PATOLOGIE EMERGENTI E RIEMERGENTI

Globalizzazione, Migrazione, Salute e Vaccini

Giovedì 6 novembre 2008, ore 08.30 – 16.30

CAMERA DEI DEPUTATI
Palazzo Marini - Sala delle Conferenze
Via del Pozzetto, 158 Roma

LE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI NELLA PROVINCIA DI ROMA

Dott. Ottavio Latini, Prof. Aldo Morrone
Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

La richiesta di salute è strettamente correlata ad una serie di fattori sociali che vanno dalle condizioni economiche ed igienico-abitative, alla mobilità urbana ed extra-urbana, agli impegni lavorativi spesso lontani dalle strutture sanitarie disponibili nel vasto territorio della Provincia di Roma. Bisogna considerare con sempre maggiore attenzione questi fattori sociali nel rimodulare l'offerta sanitaria nei grandi e nei piccoli centri cercando di ottimizzare e razionalizzare le risorse umane ed economiche.

La maggioranza dei pazienti immigrati che si rivolge al San Gallicano (88,2%), così come ad altri servizi ambulatoriali del Comune di Roma, risulta essere domiciliata nello stesso Comune; la percentuale invece di immigrati non residenti nella Capitale che viene ricoverata negli ospedali capitolini, in regime Ordinario o di Day Hospital, risulta nettamente più alta e dimostra un trend in continua ascesa. Alcune motivazioni che possono giustificare queste differenze sono note: il potere attrattivo dei grandi Ospedali, la minore offerta di analoghi servizi di ricovero in periferia, l'elevata integrazione di servizi specialistici all'interno della stessa struttura, il minor ricorso agli ospedali pubblici da parte dei pazienti italiani che sempre più spesso prediligono le strutture private. Accanto a queste ci sono ora delle altre motivazioni che possono giustificare questo maggior utilizzo degli Ospedali pubblici da parte degli immigrati: prima fra tutte la stabilizzazione ed il miglioramento delle condizioni economiche e sociali già ricordati, ma anche il progressivo invecchiamento della popolazione immigrata di prima generazione che, al pari di quella italiana, necessita con maggior frequenza di cure mediche ospedaliere per le patologie più frequenti nella relativa fascia d'età (>65 anni). Non si può tuttavia dimenticare che l'elevata prevalenza dei traumatismi (tra i maschi) e delle patologie della gravidanza e del puerperio (tra le femmine) rappresentano ancora le principali cause di ricovero tra gli immigrati.

Si conferma quindi la necessità di promuovere degli interventi formativi multiculturali in grado di migliorare le conoscenze degli operatori sanitari medici e non medici che operano nei grandi Ospedali pubblici. Questi ultimi infatti verranno utilizzati con sempre maggior frequenza da pazienti provenienti da culture altre ed il cui bisogno di salute potrà

essere adeguatamente compreso e soddisfatto solo mediante adeguati corsi di formazione multidisciplinari ed interculturali.

Inoltre si osserva anche come una migliore conoscenza del fenomeno migratorio nella sua *"intrinseca dinamicità"* passa anche attraverso una riduzione della disomogenea distribuzione dei servizi sanitari territoriali, una condivisione di protocolli di intervento e linee-guida nelle diverse realtà territoriali, una messa in rete delle esperienze più significative nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria degli immigrati e delle altre fasce di popolazione socialmente svantaggiate utilizzando gli strumenti, le competenze e le risorse che sono state recentemente destinate dal Ministero della Salute al *"Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà"*. Questa iniziativa conferma la volontà politica di considerare finalmente *"strutturale"*, come di fatto è, il fenomeno migratorio nel nostro Paese e propone il ruolo centrale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come pietra miliare sulla quale costruire un nuovo modello di welfare in grado di garantire una riduzione della povertà ed un miglioramento delle condizioni sociali ed economiche dell'intera comunità nazionale. Questo ruolo del SSN come volano dell'economia si è già dimostrato valido in alcune esperienze locali condotte in diversi Paesi europei ed è stato apprezzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che ha pubblicato un volume dal titolo *"I Sistemi Sanitari Affrontano la Povertà"*[1].

Sebbene molti autori[2] abbiano già dimostrato la paradossale importanza e l'interconnessione dei processi di *"localizzazione"* nell'ambito del fenomeno della *"globalizzazione"*, si assiste purtroppo ancora oggi ad esempi di interventi e processi *"locali"* che non tengono minimamente conto dell'ineluttabile fallimento di tali iniziative quando si andranno a valutarne gli esiti in termini *"globali"*.

Anche nell'ambito della Medicina Preventiva il SSN deve attuare programmi di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e finalizzare in tal senso l'organizzazione e l'erogazione di prestazioni e Servizi integrati a livello "locale". Le attività di prevenzione però non devono più riguardare in esclusiva soggetti o ambiti particolari, ma devono essere poste in essere in maniera diffusa e sinergica dai vari attori che operano nel sanitario e nel sociale. Gli obiettivi devono riguardare la prevenzione comunitaria dei problemi collettivi di salute, la promozione individuale di stili e comportamenti sani e d'abitudini adeguate al mantenimento della salute negli ambienti di vita e di lavoro e l'informazione e comunicazione del rischio.

La programmazione regionale, partendo dalla rilevazione dei bisogni (ossia delle malattie che possono essere prevenute) espressi e monitorati nelle diverse Province, deve basare le attività di promozione della salute sulle capacità (risorse umane ed economiche) degli attori sociali e sanitari coinvolti, sull'individuazione degli interventi fra quelli che in letteratura si sono dimostrati di provata efficacia e sulla possibilità di misurare gli esiti degli interventi attraverso la definizione di criteri, standard ed indicatori, che permettano di valutarne gli esiti.

Da quando esistono sistemi sanitari pubblici il problema di come stabilire le priorità della programmazione sanitaria, tanto a livello centrale che decentrato, è una questione-

---

[1] Erio Ziglio, Rogerio Barbosa, Yves Charpak, Steve Turner *(*edited by*)* *"HEALTH SYSTEMS CONFRONT POVERTY"* (Case Study N. 5) Regional Office for Europe World Health Organization, Public Health Case Studies No. 1, Copenhagen, 2003.

