

# Salute della popolazione straniera residente nel territorio dell'Azienda Usl Toscana sud est



A cura di:  
U.O.C. Sistema demografico ed epidemiologico  
U.O.S. Politiche contro l'emarginazione per la popolazione Migranti  
Azienda UsI Toscana sud est

Dicembre 2018

Elaborazione dati a cura di: Stefania Arniani e Francesca Nisticò.

Redazione a cura di: Stefania Arniani, Stefania Magi, Francesca Nisticò,

Paolo Piacentini.

Progetto grafico e impaginazione a cura di Francesca Nisticò.

Si ringraziano:

Donatella Capitani, Francesca Mori ed Elisa Quercini (ESTAR) per il supporto tecnico, Monia Puglia (ARS) per i dati su HIV e AIDS, Marco La Mastra (Osservatorio sociale Regione Toscana) per i dati su impiego e istruzione, Massimiliano Marcucci (Coeso-SdS Grosseto) e Stefania Massaini (AUSL Toscana sud est) per il fondamentale contributo al progetto di mediazione integrata e non solo.

*Un ringraziamento va ai numerosi operatori dell'AUSL che hanno collaborato alle analisi e ai progetti qui riportati, ed a tutti coloro che quotidianamente operano, con generosità ed ingegno, per superare le barriere e curare tutti.*

*La nostra ASL ha scelto, sin dalla sua costituzione, di impegnarsi alla tutela di tutti, facendo della lotta alle disuguaglianze una linea strategica aziendale e – di conseguenza – un preciso e coerente impegno, in linea con gli indirizzi della Regione Toscana, ed in collaborazione con il Centro di Salute Globale.*

*Con questo report, frutto della integrazione fra chi si occupa di analisi epidemiologica, con chi lavora per la promozione della salute e chi è impegnato sulla salute delle popolazioni migranti, abbiamo voluto fornire uno strumento – indispensabile per la programmazione – di analisi delle evidenze che derivano dai dati sanitari, e dall’ascolto degli operatori della nostra ASL.*

*Dalla lettura attenta degli indicatori di processo e di esito delle cure, emergono, insieme agli ottimi risultati del lavoro dei nostri professionisti, le difficoltà di accesso che queste popolazioni, più fragili e socialmente svantaggiate, hanno al pari popolazioni più povere e culturalmente più deboli nate e residenti in Italia.*

*Tutelare i diritti alla salute significa porre in atto un modello concettuale ed organizzativo per recuperare le barriere di accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari (per minori, donne e uomini), pensandolo in relazione ai loro effettivi bisogni e – nel caso delle popolazioni migranti – progressivamente superando la mediazione solo linguistica e ponendo attenzione anche agli aspetti etnoclinici, culturali e di comunità.*

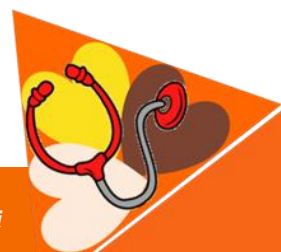
*Mi preme sottolineare come questa nostra scelta non sia frutto di solo altruismo, ma anche di reciprocità: l’analisi dimostra, infatti, come l’attenzione alle popolazioni straniere, specie quelle provenienti da Paesi e a forte pressione migratoria, riduca gli interventi tardivi più costosi.*

*Infatti, voglio ringraziare la Direzione Strategica dell’Istituto Nazionale Migrazione e Povertà (INMP) con la quale, e grazie al loro aiuto, si è realizzato un vero e proprio Laboratorio per il contrasto alla disuguaglianza e di sperimentazione per la medicina di prossimità, in rete con i servizi dell’intera nazione.*

*“ Non lasciare nessuno indietro “ è il motivo dell’OMS ed è diventato per noi il nostro faro, la nostra guida migliore!*

**Enrico Desideri**

Direttore Generale AUSL Toscana Sud Est



*Lavorare alla tutela e promozione della salute richiede scienza, creatività, e relazione. L'essere vivente, l'essere umano, è per sua natura effimero e quindi fragile. Fortificarlo, nel corpo e nella mente, perché abbia l'opportunità di una vita bella, piena e duratura, è una formidabile missione.*

*La fragilità e la forza sono differenti per ciascun individuo, ma vi sono alcune caratteristiche definibili "di gruppo" per la loro rappresentazione statistica, anche se non applicabili in modo diretto ed esclusivo al singolo individuo. Il gruppo, ampiamente eterogeneo, delle persone straniere, ha la sua forza più evidente nella giovane età e nella natalità, e le sue fragilità più evidenti nella estraneità linguistica e culturale rispetto alla popolazione generale ed ai servizi, nella povertà materiale e relazionale, nella precarietà.*

*La tutela e promozione della salute delle persone straniere si concentra principalmente sulle strategie per superare le barriere linguistiche e culturali. Le strategie verso i determinanti sociali ed economici di salute, non certo meno importanti, esulano dall'obiettivo diretto di questo lavoro. "Produrre" salute oltre le barriere linguistiche e culturali è una sfida che mette profondamente in gioco gli operatori sanitari, in un terreno che non è quello tecnico usuale: forzando l'espansione delle competenze verso ambiti umanistici e sociali, alza la qualità del lavoro quotidiano, sia in termini di efficacia ed efficienza che in termini di benessere.*

**Simona Dei**

Direttore Sanitario AUSL Toscana sud est



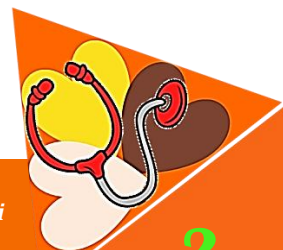
## Sommario

Glossario .....	2
Introduzione.....	3
1. Il percorso aziendale di analisi e progettazione .....	5
2. Demografia .....	8
3. Condizioni socioeconomiche.....	19
4. Mortalità .....	23
5. Ricoveri .....	26
6. Accessi al pronto soccorso .....	38
7. Specialistica ambulatoriale .....	41
8. Consumo di farmaci .....	44
9. Salute materno infantile .....	46
10. Screening.....	62
11. Consultorio .....	65
12. Salute mentale adulti .....	71
13. Salute mentale infanzia e adolescenza .....	75
14. Malattie infettive .....	79
15. Incidenti sul lavoro.....	84
16. Rischio cardiovascolare - diabete.....	86
17. La salute dei richiedenti asilo .....	88
Conclusioni.....	92
Bibliografia .....	94



## Glossario

- CAP:** Certificato di Assistenza al Parto
- CAS:** Centro di Accoglienza Straordinaria (per richiedenti asilo, gestiti dalle Prefetture, affidati a soggetti privati)
- CPI:** Centro Per l'Impiego
- CPIA:** Centro Provinciale Istruzione Adulti (corsi di italiano)
- ESC:** Educatore di Salute di Comunità
- FAMI:** Fondi Asilo Migrazione Integrazione (Commissione europea, Ministero dell'Interno)
- ICD:** classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati
- IVG:** Interruzione Volontaria di Gravidanza
- ISTAT:** Istituto Nazionale di Statistica
- MLG:** Mediatore Linguistico Culturale
- PFPM:** Paesi a Forte Pressione Migratoria (Africa settentrionale + Africa orientale + Africa centro meridionale + Asia occidentale, tranne Israele + Asia centro meridionale + Asia orientale, tranne Corea del sud e Giappone + America centro meridionale, + Europa centro-Orientale, compresi: Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania, Albania)
- PSA:** Paesi a Sviluppo Avanzato (Europa [Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia] + Andorra, Australia, Canada, Città del Vaticano, Corea Sud, Giappone, Islanda, Israele, Liechtenstein, Norvegia, Nuova Zelanda, Principato di Monaco, San Marino, Svizzera, USA)
- RFC:** (*Request For Comment*) modalità di invio flussi mediante cooperazione operativa, ad eventi, in cui i dati sono inviati in tempo reale dall'applicativo aziendale alla regione
- RTPI:** Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale
- SDO:** Scheda di Dimissione Ospedaliera
- SdS:** Società della Salute
- SERD:** SERVIZIO Dipendenze
- SIMM:** Società Italiana Medicina delle Migrazioni
- SISPC:** Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva della Regione Toscana
- SPA:** SPecialistica Ambulatoriale
- SPRAR:** Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (gestiti da enti locali, affidati a soggetti del terzo settore)
- SSN:** Sistema Sanitario Nazionale
- URP:** Ufficio Relazioni con il Pubblico



## Introduzione

In questa pubblicazione è esposto il lavoro congiunto delle strutture dello staff della Direzione Sanitaria, “Sistema Demografico Epidemiologico” e “Promozione ed Etica della Salute - Politiche contro l'emarginazione per le popolazioni Migranti”, finalizzato allo sviluppo di strategie atte a rafforzare la tutela e promozione della salute del gruppo “stranieri” della popolazione delle province di Arezzo, Grosseto e Siena. Il nostro lavoro si articola sostanzialmente in:

- analisi quantitativa: dati demografici, epidemiologici, accesso ai servizi sanitari;
- analisi qualitativa: percorso strutturato di ascolto degli operatori aziendali, questionario ai migranti;
- ricognizione degli strumenti utilizzati nella nostra ASL ed in altri contesti e delle buone pratiche in letteratura;
- individuazione di linee progettuali e di azioni.

Il *report* è destinato prevalentemente a un uso interno della Azienda UsL Toscana sud est, con gli obiettivi specifici di:

- supportare la programmazione, la progettazione e la valutazione di proposte progettuali;
- fornire una panoramica dei dati disponibili, base per eventuale selezione, implementazione e raffinazione degli stessi, e per la definizione di indicatori di risultato di progetti;
- consentire approfondimenti tematici e sviluppo di proposte mediante informazioni sulla situazione rilevata ed i progetti avviati in alcuni settori;
- facilitare la risposta immediata ad esigenze di comunicazione pubblica;
- condividere le buone pratiche rilevate in azienda, e stimolare chi ha avviato azioni non qui riportate a metterle a disposizione dei colleghi.

Il presente lavoro si presta ad ulteriori elaborazioni finalizzate alla divulgazione mirata agli *stakeholders*, e a pubblicazioni scientifiche.

Ogni settore analizzato merita ulteriore confronto approfondito con gli operatori coinvolti, che nella gran parte dei casi è stato avviato ed è base integrante di questo lavoro.

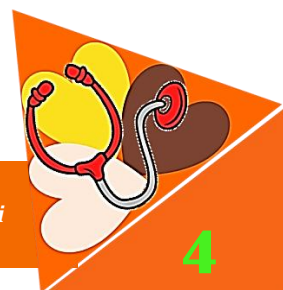
L'analisi quantitativa fornisce il quadro dello stato di salute della popolazione straniera, residente regolarmente nel territorio della nostra Azienda, basandosi sull'analisi di dati da fonti correnti. Essa è stata condotta suddividendo la popolazione immigrata in proveniente da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e paesi a sviluppo avanzato (PSA), con la consapevolezza che, all'interno di ciascuno di questi gruppi, esiste una varietà antropologicamente e culturalmente rilevante.



Se è vero, però, che la salute dei migranti è determinata dalle condizioni di vita nel paese di provenienza (condizioni pre-migratorie) e dal percorso migratorio, e che per questo può presentare delle condizioni di partenza difficili da individuare, essa è altresì influenzata dalla capacità di accoglienza e inclusione nel Paese di arrivo (condizioni post-migratorie): l'esclusione sociale, il fallimento o la precarietà del proprio progetto migratorio, la povertà e spesso la difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari possono essere dei determinanti di malattia importanti, anche più rilevanti dei fattori precedenti la migrazione. È noto, infatti, che spesso la salute dei migranti è migliore di quella della popolazione nativa, per un meccanismo di selezione "effetto migrante sano" ma tende a peggiorare una volta arrivati nel paese ospite [1].

Ove possibile è stata condotta anche un'analisi sui richiedenti asilo che rappresentano un ulteriore sottogruppo della popolazione straniera, con peculiarità ancora diverse: questi, infatti, più frequentemente hanno una salute più compromessa a causa delle condizioni e dei danni che hanno motivato la richiesta di asilo, nonché del percorso migratorio. Non è stato possibile invece trovare dati sugli stranieri presenti in maniera irregolare nel nostro territorio.

L'analisi ha interessato anche le differenze socioeconomiche: case di proprietà, difficoltà occupazionale, sostegni economici, ritardo scolastico; è noto, infatti, che il livello socioeconomico rappresenta un importante determinante di salute e che è fattore di rischio indipendente di mortalità, come conferma un recente studio internazionale multicentrico [2].





## 1. Il percorso aziendale di analisi e progettazione

La direzione dell'Azienda Usl Toscana sud est, costituitasi nel 2016 dall'unificazione delle tre aziende sanitarie provinciali di Arezzo, Grosseto e Siena, ha scelto di affidare ad una struttura nello staff della Direzione Sanitaria il coordinamento dell'attività per la tutela e promozione della salute delle persone migranti. Tutte le tre ex aziende avevano acquisito servizi di mediazione linguistico culturale e traduzione di testi, tuttora attivi in proroga. C'erano state inoltre numerose esperienze di attività transculturali, sia di formazione che di mediazione.

Nel periodo marzo-maggio 2017, si è tenuto il ciclo di incontri delle zone distretto, "Tessere i territori", propedeutici alla programmazione. Nella zona grossetana e nella zona aretina, uno dei tavoli di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali è stato dedicato alla presa in carico delle fasce deboli ed all'integrazione culturale. Da una prima analisi dei dati e dall'esperienza degli operatori, sono emerse le priorità da approfondire per la tutela e promozione della salute del gruppo immigrati della popolazione.

La tesi "Culture e salute: mediazioni e formazione nell'area dell'Azienda USL Toscana SudEst", elaborata da Massimiliano Marcucci (SdS Grosseto) e Stefania Magi (AUSL Toscana sud est), per il corso regionale di perfezionamento post-universitario Migranti, salute e diritti 2016-2017 (Università di Firenze e Centro di Salute Globale della Regione Toscana), ha effettuato una ricognizione della letteratura al fine di individuare gli strumenti transculturali per la promozione della salute.

"La salute per tutti" è un ciclo di incontri di formazione ed organizzazione che ha visto protagonisti operatori aziendali di diverse discipline e professioni, in gran parte con ruoli di coordinamento.

Tra i docenti sono stati coinvolti anche autorevoli esperti esterni all'AUSL provenienti da:

- IDOS (dossier statistico nazionale immigrazione)
- Centro Salute Globale della Regione Toscana
- Agenzia Regionale di Sanità (ARS)
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
- Istituto Nazionale per la promozione della Salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP)
- Università di Firenze
- Università di Bologna
- Università di Trieste
- Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa
- Centro per la Salute dei Migranti Forzati SaMiFo.



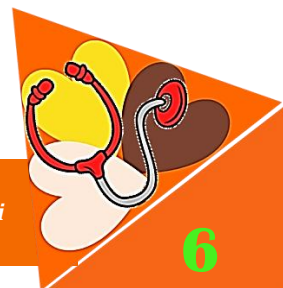
Il ciclo è iniziato il 18 dicembre 2016, con un incontro aperto al pubblico dal titolo “La salute per tutti nella Toscana che cambia”, ed è proseguito con una serie d’incontri tematici nei quali sono stati evidenziati bisogni, criticità e buone pratiche presenti in azienda ed in altri territori e contesti, e sono state proposte azioni di miglioramento. I *focus* tematici trattati sono:

- donne richiedenti asilo;
- percorso nascita;
- rischio cardiovascolare;
- malattie infettive;
- salute mentale infanzia;
- salute mentale degli adulti richiedenti asilo.

Il progetto di mediazione integrata per persone con barriere comunicative (MIBACS), scaturito dal percorso di analisi e programmazione, rappresenta il quadro operativo, per attuare le strategie transculturali per la salute. Il servizio è rivolto non soltanto ad immigrati, ma alle persone straniere presenti a vario titolo nel territorio, e ad altri gruppi di popolazione con barriere comunicative, quali non udenti (interpretariato nel linguaggio dei segni) e persone ad alta marginalità (mediazione antropologica e di comunità). Il progetto si basa sulla centralità della comunicazione per la tutela e promozione della salute, per la sicurezza di operatori e pazienti e per la efficacia delle prestazioni sanitarie. Include una serie di servizi che saranno affidati ad un fornitore, tramite la procedura dell’Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR) per i servizi di mediazione linguistico culturale per le aziende sanitarie toscane:

- mediazione linguistico culturale;
- mediazione etnoclinica etnopsichiatrica;
- mediazione etnoclinica antropologica;
- mediazione di comunità;
- traduzione di testi;
- interpretariato telefonico;
- interpretariato nel linguaggio dei segni;
- progettazione e *fund raising* per attività interculturali.

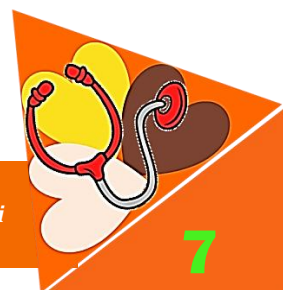
La mediazione rappresenta l'insieme delle strategie comunicative capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra sistema sanitario e persone appartenenti a contesti culturali diversi. La mediazione linguistico-culturale è volta a restituire una base per l'interazione tra i soggetti interessati, quella etnoclinica a lavorare sui casi più complessi, con strumenti multidisciplinari. La mediazione di comunità è basata sul modello inglese degli Educatori di Salute di Comunità (ESC), che operano per favorire l'accesso ai servizi sociali e sanitari della propria comunità, in un'ottica di reciproca interazione.



I tre livelli sono intesi in una prospettiva sistemica, facenti parte di un unico strumento, e integrabili fra di loro.

Un questionario di rilevazione del fabbisogno di mediazione linguistico culturale è stato diffuso al personale dell'AUSL con ruoli di responsabilità e coordinamento (direttori di strutture complesse e semplici e di unità funzionali, posizioni organizzative e coordinatori infermieristici e tecnici), in collaborazione con la SdS Grossetana. L'analisi delle risposte, pervenute nel mese di ottobre 2018, è in corso.

