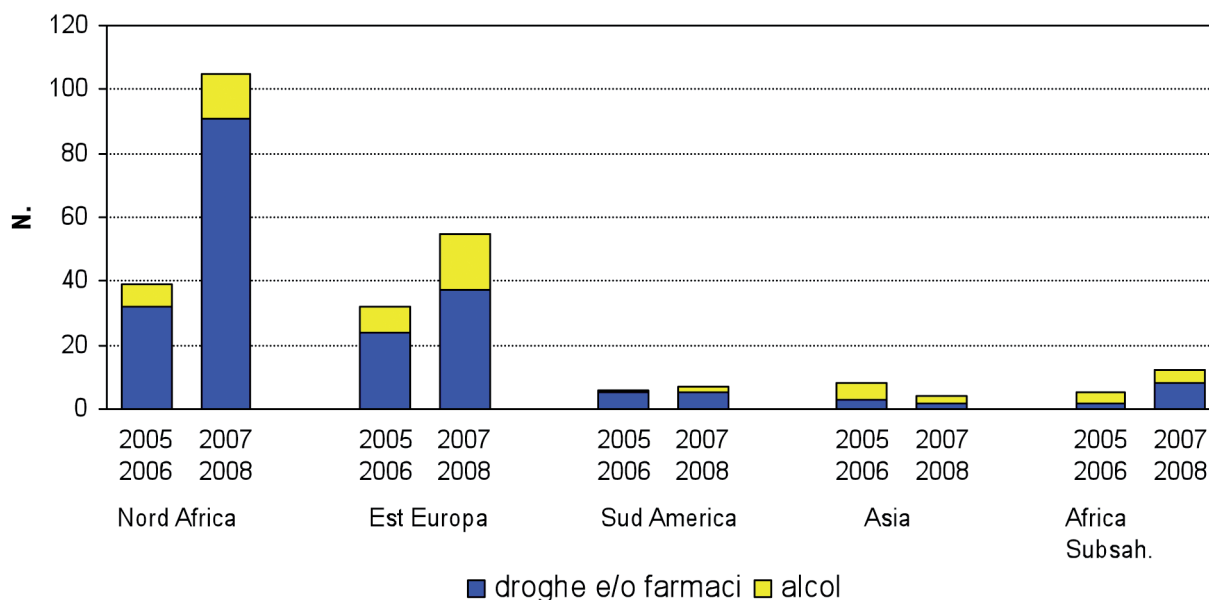
Grafico II.5.1: Distribuzione % degli accessi al SERT per anno ed area di provenienza, immigrati - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Servizio Informativo Sert)

La prima causa di accesso tra gli immigrati è la dipendenza da droghe e/o farmaci, seguita dalla dipendenza dall'alcol (grafico II.5.2). Entrambe le cause sono in crescita nel corso degli anni e la prevalenza della tossicodipendenza sull'alcolismo si può apprezzare in particolare negli immigrati provenienti dal Nord Africa.

Grafico II.5.2: N. accessi al SERT per biennio, tipo di dipendenza ed area di provenienza, immigrati - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Servizio Informativo Sert)

II.6 I CONSULTORI

Nel periodo 2005-2008 gli accessi ai Consultori materno-infantili da parte delle donne immigrate sono in continua crescita, e con il loro apporto determinano un costante incremento degli utenti, compensando la progressiva riduzione degli accessi delle donne italiane. La popolazione immigrata assistita dai consultori di tutta la provincia dal 2005 al 2008 cresce di circa 2.100 utenti (+51,2%), mentre quella italiana cala di circa 1.100 unità (-9,1%) (tabella II.6.1). Tra le prestazioni erogate, l'assistenza alla gravidanza è in rilevante aumento e riguarda per più del 60% le donne immigrate. La certificazione per l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) è anch'essa rivolta in maggior parte alle immigrate (58,2% nel 2008) ma la sua numerosità è pressoché costante nel periodo considerato. Seguono nell'ordine l'accesso per il controllo della fertilità, l'assistenza al puerperio e l'assistenza alla menopausa e anche per queste tre prestazioni la proporzione delle donne straniere è in aumento.

Tabella II.6.1 Proporzione % di accessi degli immigrati ai consultori materno-infantili per tipologia di accesso

Tipologia accesso	2005		2006		2007		2008	
	Totale	Immigrate	Totale	Immigrate	Totale	Immigrate	Totale	Immigrate
Totale utenti	16.680	4.132	17.285	5.199	17.616	5.422	17.834	6.251
% immigrate		24,5		30,1		30,8		35,5
Assist. in gravidanza	2.513	1.292	2.493	1.490	2.824	1.696	2.975	1.790
% immigrate		51,4		59,8		60,1		60,2
Certificati IVG*	735	373	746	414	763	459	749	436
% immigrate		50,7		55,5		60,2		58,2
Controllo fertilità	2.526	657	2.532	868	2.551	949	2.595	1.104
% immigrate		26,0		34,3		37,2		42,5
Assist. al puerperio	1.102	170	1.123	236	1.074	254	1.250	390
% immigrate		15,4		21,0		23,6		31,2
Assistenza a menopausa	1.216	48	1.262	66	820	61	745	67
% immigrate		3,9		5,2		7,4		9,0

*per tutti gli anni manca il dato di Guastalla

(Fonte dati: Servizio assistenza distrettuale della Regione Emilia-Romagna)



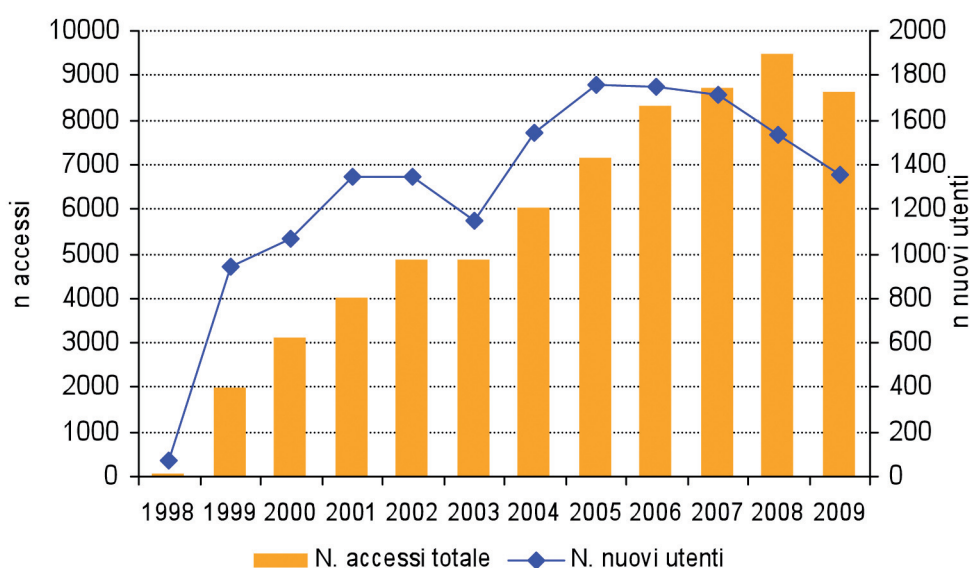
II.7 IL CENTRO PER LA SALUTE DELLA FAMIGLIA STRANIERA

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

Successivamente la collaborazione tra AUSL e Caritas ha dato origine a due ambulatori distinti: il primo prevalentemente di medicina generale, il secondo prevalentemente specialistico. I dati di seguito riportati fanno riferimento all'ambulatorio dell'AUSL, dall'inizio dell'attività al 2009.

Nel primo triennio di attività (1999-2001) il Centro ha visto un notevole aumento dei primi accessi (+42,8%), seguito da una leggera flessione nel biennio successivo (-14,8%), a seguito delle regolarizzazioni della legge Bossi-Fini. Nel 2004-2005 riprende l'aumento degli utenti ed è particolarmente spiccato (+52,8%). Nel 2006-2008 calano i nuovi utenti ma continua l'aumento degli accessi perché l'ambulatorio si organizza per garantire maggiormente la continuità assistenziale. Nel 2009 si assiste per la prima volta a un calo dei nuovi utenti e degli accessi, dovuto alla minor crescita della popolazione immigrata (è il primo anno di crisi economica) e alla regolarizzazione, consentita dalla legge, dei collaboratori domestici e familiari (grafico II.7.1).

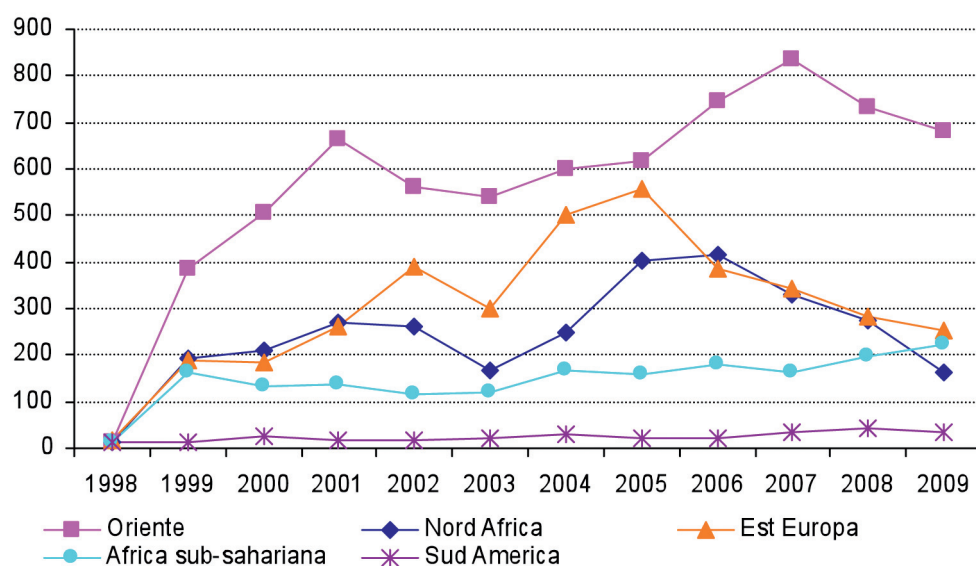
Grafico II.7.1: N. accessi e N. nuovi utenti, per anno - Periodo 1998-2009



(Fonte dati: banca dati CSFS, AUSL)

Le nazionalità che maggiormente utilizzano il Centro non riflettono esattamente la composizione delle popolazione immigrata a Reggio Emilia, ma dipendono in grande misura dalla disponibilità di mediatori culturali al Centro, e dalla necessità di mediazione che ogni nazionalità sperimenta. Così fin dalla nascita del Centro sono i Cinesi la popolazione che maggiormente ne usufruisce, non perché essi siano la popolazione con il maggior numero di irregolari ma perché al Centro trovano con costanza dei mediatori culturali, assolutamente indispensabili per chi, come loro, conosce poco o nulla l'italiano e le altre lingue europee. I Cinesi dunque, che frequentano poco l'ospedale e poco persino il Pronto Soccorso, che, pur avendone diritto, in molti non scelgono il medico di medicina generale, accedono numerosi in un luogo dove c'è chi dà ascolto e capisce quanto essi hanno da dire (grafico II.7.2)

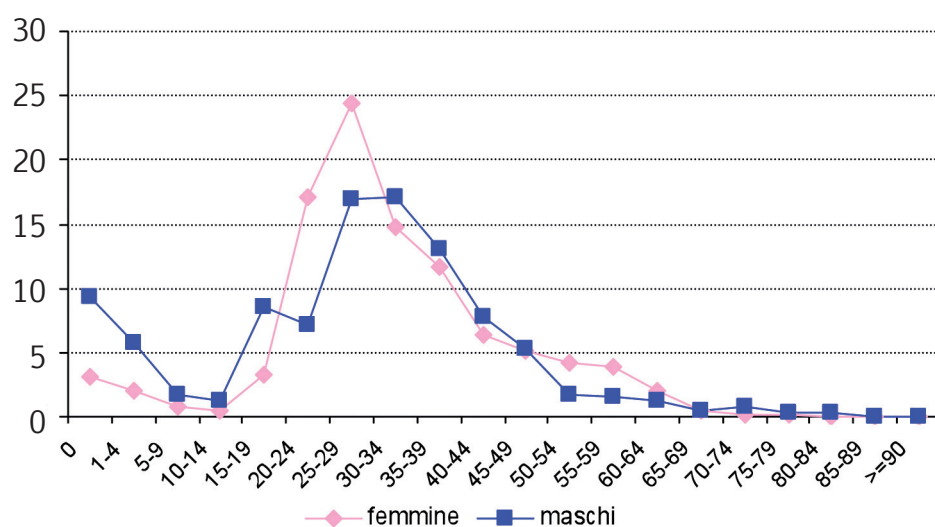
Grafico II.7.2 N. nuovi utenti per area geografica di provenienza
Periodo 1998-2009



(Fonte dati: banca dati CSFS, AUSL)

Gli utenti del Centro sono prevalentemente giovani adulti, come è ovvio per una popolazione che affronta i disagi di una vita non garantita, ma insieme con gli adulti sono numerosi anche i bambini, a indicare che tra gli immigrati irregolari sono numerose anche le famiglie (grafico II.7.3).

Grafico II.7.3: Distribuzione % degli utenti per genere e classe di età
Anno 2009



(Fonte dati: banca dati CSFS, AUSL)

III. Le condizioni di salute

III.1 GRAVIDANZE, NUOVI NATI E BAMBINI

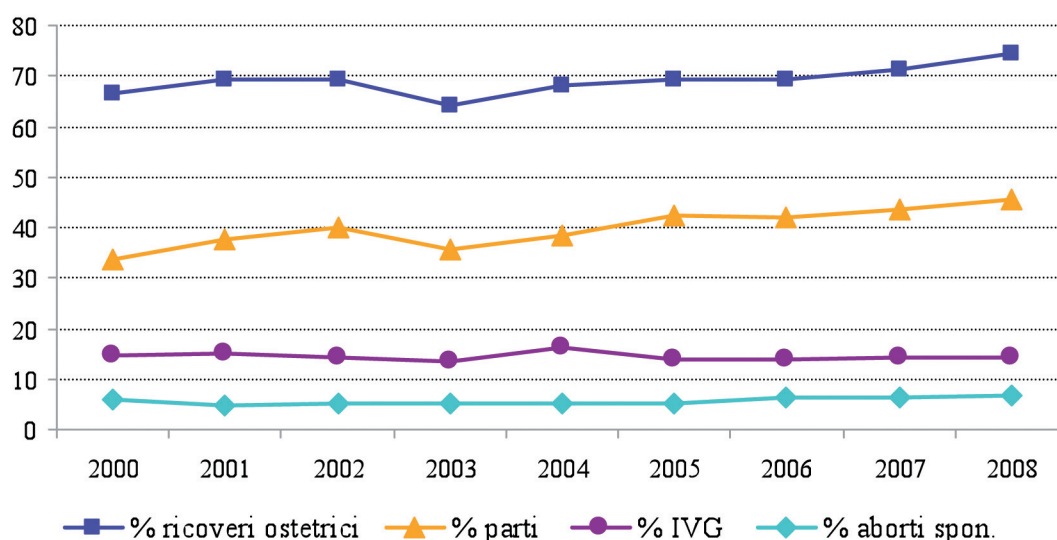
Eventi ostetrici¹

Le cause ostetriche sono, come è già stato indicato, la principale causa di ricovero delle donne immigrate, più frequente che nelle donne italiane. Vediamo quindi più in dettaglio gli eventi che sono compresi in questa dizione generale.

Il quadro degli eventi ostetrici² è composto dai parti, dalle interruzioni di gravidanza (IVG) e dagli aborti spontanei; il grafico III.1.1 descrive la proporzione di ciascuno di questi eventi sul totale dei ricoveri effettuati dalle donne in età 18-44 anni nel corso del periodo 2000-2008.

In questa fascia di età i ricoveri ostetrici sono in aumento e costituiscono oramai nel 2008 quasi l'80% dei ricoveri totali. L'aumento è dovuto pressoché esclusivamente ai parti, poiché la quota di ricoveri dovuti alle IVG e agli aborti spontanei è costante o in lieve riduzione.

Grafico III.1.1: % di ricoveri ostetrici avvenuti in Regione Emilia Romagna sul totale dei ricoveri per tipo e anno, età 18-44 anni



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Vediamo in dettaglio i diversi eventi, iniziando da quelli che non consentono il completamento della gravidanza.

¹ Sono stati esclusi gli eventi avvenuti fuori Regione nei confronti tra bienni.

² Per la definizione dei singoli eventi ostetrici e degli indicatori utilizzati si rimanda al capitolo Nota metodologica.

Gravidanze interrotte

ABORTI SPONTANEI

La tabella successiva III.1.1 rende conto dell'andamento del fenomeno nei tre bienni considerati, utilizzando le due misure comuni: il tasso di abortività³ e la proporzione %⁴. Quest'ultima appare la più appropriata a descrivere un rischio che riguarda unicamente le donne gravide e non la totalità delle donne in età fertile. In ogni caso, entrambe le misure documentano bene la costanza del fenomeno sia tra le italiane che tra le immigrate e la proporzione % rileva la sostanziale non diversità dei due gruppi. All'interno del gruppo delle immigrate vi sono tuttavia differenze sostanziali: le donne nigeriane e ghanesi si distinguono per una maggiore abortività spontanea, e così pure le donne STP (stranieri temporaneamente presenti).

Tabella III.1.1: N. di aborti, tassi (x 1.000) e proporzione di abortività (aborti/gravidanze) per nazionalità, età 15-44 anni

Nazionalità	2003-2004			2005-2006			2007-2008		
	N	Tasso	Prop. %	N	Tasso	Prop. %	N	Tasso	Prop. %
Italiane	1.101	6,3	12,0	1.105	6,4	11,9	1.125	6,6	12,0
Immigrate	258	13,6	11,4	317	12,9	11,4	435	13,9	11,9
ALBANIA	16	9,4	7,9	21	8,7	7,3	31	10,1	8,5
CINA	26	14,7	11,1	36	16,3	14,1	31	12,1	9,8
MAROCCO	60	18,6	12,5	56	14,6	10,6	80	18,4	11,4
INDIA	26	17,2	12,3	26	13,4	9,6	37	14,2	9,8
PAKISTAN	14	18,3	10,6	18	17,4	10,7	16	12,1	7,9
UCRAINA-MOLDAVIA	14	9,3	17,0	11	4,8	10,2	21	6,6	13,1
GHANA	12	12,6	12,5	19	17,0	16,8	27	20,8	15,9
NIGERIA	18	26,9	17,4	26	32,6	21,5	30	34,5	20,1
ROMANIA	8	9,2	13,8	10	7,6	10,4	25	8,6	11,5
STP	nd	nd	nd	77	nd	18,8	60	nd	17,2

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Per quanto riguarda l'età all'aborto, la proporzione di abortività si distribuisce in modo differente nelle donne italiane e immigrate. Tra le donne più giovani è più alto il rischio nelle italiane, mentre al crescere dell'età sono le donne immigrate ad avere una proporzione più alta di aborti spontanei (grafico III.1.2).

³ Tasso di abortività (N_{AS} / N . donne 15-44anni)*1000

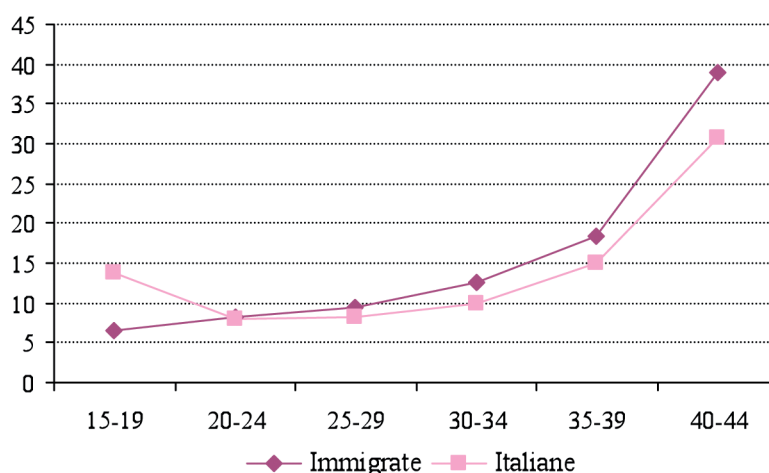
⁴ Proporzione di abortività spontanea
$$P_{AS} = \frac{N_{AS}}{N_{NV} + N_{NM} + N_{AS} + \frac{1}{4} N_{IVG}} \cdot 100$$

ove: N_{AS} = numero aborti spontanei;

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

Cfr: Cattaruzza M.S., Spinelli A.; *Epidemiologia e Prevenzione* 2000; 24 (4):184-5

Grafico III.1.2: Proporzione % di abortività specifica per classe di età e cittadinanza, età 15-44 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

Il ricorso all'interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) delle immigrate continua a essere molto maggiore di quello delle italiane, e non appare sostanzialmente modificato negli ultimi due bienni, a differenza di quanto è accaduto tra le italiane, che mostrano una costante riduzione del tasso di abortività volontaria. Tra le immigrate sono le donne ghanesi, cinesi, nigeriane ed indiane quelle che costantemente presentano tassi elevati, intorno o superiori a 40‰.

Il Rapporto % IVG/parti, che tiene conto del tasso di fecondità di ogni gruppo nazionale, appare più consistentemente in calo tra le immigrate, in relazione però all'aumentato numero di parti piuttosto che alla riduzione di IVG. L'uso combinato di entrambi gli indicatori consente di individuare gruppi diversi di nazionalità a diversa attitudine verso la fertilità e la gravidanza: mentre infatti le donne marocchine pakistane e albanesi, pur avendo tassi di IVG superiori alle italiane presentano lo stesso Rapporto, a significare che l'IVG è utilizzata per distanziare nascite per altro generalmente accettate, le donne ucraine-moldave e romene sembrano scegliere l'IVG come misura elettiva nei confronti di una gravidanza non cercata né accettata (tabella III.1.2 e grafico III.1.3). Analogo comportamento, comprensibilmente, è quello osservato nelle donne STP, tra le quali anche nel biennio 2007-2008 le IVG sono più frequenti dei parti (Rapp. IVG/parti = 107,0). Questa considerazione può forse suggerire approcci diversi alle diverse collettività in tema di promozione delle misure contraccettive.

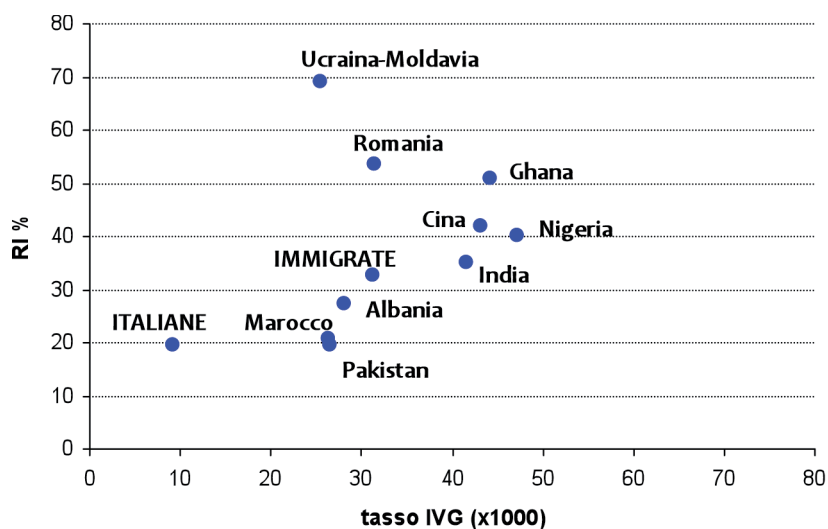
⁵ Tasso di abortività volontaria (AV= $(N_{AV} / N. \text{ donne } 15-44\text{anni}) \cdot 1000$)

Tabella III.1.2: N. di IVG, N. di parti, tassi (x 1.000) e rapporti % (IVG/parti) per nazionalità, età 15-44 anni

Nazionalità	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N. IVG	N. parti	Tasso	Rapp. %	N. IVG	N. parti	Tasso	Rapp. %	N. IVG	N. parti	Tasso	Rapp. %
Italiane	1.650	7.676	9,5	21,5	1.581	7.790	9,2	20,3	1.477	7.873	8,7	18,8
Immigrate	743	1.829	39,1	40,6	754	2.285	30,7	33,0	948	2.983	30,3	31,8
ALBANIA	72	168	42,2	42,9	60	250	24,9	24,0	92	311	30,1	29,6
CINA	85	186	48,0	45,7	84	199	38,0	42,2	111	257	43,2	43,2
MAROCCO	81	400	25,1	20,3	103	444	26,9	23,2	104	597	23,9	17,4
INDIA	84	164	55,6	51,2	84	223	43,3	37,7	104	315	39,9	33,0
PAKISTAN	18	114	23,5	15,8	26	144	25,1	18,0	35	177	26,4	19,8
UCRAINA-MOLDAVIA	70	51	46,4	137,3	54	83	23,6	65,1	83	118	26,0	70,3
GHANA	51	71	53,4	71,8	43	83	38,5	51,8	64	127	49,4	50,4
NIGERIA	38	76	56,8	50,0	39	85	48,8	45,9	37	110	42,5	33,6
ROMANIA	36	41	41,6	87,8	46	75	34,9	61,3	83	171	28,7	48,5
STP	nd	nd	nd	nd	302	256	nd	118,0	244	228	nd	107,0

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Grafico III.1.3: Distribuzione delle nazionalità in relazione al tasso di abortività volontaria (tasso IVG) e al Rapporto % IVG/parti (RI%), età 15-44 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Parti

CHI PARTORISCE

Nella tabella III.1.3 sono riassunti alcuni parametri anagrafici, socio-economici e di utilizzo dei servizi sanitari che differenziano in modo chiaro i tre gruppi considerati: le italiane, le immigrate residenti e le donne STP. L'età media al parto continua a salire lievemente sia tra le italiane che tra le immigrate e anche nelle donne STP. Le condizioni socio-economiche

(scolarità, occupazione) delle immigrate appaiono costantemente assai svantaggiate rispetto alle italiane, senza apparente miglioramento nel periodo considerato, essendo l'unico apparente vantaggio la quota elevata di coniugate tra le immigrate residenti. La struttura prevalentemente utilizzata per l'assistenza in gravidanza è di gran lunga il Consultorio pubblico per le immigrate, mentre è sempre più il professionista privato per le italiane.

Tabella III.1.3: Distribuzione % delle caratteristiche anagrafiche e socio-economiche delle partorienti e struttura utilizzata per cittadinanza

Caratteristiche		Italiane		Immigrate		STP	
		2005-2006	2008	2005-2006	2008	2005-2006	2008
Età media al parto		31,4	32,4	28,2	28,9	26,1	27,0
Scolarità medio-bassa %		29,4	26,0	58,8	59,1	67,1	71,6
Stato civile %	Coniugate	73,8	69,5	86,2	86,5	41,4	60,2
	Nubili	22,9	27,4	12,1	12,1	52,8	37,3
Condizione professionale %	Occupate	78,5	81,2	28,3	30,5	20,0	19,9
	Disoccupate	3,8	3,2	5,6	4,3	16,4	15,4
	Casalinghe	16,4	14,3	65,2	63,7	61,4	62,7
Struttura prevalentemente utilizzata %	Privato	75,9	76,7	15,0	14,6	6,4	10,9
	Consultorio pubblico	19,3	21,8	76,6	81,5	87,1	83,6
	Ospedale pubblico	2,5	1,4	5,9	3,7	1,4	4,5
	Nessuna	2,2	0,0	2,5	0,1	5,0	1,0

(Fonte dati: Banca dati Cedap, RER)

I PARTI: QUANTI E A QUALE ETÀ

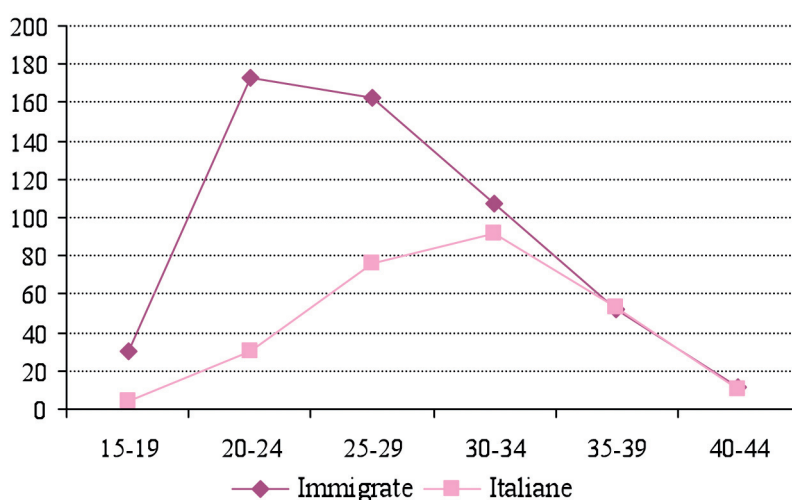
Nel periodo considerato il numero di parti è in costante incremento tra le donne immigrate, come evidenziato nella tabella III.1.4. Da circa 1100 parti nel 2005 a oltre 1500 nel 2008, mentre per le italiane si tratta di un evento la cui frequenza è pressoché stazionaria, intorno a 4000 eventi all'anno.

Tabella III.1.4: N. di parti e variazione % rispetto all'anno precedente per anno e cittadinanza

Anno	Italiane		Immigrate	
	N	var %	N	var %
2005	4.073	-	1.119	-
2006	4.030	-1,1	1.217	8,8
2007	4.075	1,1	1.470	20,8
2008	4.091	0,4	1.553	5,6

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Il grafico III.1.4 riassume quanto a più riprese è già stato detto sulla propensione alla gravidanza delle donne immigrate e sulla diversità del loro pattern di fertilità rispetto alle italiane: la curva delle prime è spostata sulle età più giovani ed è molto più elevata di quella italiana. Le code delle due curve che si sovrappongono a destra, indicano che il fenomeno, almeno nelle età più levate, si riallinea nelle due popolazioni.

