

PATOLOGIE EMERGENTI E RIEMERGENTI

Globalizzazione, migrazione, Salute e Vaccini

Roma, 6 novembre 2008

L'impatto dell'immigrazione sulla salute pubblica

Alba Carola Finarelli, Pierluigi Macini,
Maria Grazia Pascucci

Servizio Sanità pubblica

Assessorato politiche per la salute

Regione Emilia-Romagna



Immigrazione e salute

- La migrazione da Paesi in via di sviluppo è certamente uno dei fenomeni che maggiormente sta condizionando la nostra epoca: il nostro Paese partecipa a questo fenomeno sia come paese d'origine (sono circa 4 milioni gli italiani nel mondo), sia come paese di accoglienza (si stima una presenza di circa 4 milioni di stranieri)

- Inoltre l'Italia presenta caratteristiche peculiari, come l'elevato numero di Paesi d'origine degli immigrati e l'elevato ritmo di aumento (se negli altri Paesi gli immigrati raddoppiano ogni 35 anni, in Italia ciò avviene ogni 10 anni e nell'ultimo periodo il raddoppio si è verificato in 5 anni).



Qualità dei servizi sanitari in un contesto pluriculturale

Reggio Emilia
10 ottobre 2008

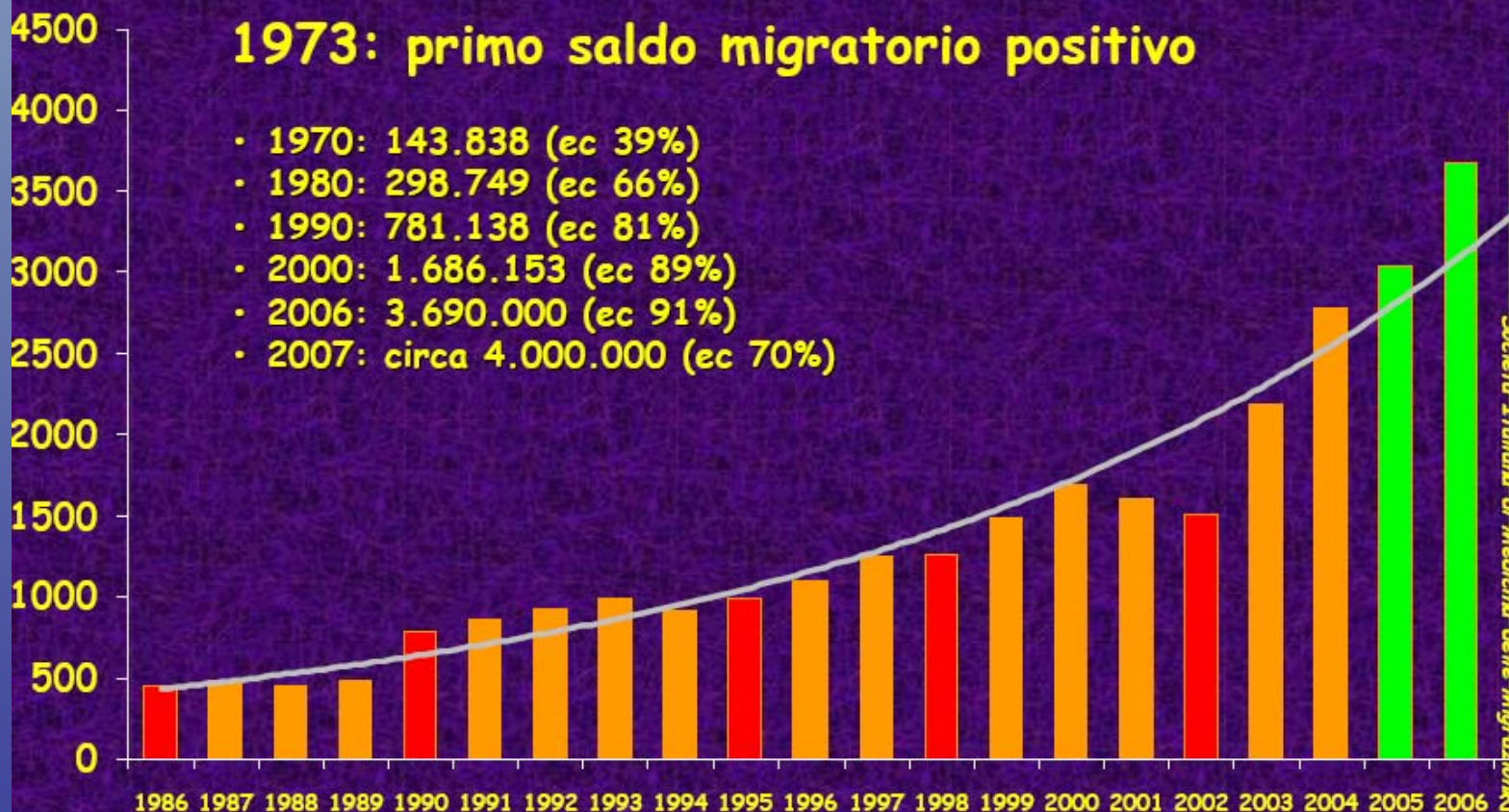
Salvatore Geraci

Immigrazione in Italia: numero totale e trend al 2007

(x 1.000)

1973: primo saldo migratorio positivo

- 1970: 143.838 (ec 39%)
- 1980: 298.749 (ec 66%)
- 1990: 781.138 (ec 81%)
- 2000: 1.686.153 (ec 89%)
- 2006: 3.690.000 (ec 91%)
- 2007: circa 4.000.000 (ec 70%)

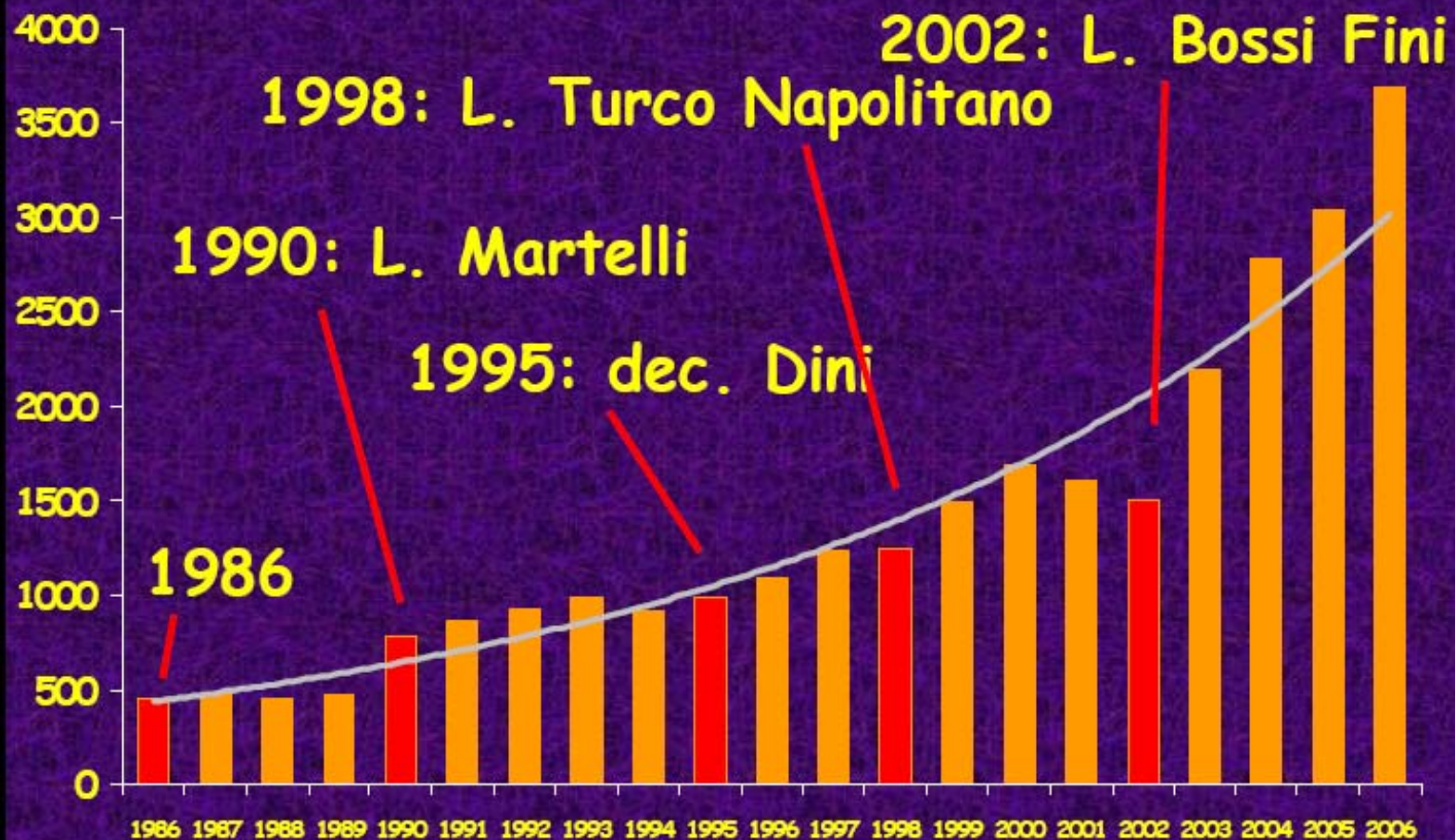


In rosso anni delle "sanatorie-regolarizzazioni" - in verde Decreti flussi

Il profilo di salute degli immigrati: *criticità*

- eterogeneità della popolazione
per provenienza, lingua, cultura, religione
- dinamicità
rapida evoluzione del profilo socio-demografico
- inadeguatezza dei sistemi informativi
a rilevare i bisogni di salute della popolazione immigrata

Immigrazione in Italia: Le 5 "leggi" sull'immigrazione



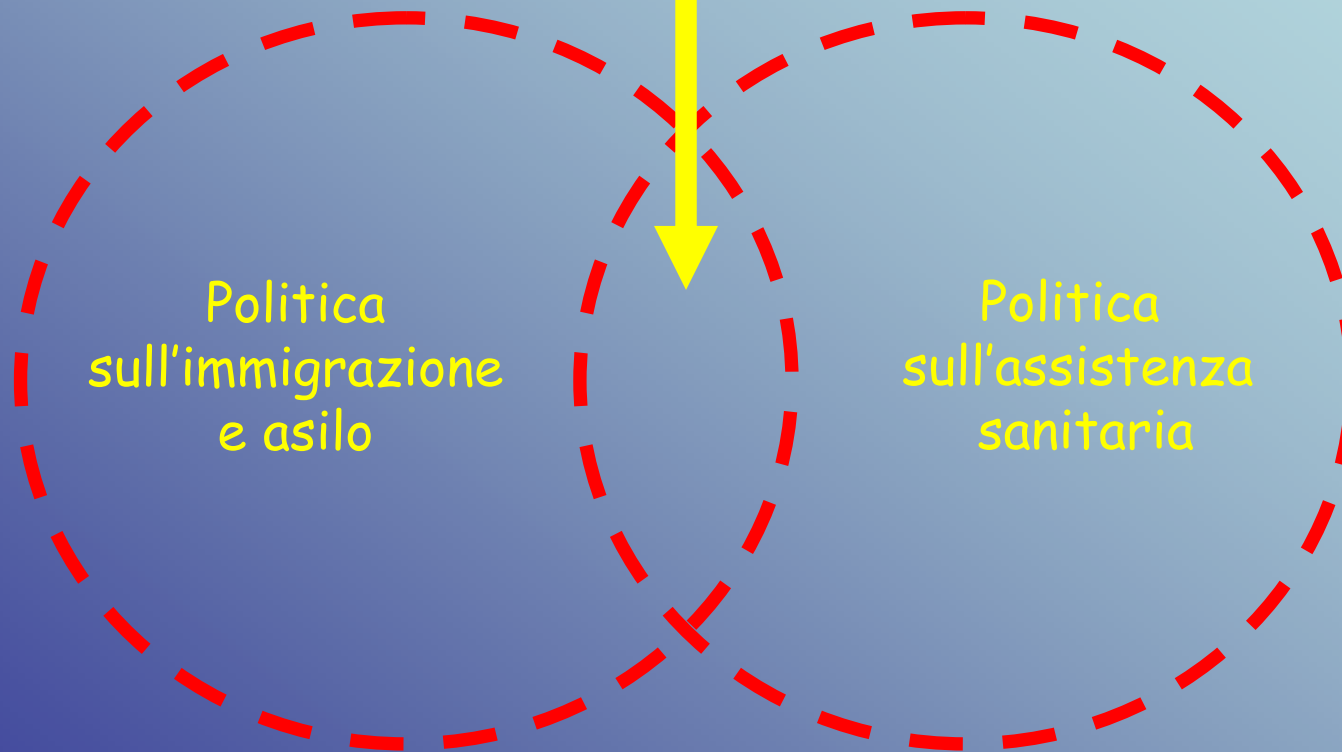
La legge Turco-Napolitano ed il Piano Sanitario Nazionale del 1998 hanno avuto l'obiettivo di includere gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti-doveri per quanto riguarda **l'assistenza sanitaria a pari opportunità con il cittadino italiano**; il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di clandestinità garantendo a loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative e i programmi di medicina preventiva.

In questa politica è prevalsa una visione di sanità pubblica che vede **nell'accessibilità al sistema sanitario la parola chiave** per garantire a tutti, italiani e immigrati, adeguati livelli di salute.

- Questo slancio iniziale non è riuscito a condizionare altre politiche che fortemente determinano la “salute” nel suo significato più ampio: accoglienza, inserimento abitativo e lavorativo, rappresentanza, diritti.