[2] Morrone A., Toma L., Franco G. *Skin diseases highlighting essential global public health priorities*. Int J Dermatol. 2005 Jun; 44(6):534.

chiave. Risposte sono state tentate in vari Paesi, con esiti disuguali e con interrogativi simili. Oggi questo problema attende risposte nuove sia di tipo teorico che applicativo. Infatti:

- ⇒ A causa del fenomeno d'invecchiamento della popolazione cresce esponenzialmente la domanda sociale ed individuale di tutela dalle malattie e, in misura ancora non corrispondente, di protezione della salute.
- ⇒ A queste domande il progresso delle scienze mediche e delle tecnologie correlate offre risposte che appaiono sempre più esaustive, che impegnano però enormi finanziamenti per investimenti e per costi di gestione dei servizi. Ne consegue che è divenuto pertanto impossibile garantire tutto a tutti, com'era ambizione dei sistemi di *welfare state* fino alla svolta degli anni '70. Di fatto, le risorse a disposizione, un tempo assunte come variabile indipendente, debbono oramai essere contenute all'interno di dimensioni sostenibili da parte delle economie nazionali.
- ⇒ Sono assai probabili grossi rischi di perdita dell'equità di fronte alla salute, per il possibile venir meno delle opportunità di accedere ai servizi senza discriminazioni di reddito, di genere, di etnia, di condizione lavorativa, di cultura, o anche, per la necessità di razionare e razionalizzare l'offerta sanitaria, vale a dire porre dei limiti all'offerta del nuovo ed escludere una parte di ciò che era stato precedentemente garantito.
- ⇒ Una tale situazione fa sorgere problemi di natura politica e, prima ancora, etica legati ai criteri di selezione; riveste particolare importanza il problema se l'esclusione debba riguardare gruppi di popolazione, con rischio reale di escludere forse i *"benestanti"*, ma sicuramente gli emarginati, oppure gruppi di prestazioni.

Escludendo la prima ipotesi, per motivi d'equità, il problema è allora quello di riuscire a determinare dei criteri per *"escludere"*, di fronte all'universalità degli utenti, quanto non riveste carattere di priorità.

I risultati di salute, infatti, non dipendono solo dalla qualità tecnica delle prestazioni, ma trovano radici più profonde nella responsabilizzazione dei soggetti coinvolti e nella loro capacità di collaborare.

La finalità principale del *"sistema salute"*, vale a dire il mantenimento del migliore livello possibile dello stato di salute della popolazione, è stata perseguita con una visione d'insieme che non sempre ha considerato che la collettività è costituita da individui, ovvero da persone. È necessario, quindi, che i Sistemi Sanitari, Nazionali e Regionali, siano *"centrati sulla persona"*, creando intorno ad essa un sistema sensibile che ne segua il percorso nell'approccio ai servizi. L'ottica prevalente, nella costruzione della risposta al bisogno sanitario, deve essere quella del *"prendersi cura della persona"* piuttosto che quella dell'operatore-gestore-utente. Tale ottica deve informare anche le azioni da attuare nei riguardi di quegli elementi di natura psico-sociale ed ambientale che incidono in negativo sullo stato di salute e/o di malattia delle persone. Anche nel caso della persona malata infatti gli interventi *"centrati sulla persona"* sono gli unici in grado di ridurre sia il disagio soggettivo del paziente sia le spese necessarie per la cura. Si può così andare oltre la definizione OMS di salute e garantire ai malati quella dignità e rispetto che permettono spesso di *"vivere in modo sano la malattia"* nella consapevolezza dei limiti degli esseri umani e delle scienze mediche.

La promozione della Salute è infatti un obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso il coinvolgimento di tutta la comunità e il passaggio *"dalla sanità alla salute"* può essere indicato come passaggio da una sanità concepita come problema individuale, che riguarda soprattutto la singola persona di fronte all'evento malattia, alla salute come

obiettivo dell'insieme dei cittadini, di una comunità che si impegna a garantire a ogni cittadino l'espressione piena delle proprie potenzialità fisiche, psichiche e sociali. Tutti i cittadini potranno essere non solo *"pazienti"*, ma anche *"agenti"* di cura, coprotagonisti della cura di sé stessi e della promozione generale di una cultura della salute. Devono, inoltre, essere resi edotti dei propri diritti, ma anche dei doveri che essi hanno nei riguardi degli erogatori di prestazioni. Dall'altro lato, l'organizzazione e le modalità di coordinamento dei diversi livelli di risposta di servizio debbono essere costruiti sulla base del bisogno reale e l'erogazione delle prestazioni deve essere appropriata, avvenire con riservatezza, nel rispetto della persona e porsi l'obiettivo di ottenere il migliore esito possibile.

I bisogni delle persone, più che i vantaggi derivanti dai fattori socio-economici e culturali, devono guidare la distribuzione delle opportunità per la salute e delle risorse disponibili per il SSN.

Poiché la salute è il risultato di complesse interazioni tra fattori genetici, biologici, ambientali, sociali ed economici e la povertà continua ad essere uno dei principali determinanti della morbosità e della mortalità prematura, il sistema sanitario deve promuovere i principi di solidarietà e di giustizia sociale e favorire politiche in grado di aumentare il benessere dell'intera società.

Un buono stato di salute della popolazione è parte integrante di uno sviluppo socio-economico armonico e, nel contempo, salute e prosperità economica tendono a sostenersi vicendevolmente, mentre le disuguaglianze minacciano la coesione stessa della società.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. Trop Med Int health, 1998; 3: 936-44.
2. Morrone A, Pugliese E, Sgritta GB. Gli immigrati nella provincia di Roma. Rapporto 2006. FrancoAngeli Eds Milano
3. Morrone A. Poverty, health and development in dermatology. Int J Dermatol 2007;46(S2):39-41.