Grafico III.1.4: Tassi specifici (x 1.000) per classe di età e cittadinanza, età 15-44 anni - Periodo 2005-2008

(Fonte dati: popolazione residente; Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

PARTI CESAREI

Il ricorso al taglio cesareo tra le partorienti appare in riduzione nel periodo 2005-2008 sia tra le italiane che tra le immigrate, tra le quali è costantemente inferiore alle prime (tabella III.1.5). Anche correggendo per età, la differenza permane significativa (Rapporto Standardizzato: 0,96 IC95% 0,87-0,99, anno 2008).

Tabella III.1.5: N. di parti cesarei e proporzione % sul totale dei parti per anno e cittadinanza, età 15-44 anni

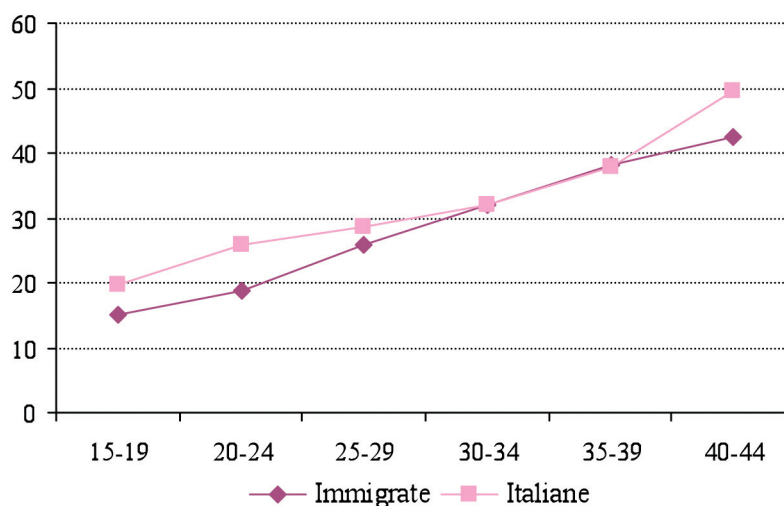
Anno	Italiane		Immigrate	
	N	%	N	%
2005	1.368	33,6	323	28,9
2006	1.353	33,6	328	27,0
2007	1.342	32,0	394	26,8
2008	1.272	31,2	402	25,9

(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Il grafico III.1.5 mette in luce anche che, benché per entrambi i gruppi ci sia un ragionevole gradiente per età, le donne italiane ricorrono di più delle immigrate al taglio cesareo nelle età più estreme (giovani e più elevate).



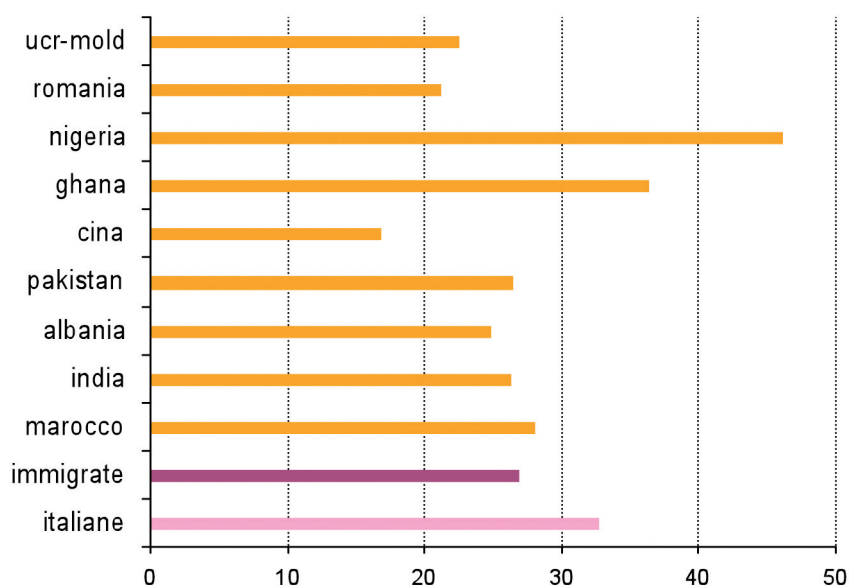
Grafico III.1.5: Proporzione % di parti cesarei sul totale dei parti per classe di età, età 15-44 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Il ricorso al taglio cesareo non è tuttavia costante tra donne di diversa nazionalità: minimo nelle donne cinesi, è massimo nelle donne nigeriane e ghanesi, che si distinguono per una proporzione di parti cesarei più alta anche rispetto alle italiane. Questo quadro caratteristico delle diverse nazionalità appare sostanzialmente immutato rispetto a quello già osservato nel precedente Rapporto (grafico III.1.6).

Grafico III.1.6: % di parti cesarei sul totale dei parti per nazionalità, età 15-44 anni - Periodo 2005-2008



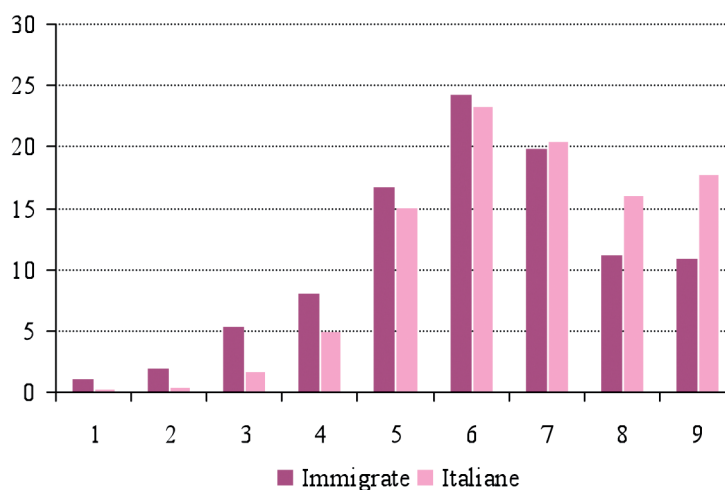
(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Assistenza in gravidanza

LE VISITE OSTETRICHE, L'EPOCA DELLA PRIMA VISITA

Il numero medio di visite in gravidanza nel corso del 2008 da parte di tutte le donne residenti è stato di 6,6 visite (6,7 è il dato medio regionale⁶). La distribuzione per numero di visite è diversa tra italiane e immigrate, come dimostra il grafico III.1.7.

Grafico III.1.7: Distribuzione % del numero visite in gravidanza per cittadinanza - Anno 2008



(Fonte dati: Banca Dati Cedap, RER)

Dagli anni 2003-2004 si nota un forte miglioramento di alcuni parametri qualitativi dell'assistenza in gravidanza: la percentuale di donne che effettua meno di quattro visite⁷ diminuisce, passando per le immigrate dal 15% nel periodo 2003-2004 a meno dell'8% nel biennio 2007-2008. (tabella III.1.6)

Tabella III.1.6: Distribuzione % delle gravidanze per numero di visite in gravidanza e cittadinanza

N. visite	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<4 visite	282	15,0	258	3,4	268	12,0	266	3,4	215	7,6	167	2,1
4-7 visite	1.246	66,4	4.865	63,7	1.505	67,5	4.955	63,4	1.948	68,5	5.045	63,7
> 7 visite	333	17,7	2.466	32,3	446	20,0	2.555	32,7	674	23,7	2.711	34,2
Dato mancante	16	0,9	49	0,6	9	0,4	35	0,4	5	0,2	2	0,0
Totale	1.877	100,0	7.638	100,0	2.228	100,0	7.811	100,0	2.842	100,0	7.925	100,0

(Fonte dati: Banca Dati Cedap, RER)

Anche rispetto all'epoca della prima visita in gravidanza si nota un forte miglioramento negli anni. La percentuale di donne immigrate che effettua la prima visita dopo l'undicesima settimana passa da un 41,3% nel biennio 2003-2004 al 21,5% nel biennio 2007-2008. Le differenze tra italiane e immigrate tendono a diminuire⁸ (tabella III.1.7).

⁶ Da: "La nascita in Emilia-Romagna. 6° Rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (Cedap)", Regione Emilia-Romagna, Giunta Regionale, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, novembre 2009.

⁷ Il modello di assistenza in gravidanza proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità è basato su almeno 4 visite (cfr. "Standards for maternal and neonatal care", WHO 2006)

⁸ Il modello di assistenza in gravidanza proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità richiede la prima visita entro il primo trimestre di gravidanza (cfr. "Standards for maternal and neonatal care", WHO 2006).

Tabella III.1.7: Distribuzione % delle gravidanze per epoca della prima visita e cittadinanza

Epoca di gestazione (sett.)	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<= 8	612	32,6	4.845	63,4	746	33,5	5.060	64,8	1.560	54,9	6.149	77,6
9-11	475	25,3	1.744	22,8	637	28,6	1.756	22,5	653	23,0	1.207	15,2
>= 12	775	41,3	998	13,1	835	37,5	957	12,3	611	21,5	543	6,9
Dato mancante	15	0,8	51	0,7	10	0,4	38	0,5	18	0,6	26	0,3
Totale	1.877	100,0	7.638	100,0	2.228	100,0	7.811	100,0	2.842	100,0	7.925	100,0

(Fonte dati: Banca dati Cedap, RER)

Esaminando le nazionalità delle donne immigrate che effettuano meno di 4 visite e/o la prima visita successivamente alla dodicesima settimana, le donne pakistane, marocchine e indiane usufruiscono dell'assistenza sanitaria durante la gravidanza in modo meno appropriato (tabella III.1.8).

Tabella III.1.8: N. di parti e N. di gravidanze con < di 4 visite e epoca gestazionale alla prima visita >=12 settimane e distribuzione % per nazionalità - Anno 2008

Nazionalità	Totale parti	Visite <4		epoca gestazionale alla I visita >=12 settimane	
		N	%	N	%
Italiane	3.971	95	2,4	136	3,4
Immigrate	1.450	125	8,6	186	12,8
MAROCCO	284	29	10,2	50	17,6
CINA	117	11	9,4	11	9,4
PAKISTAN	93	16	17,2	25	26,9
ALBANIA	154	10	6,5	11	7,1
INDIA	150	11	7,3	31	20,7
GHANA	68	5	7,3	2	2,9
NIGERIA	53	2	3,8	3	5,7
UCRAINA-MOLDOVA	69	3	4,3	4	5,8
ROMANIA	91	3	3,3	12	13,2

(Fonte dati: Banca dati Cedap, RER)

INDAGINI INVASIVE PRENATALI

Alle donne con più di 35 anni viene offerta la possibilità di amniocentesi o di altri esami invasivi (esame dei villi coriali, fetocentesi, funicolocentesi) per la diagnosi prenatale di difetti genetici. L'adesione all'offerta è molto diversa tra le donne italiane e quelle immigrate. La tabella successiva mostra che la percentuale di donne immigrate con più di 35 anni che effettua un'indagine invasiva prenatale è in calo: nel biennio 2003-2004 corrisponde a 23,5%, nel biennio 2007-2008 è meno del 20%. Per le italiane questa stessa percentuale è circa 3 volte più alta ma appare comunque in calo negli anni (tabella III.1.9).

Tabella III.1.9: Distribuzione % delle donne che effettuano indagini prenatali invasive per classe di età e cittadinanza

Età	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane		Immigrate		Italiane	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<=35 anni	53	3,3	1.349	23,4	78	3,9	1.458	23,5	74	3,0	1.161	20,4
>35 anni	58	23,5	1.205	64,0	40	18,9	1.071	66,3	65	19,4	1.293	59,0
Totale	111	5,9	2.554	33,4	118	5,3	2.529	32,4	139	4,9	2.454	31,1

(Fonte dati: Banca dati Cedap, RER)

Condizioni del neonato

Le condizioni di salute dei neonati figli delle immigrate residenti e delle donne STP sono sinteticamente illustrate nella tabella III.1.10, in cui sono confrontati con i neonati italiani, in due bienni consecutivi. Nel 2007-2008 si nota un modesto svantaggio dei bambini immigrati residenti, non evidente nel biennio precedente: maggior frequenza di bambini fortemente sottopeso (% <1500g: 1,5% vs 1,1 negli italiani), di natimortalità (2,4‰ vs 1,2), di neonati con Indice di Apgar<8 a 5' (1,5% vs 1,1), di necessità di rianimazione (3% vs 1,7), di nascite pretermine (6,1% vs 5,5). Nei pochi neonati STP si nota solo una maggior frequenza di natimortalità (2,9‰).

Benché quindi l'assistenza in gravidanza alle donne immigrate sia molto migliorata nel biennio 2007-2008, le condizioni del neonato non appaiono migliorate di conseguenza, a significare che sulla salute del neonato possono influire altri fattori diversi dalle caratteristiche assistenziali e, probabilmente, maggiormente pesanti, come gli aspetti socio-economici e relazionali, di cui tuttavia non abbiamo notizia.

Tabella III.1.10: N. di nati e caratteristiche dei neonati per cittadinanza

Indicatori		Anni 2005/2006			Anni 2007/2008		
		Italiane	Immigrate	STP	Italiane	Immigrate	STP
Numero nati		7.928	2.253	141	8.030	2.876	349
% sottopeso:	<1500 gr	1,1	1,0	0,7	1,1	1,5	0,6
	<=2500 gr	6,7	7,0	2,1	6,9	6,9	5,4
Tasso di natimortalità (x 1000)		3,3	3,6	-	1,2	2,4	2,9
% APGAR <8 (a 5 min.)		1,5	1,5	1,4	1,1	1,5	0,6
% necessità di rianimazione		1,6	2,2	0,7	1,7	3,0	1,1
% parti gemellari		2,9	2,3	0,7	1,3	1,1	0,0
Rapporto dei sessi alla nascita (M/F x100)		103,4	103,3	100,0	105,2	107,2	104,1
% pretermine (età gestazionale <37 sett.)		6,0	6,2	5,7	5,5	6,1	4,6

(Fonte dati: Banca dati Cedap, RER)

Mortalità infantile (MI)

La MI⁹ infantile a Reggio Emilia, anche se in costante diminuzione nel tempo, è tra le più alte in Emilia-Romagna e l'analisi per provenienza geografica dei genitori (tabella III.1.11) dimostra come sia sensibilmente più elevata negli immigrati. Le differenze appaiono particolarmente spiccate tra il 1997 e il 2004, in cui la mortalità risulta quasi doppia.

Tabella III.1.11: N. di decessi e tasso di mortalità infantile¹⁰ (x 1.000), rischio relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per periodo, residenza e cittadinanza

Mortalità infantile	Totale		Italiani		Immigrati		Confronto	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	RR	IC 95%
1993-1996	75	5,4	71	5,5	4	5,2	0,96	0,36 - 2,61
1997-2000	83	5,0	69	4,7	14	8,8	1,88	1,06 - 3,34
2001-2004	93	4,7	69	4,2	24	8,3	1,98	1,25 - 3,14
2005-2008	93	4,2	66	3,8	27	5,9	1,57	1,00 - 2,45
1993-2008	344	4,8	275	4,5	69	7,1	1,59	1,22 - 2,07

(Fonte dati: Registro Provinciale di Mortalità)

Nel periodo 2005-2006 era stata osservata una netta riduzione della MI nei bambini immigrati, che non è stata confermata nel periodo successivo. In particolare nel 2008 si è registrata una netta impennata sia del numero di decessi assoluti (29), che tra gli immigrati (12; 41,4% del totale). Questo dato rafforza l'osservazione di un peggioramento delle condizioni del neonato nel biennio 2007-2008, presentata nel paragrafo precedente.

L'eccesso di mortalità negli immigrati è a carico soprattutto della mortalità neonatale, ma anche la post neonatale appare più elevata che tra gli italiani, seppur in modo minore.

In relazione alla nazionalità dei genitori, l'analisi condotta sui dati del registro di mortalità, con un approfondimento su 10 nazionalità, mostra una situazione di particolare criticità per il Ghana, con un rischio più di 5 volte superiore a quello degli italiani (tabella III.1.12). Appare preoccupante anche l'eccesso di rischio registrato per il Pakistan, l'India e, anche se basato su un solo caso, per la Moldavia. In netta riduzione la mortalità per il Marocco, che rappresenta la comunità più numerosa nella nostra provincia.

⁹ mortalità nel primo anno di vita.

¹⁰ Il denominatore è rappresentato dai nati vivi (fonte: Istat) per la Regione Emilia-Romagna e la provincia di Reggio Emilia. Per il confronto italiani/stranieri sono stati utilizzati i residenti di età 0 anni non UE (fonte: Provincia di Reggio Emilia - Osservatorio sulla popolazione straniera su dati delle anagrafi comunali).

Tabella III.1.12: N. di decessi, N. di nati, tasso di mortalità infantile¹¹ (x 1.000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per nazionalità e periodo

Nazionalità	2003-2004					2005-2008				
	Morti	Nati	Tassi	RR	IC 95%	Morti	Nati	Tassi	RR	IC 95%
Italiani	32	7.716	4,1	1,00	-	66	17.368	3,8	1,00	-
MAROCCO	4	403	9,9	2,39	0,85 - 6,73	5	1.020	4,9	1,29	0,52 - 3,19
GHANA	3	67	44,8	10,80	3,39 - 34,40	5	237	21,1	5,55	2,26 - 13,66
INDIA	1	161	6,2	1,50	0,21 - 10,89	5	524	9,5	2,51	1,02 - 6,21
PAKISTAN	1	115	8,7	2,10	0,29 - 15,21	4	304	13,2	3,46	1,27 - 9,44
ALBANIA						3	538	5,6	1,47	0,46 - 4,65
CINA						1	444	2,2	0,59	0,08 - 4,28
MOLDAVIA						1	76	13,2	3,47	0,49 - 24,63
NIGERIA						0	156			
Totale 10 nazioni	9					24	3.434	7,3	1,84	1,15 - 2,93
Altri immigrati	1	809	1,2	0,30	0,04 - 2,18	3	1253	2,4	0,63	0,20 - 2,00
Totale immigrati	10	1.872	5,3	1,29	0,63 - 2,62	27	4.687	5,8	1,52	0,97 - 2,37
Totale	42	9.588	4,4			93	22.055	4,2		

(Fonte: Registro Provinciale di Mortalità)

Le cause di morte, analizzate sull'intero periodo disponibile, mostrano che la principale causa in entrambi i gruppi è rappresentata dalle condizioni morbose tipiche del periodo perinatale, ma negli immigrati appaiono maggiormente rappresentate le malformazioni congenite nel loro complesso e la morte in culla (tabella III.1.13). La maggior frequenza delle prime è coerente con la bassa adesione delle donne immigrate all'offerta di indagini diagnostiche invasive prenatali.

Tabella III.1.13: N. di decessi e distribuzione % per le principali cause di mortalità infantile e cittadinanza - Periodo 1993-2008

Cause di morte	ICD-IX	Immigrati		Italiani		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Malformazioni e malattie genetiche	740-759	21	30,4	69	25,1	90	26,1
Alcune condizioni morbose perinatali	760-779	34	49,3	175	63,6	209	60,8
Sindrome della morte improvvisa del lattante	798.0	5	7,2	8	2,9	13	3,8
Altre cause		9	13,0	23	8,3	32	9,3
Totale		69	100,0	275	100,0	344	100,0

(Fonte: Registro Provinciale di Mortalità)

Esaminando l'andamento nel tempo delle tre più frequenti cause di morte e il rischio causa-specifico degli immigrati, si conferma l'importanza e la persistenza delle "condizioni morbose perinatali" come principale causa di morte infantile, ma le malformazioni congenite e, con numeri assai inferiori, la sindrome della morte improvvisa del lattante sono le due cause nelle quali si osservano le maggiori differenze tra immigrati e italiani, pressoché costanti nel tempo.

¹¹ Non sono disponibili dati sui residenti stranieri per età, sesso e nazionalità. Nel 2003/2004 i denominatori erano stati stimati da un campione di comuni rappresentativi della nostra provincia. Nel 2005/2008 i nati immigrati e italiani sono stati ottenuti applicando al totale dei nati per ogni anno (fonte ISTAT) i pesi specifici per anno delle due popolazioni ottenuti dai dati provenienti dall'anagrafe assistiti aziendale.

MORTALITÀ INFANTILE NEL 2009

Nel 2009 i tassi di mortalità infantile e neonatale, complessivamente in calo rispetto al periodo precedente, sono inferiori negli stranieri rispetto agli italiani (tabella III.1.14). Situazioni analoghe sono state rilevate poche altre volte nel lungo periodo monitorato, ma occorre attendere dati più stabili per esprimere un giudizio di tendenza. Permane un eccesso nella mortalità dopo il primo mese di vita.

Tabella III.1.14: N. di decessi e tasso di mortalità infantile (x 1.000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per tipo e cittadinanza - Anno 2009

Mortalità	Totale		Italiani		Immigrati		Confronto	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso	RR	IC 95%
Mortalità neonatale	16	2,8	13	3,0	3	2,1	0,71	0,20 - 2,50
Mortalità post-neonatale ¹²	7	1,2	4	0,9	3	2,1	2,32	0,52 - 10,34
Mortalità infantile ¹³	23	4,0	17	4,3	6	3,9	1,09	0,43 - 2,76

(Fonte: Registro Provinciale di Mortalità)

Sono stati inoltre registrati due decessi in soggetti non residenti in provincia di Reggio Emilia nel periodo neonatale, 1 italiano e 1 ghanese.

In relazione alla nazionalità dei genitori, risaltano 5 decessi in residenti di origine indiana, che diventa la nazionalità con il maggior numero di morti nel primo anno di vita (1 nel periodo 2001/2004, 5 nel 2005/2008 e 5 nel 2009). L'altro decesso era di origine marocchina.

Nell'ultimo anno analizzato le malformazioni congenite, usualmente più rappresentate negli stranieri, sono più frequenti tra gli italiani (tabella III.1.15).

Tabella III.1.15: N. di decessi e distribuzione % per le principali cause di mortalità infantile e cittadinanza - Anno 2009

Cause di morte	ICD-X	Immigrati		Italiani		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Malformazioni e malattie genetiche	Q00-Q99	1	16,7	4	23,5	5	21,7
Certe condizioni del periodo perinatale	P00-P96	4	66,7	12	70,6	16	69,6
Sindrome della morte improvvisa del lattante	R95	-	-	-	-	-	-
Altre cause		1	16,7	1	5,9	2	8,7
Totale		6	100,0	17	100,0	23	100,0

(Fonte: Registro Provinciale di Mortalità)

Ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita

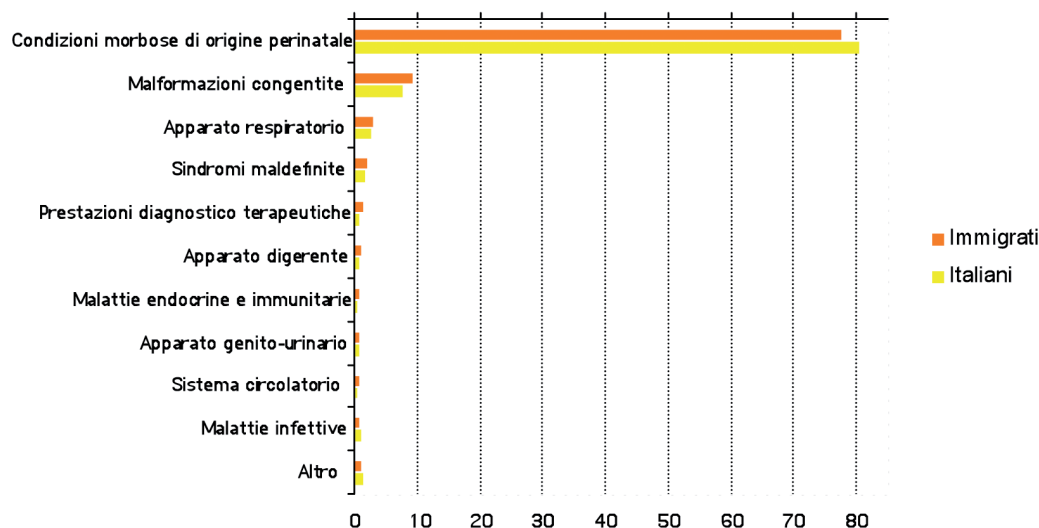
L'analisi dei ricoveri nel primo anno di vita è stata effettuata separatamente per gli eventi occorsi durante il primo mese e quelli relativi ai mesi successivi, per la differente probabile natura delle cause di ricovero: nel primo mese sono strettamente legate alle condizioni del bambino alla nascita, nei mesi successivi si aggiungono anche patologie nel

¹² mortalità entro il 28° giorno di vita.

¹³ mortalità dal 29° giorno al 1° anno di vita.

frattempo insorte. Per considerare un numero consistente di ricoveri, le analisi sono state effettuate sul periodo complessivo 2005-2008. Le condizioni morbose e di origine perinatale rappresentano la causa predominante nel primo mese di vita sia per gli immigrati che per gli italiani (più del 75%), seguite dalla malformazioni congenite (grafico III.1.8). Quando si confrontano i tassi di ricovero negli italiani e negli immigrati, non si apprezzano differenze nel totale. Considerando le singole cause, gli immigrati ricorrono più frequentemente al ricovero per malformazioni congenite (tabella III.1.16).

Grafico III.1.8: Distribuzione % delle principali cause di ricovero nel primo mese di vita - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

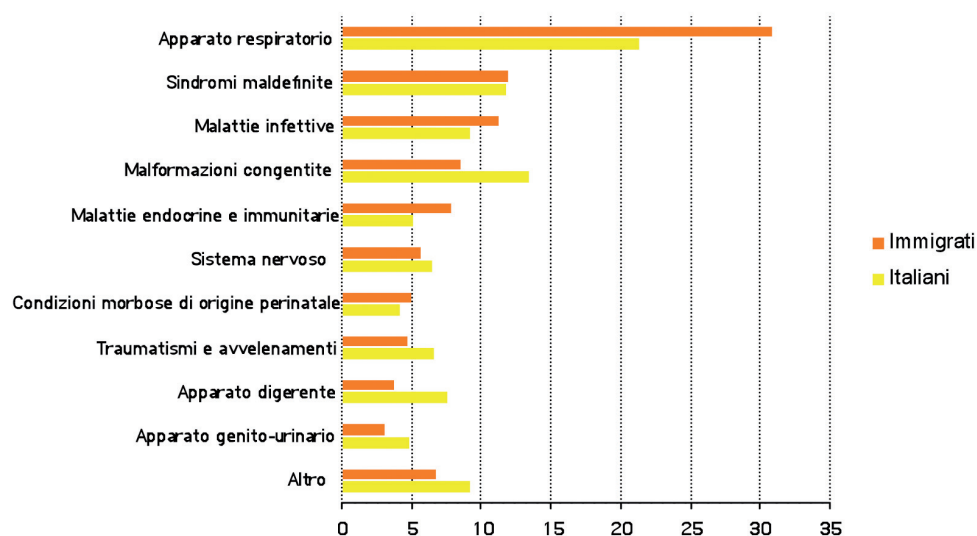
Tabella III.1.16: N. di ricoveri nel primo mese di vita, tassi di ospedalizzazione (x 1.000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per causa e cittadinanza - Periodo 2005-2008

Cause – Maschi e Femmine Entro il primo mese di vita	Italiani		Immigrati		RR	IC 95%	
	N	Tasso	N	Tasso			
Condizioni morbose di origine perinatale	2.616	122,41	697	123,77	1,01	0,94	1,09
Malformazioni congenite	253	11,84	84	14,92	1,26	1,01	1,56
Apparato respiratorio	88	4,12	27	4,79	1,16	0,77	1,69
Sindromi mal definite	66	3,09	19	3,37	1,09	0,66	1,71
Prestazioni diagnostico terapeutiche	34	1,59	13	2,31	1,45	0,77	2,48
Apparato digerente	29	1,36	12	2,13	1,57	0,81	2,74
Malattie endocrine e immunitarie	18	0,84	9	1,60	1,90	0,87	3,60
Sistema genito-urinario	28	1,31	8	1,42	1,08	0,47	2,14
Malattie infettive	40	1,87	8	1,42	0,76	0,33	1,50
Sistema circolatorio	22	1,03	8	1,42	1,38	0,59	2,72
Altro	56	2,62	12	2,13	0,81	0,42	1,42
Totale	3250	152,1	897	159,3	1,05	0,98	1,12

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Anche dopo il primo mese di vita, complessivamente il ricorso al ricovero entro l'anno di età non differisce tra italiani e immigrati. Considerando le singole cause emergono invece alcune differenze. Per i ricoveri per cause respiratorie e malattie endocrine (tra cui sono frequenti le disidratazioni conseguenti ad episodi diarroici) si riscontra una frequenza significativamente maggiore per gli immigrati. I ricoveri per malformazioni congenite, per malattie del sistema genito-urinario e dell'apparato digerente risultano invece significativamente inferiori negli immigrati rispetto agli italiani (grafico III.1.9, tabella III.1.17).

Grafico III.1.9: Distribuzione % delle principali cause di ricovero nel primo anno oltre il primo mese di vita - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Tabella III.1.17: N. di ricoveri nel primo anno oltre il primo mese di vita, tassi di ospedalizzazione (x 1000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per causa e cittadinanza - Periodo 2005-2008

Cause - Maschi e femmine Oltre il primo mese di vita	Italiani		Immigrati		RR	IC 95%	
	N	Tasso	N	Tasso			
Apparato respiratorio	564	26,45	215	38,27	1,45	1,26	1,65
Sindromi mal definite	312	14,63	83	14,77	1,01	0,80	1,25
Malattie infettive	244	11,45	79	14,06	1,23	0,97	1,53
Malformazioni congenite	356	16,70	60	10,68	0,64	0,49	0,82
Malattie endocrine e immunitarie	135	6,33	55	9,79	1,55	1,16	2,01
Sistema nervoso	171	8,02	40	7,12	0,89	0,63	1,21
Condizioni morbose di origine perinatale	113	5,30	35	6,23	1,18	0,82	1,63
Traumatismi e avvelenamenti	175	8,21	33	5,87	0,72	0,49	1,01
Apparato digerente	200	9,38	27	4,81	0,51	0,34	0,75
Sistema genito-urinario	130	6,10	22	3,92	0,64	0,40	0,97
Altro	243	11,40	47	8,37	0,73	0,54	0,98
Totale	2643	123,97	696	123,89	1,00	0,93	1,08

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Il rischio di ricovero nel primo anno di vita non è identico per tutte le nazionalità (tabella III.1.18): pakistani e nigeriani presentano rischi significativamente maggiori degli italiani, mentre i bambini albanesi appaiono meno frequentemente ospedalizzati.