Immigrazione e salute

Politiche per la salute degli immigrati



... lavoro, alloggio, sicurezza sociale, cittadinanza, rappresentanza



Problemi di salute connessi al fenomeno migratorio in Italia

Accessibilità
e fruibilità SSN

Situazione prima
della partenza
"selezione - esposizione"

**Profilo di salute
cittadino immigrato
in Italia**

Accoglienza,
Integrazione
ostilità, discriminazione

Percorso
Migratorio
in alcuni casi "degrado acuto"



Dati demografici Nazionali e Regionali (1/1/2008)



Popolazione	59.600.000 (F 51,4%; M 48,6%) <i>100%</i>	4.275.843 (F 51,3%; M 48,7%) <i>7,2%</i>
Immigranti residenti	3.432.651 (F 49,5%; M 50,4%) <i>100%</i>	365.720 (F 49,4%; M 50,6%) <i>10,7%</i>
% di immigrati su pop. di riferimento	5,8%	8,6%

i dati presentati non considerano nè chi si trova temporaneamente presente, regolarmente, per lavoro stagionale o turismo nè, ovviamente, gli irregolari

In Emilia-Romagna vivono e lavorano quasi l'11% dei migranti residenti in Italia che, relativamente alla loro tipologia, si compongono in:

- 68.095 comunitari (18,6%)
- 297.625 non comunitari (81,4%)

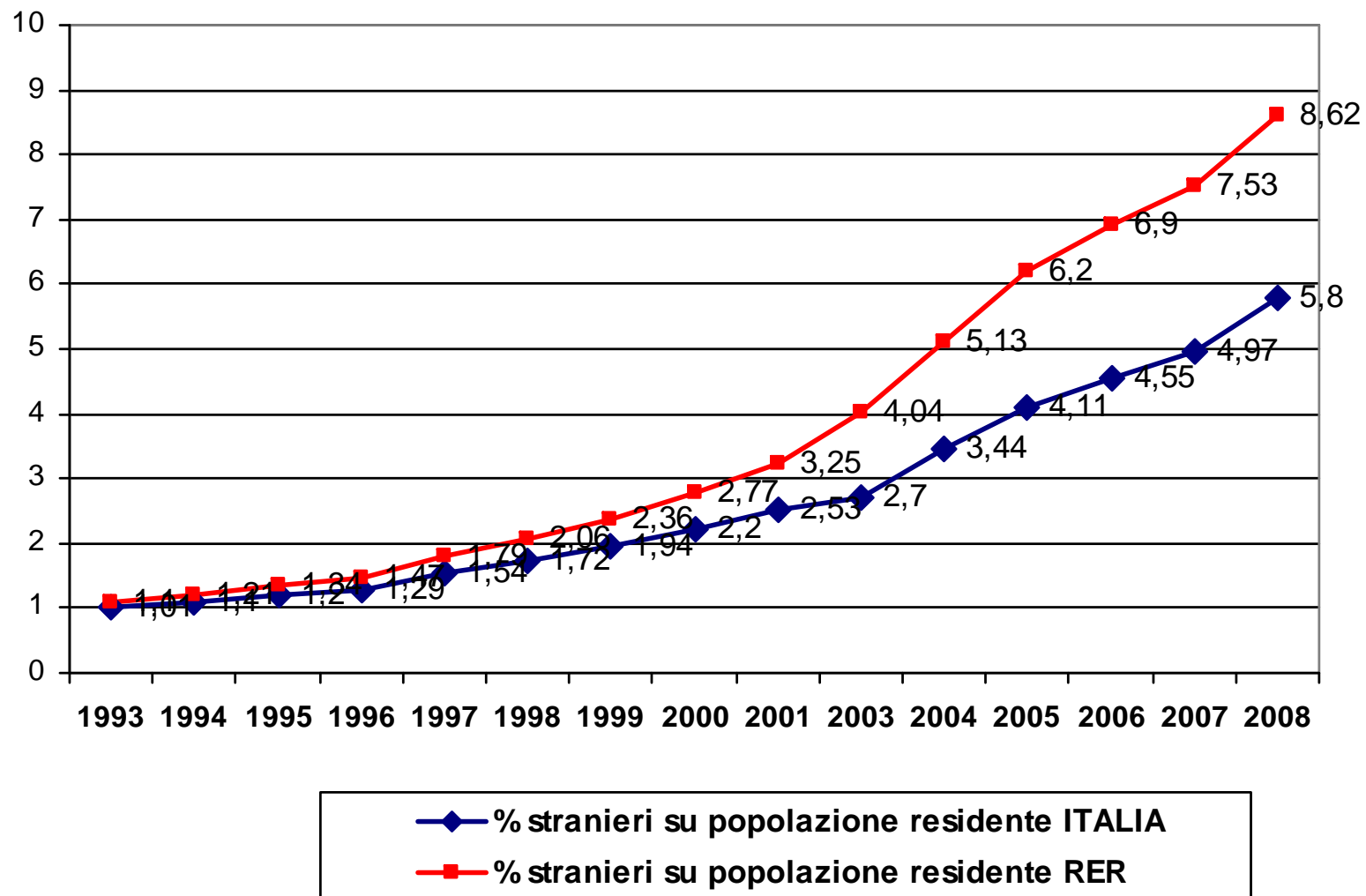
di cui 400/450 rifugiati

800/1000 con protezione umanitaria

1300/1400 richiedenti asilo

Relativamente alla provenienza, la composizione per gruppi nazionali è molto eterogenea e rispetta le caratteristiche nazionali (definite da una strategica posizione geografica e da un passato colonialista poco significativo)

Stranieri residenti in Italia e in Emilia-Romagna. Serie storica 1993-2008



Relativamente al lavoro, dagli ultimi dati INAIL, i cittadini non italiani (comunitari e non) impiegati regolarmente come lavoratori dipendenti, sono stimati essere 275.332

Da questa stima (che comprende i lavoratori stagionali), sono esclusi i lavoratori autonomi e gli imprenditori che secondo i dati *Unioncamere* si contano in circa 23.400 (*dato al 31/12/2007*).

Inoltre il contributo al PIL Emiliano-Romagnolo dato dagli immigrati è pari ad almeno il 10,8% (pari a 11.808 miliardi di €) (fonte: Unioncamere, anno riferimento: 2005)

In conseguenza della stabilizzazione dei percorsi migratori e della crescita dei ricongiungimenti familiari:

- cresce il numero di minori stranieri che dai **28.847** del 2000 (5,2% della popolazione minorile) passa ai **85.454** del 2008 (l'13,1% dei minorenni).
- i nati da madri straniere, negli ultimi anni, sono più di **1/5** delle nascite complessive;
- Cresce il numero degli studenti stranieri: dai circa **15.000** scolari nell'a.s. 1999/2000 passa ai circa **68.800** dell'a.s. 2007/08. Con un tasso di iscrizione pari al **11,8%** dell'intera popolazione scolastica regionale, l'Emilia-Romagna è la regione italiana con la più alta percentuale di studenti di origine straniera frequentanti gli istituti scolastici.

GLI OBIETTIVI STRATEGICI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

La Regione, nel promuovere l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, individua tre finalità di ordine generale sulle quali ispirare l'insieme delle politiche regionali.

- la rimozione degli ostacoli al pieno inserimento sociale, culturale e politico;
- il reciproco riconoscimento e la valorizzazione delle identità culturali, religiose e linguistiche;
- la valorizzazione della consapevolezza dei diritti e dei doveri connessi alla condizione di cittadino straniero immigrato

In questa prospettiva la Regione Emilia-Romagna si è data 6 macro-obiettivi strategici di riferimento:

- 1. aumentare la conoscenza del fenomeno**
- 2. attivare strumenti e pratiche di *governance***
- 3. costruire relazioni positive**
- 4. garantire pari opportunità di accesso ai servizi**
- 5. promuovere la tutela legale**
- 6. partecipare al governo dei flussi migratori.**

... tali macro obiettivi si realizzano attraverso:

1. Gli strumenti normativi (e in particolare la Legge Regionale 5/2004: *norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati*);
2. Un programma triennale d'azioni trasversali (2006-2008) in tema di politiche sociali e della salute, politiche abitative, politiche scolastiche, educative, culturali e occupazionali;
3. Accordi e protocolli d'intesa con enti, associazioni e parti sociali su iniziative strategiche;
4. Programmi di finanziamento indirizzati agli Enti Locali ed all'associazionismo per implementare progetti specifici o di iniziativa regionale, principalmente attraverso lo strumento del *Programma Regionale per l'integrazione sociale degli immigrati*

La Legge Regionale **24 Marzo 2004 n. 5**, è la prima legge organica regionale sul tema dell'immigrazione approvata in Italia dopo la riforma del Titolo V. Questa norma riforma profondamente l'intera legislazione regionale in tema di immigrazione e mira a:

- Garantire a tutti uguaglianza di diritti e doveri;
- Accesso universalistico al sistema di welfare e contestuale negazione di servizi separati;
- Rafforzamento del dialogo e rispetto delle differenze;
- Contrastare il razzismo e la xenofobia;
- Promuovere la partecipazione alla vita pubblica e alle scelte politiche nei suoi vari aspetti (elezioni di consulte o di membri consiliari aggiunti nei consigli comunali, promozione di associazioni,...).

progetti articolati in:

- a) Azioni in favore di minori e loro famiglie;
- b) Realizzazione e consolidamento dei punti informativi per cittadini stranieri;
- c) Implementazione di specifiche attività di mediazione interculturale specialmente nei servizi e uffici pubblici;
- d) Alfabetizzazione alla lingua italiana, ponendo una particolare attenzione alle necessità delle donne immigrate;
- e) Contrastare lo sfruttamento a fini sessuali e il traffico di esseri umani
- f) Fornire protezione a rifugiati e richiedenti asilo;
- g) Azioni di promozione di diritti politici, rappresentanza e partecipazione alla vita pubblica

Salute: aree critiche

- > Mortalità nel primo anno di vita (CEDAP)
basso peso alla nascita
parti pretermine
controlli tardivi in gravidanza

Assistenza

- Ricorso all'i.v.g.
- Infortuni sul lavoro
- Aumentano le patologie croniche (tumori, diabete)
- Malattie del disagio sociale: tubercolosi, scabbia, malattie sessualmente trasmesse

Prevenzione

La domanda di prestazioni

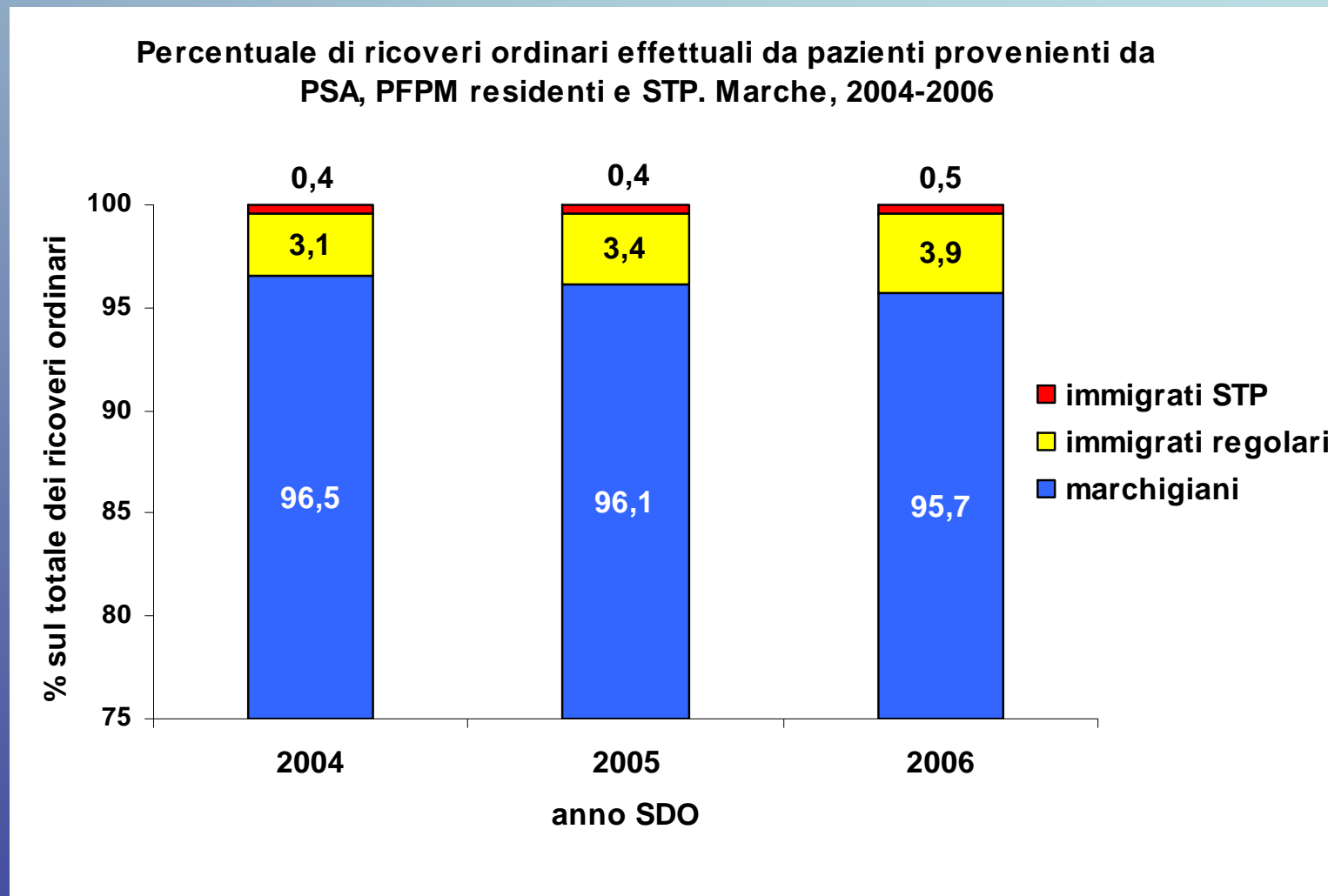
La domanda di prestazioni ospedaliere di ricovero è:

- inferiore a quella italiana negli uomini,
- uguale a quella italiana nelle donne, con l'eccezione delle prestazioni ostetriche
- uguale a quella italiana nei bambini <1 anno

con tassi in riduzione

La domanda di prestazioni di PS è elevata, indirizzata spesso in modo inappropriato.