Il 25 settembre 2018 l'Azienda UsI Toscana sud est ha stipulato una convenzione quadro con l'INMP per la definizione di un rapporto stabile di collaborazione. L'AUSL si propone come laboratorio di analisi e sperimentazione di modelli innovativi di contrasto alle disuguaglianze di salute e medicina di prossimità, in sinergia con la rete nazionale di cui INMP è fulcro e con il supporto scientifico dell'istituto, nell'obiettivo di assicurare il continuo miglioramento delle proprie risposte di salute secondo profili di efficienza, efficacia, economicità ed appropriatezza. Nel 2017 docenti INMP avevano contribuito al percorso "La salute per tutti" (donne richiedenti asilo, malattie infettive). Nel 2018 l'AUSL ha contribuito alla formazione di operatori INMP in campo amministrativo, ed è stato co-organizzato un seminario, nell'ambito del "Forum risk management in sanità", sul tema "Prospettive di salute delle persone immigrate in Italia". Per il 2019, sono in fase di pianificazione progetti congiunti su odontoiatria sociale, salute carceraria, e mediazione di sistema.



## 2. Demografia

### Stranieri residenti

Nel territorio dell'Azienda Usl Toscana sud est, al 1/1/2018, si contano 89.933 residenti di cittadinanza estera, il 10,8% del totale dei residenti, percentuale che si allinea al dato medio regionale (10,9%) e che ha visto, negli ultimi cinque anni, un modesto incremento (+1%).

Il 54% degli stranieri residenti è femmina (51% per gli italiani) e il 94% proviene da paesi definiti a forte pressione migratoria (PFPM), mentre il residuale 6% arriva da quelli che vengono definiti paesi a sviluppo avanzato (PSA). Si tratta di una popolazione molto giovane, con un'età media di 35,3 anni (32,7 tra gli uomini e 37,5 tra le donne), ben inferiore ai 46,7 della popolazione generale (45,2 tra gli uomini e 48,2 tra le donne). I soli italiani hanno, infatti, un'età media di anni 48,1.

**Tabella 1 Percentuale di stranieri sul totale dei residenti per zona, PFPM e PSA, numero di maschi ogni 100 femmine (M/F x 100) e percentuale su stranieri residenti, 2017.**

Zona di residenza	Stranieri sul totale dei residenti	PFPM			PSA			Totale stranieri	
		n	%	M/F x100	n	%	M/F x100	n	M/F x100
Alta Val d'Elsa	10,6	6.384	95,5	93,1	299	4,5	54,1	6.683	90,9
Val di Chiana Senese	10,9	6.380	94,5	81	351	5,2	67,9	6.750	80,1
Amiata Senese e Val d'Orcia	10,7	1.695	96,3	74,6	65	3,7	80,6	1.760	74,8
Senese	11,8	13.703	91,9	81,7	1.212	8,1	69	14.915	80,6
Casentino	11,5	3.812	94,1	96,1	238	5,9	80,3	4.050	95,1
Val Tiberina	9,8	2.683	90,7	89,2	275	9,3	87,1	2.958	89
Val di Chiana Aretina	10,9	5.144	91,3	83,8	487	8,6	70,3	5.632	82,6
Aretina	11,3	14.321	96,8	90,3	479	3,2	54,5	14.800	88,8
Valdarno	9,9	9.088	95,9	86,2	384	4,1	58,7	9.472	84,9
Colline dell'Albegna	8,5	3.989	92,4	78,5	326	7,6	58,3	4.315	76,8
Amiata Grossetana	16,2	2.687	88,7	105,6	341	11,3	91,6	3.028	103,9
Grossetana	9,9	10.095	93,8	85,6	665	6,2	65,8	10.761	84,3
Colline Metallifere	10,8	4.449	92,5	96,1	360	7,5	71,4	4.809	94
<b>Totale AUSL</b>	<b>10,8</b>	<b>84.430</b>	<b>93,9</b>	<b>86,9</b>	<b>5.482</b>	<b>6,1</b>	<b>67,7</b>	<b>89.933</b>	<b>85,6</b>



La percentuale di residenti sul totale della popolazione oscilla, generalmente, tra il 10 e l'11% (tabella 1), le zone che si discostano da questi valori sono le Colline dell'Albegna, con valori più bassi (8,5%), e l'Amiata grossetana con valori invece più elevati (16,2%). Nella tabella 1, è riportata anche la ripartizione percentuale tra stranieri provenienti da paesi PFPM e PSA e il rapporto tra i sessi, espresso dal numero di maschi stranieri residenti ogni 100 femmine. In tutte le zone, la percentuale di stranieri PFPM sul totale degli stranieri residenti è maggiore del 90% e si ha una predominanza di femmine, con l'eccezione dell'Amiata grossetana in cui la percentuale di PFPM scende all'88,7% e si contano 104 uomini ogni 100 donne.

Importanti differenze tra le zone si rilevano nella distribuzione per paese di provenienza. La tabella 2, in cui per ogni zona sono riportate le prime cinque cittadinanze, evidenzia interessanti peculiarità: in rapporto alla popolazione straniera residente, i cittadini senegalesi sono maggiormente presenti nella Val d'Elsa (10,8% rispetto a 1,7% della media di AUSL), i kosovari nella Senese (11,8% vs 3,3%), i bengalesi e pakistani nell'Aretina (8,9% e 8% vs 2,4% e 2,2%), gli indiani in Valdarno (16,3% vs 3,4%), i turchi nell'Amiata grossetana (9,7% vs 0,7%), i macedoni nelle Colline Metallifere (18,5% vs 3,5%). Queste differenze sono legate alla preponderanza dei vincoli etnici quale strumento privilegiato di inserimento lavorativo: poco meno del 60% degli occupati extracomunitari e circa il 55% dei comunitari ha trovato lavoro grazie a "parenti e/o amici" a fronte del 27,5% degli italiani [3].

**Differenze fra  
le zone nella  
distribuzione  
per  
cittadinanza**



**Tabella 2 Stranieri residenti per le prime cinque cittadinanze, in ordine di frequenza e zona, 2017.**

Zone di residenza	Prime cinque cittadinanze					
	1 <sup>a</sup> cittad.	2 <sup>a</sup> cittad.	3 <sup>a</sup> cittad.	4 <sup>a</sup> cittad.	5 <sup>a</sup> cittad.	Altre (147)
Alta Val d'Elsa	Albania 1.493 (22,3%)	Romania 1.264 (18,9%)	Senegal 720 (10,8%)	Marocco 275 (4,1%)	Kosovo 222 (3,3%)	40%
Val di Chiana Senese	Romania 2.237 (33,3%)	Albania 788 (11,7%)	Bulgaria 433 (6,4%)	India 353 (5,2%)	Filippine 343 (5,1%)	39%
Amiata Senese e Val d'Orcia	Romania 817 (46,4%)	Marocco 123 (7,0%)	Polonia 95 (5,4%)	Bangladesh 69 (3,9%)	Ucraina 66 (3,8%)	34%
Senese	Romania 2.459 (16,5%)	Albania 2.423 (16,2%)	Kosovo 1.760 (11,8%)	Ucraina 642 (4,3%)	Polonia 433 (2,9%)	48%
Casentino	Romania 2.468 (60,9%)	Macedonia 275 (6,80%)	India 139 (3,4%)	Bangladesh 133 (3,3%)	Germania 108 (2,7%)	23%
Val Tiberina	Romania 583 (19,7%)	Albania 375 (12,7%)	Marocco 293 (9,9%)	Kosovo 180 (6,1%)	Pakistan 169 (5,7%)	46%
Val di Chiana Aretina	Romania 2.301 (40,9%)	Albania 785 (13,9%)	Marocco 413 (7,3%)	Cina 336 (6,0%)	Polonia 303 (5,4%)	27%
Aretina	Romania 5.535 (37,4%)	Albania 1.369 (9,3%)	Bangladesh 1.320 (8,9%)	Pakistan 1.187 (8,0%)	Cina 596 (4,0%)	32%
Valdarno	Romania 2.411 (25,5%)	Albania 1.741 (18,4%)	India 1.546 (16,3%)	Marocco 543 (5,7%)	Cina 469 (5,0%)	29%
Colline dell'Albegna	Romania 2.099 (48,6%)	Moldova 290 (6,7%)	Albania 230 (5,3%)	Polonia 191 (4,4%)	Macedonia 183 (4,2%)	31%
Amiata Grossetana	Romania 623 (20,6%)	Albania 414 (13,7%)	Marocco 296 (9,8%)	Turchia 294 (9,7%)	Tunisia 165 (5,4%)	41%
Grossetana	Romania 2.666 (24,8%)	Albania 1.269 (11,8%)	Marocco 782 (7,3%)	Moldova 678 (6,3%)	Ucraina 666 (6,2%)	44%
Colline Metallifere	Romania 983 (20,4%)	Macedonia 888 (18,5%)	Ucraina 620 (12,9%)	Albania 509 (10,6%)	Marocco 259 (5,4%)	32%
AUSL TOSCANA SUD EST	<b>Romania 26.446 (29,4%)</b>	<b>Albania 11.518 (12,8%)</b>	<b>Marocco 4.372 (4,9%)</b>	<b>Macedonia 3.150 (3,5%)</b>	<b>Ucraina 3.131 (3,5%)</b>	<b>46%</b>
	6 <sup>a</sup> cittad.	7 <sup>a</sup> cittad.	8 <sup>a</sup> cittad.	9 <sup>a</sup> cittad.	10 <sup>a</sup> cittad.	
	India 3.098 (3,4%)	Polonia 2.975 (3,3%)	Kosovo 2.959 (3,3%)	Cina 2.480 (2,8%)	Bangladesh 2.151 (2,4%)	
	11 <sup>a</sup> cittad.	12 <sup>a</sup> cittad.	13 <sup>a</sup> cittad.	14 <sup>a</sup> cittad.	15 <sup>a</sup> cittad.	
Pakistan 1.969 (2,2%)	Moldova 1.780 (2,0%)	Tunisia 1.597 (1,8%)	Filippine 1.574 (1,8%)	Senegal 1.564 (1,7%)		



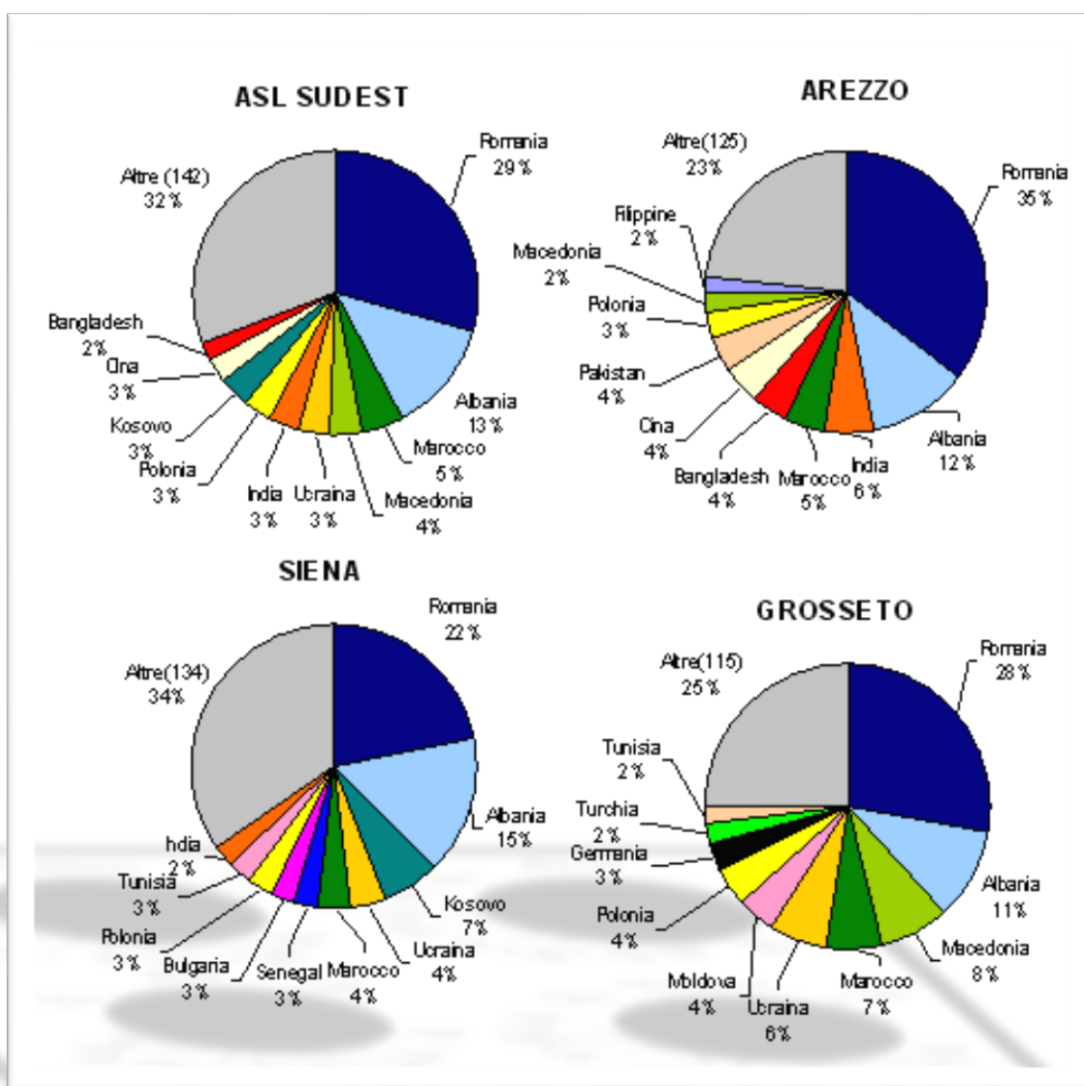
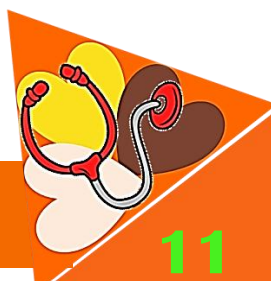


Figura 1 Ripartizione percentuale per cittadinanza e residenza, popolazione al 31/12/2017, fonte ISTAT.

La Figura 1 offre una sintesi delle principali cittadinanze, per provincia di residenza. Come detto precedentemente, la popolazione di cittadinanza estera, residente nella AUSL Toscana sud est, è caratterizzata da un'età media minore rispetto agli italiani ma, entrando più nel dettaglio della sua struttura per età, ben sintetizzata dalla piramide per età (figura 2), osserviamo che si tratta di una popolazione estremamente concentrata, in entrambi i sessi, nella fascia di età compresa tra 25 e 44 anni, entro la quale è compreso il 41% dei cittadini stranieri, il 16% al di sotto dei 15 anni, mentre solo il 6% ha più di 64 anni (percentuale che tra gli italiani sale al 28%), si contano 2,4 giovani ogni over 65 rispetto agli 0,3 degli italiani.

Interessanti spunti di riflessione sono forniti dalla sovrapposizione della struttura per età dei cittadini stranieri alla struttura per età della popolazione autoctona. La Figura 3 mostra, infatti, la piramide per età del totale della popolazione residente nel territorio dell'Azienda, dove,

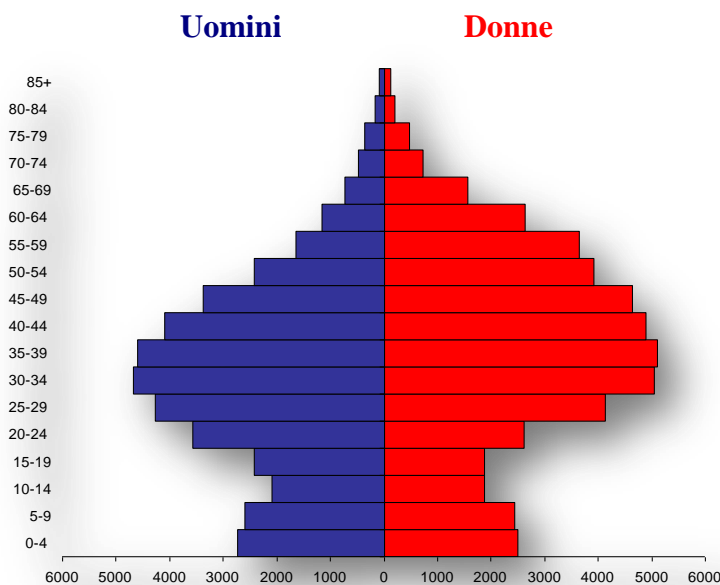
**Il 41% degli stranieri ha un'età compresa tra i 25 e i 44 anni**



in ogni gradino della piramide, le aree tratteggiate evidenziano la quota di residenti di cittadinanza estera. È facile osservare che la quota di cittadini esteri va a compensare importanti squilibri evidenti nella struttura per età della nostra popolazione. In analogia con i dati regionali e nazionali, le nascite hanno subito, negli ultimi anni, una drastica riduzione da attribuire sia a effetti strutturali (sono uscite dall'età riproduttiva le coorti delle *baby boomers* che, avendo ritardato rispetto alle coorti precedenti il progetto nascita e hanno prodotto generazioni numericamente più leggere), che a fattori esogeni come la crisi economica che si è manifestata dal 2007. La progressiva riduzione dei tassi di natalità e la posticipazione dell'evento riproduttivo delle generazioni nate negli anni del *baby boom* hanno comportato un'erosione dal basso della nostra piramide, in parte colmata dalla quota di cittadini esteri stabilmente residenti nel nostro territorio: nel 2017 i nati da entrambi i genitori stranieri sono 1051 pari al 19% del totale percentuale che sale al 28% nei nati da madre straniera.

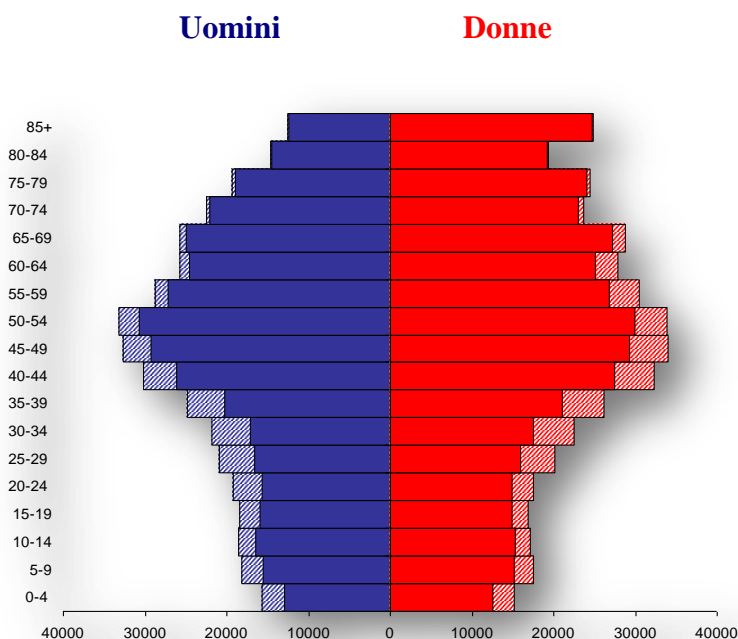
Nei prossimi anni usciranno, inoltre, dall'età lavorativa le coorti numerose degli anni '60 e saranno rimpiazzate da coorti notevolmente più leggere e che lo sarebbero ancora di più senza il contributo della popolazione straniera.