Tabella III.1.18: N. di ricoveri, Rischio Relativo (RR) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità e periodo, maschi e femmine, età < 1 anno

< 1 anno Maschi e Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RR	IC 95%		N	RR	IC 95%		N	RR	IC 95%	
Italiani	2.618	1,00	-	-	3.032	1	-	-	2.862	1	-	-
Immigrati	493	1,07	0,89	1,00	646	0,93	0,86	1,00	947	1,17	1,10	1,25
MAROCCO	113	1,10	0,87	1,12	125	0,82	0,69	0,98	195	1,19	1,03	1,37
ALBANIA	55	1,04	0,84	1,21	61	0,68	0,52	0,87	89	0,90	0,72	1,11
CINA	39	0,63	0,34	0,63	67	0,90	0,70	1,15	118	1,35	1,12	1,61
INDIA	54	1,60	0,93	1,32	72	0,88	0,69	1,11	95	1,22	0,99	1,50
PAKISTAN	48	1,27	1,20	1,76	78	1,58	1,25	1,97	73	1,34	1,05	1,68
GHANA	20	0,98	0,62	1,05	26	0,87	0,57	1,27	58	1,40	1,06	1,81
NIGERIA	28	1,33	0,97	2,04	40	1,56	1,11	2,12	52	1,82	1,36	2,39
ROMANIA	8	1,50	0,37	1,68	17	1,19	0,70	1,91	33	0,99	0,68	1,39
UCRAINA- MOLDAVIA	6	0,83	0,30	1,81	12	1,17	0,61	2,05	18	0,98	0,58	1,55
STP	n.d.	-	-	-	25	-	-	-	40	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Confrontiamo ora i tassi di ricovero ospedaliero, complessivi e per causa, nel primo anno di vita (primo mese e mesi successivi) nei bienni 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008 (tabella III.1.19). Per gli immigrati il rischio di ricovero rispetto agli italiani cresce nel tempo e nell'ultimo biennio considerato appare significativamente più elevato.

Le cause di ricovero che determinano costantemente i tassi maggiori sono, come già riportato in precedenza, le patologie respiratorie, le malattie infettive e le malattie endocrine e del metabolismo, che si caratterizzano come patologie tipiche di bambini con condizioni di vita spesso difficili. I dati di frequenza aumentata di ricovero nell'ultimo biennio appaiono coerenti con il peggioramento delle condizioni del neonato segnalate per lo stesso periodo.



Tabella III.1.19: Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita (x 1.000), Rischio Relativo (RR) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per le principali cause, periodo e cittadinanza, maschi e femmine di età < 1 anno

Cause di ricovero 1° Anno	2003-2004					2005-2006					2007-2008				
	Tasso		RR	IC 95%		Tasso		RR	IC 95%		Tasso		RR	IC 95%	
	Italiani	Imm.		Italiani	Imm.	Italiani	Imm.		Italiani	Imm.	Italiani	Imm.		Italiani	Imm.
Condizioni morbose perinatali	118,8	97,3	0,82	0,68	0,98	136,8	134,6	0,98	0,87	1,11	160,3	177,2	1,11	1,00	1,22
Apparato respiratorio	36,2	50,7	1,40	1,08	1,80	35,4	47,0	1,33	1,07	1,63	33,6	60,7	1,81	1,53	2,12
Malformazioni congenite	25,1	15,1	0,60	0,39	0,93	33,9	28,8	0,85	0,64	1,10	30,5	30,6	1,00	0,79	1,26
Apparato digerente	19,7	16,4	0,84	0,54	1,28	13,0	8,1	0,62	0,36	1,01	11,9	9,5	0,80	0,51	1,20
Malattie infettive	18,6	29,5	1,58	1,13	2,20	16,4	20,2	1,23	0,88	1,68	13,2	18,6	1,41	1,03	1,89
Sistema nervoso	10,6	12,3	1,16	0,70	1,93	10,2	5,6	0,54	0,27	0,97	7,7	12,8	1,66	1,13	2,36
Apparato genito-urinario	7,9	11,6	1,48	0,87	2,53	9,1	5,6	0,61	0,31	1,10	7,7	7,9	1,02	0,61	1,59
Malattie endocrine e immunitarie	5,2	13	2,51	1,46	4,30	9,1	18,2	2,01	1,41	2,78	6,8	11,6	1,71	1,14	2,47
Altro	n.d.	n.d.	-	-	-	52,0	46,5	-	-	-	39,4	46,7	-	-	-
Totale	316,2	337,7	1,07	0,97	1,18	315,9	314,6	1,00	0,92	1,08	311,1	375,6	1,21	1,13	1,29

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Ricoveri ospedalieri nei bambini in età 1-14 anni

Dopo l'anno di età, la frequenza di ricovero ospedaliero dei bambini immigrati appare con costanza significativamente più bassa dei bambini italiani (tabella III.1.20 e III.1.21). In particolare nel biennio 2007-2008, in cui i bambini di età inferiore all'anno presentano rischi di ospedalizzazione significativamente elevati, i bambini 1-14 anni mostrano in entrambi i generi basse frequenze di ricovero. Nessuna causa di ricovero appare significativamente diversa dai bambini italiani di pari età e genere, con l'unica differenza delle "malattie del sangue" nelle bambine, essenzialmente attribuibili a ricoveri ripetuti di pochi soggetti affetti da specifiche patologie. Le malattie con maggior rischio di ricovero nel primo anno di vita (respiratorie, infettive, endocrine e del metabolismo) non determinano più in questa età, nel biennio considerato, rischi superiori ai bambini italiani.



Tabella III.1.20: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, maschi immigrati di età 1-14 anni. Prime dieci cause di ricovero

Cause di Ricovero 1-14 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Apparato respiratorio	123	0,94	0,78	1,12	119	0,76	0,63	0,91	130	0,73	0,61	0,86
Traumatismi e avvelenamenti	77	1,13	0,89	1,41	78	0,82	0,65	1,03	96	0,90	0,73	1,10
Sistema nervoso	40	0,79	0,57	1,08	50	0,66	0,49	0,87	78	0,92	0,73	1,15
Apparato digerente	64	0,92	0,71	1,17	43	0,54	0,39	0,72	76	0,86	0,68	1,08
Sindromi mal definite	57	0,86	0,65	1,12	72	0,95	0,75	1,20	73	1,01	0,79	1,26
Malattie infettive	84	1,87	1,49	2,32	74	1,53	1,20	1,92	50	1,02	0,76	1,35
Apparato genito-urinario	21	0,47	0,29	0,71	45	0,75	0,55	1,01	49	0,60	0,45	0,80
Malattie endocrine e immunitarie	36	1,11	0,78	1,53	68	1,40	1,09	1,78	47	0,97	0,72	1,29
Malformazioni congenite	18	0,37	0,22	0,58	34	0,43	0,30	0,60	31	0,29	0,20	0,41
Malattie del sangue	20	0,97	0,59	1,50	25	0,88	0,57	1,30	31	1,13	0,77	1,60
Altre diagnosi	59	-	-	-	70	-	-	-	61	-	-	-
Totale	599	0,88	0,81	0,96	678	0,76	0,70	0,82	722	0,73	0,67	0,78

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Tabella III.1.21: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, femmine immigrate di età 1-14. Prime dieci cause di ricovero

Cause di Ricovero 1-14 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Apparato respiratorio	78	0,88	0,70	1,10	81	0,76	0,60	0,94	87	0,70	0,56	0,86
Traumatismi e avvelenamenti	42	1,21	0,87	1,63	58	1,23	0,93	1,59	61	1,08	0,82	1,38
Sindromi mal definite	62	1,06	0,81	1,35	42	0,59	0,43	0,80	53	0,90	0,67	1,18
Malattie infettive	60	1,94	1,48	2,50	56	1,29	0,97	1,67	53	1,14	0,86	1,49
Malattie endocrine e immunitarie	34	1,11	0,77	1,56	42	0,99	0,72	1,34	47	0,85	0,62	1,13
Apparato digerente	33	0,70	0,48	0,98	32	0,58	0,40	0,82	40	0,59	0,42	0,81
Sistema nervoso	34	1,01	0,70	1,41	29	0,53	0,35	0,76	39	0,67	0,48	0,92
Malattie del sangue	24	2,09	1,34	3,12	46	2,73	2,00	3,64	34	1,71	1,18	2,39
Prestazioni diagnostico terapeutiche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	11	0,41	0,21	0,74	24	1,04	0,66	1,54
Malformazioni congenite	8	0,45	0,19	0,88	16	0,44	0,25	0,72	23	0,46	0,29	0,70
Altre diagnosi	64	-	-	-	57	-	-	-	71	-	-	-
Totale	439	1,00	0,90	1,10	470	0,79	0,72	0,86	532	0,78	0,72	0,85

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Considerando il rischio di ricovero presso le singole nazionalità nel biennio 2007-2008, solo i bambini nigeriani presentano rischi significativamente superiori agli italiani. Si segnala la propensione al ricovero particolarmente bassa della comunità cinese (tabella III.1.22).

Tabella III.1.22: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità e periodo, maschi e femmine di età 1-14 anni

1-14 anni Maschi e Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Italiani	8.509	1,00	-	-	8.845	1	-	-	8.236	1	-	-
Immigrati	1.038	0,94	0,89	1,00	1.148	0,77	0,73	0,82	1.254	0,75	0,71	0,79
MAROCCO	267	0,99	0,87	1,12	263	0,78	0,69	0,88	259	0,77	0,68	0,87
ALBANIA	122	1,01	0,84	1,21	162	0,87	0,74	1,02	159	0,76	0,65	0,89
CINA	43	0,47	0,34	0,63	48	0,33	0,25	0,44	74	0,46	0,36	0,58
INDIA	129	1,11	0,93	1,32	124	0,88	0,73	1,05	125	0,73	0,61	0,87
PAKISTAN	111	1,46	1,20	1,76	106	0,87	0,72	1,06	114	0,83	0,68	0,99
GHANA	57	0,81	0,62	1,05	58	0,74	0,56	0,95	62	0,76	0,58	0,97
NIGERIA	31	1,43	0,97	2,04	44	1,21	0,88	1,62	58	1,31	0,99	1,69
ROMANIA	8	0,85	0,37	1,68	18	0,75	0,44	1,19	41	0,76	0,54	1,03
UCRAINA-MOLDAVIA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	20	0,63	0,38	0,97	25	0,54	0,35	0,79
STP	n.d.	-	-	-	35	-	-	-	28	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Cause di accesso al Centro per la Salute della Famiglia Straniera in età 0-14 anni

Il Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) fornisce assistenza di base agli immigrati che non hanno i requisiti per la scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. Perciò i problemi di salute che vi arrivano non sono dissimili da quelli che quotidianamente affluiscono all'ambulatorio del medico delle cure primarie. Così per i bambini la causa di accesso più frequente è costituita dal controllo delle condizioni di salute o dalle vaccinazioni, seguite dalle malattie respiratorie (tabella III.1.23)

Tabella III.1.23: N. delle diagnosi all'accesso e distribuzione % per causa, età 0-14 anni - Anno 2009

Diagnosi	N	%
Controllo della salute del neonato o del bambino	306	34,7
Necessità di vaccinazioni con vaccini combinati contro più malattie	179	20,3
Malattie dell'apparato respiratorio		
<i>sindrome influenzale</i>	71	8,1
<i>altre mal App. Resp.</i>	77	8,7
Alterazioni non specificate della cute e del tessuto sottocutaneo	43	4,9
Manifestazioni a carico degli organi di senso	58	6,6
Altre e non specificate malattie infettive e parassitarie	18	2,0
Altro	129	14,6
Totale	881	100,0

(Fonte dati: banca dati CSFS, Ausl)

La gravidanza e la salute del neonato e del bambino sono un aspetto centrale delle condizioni di salute della popolazione immigrata e per favorirle sono state sviluppate molte iniziative da parte del Servizio pubblico.

Le Interruzioni Volontarie della Gravidanza (IVG) appaiono stazionarie o in lieve decremento, pur mantenendo tassi molto più alti che nelle donne italiane.

Nettamente positivo è il bilancio di sei anni (dal 2003 al 2008) di assistenza alla gravidanza, che vede migliorare molto gli Indici di qualità, ora più vicini agli standard delle donne italiane.

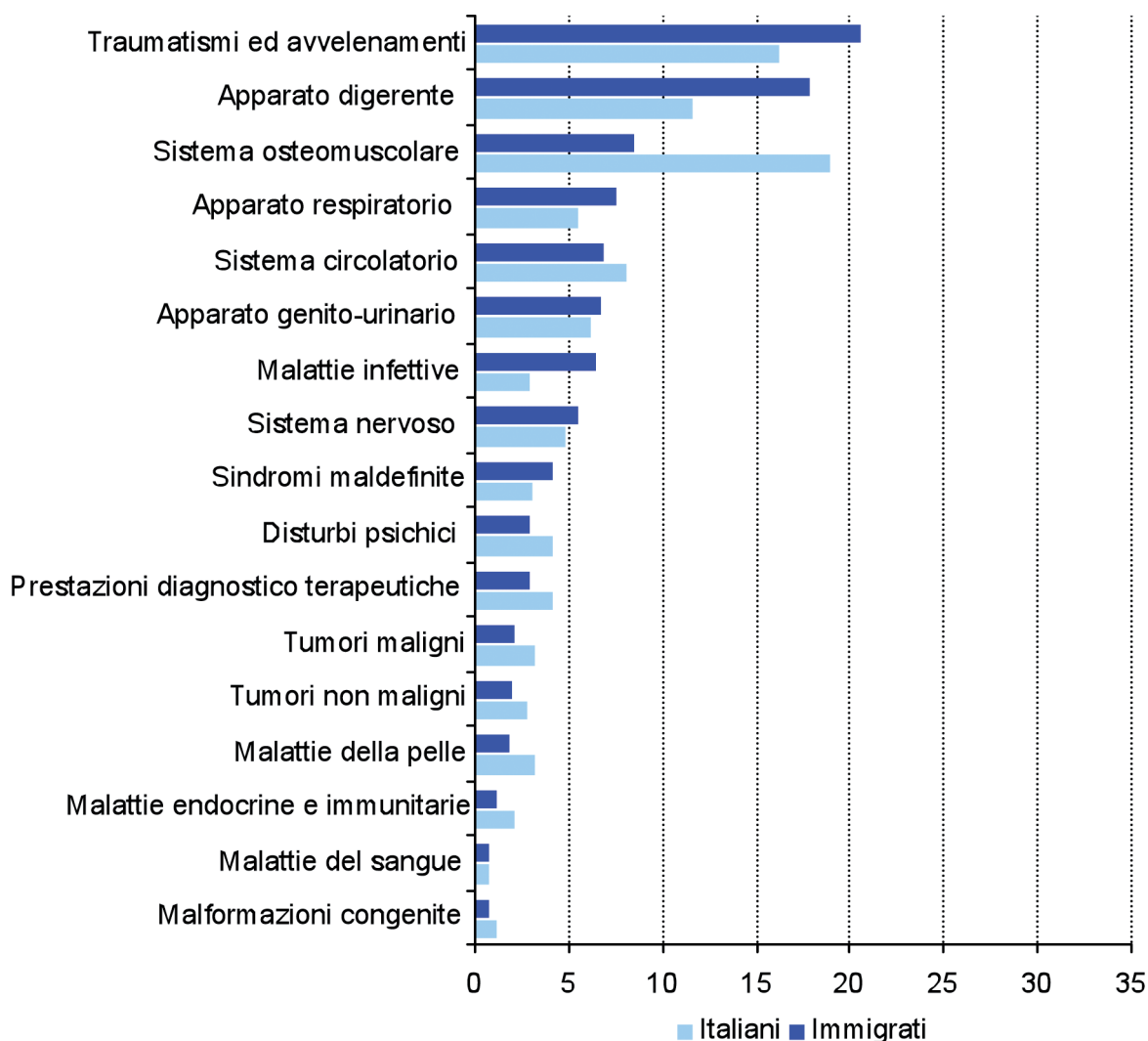
Tuttavia le condizioni del neonato, l'incremento di ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita e la mortalità infantile mostrano una realtà ancora fragile e non perfettamente sotto controllo, seppure (mortalità infantile) in progressivo miglioramento. Il tasso di mortalità, che continua elevato dopo il primo anno di vita, per tutta l'età pediatrica (doppio di quello dei bambini italiani - v. Cap.III.6 "Mortalità") deve far accrescere l'attenzione sul tema dell'infanzia, come età a particolare rischio.

III.2 GLI ADULTI

Cause di ricovero in età 15 - 44 anni

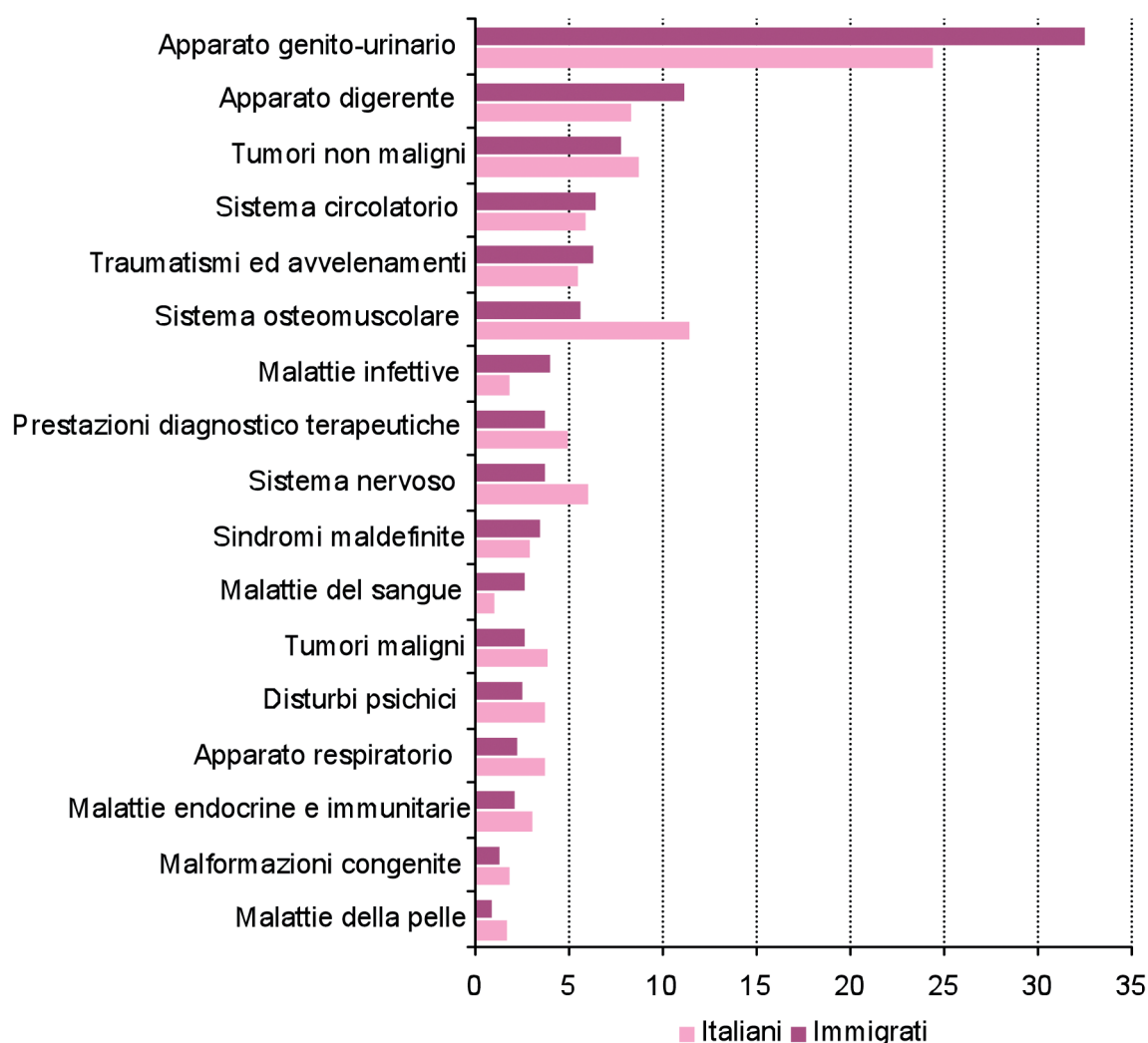
Nella fascia di età che va dai 15 ai 44 anni, il quadro delle cause di ricovero ospedaliero nei maschi e nelle femmine immigrati residenti, confrontato con quello degli italiani di pari età, continua a essere caratterizzato da una percentuale più elevata rispettivamente di traumatismi e di cause ostetriche (Grafico III.2.1a e III.2.1b).

Grafico III.2.1a: Distribuzione % delle principali cause di ricovero per cittadinanza, maschi di 15-44 anni - Periodo 2007-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Grafico III.2.1b: Distribuzione % delle principali cause di ricovero (escluse le cause ostetriche) per cittadinanza, femmine di 15-44 anni - Periodo 2007-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Risulta interessante confrontare nel tempo l'evoluzione del rischio di ricovero, complessivo e per causa specifica, valutato attraverso il calcolo dei Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione (RSO), con i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%), riportati nelle tabelle III.2.1 e III.2.2. La frequenza complessiva di ricovero è costantemente significativamente inferiore agli italiani nei maschi e, a partire dal biennio 2005-2006 anche nelle femmine. Nei maschi il rischio di ricovero per i traumi, che pur costituiscono la più frequente causa di ricovero, appare ormai significativamente inferiore agli italiani e solo le malattie infettive rappresentano ancora un rischio di ospedalizzazione più elevato dei coetanei locali. Nelle femmine, al netto dei ricoveri per cause ostetriche di cui si rende conto nel capitolo "Gravidanze, nuovi nati e bambini", restano tuttora a maggior rischio di ricovero le patologie dell'apparato genito-urinario e, ancora, le malattie infettive. A proposito di queste ultime, occorre sottolineare che comunque si tratta di un numero modesto di ricoveri: poco più di 200 in questa classe di età, in entrambi i generi, in due anni.

Tabella III.2.1: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, maschi immigrati di età 15-44 anni.
Prime dieci cause di ricovero

Cause di Ricovero 15-44 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Traumatismi e avvelenamenti	385	1,44	1,30	1,58	395	1,00	0,90	1,10	386	0,85	0,77	0,94
Apparato digerente	235	1,10	0,96	1,25	276	0,98	0,87	1,10	335	1,06	0,95	1,18
Sistema osteomuscolare	135	0,51	0,43	0,60	148	0,35	0,29	0,41	160	0,31	0,26	0,36
Apparato respiratorio	95	1,05	0,85	1,27	107	0,88	0,72	1,06	143	0,92	0,78	1,09
Sistema circolatorio	99	0,67	0,55	0,81	120	0,63	0,52	0,76	130	0,60	0,50	0,71
Apparato genito-urinario	102	0,97	0,79	1,17	96	0,71	0,57	0,86	128	0,73	0,61	0,87
Malattie infettive	139	1,93	1,62	2,26	121	1,51	1,25	1,81	123	1,51	1,25	1,80
Sistema nervoso	105	0,96	0,78	1,15	87	0,59	0,47	0,73	104	0,78	0,64	0,94
Sindromi mal definite	68	1,28	1,00	1,61	60	0,89	0,68	1,15	78	0,93	0,74	1,16
Disturbi psichici	40	0,45	0,32	0,60	66	0,56	0,43	0,71	57	0,49	0,37	0,63
Altre diagnosi	223	-	-	-	200	-	-	-	226	-	-	-
Totale	1.626	0,95	0,90	0,99	1.676	0,71	0,67	0,74	1.870	0,68	0,65	0,71

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Tabella III.2.2: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, femmine immigrate di età 15-44 anni.
Prime dieci cause di ricovero, escluse le cause ostetriche

Cause di Ricovero 15-44 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Apparato genito-urinario	455	1,46	1,33	1,60	517	1,08	0,98	1,17	730	1,13	1,05	1,22
Apparato digerente	175	1,36	1,17	1,57	194	1,12	0,97	1,29	250	1,12	0,98	1,27
Tumori non maligni	121	1,12	0,93	1,33	160	0,91	0,77	1,06	175	0,77	0,66	0,89
Sistema circolatorio	99	1,18	0,96	1,42	78	0,66	0,52	0,82	144	0,97	0,82	1,14
Traumatismi e avvelenamenti	149	1,52	1,29	1,78	126	0,91	0,76	1,08	143	0,92	0,78	1,09
Sistema osteomuscolare	94	0,60	0,48	0,72	122	0,49	0,41	0,58	126	0,42	0,35	0,50
Malattie infettive	118	3,89	3,22	4,63	109	2,53	2,08	3,06	91	1,70	1,37	2,09
Prestazioni diagnostico terapeutiche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	73	0,76	0,60	0,96	86	0,68	0,55	0,84
Sistema nervoso	98	0,75	0,61	0,91	86	0,49	0,39	0,61	85	0,52	0,42	0,64
Sindromi mal definite	76	1,59	1,25	1,97	72	1,18	0,92	1,49	78	0,93	0,73	1,16
Altre diagnosi	347	-	-	-	257	-	-	-	329	-	-	-
Totale (senza cause ostetriche)	1.732	1,17	1,12	1,23	1.794	0,84	0,80	0,88	2.237	0,85	0,81	0,88

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

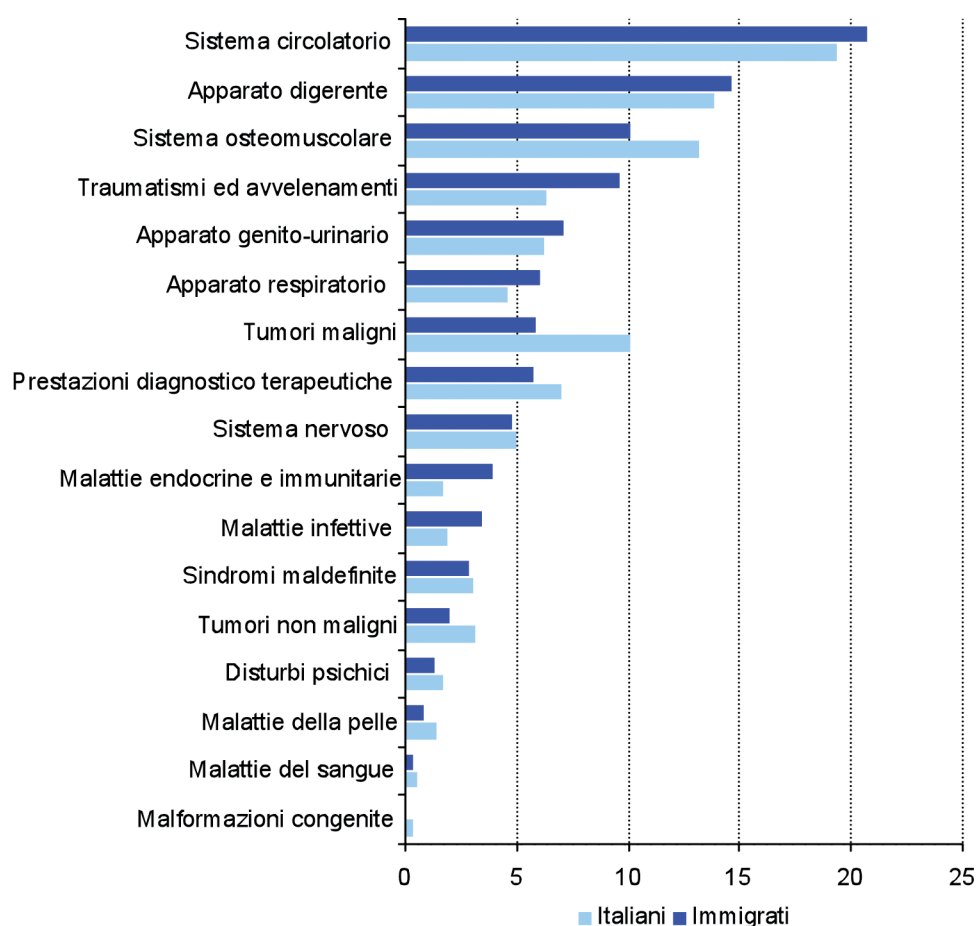
Cause di ricovero in età 45 - 64 anni

Anche in questa fascia di età, il quadro delle patologie che portano al ricovero è alquanto diverso tra immigrati e italiani.

Negli uomini, le differenze maggiori sono a carico dei traumi, che hanno un peso maggiore negli immigrati rispetto agli italiani, e dai tumori maligni, molto più presenti negli italiani. La diagnosi più frequente di ricovero, negli italiani come negli immigrati, è costituita dalle cause circolatorie.