Impatto contenuto del fenomeno sull'assistenza ospedaliera (3,4% nel 2005 in Italia)



AIE, Convegno di Primavera 2008 "La misura delle differenze etniche nella salute" S. Candela, P. Carletti

Principali cause di ricovero *ordinario*. Stranieri da Pfp, età 18+ anni. Italia, 2005

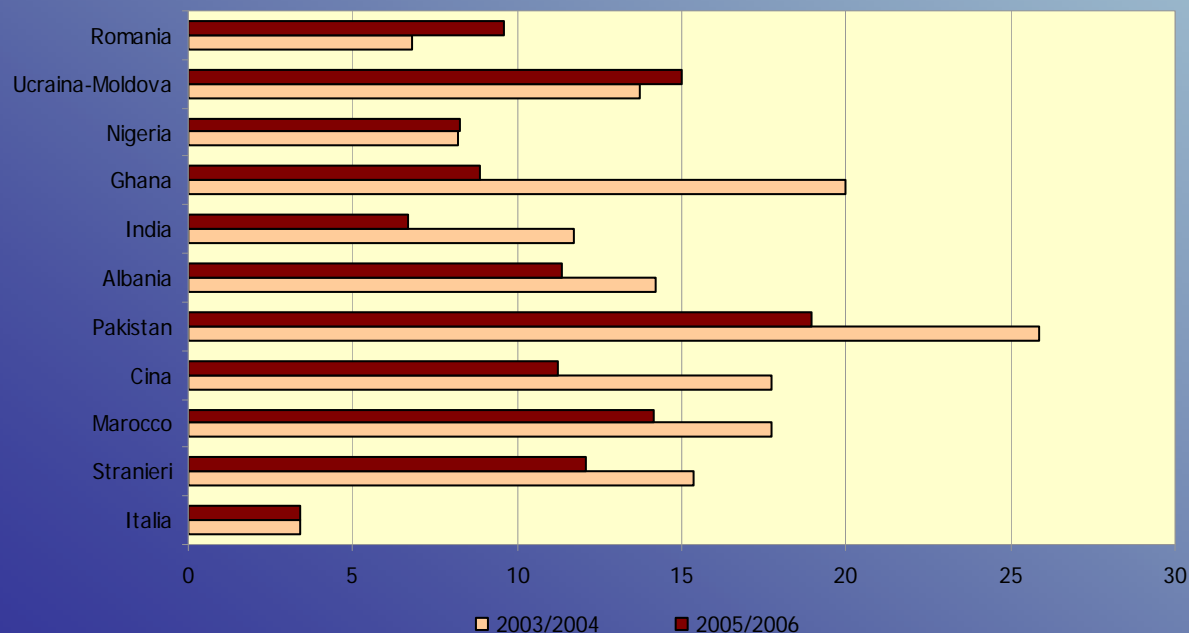
Ricoveri ordinari

Maschi (N=73.638)		Femmine (N=164.451)	
	%		%
traumatismi	24,5	gravidanza/parto	56,9
mal. app. digerente	13,9	mal. app. genito-urinario	7,3
mal. sist. circolatorio	9,9	mal. app. digerente	6,1
mal. app. respiratorio	8,6	tumori	4,8
mal. osteo-muscolari	6,1	traumatismi	4,1
mal. connettivo			

Assistenza in gravidanza a Reggio Emilia (Fonte: Cedap)

n. visite

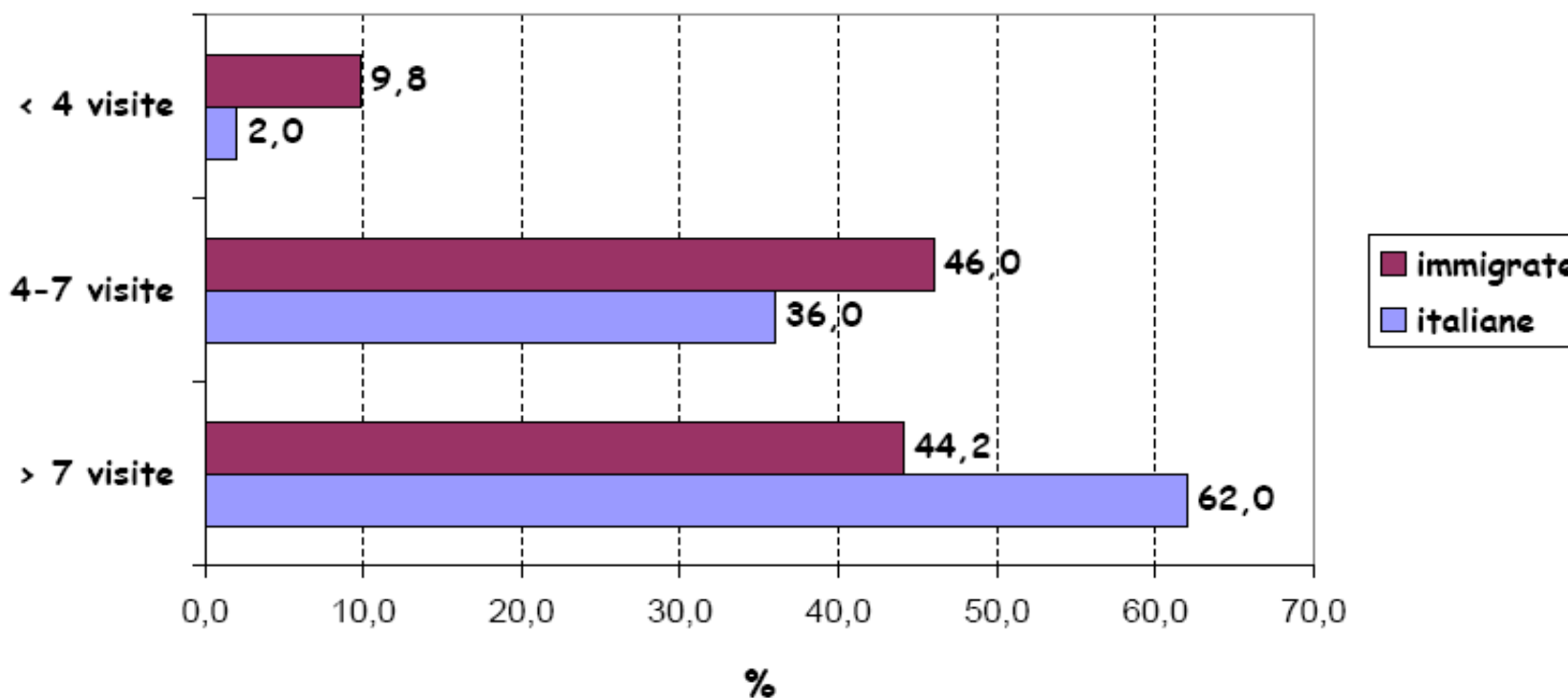
N. visite	Biennio 2003/2004				Biennio 2005/2006			
	Straniere		Italiane		Straniere		Italiane	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
<4 visite	282	15,2	258	3,4	268	12,1	266	3,4
4-7 visite	1.246	67,0	4.865	64,1	1.505	67,8	4.955	63,7
> 7 visite	333	17,9	2.466	32,5	446	20,1	2.555	32,9
Totale	1.861	100	7.589	100	2.219	100	7.776	100



Donne residenti,
% <4 visite per
nazionalità e
periodo

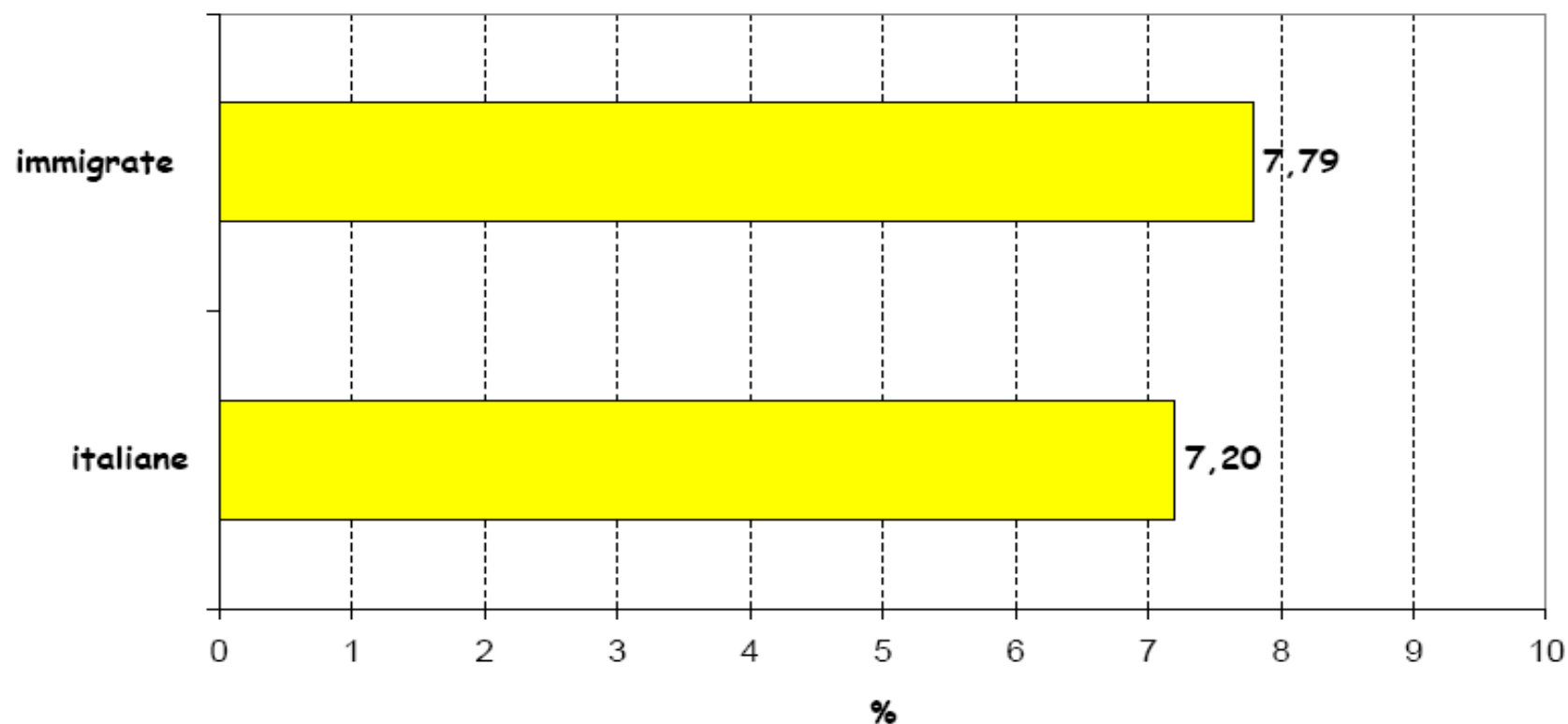
Certificato di Assistenza al Parto Regione Emilia-Romagna, anno 2007