**La popolazione autoctona in età lavorativa è in progressiva riduzione**



**Figura 2** Numero di residenti nell'AUSL Toscana sud est di cittadinanza estera, per sesso e classe di età, al 31/12/2017, fonte ISTAT.





**Figura 3** Numero di residenti nell'AUSL Toscana sud est (contributo degli stranieri nelle aree tratteggiate), per sesso e classe di età, al 31/12/2017, fonte ISTAT.

Nell'esaminare la distribuzione per età della popolazione straniera è utile ricordare che essa varia tra le diverse nazionalità presenti nel nostro territorio. In un'analisi del 2015, condotta da ISTAT, sui residenti stranieri in Toscana ed Emilia Romagna [4], è stato evidenziato che Romania, Ucraina, Moldavia e Polonia presentano un pronunciato squilibrio di genere a favore della componente femminile e, secondariamente, alla più bassa quota di popolazione nelle fasce d'età più giovani (0-14 anni). Questo tipo di modello migratorio è legato all'impiego di molte donne nei servizi alle famiglie e alla mancanza di un progetto di stabilizzazione di medio-lungo termine. Tale quadro, anche se in maniera ridotta, si verifica anche per le Filippine e il Perù. Opposta è la situazione che si riscontra nella popolazione albanese, caratterizzata da una forte presenza maschile ma anche da una quota importante di bambini, segnale di una maggiore stanzialità del progetto migratorio. Ciò accade anche per paesi come Marocco, Tunisia e Senegal e paesi asiatici tra cui India e Pakistan. Anche per la Cina il modello è simile, ma con un equilibrio delle componenti di genere. Queste differenze possono essere utili per intercettare le differenti domande di salute che possono essere presenti nelle varie zone.

### Elementi di forza e di fragilità

L'analisi demografica mette chiaramente in evidenza due punti di forza di questa popolazione, rispetto agli autoctoni: giovane età e natalità. Considerata la numerosità del segmento, questo influenza significativamente il quadro demografico complessivo (fig. 3).

**Distribuzione per età e sesso variabile nelle diverse nazionalità**



Un'età media più bassa significa, sul piano della sostenibilità del sistema sanitario e di *welfare*, un minor carico di pensioni e di assistenza a malattie croniche, e maggiori risorse in termini di attività lavorativa e contribuzione. In ottica brutalmente aziendalistica, si tratta di percepire quote capitarie relative a persone che hanno un impatto sui servizi sanitari più contenuto rispetto a gruppi più anziani.

Altri punti di forza, che la letteratura definisce nel complesso come “effetto migrante sano” [1], sono legati alla selezione in partenza delle persone che emigrano, che tendenzialmente sono sane, hanno un progetto di vita quindi fiducia nel futuro e nelle proprie capacità, e coraggio.

Dall'altro canto, tra i fattori di vulnerabilità elenchiamo la diversità linguistica, la scarsa conoscenza dei servizi sanitari, e la diversa cultura di origine che, di regola, nei PFPM, non include la prevenzione, e la povertà delle reti parentali, amicali e professionali. La dispersione delle nazionalità presenti nel nostro territorio (tabella 2) fa sì che siano carenti, rispetto a quanto avviene nelle grandi città, associazioni di nazionalità forti e riconosciute, e che gli interventi mirati su gruppi linguistici o nazionali specifici (es. mediazione linguistico culturale, corsi di accompagnamento alla nascita in lingua madre, ecc.) siano difficilmente sostenibili. Tale difficoltà è resa ancor più marcata dalla dispersione territoriale della nostra Azienda, che in molte situazioni ostacola il raggiungimento dei servizi da parte degli utenti e viceversa.

Altri importanti determinanti di salute perlopiù sfavorevoli per gli stranieri PFPM sono le condizioni socioeconomiche (v. capitolo 3), nonché la precarietà documentale (documenti di soggiorno).

L'insieme di questi fattori crea la condizione che la letteratura definisce del “migrante esausto”, che nella permanenza nel paese che lo accoglie perde parte del proprio capitale di salute, consumando il vantaggio della giovane età. In sostanza, ed ancora in ottica aziendalistica, se l'immigrato si ammala in età più giovane rispetto alla media degli autoctoni, viene perso il vantaggio in termini di sostenibilità che il quadro demografico offre.

L'offerta sanitaria, comprendente la promozione della salute in termini di prevenzione primaria e secondaria e la gestione delle patologie, deve tenere conto di tutti questi fattori, ed includere l'interazione con altre istituzioni e con il terzo settore per agire ad ampio raggio sui determinanti di salute.



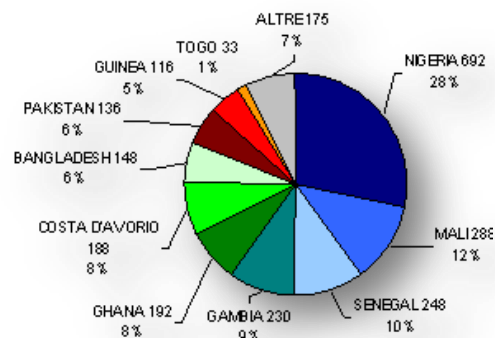
## Stranieri richiedenti asilo

Nell'Azienda UsI Toscana sud est, come nel resto della regione, viene attuato il modello dell'accoglienza diffusa; sulla base dei dati forniti dalle prefetture, a luglio 2018, risultavano presenti sul territorio 251 CAS e 19 SPRAR. Globalmente, nei CAS risultavano 2.446 richiedenti asilo, di cui 7% donne e 3% minori, il numero di presenze per CAS varia da 2 a 65. Negli SPRAR, al momento della rilevazione, erano presenti 101 richiedenti asilo.

Nella tabella 3 è riportato il dettaglio delle presenze nei CAS e negli SPRAR, per ambito zonale. I richiedenti asilo in rapporto alla popolazione residente sono intorno al 3‰, con le eccezioni del Valdarno e delle Colline dell'Albegna, che presentano tassi più bassi (rispettivamente 1,4‰ e 0,2‰) e dell'Amiata grossetana e del Casentino, che presentano tassi più elevati (rispettivamente 4,9‰ e 6‰).

Per quanto riguarda i paesi di provenienza (figura 4), il dato complessivo a livello di azienda, ma piuttosto omogeneo anche a livello provinciale, mostra che la quota maggiore di richiedenti asilo proviene dalla Nigeria (28% rispetto al totale dei richiedenti), seguita da Mali, Senegal e Gambia (rispettivamente 12, 10 e 9%).

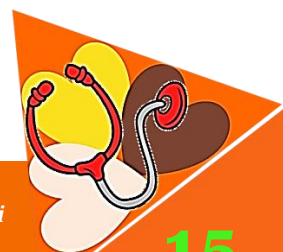
La quasi totalità dei richiedenti asilo, ad eccezione del 12% proveniente da Bangladesh e Pakistan, proviene dall'Africa Subsahariana. L'età media è di circa 25 anni.



**Figura 4 Distribuzione percentuale dei presenti nei CAS della AUSL sud est per cittadinanza, 2018, fonte Prefetture.**

**Tabella 3 Numero di ospiti CAS e beneficiari SPRAR e tasso di richiedenti asilo per 1.000 residenti a luglio 2018, fonte Prefetture.**

ZONE	Ospiti	Beneficiari	Tasso
Alta Val d'Elsa	172	21	3,1
Val di Chiana Senese	251		4,1
Amiata Senese e Val d'Orcia	56		3,4
Senese	323		2,6
SIENA	802	21	3,1
Casentino	194	18	6
Val Tiberina	121	7	4,3
Val di Chiana Aretina	156	9	3,2
Aretina	418	7	3,2
Valdarno	98	39	1,4
AREZZO	987	80	3,1
Colline dell'Albegna	12		0,2
Amiata Grossetana	92		4,9
Grossetana	402		3,7
Colline Metallifere	151		3,4
GROSSETO	657		3
AUSL TOSCANA SUD EST	2.446	101	3,1



## Progetti e azioni

L'AUSL è partner dei progetti SPRAR della Società della Salute di Grosseto (355 beneficiari, in fase di affidamento) e della provincia di Arezzo (55 beneficiari, attivo dal 2010 con capofila il Comune fino al 2015, in scadenza a dicembre 2019), ed ha una convenzione attiva con lo SPRAR del Comune di Castiglion Fibocchi (25 beneficiari, periodo 2017-2020). I protocolli d'intesa con i progetti SPRAR della Provincia di Arezzo e del Comune di Castiglion Fibocchi sono stati firmati nell'ottobre 2018.

La collaborazione ai progetti SPRAR si esprime in vari ambiti di confronto e di attività, tra cui:

- formazione degli operatori dell'accoglienza sui temi di salute;
- formazione dei beneficiari sulla salute, ai fini dell'acquisizione di autonomia nell'utilizzo dei servizi sanitari, e dell'educazione alla prevenzione ed a stili di vita favorevoli;
- ottimizzazione delle procedure operative di controllo delle strutture.

Tali attività, avviate nel secondo semestre 2018, sono realizzate con il coinvolgimento attivo di operatori della medicina generale, pediatria, SERD, salute mentale, prevenzione e consultori.

Nello SPRAR della SdS Grosseto, l'AUSL è stata coinvolta nella fase di progettazione, ed ha collaborato a definire azioni finalizzate alla tutela della salute, ed in particolare la salute mentale di beneficiari ed operatori, tra le quali la supervisione esterna e qualificata (etnopsichiatrica o antropologica) delle *équipe* di accoglienza.

L'AUSL ha collaborato con la Regione Toscana per la sensibilizzazione dei sindaci e presidenti delle SdS al potenziamento del sistema di accoglienza SPRAR, a vantaggio della tutela e promozione della salute delle persone accolte (conferenza dei sindaci aziendale 28/02/2018, riunione tecnica con i direttori SdS 21 marzo 2018).

Ci si propone per il 2019 di consolidare le collaborazioni con gli SPRAR sopracitati, e di realizzare analoghe intese ed azioni con i progetti SPRAR delle SdS Valdelsa e Senese.

L'AUSL collabora attivamente anche con le Prefetture per le persone accolte nei CAS. Il confronto con le Prefetture e gli operatori dei CAS sulla gestione di casi complessi per aspetti sanitari e sociali è frequente, e vede coinvolti soprattutto i settori Salute Mentale, SERD e Servizi Sociali. La Prefettura di Arezzo è capofila di un progetto FAMI *Capacity Building* (bando in scadenza 31 gennaio 2019) in fase di costruzione, con il partenariato della ASL e del CPIA.

Le donne richiedenti asilo sono una minoranza (7%), ma presentano elementi di particolare complessità con ricadute sulla salute e sulla relazione con gli operatori sanitari. Per questo specifico gruppo gli operatori dei consultori hanno elaborato strategie di risposta e di contenimento delle problematiche, con l'ausilio di esperti di mediazione etnoclinica, e sviluppato progetti (v. capitolo 11).

La procedura di "accoglienza sanitaria", per l'attuazione locale delle linee guida nazionali "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli" (Sistema Nazionale Linee Guida, delibera Conferenza Stato-Regioni n. 108 del 10.05.2018) [4], adottata il 30 ottobre 2018, è stata elaborata nel periodo giugno-ottobre 2018 da un ampio gruppo di lavoro aziendale, multiprofessionale e multidisciplinare, che ha visto il coinvolgimento, con lo staff della Direzione Sanitaria, di diverse strutture organizzative aziendali e non solo:

- Medicina Generale
- Territorio
- Materno infantile
- Prevenzione
- Medicine Specialistiche
- Infermieristico-ostetrico
- URP
- Anagrafe Sanitaria
- Azienda Ospedaliera Senese (Malattie Infettive)
- Gruppo Regionale Immigrazione e Salute (GRIS) della SIMM.

La presa in carico sanitaria delle persone RTPI in seconda accoglienza nel nostro territorio prevede la collaborazione della Questura e degli operatori dei CAS, affinché la persona sia quanto prima iscritta all'anagrafe sanitaria e visitata dal proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta. Questi provvederanno, con l'ausilio del mediatore linguistico culturale fornito dal CAS, ad effettuare anamnesi ed esame obiettivo ed a richiedere gli esami di *screening*, e, nella seconda visita, invieranno la persona alla vaccinazione. Per tutte le donne, gruppo minoritario ma di alta complessità, è previsto l'invio al consultorio per un colloquio informativo, possibilmente di gruppo, e la proposta di visita e *screening* oncologico.

Nel mese di dicembre la procedura sarà diffusa, oltre che a tutti gli operatori aziendali dipendenti e convenzionati (tramite i direttori dei dipartimenti, delle zone distretto e dei presidi ospedalieri, e tramite pubblicazione Intranet), a Prefetture ed enti locali titolari di SPRAR e, loro tramite, ai centri di accoglienza.

Nel 2019 saranno sviluppate istruzioni operative zonali.

Nel 2019, con il dipartimento di medicina generale, avrà luogo una formazione il più possibile capillare dei medici di medicina generale.



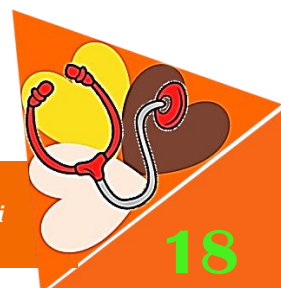
### Flow chart: Presa in carico del RTPI

procedura di attuazione linee guida "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli"

 Direzione Sanitaria	Procedura AZIENDA USL TOSCANA SUD EST Cod. <b>PERCORSO "I CONTROLLI alla FRONTIERA. La FRONTIERA dei CONTROLLI"</b>	Rev. n. 0 30/10/2018 Pag. 7 di 19
--	---	---

### Flow chart: Presa in carico del RTPI

Modalità Operative	Documento	Tempi
<b>1.a Visita alla presenza del MLC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ richiesta esami di screening</li> <li>➢ invio al consultorio per donne di età uguale o superiore a 14 aa</li> <li>➢ inserimento in percorsi sanitari in caso di rilievi patologici</li> </ul> <b>1.b Seconda visita con MLC</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ visione referto esami e inserimento in percorsi sanitari se dati patologici</li> <li>➢ indicazione a vaccinazioni</li> <li>➢ consegna sintesi sanitaria</li> </ul>	Cartella ambulatoriale informatizzata Richiesta esami su ricettario regionale  Documento sanitario di sintesi	Entro 1 settimana dalla richiesta  Prima possibile appena disponibile il referto degli esami di screening
Responsabile: MMG/PLS		
<b>2.A Colloquio informativo sulla salute femminile possibilmente di gruppo e proposta appuntamento per visita ostetrica e screening carcinoma cervice uterina con MLC/ESC</b>  <b>2.B Visita ginecologica con screening "cervice" ed eventuale tampone con MLC/ESC</b>  <b>2.C Per donne in gravidanza</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Visita ginecologica per datazione epoca gestazionale</li> <li>➢ Inserimento percorso nascita</li> </ul>	Materiale informativo in italiano ed in lingua madre o veicolare  Sintesi clinica  Libretto gravidanza	Entro una settimana dalla richiesta  Quando disponibili esami ematici di screening  Entro una settimana dalla richiesta
Responsabile UF Consultorio		



### 3. Condizioni socioeconomiche

Le condizioni socioeconomiche di una popolazione rappresentano uno dei principali determinanti di salute della stessa. Le disparità di reddito, istruzione e inclusione si riflettono spesso nella differente distribuzione delle malattie e dell'aspettativa di vita fra gli individui. È importante, quindi, esaminare le caratteristiche sociali di un determinato gruppo di persone, per attuare azioni volte alla riduzione delle eventuali disegualianze, non solo ai fini di un miglioramento della qualità della vita, ma anche della salute. Uno studio pubblicato sul Lancet, nel 2017, ha dimostrato che un basso stato socioeconomico è un fattore di rischio indipendente di mortalità e che, da solo, determina una riduzione di sopravvivenza di circa due anni [2].

Gli immigrati, soprattutto quelli provenienti da PFP, sono una popolazione particolarmente vulnerabile dal punto di vista socioeconomico: molto spesso, infatti, provengono da situazioni di partenza difficili, come guerre e povertà, e una volta arrivati nel nuovo paese, soprattutto i primi anni, incontrano molteplici problemi, fra cui quelli legati alle condizioni abitative e lavorative precarie, alle difficoltà nell'utilizzo e nella comprensione della lingua, all'assenza di una rete familiare-sociale cui fare riferimento. L'ISTAT documenta (dati aggiornati al 2017) che la condizione di povertà assoluta in Italia interessa il 6,2% dei cittadini italiani (3 milioni 349 mila) e il 32,3% degli stranieri (1 milione e 609 mila persone).

La valutazione del profilo socioeconomico a livello locale in generale, non è facile, poiché esso è il risultato di elementi non chiaramente e univocamente definiti e non sempre individuabili nelle fonti dati più comunemente utilizzate per le analisi descrittive, principalmente per problemi di *privacy* o di raccolta delle informazioni.

Dai dati contenuti nel rapporto annuale centrale della prefettura, si evince che, nella nostra Azienda, gli stranieri che hanno percepito un sostegno economico continuativo per indigenza, nel 2016, sono stati, 231 (262 x 100.000) contro i 723 tra gli italiani (96 x 100.000), quindi con un tasso per 100.000 di circa il triplo.

L'altro dato che emerge è che solo il 2,7% degli stranieri, contro l'80% degli italiani, è proprietario di un immobile.



Il tasso d'iscrizione ai centri per l'impiego (CPI) in età lavorativa indica la proporzione tra le persone iscritte ai CPI e la popolazione tra i 15 e i 64 anni. L'iscrizione ai CPI non è obbligatoria, anche se lo è per percepire l'assegno di disoccupazione dall'INPS. Gli iscritti ai CPI non sono solo i disoccupati, ma anche persone che lavorano a tempo determinato e che possono mantenere lo stato di disoccupazione (con occupazione a termine inferiore agli otto mesi, per chi ha più di 25 anni o di quattro mesi, per i giovani fino a 25 anni o 29 anni se laureati), se percepiscono un reddito annuale non superiore al reddito minimo escluso da imposizione (7.500 euro). Quello che si ricava dalla sua analisi, quindi, non è propriamente un tasso di disoccupazione, ma di difficoltà occupazionale e naturalmente non include il fenomeno dell'inattività, cioè lo stato di chi non ha un lavoro ma nemmeno lo cerca, che nello studio ISTAT su Emilia Romagna e Toscana risulta particolarmente rilevante nella componente femminile, soprattutto di alcune nazionalità: i tassi per le donne originarie del Pakistan, dell'Egitto e del Bangladesh superano, infatti, l'80% a fronte di una media nazionale del 44,1% e di un valore medio delle extracomunitarie del 43,9% [5].