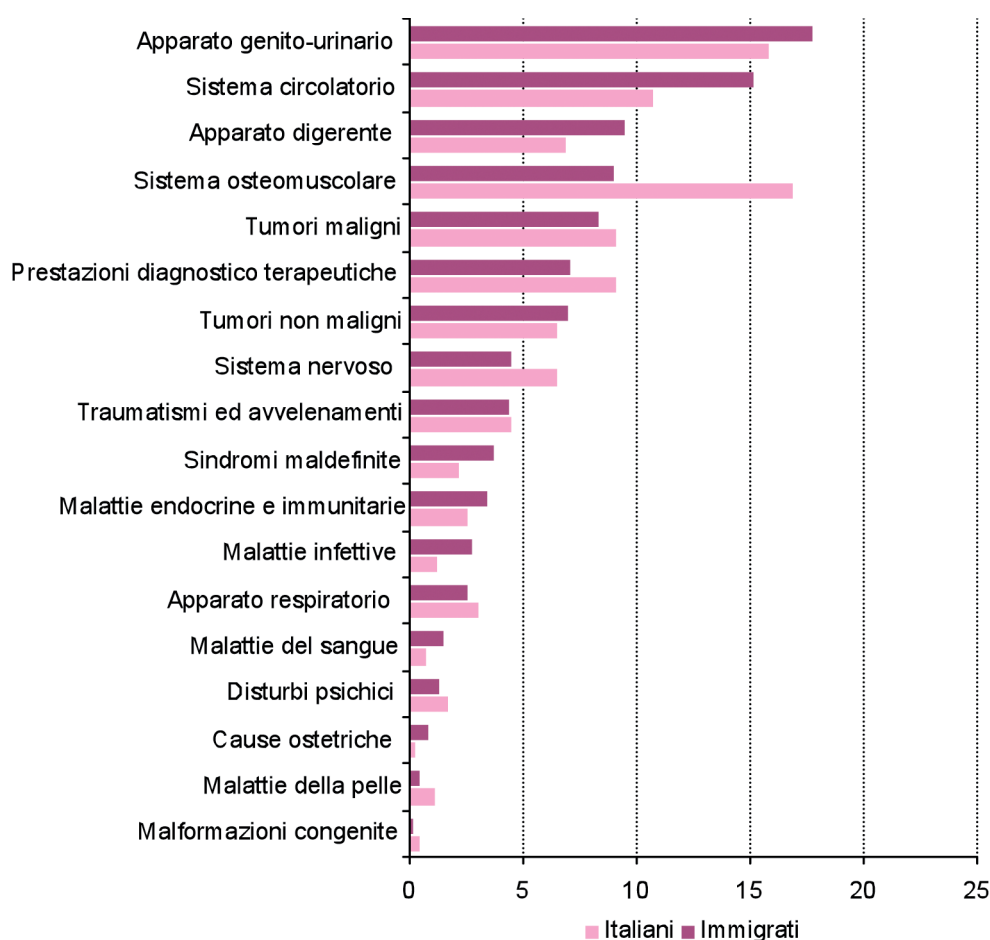
Nelle donne le principali cause di ricovero sono costituite dalle malattie del sistema genito-urinario e quelle del sistema circolatorio, a differenza delle coetanee italiane, per le quali il principale motivo di accesso all'ospedale è costituito dalle malattie del sistema osteo-muscolare. (grafico III.2.2a e III.2.2b).

Grafico III.2.2a: Distribuzione % delle cause di ricovero per cittadinanza, maschi di 45-64 anni - Periodo 2007-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

Grafico III.2.2b: Distribuzione % delle cause di ricovero per cittadinanza, femmine di 45-64 anni - Periodo 2007-2008



(Fonte dati: Banca dati SDO, RER)

L'andamento nel tempo dei Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione (RSO) (Tabella III.2.3a e III.2.3b e Grafici III.2.3a e III.2.3b) mostra anche in questa fascia di età in entrambi i generi e in tutti i periodi considerati tassi di ospedalizzazione complessivi inferiori ai coetanei italiani. Per quanto riguarda le singole cause, negli uomini si segnala nell'ultimo periodo un eccesso di ricoveri per "Malattie endocrine e del metabolismo", sostenuto tuttavia da meno di 30 ricoveri in due anni, mentre nessuna causa determina nelle donne rischi significativi. Il modesto eccesso di ricoveri nei maschi è prevalentemente dovuto al diabete, che causa la gran parte dei ricoveri per malattie endocrine. Le malattie infettive, differentemente che nella classe di età precedente, non rientrano tra le prime dieci cause di ricovero.

Tabella III.2.3a: N.di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, maschi immigrati di età 45-64 anni.
Prime dieci cause di ricovero

Cause di Ricovero 45-64 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Sistema circolatorio	76	0,82	0,65	1,02	87	0,58	0,46	0,71	151	0,77	0,65	0,91
Apparato digerente	58	0,82	0,62	1,04	54	0,49	0,37	0,64	107	0,68	0,56	0,82
Sistema osteomuscolare	35	0,62	0,43	0,85	60	0,55	0,42	0,71	74	0,46	0,36	0,57
Traumatismi e avvelenamenti	54	1,56	1,17	2,00	55	0,97	0,73	1,27	70	0,82	0,64	1,03
Sistema genito-urinario	33	1,01	0,69	1,38	45	0,96	0,70	1,29	52	0,84	0,63	1,10
Apparato respiratorio	27	1,49	0,98	2,10	28	0,81	0,54	1,17	44	0,88	0,64	1,18
Tumori maligni	32	0,75	0,51	1,03	26	0,39	0,25	0,56	43	0,50	0,36	0,67
Prestazioni diagnostico terapeutiche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	21	0,48	0,30	0,74	42	0,62	0,45	0,84
Sistema nervoso	30	0,94	0,63	1,31	36	0,66	0,47	0,92	35	0,67	0,47	0,94
Malattie endocrine e immunitarie	16	1,24	0,71	1,91	13	0,74	0,39	1,26	29	1,49	1,00	2,14
Altre diagnosi	81	-	-	-	75	-	-	-	81	-	-	-
Totale	442	0,90	0,82	0,99	500	0,63	0,57	0,68	728	0,67	0,62	0,72

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

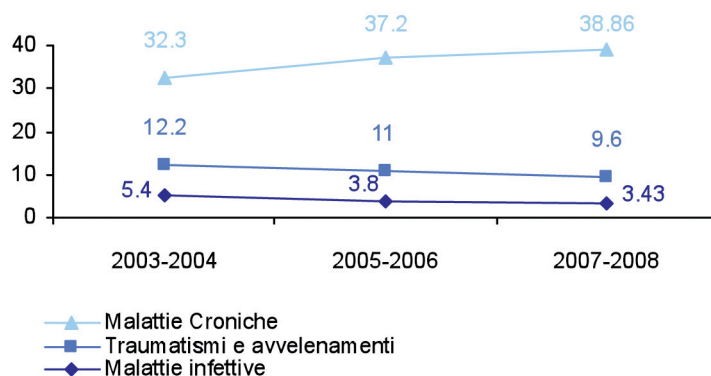
Tabella III.2.3b: N.di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per causa e periodo, femmine immigrate di età 45-64 anni. Prime dieci cause di ricovero

Cause di Ricovero 45-64 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%		N	RSO	IC 95%	
Apparato genito-urinario	81	0,83	0,66	1,02	113	0,63	0,52	0,75	173	0,70	0,60	0,81
Sistema circolatorio	72	1,33	1,04	1,65	93	0,94	0,76	1,15	147	1,07	0,91	1,26
Apparato digerente	49	1,35	1,00	1,75	59	0,87	0,66	1,12	92	0,98	0,79	1,20
Sistema osteomuscolare	41	0,55	0,39	0,73	60	0,39	0,30	0,50	88	0,38	0,30	0,47
Tumori maligni	31	0,61	0,41	0,84	44	0,53	0,38	0,71	81	0,68	0,54	0,84
Prestazioni diagnostico terapeutiche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	44	0,57	0,41	0,76	69	0,57	0,44	0,72
Tumori non maligni	29	0,76	0,51	1,06	49	0,63	0,46	0,83	68	0,66	0,51	0,84
Sistema nervoso	33	0,55	0,38	0,76	63	0,62	0,48	0,80	44	0,50	0,36	0,67
Traumatismi e avvelenamenti	28	1,32	0,87	1,85	50	1,16	0,86	1,53	43	0,68	0,50	0,92
Sindromi mal definite	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	23	1,22	0,77	1,83	36	1,16	0,81	1,61
Altre diagnosi	126	-	-	-	86	-	-	-	129	-	-	-
Totale	490	0,86	0,79	0,94	684	0,67	0,62	0,72	970	0,69	0,65	0,74

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

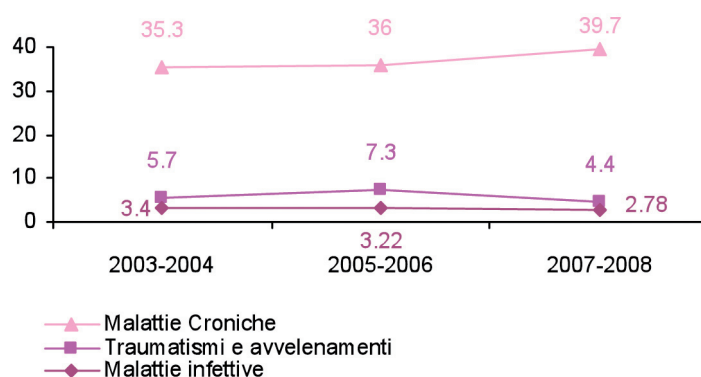
Per meglio visualizzare l'andamento nel tempo delle diverse patologie in questa fascia di età, nella quale ci si attende prima che nelle altre la transizione epidemiologica verso patologie croniche, è stata illustrata la proporzione di ricoveri per traumi, malattie infettive e per la somma delle patologie circolatorie, osteo-articolari e tumori nei tre bienni considerati, definita come "malattie croniche". In entrambi i generi, maggiormente nei maschi, si apprezza una riduzione delle prime due cause di ricovero, a spese della terza, in costante seppur modesto incremento.

Grafico III.2.3a: % di ricoveri per causa e periodo, maschi immigrati di età 45-64 anni. Tre principali gruppi di cause



(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico III.2.3b: % di ricoveri per causa e periodo, femmine immigrate di età 45-64 anni. Tre principali gruppi di cause



(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Cause di accesso al Centro per la Salute della Famiglia Straniera in età adulta

Tra le donne in età feconda le cause ostetriche e ginecologiche rappresentano 66,3%. Tra queste il 37% è rappresentato da accessi per gravidanza normale, seguono, con percentuali più basse, accessi per irregolarità del ciclo mestruale, aborti indotti legalmente, complicanze della gravidanza, visite ginecologiche, consigli sulla prescrizione di contraccettivi e pap test. Se si escludono le cause ostetriche e si considerano anche gli accessi degli uomini della stessa classe di età, si ottiene il quadro descritto in tabella III.2.4, che descrive una lieve prevalenza di disturbi aspecifici (sintomi, segni, stati morbosi mal definiti), e poi disturbi della vista e malattie dell'orecchio (malattie sistema nervoso e organi di senso) e le altre comuni patologie, digerenti respiratorie osteomuscolari dermatologiche genito-urinarie circolatorie, rilevabili comunemente nella popolazione di questa fascia di età. E' possibile che qualche causa sia sovra o sotto-rappresentata rispetto agli Italiani, ma la mancanza di una rilevazione sistematica dei medici di medicina generale che utilizzi gli stesi criteri classificatori qui adottati rende impossibile il confronto.

Tabella III.2.4: N. delle diagnosi all'accesso e distribuzione % per genere, età 15-49 anni. Senza cause ostetriche e ginecologiche - Anno 2009

Diagnosi	Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	286	17,6	310	14,5	596	15,9
malattie sistema nervoso e organi di senso	183	11,3	257	12,1	440	11,7
malattie infettive e parassitarie	185	11,4	224	10,5	409	10,9
malattie sistema osteomuscolare e connettivo	130	8,0	271	12,7	401	10,7
malattie cute e tessuto connettivo	123	7,6	233	10,9	356	9,5
malattie apparato digerente	150	9,2	170	8,0	320	8,5
malattie apparato respiratorio	118	7,3	163	7,6	281	7,5
malattie sistema circolatorio	128	7,9	146	6,8	274	7,3
malattie sistema genito-urinario	68	4,2	144	6,8	212	5,6
malattie e patologie odontostomatologiche	85	5,2	120	5,6	205	5,5
malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	71	4,4	73	3,4	144	3,8
disturbi psichici	48	3,0	11	0,5	59	1,6
malattie sangue e organi emopoietici	38	2,3	7	0,3	45	1,2
tumori	11	0,7	3	0,1	14	0,4
Totale	1.624	100,0	2.132	100,0	3.756	100,0

(Fonte dati: banca dati CSFS, AUSL)

Gli accessi delle persone più anziane (> 50 anni) hanno una frequenza assai inferiore a quelli delle classi di età più giovani e sono determinati in massima parte dalle donne dell'Est Europa, arrivate in Italia per il lavoro di cura alla persona (badanti) o, più raramente, dai genitori anziani di giovani in età lavorativa, arrivati per ricongiungersi alla famiglia. In questa classe di età l'ipertensione essenziale e le cardiopatie non specificate (malattie sistema circolatorio) rappresentano più del 30% delle diagnosi. Frequenti sono anche gli accessi per diabete (malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche) e per patologie osteo-muscolari (tabella III.2.5).

Anche in questo caso non è possibile il confronto con la popolazione italiana, ma il quadro che emerge è quello tipico di un gruppo anziano, con le patologie croniche tipiche dell'età.

Tabella III.2.5: N. delle diagnosi all'accesso e distribuzione % per genere, età >50 anni - Anno 2009

Diagnosi	Femmine		Maschi		Totale	
	N	%	N	%	N	%
malattie sistema circolatorio	220	35,4	71	39,0	291	36,2
sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	61	9,8	14	7,7	75	9,3
malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	62	10,0	11	6,0	73	9,1
malattie sistema osteomuscolare e connettivo	48	7,7	19	10,4	67	8,3
malattie apparato digerente	43	6,9	12	6,6	55	6,8
malattie sistema nervoso e organi di senso	40	6,4	8	4,4	48	6,0
cause ostetriche e ginecologiche	46	7,4	0	0,0	46	5,7
malattie sistema genito-urinario	21	3,4	18	9,9	39	4,9
malattie apparato respiratorio	13	2,1	14	7,7	27	3,4
malattie cute e tessuto connettivo	24	3,9	1	0,5	25	3,1
malattie e patologie odontostomatologiche	21	3,4	2	1,1	23	2,9
disturbi psichici	10	1,6	5	2,7	15	1,9
malattie infettive e parassitarie	4	0,6	7	3,8	11	1,4
tumori	7	1,1	0	0,0	7	0,9
malattie sangue e organi emopoietici	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Totale	621	100,0	182	100,0	803	100,0

(Fonte dati: banca dati CSFS, AUSL)

Nella popolazione immigrata adulta la frequenza di ricovero ospedaliero continua a essere significativamente inferiore a quella della popolazione italiana. Sono in riduzione le cause di ricovero tipiche degli immigrati (traumi, malattie infettive) e non paiono ancora in aumento significativo le patologie croniche che portano al ricovero gli italiani di pari età, sebbene nella classe di età 45-64 anni la proporzione dei ricoveri per cause “croniche” cresca progressivamente.



III.4 GLI INFORTUNI SUL LAVORO

Gli infortuni sul lavoro sono, come noto e come affermano tutte le fonti, uno dei rilevanti problemi di salute della popolazione immigrata. Tuttavia fino ad ora non è possibile documentare il rischio di infortuni specifico dei lavoratori immigrati nei diversi comparti produttivi perché non sono disponibili informazioni sulla nazionalità degli occupati. Sono disponibili invece informazioni sulla nazionalità degli infortunati¹ e, quindi, i dati usualmente forniti fanno unicamente riferimento alla proporzione di infortuni a carico di immigrati sul totale degli infortuni accaduti. Questo dato dipende ovviamente dall'entità di occupazione straniera in ogni specifico comparto, oltre che dal rischio di infortunarsi tipico dei lavoratori stranieri. Inoltre, e non potrebbe essere diverso, sono relativi unicamente ai lavoratori regolari. I dati di seguito presentati sono ricavati dai Flussi informativi dell'Inail, elaborati dall'Osservatorio regionale infortuni sul lavoro (OREIL), collocato presso questo stesso Servizio di Epidemiologia.

INFORTUNI NELL'INDUSTRIA E NEI SERVIZI

La tabella III.4.1 presenta la percentuale di infortuni sul lavoro occorsi e riconosciuti da Inail² nella provincia di Reggio Emilia a carico di lavoratori immigrati nel periodo 2005-2008 nell'Industria e Servizi, per tipo di definizione dell'infortunio. Per gli immigrati sia gli infortuni con invalidità temporanea che quelli con esiti permanenti sono in continuo aumento, in numero assoluto e in proporzione, tanto che nel 2008 più di un infortunio su cinque è a carico loro. I numeri degli infortuni mortali oscillano tra i due e i tre all'anno e la proporzione è instabile.

Tabella III.4.1: N. di infortuni e distribuzione % per tipo e cittadinanza, settore Industria e Servizi, provincia di Reggio Emilia

Tipo di definizione	2005	2006	2007	2008	2009
Infortuni temporanei	8.619	8.341	8.227	8.063	6.780
di cui immigrati	1.633	1.643	1.712	1.773	1.312
% immigrati	18,9	19,7	20,8	22,0	19,4
Infortuni permanenti	505	550	610	610	396
di cui immigrati	81	84	105	106	65
% immigrati	16,0	15,3	17,2	17,4	16,4
Infortuni mortali	13	6	19	10	3
di cui immigrati	2	3	2	3	1
% immigrati	15,4	50,0	10,5	30,0	33,3
Infortuni regolari senza indennizzo	55	75	110	219	223
di cui immigrati	17	21	25	64	60
% immigrati	30,9	28,8	22,7	29,2	26,9
Infortuni totali	9.192	8.972	8.966	8.902	7.402
di cui immigrati	1.733	1.751	1.844	1.946	1.438
% immigrati	18,9	19,5	20,6	21,9	19,4

(Fonte dati: NFI Inail-Regioni 2010 elaborazione OREIL)

¹ Nei dati INAIL non è riportata la nazionalità dell'infortunato ma il Paese di nascita, desumibile dal Codice Fiscale. Per la stesura di questo Capitolo sono stati considerati "immigrati" i lavoratori nati nei Paesi a basso/medio reddito (v. Nota metodologica).

² Sono compresi quindi infortuni occorsi a residenti e a non residenti nella provincia di Reggio Emilia.

I comparti produttivi maggiormente interessati dal fenomeno degli infortuni agli immigrati sono, come ovvio, quelli a maggiore occupazione straniera: a Reggio Emilia quindi il metalmeccanico, i servizi e le costruzioni (tabella III.4.2). Osservando il fenomeno nel quadriennio considerato, è interessante notare che la proporzione di infortuni a carico degli immigrati aumenta unicamente nel comparto metalmeccanico e, in misura assai inferiore, in quello dei trasporti e magazzini. Cala in modo netto sia nel commercio e servizi che nelle costruzioni. L'interpretazione di ciò è varia: la riduzione dell'occupazione in questi settori, ma anche un sempre maggiore ricorso al lavoro nero, evidente nei settori meno strutturati in imprese stabili, dove maggiore è la possibilità di ricatto nei confronti di lavoratori deboli come i lavoratori immigrati.

Tabella III.4.2: N. d'infortuni e distribuzione % per comparto e anno, lavoratori immigrati settore Industria e Servizi, provincia di Reggio Emilia

Comparto	2005		2006		2007		2008	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
0 - Commercio e servizi	330	19,0	314	17,9	320	17,4	306	15,7
1 - Lavorazione agricole industriali	86	5,0	88	5,0	86	4,7	93	4,8
2 - Carta, chimica, cuoio	84	4,8	83	4,7	126	6,8	97	5,0
3 - Costruzioni, impianti	277	16,0	278	15,9	224	12,1	239	12,3
4 - Energia, comunicazioni	5	0,3	0	0,0	1	0,1	4	0,2
5 - Legno e affini	42	2,4	33	1,9	49	2,7	47	2,4
6 - Metalli, macchine	528	30,5	563	32,2	653	35,4	692	35,6
7 - Minerali, rocce, vetro	136	7,8	124	7,1	107	5,8	119	6,1
8 - Tessile, confezioni	18	1,0	14	0,8	19	1,0	16	0,8
9 - Trasporti, magazzini	67	3,9	70	4,0	78	4,2	107	5,5
Non determinato	160	9,2	184	10,5	181	9,8	226	11,6
TOTALE	1.733	100,0	1.751	100,0	1.844	100,0	1.946	100,0

(Fonte dati: NFI Inail-Ispesl-Regioni 2010 elaborazione OReL)

Le nazionalità dei lavoratori infortunati, presentate nella tabella III.4.3, sono in parte desumibili dalla composizione della popolazione immigrata a Reggio Emilia, nei due generi. Per i maschi occorre tener conto del comparto produttivo in cui sono prevalentemente polarizzate alcune nazionalità, per le femmine oltre a ciò è importante la disponibilità al lavoro esterno: massimo per alcune nazionalità dell'Est Europa, minimo per alcune collettività, come la Pakistana, che non consentono alla donna l'uscita dalla famiglia.



Tabella III.4.3: N. di infortuni e distribuzione % per nazionalità e genere, settore Industria e Servizi, provincia di Reggio Emilia - Anno 2008

Paese di nascita	MASCHI		FEMMINE	
	N	%	N	%
MAROCCO	419	26,9	84	10,5
PAKISTAN	163	10,5	0	0,0
ALBANIA	160	10,3	27	3,4
INDIA	144	9,2	10	1,2
TUNISIA	106	6,8	10	1,2
GHANA	89	5,7	23	2,9
ROMANIA	67	4,3	40	5,0
SENEGAL	37	2,4	0	0,0
SRI LANKA	31	2,0	4	0,5
JUGOSLAVIA	25	1,6	0	0,0
NIGERIA	21	1,3	17	2,1
EGITTO	21	1,3	3	0,4
ARGENTINA	21	1,3	5	0,6
UCRAINA	21	1,3	20	2,5
MACEDONIA	19	1,2	3	0,4
ALGERIA	18	1,2	3	0,4
BRASILE	17	1,1	10	1,2
TURCHIA	16	1,0	4	0,5
MOLDAVIA	16	1,0	19	2,4
BURKINA FASO	14	0,9	0	0,0
FILIPPINE	13	0,8	5	0,6
POLONIA	13	0,8	15	1,9
CINA	11	0,7	4	0,5
ALTRI PAESI	97	6,2	78	20,3
TOTALE	1559	100,0	387	100,0

(Fonte dati: NFI Inail-Ispesl-Regioni 2010 elaborazione OReLL)

INFORTUNI IN AGRICOLTURA

L'occupazione in agricoltura riguarda complessivamente in provincia di Reggio Emilia circa il 5% dei lavoratori e l'1,5% delle lavoratrici e il numero di infortuni che vi si verificano riflette all'incirca questa proporzione. Gli infortuni a carico degli immigrati appaiono in crescita (tabella III.4.4) e la frequenza di infortuni per nazionalità vede al primo posto gli Indiani, collettività tradizionalmente impiegata nei lavori agricoli e nell'allevamento (tabella III.4.5).



Tabella III.4.4: N. di infortuni e proporzione % di immigrati per anno, settore Agricoltura, provincia di Reggio Emilia

AGRICOLTURA	2005	2006	2007	2008
Infortuni totali	582	634	628	558
di cui immigrati	48	63	57	69
% immigrati	8,25	9,94	9,08	12,37

(Fonte dat: NFI Inail-Ispesl-Regioni 2010 elaborazione OReLL)

Tabella III.4.5: N. di infortuni per nazionalità e anno, settore agricoltura, provincia di Reggio Emilia

Nazione	2005	2006	2007	2008
INDIA	23	22	24	25
MAROCCO	8	11	8	15
ALBANIA	2	3	2	6
PAKISTAN	6	9	3	1
TUNISIA	1	4	4	7
POLONIA	0	6	1	4
ROMANIA	1	0	6	3
ALTRO	7	8	9	8
TOTALE	48	63	57	69

(Fonte dat: NFI Inail-Ispesl-Regioni 2010 elaborazione OReLL)

IL RISCHIO DI INFORTUNIO DEI LAVORATORI IMMIGRATI SECONDO LE RILEVAZIONI UFFICIALI

Nell'ambito del lavoro richiamato nell'Introduzione a questo Rapporto³, Inail ha curato la sezione sugli infortuni dei lavoratori immigrati, nella quale per la prima volta ha pubblicato i dati desumibili dalle "Denunce Nominative Aziendali" (DNA), con le quali ogni Azienda segnala a Inail tutti i lavoratori occupati, ciascuno con il proprio Codice Fiscale. Da questo l'Istituto assicuratore può desumere il Paese di origine e quindi stimare la nazionalità del lavoratore. Inail ha quindi fornito i dati di occupazione (n. di addetti) distinti in Italiani e immigrati per ogni comparto produttivo, a livello regionale. Poiché la nazionalità degli infortunati è nota, è possibile stimare l'incidenza di infortuni dei lavoratori italiani e immigrati nei diversi comparti e valutare quindi il rischio dei secondi nei confronti dei primi (Rischio Relativo).

In Emilia-Romagna il rischio di infortunarsi da parte dei lavoratori immigrati appare essere complessivamente del 27% superiore a quello dei lavoratori italiani. Per quanto riguarda alcuni comparti specifici, abbiamo considerato la metalmeccanica ("lavorazione metalli") e le costruzioni (tabella III.4.6), nei quali sappiamo essere elevata la frequenza di lavoratori stranieri, così come il rischio di infortuni.

Ma da questi dati l'incidenza di infortuni in metalmeccanica appare più elevata che nelle costruzioni, per gli Italiani e in misura assai maggiore per gli immigrati. Mentre in metalmeccanica quindi il rischio di infortunarsi per un lavoratore straniero è di circa l'80% più elevato di un lavoratore italiano, in edilizia sembra essere significativamente più basso.

³ "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", Progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche, maggio 2009

Sono possibili tre interpretazioni a questi dati sorprendenti: 1) la modalità di registrazione degli addetti è inadeguata a descrivere un comparto caratterizzato da elevata precarietà ed elevato turnover come l'edilizia; 2) i dati riflettono bene il fenomeno e la denuncia di rischi maggiori per gli immigrati è mero esercizio retorico; 3) mentre in metalmeccanica, comparto in cui le aziende sono strutturate, la denuncia di addetti e di infortuni è corretta, in edilizia il numero di infortuni è probabilmente sottostimato, data la diffusione di lavoro nero e di lavoro autonomo.

In mancanza di altri dati di supporto all'una o all'altra interpretazione, tutte tre appaiono legittime. La probabilità che la seconda sia vera sembra tuttavia a chi scrive pressoché inesistente.

Tabella III.4.6: N. di infortuni e di addetti in Emilia Romagna, Indice di Incidenza (II), Rischio Relativo di immigrati vs italiani e Intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) per comparto produttivo e cittadinanza - Anno 2007

Comparto	Italiani			Immigrati			Rischio Relativo	IC 95%	
	Infortuni	Addetti	II	Infortuni	Addetti	II			
RER metalli	4.743	94.669	5,01	2.100	23.683	8,87	1,77	1,68	1,86
RER costruzioni	7.853	184.107	4,27	2.277	61.107	3,73	0,87	0,83	0,92
RER totali	59.539	1.758.067	3,39	14.329	333.302	4,30	1,27	1,25	1,29

(Fonte dati: Tavole INAIL. Assicurati e infortuni sul lavoro. Da: "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", Progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia: 151-178, elaborazione OReL)

Gli infortuni sul lavoro, sia con esiti temporanei che permanenti, sono in aumento tra i lavoratori immigrati, ma la non disponibilità di dati certi sull'occupazione per nazionalità nei diversi comparti produttivi rende impossibile esprimere un giudizio sulla entità del rischio di infortunio rispetto ai lavoratori italiani.

Gli unici dati pubblicati da Inail che riportano il numero di addetti per Paese di nascita, relativi a tutta la regione nel 2007, mostrano un eccesso di rischio complessivo del 27% rispetto agli italiani. Tuttavia quegli stessi dati presentano, per l'edilizia, un rischio significativamente minore negli immigrati rispetto agli italiani, affermazione difficilmente credibile.

È possibile che nel periodo considerato sia aumentata la quota di lavoro nero e la conseguente evasione dalla denuncia di infortunio, maggiore nei settori meno strutturati in imprese stabili.

III.4 LE MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive sono comunemente percepite come le “tipiche” malattie degli immigrati e questa percezione alimenta un diffuso timore di contagio nella popolazione locale. La diffusione delle malattie infettive tra gli immigrati, in confronto con gli italiani, è stata analizzata utilizzando i dati del Registro provinciale Malattie Infettive¹, posto presso il Dipartimento di Sanità Pubblica, che registra tutti casi notificati in Provincia da parte dei medici.

I dati relativi ai casi di AIDS di Reggio Emilia sono stati forniti dal Servizio Sanità Pubblica dell'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna.

Nei paragrafi successivi si riportano il numero di notifiche delle principali malattie infettive nel periodo 2006-2010 ed un approfondimento su tubercolosi, malaria, scabbia e AIDS, che rappresentano un rilevante problema di salute nella popolazione immigrata.

Alcune malattie infettive

Tabella III.4.1: N. di notifiche² di alcune malattie infettive per cittadinanza, provincia di Reggio Emilia

Malattie infettive	ICD-IX	2006		2007		2008		2009		2010		Totale	
		ita.	imm.	ita.	imm.	ita.	imm.	ita.	imm.	ita.	imm.	ita.	imm.
Gastroenterite da salmonella	003.0	162	5	129	6	121	11	139	10	115	6	666	38
Setticemia	038	2	0	4	1	21	0	10	0	13	2	50	3
Epatite virale A	070.0-070.1	6	5	2	1	7	3	24	0	7	1	46	10
Meningiti virali	321.1-321.7 047-049	9	4	8	0	6	0	13	1	13	1	49	6
Epatite virale B	070.2-070.3	9	2	4	0	14	2	6	3	8	2	41	9
Meningiti batteriche	320	13	1	8	0	7	0	10	1	2	0	40	2
Sifilide recente con sintomi o latente	091-092	4	0	10	4	4	5	3	1	7	3	28	13
Morbillo	055	0	0	0	0	14	1	0	0	7	0	21	1
Bronchiolite acuta	466.1	2	0	4	2	4	0	1	1	4	2	15	5
Altre epatiti virali	070.4-070.9	2	2	1	0	2	1	1	1	2	1	8	5
Febbre tifoide	002.0	0	1	2	2	0	1	0	1	0	2	2	7
Meningite meningococcica	036.0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Altre infestazioni da cestodi	123	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	2	4
Infezione gonococcica	098	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	1	5
Schistosomiasi (Bilaziosi)	120	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	4
TOTALE		212	24	172	19	200	28	209	20	178	21	971	112

(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Mentre per alcune patologie la morbilità negli immigrati è bassa, per altre il numero di casi registrato è superiore in termini assoluti o proporzionali a quello degli italiani, seppur non superando i 10 casi per patologia nel periodo considerato. In particolare, le parassitosi

¹ L'identificazione degli immigrati è avvenuta considerando il Paese di nascita.