N° di visite in gravidanza (dati percentuali) per cittadinanza della madre

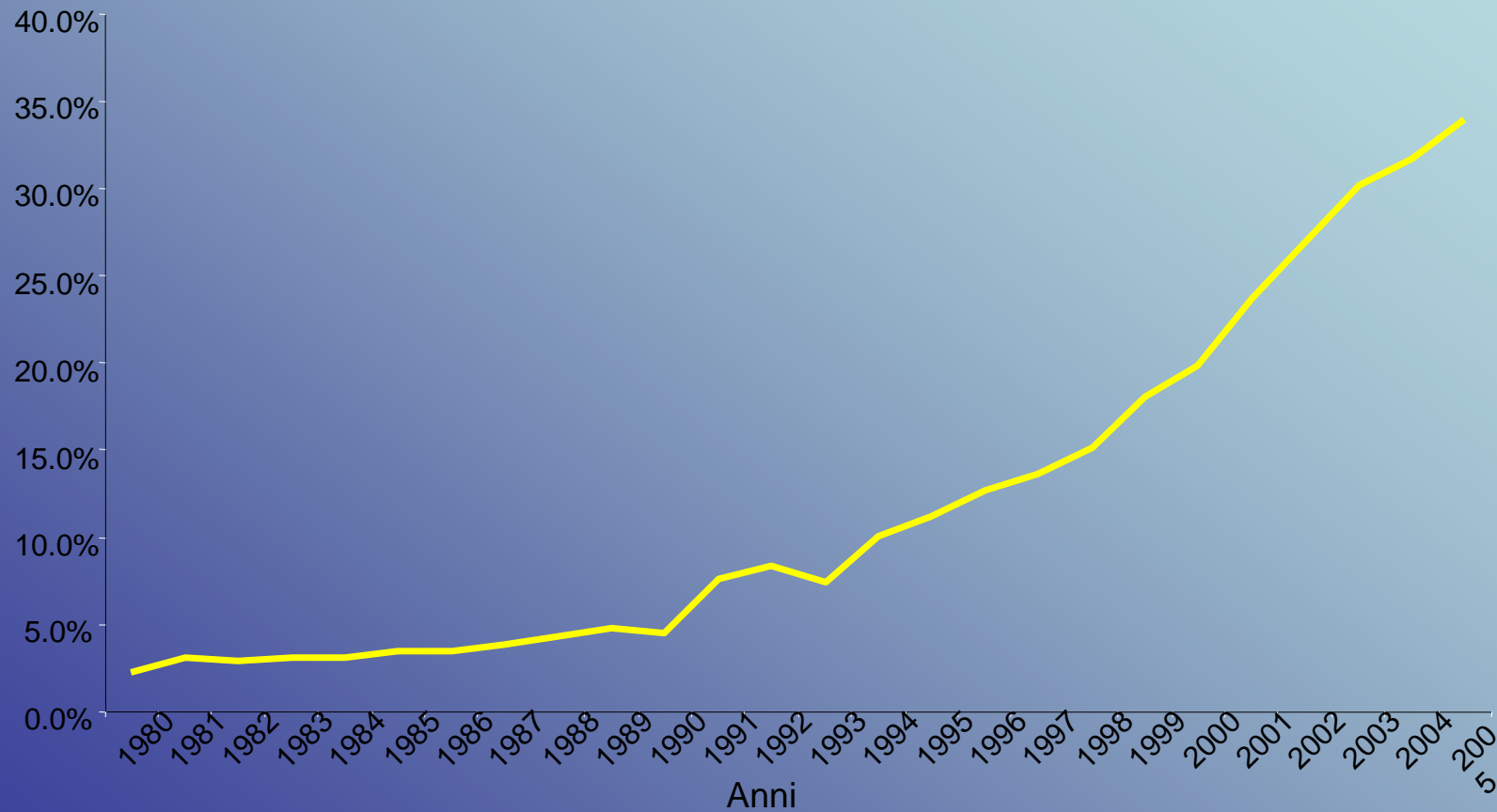


Certificato di Assistenza al Parto Regione Emilia-Romagna, anno 2007

Percentuale di parti pretermine per cittadinanza della madre

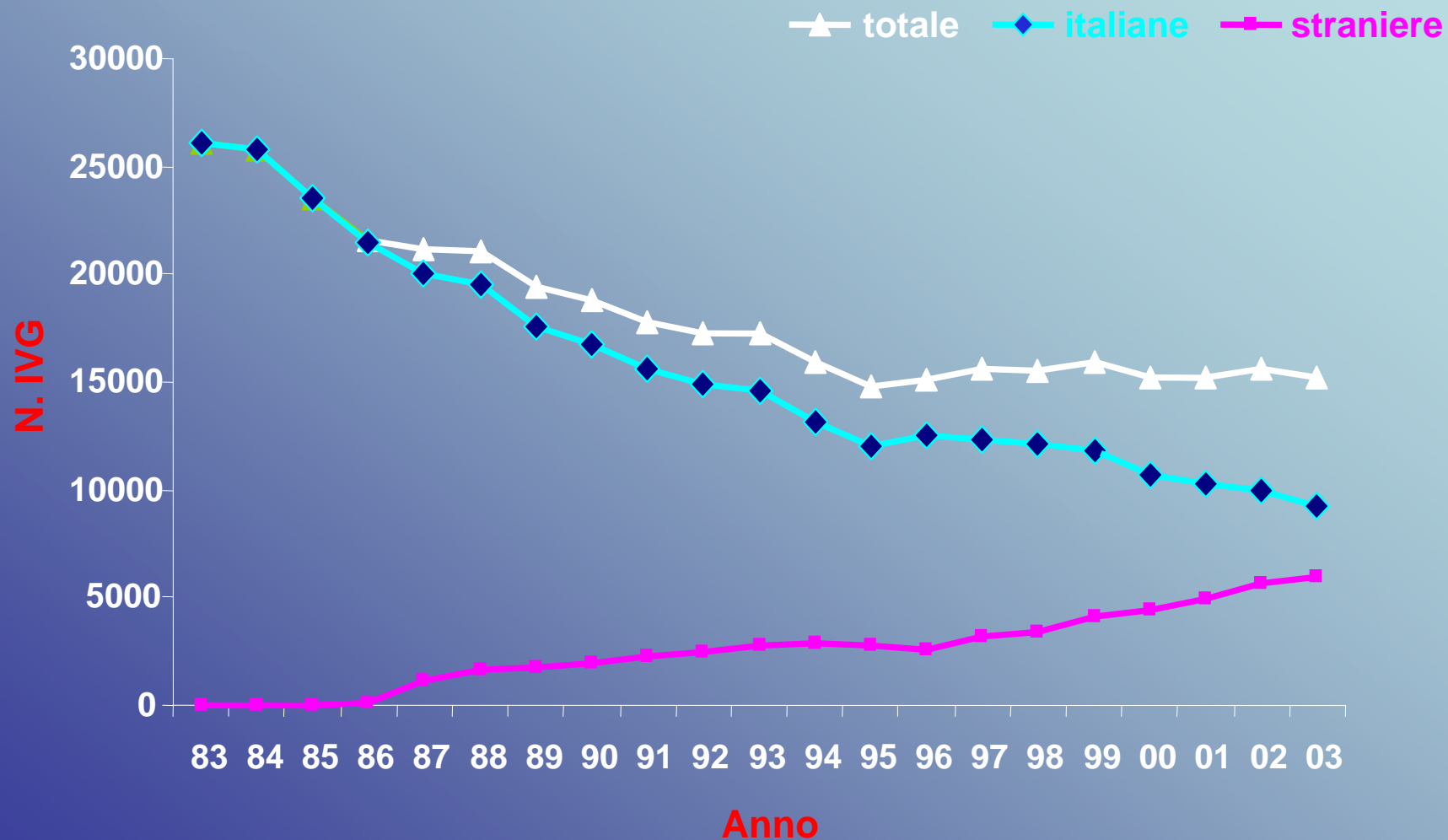


Percentuale di IVG effettuate da donne straniere in Italia, anni 1980-2005



Per gentile concessione di A. Spinelli, Iss

Numero di IVG per luogo di nascita. Italia, 1983-2003



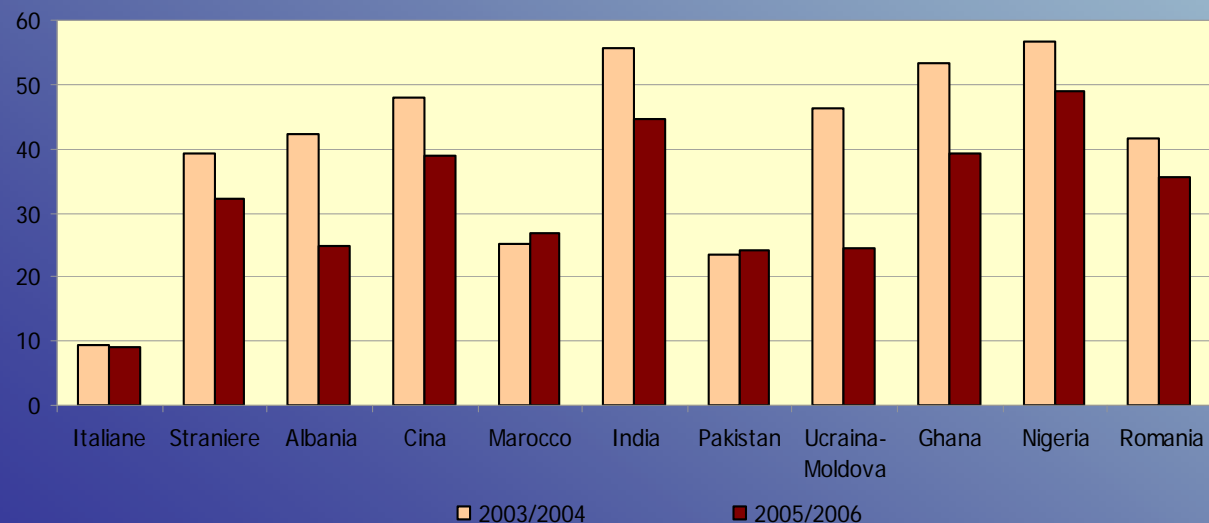
Per gentile concessione di A. Spinelli, Asp Lazio, Iss

IVG a Reggio Emilia

(Fonte: SDO)

Nazionalità	Biennio 2003/2004				Biennio 2005/2006			
	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %*	N° IVG	N° parti	Tasso	Rapp. %*
Italiane	1.650	7.676	9,5	21,5	1.582	7.788	9,1	20,3
Straniere resid.	743	1.829	39,1	40,6	754	2.286	32,1	33,0
STP	nd	nd	nd	nd	262	162	nd	161,7

*Rapporto %= n. IVG/ n. Parti x 100



Tassi x nazionalità e periodo

Malattie infettive

Tubercolosi

La tubercolosi viene considerata la malattia della povertà e dell'emarginazione sociale.

L'immigrazione da Paesi poveri ad alta endemia tubercolare verso Paesi ricchi a bassa prevalenza non dovrebbe costituire un rischio rilevante per seguenti ragioni:

1. Il processo migratorio viene affrontato da individui giovani e sani
2. Nel Paese ospite esiste un sistema sanitario di sorveglianza e curativo adeguatamente sviluppato
3. Sono a disposizione presidi farmacologici adeguati per un'efficace profilassi e un idoneo controllo della malattia

*....aree critiche
tubercolosi
Malattia della povertà*

Le condizioni di degrado socio ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel Paese "ospitante" fanno sì che il suo rischio globale di malattia e di vulnerabilità sia superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria.

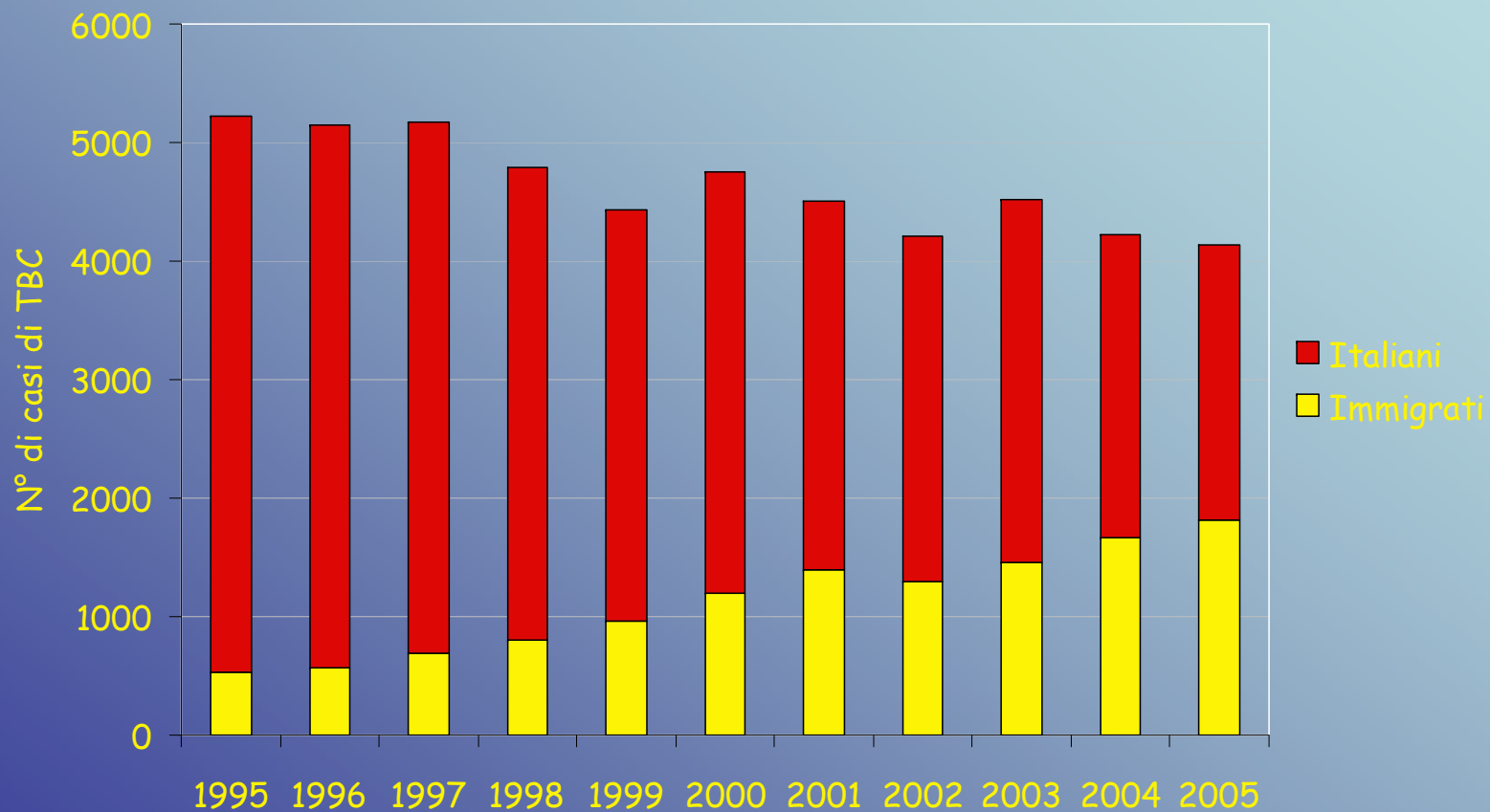
Gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale aumentano il rischio di reinfezione endogena.

La promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplica il rischio di prima infezione e reinfezione esogena.