PATOLOGIE EMERGENTI E RIEMERGENTI

GLOBALIZZAZIONE, MIGRAZIONE, SALUTE E VACCINI

LE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI NELLA PROVINCIA DI ROMA

6 novembre 2008

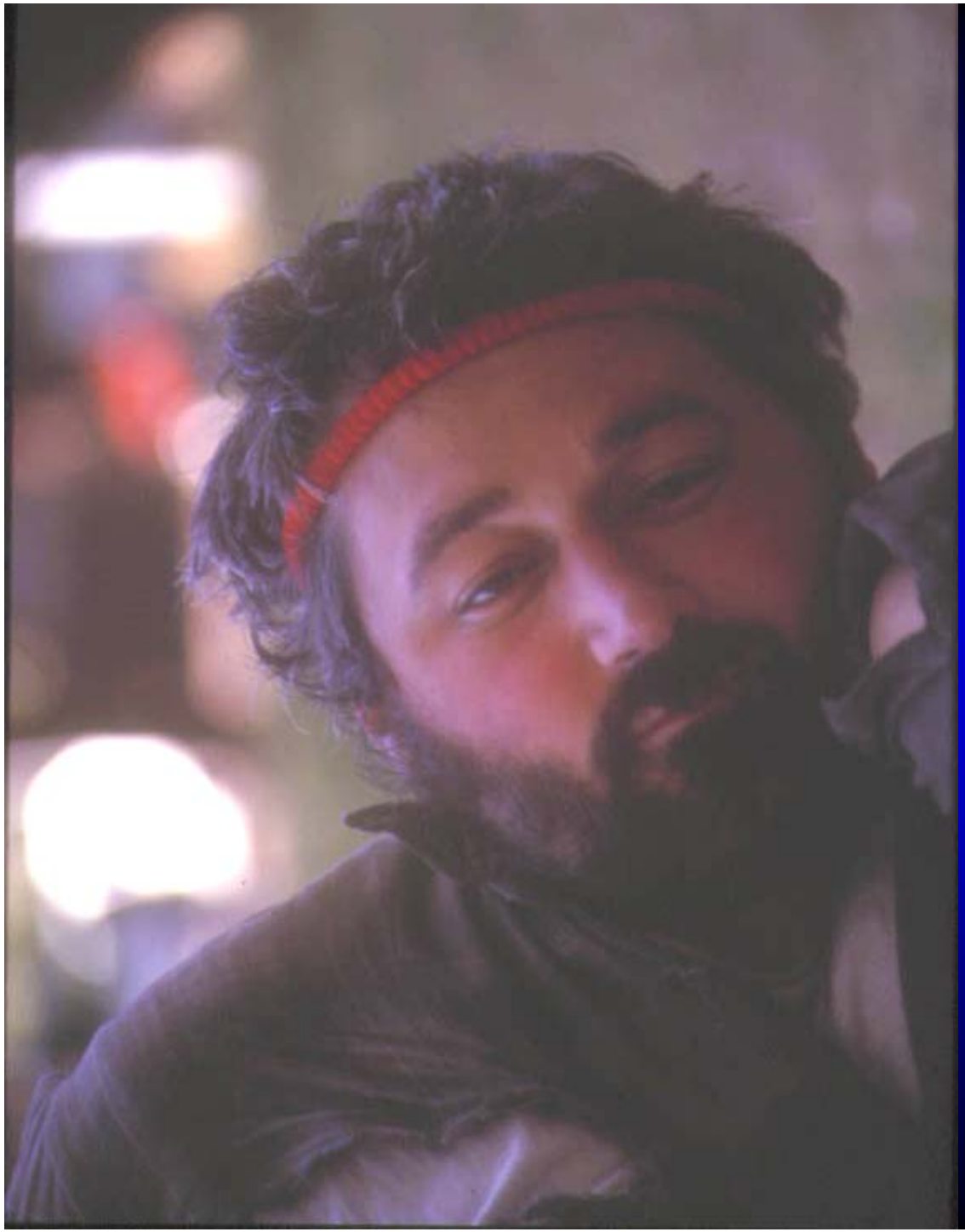
Ottavio Latini

Istituto Nazionale per la prevenzione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)

Indagine sulle condizioni di salute degli immigrati

Presentiamo i principali risultati di un'indagine su un campione di pazienti stranieri che sono stati accolti, visitati e curati presso il Centro di Riferimento della Regione Lazio dell'INMP presso l'Istituto San Gallicano di Roma nel periodo fra il 1 gennaio ed il 31 dicembre del 2007.

L’analisi sulle condizioni di salute è stata condotta su un totale di 5.422 persone, di cui 3.198 (58,9%) erano di sesso femminile e 2.224 (41,1%) di sesso maschile.



Caratteristiche demografiche

Pazienti stranieri visitati per sesso e area di cittadinanza (%)

Area di cittadinanza	Valori percentuali			
	Femmine	Maschi	Totale	% femm.
Europa centro-orientale	49,52	43,67	46,63	53,71
Unione Europea	6,95	7,04	6,99	50,24
Altri paesi europei	0,03	0,03	0,03	50,00
America centro-meridionale	24,25	13,37	18,87	64,98
America settentrionale	0,20	0,17	0,18	54,55
Asia centro-meridionale	1,29	6,87	4,05	16,12
Asia orientale	1,55	1,29	1,42	55,29
Asia occidentale	0,69	1,83	1,25	28,00
Africa centro-meridionale	1,62	1,59	1,61	51,04
Africa settentrionale	1,42	11,65	6,47	11,11
Africa orientale	5,49	4,13	4,82	57,64
Africa occidentale	2,75	5,28	4,00	34,73
Oceania	0,10	0,00	0,05	100,00
Non noto	4,13	3,08	3,61	57,87
Totale	100,00	100,00	100,00	50,58

Pazienti stranieri visitati per sesso e paese di cittadinanza (%)

Area di cittadinanza	Valori percentuali			
	Femmine	Maschi	Totale	% femm.
Romania	27,36	29,79	28,56	48,45
Ecuador	13,60	6,87	10,27	66,94
Ucraina	11,97	3,08	7,58	79,91
Polonia	5,86	5,82	5,84	50,72
Perù	6,19	3,32	4,77	65,61
Moldavia	5,06	3,28	4,18	61,20
Etiopia	3,41	1,93	2,68	64,38
Marocco	0,43	3,01	1,71	12,75
Bangladesh	0,23	3,18	1,69	6,93
Libia	0,53	2,67	1,59	16,84
Eritrea	1,32	1,73	1,52	43,96
Turchia	0,20	2,67	1,42	7,06
Nigeria	1,52	1,08	1,31	58,97
Egitto	0,13	2,37	1,24	5,41
Albania	0,89	1,46	1,17	38,57
Totale	100,00	100,00	100,00	50,58

Si può osservare come nei primi venti Paesi sia concentrato l'80,53% del totale delle persone, sebbene siano presenti pazienti provenienti da 117 diverse nazioni. Si evidenzia il notevole peso dei pazienti rumeni (28,56%) e degli ecuadoregni (10,27%), mentre tutte le altre nazionalità sono al di sotto del 10%.