² Notifica: segnalazione all'autorità competente, Servizio di Igiene Pubblica della AUSL in cui viene posta la diagnosi, di una malattia infettiva soggetta a denuncia obbligatoria. Include quindi anche i casi insorti in soggetti non residenti.

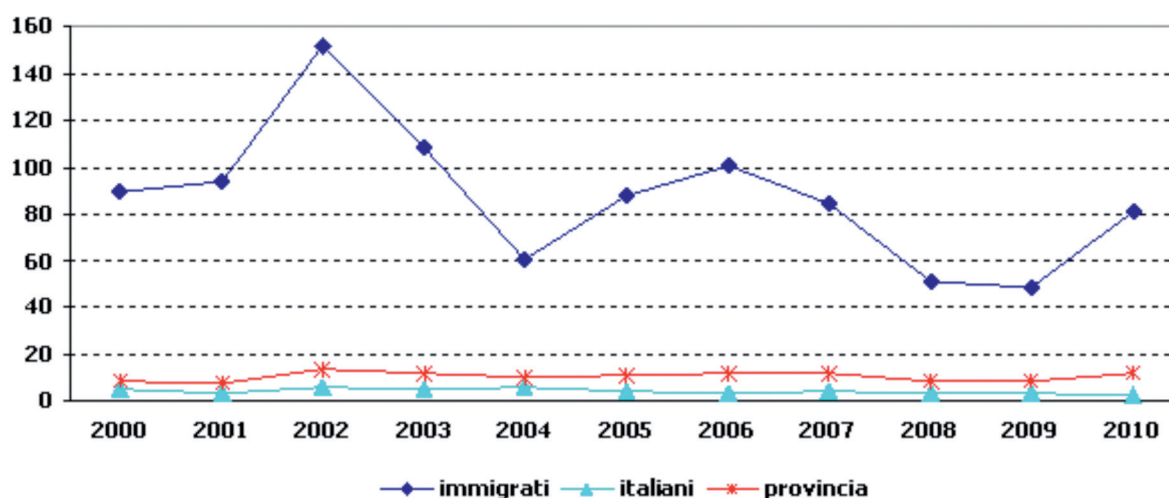
sono appannaggio quasi esclusivo degli immigrati, come pure risultano maggiormente rappresentate, in relazione alla dimensione della popolazione, le malattie a trasmissione sessuale. Si segnala l'assenza di casi di morbillo negli immigrati, un solo caso in un non residente, indicatore di una buona adesione alle pratiche vaccinali.

La tubercolosi (TB)

Nei residenti in provincia di Reggio Emilia, nell'arco di 11 anni, il tasso di incidenza³ della tubercolosi (TB) ha avuto un andamento oscillante, con un tasso minimo di 7,8 x 100.000 nel 2001 e uno massimo di 13,5 nel 2002 (grafico III.4.1). Sia l'Emilia-Romagna che, in misura maggiore, la provincia di Reggio Emilia superano costantemente i tassi nazionali. Nel periodo considerato l'incidenza di tubercolosi negli immigrati è mediamente di circa 90 casi per 100.000, rispetto a 4 casi per 100.000 degli italiani. In termini assoluti, nel periodo 2000-2010 sono stati notificati 671 casi di TB (di residenti e non), di cui 456 (il 68%) a carico di immigrati.

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

Grafico III.4.1: Tasso di incidenza di tubercolosi, per cittadinanza, residenti



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

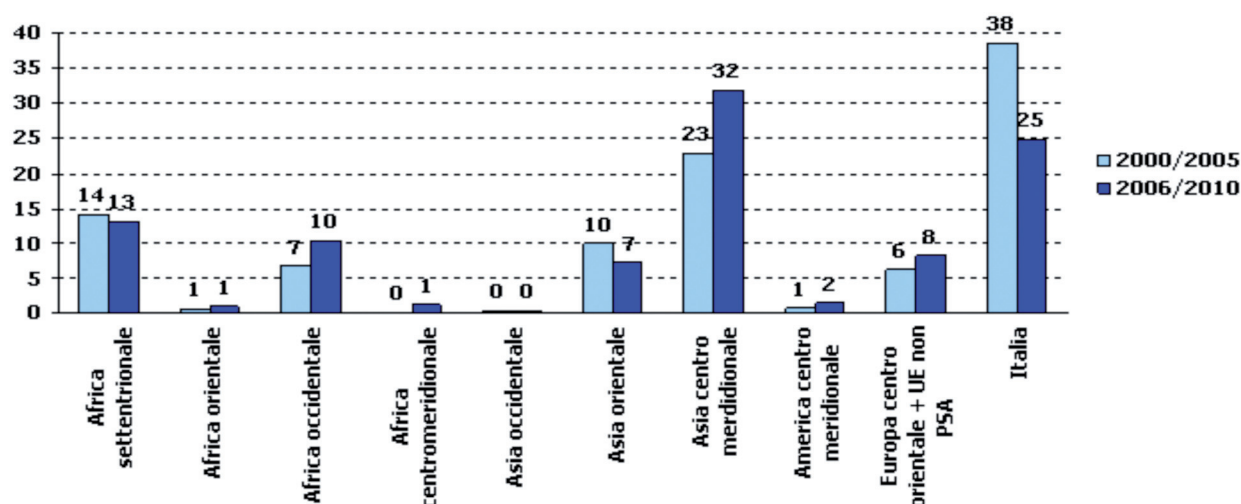
La proporzione di casi a carico degli immigrati, residenti e non, sul totale dei casi è in costante aumento. Era circa il 40% alla fine degli anni '90 e dal 62% del periodo 2000-2005 passa al 75% nel 2006-2010.

L'area geografica maggiormente rappresentata è l'Asia centro meridionale, in prevalenza India e Pakistan, seguita dall'Africa settentrionale, in prevalenza Marocco (grafico III.4.2).

La proporzione di notifiche negli immigrati non residenti in provincia di Reggio Emilia nell'intero periodo è del 20% circa.

³ I tassi del 2010 sono stimati sulla base dei dati mensili del bilancio demografico ISTAT.

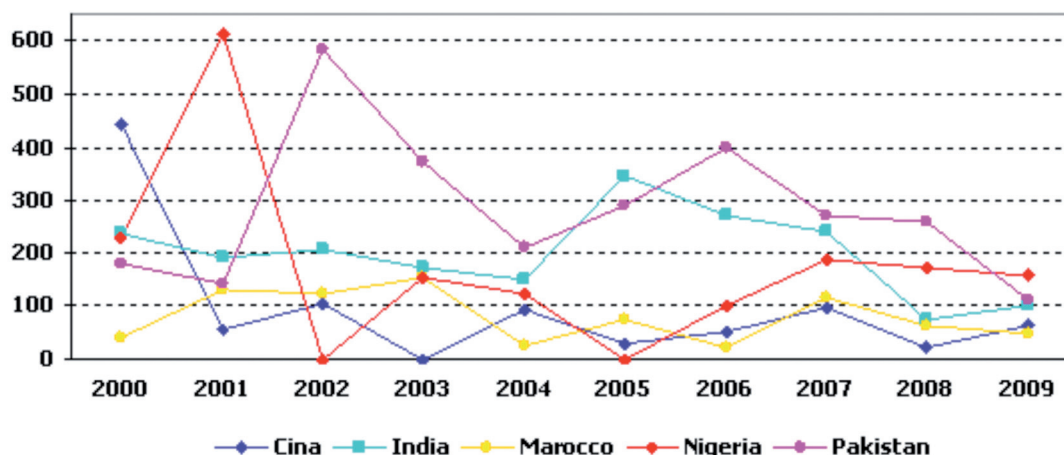
Grafico III.4.2: Distribuzione % di casi di tubercolosi per area geografica di provenienza e periodo, provincia di Reggio Emilia



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Analizzando l'incidenza della tubercolosi per nazionalità, si è confrontato l'andamento della malattia nella collettività più rappresentata (Marocco, 79 casi in 11 anni) e quello della Nigeria e delle principali comunità asiatiche: India, Pakistan, Cina (grafico III.4.3). Pur con i numeri relativamente piccoli rilevati, le comunità indiana e pakistana (8 e 18 casi rispettivamente nel 2010) appaiono quelle a maggior rischio di contrarre la patologia. Negli ultimi anni appaiono costantemente elevati anche i tassi della Nigeria.

Grafico III.4.3: Tasso di incidenza (x 100.000) di tubercolosi per nazionalità, residenti



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

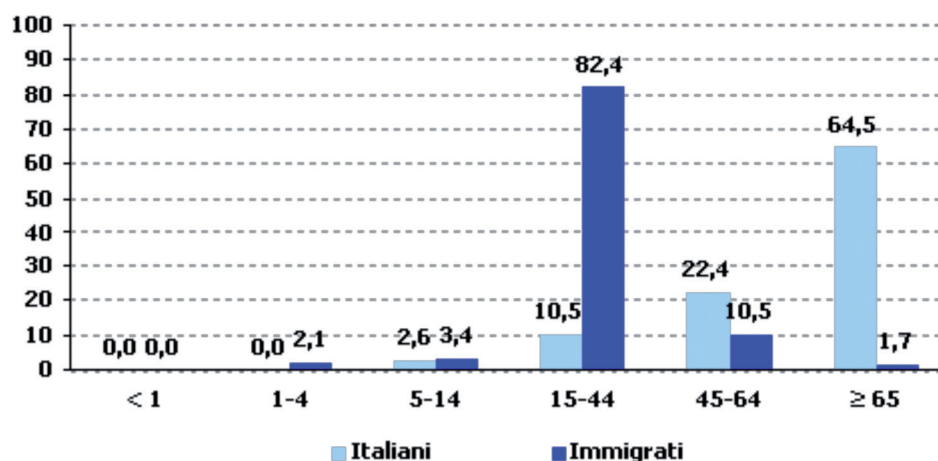
L'analisi per classi di età mostra una ulteriore differenza tra italiani e immigrati: l'età maggiormente colpita è quella anziana negli italiani (> 65 anni) mentre è quella dei giovani adulti (15-44 anni) tra gli stranieri, come appare dal grafico seguente (grafico III.4.4).

Per gli italiani si tratta per lo più del riaccutizzarsi di infezioni contratte da una grande fascia di popolazione nella prima metà del secolo scorso.

Si segnala inoltre, nel periodo considerato, lo sviluppo della malattia in 15 bambini minori di 14 anni. Tutti i casi sotto i 5 anni sono immigrati, mentre sono stati notificati 2 casi in italiani e 8 negli immigrati nella fascia d'età 5-14 anni.

Lo sviluppo di focolai epidemici con coinvolgimento di minori è un fenomeno in aumento fra comunità indo-pakistane (7 casi sotto i 15 anni) che vivono nel distretto nord della nostra provincia, spiegabile in parte con la forte mobilità all'interno dei nuclei familiari di parenti-amici di recente immigrazione e senza assistenza sanitaria.

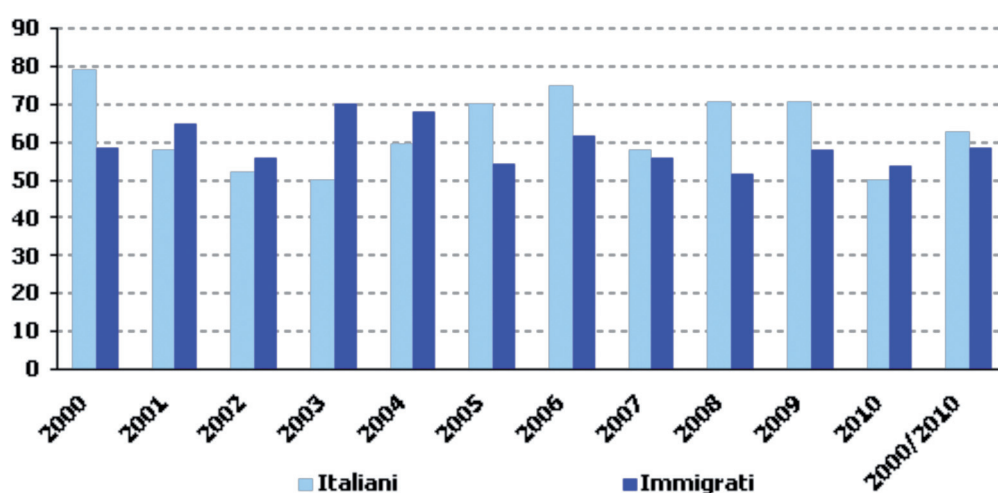
Grafico III.4.4: Distribuzione % di notifiche di tubercolosi per cittadinanza e classe di età, provincia di Reggio Emilia - Periodo 2006-2010



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Rispetto alla localizzazione d'organo, le forme extra-polmonari prevalgono lievemente nei soggetti immigrati (41% circa dei casi notificati dal 2000 al 2010). Tuttavia nei soggetti immigrati, così come negli Italiani, la localizzazione più frequente rimane quella polmonare con le implicazioni di Sanità Pubblica rispetto all'eventuale contagio (grafico III.4.5).

Grafico III.4.5: % di notifiche di tubercolosi polmonare sul totale per cittadinanza, provincia di Reggio Emilia

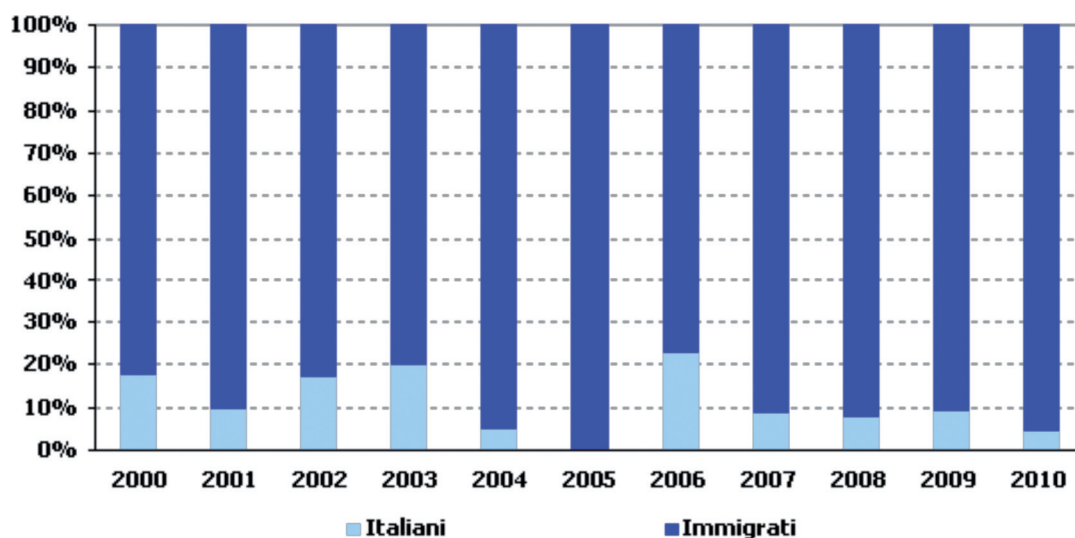


(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Malaria

In Italia la malaria rappresenta la più comune malattia d'importazione, considerando come "caso importato" quello in cui l'infezione è stata contratta in un Paese diverso da quello in cui avviene la diagnosi. I casi di malaria notificati a Reggio Emilia nell'arco temporale 2000-2010 sono stati complessivamente 213, di cui 190 a carico di soggetti immigrati (89,2% del totale, residenti e non), (grafico III.4.6).

Grafico III.4.6: Distribuzione % di notifiche di malaria per anno e cittadinanza, provincia di Reggio Emilia



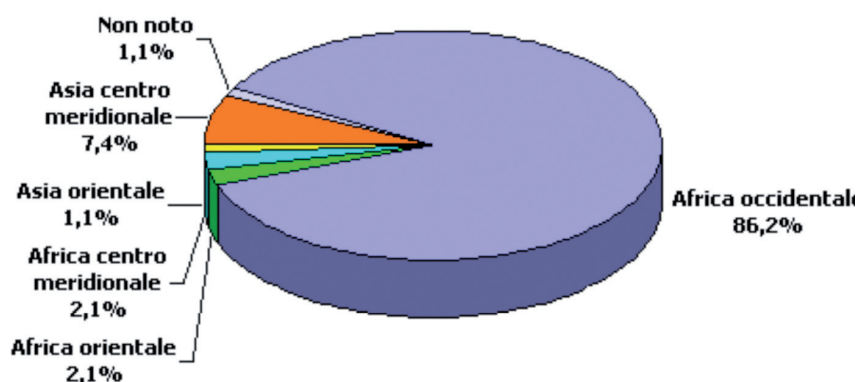
(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Le nazionalità interessate sono prevalentemente quelle africane, nello specifico Africa Occidentale e Orientale (grafico III.4.7), in particolare Ghana, Nigeria, Burkina Faso e Costa d'Avorio, dove la malattia è endemica.

Nel precedente rapporto erano stati descritti casi di malaria in soggetti provenienti da Cina e Taiwan che avevano contratto la malattia durante il percorso migratorio con un passaggio obbligato nell'Africa sub-sahariana (Costa d'Avorio soprattutto). I cambiamenti nelle modalità e nelle rotte di immigrazione hanno portato alla scomparsa di questo fenomeno.

Si segnala invece che, mentre nel periodo 2000-2005 tutte le patologie erano state contratte in Africa e non era stato notificato alcun caso in pakistani e indiani, nel 2006-2010 in queste comunità sono stati registrati 11 casi.

Grafico III.4.7: Distribuzione % dei casi di malaria per area geografica di provenienza, provincia di Reggio Emilia - Periodo 2006-2010

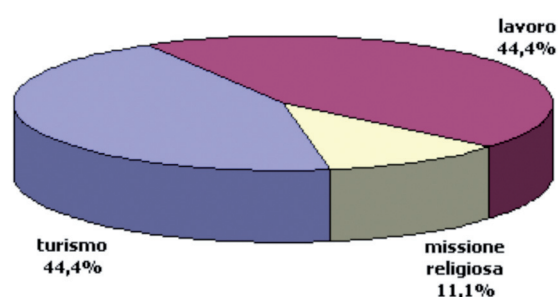


(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Essendo la malaria una malattia “d’importazione”, è utile studiare i motivi del viaggio e il luogo visitato per meglio individuare efficaci strategie preventive (grafico III.4.8 e III.4.9).

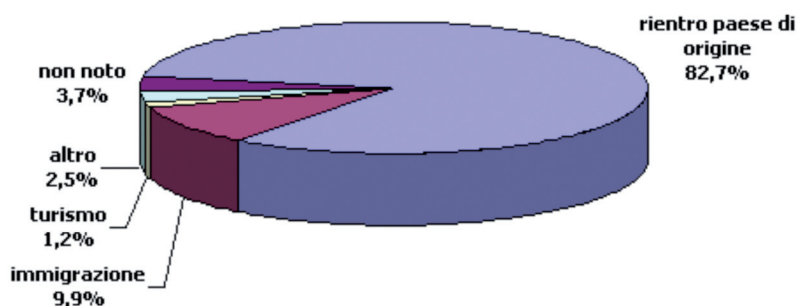
Mentre negli italiani i motivi prevalenti sono il lavoro e il turismo, negli immigrati la maggior parte dei malati ha contratto la malattia in occasione del ritorno nel paese di origine, per un periodo più o meno lungo, mentre il 10% ha manifestato i sintomi all’arrivo in Italia per immigrazione.

Grafico III.4.8: Distribuzione % di casi di malaria per motivo del viaggio, italiani provincia di Reggio Emilia - Periodo 2006-2010



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

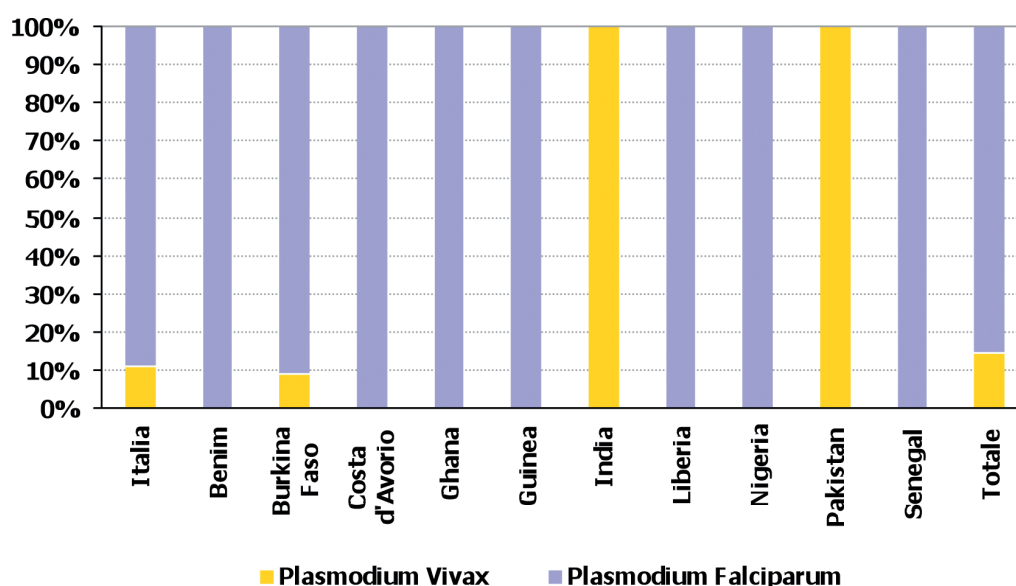
Grafico III.4.9: Distribuzione % di casi di malaria per motivo del viaggio, immigrati provincia di Reggio Emilia - Periodo 2006-2010



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

La segnalazione di casi in immigrati dal Pakistan e dall’India ha comportato l’aumento di contagi con il Plasmodium Vivax, mentre la quasi totalità degli africani ha contratto la malattia tramite il Plasmodium Falciparum, endemico in quest’area (grafico III.4.10).

Grafico III.4.10: Distribuzione % di casi di malaria per agente eziologico e nazionalità, provincia di Reggio Emilia - Periodo 2006-2010



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Tutti i soggetti ammalati, italiani e immigrati, non hanno eseguito la chemioprolifassi (89-90% rispettivamente) o l'avevano eseguita in modo incompleto.

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

Scabbia

La scabbia nella nostra provincia si conferma essere, come nel resto dei Paesi ad alto reddito, una malattia del disagio sociale che accomuna molte fasce deboli, fra le quali gli immigrati. Dal 2000 al 2006 si osserva un elevato numero dei casi sporadici, in particolare negli immigrati, mentre negli ultimi anni si rileva una tendenza alla riduzione dei casi (tabella III.4.2).

Tabella III.4.2: N. casi sporadici di scabbia notificati per cittadinanza e residenza, provincia di Reggio Emilia

Anno	Italiani	Immigrati	Totale
2000	42	65	107
2001	41	88	129
2002	34	75	109
2003	33	91	124
2004	52	132	184
2005	29	73	102
2006	38	93	131
2007	15	72	87
2008	16	76	92
2009	11	50	61
2010	14	61	75
Totale	325	876	1.201

(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Al contrario risultano in aumento il numero di epidemie negli immigrati, mentre il numero di casi mostra un andamento altalenante, ma comunque elevato (tabella III.4.3).

Tabella III.4.3: N. di epidemie di scabbia e N. di casi epidemici per anno, immigrati, italiani, comunità

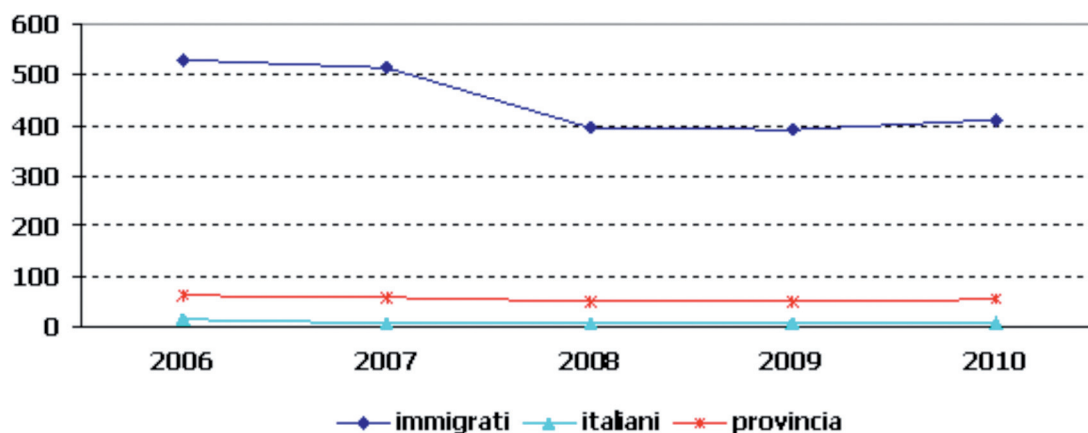
Anno	N. epidemie immigrati	N. casi immigrati	N. epidemie italiani	N. casi italiani	N. epidemie comunità	N. casi comunità
2006	42	144	11	32	2	5
2007	52	184	9	27	2	28
2008	51	148	8	22	8	24
2009	58	192	12	25	2	13
2010	58	198	8	17	4	10
Totale	261	866	48	123	18	80

(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Nel grafico III.4.11 sono inclusi anche i soggetti non residenti⁴ in Provincia di Reggio Emilia, che rappresentano circa il 6% dei casi sporadici denunciati, la maggioranza dei quali sono immigrati domiciliati o senza permesso di soggiorno.

Si osserva un netto calo dei tassi sia negli immigrati, da più di 500 a circa 400 casi x 100.000, che negli italiani, da circa 15 a circa 7 casi x 100.000.

Grafico III.4.11: Tasso di incidenza di scabbia (casi sporadici + casi epidemici escluse epidemie in comunità⁵) per anno e cittadinanza, provincia di Reggio Emilia



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

L'analisi per alcune variabili socio-demografiche riguarda solo i casi sporadici (29,3% del totale nel periodo 2006-2010), non essendo possibile risalire alle caratteristiche anagrafiche di tutti i soggetti coinvolti negli episodi epidemici.

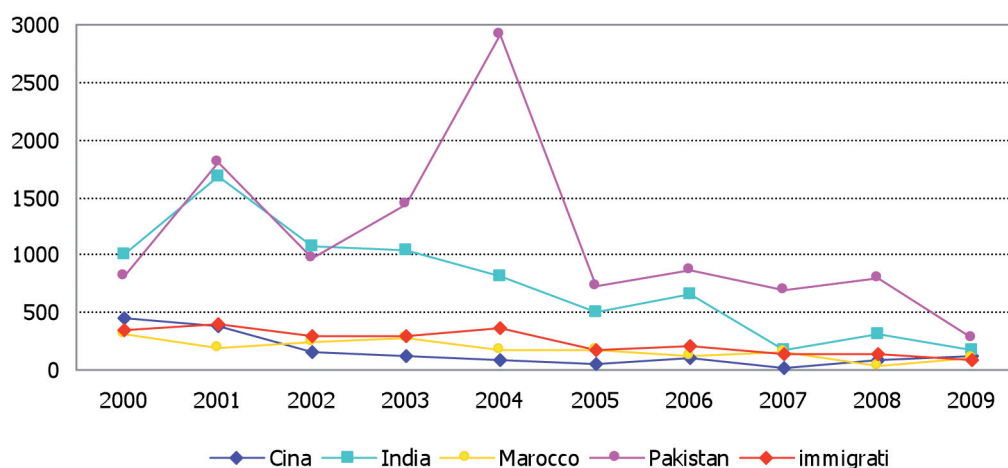
⁴ Questa scelta è dipesa dall'impossibilità di attribuire la residenza e la provenienza geografica degli individui coinvolti negli episodi epidemici. Pur consapevoli della differenza tra dati al numeratore (casi) e al denominatore (popolazione) abbiamo deciso di dare il quadro complessivo del carico di questa patologia nella provincia.

⁵ Comunità: scuole, asili, casa protetta, ospedali, luoghi di lavoro.

Calcolando i tassi per le nazionalità più rappresentative (Marocco, India, Pakistan e Cina), si può notare come il tasso degli immigrati in totale sia stato fortemente influenzato dai casi degli indiani e, soprattutto, dei pakistani, mentre per le altre nazionalità i tassi sono pressoché costanti (grafico III.4.12).

Nell'ultimo anno analizzato si osserva tuttavia una netta riduzione del tasso in queste due nazionalità.

Grafico III.4.12: Tasso di incidenza di scabbia (casi sporadici) per anno e nazionalità, provincia di Reggio Emilia



(Fonte dati: Registro provinciale malattie infettive)

Negli italiani i casi sono prevalentemente a carico della fascia di età più anziana (> 55 anni), mentre per gli stranieri la maggior parte dei casi si registra nelle età giovani-adulte (20-39 anni); nei bambini le proporzioni di casi sono simili tra italiani e immigrati.

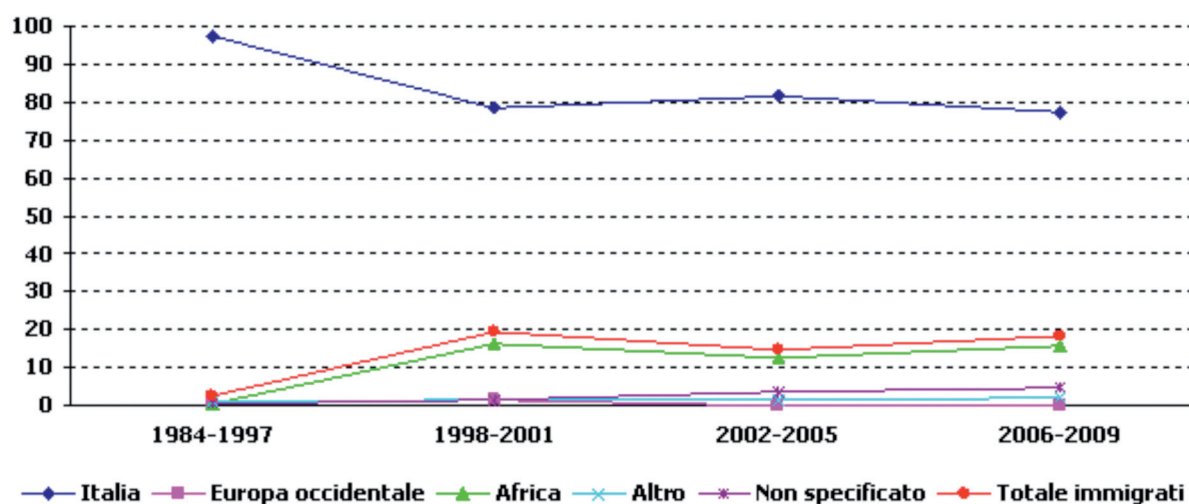
AIDS

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

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

L'AIDS, sostanzialmente assente negli stranieri prima del 1998, mostra un andamento nel tempo oscillante, con proporzioni comprese tra il 15 e il 20% (grafico III.4.13) nel corso degli anni. Complessivamente, i casi di AIDS notificati nella provincia del periodo 1984-2009 sono 447, di cui 33 (il 7%) a carico di stranieri.