Il problema della *compliance*, dell'accesso, alle strutture, della diagnosi precoce, della gratuità degli interventi sono le reali emergenze per affrontare questa tematica

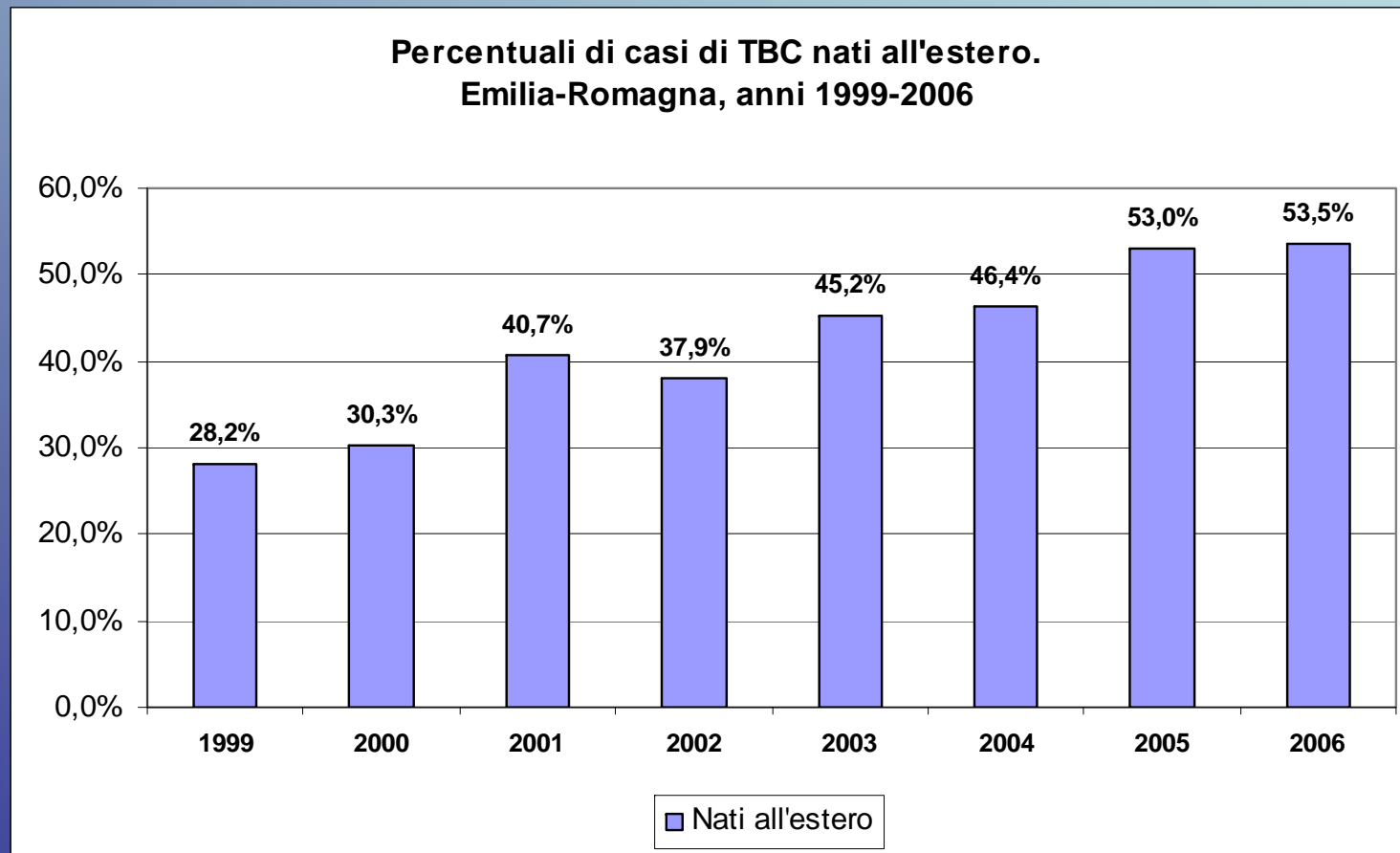


L'andamento della tubercolosi in Italia

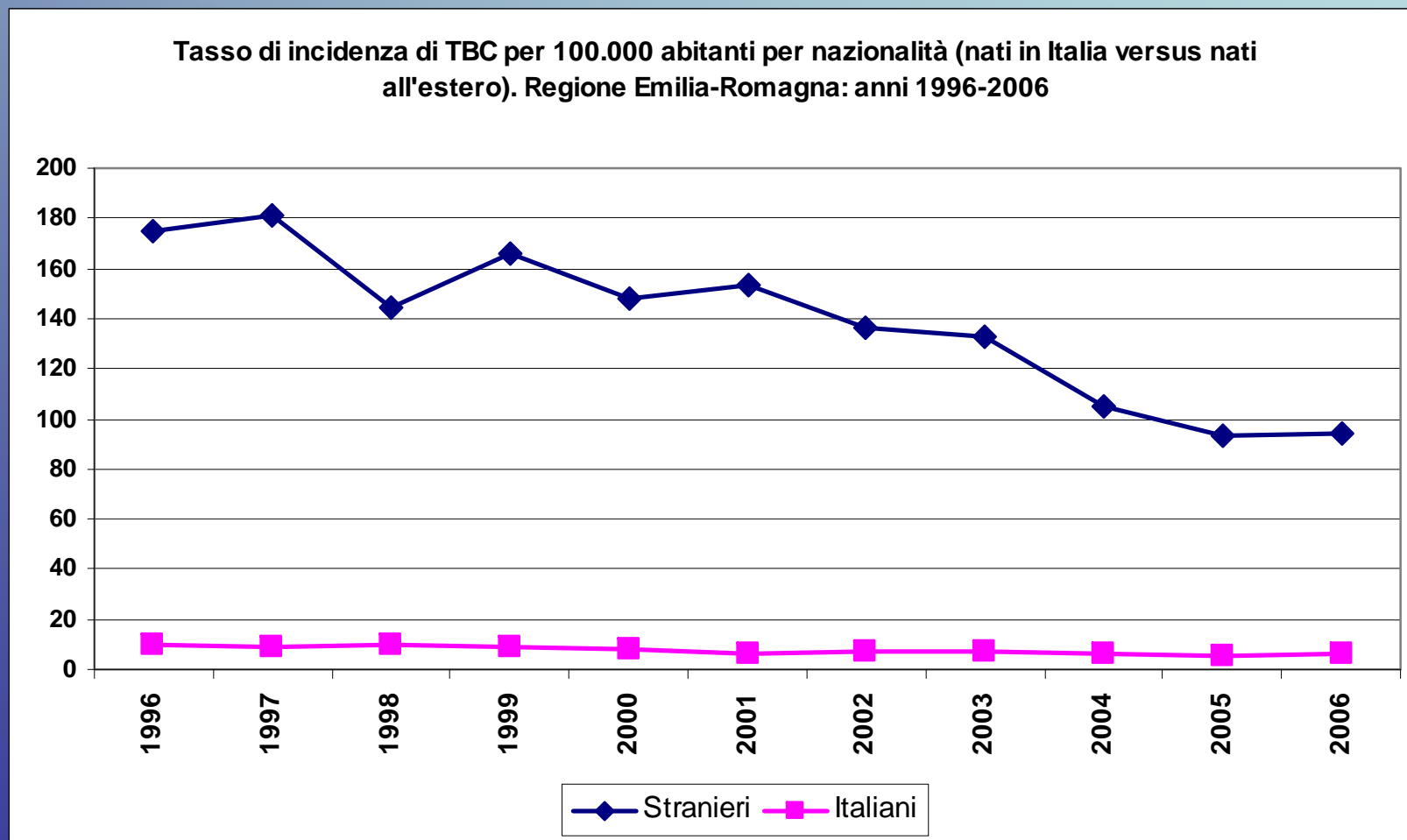


Fonte: Ministero salute, 2007

Tubercolosi in Emilia-Romagna: proporzione stranieri

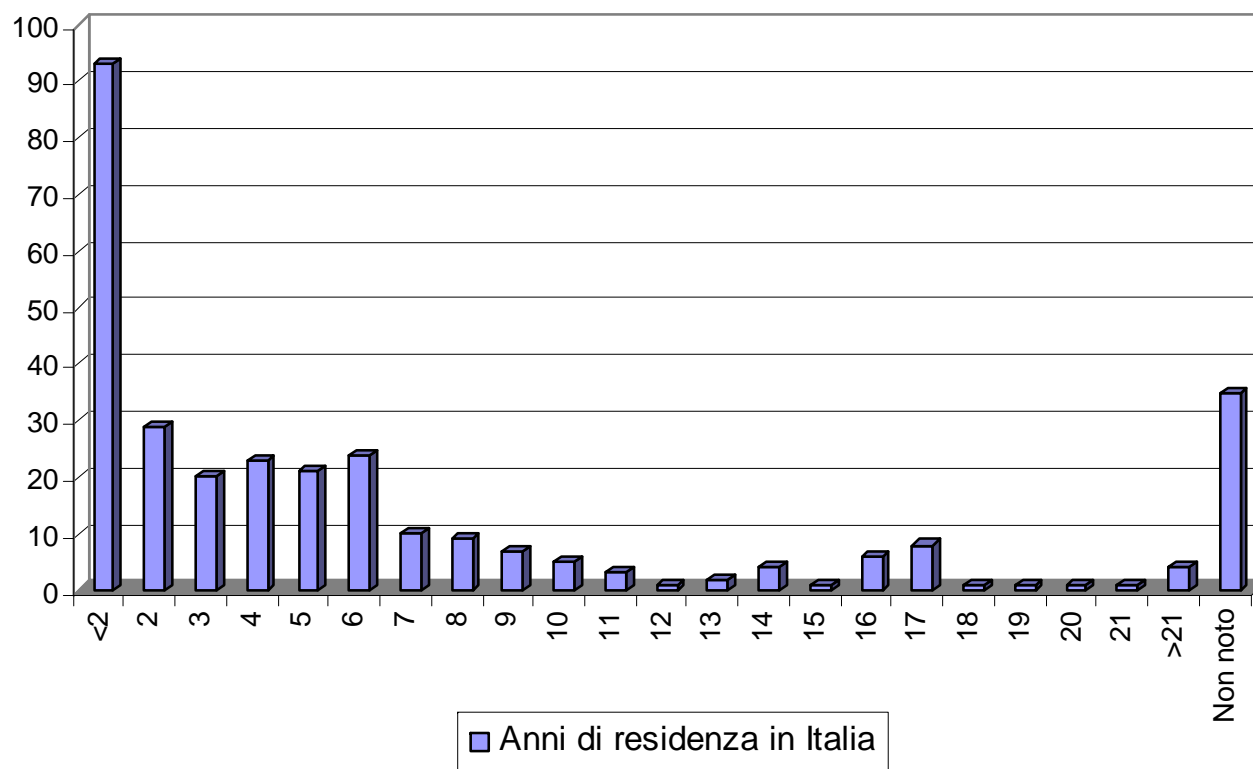


Tubercolosi in Emilia-Romagna: trend temporale



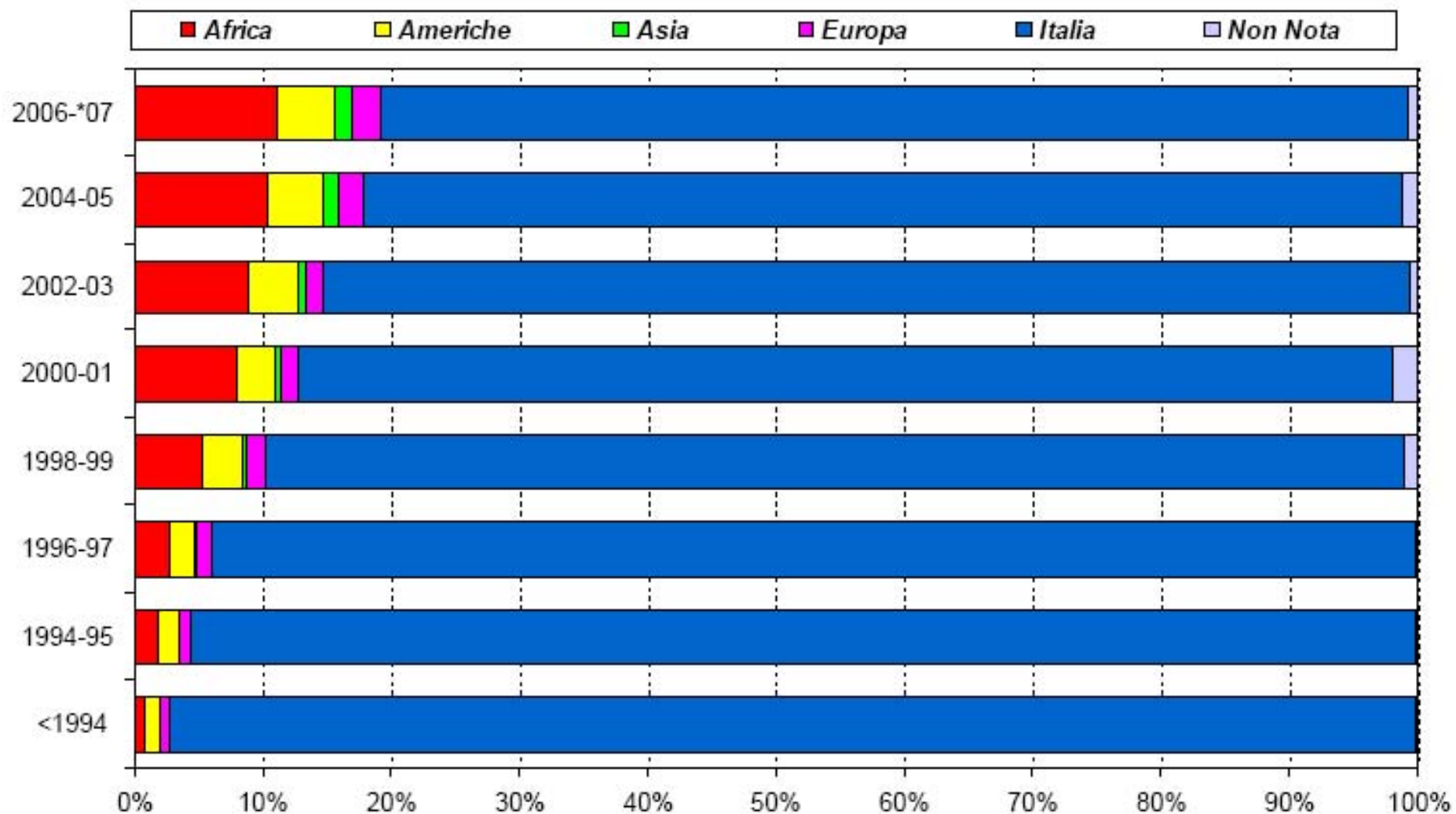
Tubercolosi in Emilia-Romagna: distribuzione dei casi negli stranieri in base agli anni di residenza in Italia

Casi di TBC notificati in cittadini nati all'estero per anni di residenza in Italia. Regione Emilia-Romagna, anno 2006



La distribuzione dei casi in relazione agli anni di residenza in Italia mostra come il 21,2% dei casi risieda da meno di due anni in Italia, mentre una quota consistente (34,1%) di casi è residente in Italia da 2 a 5 anni, il 31,9% da più di 5 anni. Per il 12,8% dei casi l'informazione non è disponibile.

Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per nazionalità anagrafica e periodo di diagnosi in Italia



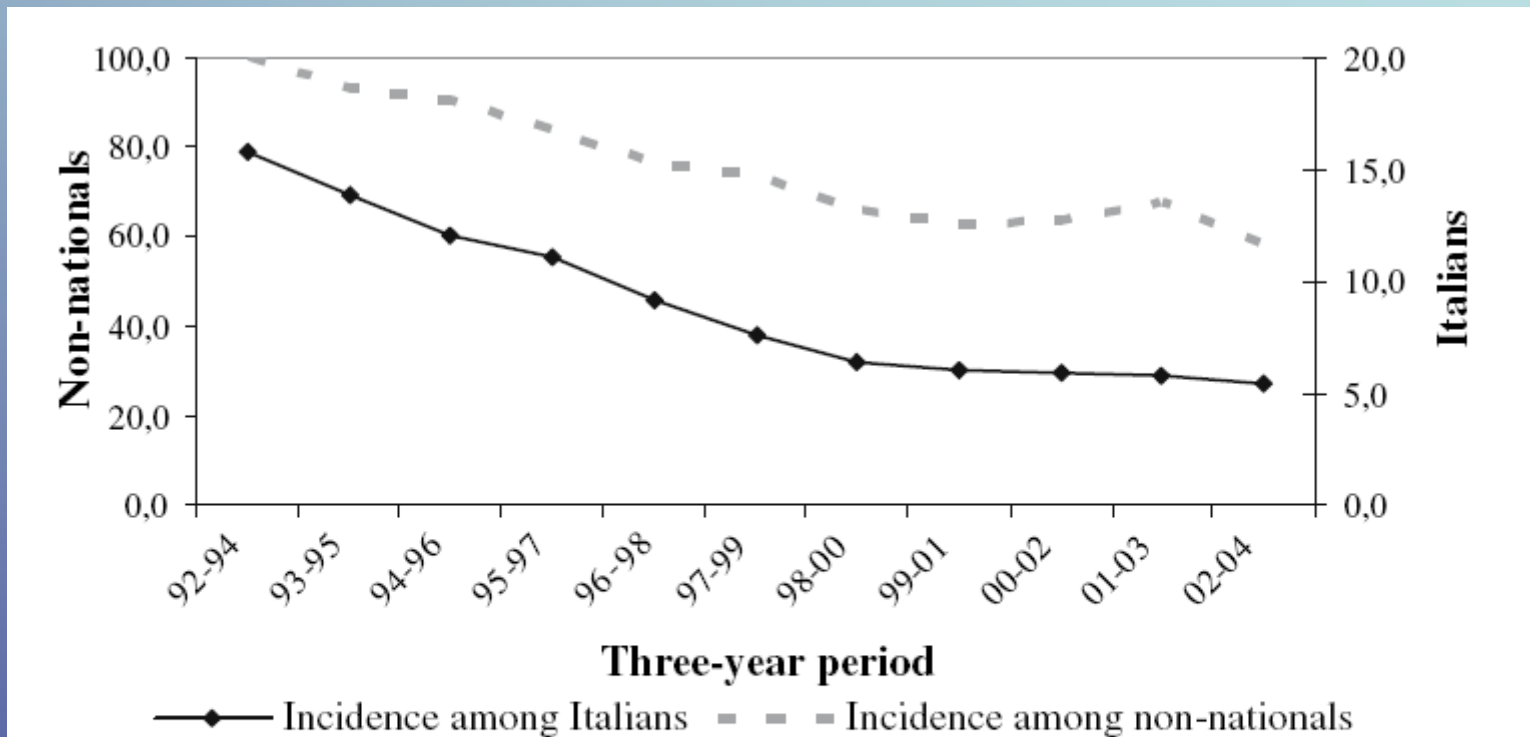


Fig. 4 Incidence of new diagnoses of HIV infection in the Italian and non-national population in the regions of Piemonte, Liguria, Veneto, Modena, and Lazio; Italy; 1992–2004

Camoni L, Salfa MC, Regine V, Pasqualini C, Borghi V, Icardi G, Curtale F, Ferro A, Suligo B.

"HIV incidence estimate among non-nationals in Italy".

Eur J Epidemiol. 2007;22(11):813-7. Epub 2007 Sep 28

Table 2 Crude and standardized incidence of new HIV diagnoses among non-nationals and Italians in the regions of Piemonte, Liguria, Veneto, Modena, and Lazio; Italy, 1992–2004

Period	Incidence among Italians	Incidence among non-nationals	Standardized incidence among non-nationals ^a	Standardized incidence ratio
1992–1994	15.7	99.8	80.6	5.1
1993–1995	13.8	92.7	72.4	5.2
1994–1996	12.1	90.3	69.5	5.8
1995–1997	11.0	83.8	64.0	5.8
1996–1998	9.2	75.9	58.7	6.4
1997–1999	7.6	73.3	56.9	7.5
1998–2000	6.4	65.6	50.2	7.8
1999–2001	6.0	62.9	47.5	7.9
2000–2002	5.9	63.2	46.6	7.8
2001–2003	5.8	67.3	50.7	8.8
2002–2004	5.4	57.7	43.7	8.1

^a Standardized by age and gender

Camoni L, Salfa MC, Regine V, Pasqualini C, Borghi V, Icardi G, Curtale F, Ferro A, Suligo B

"HIV incidence estimate among non-nationals in Italy".

Eur J Epidemiol. 2007;22(11):813-7. Epub 2007 Sep 28

Tabella 8 - Casi cumulativi di AIDS da contatto eterosessuale in adulti per tipo di rischio e sesso

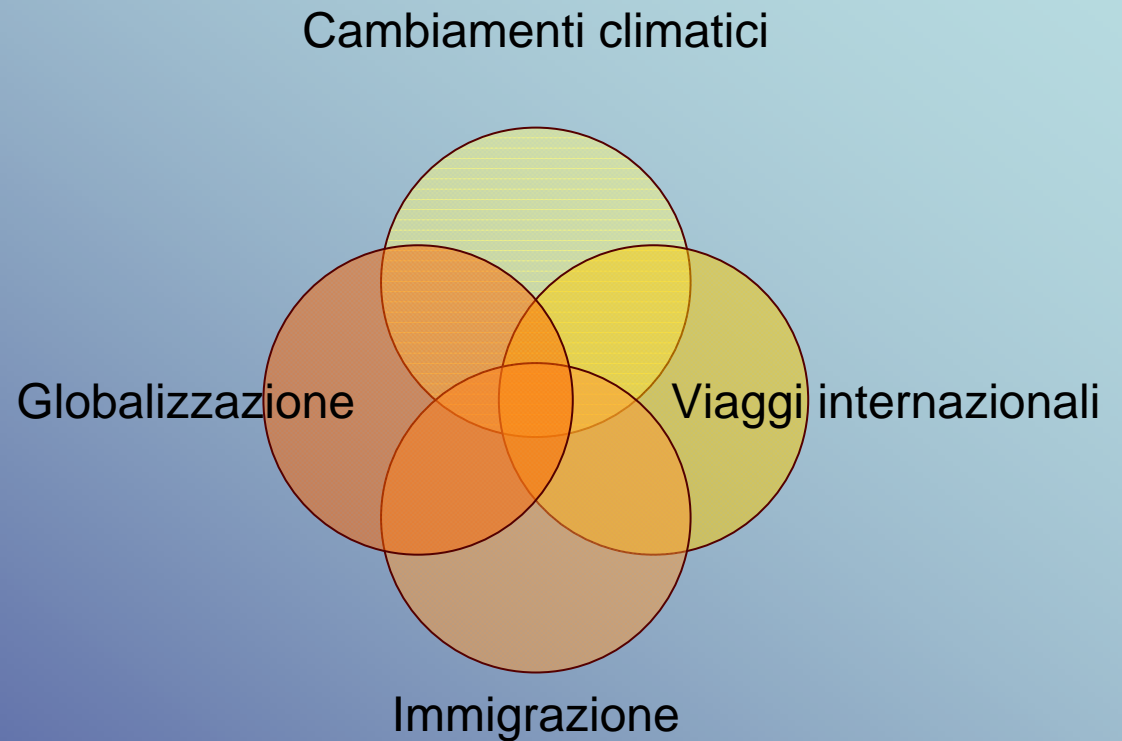
Tipo di rischio eterosessuale	Maschi con partner		Femmine con partner		Totale
	HIV non noto	HIV noto	HIV non noto	HIV noto	
Originario di zona endemica	437	24	298	36	795
Partner bisessuale	0	0	40	38	78
Partner tossicodipendente	507	218	890	1.179	2.794
Partner emofilico/trasfuso	9	15	18	36	78
Partner di zona endemica	261	28	40	13	342
Partner promiscuo*	5.055	619	1.870	1.110	8.654
Totale	6.269	904	3.156	2.412	12.741

(*) Paziente che ha presumibilmente contratto l'infezione attraverso contatti eterosessuali (inclusi i partner di prostituta e le prostitute) non includibili in nessuna delle altre categorie

Proporzione di casi legati a provenienza geografica da aree endemiche: 8,9%

Malattie infettive emergenti

- Malaria
- Dengue
- Chikungunya



Malaria di importazione in Italia

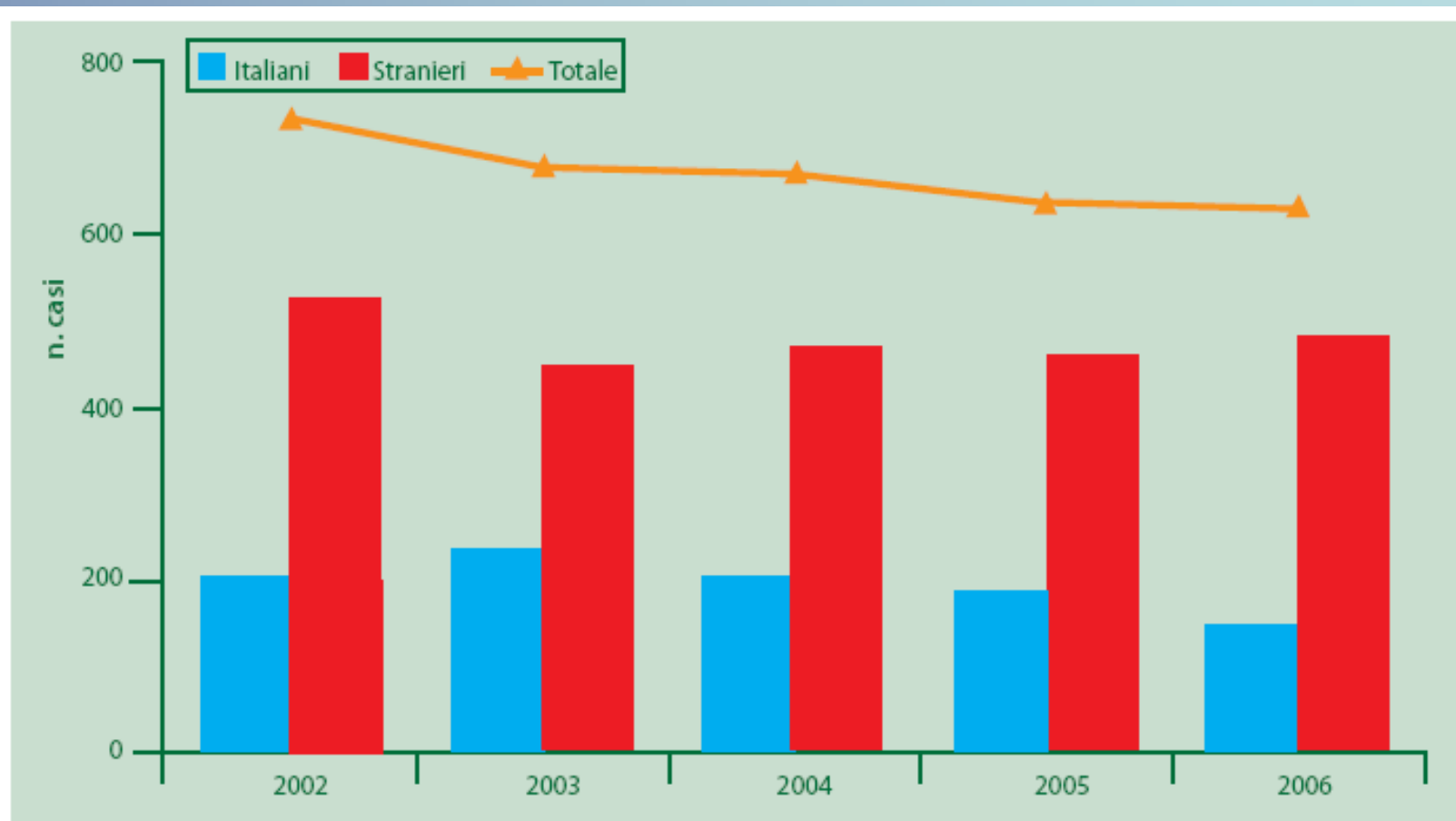
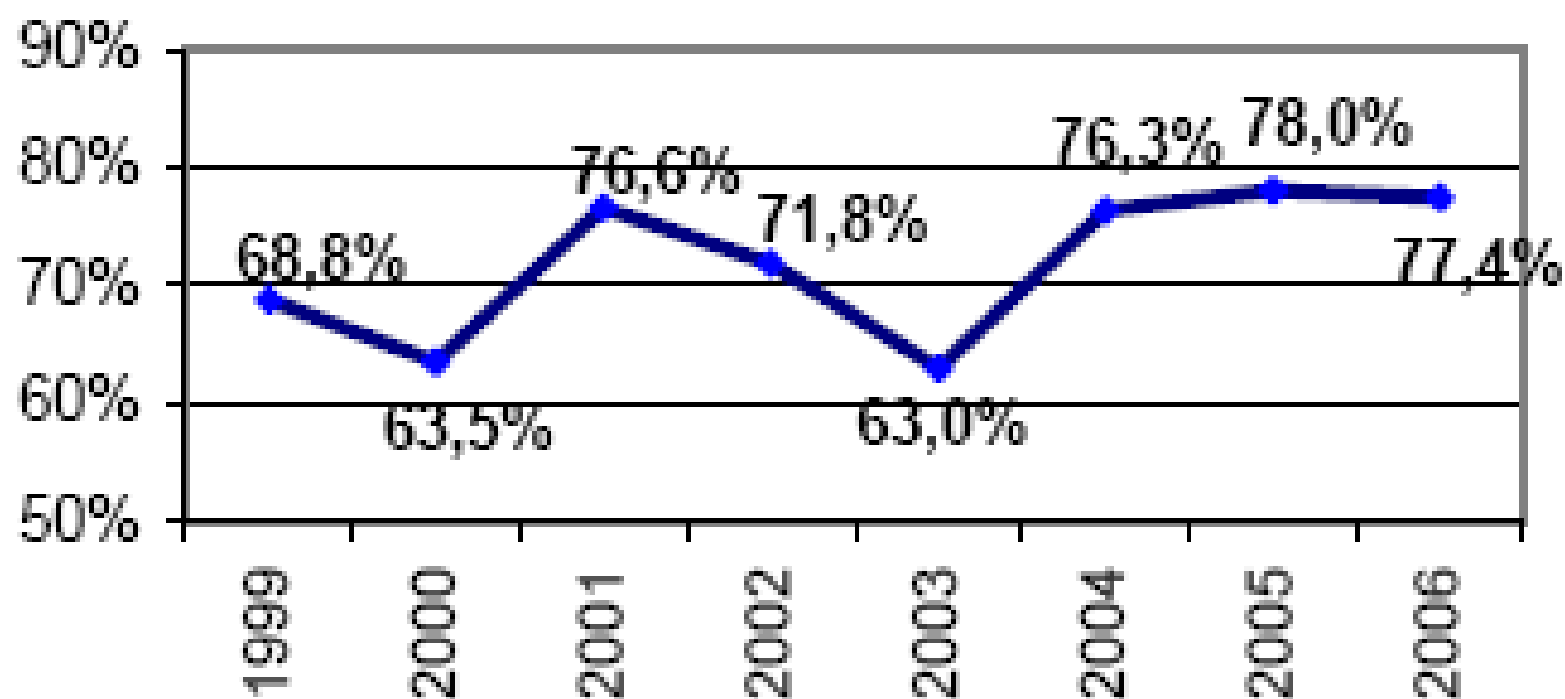