Pazienti stranieri visitati per classe d'età e genere (%)

Classi di età	*Valori percentuali*		
	femmine	*maschi*	*Totale*
0-6	1,5	0,9	1,2
7-12	1,4	1,4	1,4
13-17	2,0	1,9	2,0
18-34	47,5	51,5	49,5
35-54	41,2	39,5	40,3
55-65	4,9	3,0	3,9
>65	1,6	1,8	1,7
TOTALE	100,0	100,0	100,0

Pazienti stranieri visitati per condizione di soggiorno, sesso e area di cittadinanza (%)

Area di cittadinanza	*Regolarmente soggiornanti*			*Irregolari*		
	Femmine	*Maschi*	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*Totale*
Europa centro-orientale	2,5	3,0	5,6	51,2	43,2	94,4
Unione Europea	4,8	4,3	9,1	45,5	45,5	90,9
America centro-meridionale	4,5	2,6	7,1	60,5	32,4	92,9
America settentrionale	36,4	18,2	54,5	18,2	27,3	45,5
Asia centro-meridionale	3,3	12,8	16,1	12,8	71,1	83,9
Asia orientale	21,2	11,8	32,9	34,1	32,9	67,1
Asia occidentale	2,7	14,7	17,3	25,3	57,3	82,7
Africa centro-meridionale	9,4	2,1	11,5	41,7	46,9	88,5
Africa settentrionale	1,8	12,4	14,2	9,3	76,5	85,8
Africa orientale	8,7	6,6	15,3	49,0	35,8	84,7
Africa occidentale	3,3	6,7	10,0	31,4	58,6	90,0
Totale	4,8	5,4	10,2	45,8	44,0	89,8

In particolare sono in condizioni di regolarità un terzo dei pazienti egiziani e turchi, un sesto degli indiani, degli etiopici e dei bangladesi, un ottavo dei peruviani e degli eritrei ed un decimo dei marocchini e dei bulgari. Mentre quasi tutti i pazienti libici, romeni, colombiani e moldavi sono in condizione di irregolarità.

Pazienti stranieri visitati per percorso di arrivo in Italia, distintamente per sesso, area di cittadinanza. (%)

	Femmine		Maschi	
Paese di Cittadinanza	***Percorso diretto***	***Percorso indiretto***	***Percorso diretto***	***Percorso indiretto***
Romania	**96,8**	**3,2**	**89,6**	**10,4**
Ecuador	**97,6**	**2,4**	**93,8**	**6,2**
Ucraina	**97,0**	**3,0**	**83,8**	**16,2**
Perù	**97,1**	**2,9**	**94,3**	**5,7**
Polonia	**94,9**	**5,1**	**83,3**	**16,7**
Moldavia	**94,2**	**5,8**	**97,6**	**2,4**
Libia	**100,0**	**0,0**	**94,3**	**5,7**
Bangladesh	**75,0**	**25,0**	**94,4**	**5,6**
Etiopia	**88,0**	**12,0**	**100,0**	**0,0**
Albania	**100,0**	**0,0**	**81,3**	**18,8**
Senegal	**66,7**	**33,3**	**92,3**	**7,7**
Brasile	**88,2**	**11,8**	**90,0**	**10,0**
India	**100,0**	**0,0**	**94,7**	**5,3**
Nigeria	**100,0**	**0,0**	**81,8**	**18,2**
Marocco	**100,0**	**0,0**	**73,7**	**26,3**
Totale	**96,4**	**3,6**	**89,0**	**11,0**

Pazienti stranieri visitati per classi di durata della presenza in Italia, distintamente per sesso, area di cittadinanza, (%)

Area di	*Classi di durata della presenza in Italia (%)*					*Classi di durata della presenza in Italia (%)*				
Cittadinanza	*Fino 1 Anno*	*2 anni*	*3 anni*	*4-9 anni*	*10 anni*	*Fino 1 anno*	*2 anni*	*3 anni*	*4-9 anni*	*10 anni*
	Femmine					Maschi				
Europa centro-orientale	61,9	19,9	8,7	9,0	0,5	57,7	17,6	8,4	14,6	1,7
Unione Europea	46,2	7,7	9,2	33,8	3,1	31,7	14,6	4,9	26,8	22,0
America centro-meridionale	55,9	19,9	10,1	13,5	0,7	63,6	14,8	11,1	6,8	3,7
America settentrionale	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asia centro-meridionale	62,5	18,8	12,5	6,3	0,0	36,0	22,7	20,0	17,3	4,0
Asia orientale	63,2	10,5	5,3	15,8	5,3	63,6	0,0	0,0	36,4	0,0
Asia occidentale	60,0	0,0	40,0	0,0	0,0	37,5	25,0	12,5	12,5	12,5
Africa centro-meridionale	78,6	14,3	7,1	0,0	0,0	64,7	17,6	11,8	0,0	5,9
Africa settentrionale	61,1	0,0	5,6	16,7	16,7	52,6	9,3	4,1	10,3	23,7
Africa orientale	51,1	13,3	13,3	20,0	2,2	38,1	14,3	4,8	14,3	28,6
Africa occidentale	30,8	23,1	15,4	26,9	3,8	46,3	22,2	18,5	7,4	5,6
Totale	58,4	18,3	9,5	12,7	1,2	43,5	13,3	7,9	10,5	5,3

Osservando la distribuzione dei pazienti nelle comunità si nota la stratificazione di diverse ondate migratorie. Si evidenzia il recente insediamento per i pazienti provenienti dalla Libia, dalla Bulgaria, dall'India, dall'Eritrea, dalla Romania, dal Senegal, dal Perù e dall'Albania. Mentre nel caso dell'Ecuador, dell'Ucraina, della Polonia, della Moldavia, dell'Etiopia, del Brasile, della Nigeria, e del Marocco la durata della permanenza in Italia è molto più stratificata nel tempo.