Grafico III.4.13: Distribuzione % dei casi di AIDS per area geografica di provenienza e periodo, provincia di Reggio Emilia



(Fonte dati: Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS, Servizio Sanità Pubblica, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

Dal momento dell'individuazione dei primi casi al 2009, le nazionalità maggiormente rappresentate nella provincia di Reggio Emilia sono tutte africane: Ghana (37%), Nigeria (18%) e Costa d'Avorio (9%).

La tabella successiva riporta le nuove diagnosi di infezione da HIV in regione e provincia per modalità di trasmissione e nazionalità.

I differenti fattori di rischio determinano una diversa modalità di trasmissione (tabella III.4.3). Negli stranieri più dei 2/3 dei casi sono legati a rapporti eterosessuali a fronte del 40% degli italiani, nei quali è molto diffusa anche la modalità omo-bisessuale. La proporzione di tossicodipendenti è circa doppia negli italiani, mentre non si è verificato alcun caso di contagio tramite trasfusione.

In uno straniero la trasmissione dell'infezione si è verificata da madre a figlio. Rispetto alla regione, in provincia di Reggio Emilia la trasmissione dell'infezione tramite siringhe è tre volte più frequente negli stranieri e doppia negli italiani.

Tabella III.4.3: N. casi con nuova diagnosi di HIV per cittadinanza e modalità di trasmissione, provincia di Reggio Emilia e regione Emilia-Romagna - Periodo 2006-2009

Modalità di trasmissione	Stranieri				Italiani				Totale			
	Regione		Provincia		Regione		Provincia		Regione		Provincia	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rapporti eterosessuali	339	75,3	53	71,6	522	47,4	46	39,7	861	55,5	99	52,1
Rapporti omosessuali/bisessuali	50	11,1	8	10,8	390	35,4	44	37,9	440	28,4	52	27,4
Uso di droghe iniettive	10	2,2	5	6,8	75	6,8	15	12,9	85	5,5	20	10,5
Trasfusione	3	0,7	-	-	2	0,2	-	-	5	0,3	-	-
Verticale	4	0,9	1	1,4	2	0,2	-	-	6	0,4	1	0,5
Altro	11	2,4	6	8,1	28	2,5	11	9,5	39	2,5	17	8,9
Rischio non determinato	30	6,7	-	-	74	6,7	-	-	104	6,7	-	-
Non risponde	3	0,7	1	1,4	9	0,8	-	-	12	0,8	1	0,5
Totale	450	100,0	74	100,0	1.102	100,0	116	100,0	1.552	100,0	190	100,0

(Fonte: Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, Servizio Sanità Pubblica, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna)

L'aggiornamento del rapporto, come evidenziato anche nel paragrafo sui ricoveri, dove si rileva una ospedalizzazione per questa causa in generale più elevata negli immigrati in entrambi i sessi, conferma che le malattie infettive rappresentano, pur con differenze tra le varie nazionalità, un problema di salute nella popolazione immigrata.

Rispetto al rapporto precedente si conferma una maggiore frequenza di alcune patologie. L'incidenza di Tb a Reggio Emilia, superiore a quella regionale e nazionale, è sostenuta dai tassi elevati di malattia tra la popolazione straniera, anche in soggetti molto giovani, soprattutto nelle collettività indiana e pakistana, nelle quali tuttavia i tassi si sono notevolmente ridotti negli ultimi anni. La maggior parte degli stranieri sviluppa la patologia dopo almeno due anni dall'arrivo in Italia, a causa delle disagiate condizioni di vita.

La scabbia registra una riduzione dei casi sporadici mentre si assiste negli ultimi anni a un notevole incremento dei casi epidemici nelle famiglie di immigrati. Anche in questo caso l'elevata incidenza di casi sporadici tra gli immigrati era sostenuta dalle collettività indiana e pakistana, che tuttavia negli ultimi anni mostrano un'incidenza simile a quella degli immigrati nel loro complesso. Né per la scabbia né per la TB non ci sono evidenze di contagio alla popolazione italiana, che presenta infatti tassi di incidenza stabili.

La malaria continua a colpire prevalentemente gli africani, anche se negli ultimi 5 anni sono emersi casi di malattia in soggetti indiani e pakistani. Permane la scarsa adesione alla chemiopprofilassi anti-malarica in occasione di rientri nel paese di origine.

L'AIDS mostra un andamento nel tempo oscillante, con proporzioni di stranieri tra gli ammalati comprese tra il 15 e il 20%.

I casi sono prevalentemente maschili e provenienti dall'Africa. Peculiare negli stranieri, sia per la malattia conclamata che per la sieropositività, è la modalità di contagio eterosessuale, di gran lunga più frequente rispetto agli italiani. Questo pone il problema di migliorare l'informazione nei soggetti a maggior rischio.

III.5 I TUMORI

Negli anni 2005-2008, tra gli immigrati residenti¹ si sono registrati 202 nuovi casi di tumore maligno, 86 negli uomini (di cui 8 cutanei non melanomi) e 116 nelle donne (di cui 11 cutanei non melanomi). Rispetto agli italiani questi numeri, e i tassi grezzi² che ne derivano, sono estremamente bassi (tabella III.5.1). Questa considerazione emergeva già nel precedente Rapporto e quanto era stato osservato allora non appare sostanzialmente modificato³.

Tabella III.5.1: N. di nuovi casi* di tumore e Tassi grezzi di incidenza (x100.000) per genere e cittadinanza - Periodo 2005-2008

	Italiani		Immigrati	
	Numero	Tasso	Numero	Tasso
Maschi	6.632	749,3	78	74,9
Femmine	5.736	615,2	105	108,8

* esclusa pelle non melanomi

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

Per confrontare correttamente l'incidenza dei tumori negli italiani e negli immigrati, al netto della differenza di età, si sono calcolati i Rapporti Standardizzati di Incidenza (RSI)⁴ e i relativi Intervalli di confidenza al 95% (tabella III.5.2a e III.5.2b) negli anni 2005-2008.

Sia nei maschi che nelle femmine, il rischio complessivo (tutte le età e tutte le sedi) di sviluppare una neoplasia per gli immigrati è circa la metà rispetto alla popolazione residente e tale differenza è statisticamente significativa in ogni fascia di età, con l'eccezione dei bambini (<15anni), nei quali la ridotta numerosità dei tumori osservati e attesi rende elevata l'incertezza della stima.

Tabella III.5.2a: N. di tumori maligni* osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età, maschi immigrati - Periodo 2005-2008

Maschi: classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	78	143,97	0,54	0,43 - 0,68
<15	2	3,96	0,50	0,06 - 1,82
15-44	28	50,47	0,55	0,37 - 0,80
45-64	34	59,64	0,57	0,39 - 0,80
> 64	14	29,90	0,47	0,26 - 0,79

* esclusa pelle non melanomi

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

¹ Dal 2005 al 2008 sono segnalati al Registro Tumori 20 casi di tumori maligni incidenti in soggetti immigrati non residenti. È in corso una revisione della casistica per una valutazione della metodologia di inclusione nel Registro.

² Per il calcolo del tasso grezzo, vedi nota metodologica.

³ Nel precedente rapporto, l'identificazione degli immigrati è avvenuta utilizzando la variabile "codice fiscale", ponendo come criterio che il quart'ultimo carattere fosse "Z" (che coincide con la nascita all'estero del soggetto in questione). Nel presente rapporto, la variabile utilizzata per l'identificazione degli immigrati è quella della "cittadinanza", per cui i dati dei due rapporti non sono perfettamente sovrapponibili.

⁴ Il Rapporto Standardizzato di Incidenza ha la stessa struttura del Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione o di Mortalità. Per la modalità di calcolo si rimanda alla Nota Metodologica. In questo capitolo la popolazione di riferimento è rappresentata dalla popolazione totale residente nella Provincia nel periodo considerato.

Tabella III.5.2b: N. di tumori maligni* osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età, femmine immigrate - Periodo 2005-2008

Femmine: classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	105	193,94	0,54	0,44 – 0,66
<15	1	3,00	0,33	0,00 – 1,86
15-44	44	71,18	0,62	0,45 – 0,83
45-64	51	91,71	0,56	0,41 – 0,73
> 64	9	28,04	0,32	0,15 – 0,61

* esclusa pelle non melanomi

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

Analizzando le sedi tumorali per genere (tabella III.5.3a e tabella III.5.3b), si osserva nei maschi una grande variabilità di sedi, con maggior frequenza per polmone, colon-retto e vescica, mentre nelle femmine vi è una rilevante polarizzazione sulla mammella, seguita dalla tiroide. Il diverso comportamento tra generi è probabilmente dovuto, almeno parzialmente, alla differente composizione per età dei maschi (più giovani) e delle femmine e alla differente origine dei soggetti più anziani (di provenienza diversa i maschi, prevalentemente dell'Europa dell'Est le donne). I tre casi di tumore infantile segnalati nelle due tabelle precedenti sono rappresentati da due tumori all'encefalo e da uno alla rinofaringe.

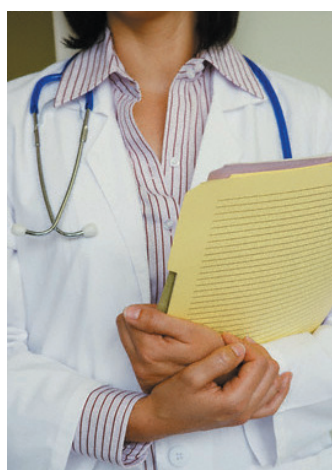


Tabella III.5.3a: N. di casi di tumore maligno per sede, maschi immigrati - Periodo 2005-2008

Sede Maschi	N
Polmone	10
Colon-retto	7
Vescica	7
Fegato	6
Encefalo	5
Prostata	5
Linfoma non Hodgkin	4
Tiroide	4
Linfoma di Hodgking	3
Laringe	2
Leucemia linfatica	2
Pancreas	2
Parti molli	2
Rene	2
Rinofaringe	2
Stomaco	2
Testicolo	2
Altre ematopoietiche	1
Bocca	1
Esofago	1
Intestino tenue	1
Labbro	1
Leucemia mieloide	1
Orofaringe	1
Ossa degli arti	1
Policitemia	1
Sarcoma di Kaposi	1
Sede non definita	1
Totale escluso pelle	78
Pelle non melanomi	8
Totale	86

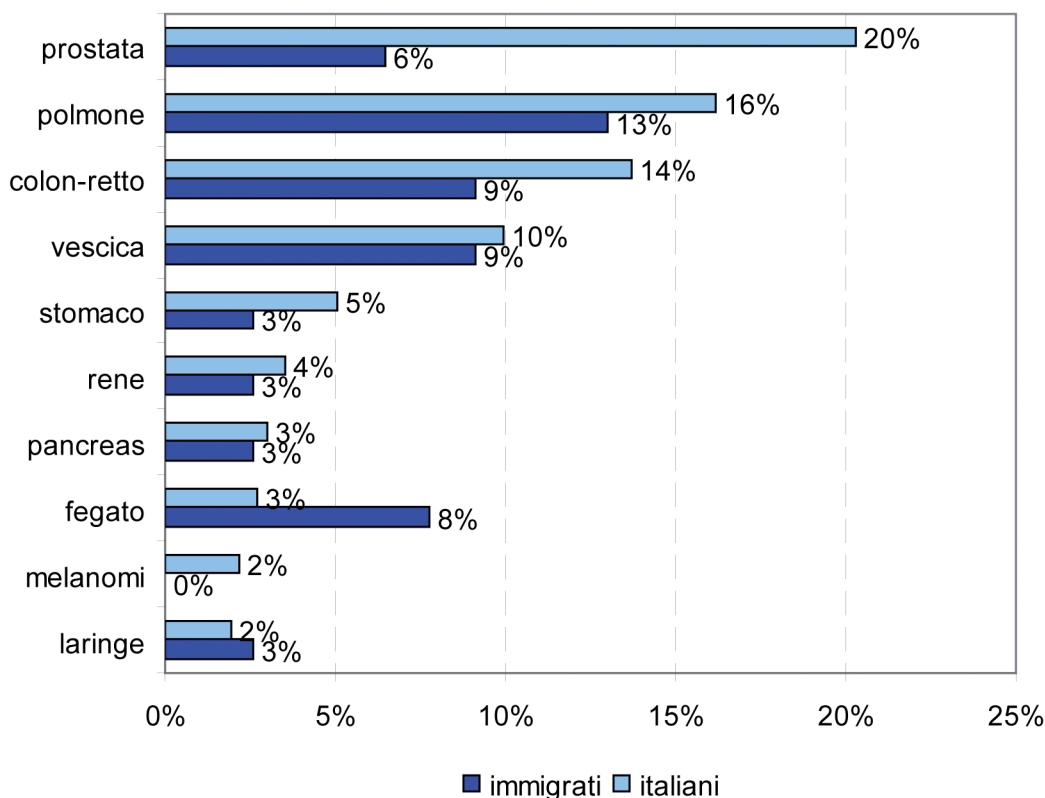
Tabella III.5.3a: N. di casi di tumore maligno per sede, maschi immigrati - Periodo 2005-2008

Sede Femmine	N
Mammella	46
Tiroide	7
Cervice uterina	4
Colon-retto	4
Linfoma non Hodgkin	4
Melanomi	4
Polmone	4
Stomaco	4
Utero corpo	4
Ovaio	3
Mesotelioma	2
Mieloma	2
Parotide	2
Placenta	2
Rene	2
Vagina	2
Bocca	1
Encefalo	1
Fegato	1
Leucemia mieloide	1
Linfoma di Hodgking	1
Mielodisplasia	1
Pancreas	1
Parti molli	1
Vulva	1
Totale escluso pelle	105
Pelle non melanomi	11
Totale	116

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

Per rendere conto del diverso pattern dei tumori incidenti negli italiani e negli immigrati è stata confrontata la distribuzione percentuale dei tumori per sede delle due popolazioni, considerando le prime 10 sedi di incidenza degli italiani (grafico III.5.1a e III.5.1b).

Grafico III.5.1a: Distribuzione % delle più frequenti sedi tumorali* per cittadinanza, maschi - Periodo 2005-2008



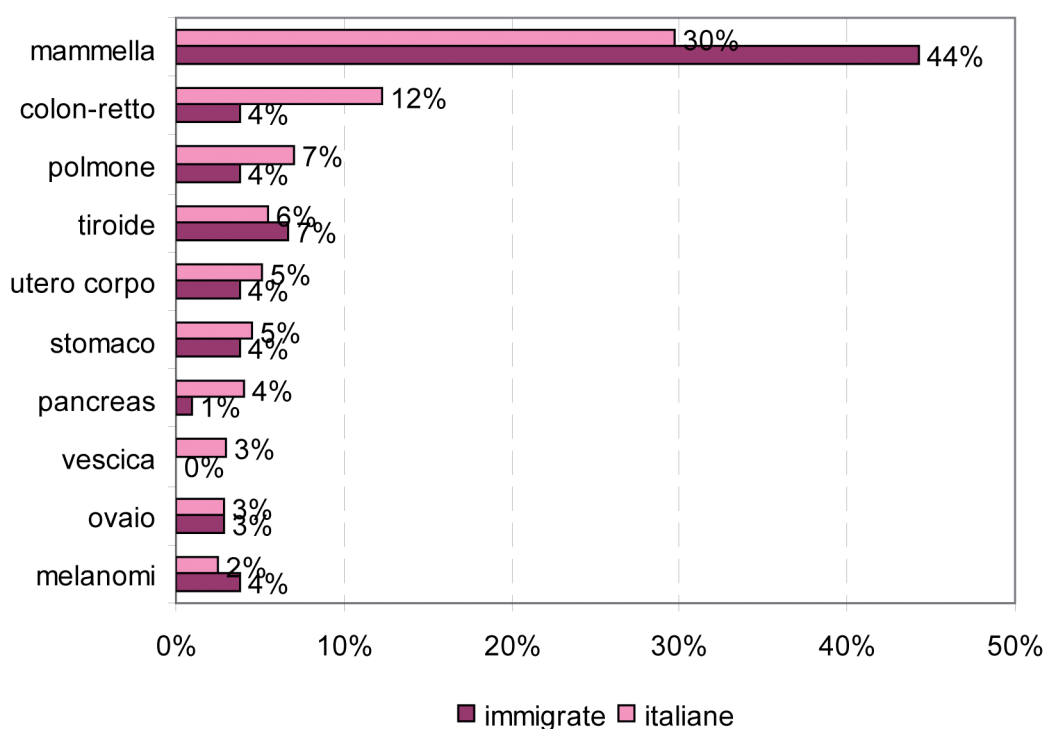
*Escluso pelle non melanomi, malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche
(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

La sede tumorale più frequente tra gli italiani è la prostata, con un caso su cinque, seguita da vicino dal polmone (il sorpasso è avvenuto nel 2002) e dal colon retto. Negli immigrati la prostata -tumore tipico dell'età avanzata- non è una sede tumorale frequente, mentre lo sono il polmone e il colon retto. Da notare la percentuale di tumori al fegato negli immigrati, maggiore rispetto a quanto accade negli italiani, come già segnalato nel rapporto precedente.

Il 30% dei tumori nelle italiane è a carico della mammella e nelle immigrate tale percentuale è addirittura del 44%. Nelle italiane le restanti sedi principali, pur con frequenze molto minori, sono il colon retto, il polmone e la tiroide, mentre per le immigrate la tiroide è al secondo posto. Tra le immigrate, nel periodo '05-'08, si sono registrati quattro casi di neoplasia maligna alla cervice uterina, tumore che rappresenta ben il 13% dei tumori femminili nei Paesi in via di sviluppo⁵. Questi quattro casi sono pari al 4% dei tumori femminili nelle immigrate, mentre nel totale delle residenti il tumore supera di poco l'1,5%⁵. Il dato, superiore alla media delle residenti ma nettamente inferiore a quello dei Paesi in via di sviluppo, riflette sia la varia composizione delle nazionalità qui presenti, rappresentate solo in parte dai quei Paesi, sia probabilmente l'effetto delle misure di prevenzione offerte a Reggio Emilia⁶.

⁵ Globocan 2008, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.

⁶ "I tumori nelle province di Parma, Reggio Emilia, Modena, anno 2007", Modena ottobre 2009

Grafico III.5.1b: Distribuzione percentuale delle principali sedi tumorali* per cittadinanza, femmine - Periodo 2005-2008

*Escluso pelle non melanomi, malattie mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche
(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

Vediamo ora in maggior dettaglio alcune sedi tumorali.

POLMONE UOMINI

L'incidenza complessiva del tumore del polmone nei maschi immigrati è inferiore a quella della popolazione maschile residente totale, anche se superiore a quella calcolata per tutte le sedi tumorali. Dei 10 casi registrati tra il 2005 e il 2008, 5 provengono dall'Albania, 3 dalla Tunisia, 1 dalla Croazia e 1 dal Togo (tabella III.5.4). L'Europa dell'Est condivide con l'Europa occidentale un'elevata incidenza di tumore al polmone, mentre l'Africa rappresenta, insieme con l'Asia, un promettente mercato in crescita per le multinazionali del tabacco.

Tabella III.5.4: N. di tumori al polmone osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età, maschi immigrati - Periodo 2005-2008

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	10	15,20	0,66	0,31 - 1,21
15-44	2	1,93	1,03	0,12 - 3,73
45-64	5	8,05	0,62	0,20 - 1,45
> 64	3	5,22	0,57	0,12 - 1,68

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

FEGATO UOMINI

Il tumore al fegato è l'unico tumore la cui incidenza complessiva nei maschi immigrati (tabella III.5.5) sia più elevata che nei maschi della popolazione residente. Il rischio è particolarmente alto nell'età più giovane, nella quale i tre casi osservati rappresentano un numero significativamente più elevato dell'atteso. La provenienza dei soggetti ammalati è da Paesi a elevata incidenza di tumore in questa sede: tre provengono dall'Asia (Cina e India), due dall'Africa (Senegal, Ghana), e uno dalla Moldavia. I fattori di rischio maggiormente presenti in quei Paesi sono le infezioni virali epatiche, l'elevato consumo di alcool (Est Europa), il consumo di derrate contaminate da micotossine (Africa sub sahariana).

Tabella III.5.5: N. di tumori al fegato osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età, maschi immigrati- Periodo 2005-2008

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	6	3,49	1,72	0,63 – 3,74
15-44	3	0,57	5,26	1,06 – 15,35
45-64	3	2,08	1,44	0,29 – 4,21
> 64	0	0,83	-	-

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

MAMMELLA DONNE

Anche se il tumore alla mammella è di gran lunga il più frequente tra le donne immigrate, l'incidenza complessiva nelle donne straniere appare significativamente inferiore a quella della popolazione femminile residente (tabella III.5.6), perché nei Paesi di origine l'incidenza di tumore della mammella è minore di quella italiana.

Tabella III.5.6: N. di tumori alla mammella osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC 95%) per classe di età, femmine immigrate- Periodo 2005-2008

Classi di età	Osservati	Attesi	RSI	IC 95%
Tutte	46	84,52	0,54	0,40 – 0,73
< 50	29	50,56	0,57	0,38 – 0,82
50-69	17	30,74	0,55	0,32 – 0,89
> 69	0	3,23	-	-

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

Va comunque sottolineato che 28 casi su 46 sono a carico di donne dell'Europa del Centro e dell'Est (11 ucraine, 5 albanesi, 5 moldave, 3 polacche, 2 rumene, una a testa per Croazia e Russia), mentre gli altri casi si distribuiscono tra le restanti nazionalità. Il dato non è casuale, ma dipende dall'età più avanzata delle donne e dall'incidenza del tumore della mammella in questi Paesi (45,4 x 100.000), intermedia tra quella italiana (86,3 x 100.000) e quella registrata per la totalità dei Paesi in via di sviluppo (27,3 x 100.000)⁶.

⁶ Globocan 2008, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.

Per quanto riguarda lo stadio del tumore alla diagnosi (tabella III.5.7), il quadro che emerge per il periodo 2005-2007⁷ non è dissimile da quello delle donne italiane, poiché in entrambi i casi almeno il 70% dei tumori viene identificato in una fase precoce (stadio I e II). Tra le italiane si rileva un elevato numero di tumori non stadiati, che sono a carico di donne molto anziane, affette da altre gravi patologie, nelle quali si è ritenuto che le procedure di stadiazione non recassero alla paziente alcun beneficio per l'impossibilità di sottoporle a terapia efficace.

Tabella III.5.7: N. dei casi di tumore della mammella e distribuzione % per stadio alla diagnosi e cittadinanza - Periodo 2005-2007

Stadio	Immigrate		Italiane	
	N	%	N	%
I	10	35,7	497	39,3
II	11	39,4	367	29,0
III	5	17,9	165	13,1
IV	1	3,5	64	5,1
n.s.*	1	3,5	171	13,5
Totale	28	100,0	1.264	100,0

n.s.= non stadiati

(Fonte dati: Registro Tumori Reggiano)

L'incidenza dei tumori nella popolazione immigrata continua a essere particolarmente bassa e il tipo di tumori da cui essi sono affetti è alquanto diverso da quello degli italiani. Il quadro emerso è espressione di una popolazione giovane, selezionata per le buone condizioni di salute ("effetto migrante sano"), nella quale i non molti tumori incidenti sono ancora prevalentemente da mettere in relazione con i fattori di rischio presenti nei Paesi di origine.

⁷ Le informazioni sullo stadio sono disponibili al momento solo fino al 2007 (Fonte: Registro Tumori Reggiano)

III.6 LA MORTALITÀ

La mortalità generale negli stranieri non si presta ad analisi approfondite in ragione della ridotta numerosità dei decessi, legata sia alle caratteristiche demografiche della popolazione immigrata, che alla permanenza dell'effetto "migrante sano". Infatti, in presenza di una grave malattia, gli immigrati ritornano comprensibilmente in patria e, poiché non è prevista una notifica dell'eventuale decesso al comune di residenza in Italia, gli eventi non possono essere registrati.

CONFRONTO TRA PERIODI

Escludendo la mortalità nel primo anno di vita¹, nel periodo 2001-2004 sono stati registrati 95 decessi negli immigrati residenti e 43 in immigrati non residenti ma deceduti in provincia di Reggio Emilia. Nel periodo 2005-2008 i decessi sono stati 157 nei residenti e 58 nei non residenti.

La tabella III.6.1 seguente riporta i decessi suddivisi per aree geografiche in accordo con i raggruppamenti utilizzati dall'ISTAT.

Tabella III.6.1: N. di decessi e distribuzione % per area geografica, sesso e periodo, immigrati di età > 1

Nazionalità	Residenti 1+								Non residenti 1+							
	Maschi				Femmine				Maschi				Femmine			
	2001-2004		2005-2008		2001-2004		2005-2008		2001-2004		2005-2008		2001-2004		2005-2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Africa settentrionale	29	45,3	26	25,0	2	6,5	7	13,2	13	35,1	11	26,8	2	16,7	1	5,9
Africa orientale	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	8,3	0	0,0
Africa occidentale	6	9,4	11	10,6	5	16,1	4	7,5	4	10,8	5	12,2	0	0,0	0	0,0
Asia occidentale	0	0,0	2	1,9	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,9
Asia centro meridionale	7	10,9	24	23,1	2	6,5	8	15,1	3	8,1	5	12,2	0	0,0	4	23,5
Asia orientale	6	9,4	6	5,8	4	12,9	4	7,5	3	8,1	2	4,9	2	16,7	1	5,9
America centro meridionale	4	6,3	4	3,8	4	12,9	6	11,3	1	2,7	1	2,4	1	8,3	2	11,8
UE non PSA	3	4,7	9	8,7	4	12,9	9	17,0	4	10,8	12	29,3	2	16,7	4	23,5
Europa centro orientale	9	14,1	20	19,2	9	29,0	15	28,3	9	24,3	4	9,8	4	33,3	4	23,5
Sconosciuta	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTALE	64	100,0	104	100,0	31	100,0	53	100,0	37	100,0	41	100,0	12	100,0	17	100,0

(Fonte dati: Registro provinciale di Mortalità)

Tra i residenti il Nord Africa, come nel periodo 2001-2004, è l'area maggiormente rappresentata nei maschi. Occorre tuttavia rilevare il drastico calo nel secondo quadriennio della proporzione di decessi in questa zona a fronte di un notevole incremento nell'Asia meridionale e nei Paesi europei.

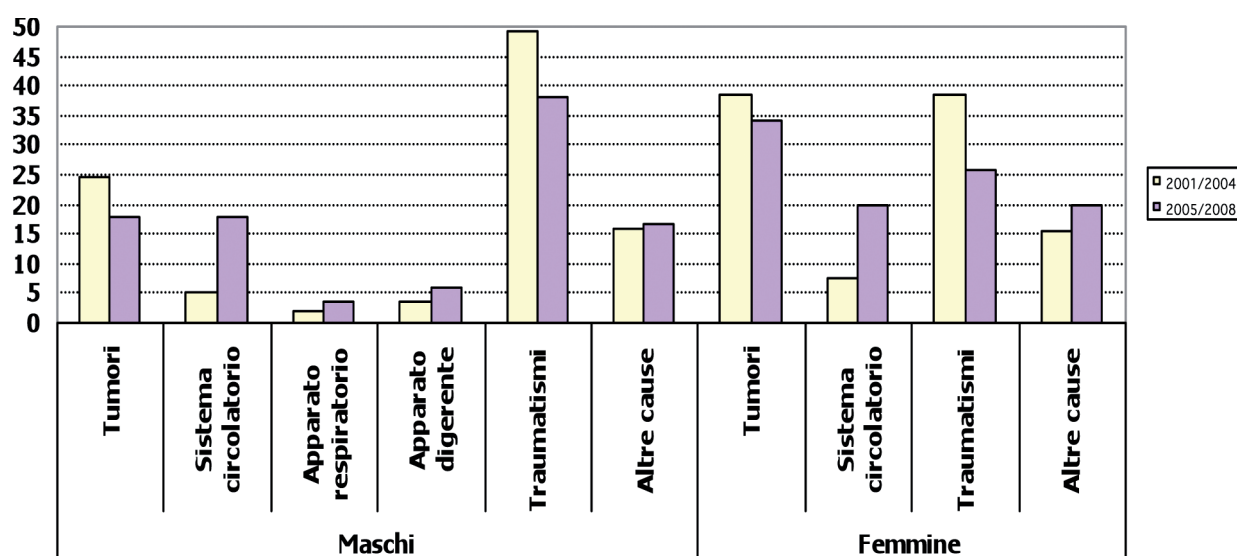
¹ La mortalità infantile è trattata nel Cap III.1. "Gravidanze, nuovi nati e bambini"

Più del 35% dei decessi nelle donne si è verificato tra quelle provenienti dai Paesi europei, mentre si osserva un netto calo nei Paesi africani.

Questa variazione nella “geografia” della mortalità negli stranieri è probabilmente da ricondurre al maggior incremento di nuovi immigrati da questi Paesi rispetto a quelli africani. Tra i non residenti il maggior numero di decessi è stato registrato per i soggetti provenienti dall’Europa, seguita dall’Africa settentrionale nei maschi e dall’Asia meridionale nelle femmine.

Il grafico III.6.1 mostra la suddivisione dei decessi per grandi gruppi di cause di morte, periodo di calendario e genere nella classe di età 1-64 anni, fascia in cui si colloca la maggior parte dei residenti.