**Il 40% degli stranieri, in età lavorativa, è in difficoltà occupazionale**

La figura 5 mostra come i tassi di persone in difficoltà occupazionale, fra la popolazione in età lavorativa (15-64 anni) del territorio della nostra azienda, siano maggiori per gli stranieri rispetto agli italiani e di circa il 5% più alti della media toscana. L'andamento fra le zone distretto è simile a quello che si ha per i tassi degli italiani: nelle zone dove gli iscritti ai CPI sono di più fra questi ultimi, lo sono anche fra gli stranieri. Le zone dove gli immigrati hanno tassi minori sono quelle della provincia di Grosseto, ad eccezione della zona Grossetana, e la zona Senese. Il 42% degli stranieri, in età lavorativa, è in difficoltà occupazionale, contro il 18% degli italiani.

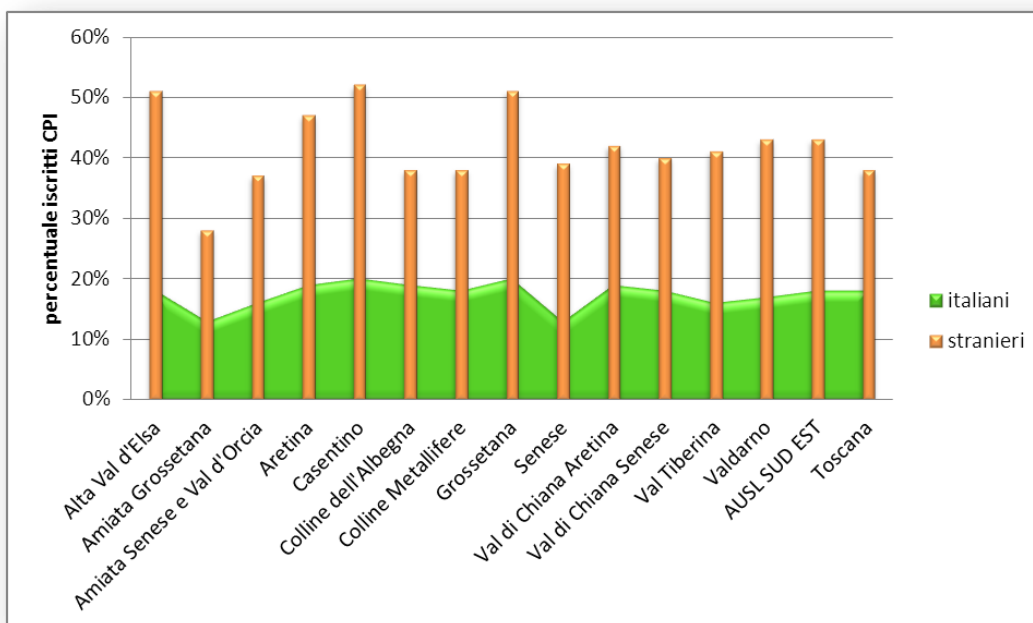


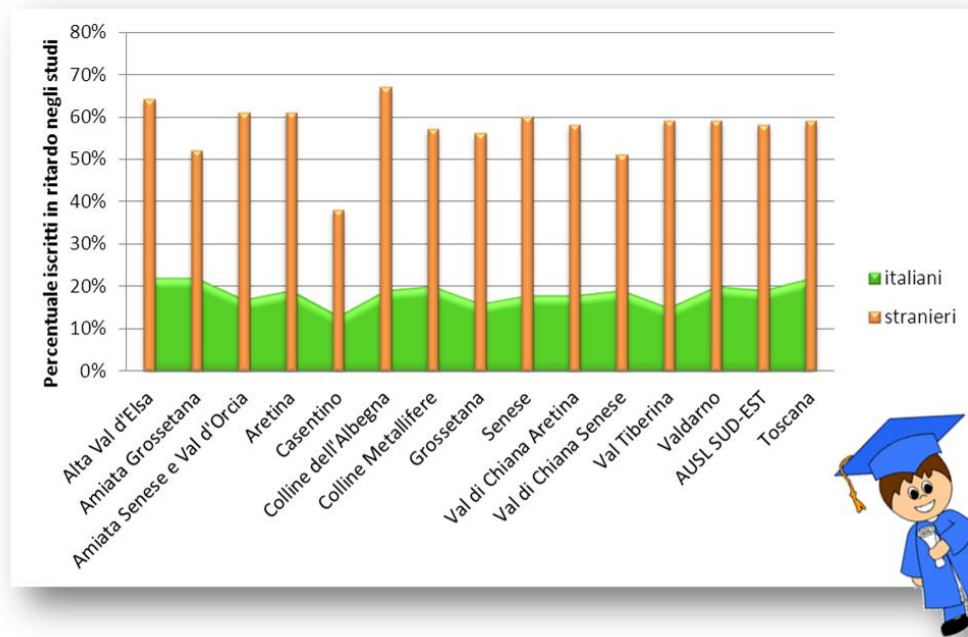
Figura 5 Percentuale d'iscritti ai CPI, confronto popolazione straniera e italiana, anno 2017.





Nella valutazione della situazione lavorativa bisogna inoltre considerare che probabilmente, anche a causa delle tipologie di lavoro svolte, fra gli stranieri siano di più le persone che lavorano senza un contratto regolare, in condizioni di precariato e con stipendi bassi.

Il ritardo scolastico è un indicatore che mostra quanti, su tutti i ragazzi iscritti alla scuola, risultano frequentanti una classe inferiore rispetto a quella che sarebbe teoricamente prevista per la loro età. Anche questo indicatore non permette di distinguere tra ragazzi provenienti da PFPM o da PSA.



**Figura 6 Percentuale di iscritti a una scuola superiore in ritardo sugli studi, confronto popolazione italiana e straniera, anno scolastico 2016-17.**

Il tasso di ritardo scolastico è più alto negli stranieri rispetto agli italiani ma, ad eccezione di alcune zone, in linea con il dato regionale (figura 6). La zona con il tasso più basso è il Casentino, quella con il tasso più alto è la zona delle Colline dell'Albegna. I fattori che possono determinare questo dato sono molti: primo fra tutti, la non perfetta padronanza della lingua, aggravato anche dai problemi detti prima, ossia una limitata rete familiare e condizioni economiche precarie; non ultimo, è possibile che ci sia, per la maggior parte delle scuole, una difficoltà nel venire incontro alle diverse esigenze degli studenti stranieri, sia per mancanza di personale docente formato, sia per ridotto accesso ai fondi dedicati. Inoltre alcuni ragazzi, soprattutto quelli appena arrivati, possono essere inseriti in classi inferiori per permettere loro di avere il tempo di adattarsi e conoscere la lingua. Nell'interpretazione delle differenze presenti nelle varie zone può giocare un ruolo la diversa presenza, sul territorio, di ragazzi appena arrivati in Italia che saranno più soggetti a incontrare difficoltà, rispetto a quelli che sono nel nostro paese da più tempo o addirittura a quelli di "seconda generazione".

*Quasi il 60% dei ragazzi stranieri è in ritardo negli studi*

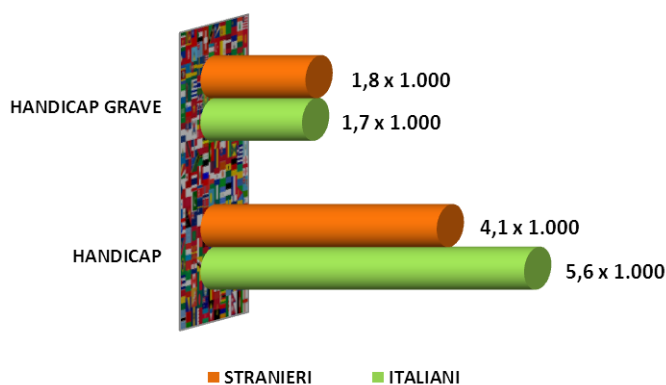


## Minori e legge 104

In un nucleo familiare, la presenza di un figlio che necessita di un'assistenza, più o meno continua, può rappresentare un elemento di grande importanza nell'influenzare il livello socioeconomico, soprattutto in assenza di un'adeguata rete sociale. Spesso, infatti, per rispondere alle esigenze della persona con disabilità, tanto più se figlio, è necessario un grande impegno di risorse economiche e di tempo, che grava sui componenti della famiglia stessa, attraverso una modificazione delle abitudini e degli stili di vita precedenti, compresi quelli lavorativi. Lo Stato italiano, con la legge 104 del 1992, garantisce, alle persone che debbano farsi carico di un familiare con handicap, sia esso bambino o adulto, una serie di diritti e agevolazioni finalizzate alla riduzione del peso che grava sul cittadino. Nell'analisi seguente sono stati analizzati i dati provenienti dagli archivi della medicina legale, in cui sono presenti le richieste fatte per ottenere i benefici della legge 104. Sono stati presi in considerazione esclusivamente i dati relativi ai minori, soprattutto a causa della diversa struttura demografica della popolazione straniera rispetto all'italiana, che, nell'analisi delle fasce di età più elevate, avrebbe portato delle difficoltà interpretative; inoltre, mentre per i bambini le richieste delle agevolazioni sono più simili all'incidenza del fenomeno totale, nelle persone anziane non sempre la presenza d'invalidità è associata a una richiesta di agevolazioni secondo la legge 104.

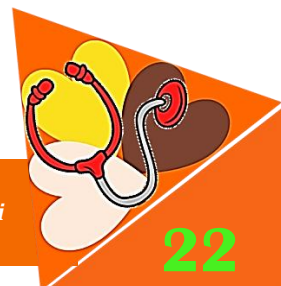
Sono state analizzate esclusivamente le domande refertate, il cui *iter* risulta concluso. La presenza di campi senza indicazioni sull'esito è abbastanza alta, ma distribuita uniformemente tra italiani e stranieri.

*Il tasso di beneficiari della L.104/92 è sovrapponibile fra italiani e stranieri*



**Figura 7 Nuovi riconoscimenti di handicap L.104/92 x 1.000 abitanti sotto i 18 anni, 2017.**

Nella figura sono illustrati i riconoscimenti di handicap effettuati nel 2017, nei minorenni stranieri e italiani, residenti nella nostra Azienda. Si nota come, mentre il tasso di handicap è superiore fra gli italiani (di una persona per 1.000), quello di handicap grave è uguale.



## 4. Mortalità

È noto come i dati di mortalità rappresentino lo strumento più consolidato nella descrizione dello stato di salute di una popolazione. Nelle analisi presenti in questo documento, tuttavia, il loro contributo è modesto, a causa dell'età della popolazione immigrata e delle sue caratteristiche. È noto, infatti, che le persone che emigrano, oltre ad essere giovani, sono anche quelle più sane e che, probabilmente, una volta ammalate, specialmente se lontane dalla famiglia di origine, cercano di tornare nei loro paesi, "salmon bias" [1]. La conseguenza, quindi, è che il numero di decessi nella popolazione straniera è ancora più esiguo di quello dei ricoveri.

A causa dei pochi decessi nella popolazione straniera, sono stati aggregati insieme gli anni dal 2011 al 2015. Le morti totali nell'Azienda Usl Toscana sud est, nei 5 anni in studio, sono state 49.689. Di questi solo l'1% (n=505) di persone straniere e nel 76% dei casi tra cittadini di PFPM. I tassi sono riportati nella tabella seguente.

**Tabella 4 Tassi di mortalità per cittadinanza, anni 2011-15.**

	Totale decessi	Tasso x 100.000
stranieri	505	121,1
italiani	49.178	1.307,9
totali	49.689	1.189,5

Analizzando la popolazione straniera per gruppo di paesi di provenienza, si osserva che i tassi per i PFPM sono ancora più bassi rispetto a quelli italiani (98 x 100.000) e rispetto ai PSA (460 x 100.000), (tabella 5).

**Tabella 5 Tasso di mortalità (x 100.000) per PSA e PFPM, anni 2011-15.**

	Totale decessi	Tasso x 100.000
PFPM	384	98,2
PSA	121	460,5

**505 DECESSI  
DI PERSONE  
STRANIERE IN 5  
ANNI**



Nella tabella successiva, sono riportati i tassi di mortalità per fascia di età, che aiutano a fornire un quadro sullo stato di salute per cittadinanza. La scelta di analizzare i dati per fasce di età aiuta a togliere il confondimento dovuto alla diversa struttura demografica delle popolazioni a confronto; tuttavia bisogna considerare che, ad esclusione di quella 0-14 anni, anche all'interno della stessa fascia, l'età media degli stranieri è inferiore a quella degli italiani poiché è di più il numero di quelli che si collocano agli estremi inferiori del raggruppamento. Questo potrebbe spiegare parte delle differenze trovate nei tassi di mortalità generali e nella loro distribuzione per patologie.

**Tabella 6 Tassi di mortalità per fascia di età, per cittadinanza, anni 2011-15.**

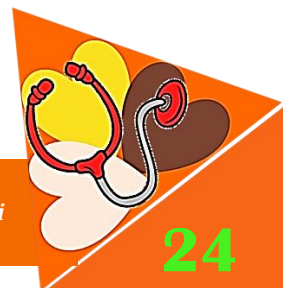
	STRANIERI		ITALIANI	
	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000
0-14 anni	17	22,91	102	22,73
15-44 anni	98	54,13	531	58,78
45-64 anni	187	199,97	3.650	335,82
65+ anni	189	1.174,79	44.820	4.417,18

Nella fascia di età 0-14 anni, i tassi di mortalità sono sovrapponibili fra le popolazioni in studio; questo dato è positivo per due motivi: uno perché sottende dei bassi tassi di mortalità infantile e quindi dimostra che esistono dei buoni percorsi di assistenza a gravidanza e parto; due, perché probabilmente, almeno nella nostra Azienda, le condizioni di vita degli stranieri non sono così scadenti da compromettere la salute dei bambini. Nelle fasce di età successive aumentano le differenze e i tassi di mortalità degli italiani diventano più alti. Per l'interpretazione di questo dato, bisogna considerare che la popolazione che emigra lo fa principalmente alla ricerca di un lavoro e quindi sarà in buone condizioni fisiche. Questa spiegazione è avvalorata anche da quanto visto nella fascia di età più giovane: infatti, nei bambini, per i quali non c'è questo tipo di selezione, i tassi sono gli stessi che negli italiani.

Nei grafici seguenti è illustrata la distribuzione percentuale delle cause di morte fra italiani e stranieri, per grandi fasce di età; non sono, invece stati considerati gli ultrasessantacinquenni, poiché pochissimi fra gli stranieri e, come detto sopra, sicuramente con un'età media più bassa rispetto agli italiani.

Tra le prime cause di morte nei bambini ci sono delle differenze che però, dati i piccoli numeri, non hanno nessuna significatività dal punto di vista statistico, si parla, infatti, di 119 casi in 5 anni di cui solo 17 avvenuti negli stranieri. In particolare, sembra che fra gli stranieri siano meno frequenti neoplasie e malformazioni congenite e più le malattie del sistema nervoso.

La distribuzione delle principali cause di morte fra gli adulti non mostra grandi differenze fra italiani e stranieri.



I traumatismi e gli avvelenamenti restano la prima causa di morte, nella fascia 15-44, seguiti dalle neoplasie. Nella fascia 45-64 anni, al primo posto troviamo i tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato circolatorio e dai traumatismi ed avvelenamenti. Il differente comportamento delle patologie neoplastiche, che aumentano con l'aumentare dell'età, potrebbe essere spiegato, come detto sopra, con un'età media, all'interno dei gruppi, minore per gli stranieri rispetto agli italiani.

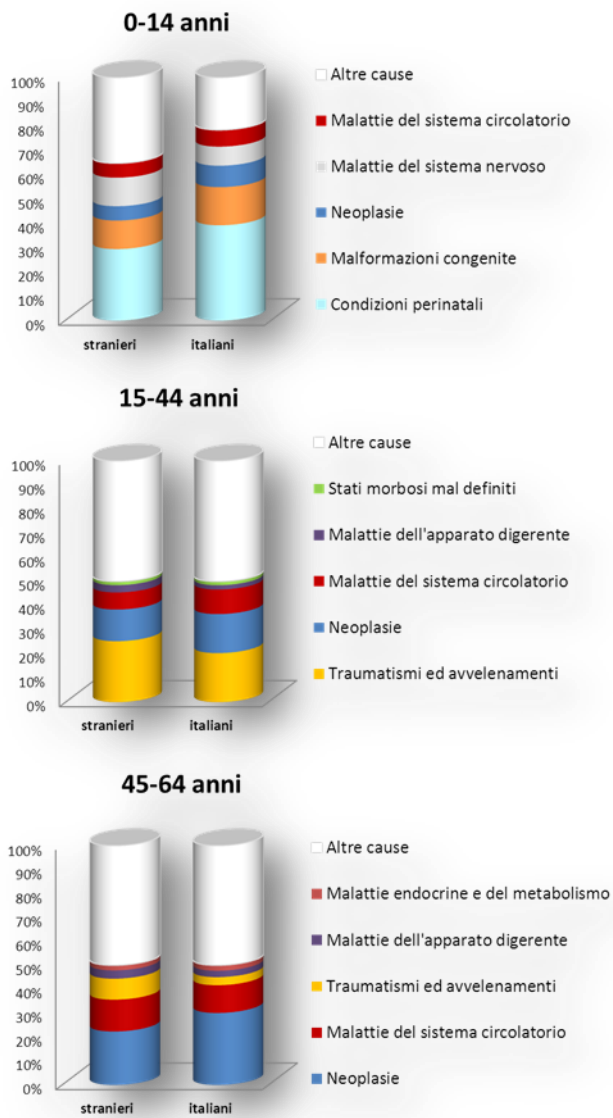


Figura 8 Distribuzione percentuale dei principali gruppi di cause di morte (classificazione ICD IX, ICD X), per cittadinanza, anni 2016-17.