Relazioni familiari

Pazienti stranieri visitati per stato civile, distintamente per sesso, area di cittadinanza (%).

Cittadinanza	*% nubili*	*% coniug.*	*% separ. divorz.*	*% vedove*	*% celibi*	*% coniug.*	*% separ. divorz.*	*% vedovi*
	Femmine				**Maschi**			
Europa centro-orientale	25,5	48,0	12,8	5,6	39,3	49,0	4,5	3,2
Unione Europea	40,6	35,9	9,4	9,4	35,0	37,5	20,0	0,0
America centro-meridionale	42,1	31,6	8,6	3,9	37,7	44,0	8,2	2,5
Asia centro-meridionale	31,3	62,5	0,0	6,3	63,2	36,8	0,0	0,0
Asia orientale	29,4	29,4	0,0	11,8	50,0	40,0	0,0	10,0
Asia occidentale	16,7	83,3	0,0	0,0	57,1	28,6	14,3	0,0
Africa centro-meridionale	71,4	7,1	0,0	7,1	61,1	27,8	0,0	5,6
Africa settentrionale	31,6	52,6	5,3	5,3	66,0	30,1	1,9	0,0
Africa orientale	54,3	23,9	17,4	2,2	47,6	38,1	4,8	4,8
Africa occidentale	60,0	36,0	4,0	0,0	47,3	49,1	1,8	0,0
Totale	33,6	41,3	10,7	5,2	45,3	43,4	4,9	2,2

La condizione familiare dei pazienti visitati mostra una distribuzione generale in cui una donne su tre è nubile mentre poco meno di uno su due degli uomini è celibe, la quota di coniugati è analoga (41,3% fra le femmine e 43,4% fra i maschi), mentre le donne divorziate o separate sono più del doppio degli uomini (10,7% contro il 4,9%) e c’è una frazione di vedove molto più alta dei vedovi.

Condizioni sociali



Pazienti stranieri visitati per titolo di studio, distintamente per sesso, area di cittadinanza. (%)

	Femmine					*Maschi*				
Area di Cittadinanza	*senza Titolo*	*licenza elem.*	*media infer.*	*media super.*	*laurea*	*senza Titolo*	*licenza elem.*	*media infer.*	*media super.*	*laurea*
Europa centro-orientale	0,8	4,2	23,5	54,3	17,3	0,3	3,3	33,5	53,0	9,9
Unione Europea	0,0	4,8	19,4	62,9	12,9	0,0	2,6	56,4	33,3	7,7
America centro-meridionale	1,0	11,3	24,1	51,2	12,4	0,0	11,4	31,0	47,5	10,1
Asia centro-meridionale	6,3	12,5	0,0	56,3	25,0	4,1	8,2	27,4	43,8	16,4
Asia orientale	0,0	0,0	31,6	63,2	5,3	0,0	18,2	18,2	27,3	36,4
Asia occidentale	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	42,9	14,3	14,3	28,6
Africa centro-meridionale	0,0	9,1	18,2	54,5	18,2	0,0	6,3	12,5	68,8	12,5
Africa settentrionale	5,6	22,2	38,9	27,8	5,6	2,1	13,5	30,2	36,5	17,7
Africa orientale	7,0	0,0	23,3	60,5	9,3	0,0	23,8	19,0	42,9	14,3
Africa occidentale	8,0	12,0	28,0	44,0	8,0	9,3	11,1	27,8	40,7	11,1
Totale	1,4	6,5	23,3	53,7	15,1	1,3	7,8	31,8	47,2	12,0

Pazienti stranieri visitati per professione in patria per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso femminile (%)

Area paese di Cittadinanza	*dirigenti imprendit.*	*profession.*	*tecnici impiegati*	*commercio e servizi famiglie*	*artigiani, operai e agricoltori*	*non qualificato*
Europa centro-orientale	0,5	14,6	25,5	33,5	22,8	3,2
Unione Europea	0,0	11,1	30,6	38,9	19,4	0,0
America centro-meridionale	0,5	6,3	33,2	36,8	12,6	10,5
Asia centro-meridionale	0,0	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0
Asia orientale	0,0	0,0	66,7	11,1	11,1	11,1
Asia occidentale	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Africa centro-meridionale	0,0	0,0	62,5	25,0	12,5	0,0
Africa settentrionale	0,0	0,0	75,0	25,0	0,0	0,0
Africa orientale	0,0	33,3	22,2	33,3	11,1	0,0
Africa occidentale	0,0	7,1	7,1	71,4	14,3	0,0
Totale	0,4	11,7	29,2	34,9	18,8	4,9

Pazienti stranieri visitati per professione in Italia per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso femminile (%)

Area di Cittadinanza	*profes-sionisti*	*tecnici / impiegati*	*commercio e servizi famiglie*	*artigiani, operai e agricoltori*	*non qualificato*
Europa centro-orientale	0,0	0,0	21,8	1,9	76,3
Unione Europea	0,0	0,0	38,2	0,0	61,8
America centro-meridionale	0,6	0,6	26,5	0,6	71,6
America settentrionale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asia centro-meridionale	0,0	0,0	33,3	0,0	66,7
Asia orientale	0,0	0,0	12,5	0,0	87,5
Asia occidentale	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Africa centro-meridionale	0,0	0,0	33,3	0,0	66,7
Africa settentrionale	0,0	0,0	40,0	20,0	40,0
Africa orientale	0,0	0,0	26,3	0,0	73,7
Africa occidentale	0,0	14,3	28,6	0,0	57,1
Totale	0,2	0,4	24,5	1,4	73,5