Figura 1 - Malaria d'importazione in Italia nel periodo 2002-2006: numero di casi per cittadinanza

Regione Emilia-Romagna. Malaria

Grafico 6 - Percentuale di persone malate nate all'estero. Periodo 1999-2006





MISSION REPORT

CHIKUNGUNYA IN ITALY

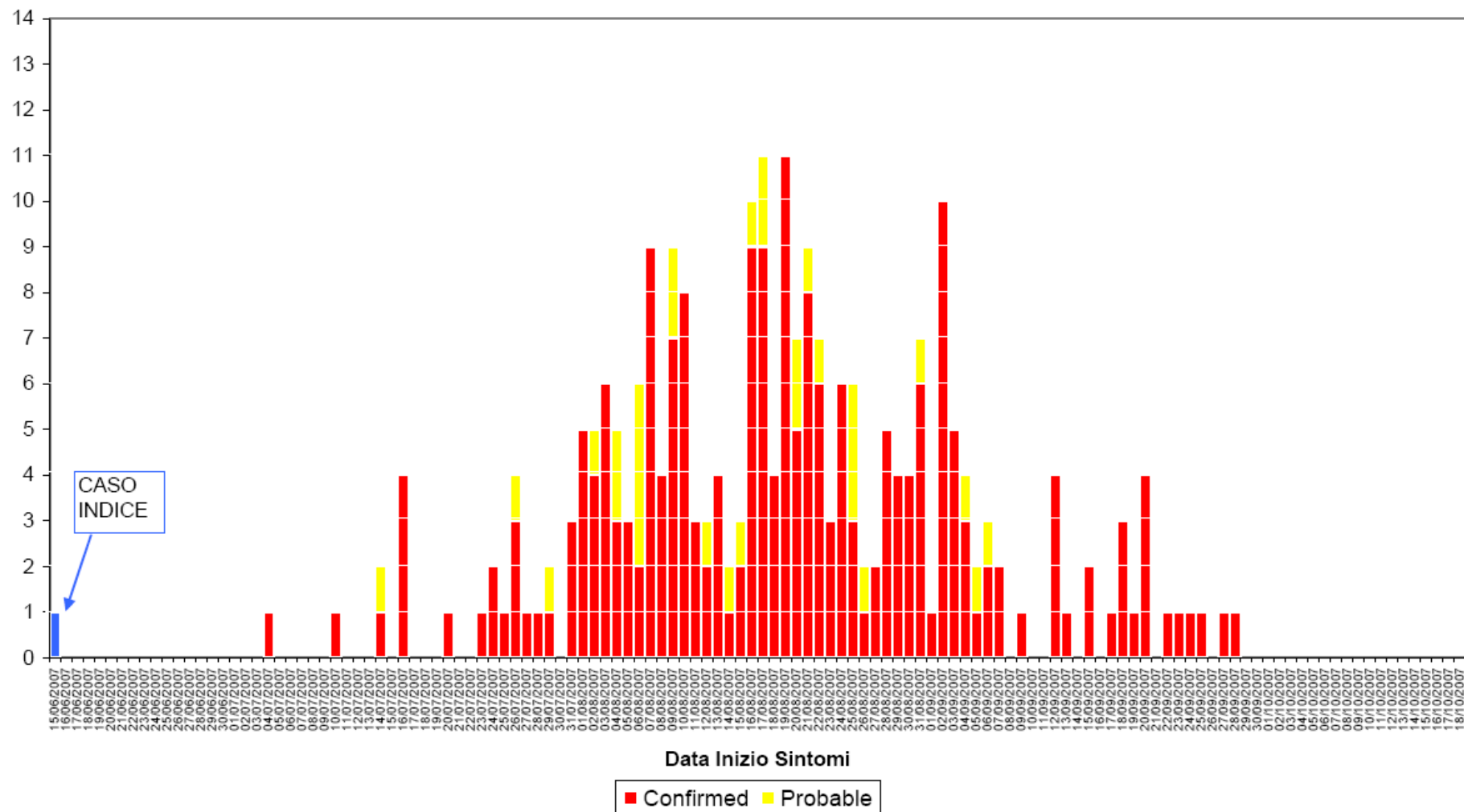
Joint ECDC/WHO visit for a
European risk assessment
17 – 21 September 2007



MEETING REPORT

Consultation on Chikungunya
risk assessment for Europe
Stockholm, 30 March 2006

CURVA EPIDEMICA GENERALE DEI CASI NOTIFICATI DI INFEZIONI DA VIRUS CHIKUNGUNYA (217 CONFERMATI - 30 PROBABILI) Aggiornamento 16/01/2008, ore 12.00



PIANO REGIONALE DELL'EMILIA-ROMAGNA PER LA LOTTA ALLA ZANZARA TIGRE E LA PREVENZIONE DELLA CHIKUNGUNYA E DELLA DENGUE – ANNO 2008

INDICE SOMMARIO

1	PREMESSA	Pag. 2
2	QUADRO EPIDEMIOLOGICO E SCENARI	Pag. 4
3	PIANIFICAZIONE E COORDINAMENTO	Pag. 8
4	LOTTA ALLA ZANZARA TIGRE	Pag. 11
5	SORVEGLIANZA SANITARIA E CONTROLLO DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ZANZARA TIGRE	Pag. 24
6	FORMAZIONE	Pag. 36
7	COMUNICAZIONE	Pag. 38
	ALLEGATO 1: strutture di coordinamento	Pag. 42
	ALLEGATO 2: indicazioni operative per la disinfestazione	Pag. 43
	ALLEGATO 3: scheda di notifica e sorveglianza di caso di Chikungunya o Dengue	Pag. 46
	ALLEGATO 4: metodo per quantificare il rischio di trasmissione trasfusionale	Pag. 50

Chikungunya e Dengue importati nel 2008 in Emilia-Romagna

Sono stati confermati:

4 casi importati di Dengue: 2 in cittadini stranieri

Donna di 22 anni, residente a Parma nata in Brasile, con soggiorno nei 15gg precedenti all'esordio dei sintomi in **Brasile (Bahia)**.

Donna di 51 anni, residente a Bologna nata nelle Filippine, con soggiorno nei 15gg precedenti all'esordio dei sintomi nelle **Filippine**.

1 caso importato di Chikungunya in 1 cittadino straniero

Uomo di 55 anni, residente a Bologna nato in Srylanka, con soggiorno nei 15gg precedenti all'esordio dei sintomi in **Srylanka**.



Quindi su 5 casi, 3 sono relativi a cittadini stranieri

Sicurezza sul lavoro

Infortuni sul lavoro

Molti si fanno male sul lavoro

Bisogni di salute

Tipo di definizione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Temporanei tot.	10.089	10.011	9.791	9.234	9.108	8.591	8.287
<i>% immigrati</i>	12,9	13,3	15,7	16,6	18,6	18,8	19,2
Permanenti tot.	365	357	349	387	456	467	316
<i>% immigrati</i>	10,4	10,4	8,6	12,7	16,4	14,8	13,9
Mortali totale	18	12	25	21	12	13	5
<i>% immigrati</i>	16,7	16,7	24,0	0,0	16,7	15,4	40,0
Totale	10.550	10.439	10.231	9.696	9.651	9.122	8.678
di cui immigrati	1.359	1.383	1.586	1.594	1.791	1.705	1.661
<i>% immigrati</i>	12,9	13,2	15,5	16,4	18,6	18,7	19,1

Fonte: OREIL su dati INAIL

Reggio Emilia, 10 ottobre 2008

Vaccinazioni

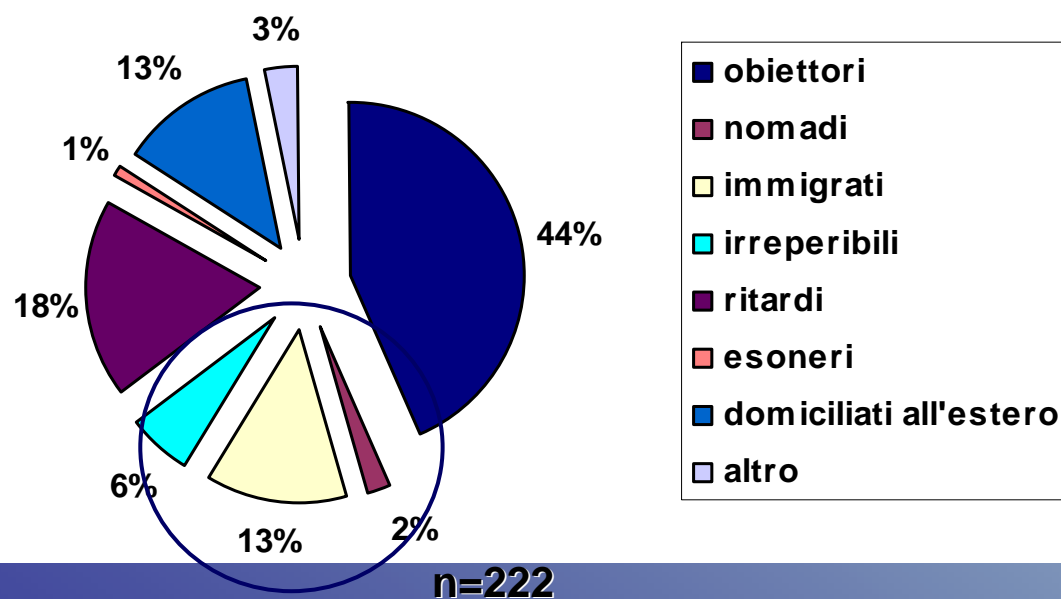
Regione Emilia-Romagna. Copertura per le vaccinazioni obbligatorie (difterite-tetano-polio-epatite B) al 24° mese - anno 2007

N° nati 2005 = 39.119

Copertura al 24° mese: 97,3%

N° non vaccinati = 1.051

Motivazione per la mancata vaccinazione: distribuzione % dei non vaccinati al 24° mese per le vaccinazioni obbligatorie



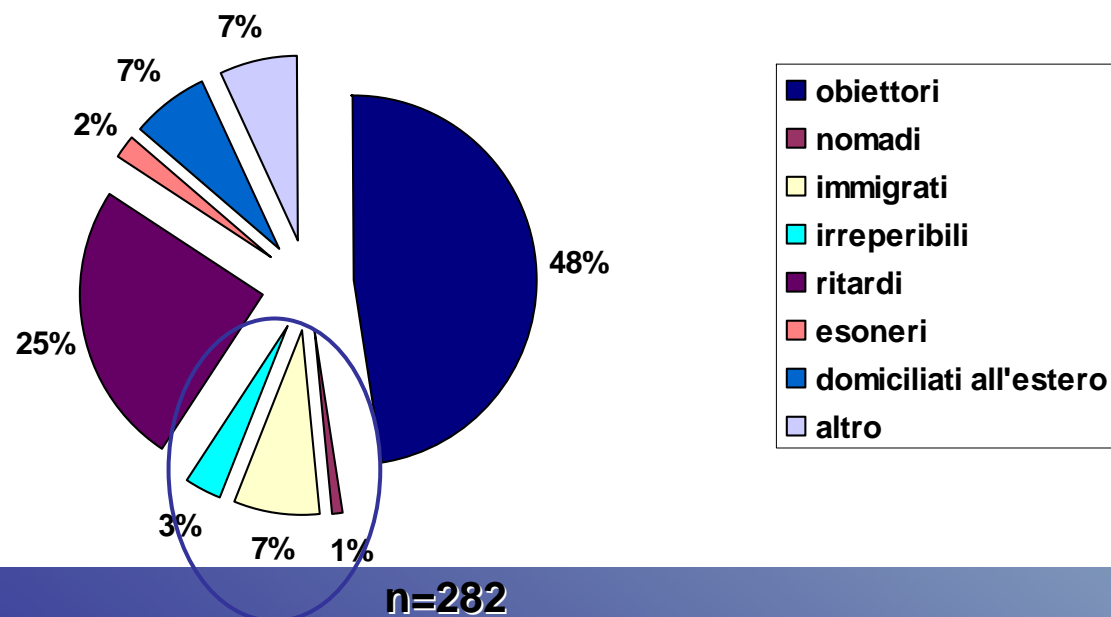
Copertura per Morbillo al 24° mese - anno 2007

N° nati 2005 = 39.119

Copertura al 24° mese: 93,5%

N° non vaccinati = 2.402

Motivazione per la mancata vaccinazione: distribuzione % dei non vaccinati al 24° mese per morbillo



Screening oncologici

Principali barriere allo screening delle donne straniere



Difficoltà di accesso alle strutture sanitarie



Problematiche relative alla comprensione dei messaggi



Scarsa informazione e cultura di prevenzione



Incompatibilità tra i valori culturali, religiosi delle donne e le procedure alla base dello screening???