## 5. Ricoveri

È stata condotta un'analisi su tutti i ricoveri effettuati da cittadini stranieri, residenti nei territori della nostra Azienda, a partire dall'anno 2013 (anno in cui si dispone di dati omogenei per tutta l'Azienda) fino al 2017 (ultimo anno disponibile al completo). La scelta di analizzare i dati aggregati per 5 anni è stata dettata dall'esigenza di poter lavorare su numeri più consistenti di quanto non sarebbe stato possibile analizzando singoli anni. La popolazione straniera rappresenta, infatti, meno del 10% della popolazione, è più giovane, e quindi necessiterà meno, in maniera assoluta, di assistenza sanitaria.

Nei 5 anni esaminati, il tasso di ospedalizzazione degli stranieri è stato minore rispetto a quello degli italiani (97,9 x 1.000 vs 148,5 x 1.000); dato che è facilmente spiegabile dalla diversa distribuzione per età delle due popolazioni, con quella straniera che ha un'età media nettamente inferiore a quella italiana. Tra gli stranieri, i residenti provenienti da paesi a sviluppo avanzato hanno tassi di ricovero inferiori del 20% rispetto a quelli provenienti dai paesi a forte pressione migratoria (78 x 1.000 vs 99 x 1.000). I ricoveri di cittadini stranieri, in 5 anni, nella nostra Azienda sono stati, complessivamente, 43.086, cioè il 7,1% di quelli di tutti i residenti (603.700).

**Tabella 7 Distribuzione percentuale dei ricoveri tra italiani e stranieri, anni 2013-17.**

	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Italiani</b>	92,9	92,8	92,8	92,7	92,5
<b>Stranieri</b>	7,2	7,1	7,2	7,3	7,4

La tabella mostra come la percentuale di ricoveri di cittadini stranieri sia rimasta stabile nel tempo; la maggior parte di queste ospedalizzazioni (il 95%) sono effettuate da cittadini provenienti da PFPM, in accordo con il numero più alto di residenti originari di queste aree. Le nazionalità più rappresentate sono, come possibile vedere dalla figura successiva, quella rumena, albanese e marocchina, che corrispondono anche a quelle con numero di residenti maggiori. Le prime 10 nazionalità, per numero di ospedalizzazioni, sono tutte appartenenti ai PFPM.



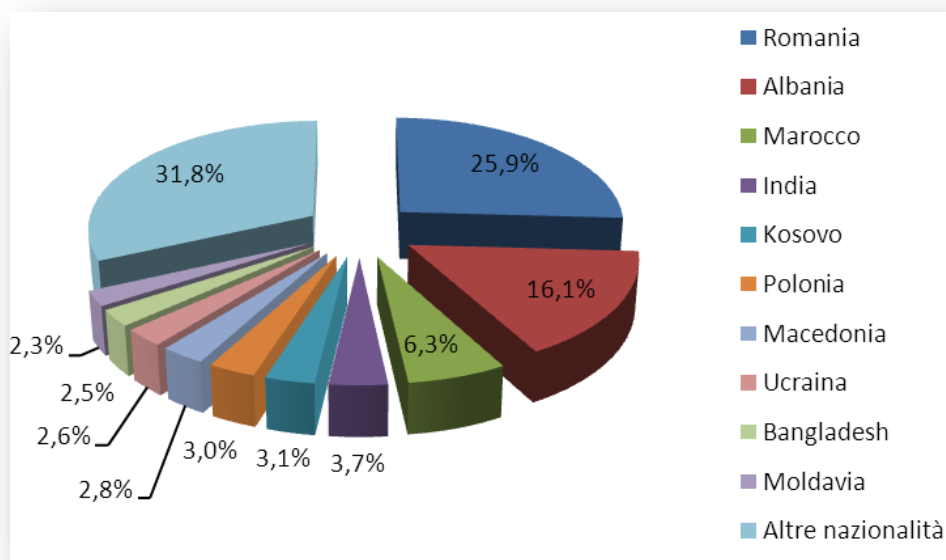


Figura 9 Distribuzione percentuale dei ricoveri ospedalieri per nazionalità per ricoveri, anni 2013-17.

I tassi di ricovero per tutti questi gruppi di popolazione sono inferiori a quelli degli italiani; ad eccezione dei cittadini di nazionalità nigeriana che sono quelli con il tasso più alto.

Tabella 8 Tasso di ricovero (x1.000) per nazionalità, anni 2013-17.

Cittadinanza	Ricoveri	Tasso
Romania	11.149	87,7
Albania	6.917	108,1
Marocco	2.708	117,5
India	1.592	103,66
Kosovo	1.348	91,2
Polonia	1.293	85,4
Macedonia	1.224	78,7
Ucraina	1.131	73,4
Bangladesh	1.069	101,3
Moldova	972	99,7
Pakistan	944	120,6
Cina	854	80,8
Tunisia	793	99,9
Senegal	692	95,5
Nigeria	622	179,9
Altre nazionalità	9.778	105,6
Italia	557.037	148,5



L'età media dei ricoverati stranieri è più bassa di quella degli italiani, circa 50 contro 62 anni, e scende ancora considerando solo i ricoveri di chi proviene dai PFPM (48,6 anni).

Fra gli stranieri, più del doppio dei ricoveri sono a carico delle donne, a differenza di quanto non avvenga fra gli italiani, in cui sono divisi equamente.

La più bassa età media di ricovero riflette, come già detto, la diversa struttura per età delle popolazioni a confronto (gli stranieri sono molto più giovani degli italiani), mentre, la maggioranza di ricoveri nel sesso femminile è dovuta al fenomeno, noto, dell'alta percentuale di ospedalizzazioni per eventi legati alla gravidanza e al parto nel gruppo di cittadinanza estera che, in più contribuisce ad abbassare l'età media dei ricoveri.

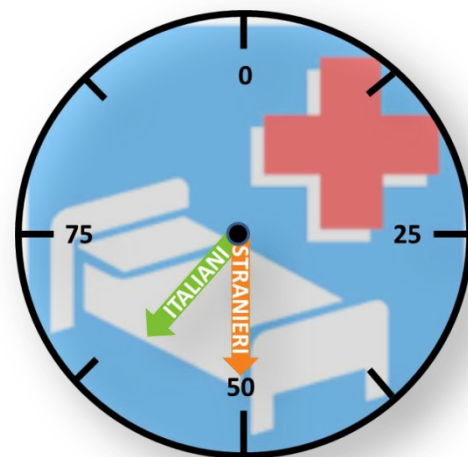


Figura 10 Età media dei ricoverati italiani e stranieri.



Figura 11 Percentuale di ricoveri di uomini e donne, anni 2013-17.

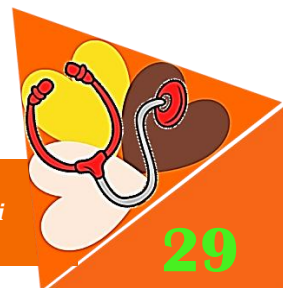
Nella tabella successiva sono riportate le giornate di degenza media per fasce di età, che non mostrano differenze significative fra i vari gruppi in esame, anche se sono poco superiori negli stranieri (sia da PSA che da PFPM) rispetto agli italiani, in quasi tutte le fasce di età, in particolare quelle adulte, dato da monitorizzare ed eventualmente da approfondire.



Tabella 9 Giornate di degenza medie per fasce di età, anni 2013-17.

	Italia	PFPM	PSA
0-4 aa	4,09	4,22	4,21
5-9 aa	2,42	2,62	3,53
10-14 aa	2,81	3,18	4,32
15-19 aa	3,34	4,01	4,53
20-24 aa	3,49	3,45	4,11
25-29 aa	3,44	3,46	4,48
30-34 aa	3,54	3,41	3,34
35-39 aa	3,66	3,97	3,24
40-44 aa	4,19	4,45	4,29
45-49 aa	4,77	5,37	5,69
50-54 aa	5,18	5,55	5,24
55-59 aa	5,64	6,36	6,04
60-64 aa	6,15	6,81	6,56
65-69 aa	6,62	6,97	6,10
70-74 aa	7,09	7,62	7,98
75-79 aa	7,74	8,81	7,25
80-84 aa	8,36	10,01	7,97
85+	8,45	8,69	7,99

Nella tabella seguente è indicata la distribuzione percentuale per fasce di età dei ricoveri, separata tra maschi e femmine, per italiani e PFPM, e mostra chiaramente quelle differenze legate alla diversa età media della popolazione di riferimento, con gli italiani molto più vecchi degli immigrati. Ciò, anche se poco informativo dal punto di vista dello stato di salute, è importante in ambito di programmazione per capire il tipo di domanda primaria e conseguentemente gli interventi prioritari da adottare per rispondere alle necessità di salute della popolazione immigrata, che, presumibilmente, saranno diverse da quelle degli italiani. I dati degli stranieri provenienti da PSA non sono riportati in tabella, perché sovrapponibili a quelli degli italiani.



**Tabella 10 Distribuzione dei ricoveri in percentuale per fasce di età, per italiani e stranieri provenienti da PFPM, anni 2013-17.**

	Maschi		Femmine	
	Italia	PFPM	Italia	PFPM
0-4 aa	8,10	28,84	6,37	11,52
5-9 aa	2,41	7,58	1,56	2,22
10-14 aa	2,22	4,81	1,45	1,50
15-19 aa	2,19	4,09	1,58	2,78
20-24 aa	1,75	4,60	1,88	9,86
25-29 aa	1,66	5,36	3,30	16,26
30-34 aa	1,80	5,62	5,25	15,35
35-39 aa	2,30	6,90	5,90	11,75
40-44 aa	3,21	6,13	4,99	7,43
45-49 aa	4,12	6,79	4,77	5,50
50-54 aa	5,17	5,58	5,08	4,24
55-59 aa	5,93	4,73	5,03	4,30
60-64 aa	7,50	3,67	5,67	3,18
65-69 aa	9,94	2,15	7,50	1,69
70-74 aa	10,28	1,53	7,51	0,94
75-79 aa	11,75	0,87	9,12	0,74
80-84 aa	9,87	0,60	9,03	0,38
85+	9,79	0,15	14,01	0,37

Nella pagina successiva, la tabella 11 mostra la distribuzione delle cause di ricovero, per grandi gruppi. In quest'analisi, diversamente dalla precedente, sono state tolte tutte le diagnosi relative a parto e nascita (codice ICD IX da 370 a 375 e da 385 a 391), sono invece state lasciate le complicanze della gravidanza, sia come indicatore dello stato di salute sia perché comprendono le IVG, per quanto detto finora sulla presenza di un grande numero di ricoveri fra gli stranieri, soprattutto quelli provenienti da PFPM, legati a questi motivi.

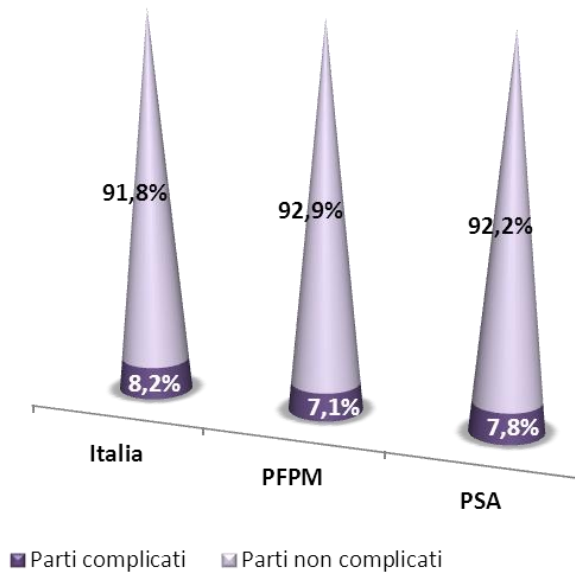


Tabella 11 Distribuzione percentuale delle cause di ricovero per grandi gruppi di malattia (classificazione ICD IX), per paesi di origine della popolazione, anni 2013-17.

Italia		PFPM		PSA	
Malattie del sistema circolatorio	17,8	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	15,2	Tumori	14,6
Tumori	11,4	Malattie dell'apparato digerente	11,5	Malattie del sistema circolatorio	12,0
Malattie dell'apparato digerente	10,9	Malattie dell'apparato genitourinario	8,9	Altri fattori che influenzano lo stato di salute e l'accesso al SSN	11,2
Malattie dell'apparato respiratorio	10,5	Malattie del sistema circolatorio	8,6	Traumatismi ed avvelenamenti	9,9
Traumatismi ed avvelenamenti	8,9	Tumori	8,0	Malattie dell'apparato digerente	8,8
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del connettivo	8,7	Malattie dell'apparato respiratorio	7,6	Malattie dell'apparato osteomuscolare e del connettivo	7,0
Malattie dell'apparato genitourinario	7,4	Traumatismi ed avvelenamenti	7,3	Malattie dell'apparato genitourinario	6,8
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e l'accesso al SSN	7,1	Altri fattori che influenzano lo stato di salute e l'accesso al SSN	5,9	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	6,1
Malattie endocrine	2,7	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,9	Malattie dell'apparato respiratorio	5,6
Sintomi, segni, e stati morbosi mal definiti	2,4	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4,2	Malattie sistema emolinfopoietico	3,6
Disturbi mentali	2,3	Disturbi mentali	3,2	Disturbi mentali	3,5
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	2,1	Malattie infettive	3,2	Malattie del SNC	2,6
Malattie del SNC	2,1	Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi	3,1	Malattie endocrine	2,3
Malattie infettive	1,8	Sintomi, segni, e stati morbosi mal definiti	2,6	Sintomi, segni, e stati morbosi mal definiti	1,8
Malformazioni congenite	1,3	Malformazioni congenite	2,0	Malattie infettive	1,5
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,2	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,3	Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,3
Malattie sistema emolinfopoietico	1,1	Malattie del sangue e organi emopoietici	1,3	Malformazioni congenite	1,2
Malattie del sistema immunitario	0,1	Ndd	0,1	Malattie del sistema immunitario	0,1
Ndd	0,1	Malattie del sistema immunitario	0,1	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0,0
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0,0	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0,0	Ndd	0,0



Le prime cause di ricovero (17,8%) restano, per i cittadini provenienti da PFPM, le complicazioni per gravidanza e parto, che fra gli italiani sono solo il 2%. Questo dato è da ricondurre principalmente a due fattori: il primo, il maggior numero di parti che avvengono in questa popolazione, il secondo, il grande numero d'interruzioni volontarie di gravidanza che sono comprese in questo gruppo di diagnosi; non sono invece da imputare a un numero maggiore di complicanze legate alla gravidanza, che anzi sembrano inferiori rispetto alle italiane, probabilmente anche per l'età più giovane delle madri.

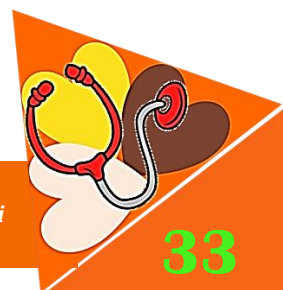


**Figura 12 Percentuale di parti complicati, anni 2013-17.**

Un altro dato interessante è che le malattie dell'apparato circolatorio, che rappresentano la prima causa di ospedalizzazione negli italiani, si trovano solo al quarto posto per i provenienti da PFPM, con una percentuale della metà rispetto agli italiani. Stessa cosa per i tumori, al secondo posto negli italiani (11,4%) e al quinto (8%) negli stranieri. Chiaramente, queste differenze sono da imputarsi soprattutto alla differente distribuzione per età delle due popolazioni. Infatti, sia le malattie dell'apparato circolatorio, sia i tumori, sia le patologie dell'apparato respiratorio colpiscono più frequentemente le età più avanzate, che sono poco rappresentate fra la popolazione straniera. A dimostrazione di questo anche il comportamento dei ricoveri dei PSA che, anche se di numero ridotto, mostrano una distribuzione sovrapponibile a quelli degli italiani.



Nella tabella successiva sono riportati i tassi di ricovero per gruppo di patologia, per nazionalità, ordinati dal più grande al più piccolo con riferimento della popolazione italiana. Non essendo disponibile la struttura demografica delle singole nazionalità, non è stato possibile né standardizzare i tassi né selezionare le singole fasce di età. Per tutte le nazionalità e per tutte le cause, ad eccezione che quelle legate a gravidanza e parto, e casi sporadici per singole cittadinanze, i tassi di ricoveri degli stranieri sono più bassi di quelli degli italiani. Le complicanze di gravidanza e parto restano la prima causa di ricovero, ad eccezione che per i cittadini ucraini e kosovari, in cui i tassi più alti si hanno, rispettivamente, per tumori e malattie dell'apparato genito urinario. La seconda causa di ricovero sono, invece, le malattie dell'apparato digerente per quasi tutte le nazionalità, ad eccezione dell'Ucraina e il Bangladesh, dove invece sono le malattie dell'apparato circolatorio. Da notare: l'alto tasso di ricoveri per malattie endocrino metaboliche nei marocchini; per malattie genitourinarie nei kosovari, di disturbi mentali nelle persone di nazionalità polacca. Le malattie infettive presentano tassi di ricovero più alti che negli italiani solo fra le persone provenienti da Marocco e India.





Nella tabella seguente sono riportati i tassi di ricovero per grandi fasce di età: questo permette, in parte, di avere un quadro migliore della distribuzione delle patologie.

Nella fascia di età 0-14 anni, le prime cause di ospedalizzazione sono, per entrambe le popolazioni, le malattie dell'apparato respiratorio seguite, negli italiani, dalle malformazioni congenite e, negli stranieri, dalle malattie dell'apparato genitourinario: da segnalare che in questo gruppo rientrano gli interventi sugli organi genitali maschili, che sono alti, e nei quali rientrano le *circoncisioni rituali*, che con il DGR n.561/2002, in Toscana sono state inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza. Al terzo e quarto posto, invertite fra italiani e stranieri, ma con valori simili, ci sono le malattie del sistema nervoso e quelle endocrine e del metabolismo.

Nella fascia di età 15-44 anni, le cause più frequenti di ricovero sono le complicazioni di gravidanza e parto, anche se negli stranieri hanno un tasso doppio rispetto agli italiani: da ricordare che in questo gruppo rientrano anche tutte le IVG, che sono molto più elevate nelle donne straniere rispetto a quelle italiane. Il secondo motivo di ricovero sono, invece, le malattie dell'apparato digerente, con tassi simili. Seguono, negli italiani, traumatismi ed avvelenamenti, e negli stranieri le malattie dell'apparato genitourinario, mentre traumatismi ed avvelenamenti sono al quarto posto; per tutte le altre patologie i tassi sono sempre simili o più alti negli italiani.

Nella fascia di età 45-64 anni, in entrambe le popolazioni, anche se con tassi più alti negli italiani rispetto agli stranieri, al primo posto ci sono le malattie del sistema circolatorio, seguiti dai tumori e le malattie dell'apparato digerente. I tassi, in molti casi, sono il doppio negli italiani rispetto agli stranieri.