Osservando la composizione dell'occupazione delle pazienti nel nostro paese si conferma un fenomeno già noto. Infatti, in conseguenza dell'esperienza migratoria, l'inserimento lavorativo nel mercato italiano delle pazienti è avvenuto in settori a bassa qualificazione nei tre quarti dei casi e in quello del commercio e servizi alle famiglie nel restante quarto

Pazienti stranieri visitati per professione in patria per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso maschile (%)

Area di Cittadinanza	*dirigenti imprendit.*	*profession.*	*tecnici impiegati*	*commercio e servizi famiglie*	*artigiani, operai e agricoltori*	*non qualificato*	*forze armate*
Europa centro-orientale	0,3	7,9	6,0	8,9	72,7	2,9	1,3
Unione Europea	0,0	5,9	2,9	5,9	82,4	2,9	0,0
America centro-meridionale	1,7	3,4	12,1	15,5	62,9	4,3	0,0
America settentrionale	6,3	6,3	6,3	37,5	28,1	15,6	0,0
Asia centro-meridionale	0,0	0,0	42,9	14,3	28,6	14,3	0,0
Asia orientale	0,0	33,3	16,7	16,7	33,3	0,0	0,0
Asia occidentale	0,0	11,1	44,4	22,2	22,2	0,0	0,0
Africa centro-meridionale	1,9	11,3	18,9	20,8	35,8	9,4	1,9
Africa settentrionale	0,0	0,0	25,0	0,0	50,0	0,0	25,0
Africa orientale	0,0	7,9	7,9	21,1	57,9	5,3	0,0
Africa occidentale	0,3	7,9	6,0	8,9	72,7	2,9	1,3
Totale	1,0	7,3	9,5	13,4	63,1	4,5	1,1

Pazienti stranieri visitati per professione in patria per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso maschile (%)

Area / paese di Cittadinanza	*profes-sionisti*	*tecnici / impiegati*	*commercio e servizi famiglie*	*artigiani, operai e agricoltori*	*non qualificato*
Europa centro-orientale	0,0	0,0	4,9	63,6	31,6
Unione Europea	0,0	0,0	5,3	84,2	10,5
America centro-meridionale	1,9	3,8	13,2	37,7	43,4
America settentrionale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asia centro-meridionale	0,0	0,0	15,8	15,8	68,4
Asia orientale	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
Asia occidentale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Africa centro-meridionale	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3
Africa settentrionale	0,0	0,0	8,6	22,9	68,6
Africa orientale	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Africa occidentale	0,0	0,0	15,8	10,5	73,7
Totale	0,3	0,5	8,4	48,6	42,3

Il fenomeno dell'inserimento nelle fasce basse del mercato del lavoro è confermato anche per gli uomini, seppure in maniera meno polarizzata rispetto alle donne: la quota inserita nel settore dei lavori non qualificati passa dal 4,5% in patria al 42,3% in Italia, mentre gli operai, artigiani ed agricoltori si riducono dal 63,1% al 48,6% e la frazione nel commercio e servizi alle famiglie passa dal 13,4% all'8,4%

Pazienti stranieri visitati per condizione abitativa per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso maschile (%)

Area di	*% per condizione abitativa*						
Cittadinanza	*Casa di proprietà*	*In affitto*	*In affitto coabitazione*	*Da parenti, amici*	*Luogo di lavoro*	*Strutture di accoglienza*	*altro*
Europa centro-orientale	0,3	24,3	22,0	33,4	17,3	1,4	1,2
Unione Europea	0,0	27,0	23,8	23,8	23,8	1,6	0,0
America centro-meridionale	0,3	21,9	26,6	34,7	16,2	0,0	0,3
America settentrionale	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asia centro-meridionale	0,0	18,8	12,5	68,8	0,0	0,0	0,0
Asia orientale	0,0	33,3	33,3	22,2	11,1	0,0	0,0
Asia occidentale	16,7	33,3	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
Africa centro-meridionale	0,0	0,0	30,8	69,2	0,0	0,0	0,0
Africa settentrionale	0,0	60,0	0,0	33,3	6,7	0,0	0,0
Africa orientale	0,0	16,3	20,9	48,8	9,3	0,0	4,7
Africa occidentale	0,0	27,3	31,8	36,4	4,5	0,0	0,0
Totale	0,4	24,0	23,2	34,7	16,0	0,8	0,9

Pazienti stranieri visitati per condizione abitativa per grandi gruppi aggregati, area di cittadinanza, sesso femminile (%)

Area di	*% per condizione abitativa*						
Cittadinanza	*Casa di proprietà*	*In affitto*	*In affitto coabitazione*	*Da parenti, amici*	*Luogo di lavoro*	*Strutture di accoglienza*	*altro*
Europa centro-orientale	0,0	23,8	18,9	48,1	3,8	4,6	0,8
Unione Europea	0,0	29,7	27,0	40,5	2,7	0,0	0,0
America centro-meridionale	0,6	23,3	42,8	31,4	1,3	0,0	0,6
America settentrionale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Asia centro-meridionale	0,0	20,5	21,9	49,3	8,2	0,0	0,0
Asia orientale	0,0	18,2	45,5	36,4	0,0	0,0	0,0
Asia occidentale	0,0	37,5	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0
Africa centro-meridionale	0,0	11,8	17,6	58,8	0,0	5,9	5,9
Africa settentrionale	0,0	34,0	13,8	45,7	2,1	3,2	1,1
Africa orientale	0,0	5,3	15,8	78,9	0,0	0,0	0,0
Africa occidentale	0,0	14,9	12,8	66,0	2,1	2,1	2,1
Totale	0,1	23,7	23,2	46,3	3,2	2,7	0,8

Pazienti stranieri visitati che vivono in abitazione privata per area di cittadinanza e sesso (% e indice di affollamento)

	Femmine		Maschi	
Cittadinanza	*% in abitazione privata*	*Indice affollamento*	*% in abitazione privata*	*Indice affollamento*
Europa centro-orientale	46,6	2,40	42,7	2,53
UE	50,8	2,31	56,8	2,30
America centro-meridionale	48,8	2,94	66,7	2,85
Asia centro-meridionale	31,3	2,40	42,5	3,53
Asia orientale	66,7	2,58	63,6	2,20
Asia occidentale	50,0	1,67	50,0	2,50
Africa centro-meridionale	30,8	1,75	29,4	2,60
Africa settentrionale	60,0	2,44	47,9	3,12
Africa orientale	37,2	2,13	21,1	2,00
Africa occidentale	59,1	1,92	27,7	3,23
Totale	47,6	2,52	47,1	2,17

Mediamente il livello di disagio abitativo delle donne è piuttosto elevato poiché l'indice di affollamento medio è pari a 2,52 persone per vano, che raggiunge addirittura valori pari a 3,26 per le ecuadoriane.