**Grafico III.6.1: Mortalità proporzionale per causa e genere, immigrati di età 1-64 anni
Periodi 2001-2004 e 2005-2008**



(Fonte dati: Registro provinciale di Mortalità)

Nei maschi residenti i traumi rappresentano ancora la causa di morte più frequente, ma la loro proporzione cala dal 49 al 38% dei decessi. Si osserva un calo degli incidenti stradali e un incremento delle altre cause traumatiche, tra le quali gli omicidi sono più che raddoppiati.

I tumori nel loro complesso appaiono in lieve calo mentre si osserva un netto aumento della proporzione di decessi per malattie del sistema circolatorio. Il netto incremento delle cause cardiocircolatorie si osserva pure tra le donne, dove queste malattie rappresentano ormai un quinto di tutte le cause di decesso, seconda solo ai tumori, soprattutto per il contributo delle donne dell’Est Europa. Si segnala come possibile “evento sentinella” un decesso per complicanze del parto (scompenso cardiocircolatorio in corso di travaglio di parto), il secondo nella nostra provincia dopo un caso nel 1993.

Il quadro della mortalità nei non residenti non si presta a particolari commenti per l’esiguità dei casi, ma i traumi continuano a rappresentare la causa di morte più frequente in entrambi i sessi.

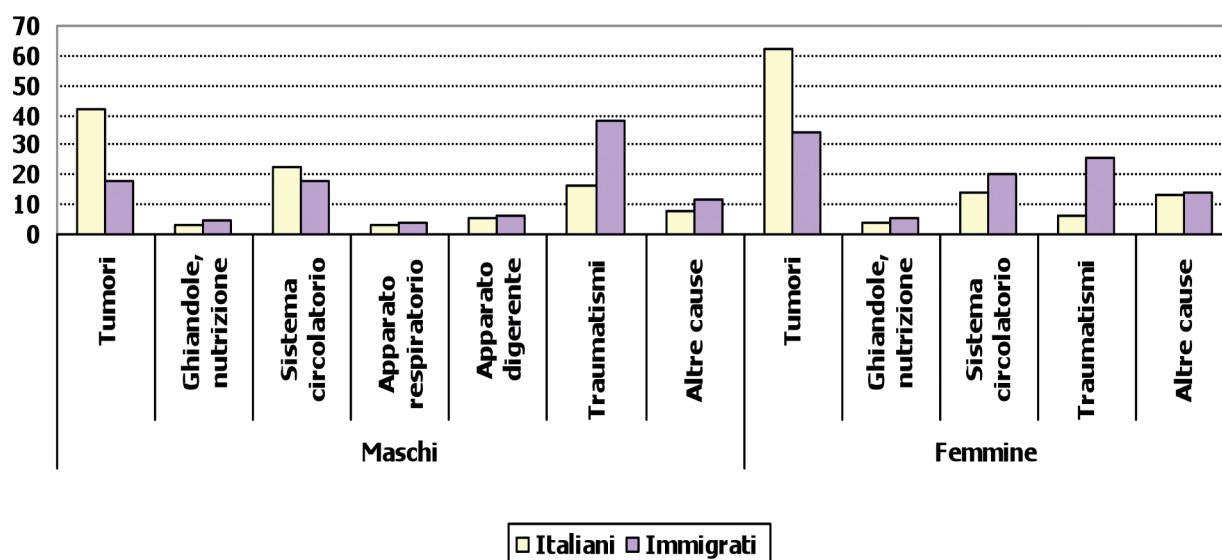
CONFRONTO ITALIANI - IMMIGRATI

Il confronto tra gli italiani e gli immigrati mostra una differenza nella “geografia” della mortalità, soprattutto nei maschi, nei quali nella classe di età 1-64 anni la proporzione di decessi per tumore negli immigrati è meno della metà di quella degli italiani (grafico

III.6.2). Solo per le malattie dell'apparato respiratorio e digerente la proporzione di decessi è lievemente superiore. Anche nelle donne 1-64 anni la proporzione dei tumori è circa la metà di quella delle italiane, mentre le malattie cardiocircolatorie risultano maggiormente rappresentate nelle immigrate.

Si segnala infine che, mentre negli italiani le malattie di ghiandole, nutrizione, metabolismo e disturbi immunitari comprendono un variegato ventaglio di cause, negli stranieri includono quasi esclusivamente i decessi per AIDS.

Grafico III.6.2: Mortalità proporzionale per nazionalità, causa e genere, età 1-64 anni - Periodo 2005-2008



(Fonte dati: Registro provinciale di Mortalità)

Per un confronto con la popolazione italiana sui soggetti residenti di età superiore a 1 anno, sono stati calcolati i Rapporti Standardizzati di Mortalità (RSM) nei due² sessi, per fascia di età e complessivamente (tabella III.6.2).

Tabella III.6.2: N. di morti per tutte le cause osservati, attesi, Rapporto Standardizzato di Mortalità (RSM) e Intervallo di Confidenza al 95% (IC95%), per classe di età e genere, immigrati - Periodo 2005-2008

Classe di età	Maschi				Femmine			
	Osservati	Attesi	RSM	IC 95%	Osservati	Attesi	RSM	IC 95%
1-14	6	3,18	1,89	0,69 - 4,11	3	1,51	1,99	0,40 - 5,82
15-44	51	56,14	0,91	0,68 - 1,20	18	19,11	0,94	0,56 - 1,49
45-64	27	43,39	0,62	0,41 - 0,91	14	32,37	0,43	0,24 - 0,73
65+	20	37,70	0,53	0,32 - 0,82	18	35,96	0,50	0,30 - 0,79
1+	104	140,40	0,74	0,61 - 0,90	53	88,95	0,60	0,45 - 0,78

(Fonte dati: Registro provinciale di Mortalità)

² I nove decessi di bambini immigrati sono dovuti a: incidente stradale (2), tumore cerebrale (2), malformazioni congenite (2), malattia genetica (1), insufficienza vascolare intestinale acuta (1), asma (1). Il quadro delle cause non è diverso da quello dei venticinque bambini italiani deceduti nello stesso periodo.

Sul totale degli immigrati la mortalità osservata è significativamente più bassa di quanto ci si attenderebbe se quella popolazione presentasse gli stessi tassi specifici per età e genere del totale della popolazione italiana residente a Reggio Emilia, in entrambi i sessi. Ma se si considerano le diverse fasce di età, le osservazioni sono diverse: nelle età infantili la mortalità è nettamente più elevata tra gli immigrati che nei coetanei italiani (RSM intorno a 1,9 in entrambi i generi), benché non in modo significativo, a causa del basso numero di eventi². Nell'età giovanile - adulta immediatamente successiva (15-44 anni), la mortalità è simile a quella degli italiani di pari età, in entrambi i generi. Solo nelle due fasce di età più anziane la mortalità è significativamente inferiore. In queste età è probabilmente rilevante il fenomeno del ritorno nel Paese di origine in caso di grave malattia.

Il pattern di mortalità degli stranieri nel 2005-2008, così come le cause di ricovero ospedaliero, è sostanzialmente diverso da quello degli italiani, anche se rispetto al quadriennio precedente si evidenzia un "avvicinamento": meno morti per traumi, più morti per patologie cardio-vascolari.

Non è ancora possibile parlare di "transizione epidemiologica", ma è indubbio che si osservi un mutamento della distribuzione delle cause di morte con riduzione delle cause traumatiche e aumento delle patologie cronico-degenerative.

La mortalità complessiva degli immigrati continua a essere significativamente inferiore a quella degli italiani, pur con importanti differenze per fasce di età.

La mortalità nei bambini immigrati 1-14 anni è nettamente più elevata di quella dei coetanei italiani. Questo dato si aggiunge a quello della mortalità infantile (0 anni) e descrive un quadro di fragilità delle classi di età più giovani, a cui occorre prestare attenzione.

La mortalità negli adulti 15-44 anni non è dissimile da quella degli italiani, mentre è solo negli adulti >44 anni e negli anziani che la mortalità continua a essere significativamente più bassa, forse anche per il fenomeno del ritorno al Paese di origine in caso di gravi condizioni di salute (effetto "salmone").

È possibile che anche questa osservazione sia il segnale di un mutamento progressivo del quadro di salute della popolazione immigrata, nella quale l'effetto "migrante sano" pur ancora presente, si viene pian piano riducendo.

Conclusioni

A distanza di pochi anni dal precedente rapporto, questa nuova indagine sulle condizioni di salute della popolazione immigrata e sulle modalità di accesso alle strutture sanitarie mette in luce molte conferme e qualche novità.

I dati demografici degli anni considerati (2005-2008) confermano il progressivo incremento della popolazione immigrata, a carico maggiormente delle donne (ormai quasi al 50%). I bambini e gli adolescenti immigrati rappresentano quote sempre maggiori della popolazione di quelle classi di età, ma si registrano incrementi significativi anche nelle età più avanzate (45-64 anni). Ciò significa che il panorama degli stranieri a Reggio Emilia sta diventando più complesso, per la compresenza di soggetti giovani arrivati da poco in Italia e di famiglie stabilizzate con figli piccoli o genitori anziani, insieme con i soggetti da più tempo presenti, che iniziano a invecchiare.

In questo quadro demografico ormai variegato, permane tuttavia ancora evidente l'effetto "migrante sano", che caratterizza tutta la prima fase dell'immigrazione, tipicamente a carico di giovani sani che portano con sé, spesso come unico capitale, la capacità di lavoro manuale. Così risultano basse la mortalità, l'incidenza dei tumori, la frequenza dei ricoveri ospedalieri.

Gli aspetti di salute più problematici continuano a essere quelli connessi alla gravidanza e ai nuovi nati, gli infortuni sul lavoro, le malattie infettive.

Per quanto riguarda le gravidanze, migliorano nettamente le caratteristiche di assistenza: cala la proporzione di donne che effettuano meno di quattro visite in gravidanza o la prima visita oltre le 12 settimane, aumentano le gravidanze assistite dai Consulenti. Non aumenta ma anzi sembra lievemente calare il tasso delle donne che scelgono di interrompere le gravidanze.

Accanto a questo quadro complessivamente positivo, le condizioni dei neonati e dei bambini non sembrano ugualmente e stabilmente migliorare: i nati delle donne immigrate presentano parametri (peso, prematurità, natimortalità, necessità di rianimazione, Indice di Apgar) peggiori dei bambini italiani, anche se la differenza è modesta. La mortalità infantile è quasi costantemente più elevata, così come più elevata è quella dei bambini, soprattutto fino a 5 anni; il tasso dei ricoveri ospedalieri nel primo anno è più alto dei coetanei italiani e il dato risulta tanto più significativo perché nelle altre classi di età, anche infantili, la tendenza al ricovero è sempre significativamente inferiore. Questo dato indica la persistenza di un problema, quello delle condizioni di salute nella primissima infanzia, che merita attenzione e, probabilmente, interventi specifici.

Gli infortuni sul lavoro sono in generale in aumento tra gli immigrati ma la mancanza di dati aggiornati sul numero di addetti per nazionalità impedisce di calcolare con certezza il rischio di infortunio dei lavoratori immigrati rispetto agli italiani. Gli unici dati pubblicati da INAIL al riguardo, relativi al 2007, illustrano un quadro apparentemente rassicurante, ma che di fatto genera numerose inquietudini. In quei dati gli immigrati addetti al comparto delle costruzioni sperimenterebbero un rischio di infortunio significativamente inferiore a quello

degli italiani, a differenza di quanto accadrebbe in metalmeccanica, comparto produttivo più stabile e strutturato, dove il rischio degli immigrati sarebbe superiore a quello degli italiani di quasi l'80%. L'interpretazione di questi dati sembra indicare non tanto un effettivo minor rischio degli immigrati nel lavoro in edilizia, quanto un rilevante ricorso al lavoro nero e una sistematica sottodenuncia degli infortuni, maggiore per i lavoratori più deboli.

Le malattie infettive, il cui numero assoluto è modesto, sono tuttavia in alcuni casi molto più elevate tra gli immigrati che tra gli italiani: tubercolosi, scabbia, malaria sono appannaggio di gran lunga prevalente degli immigrati. Le malattie infettive sono ben monitorate e controllate dal complesso dei Servizi sanitari che di ciò si occupano (S. Igiene Pubblica, Medici di medicina generale, Divisione ospedaliera di Malattie Infettive) e questo ha consentito, relativamente alle prime due patologie menzionate, di contenerne il più possibile la trasmissione. Infatti, i tassi di incidenza nella collettività italiana non appaiono in alcun modo aumentati.

Rispetto a quanto documentato nel precedente rapporto, le modalità di accesso alle strutture ospedaliere non appaiono sostanzialmente modificate: pochi ricoveri, molto ricorso al Pronto Soccorso (PS), per il quale è ulteriormente aumentato l'accesso inappropriato. Le modalità di accesso (fine settimana, orario dopo il lavoro) e le cause per le quali maggiormente frequente è l'inappropriatezza (malattia, medicazioni) suggeriscono possibili tentativi di approccio a questo tema, i cui aspetti principali appaiono costanti nel tempo e, pur con caratteristiche parzialmente differenti, simili in Paesi diversi.

L'aumento di accessi impropri al PS è inversamente correlata al ricorso al medico di medicina generale, dato impossibile da documentare. Tuttavia la frequenza di scelta del medico di medicina generale da parte dei residenti che ne hanno diritto è un indicatore di integrazione nel paese ospitante, di comprensione del funzionamento del S. Sanitario e, indirettamente, di utilizzo di questo presidio. L'aver verificato che, rispetto al precedente rapporto, la proporzione di immigrati che hanno scelto il medico è diminuita, soprattutto nella collettività cinese, indica che questo è un aspetto che occorre monitorare.

Il consultorio è una struttura sempre più utilizzata dalle donne immigrate per l'assistenza alla gravidanza e probabilmente questo fatto ha consentito il buon miglioramento dei parametri assistenziali che il Rapporto mette in evidenza.

Il Centro Famiglia Straniera, che eroga prestazioni sanitarie di base a chi non ha diritto alle cure primarie e presso cui è sempre presente il servizio di mediazione culturale, si è affermato come struttura di riferimento per un numero elevato di immigrati, a cui negli ultimi anni garantisce non solo le prestazioni in urgenza ma anche, se occorre, continuità assistenziale.

Se dal complesso degli immigrati si scende all'osservazione delle singole collettività, è possibile qualche osservazione, pur nella consapevolezza di inevitabili, probabilmente grossolane, approssimazioni. Così le collettività sub sahariane e quella pakistana appaiono per alcuni aspetti (frequenza di ricoveri, di accessi al PS) più fragili di altre; nell'ultimo anno indagato la mortalità infantile ha colpito la collettività indiana; le donne dell'Est Europa sono a maggior rischio di altre di tumore mammario.

Un ultimo aspetto emerso dal Rapporto ci interessa qui evidenziare ed è relativo alla collettività cinese, che frequenta poco l'ospedale e poco persino il Pronto Soccorso e che, pur avendone diritto, spesso non sceglie neppure il medico di medicina generale. Ebbene, questa collettività accede numerosa al Centro Famiglia Straniera, dove c'è chi dà ascolto e capisce quanto chi si presenta ha da dire.

Forse questo aspetto è in qualche modo metafora della relazione tra noi e gli altri, aspetto che questo Rapporto ha cercato di mettere in evidenza, e di cui costituisce il filo rosso che tutto tiene insieme.

Per concludere, una notazione sui possibili terreni di approfondimento che il Rapporto suggerisce.

Il disagio psichico, tra cui quello infantile e adolescenziale, le condizioni di salute delle seconde generazioni di immigrati, le caratteristiche socio-economiche e il loro rapporto con le condizioni di salute anche nelle popolazioni immigrate: sono aspetti che questo rapporto affronta solo superficialmente o non affronta affatto. Una ricerca matura su un tema ormai maturo come la presenza diventata strutturale degli immigrati in Italia deve descrivere, interpretare e, possibilmente, cogliere precocemente i fenomeni rilevanti che si manifestano in una società, per fornire informazioni utili a guidarne lo sviluppo e a programmare gli interventi.

Ma accanto a questa necessità di approfondimento di temi nuovi, un altro compito della ricerca epidemiologica sul tema in Italia è quello di collaborare a realizzare in tempi brevi un sistema informativo di valenza nazionale in grado di produrre in modo sistematico descrizioni delle condizioni di salute degli immigrati, utili a fornire in tempi accettabili elementi di giudizio ai decisori delle politiche sanitarie, a livello nazionale e locale. Perché, che lo si voglia o no, ci stiamo avviando anche noi, tra gli ultimi in Europa, a diventare una società multietnica, in cui i valori di tutti saranno affermati se si conoscono i valori, e i problemi, di ciascuno.

Nota metodologica

In questo capitolo sono riportati i metodi di lavoro adottati, le banche dati utilizzate e le altre fonti informative, le definizioni e le classificazioni, la metodologia di calcolo utilizzata per gli indicatori proposti in questo volume.

DEFINIZIONI

In questo rapporto la definizione di immigrato adottata si richiama a quella proposta dal Gruppo di lavoro nazionale coordinato dalla Regione Marche che sul tema ha pubblicato nel 2009 un Rapporto¹ con l'obiettivo di uniformare le modalità di studio delle condizioni di salute della popolazione immigrata. Si sottolinea che, in conformità con quanto stabilito dal Gruppo di lavoro nazionale, laddove non diversamente specificato si è utilizzata la variabile "cittadinanza" per identificare la popolazione immigrata.

Gli immigrati sono stranieri che risiedono nel territorio di analisi con cittadinanza appartenente a uno dei Paesi a basso/medio reddito, ad esclusione quindi degli stranieri con cittadinanza in un Paese ad alto reddito².

Gli italiani sono costituiti da cittadini residenti con cittadinanza italiana o di uno dei Paesi assimilati, ovvero Paesi ad alto reddito. Di norma costituiscono la popolazione di confronto nelle analisi sugli immigrati, salvo quando non sia espressamente dichiarato altrimenti.

Gli stranieri sono persone di cittadinanza non italiana, indipendentemente dalla loro residenza. Tale classificazione è stata utilizzata laddove non sia stato possibile identificare gli immigrati.

Gli stranieri temporaneamente presenti (STP), sono stati identificati come cittadini con cittadinanza e residenza in Paesi a basso o medio reddito.

Secondo la normativa vigente agli stranieri temporaneamente presenti, non in regola quindi con le norme per l'ingresso e il soggiorno, sono assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali e gli interventi per la salvaguardia della salute individuale e collettiva, quali: la tutela di gravidanza e maternità, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Infine, nel rapporto si è utilizzato il termine cittadinanza nei titoli dei grafici e delle tabelle se il confronto è tra popolazione italiana ed immigrata (anche quando nell'analisi sono inclusi gli STP), mentre si è utilizzato il termine nazionalità quando l'analisi è dettagliata per Paese di provenienza.

¹ "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche, 2007 , Ancona 2009. Il volume può essere richiesto a: diseguaglianze@regione.marche.it

² La Banca Mondiale (dal 1° luglio 2006) classifica i Paesi in base al Prodotto Interno Lordo (PIL) e li suddivide in tre gruppi: Paesi ad alto reddito, Paesi a medio reddito e Paesi a basso reddito. In questo rapporto, come nella pubblicazione di cui alla nota n. 1, i Paesi definiti ad alto reddito sono: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

LE POPOLAZIONI UTILIZZATE COME DENOMINATORI PER IL CALCOLO DEI TASSI

La fonte ufficiale dei dati di popolazione è quella dedotta dall'anagrafe comunale, che l'ISTAT rileva attraverso specifici flussi informativi al 1° gennaio di ogni anno.

Per la popolazione totale residente la distribuzione per età e sesso è disponibile (flusso della *"Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"*), ma i dati ISTAT relativi agli stranieri residenti non permettono di disporre contemporaneamente dell'informazione su sesso, età e nazionalità.

Infatti da una parte il flusso *"Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita"* permette di conoscere la distribuzione per età e sesso degli stranieri in toto, senza possibilità di distinguere i singoli Paesi di cittadinanza; dall'altra il *"Bilancio demografico della popolazione straniera residente"* rileva per singola cittadinanza solo il sesso e non l'età.

Per questo motivo, al fine di ottenere la distribuzione per età e sesso per la popolazione immigrata necessaria per la standardizzazione dei tassi, si è dovuto procedere ad un metodo di stima.

Nel rapporto, oltre alla fonte ufficiale dell'anagrafe comunale è stata utilizzata l'informazione proveniente da un altro flusso informativo, quello dell'anagrafe sanitaria degli assistiti, che permette di conoscere contemporaneamente cittadinanza, genere ed età dei residenti assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale. L'utilizzo di questa seconda fonte rappresenta un elemento innovativo rispetto al passato³, ed è stato possibile grazie alla buona qualità dei dati, caratteristica quasi unica in ambito nazionale.

Attraverso l'interrogazione della banca dati "anagrafe sanitaria" è stata costruita la struttura per sesso ed età di entrambe le popolazioni in studio (immigrati ed italiani) e delle singole cittadinanze indagate al 31.12 degli anni 2005, 2006, 2007 e 2008.

Per garantire l'allineamento dei dati con la fonte statistica ufficiale della popolazione residente (anagrafe comunale da rilevazione ISTAT), la struttura così ottenuta è stata applicata al totale per sesso e cittadinanza dei residenti di fonte ISTAT, ottenendo in tal modo la stima della distribuzione per età, sesso e nazionalità di tutti i residenti.

I denominatori dei tassi annuali sono calcolati al 31.12 di ogni anno, con una conseguente lieve sovrastima della popolazione residente nell'anno in studio.

³ Nel precedente rapporto sulla salute immigrati (*"La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia"* Azienda USL Reggio Emilia – Collana progetto salute n.10, 2006) era stata adottata una metodologia di stima differente, utilizzando unicamente l'anagrafe comunale. La reperibilità del dato con tale approccio è più onerosa di quella derivante dall'utilizzo dell'anagrafe sanitaria, di qui la scelta di adottare la nuova metodologia di stima per il presente rapporto.

EVENTI INDAGATI

Eventi	Fonte
Mortalità	Registro provinciale mortalità – AUSL Reggio Emilia
Tumori	Registro Tumori Reggiano – AUSL Reggio Emilia
Infortuni sul lavoro	Osservatorio Regionale Infortuni sul Lavoro - INAIL
Malattie infettive	Registro provinciale malattie infettive – AUSL Reggio Emilia Sistema di sorveglianza delle diagnosi di AIDS e nuove diagnosi di infezione da HIV, Servizio Sanità Pubblica, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna
Ricoveri ospedalieri	Banca dati SDO – Regione Emilia Romagna
Eventi ostetrici	Banca dati SDO – Regione Emilia Romagna
Assistenza in gravidanza	Banca dati Cedap – Regione Emilia Romagna
Parametri neonato	Banca dati Cedap – Regione Emilia Romagna
Accessi al Pronto Soccorso	Archivi di Pronto Soccorso dell'Azienda USL di Reggio Emilia e dell'AOSMN
Accessi al Centro Salute Famiglia Straniera	Dati della struttura
Accessi al SERT	Sistema Informativo Servizio per le Tossicodipendenze - AUSL Reggio Emilia
Prese in carico e ricoveri al Servizio Psichiatrico Pubblico	Sistema informativo Dipartimento Salute Mentale - AUSL Reggio Emilia
Scelta del Medico di Medicina Generale	Anagrafe Assistiti - AUSL Reggio Emilia
Attività consultori	Servizio Assistenza Distrettuale - Regione Emilia Romagna

Mortalità

Per garantire la confrontabilità nel periodo analizzato, per il calcolo del denominatore dei tassi di mortalità infantile è stata utilizzata la popolazione di età 0 al posto dei nati.

Ricoveri ospedalieri

Il periodo analizzato è il 2003-2008, considerando l'anno di dimissione dei ricoveri. L'evento di riferimento è il ricovero e non il paziente ricoverato, per cui una persona ricoverata per più di una volta per una determinata patologia verrà contata tante volte quanti sono stati i suoi accessi in ospedale. Per questo motivo gli indicatori elaborati sui ricoveri dovrebbero essere letti più correttamente come stima della *domanda di prestazioni* piuttosto che come indicatori di *bisogno di salute*. E' tuttavia possibile valutare le cause di ricovero come espressione dei principali problemi di salute presenti in una collettività. In tutte le analisi relative al periodo 2005 - 2008 sono stati considerati tutti i ricoveri avvenuti in Italia, relativi ai residenti in provincia di Reggio Emilia, in regime ordinario o in day hospital. Nel biennio 2003-2004 invece, oggetto del precedente rapporto, erano stati esclusi i ricoveri dei residenti in provincia di Reggio Emilia avvenuti fuori Regione Emilia Romagna (ovvero la mobilità passiva extra-regionale). Da tutte le analisi sono stati esclusi i ricoveri di neonati sani.

Le strutture ospedaliere in provincia sono le seguenti:

STRUTTURA OSPEDALIERA	AMBITO ISTITUZIONALE
AOSMN	Azienda Ospedaliera Santa Maria
Castelnovo Monti	Azienda USL di Reggio Emilia
Correggio	
Guastalla	
Montecchio	
Scandiano	
Strutture private convenzionate	

Le analisi per cause di ricovero sono state condotte utilizzando i 17 capitoli in cui sono raggruppati i codici ICD 9 – CM⁴, suddividendo i tumori tra maligni e non maligni ed aggiungendo il capitolo “fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari”(codici V01-V82), che nelle tabelle e nei grafici è stato identificato come “Prestazioni diagnostiche e terapeutiche”. I gruppi finali risultano pertanto 19. Nel dettaglio:

Capitoli ICD 9-CM	Descrizione	Dicitura utilizzata nel rapporto	Codici ICD IX
Cap. I	Malattie infettive e parassitarie	Malattie infettive	001-139
Cap. II	Tumori maligni	Tumori maligni	140-208
	Tumori benigni, in situ e a comportamento incerto	Tumori non maligni	210-239
Cap. III	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	Malattie endocrine ed immunitarie	240-279
Cap. IV	Malattie del sangue e degli organi emopoietici	Malattie del sangue	280-289
Cap. V	Disturbi psichici	Disturbi psichici	290-319
Cap. VI	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	Sistema nervoso	320-389
Cap. VII	Malattie del sistema circolatorio	Sistema circolatorio	390-459
Cap. VIII	Malattie dell'apparato respiratorio	Apparato respiratorio	460-519
Cap. IX	Malattie dell'apparato digerente	Apparato digerente	520-579
Cap. X	Malattie dell'apparato genitourinario	Apparato genitourinario	580-629
Cap. XI	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	Cause ostetriche	630-677
Cap. XII	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	Malattie della pelle	680-709
Cap. XIII	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Sistema osteomuscolare	710-739
Cap. XIV	Malformazioni congenite	Malformazioni congenite	740-759
Cap. XV	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	760-779
Cap. XVI	Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti	Sindromi maldefinite	780-799
Cap. XVII	Traumatismi e avvelenamenti	Traumatismi e avvelenamenti	800-999
Classificaz. supplem.	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V)	Prestazioni diagnostiche terapeutiche	V01-V82

⁴ Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche terapeutiche, Versione italiana della ICD-9-CM, Ministero della Salute, 2002.

Gli eventi ostetrici

Gli eventi ostetrici analizzati sono stati definiti utilizzando le codifiche ICD 9 - CM della diagnosi principale di ricovero o il codice DRG a seconda dei casi, come indicato nella tabella seguente:

Evento	Informazione utilizzata	codice
Eventi ostetrici	ICD IX diagnosi principale	630-677
Parto	DRG	370-375
Parto cesareo	DRG	370-371
Aborto spontaneo	ICD IX diagnosi principale	632;634;637
IVG	ICD IX diagnosi principale	635

Metodi statistici

Per la maggior parte degli eventi indagati sono stati calcolati le frequenze relative i tassi grezzi e i tassi specifici per età. Per alcuni eventi sono stati calcolati indicatori diversi dai tassi o dalle frequenze, qualora considerati più appropriati per descrivere il fenomeno in esame (es.: proporzione di abortività spontanea).

Tasso grezzo

Il tasso grezzo è un rapporto avente come numeratore il numero di casi in una popolazione e come denominatore il numero totale di individui di quella stessa popolazione, per un periodo definito.

Normalmente il rapporto viene moltiplicato per una potenza di 10 (che di solito è 1.000 o 100.000, in funzione della frequenza della caratteristica in studio).

Tasso età-specifico

È il rapporto tra il numero di casi per ogni classe di età e la popolazione residente della corrispondente classe. In termini numerici

$$\text{tasso età specifico} = \frac{n_i}{p_i} * 10^n$$

dove:

n_i = numero di casi nella classe di età i -esima

p_i = numerosità della popolazione nella classe di età i -esima

Rischio Relativo

Nel presente rapporto, il rischio relativo (RR) è stato calcolato come rapporto tra il tasso di occorrenza degli immigrati e il tasso di occorrenza degli italiani. E' stato utilizzato nel confronto dei tassi per la classe di età 0 anni.

Standardizzazione indiretta

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

La struttura del Rapporto Standardizzato di Incidenza (RSI) è la seguente:

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

ove:

$$Osservati = \sum O_{s,j}$$

$$Attesi = \sum (T_{s,i} * P_{s,i})$$

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

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

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

In questo rapporto la popolazione di riferimento, se non altrimenti specificato, è costituita dai residenti nella provincia di Reggio Emilia di cittadinanza italiana o di Paesi ad alto reddito.

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

$$\liminf = \frac{O}{A} \left[1 - \frac{1}{9O} - \frac{1.96}{3\sqrt{O}} \right]^3 \quad \limsup = \left[\frac{O+1}{A} \right] \left[1 - \frac{1}{9(O+1)} + \frac{1.96}{3\sqrt{O+1}} \right]^3$$

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate con Stata/IC, versione 11.0 per Windows.