Le malattie infettive sono fra le poche patologie che, seppur con tassi bassi, sono più alte negli stranieri rispetto agli italiani, fino ai 65 anni, per poi scendere anch'esse. Si rimanda allo specifico capitolo di questo documento.

Un dato che merita approfondimenti *per fornire risposte migliori alla popolazione* è quello dell'alto tasso di interruzioni volontarie di gravidanza nelle donne straniere. Tra le cause sulle quali il sistema sanitario potrebbe agire ci sono: una ridotta capacità dei consultori di intercettare i bisogni delle donne straniere ed il costo dei metodi di contraccezione più efficaci, pillola e spirale, che non sono erogati dal SSN.



Tabella 13 Tassi di ricovero (x 10.000), per fascia di età e per gruppo di patologie, confronto per nazionalità, anni 2013-17.

	0-14 aa				15-44 aa				45-64 aa				65+ aa			
	Estera		Italiana		Estera		Italiana		Estera		Italiana		Estera		Italiana	
	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso	n	tasso
Malattie infettive e parassitarie	295	4,21	1.525	2,92	418	1,75	1.520	1,08	186	1,78	1.412	1,17	42	2,21	4.455	4,20
Tumori	105	1,50	969	1,86	974	4,07	5.936	4,21	1.185	11,31	16.491	13,71	335	17,61	33.338	31,41
Malattie delle ghiandole endocrine	495	7,06	3.392	6,50	232	0,97	2.283	1,62	187	1,79	2.459	2,04	49	2,58	5.435	5,12
Malattie del sangue	212	3,02	866	1,66	111	0,46	513	0,36	67	0,64	756	0,63	24	1,26	3.084	2,91
Disturbi mentali	275	3,92	2.190	4,20	560	2,34	4.270	3,03	158	1,51	3.228	2,68	13	0,68	1.900	1,79
Malattie del sistema nervoso	432	6,16	3.485	6,68	479	2,00	3.312	2,35	306	2,92	5.714	4,75	90	4,73	8.781	8,27
Malattie del sistema circolatorio	64	0,91	642	1,23	756	3,16	4.592	3,26	1.290	12,32	17.785	14,79	596	31,34	66.067	62,24
Malattie dell'apparato respiratorio	755	10,77	4.955	9,50	887	3,70	5.659	4,01	415	3,96	6.691	5,56	253	13,30	35.206	33,17
Malattie dell'apparato digerente	427	6,09	2.663	5,10	1.678	7,01	8.577	6,08	1.132	10,81	15.651	13,01	258	13,57	27.724	26,12
Malattie dell'apparato genitourinario	658	9,38	2.592	4,97	1.192	4,98	7.164	5,08	694	6,63	10.061	8,37	165	8,68	17.160	16,17
Complicazioni della gravidanza	1	0,01	10	0,02	4.496	18,78	10.354	7,34	42	0,40	199	0,17	-	-	1	0,00
Malattie della pelle	103	1,47	760	1,46	218	0,91	1.984	1,41	72	0,69	990	0,82	17	0,89	2.371	2,23
Malattie del sistema osteomuscolare	99	1,41	1.135	2,17	761	3,18	7.742	5,49	799	7,63	15.591	12,96	193	10,15	19.226	18,11
Malformazioni congenite	430	6,13	3.962	7,59	121	0,51	1.327	0,94	36	0,34	716	0,60	4	0,21	529	0,50
Altre condizioni morbose di origine perinatale	3	0,04	11	0,02	2	0,01	1	0,00	-	-	-	-	-	-	2	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	344	4,91	2.343	4,49	270	1,13	1.344	0,95	137	1,31	2.087	1,74	51	2,68	6.296	5,93
Traumatismi ed avvelenamenti	333	4,75	2.337	4,48	1.169	4,88	8.303	5,89	600	5,73	9.006	7,49	198	10,41	24.993	23,55
Altri fattori che influenzano la salute e l'accesso al SSN	371	5,29	2.009	3,85	550	2,30	4.237	3,00	811	7,74	11.229	9,34	200	10,52	18.083	17,04



Concludendo, il confronto dei ricoveri tra la popolazione straniera e quella italiana mostra delle differenze legate soprattutto alla diversa struttura per età delle due popolazioni in esame; *tale dato è importante soprattutto ai fini della programmazione*. Differenze che potrebbero essere invece dovute a diversità culturali, o di accesso ai servizi e alle cure, sono quelle dell'alto numero di IVG e quello degli alti ricoveri per gli interventi sull'apparato genito urinario nella fascia di età 0-14. Per il resto, dall'analisi dei tassi di ricovero per età, che forniscono informazioni sullo stato di salute della popolazione, sembra che questo sia migliore negli stranieri rispetto agli italiani.

**DALL'ANALISI DEI  
RICOVERI PER FASCIA  
DI ETÀ LO STATO DI  
SALUTE DEGLI  
STRANIERI NON  
RISULTA PEGGIORE  
RISPETTO A QUELLO  
DEGLI ITALIANI**



## 6 Accessi al pronto soccorso

L'analisi degli accessi al pronto soccorso contribuisce a delineare lo stato di salute delle popolazioni, soprattutto per quelle patologie acute a cui non segue un'ospedalizzazione, e che potrebbero essere sottostimate nell'analisi dei soli ricoveri ospedalieri; essa fornisce, inoltre, delle informazioni indirette su quanto i servizi territoriali, come la medicina generale, i consultori e gli altri presidi, riescano a intercettare quelle richieste della popolazione che possono non essere trattate in ospedale.

Gli accessi al pronto soccorso nell'Azienda UsL Toscana sud est, nel 2017, sono stati 303.118, il 10,6% effettuati dai cittadini stranieri residenti, per un totale di 32.359; di questi il 95% da cittadini provenienti da PFPM. La distribuzione fra i sessi è la stessa per gli italiani e i PFPM, con il 72% degli accessi effettuati dai maschi.

Le analisi seguenti sono state effettuate solo sui residenti sotto i 65 anni per ridurre i confondimenti relativi alla diversa distribuzione per età delle due popolazioni.

I tassi di accesso al PS sono il 300 per 1.000 abitanti negli italiani e il 370 per 1.000 negli stranieri.

La distribuzione per codice colore, che assegna un colore al crescere della gravità del quadro clinico, indica che, in generale, gli stranieri si rivolgono al PS per situazioni "meno gravi" degli italiani, come mostrato dalla tabella seguente.

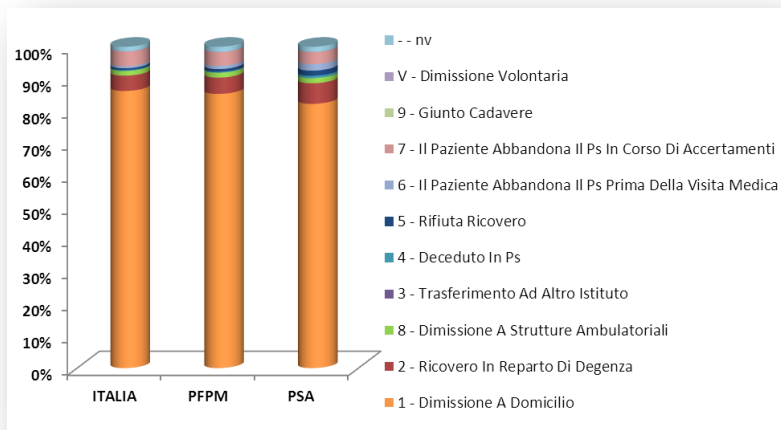
**Tabella 14 Distribuzione percentuale degli accessi per codice colore e paese di provenienza, sotto i 65 anni, anno 2017.**

Codice colore	ITALIA	PFPM	PSA
<b>Rosso</b>	0,6	0,5	0,5
<b>Giallo</b>	13,8	12,5	15,3
<b>Verde</b>	58,6	56,8	56,3
<b>Azzurro</b>	21,7	22,9	22,9
<b>Bianco</b>	5,4	7,2	5,0

La figura seguente mostra invece la distribuzione degli esiti degli accessi effettuati dove il comportamento fra i gruppi di popolazione in studio è simile.

**10% DEGLI  
ACCESSI AL  
PS DI  
CITTADINI  
STRANIERI**





**Figura 13 Distribuzione percentuale degli esiti dell'accesso, per tipo di paese di provenienza, sotto i 65 anni, anno 2017.**

Tali dati non sono di facile interpretazione e verosimilmente, in parte, da ricondurre ad una maggiore difficoltà della gestione delle patologie, anche di base, nella popolazione immigrata, per problemi sia di carattere sociale sia sanitario.

Nel confronto tra italiani e provenienti da PFPM, si evidenzia una percentuale più alta di accessi per: “complicazioni della gravidanza e del parto” (+2,7%), “sintomi e segni mal definiti” (+2,3%); in questo gruppo di diagnosi quelle più frequenti sono sintomi dell'apparato gastroenterico e dolore toracico. Segue la diagnosi di “altri fattori che influenzano lo stato di salute” (+1,6%), fra le quali la diagnosi più rappresentata è “riscontro casuale di gravidanza”, malattie dell'apparato respiratorio (+2,2%), malattie dell'apparato digerente (+1,6%), malattie infettive (+1,1%). Alcuni gruppi di diagnosi sono invece meno frequenti fra gli stranieri, in particolare le malattie dell'apparato circolatorio e i traumatismi ed avvelenamenti.

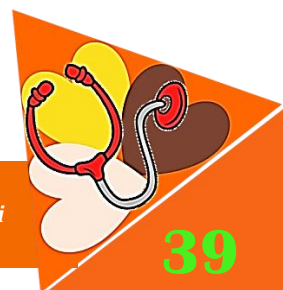


Tabella 15 Distribuzione percentuale delle cause di accesso, per tipo di paese di provenienza, sotto i 65 anni, anno 2017.

	Italia	PFPM	PSA
Malattie infettive	3,3	4,4	3,9
Tumori	0,2	0,1	0,1
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	0,4	0,5	0,7
Malattie del sangue	0,4	0,4	0,4
Disturbi mentali	2,0	2,1	2,2
Malattie del sistema nervoso	8,0	6,4	8,3
Malattie del sistema circolatorio	2,8	1,8	1,7
Malattie dell'apparato respiratorio	6,3	8,5	4,2
Malattie dell'apparato digerente	4,6	6,2	3,9
Malattie dell'apparato genitourinario	3,1	3,8	3,4
Complicazioni della gravidanza e del parto	2,1	4,8	3,6
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	3,2	3,1	1,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	5,9	6,7	6,6
Malformazioni congenite	0,0	0,0	0,0
Alcune condizioni di origine prenatale	0,1	0,2	0,0
Sintomi segni e stati mal definiti	18,6	20,9	18,0
Traumatismi ed avvelenamenti	34,5	23,9	35,6
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	4,4	6,0	5,7

Anche per questo indicatore, il comportamento dei cittadini provenienti da PSA è più simile a quello degli italiani, a dimostrazione della maggiore somiglianza fra questi tipi di popolazione.

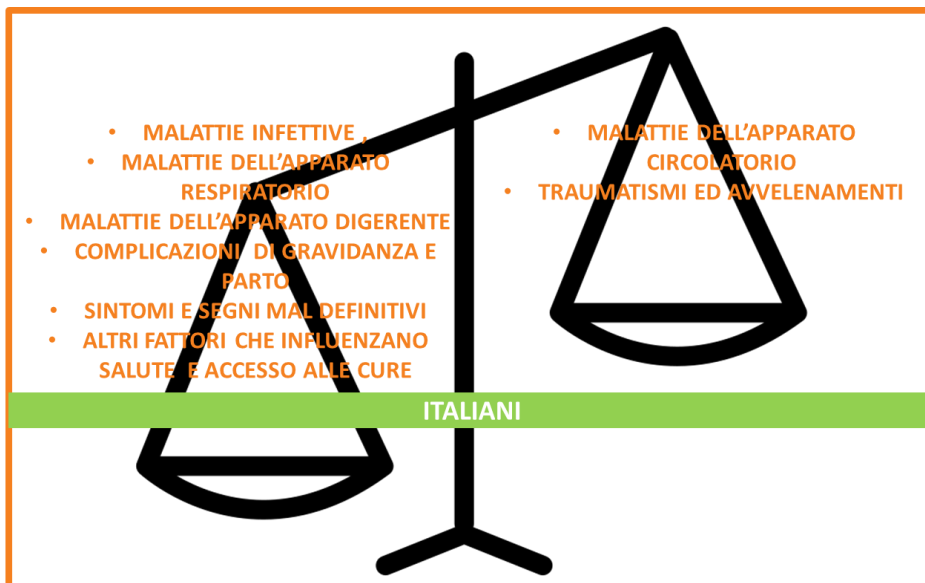


Figura 14 Sbilanciamento delle diagnosi di accesso al PS degli stranieri PFPM rispetto agli italiani, anno 2017

## 7. Specialistica ambulatoriale

Rientrano nella specialistica ambulatoriale (SPA) tutte le prestazioni di cui il cittadino usufruisce all'interno del SSN non in regime di ricovero; sono comprese in questo capitolo, quindi, tutte le prestazioni che si svolgono negli ambulatori.

Sono state analizzate le prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate nel 2017, a carico dei cittadini stranieri e italiani. Sono stati aggiunti dei *focus* sulle prestazioni effettuate dai richiedenti asilo identificati con il codice di esenzione E93.

Le prestazioni SPA erogate agli stranieri sono l'8,2% del totale, in linea, quindi, con quanto avviene per i ricoveri.

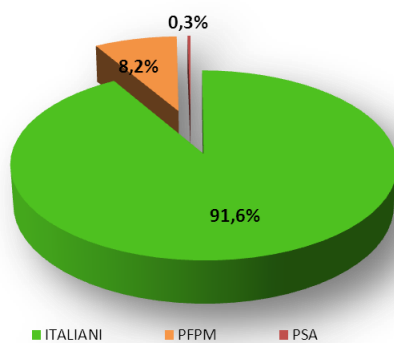


Figura 15 Distribuzione delle prestazioni erogate per nazionalità, anno 2017.

Queste si suddividono in cinque gruppi: le procedure, dove sono inseriti tutti i piccoli interventi ambulatoriali, la diagnostica strumentale, che comprende tutte le prestazioni di diagnostica strumentale non per immagini, la diagnostica per immagini, la diagnostica di laboratorio, dove convergono tutti gli esami di laboratorio, la clinica, cioè le visite.

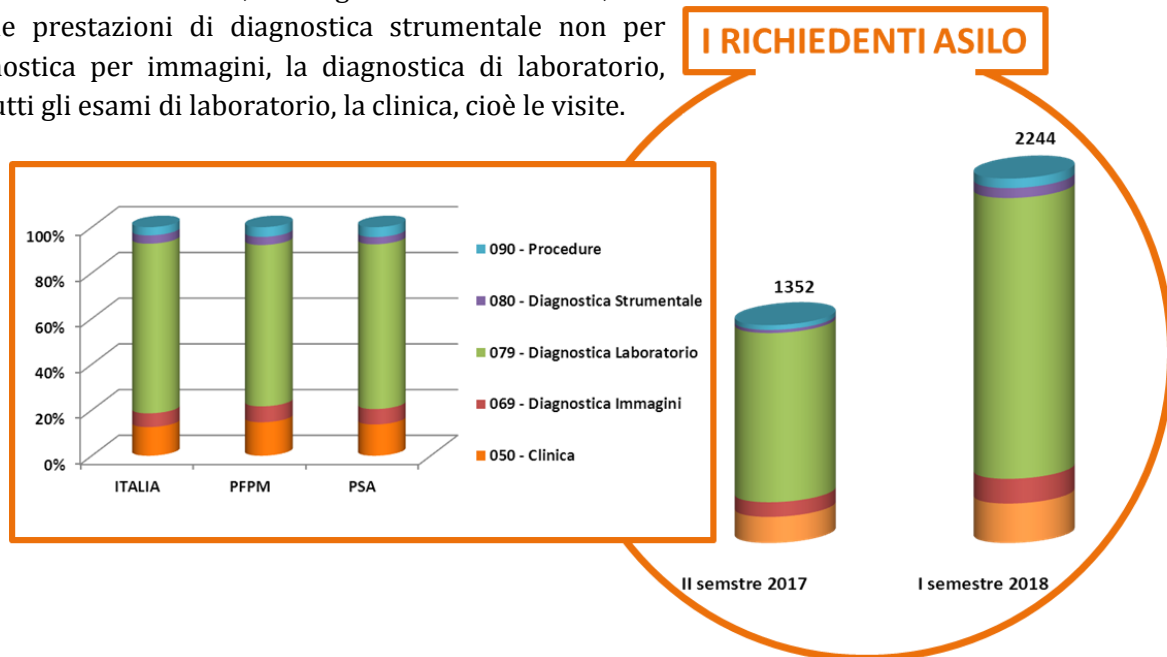
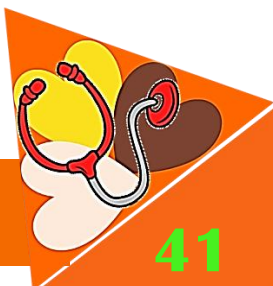


Figura 16 Distribuzione per tipo di prestazione, italiani, PFP, PSA e richiedenti asilo, anno 2017.



a distribuzione fra stranieri, sia da PSA che da PFPM, e italiani è simile; anche l'analisi delle prestazioni dei richiedenti asilo non mostra differenze con gli altri gruppi.

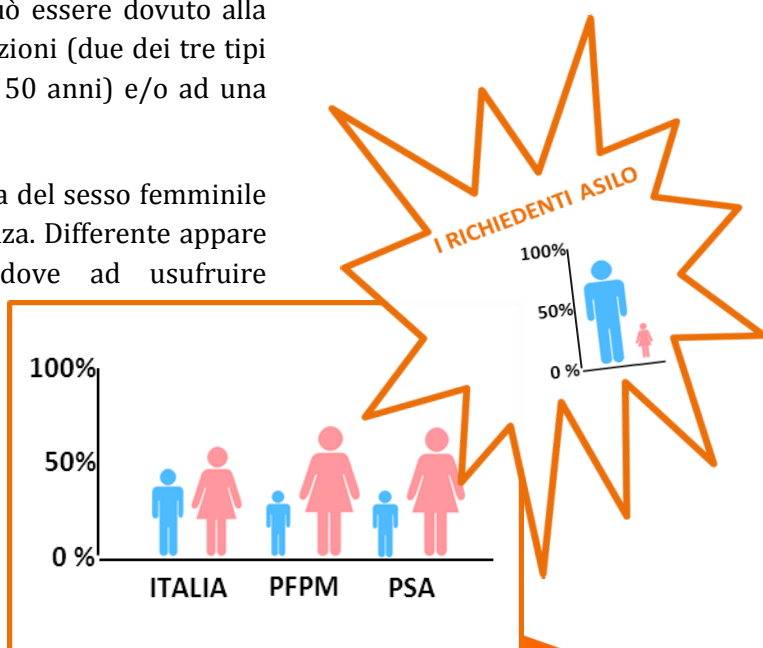
Nella tabella successiva è analizzato la modalità di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale: ci sono quelle a cui si accede tramite una prescrizione medica a carico del SSN, quelle che vengono effettuate al pronto soccorso, quelle di *screening* (per iniziativa aziendale), quelle in regime di libera professione *intra moenia*, quelle effettuate prima e dopo un ricovero, e quelle prescritte in particolari percorsi, come per esempio la gravidanza.