Occorre notare come la fragilità dell'inserimento abitativo degli uomini è minore rispetto alle donne, poiché l'indice di affollamento medio è inferiore (2,17) e colpisce le diverse comunità in modo analogo.

La rilevante condizione di disagio ed esclusione abitativa che affligge la maggior parte dei pazienti appare indubbiamente collegata alla mancanza di uno status regolare rispetto alle norme sul soggiorno e alla collocazione nelle fasce basse del mercato del lavoro.

Pazienti stranieri visitati per domicilio di provenienza (%)

Municipio / area di domicilio	*Valori percentuali*		
	femmine	*maschi*	*Totale*
I	10,8	10,6	10,7
II	3,3	1,7	2,6
III	1,9	1,6	1,7
IV	3,9	3,4	3,7
V	5,0	4,5	4,8
VI	5,7	9,8	7,5
VII	3,0	3,0	3,0
VIII	3,7	5,2	4,4
IX	2,9	5,2	4,0
X	4,5	4,3	4,4
XI	6,1	6,6	6,3
XII	4,2	3,0	3,7
XIII	2,0	1,5	1,7
XV	6,2	5,2	5,8
XVI	8,4	8,4	8,4
XVII	2,8	1,1	2,1
XVIII	4,4	4,3	4,3
XIX	2,7	2,3	2,6
XX	7,2	5,7	6,5
Ostia	2,8	2,7	2,8
Area ASL RM F	2,5	2,1	2,3
Area ASL RM G	1,9	1,7	1,8
Area ASL RM H	2,1	1,5	1,8
Senza Fissa Dimora	0,9	3,0	1,8
Fuori provincia	1,0	1,7	1,3
Totale	100,0	100,0	100,0

La maggioranza dei pazienti che accedono al Cntro Regionale sono domiciliati nel comune di Roma (l'88,2%), mentre l'8,7% proviene dalle ASL della provincia di Roma, l'1,8% sono persone senza fissa dimora e l'1,3% viene dall'esterno della provincia. La distribuzione dei pazienti domiciliati a Roma varia dal minimo dell'1,7% del XIII e del III municipio fino al massimo del 10,7% del I municipio.

Condizioni di salute



I gruppi di patologie estrapolati dai principali capitoli ICD IX CM

Gruppo	*Femmine*	*Maschi*	*Totale*
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (680-709)	780	725	1505
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799)	536	474	1010
Malattie infettive e parassitarie (001-139)	354	500	854
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)	359	377	736
Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)	224	216	440
Malattie del sistema genitourinario (580-629)	218	129	347
Malattie dell'apparato digerente (520-579)	162	171	333
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari (240-279)	153	119	272
Malattie del sistema circolatorio (390-459)	97	103	200
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289)	116	31	147
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389)	71	70	141
Tumori (140 - 239)	61	43	104
Disturbi psichici (290-319)	30	72	102
Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	27	57	84
Malformazioni congenite (740-759)	4	9	13
Complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio (630-677)	4		4
Totale	3196	3096	6292

PRINCIPALI NOTAZIONI GENERALI

- accanto ad una migliorata capacità delle strutture del SSN di riconoscere una serie di patologie misconosciute fino a poco tempo fa bisogna ricordare la disomogenea distribuzione dei servizi dedicati sul territorio provinciale e nazionale e la mancanza di linee-guida condivisibili e quindi confrontabili per una migliore conoscenza del fenomeno migratorio in ambito sanitario e sociale;

PRINCIPALI NOTAZIONI GENERALI

•i principali ambiti di intervento integrato socio-sanitario su cui investire per ridurre la spesa sanitaria sono quello della prevenzione delle malattie cronico-degenerative per entrambi i sessi, della sicurezza sul lavoro per gli uomini e dell'assistenza materno-infantile per le donne

PRINCIPALI NOTAZIONI GENERALI

- **utilità di strumenti sistematici di monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati non solo in termini di salute pubblica, ma anche nell'ambito più generale di una migliore distribuzione di risorse umane e finanziarie**

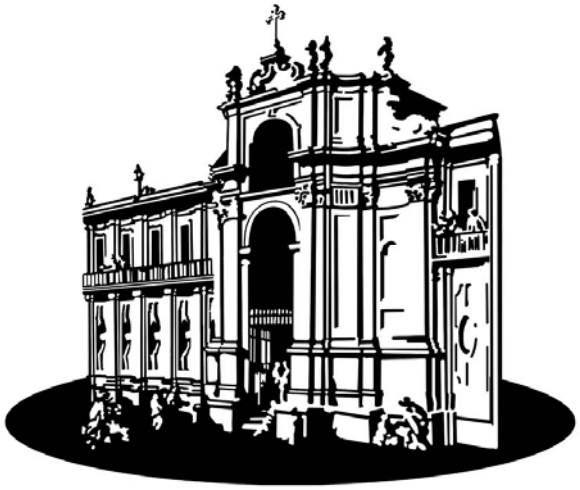
PRINCIPALI NOTAZIONI GENERALI

- Uno dei nuovi ambiti della medicina preventiva per una migliore e più corretta informazione degli immigrati è quello relativo all'alimentazione. Alcune malattie endocrine, metaboliche e nutrizionali, così come molte altre tra quelle cardiovascolari e dell'apparato digerente potrebbero essere evitate o contrastate attraverso una corretta alimentazione ed un'adeguata attività fisica;

Organizzazione dell'intervento socio-sanitario

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP

National Institute for Health Migration and Poverty

- **Promozione della salute della popolazione migrante**
- **Contrasto delle malattie della povertà**

Un’avventura che ha tre secoli di storia

L’Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà rappresenta il consolidamento e la prospettiva di ulteriore sviluppo di un lavoro scientifico, clinico, di ricerca e formazione che ha preso avvio all’inizio degli anni ottanta con la creazione della Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale dell’Istituto San Gallicano – IRCCS di Roma.