Appendice

1. RICOVERI PER NAZIONALITÀ, GENERE E CLASSE DI ETÀ

Tabella 1.1a: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, maschi di età 15-44 anni

15-44 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%	
Italiani	13919	1,00	-	-	14288	1	-	-	14176	1	-	-
Immigrati	1626	0,95	0,90	0,99	1676	0,71	0,67	0,74	1870	0,68	0,65	0,71
MAROCCO	407	1,08	0,98	1,19	325	0,74	0,66	0,82	392	0,88	0,80	0,98
ALBANIA	160	0,72	0,61	0,84	201	0,65	0,56	0,74	218	0,63	0,55	0,72
CINA	68	0,50	0,39	0,64	64	0,33	0,25	0,42	65	0,31	0,24	0,39
INDIA	134	0,87	0,73	1,03	153	0,66	0,56	0,77	174	0,64	0,55	0,74
PAKISTAN	161	1,28	1,09	1,50	171	0,87	0,75	1,01	144	0,63	0,53	0,74
GHANA	99	0,98	0,80	1,19	126	1,03	0,86	1,23	121	0,89	0,74	1,07
NIGERIA	30	1,13	0,77	1,62	37	0,97	0,68	1,33	50	1,15	0,85	1,51
ROMANIA	36	0,91	0,64	1,26	48	0,59	0,43	0,78	111	0,60	0,49	0,72
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	-	-	38	0,61	0,43	0,84	62	0,60	0,46	0,77
STP	-	-	-	-	313	-	-	-	302	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Tabella 1.1b: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, femmine di età 15-44 anni

15-44 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%	
Italiani	26955	1,00	-	-	27973	1	-	-	27145	1	-	-
Immigrati	5003	1,75	1,70	1,80	5649	1,39	1,35	1,42	7196	1,41	1,38	1,44
MAROCCO	954	1,99	1,86	2,12	957	1,51	1,41	1,60	1273	1,77	1,67	1,87
ALBANIA	419	1,76	1,60	1,94	520	1,37	1,26	1,49	685	1,45	1,35	1,57
CINA	430	1,72	1,56	1,89	463	1,27	1,16	1,39	558	1,33	1,22	1,45
INDIA	416	1,93	1,75	2,12	485	1,56	1,43	1,71	607	1,47	1,35	1,59
PAKISTAN	231	2,36	2,07	2,69	298	1,88	1,67	2,10	342	1,70	1,53	1,90
GHANA	290	2,00	1,78	2,25	304	1,69	1,50	1,89	374	1,84	1,65	2,03
NIGERIA	265	2,57	2,27	2,90	291	2,03	1,80	2,28	319	2,10	1,87	2,34
ROMANIA	182	1,45	1,25	1,68	226	0,99	0,86	1,13	505	1,04	0,95	1,14
UCRAINA-MOLDAVIA	304	1,63	1,45	1,83	342	0,89	0,80	0,99	506	0,97	0,88	1,05
STP	-	-	-	-	1020	-	-	-	916	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

Tabella 1.2a: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, maschi di età 45-64 anni

45-64 anni Maschi	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%	
Italiani	19580	1,00	-	-	20220	1	-	-	20367	1	-	-
Immigrati	442	0,90	0,82	0,99	500	0,63	0,57	0,68	728	0,67	0,62	0,72
MAROCCO	103	0,75	0,62	0,91	112	0,60	0,49	0,72	154	0,69	0,59	0,81
ALBANIA	44	0,68	0,49	0,91	55	0,61	0,46	0,79	103	0,80	0,66	0,98
CINA	10	0,32	0,15	0,59	15	0,36	0,20	0,59	20	0,31	0,19	0,47
INDIA	44	0,73	0,53	0,97	48	0,66	0,49	0,88	67	0,74	0,57	0,94
PAKISTAN	50	1,37	1,02	1,81	46	0,78	0,57	1,04	71	0,88	0,69	1,11
GHANA	16	0,66	0,38	1,07	28	0,72	0,48	1,04	31	0,60	0,41	0,86
NIGERIA	1	0,47	0,01	2,61	4	0,61	0,16	1,56	6	0,59	0,22	1,29
ROMANIA	9	0,62	0,28	1,17	21	0,58	0,36	0,88	30	0,48	0,32	0,68
UCRAINA-MOLDAVIA	-	-	-	-	17	0,49	0,29	0,79	37	0,65	0,46	0,90
STP	-	-	-	-	64	-	-	-	70	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

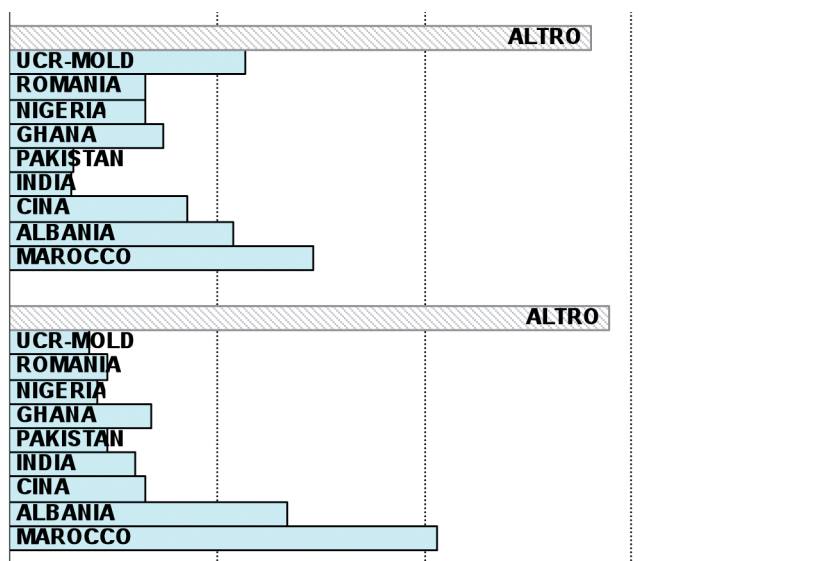
Tabella 1.2b: N. di ricoveri, Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione (RSO) e Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per nazionalità, femmine di età 45-64

45-64 anni Femmine	2003-2004				2005-2006				2007-2008			
	N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%		N.	RSO	IC 95%	
Italiani	20580	1,00	-	-	21157	1	-	-	20491	1	-	-
Immigrati	490	0,86	0,79	0,94	684	0,67	0,62	0,72	970	0,69	0,65	0,74
MAROCCO	68	0,78	0,61	0,99	85	0,82	0,65	1,01	93	0,69	0,56	0,84
ALBANIA	47	0,79	0,58	1,05	61	0,70	0,53	0,89	111	0,94	0,77	1,13
CINA	14	0,47	0,26	0,80	13	0,33	0,18	0,57	15	0,27	0,15	0,45
INDIA	23	0,61	0,39	0,91	29	0,52	0,35	0,74	32	0,48	0,33	0,68
PAKISTAN	12	1,25	0,64	2,18	18	0,80	0,48	1,27	30	0,90	0,61	1,28
GHANA	20	1,52	0,93	2,35	13	0,67	0,36	1,15	16	0,66	0,38	1,07
NIGERIA	4	1,03	0,28	2,63	5	0,84	0,27	1,96	8	0,85	0,36	1,67
ROMANIA	19	0,90	0,54	1,41	29	0,81	0,54	1,16	50	0,58	0,43	0,76
UCRAINA-MOLDAVIA	120	0,61	0,51	0,73	211	0,52	0,46	0,60	328	0,60	0,54	0,67
STP	-	-	-	-	159	-	-	-	114	-	-	-

(Fonte dati: popolazione residente: Anagrafe Sanitaria, ISTAT; ricoveri: Banca dati SDO, RER)

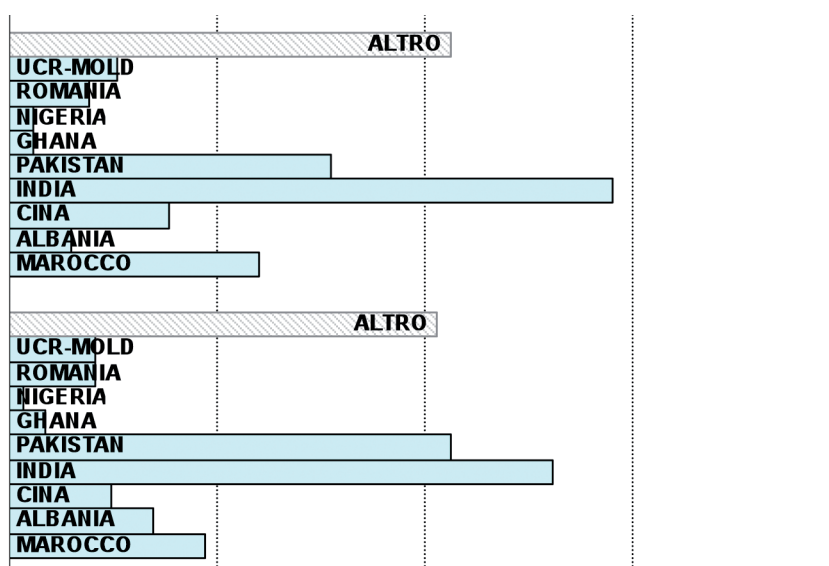
2. I RICOVERI OSPEDALIERI PER NAZIONALITÀ, GENERE E STRUTTURA

Grafico 2.1: Distribuzione % dei ricoveri all'AOSMN per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



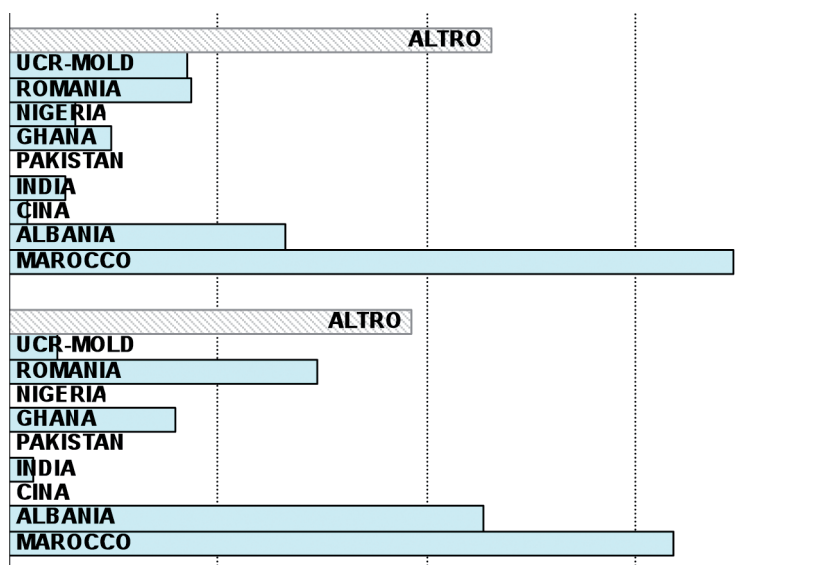
* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Tunisia, Egitto, Sri Lanka - Maschi: Tunisia, Egitto, Sri Lanka
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.2: Distribuzione % dei ricoveri all'ospedale di Guastalla per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



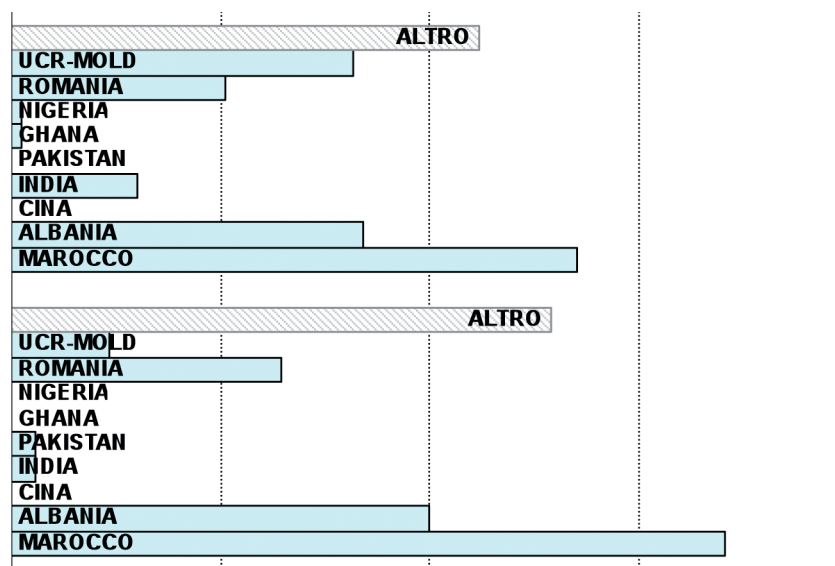
* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Macedonia, Tunisia, Turchia - Maschi: Turchia, Macedonia, Senegal
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.3: Distribuzione % dei ricoveri all'ospedale di Scandiano per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



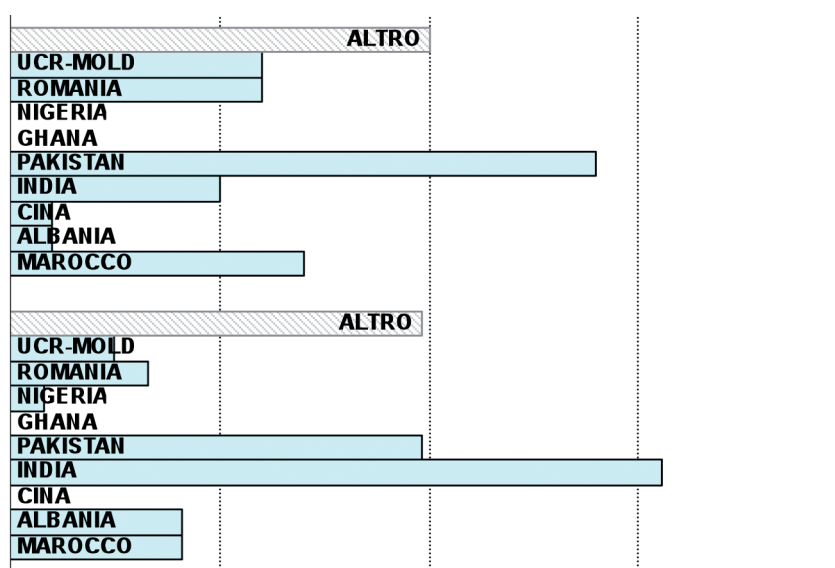
* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Polonia, Tunisia, Brasile - Maschi: Tunisia, Turchia, Egitto
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.4: Distribuzione % dei ricoveri all'ospedale di Castelnovo Monti per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



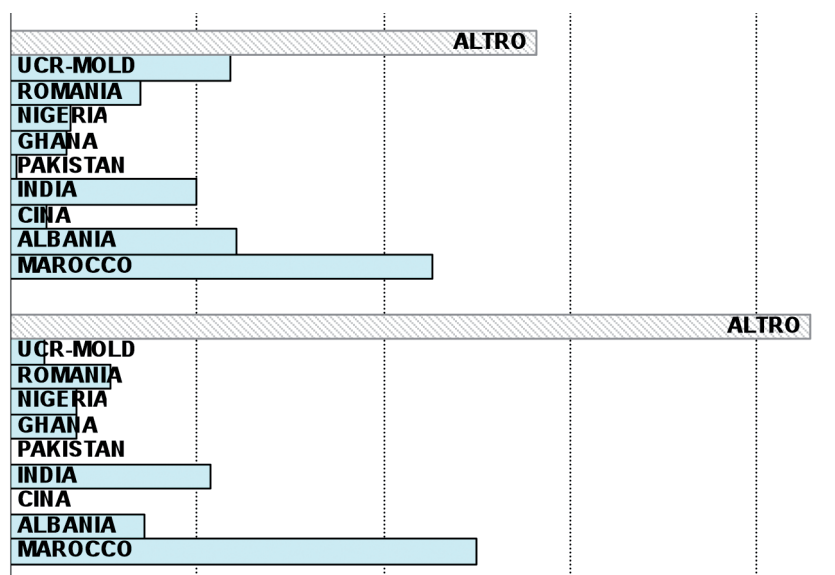
* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Brasile, Tunisia, Polonia - Maschi: Polonia, Montenegro, Serbia
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.5: Distribuzione % dei ricoveri all'ospedale di Correggio per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



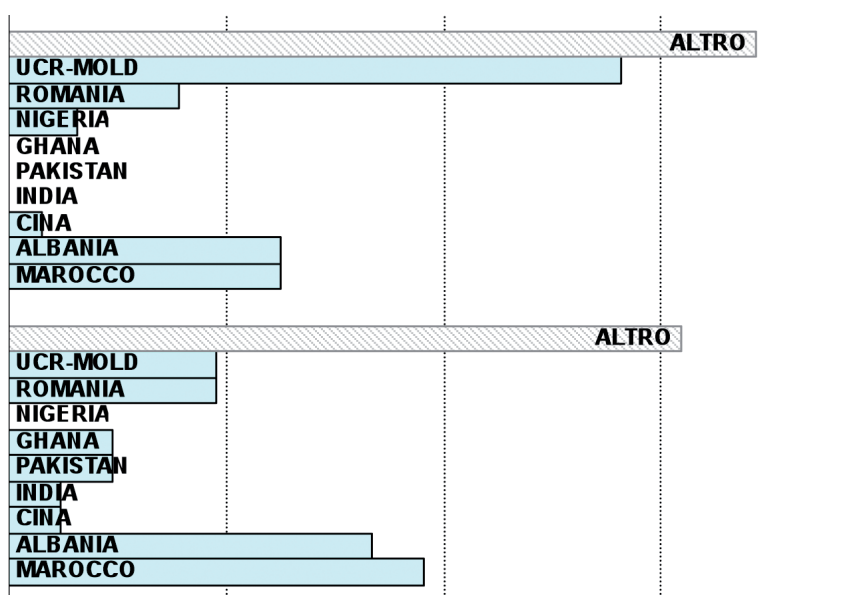
* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Brasile, Turchia, Russia - Maschi: Polonia, Tunisia, Egitto
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.6: Distribuzione % dei ricoveri all'ospedale di Montecchio per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Tunisia, Polonia, Cuba - Maschi: Polonia, Egitto, Tunisia
(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

Grafico 2.7 Distribuzione % dei ricoveri nelle strutture private Villa salus, Villa verde, Centro Oculistico Reggiano per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008

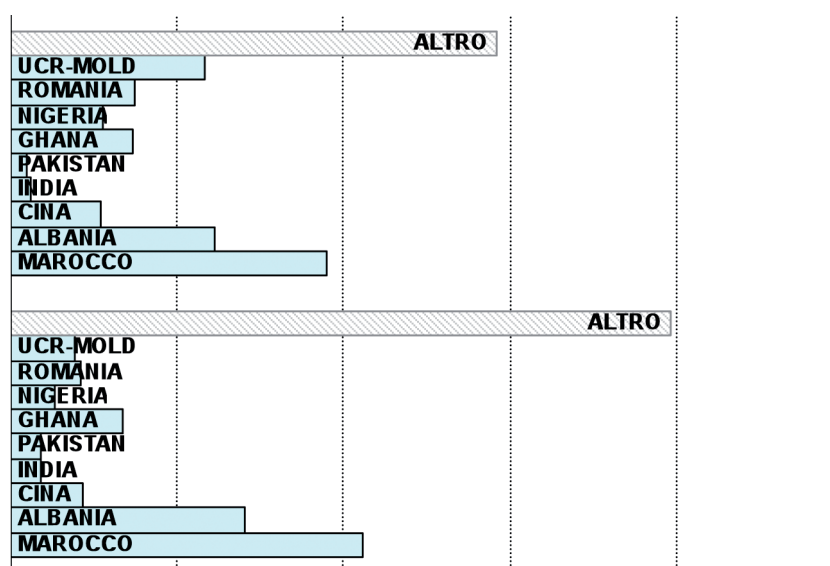


* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Polonia, Egitto, Brasile - Maschi: Tunisia, Egitto, Polonia

(Fonte dati: banca dati SDO, RER)

3. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (PS) PER NAZIONALITÀ, GENERE, STRUTTURA

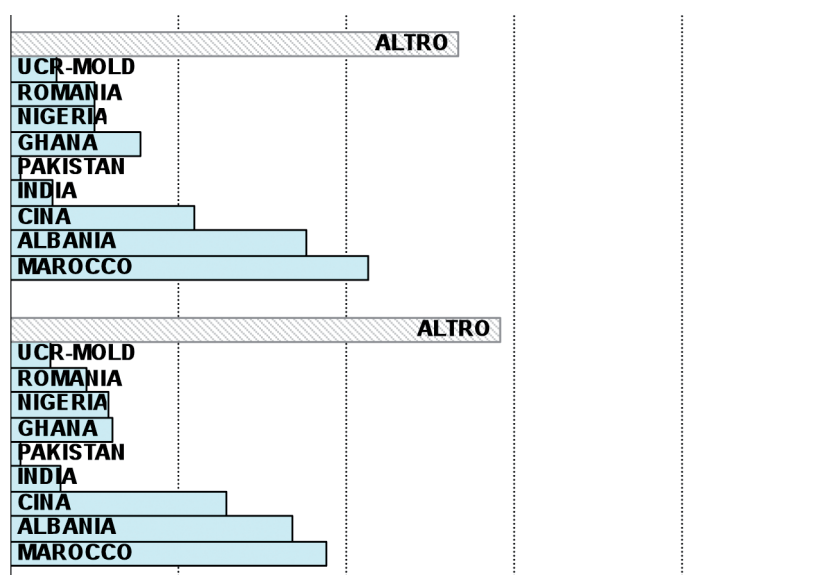
Grafico 3.1: Distribuzione % degli accessi al PS dell'AOSMN per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Tunisia, Polonia, Egitto - Maschi: Tunisia, Egitto, Sri Lanka

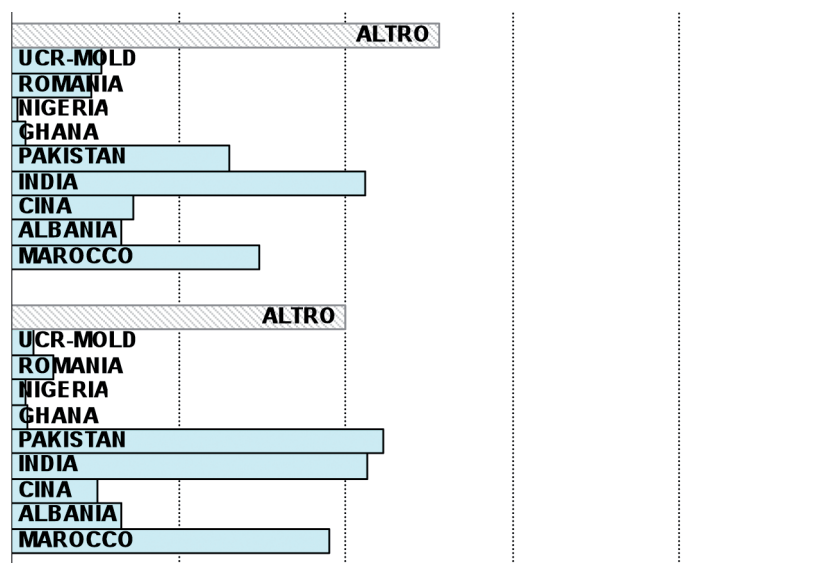
(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Grafico 3.2: Distribuzione % degli accessi al PS dell'AOSMN pediatrico per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



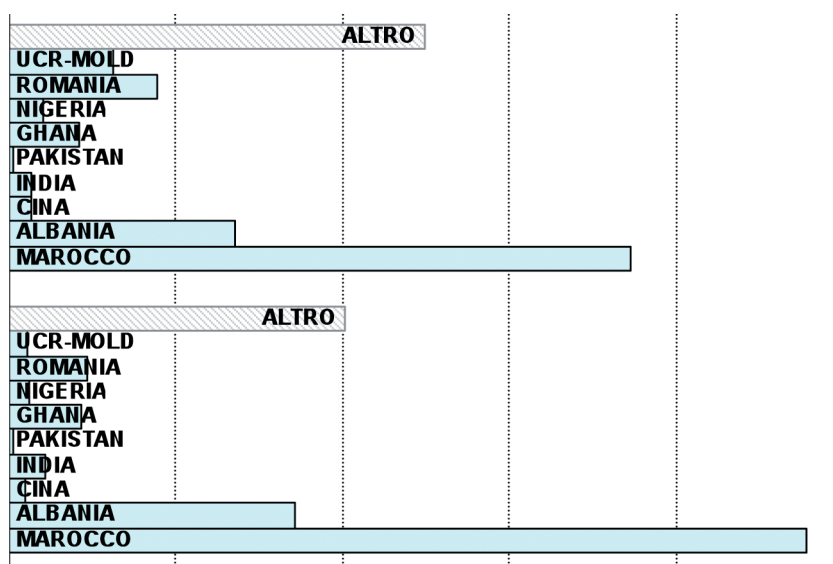
* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Tunisia, ex-Jugoslavia, Egitto - Maschi: Tunisia, Egitto, ex-Jugoslavia
(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, AOSMN)

Grafico 3.3: Distribuzione % degli accessi al PS di Guastalla per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in "Altro" Femmine: Macedonia, Tunisia, Turchia - Maschi: Tunisia, Turchia
(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL)

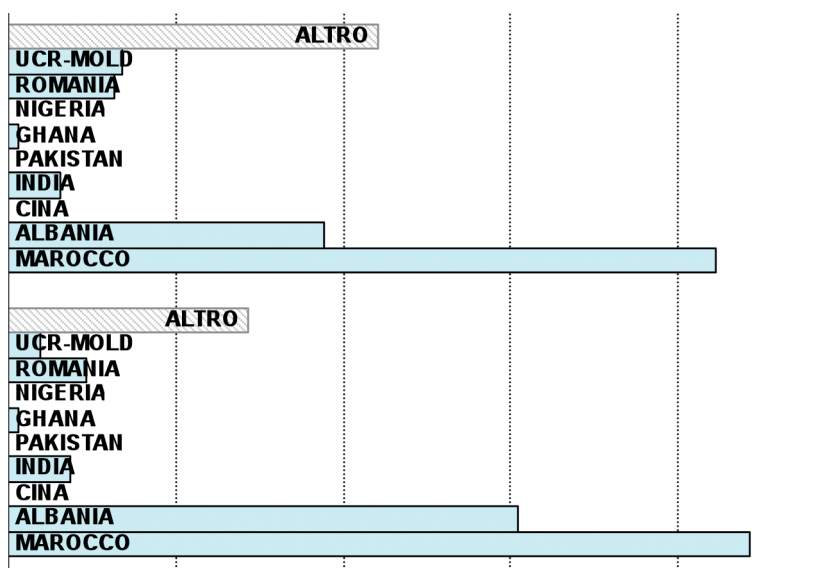
Grafico 3.4: Distribuzione % degli accessi al PS di Scandiano per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Tunisia, Polonia, Brasile - Maschi: Tunisia, Algeria, Turchia,

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL)

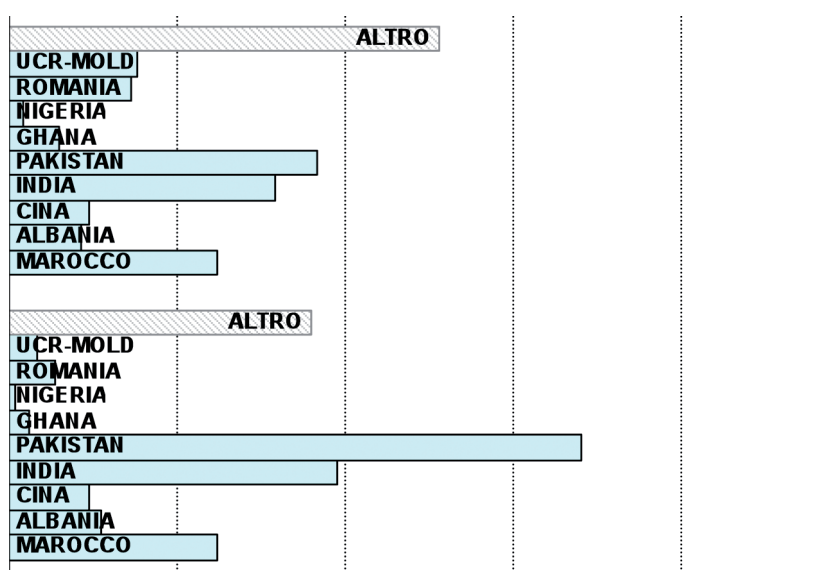
Grafico 3.5: Distribuzione % degli accessi al PS di Castelnovo per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Tunisia, ex-Jugoslavia, Macedonia - Maschi: ex-Jugoslavia, Tunisia, Macedonia

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL)

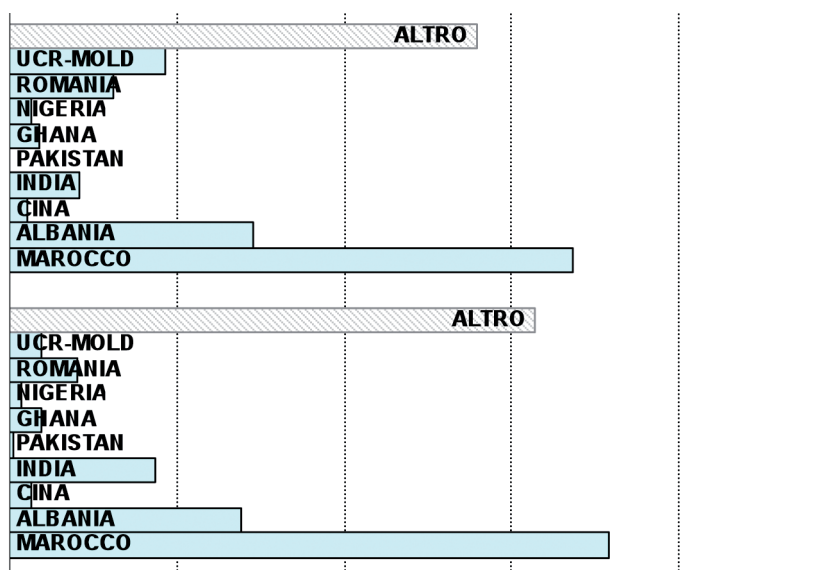
Grafico 3.6: Distribuzione % degli accessi al PS di Correggio per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Turchia, Tunisia, Polonia - Maschi: Tunisia, Turchia, Algeria

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)

Grafico 3.7: Distribuzione % degli accessi al PS di Montecchio per nazionalità e genere, immigrati residenti - Anno 2008



* Più frequenti nazionalità in “Altro” Femmine: Tunisia, Macedonia, Polonia - Maschi: Tunisia, Senegal, Egitto

(Fonte dati: banca dati Pronto Soccorso, Azienda USL-AOSMN)



La salute della popolazione immigrata a Reggio Emilia