**Tabella 16 Distribuzione percentuale dell'accesso alle prestazioni, per cittadinanza, anno 2017.**

Accesso	ITALIA	PFPM	PSA
Prescrizione su ricettario SSN	69	45,5	67
Pronto soccorso a cui non consegue il ricovero	17,7	17,8	17,1
Chiamata per iniziativa aziendale	3,3	0,9	1,8
Libera professione ( <i>Intra Moenia</i> )	1,5	0,4	1,2
Post - ricovero	0,2	0,3	0,2
Pre - ricovero	1,5	1,1	2,7
Prescrizioni su ricettario diverso da SSN	1,9	6,3	4,6
Altri accessi	4,9	5,7	5,5
nv	0	22,5	0

Si possono osservare delle differenze nelle modalità di accesso; in particolare vediamo che, negli stranieri, sono più alte le prescrizioni su ricettario diverso, che sono quelle della gravidanza, in linea con quanto detto precedentemente e cioè che, soprattutto nella popolazione proveniente dai PFPM, la natalità è più alta; sono invece più basse le prestazioni per lo *screening*. Quest'ultimo dato può essere dovuto alla diversa composizione per età delle diverse popolazioni (due dei tre tipi di *screening* sono, infatti, offerti a persone oltre i 50 anni) e/o ad una minore adesione delle persone straniere.

La distribuzione per genere mostra una prevalenza del sesso femminile dovuta, probabilmente, agli accessi per la gravidanza. Differente appare invece la situazione nei richiedenti asilo dove ad usufruire maggiormente delle prestazioni sono i maschi: ma rapportando il dato alla popolazione di riferimento (totale donne 7%) si conferma la prevalenza di accessi femminili alle prestazioni sanitarie.



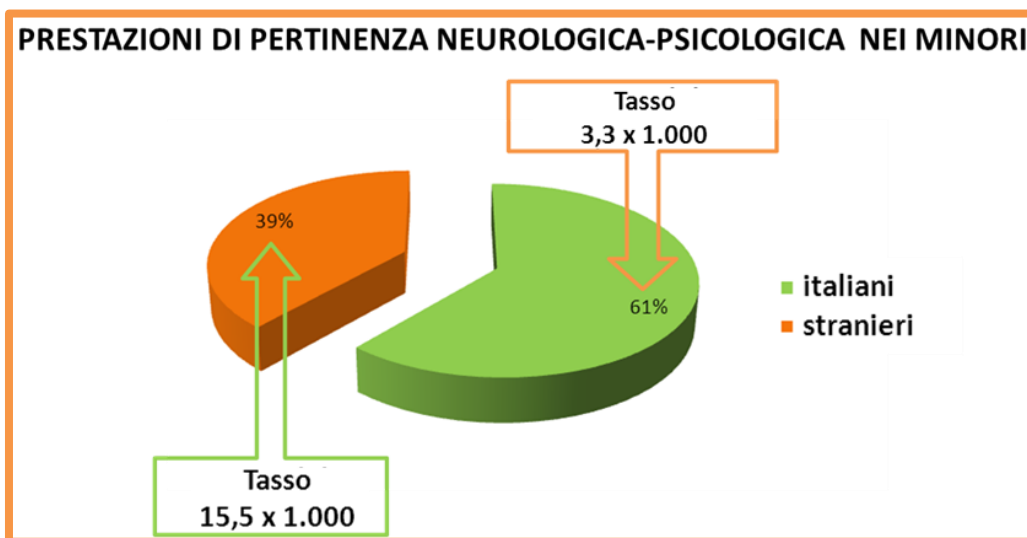
**Figura 17 distribuzione per genere e cittadinanza degli accessi alle prestazioni ambulatoriali, anno 2017.**

**Tabella 17 Distribuzione percentuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle fasce di età, per cittadinanza, anno 2017**

	ITALIANI	PFPM	PSA
0-4	1,0	3,0	0,9
10-14	1,2	2,1	1,0
15-19	1,9	3,3	1,0
20-24	2,1	6,3	0,8
25-29	2,7	9,3	2,6
30-34	3,4	10,1	6,3
35-39	4,0	10,2	7,1
40-44	5,0	9,3	7,1
45-49	5,8	9,1	9,0
50-54	7,0	8,1	10,5
55-59	7,0	7,2	9,5
5-9	1,0	2,4	0,3
60-64	7,6	5,6	9,0
65-69	10,1	4,8	9,9
70-74	10,4	3,2	10,3
75-79	11,1	2,6	8,1
80-84	9,2	1,6	3,5
≥85	9,5	1,3	3,0

Anche per le prestazioni ambulatoriali, come accade per i ricoveri, la distribuzione per età risulta diversa negli stranieri rispetto agli italiani, in accordo con la differente composizione della popolazione (tabella 17).

Considerati i dati relativi al maggiore ritardo scolastico ed al maggiore ricorso ai servizi di logopedia (v. capitolo 13), è stato indagato il ricorso alle prestazioni di tipo neurologico-psicologico effettuate sui minori di 18 anni. Il tasso negli stranieri è di 5 volte superiore a quello negli italiani.



**Figura 18 Tasso di prestazioni neurologico-psicologiche nei minori, anno 2017.**

## 8. Consumo di farmaci

Il consumo di farmaci di un gruppo di popolazione è importante per tentare di rilevare, in maniera indiretta, la presenza di malattie croniche in fase iniziale e di malattie non gravi che non richiedono l'accesso ai servizi. Esso è inoltre influenzato da fattori sociali, ambientali e culturali.

La popolazione straniera, nel suo complesso, consuma meno del 4% del totale dei farmaci utilizzati dai residenti nel territorio dell'Azienda UsL Toscana sud est, questo sicuramente anche solo per la sua età media, molto più bassa rispetto a quella degli italiani. La tipologia di farmaci maggiormente utilizzata, in tutte e tre le popolazioni analizzate, è quella per il sistema cardiovascolare, anche se nei residenti provenienti dai PFPM è più bassa di circa 10 punti percentuale rispetto agli italiani e ai PSA. Seguono i farmaci per l'apparato gastroenterico e metabolismo, con una percentuale superiore nei PFPM; in questa popolazione il terzo gruppo di farmaci più utilizzati sono gli antimicrobici, che invece sono quarti nelle altre due popolazioni, preceduti dai farmaci per il sistema nervoso centrale. Da notare come percentualmente, negli stranieri, siano più alti rispetto ai riferimenti, i farmaci per il sistema respiratorio.

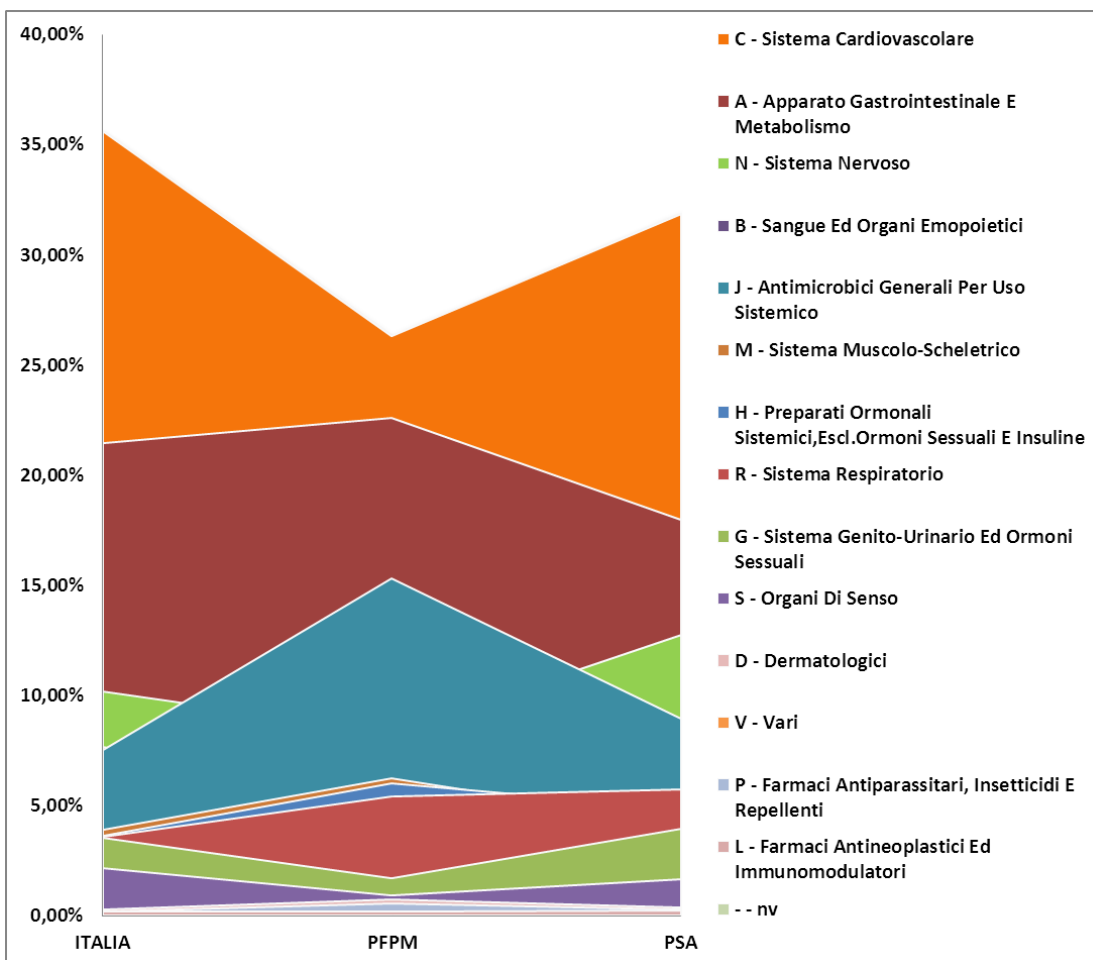


Figura 19 Consumo percentuale di farmaci, per cittadinanza, anno 2017.



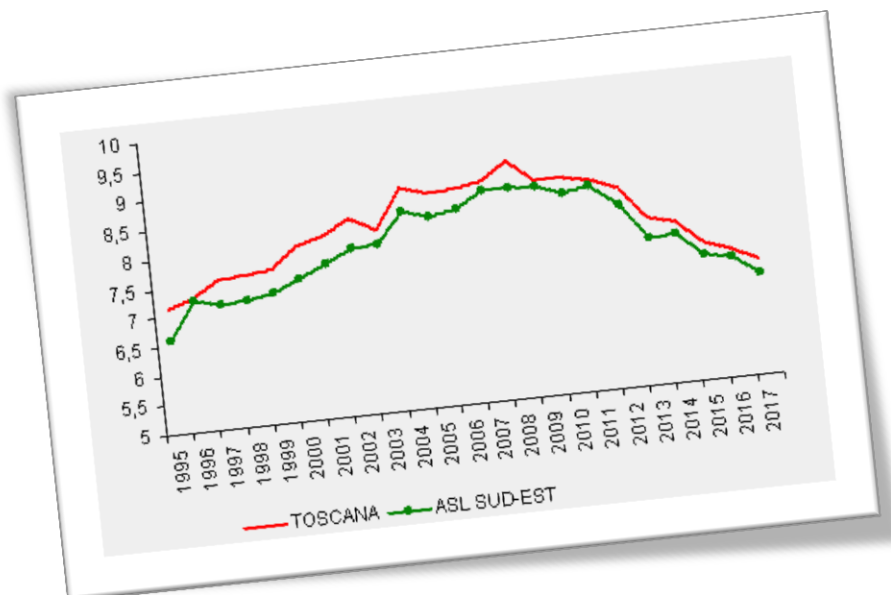
Nell'analisi per le prime 15 nazionalità presenti sul territorio dell'AUSL Toscana sud est, si notano alcune differenze. I bengalesi sono quelli che presentano una percentuale maggiore di consumo di farmaci per l'apparato gastrointestinale e del metabolismo, 36,2% contro una media del 22%: tale dato potrebbe essere spiegato dall'elevato numero di persone affette da diabete in questa popolazione (v. capitolo 16); i filippini hanno una percentuale più alta di farmaci per il sistema cardiovascolare (il 40% contro una media del 26%), superano la media per questi farmaci anche gli ucraini, gli albanesi e i polacchi. Cinesi, indiani e pakistani hanno percentuali più alte di consumo di antimicrobici. I macedoni hanno la percentuale più alta di consumo di farmaci per il sistema osteomuscolare, mentre la più alta percentuale di consumo dei farmaci del sistema nervoso centrale si ritrova fra polacchi e kosovari.

L'interpretazione di questi dati risulta difficile, anche se sicuramente influenzata anche dalla diversa composizione per età delle popolazioni.



## 9. Salute materno infantile

Nell'AUSL Toscana sud est, come nel resto della Toscana e dell'Italia, a partire dalla seconda metà degli anni '90, il progressivo aumento, e la successiva stabilizzazione (ricongiungimenti familiari), dei flussi migratori da paesi a elevati tassi di fecondità, in aggiunta ad elementi strutturali della popolazione (le coorti più numerose delle nate negli anni '60 che hanno posticipato la maternità), hanno portato a una certa ripresa dei tassi di natalità che, dal 1995 al 2007, sono aumentati del 30%. Dal 2008, tuttavia, le ripercussioni della crisi economica, associate a effetti strutturali della popolazione (l'uscita dall'età fertile delle *baby boomers*, rimpiazzate da una generazione molto meno numerosa per effetto del calo della fecondità tra il 1975 e il 1995) hanno provocato un successivo e progressivo calo della natalità (figura 20) che, a distanza di 10 anni, appare ancora in forte flessione e questo nonostante la quota di bambini nati da genitori stranieri, tra il 2008 e il 2017, oscilli, ormai stabilmente, tra il 18 e il 19%.



**Figura 20 Tassi di natalità (nati x 1.000 abitanti) residenti nell'AUSL Toscana sud est e in Toscana, anni 1995-2017.**

I livelli dei tassi di natalità sono ormai scesi ai livelli del 1995, anno in cui il tasso di fecondità ha raggiunto il minimo storico di appena 1,2 figli per donna in età fertile. In questa cornice demografica, nel 2017, i parti effettuati nelle strutture ospedaliere del territorio dell'AUSL Toscana sud est (presidi ospedalieri di AUSL e Azienda Ospedaliera) si sono ridotti del 7% (tabella 18), passando da 6.000 parti nel 2016 a 5.558 nel 2017; tale diminuzione è particolarmente evidente tra le donne italiane (-10%) ma, seppure in misura molto inferiore, si rileva anche tra le straniere (-1%).

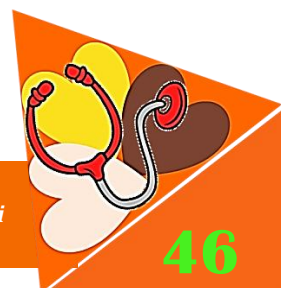


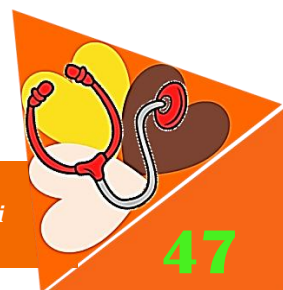
Tabella 18 Parti nell'AUSL Toscana sud est, per cittadinanza della madre, numero assoluti e variazioni percentuali, anni 2016 e 2017.

Cittadinanza della madre	Anno del parto		2017 vs 2016
	2016	2017	
Italiana	4.359	3.936	-10%
PFPM	1.582	1.560	-1%
PSA	59	62	5%
Totale estera	1.641	1.622	-1%
Totale parti in strutture ospedaliere situate nel territorio dell'AUSL Toscana sud est	6.000	5.558	-7%

Al momento del parto, nel presidio ospedaliero, viene, sistematicamente, compilato il certificato di assistenza al parto che è un documento che raccoglie informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche dei genitori, sulle gestazioni precedenti, sull'assistenza ricevuta in gravidanza, sul parto e sui suoi esiti. La lettura contestuale di tali informazioni ci permette di effettuare interessanti analisi stratificate per cittadinanza.

Oltre ad una classificazione generale tra italiane, donne provenienti da PFPM e da PSA, abbiamo considerato le prime 15 cittadinanze, per frequenza di parti, in modo da far emergere caratteristiche peculiari di determinate popolazioni. Date le numerosità, piuttosto scarse per tali livelli di disaggregazione, abbiamo raggruppato gli ultimi due anni disponibili (2016 e 2017) e nelle analisi per cittadinanza abbiamo associato, ai valori puntuali, intervalli di confidenza la cui ampiezza è inversamente proporzionale alle numerosità delle popolazioni analizzate.

Nelle tabelle a seguire sono riportati indicatori sulle caratteristiche delle madri, sulla gravidanza e sul parto e sugli esiti di gravidanza, per i tre raggruppamenti costruiti sulla base della cittadinanza (italiana, PSA e PFPM); i commenti si concentrano sul confronto tra PFPM e italiane, date le caratteristiche delle PSA piuttosto sovrapponibili alle italiane, e la loro numerosità molto ridotta. Le figure illustrano invece aspetti sui quali si ritiene utile focalizzare l'attenzione sugli specifici paesi di provenienza.