Da più di 25 anni accogliamo, visitiamo, curiamo e studiamo le fasce di popolazione a maggior rischio di esclusione sociale:

- Immigrati “irregolari” (adulti e bambini)
- Rifugiati / Richiedenti Asilo Politico
- Senza Dimora
- Vittime della Tratta
- Bambini e adolescenti abbandonati
- Zingari
- Pensionati a reddito minimo



- Vittime di tortura
- Donne con Mutilazioni genitali

Ricerca clinica e promozione della salute

L’attività di ricerca clinica dell’INMP è strettamente connessa ed integrata con l’attività di assistenza svolta dai Centri Regionali di Riferimento.

Azienda Ospedaliera Civile “Tatarella “ di Cerignola (FG)





Az. Ospedaliera San Giovanni di Dio di Agrigento



Istituto San Gallicano di Roma

Modalità dell'intervento socio-sanitario

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONE LAZIO

Il centro di riferimento è aperto a tutti i cittadini, italiani o stranieri, che abbiano problemi di salute, in particolare di natura dermatologica, infettivologica, ginecologica, oncologica, neuro-psichiatrica internistica, odontoiatrica e chirugica. Offre inoltre ai viaggiatori da e per i Paesi tropicali, visite, analisi e informazioni aggiornate per la prevenzione delle malattie più comuni nelle regioni tropicali.


640
Accettazione
Accettazione
SPORTELLO 1
Accettazione
SPORTELLO 2

CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONE LAZIO

Le prestazioni si rivolgono in particolare, e in questo caso gratuitamente, ad immigrati clandestini e irregolari, persone senza fissa dimora, nomadi, e comunque a rischio di emarginazione, senza assistenza sanitaria. La Struttura è attiva dal lunedì al venerdì.



CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONE LAZIO

Dal 1996 la Struttura si avvale della presenza e dell'opera di mediatori linguistico-culturali che svolgono un'attività di interpretariato sociale e garantiscono l'accoglienza dei pazienti stranieri nelle loro lingue di origine



CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONE LAZIO

- Dal 1° gennaio 1985 al 31 dicembre 2007, nella Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale, sono stati sottoposti a prima visita 97.746 pazienti immigrati, regolari, irregolari e clandestini, 45.587 (il 46,6%) erano di sesso femminile e 49.678 (il 53,4%) di sesso maschile


Accettazione
AVVISO
IMPORTANTE
AVVISO ALL'UTENZA

CHI È IL MEDIATORE LINGUISTICO-CULTURALE (MLC)

- appartenenza culturale “altra”
- esperienza di migrazione
- conoscenza linguistica
- formazione adeguata
- buona conoscenza delle culture (della persona malata, del paese di accoglienza, della struttura)





Il ruolo del MLC non è solo quello di tradurre ed interpretare da una lingua all'altra

Egli svolge attività di:

- **interpretariato linguistico**
- **intermediazione culturale**
- **facilitazione sociale**



IL RUOLO DEL MEDIATORE

- **Aiutare la comprensione e la comunicazione**
- **Dare un apporto antropologico alla relazione**
- **Mediare tra le aspirazioni dei cittadini immigrati e le esigenze dell'amministrazione**
- **Informare, orientare**



inoltre...



- Contestualizza il significato di linguaggio e comportamento
- Chiarisce logica e organizzazione dei servizi
- Promuove conoscenza servizi e opportunità
- Sensibilizza ai bisogni degli immigrati

ETICA PROFESSIONALE

- Discrezione
- Distacco
- Aggiornamento
- Disponibilità all'ascolto
- Giusto equilibrio



Cos'è importante per il compito del MLC?



- La chiara definizione del proprio ruolo
- La filosofia del Paese nei confronti dell'immigrazione
- La cultura dell'Istituzione nei confronti delle persone straniere (azienda, personale, utenza abituale)

VANTAGGI



- Comunicazione-comprensione
- Prevenzione e gestione dei conflitti
- Ottimizzazione dei servizi
- Facilitazione integrazione reciproca

Conclusioni

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà

INMP

NIHMP

National Institute for Health Migration and Poverty

Modelli di intervento sanitario a bassa soglia di accesso, efficaci in termini di costo-beneficio, ripetibili in altre strutture sanitarie nazionali ed in grado di migliorare le condizioni sociali ed economiche delle aree in cui operano.



Istituto
San Gallicano
IRCCS (Roma)

I SISTEMI SANITARI AFFRONTANO LA POVERTÀ



a cura di:
Erio Ziglio
Rogerio Barbosa
Yves Charpak
Steve Turner

WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPE

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà INMP



NIHMP National Institute for Health Migration and Poverty

UTILITÀ E MODALITÀ DI TRASFERIMENTO

- La presenza ormai strutturale di un alto numero di immigrati e persone a rischio di esclusione sociale nel nostro Paese suggerisce di estendere tale modello di intervento a tutte le strutture del SSN.
- La possibilità di trasferimento della metodologia dovrà necessariamente avvenire attraverso l'implementazione di specifici percorsi formativi per il personale sanitario e non sanitario che opera nelle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà
INMP
NIHMP
National Institute for Health Migration and Poverty

L'effettivo trasferimento al SSN non richiede l'elaborazione di specifici protocolli di comportamento, ma l'adozione, nel contesto organizzativo delle altre strutture del SSN, dei modelli di intervento sanitario di dimostrata efficacia.



Istituto
San Gallicano
IRCCS (Roma)

I SISTEMI SANITARI AFFRONTANO LA POVERTÀ



a cura di:
Erio Ziglio
Rogerio Barbosa
Yves Charpak
Steve Turner

WORLD HEALTH ORGANIZATION
EUROPE