Fattori emotivi e psicologici (repressione, paura della malattia, imbarazzo per il test di screening, ecc...)

Posizione socio-economica:

(Strettamente legata alla razza/etnicità)

- ▣ spesso la variabile etnicità usata come “proxy” dello stato socio economico
- ▣ alti redditi sono predittivi di più alta propensione allo screening
- ▣ all'interno dello stesso gruppo etnico le donne con una posizione socio-economica più bassa presentano un rischio più alto di cancro del collo dell'utero
- ▣ aggiustando all'interno della condizione socio economica, la povertà è la condizione predittiva di alta incidenza di tumore del collo dell'utero.

Popolazione immigrata

Fattori legati ad una **più alta adesione al test** di screening nella popolazione immigrata sono:

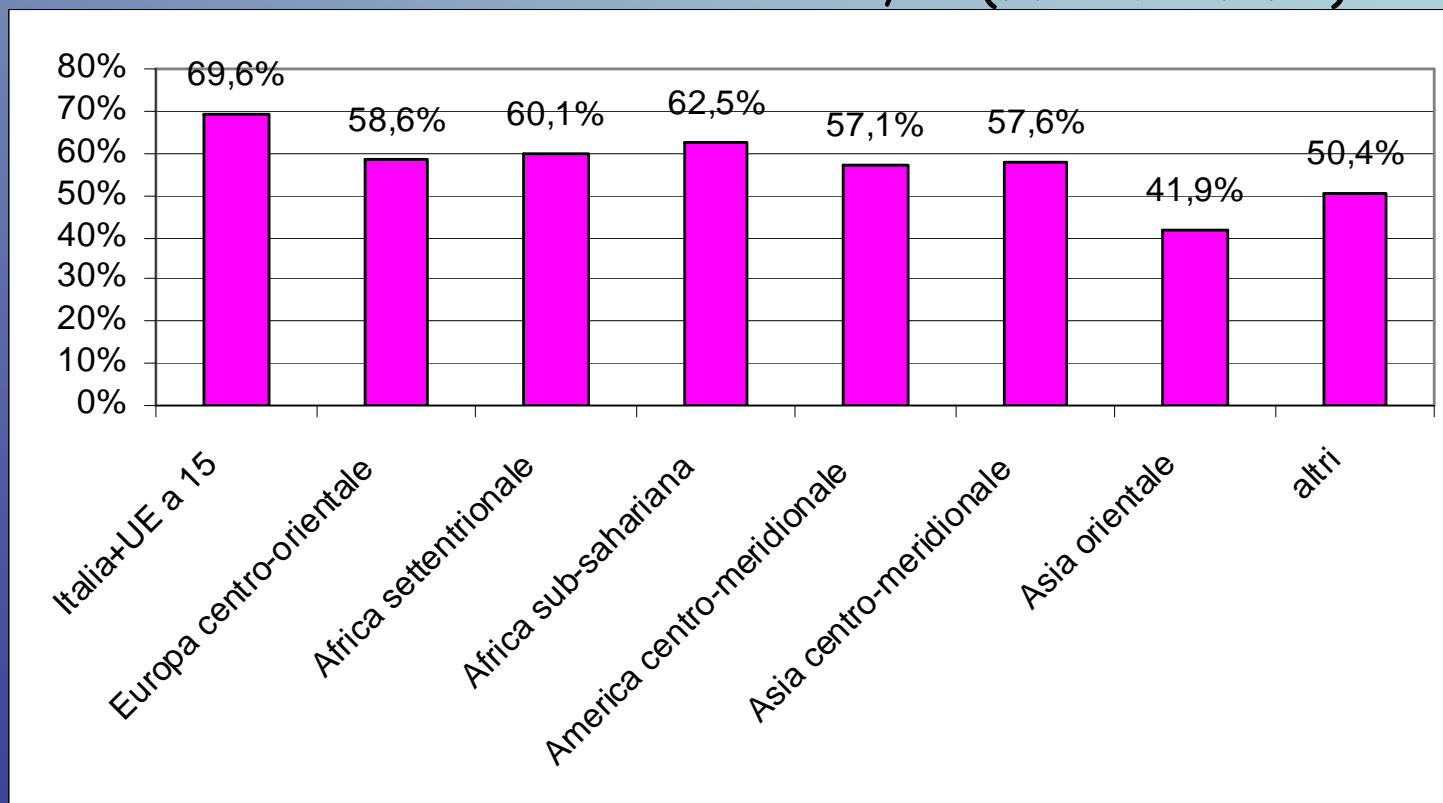
- ✓ alto livello socio-economico
- ✓ presenza di assicurazione sanitaria
 - ✓ giovane età
 - ✓ occupazione
 - ✓ orario di lavoro ridotto
 - ✓ alto livello scolastico
- ✓ buona conoscenza dell'inglese
- ✓ immigrazione da più lungo periodo.

STRATEGIE PER MIGLIORARE

- Coinvolgere le comunità
- Identificare e collaborare con i leader delle comunità
- Mantenere un'elevata confidenzialità
- Approccio multidisciplinare: staff misto, mediatori culturali e volontari
- Lavorare *per e con* le comunità
- Usare un modello di empowerment

COLLO UTERO adesione al 1° livello (68,1%)

italiane 69,6% (87.221/125.359)
non italiane 57,1% (9.414/16.496)



*ONS -
6° rapporto*

Italia

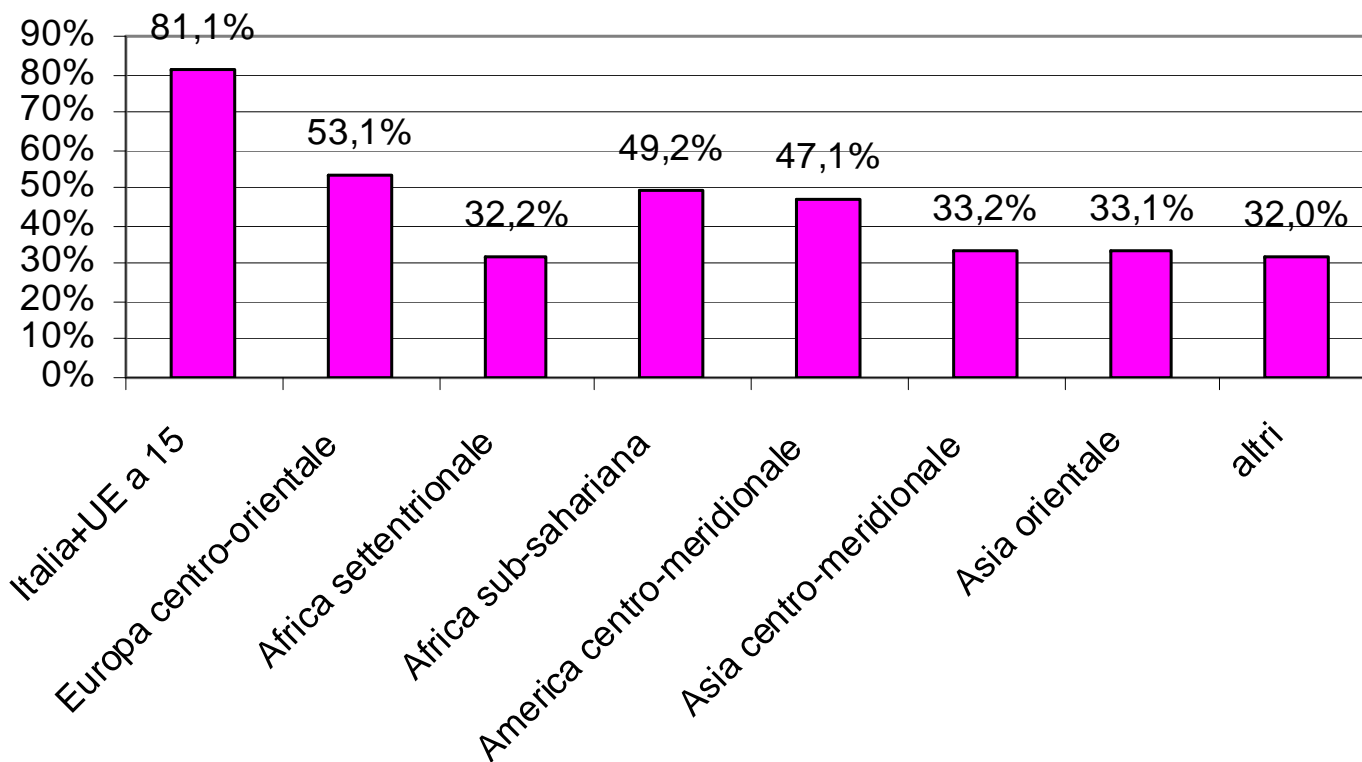
*adesione all'invito
38,5%
(14,4%-63,8%)*

*adesione alla
colposcopia
84,7%*

*adesione al 2° livello: dati GISCI 2007
1919 donne inviate 90,6% adesione
italiane 91,3% - non italiane 88,4%*

MAMMELLA adesione al 1° livello (79,4%)

italiane 81,1% (43.594/53.769)
non italiane 47,3% (1.321/2.795)



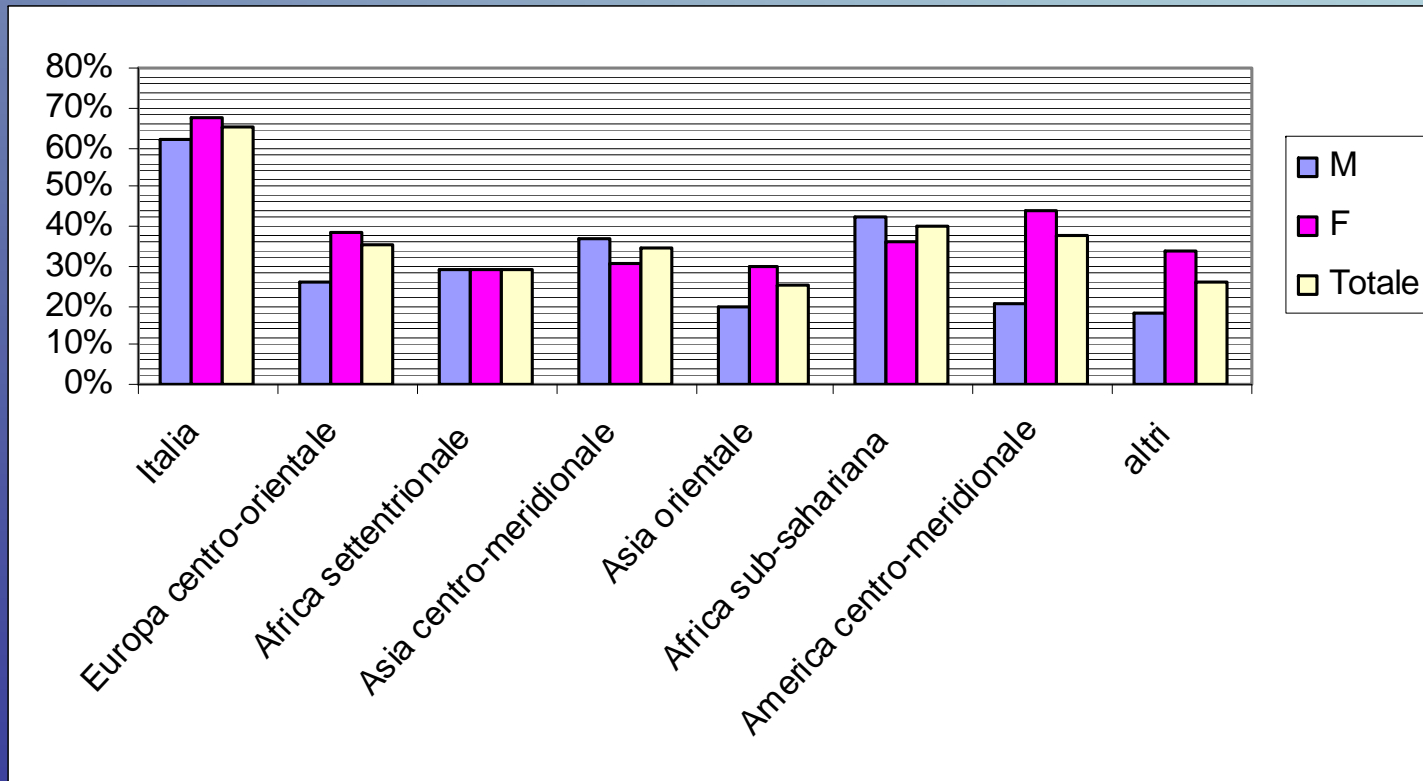
*ONS -
6° rapporto*

*Italia
adesione all'invito
56,6%*

*nord Italia
60,5%
centro Italia
56,0%
sud Italia
38,3%*

COLON RETTO adesione al 1° livello (63,8%)

italiani 65,0% (75.352/115.901) F 67,7% - M 62,3%
non italiani 33,0% (1.459/4.421) F 36,3% - M 28,5%



*ONS -
6° rapporto*

*Italia
adesione all'invito
44,6%*

*Emilia-Romagna
47,4%*

*min 22,8%
max 64,3%*

Ringraziamenti

- **Andrea Stuppini**, Responsabile Servizio Politiche per l'Accoglienza e l'Integrazione Sociale, Regione Emilia-Romagna
- **Silvia Candela, Marina Greci, Luisa Paterlini**, Azienda USL di Reggio Emilia

Grazie per l'attenzione!