## Caratteristiche delle madri

I dati riportati nella tabella 19 mostrano che le donne provenienti da PFPM, rispetto alle italiane, hanno:

- un'età media al parto decisamente più bassa (29,2 anni rispetto a 33,2): sono ben il 41,7% le madri italiane che partoriscono oltre i 34 anni rispetto al 19,1% delle PFPM;
- una più bassa percentuale di nubili (21,9% rispetto a 47,4%): dal 2018 sarà possibile distinguere in questa categoria chi appartiene a una coppia di fatto e chi, invece, non ha un compagno;
- un titolo di studio mediamente più basso: il 43,6% si dichiara in possesso della sola licenza elementare o media, rispetto al 14,9% delle italiane;
- un minore livello di occupazione: solo il 28,1% si dichiara occupata (rispetto al 75,5% delle italiane) e per l'8,6% lo stato di non occupazione è esteso anche al coniuge/compagno;
- una minore quota di primipare (45,6% rispetto al 57,1).

Per quanto concerne aspetti legati agli stili di vita in grado d'influenzare lo stato di salute della madre e del bambino, tra le donne provenienti da PFPM, è lievemente maggiore la quota delle donne che, in base a peso e altezza pregravidici dichiarati, possono essere classificate come in sovrappeso o obese (29,7% rispetto al 25,4%), tra le italiane è maggiore invece la quota di donne che continuano a fumare durante la gravidanza (10,2% rispetto a 7,2%). Non si rilevano differenze significative nella frequenza di natimortalità o abortività spontanea nelle precedenti gravidanze.

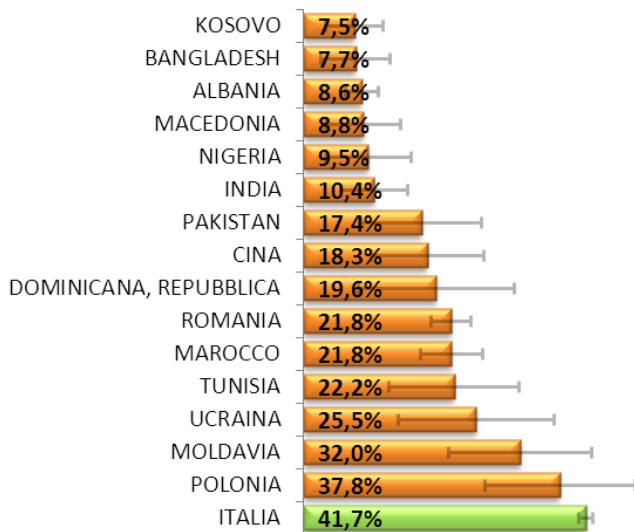
**MADRI PFPM**  
**ETÀ MEDIA 29 ANNI**  
**21,9% NUBILI**  
**43,6% BASSO TITOLO DI STUDIO**  
**72% DISOCCUPATE**  
**PIÙ IN SOVRAPPESO MA MENO FUMATRICI**

**Tabella 19 Caratteristiche della madre per cittadinanza. Valori assoluti e percentuali. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.**

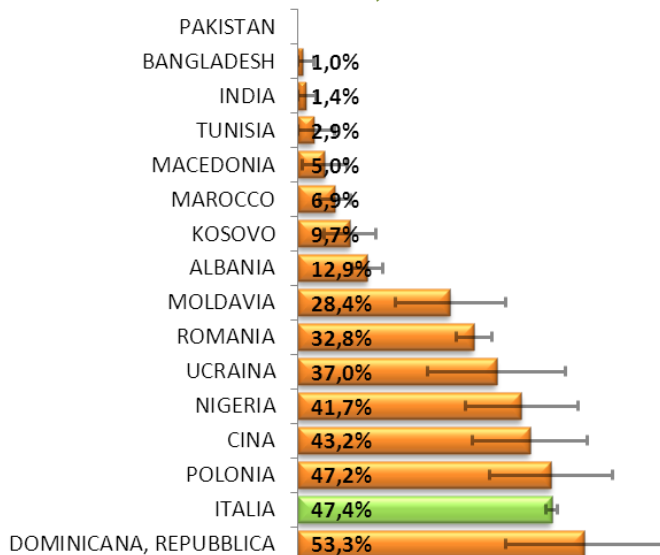
Caratteristiche delle madri	PFPM (3.142)		PSA (121)		ITALIANE (8.295)	
	n	%	n	%	n	%
Nubili	682	21,9	35	29,9	3.857	47,4
Basso titolo di studio	1.343	43,6	10	8,5	1.201	14,9
Occupate	871	28,1	69	58,0	6.129	75,5
Madre e padre disoccupati	245	8,6	3	2,7	191	2,5
Obese o in sovrappeso	849	29,7	19	17,9	1.950	25,4
Fumo in gravidanza	226	7,2	8	6,7	842	10,2
Nati morti in parti precedenti	35	0,5	1	0,8	38	1,1
Aborti precedenti	574	18,3	33	27,3	1.488	17,9
Primipare	1.433	45,6	56	46,3	4.737	57,1
>39 anni	599	19,1	51	42,1	3.456	41,7
Età media al parto	29,2		33,6		33,2	



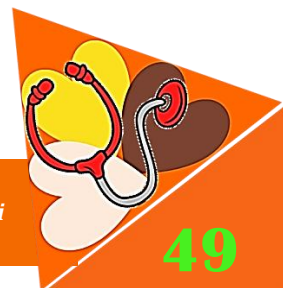
Le figure da 21 a 26 descrivono alcune peculiarità per specifiche cittadinanze. In particolare, le donne provenienti da Pakistan, India e Bangladesh sono tutte, ad eccezione di un 1%, coniugate al momento del parto, sono tra quelle con le percentuali di occupazione più basse e quasi una donna pakistana su due (42%) è in soprappeso o obesa. Le donne di cittadinanza polacca sono spesso simili, per le caratteristiche sopra descritte, alle donne italiane; da rilevare l'elevata percentuale di fumatrici (21,6%); percentuali elevate di fumatrici si registrano anche tra le donne rumene (16,9%). In posizione particolarmente svantaggiata, per titolo di studio e occupazione, anche le nigeriane, tra le quali è piuttosto elevata anche la quota di soprappeso (37,3%).

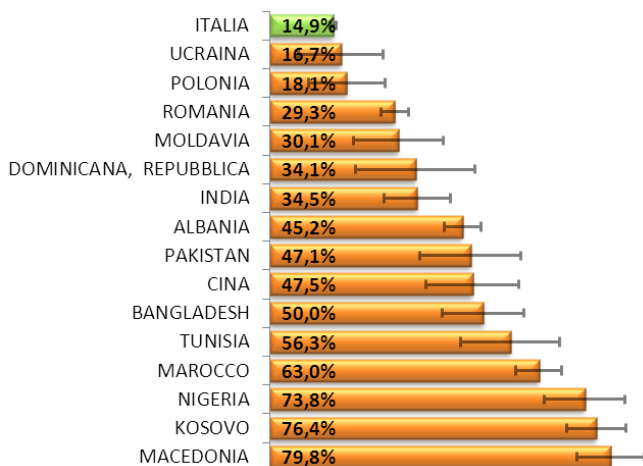


**Figura 21 Percentuale di donne con età al parto superiore a 34 anni per cittadinanza italiana e prime 15 cittadinanze per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.**

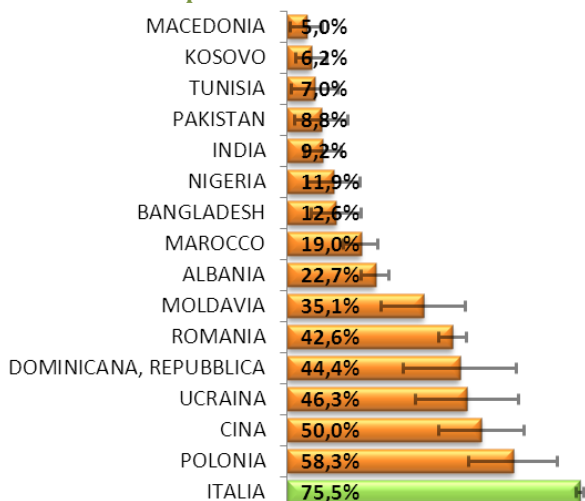


**Figura 22 Percentuale di donne nubili per cittadinanza italiana e prime 15 per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.**

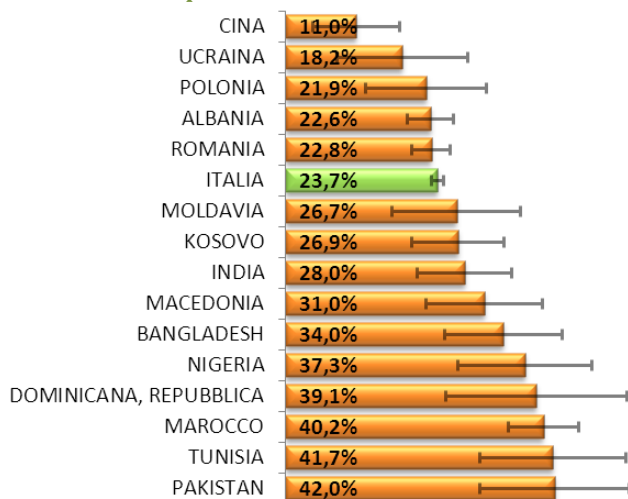




**Figura 23** Percentuale di donne che dichiarano un titolo di studio basso (nessuno, primaria di primo o secondo grado) per cittadinanza italiana e prime 15 per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.



**Figura 24** Percentuale di donne occupate per cittadinanza italiana e prime 15 per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.



**Figura 25** Percentuale di donne obese o sovrappeso per cittadinanza italiana e prime 15 per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

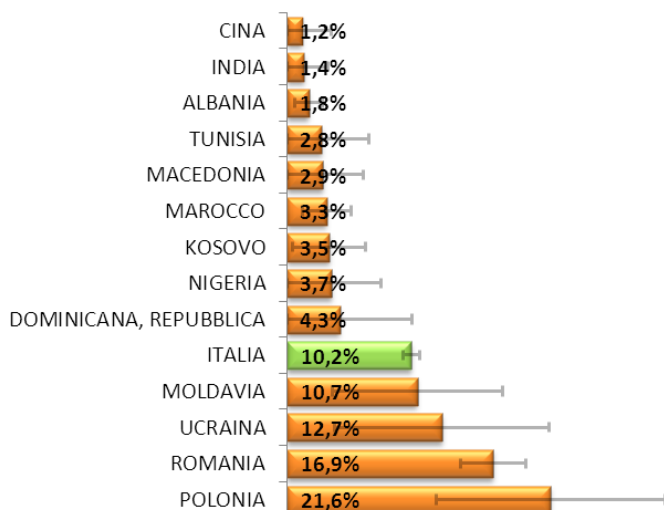


Figura 26 Percentuale di donne che dichiarano di fumare in gravidanza per cittadinanza, e prime 15 per numero totale di parti. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

### Gravidanza e parto

Per quanto riguarda la gravidanza e il parto, in tabella 20, sono riportati importanti indicatori in grado di valutare l'assistenza in gravidanza, la modalità del parto e le gravidanze patologiche.

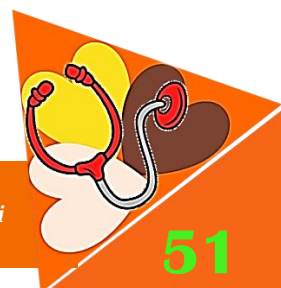
Durante la gravidanza, ricorrono prevalentemente al consultorio il 60% delle donne provenienti da PFP e solo il 14% delle italiane, il 62% delle quali sono seguite prevalentemente dal ginecologo privato. L'analisi per cittadinanza (figura 27) mostra il ricorso al consultorio significativamente più elevato per tutte le principali cittadinanze, ad eccezione delle polacche, il 51% delle quali si rivolge prevalentemente al ginecologo privato.

La prima visita in gravidanza è effettuata dopo la 12a settimana (quindi tardivamente secondo quanto definito dall'OMS e dal protocollo regionale) dall'11% delle straniere PFP e dal 2% delle italiane, le variazioni per cittadinanza sono però notevoli; da segnalare (figura 28) le donne pakistane e nigeriane, per le quali l'accesso tardivo alla prima visita avviene per il 30% delle partorienti.

In correlazione all'accesso tardivo alla prima visita, il 9% delle donne provenienti da paesi PFP esegue un numero di ecografie inferiore alle tre raccomandate dal protocollo regionale (solo il 2% tra le italiane) e tale percentuale (figura 29) è particolarmente elevata tra le nigeriane (31%) e le tunisine (35%).

Tra gli esami in gravidanza previsti dal protocollo regionale, per diagnosticare eventuali anomalie del feto, sia quello di *screening* per la sindrome di down, che la villocentesi o l'amniocentesi sono effettuati in misura maggiore dalle donne italiane. In particolare, esegue lo *screening* per la sindrome di Down l'82% delle italiane e il 62% delle straniere PFP, mentre la villocentesi o l'amniocentesi sono effettuate rispettivamente dall' 8,9% e dal 3,8%.

**IL 30% DELLE  
DONNE PAKISTANE  
E NIGERIANE  
EFFETTUA  
TARDIVAMENTE LA  
PRIMA VISITA.**



Il ricorso maggiore a tale diagnostica potrebbe essere motivato dall'età media al parto, maggiore tra le donne italiane, che è direttamente correlata alla probabilità di diagnosi di anomalie nel feto, tuttavia le prevalenze più elevate di tali esami si confermano anche per le donne di età inferiore ai 30 anni. Anche in questo caso, le differenze per cittadinanza (figura 30) sono significative e, ancora una volta, tra le cittadinanze con una maggiore difficoltà di accesso agli esami, troviamo le nigeriane (solo il 35% effettua l'esame di *screening* per la sindrome di Down); percentuali molto basse rispetto alle italiane si rilevano anche tra tunisine (38,6%), pakistane (39,1%), bengalesi (44,2%) e marocchine (46,6%), mentre le polacche effettuano tale test in misura maggiore alle donne italiane (94,6% rispetto a 81,7%).

Per quanto riguarda la modalità del parto, ricorre al parto cesareo il 28,7% delle donne italiane e il 25,8% delle donne straniere; le differenze in questo caso sono più attenuate: non si rilevano differenze statisticamente significative, anche entrando nel dettaglio delle principali cittadinanze (figura 31). Da notare comunque che, ancora una volta, le donne nigeriane si pongono in posizione peggiore: ricorre al cesareo il 36,9% nelle nigeriane rispetto al 28,7% delle italiane. Considerare i parti spontanei, senza induzione del travaglio e senza anestetici, ci permette di quantificare quelli che possono essere definiti parti non medicalizzati che hanno una frequenza maggiore tra le donne straniere PFPM rispetto alle italiane (50,8% rispetto a 42,7) e che risultano particolarmente frequenti tra le donne cinesi (63,4%), mentre per le bengalesi sono solo il 37,5% (figura 32).

Infine, nel CAP, la gravidanza viene classificata in patologica o fisiologica, elemento, anche questo, che ci permette di evidenziare importanti differenze per cittadinanza della donna. I dati riportati in tabella 6 mostrano che le donne provenienti da paesi PFPM, nonostante l'età più giovane al parto, hanno una maggiore frequenza di gravidanze patologiche (25% rispetto a 18,9%).

Per i parti avvenuti nella provincia di Arezzo, oltre alle informazioni presenti in maniera omogenea in tutti i CAP della regione, disponiamo di alcune informazioni aggiuntive, tra le quali le principali patologie accertate nella gravidanza definita patologica. Sulla base di tali informazioni, tra i motivi più frequenti per i quali la gravidanza è definita patologica emergono l'ipertensione, il diabete gestazionale, il ritardo di crescita fetale, l'*oligoidramnios* (presenza di scarso liquido amniotico). Per il diabete gestazionale si rilevano interessanti differenze: tra le donne italiane, risulta che in gravidanza la prevalenza di tale patologia tra il 2015 e il 2017 sia stata del 7%, mentre sale al 26% tra le donne bengalesi, al 20% tra le pakistane, e al 18% tra le indiane e cinesi. Altra patologia, tra quelle più frequenti, nelle quali troviamo differenze significative è il ritardo di crescita fetale

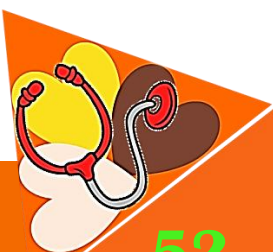
**PIÙ RICORSO AL  
CONSULTORIO**

**PARTI MENO  
MEDICALIZZATI**

**MAGGIORE  
FREQUENZA DI  
GRAVIDANZA  
PATOLOGICHE**

**PREVALENZE  
ELEVATE DI  
DIABETE  
GESTAZIONALE**

**TRA  
BENGALESI,  
PAKISTANE,  
INDIANE E  
CINESI**

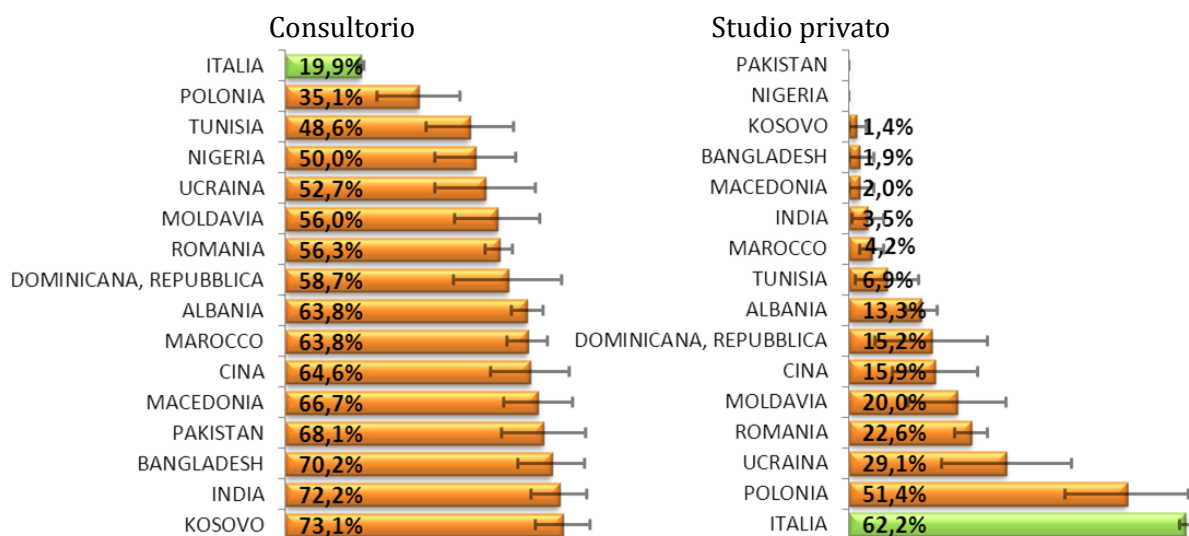




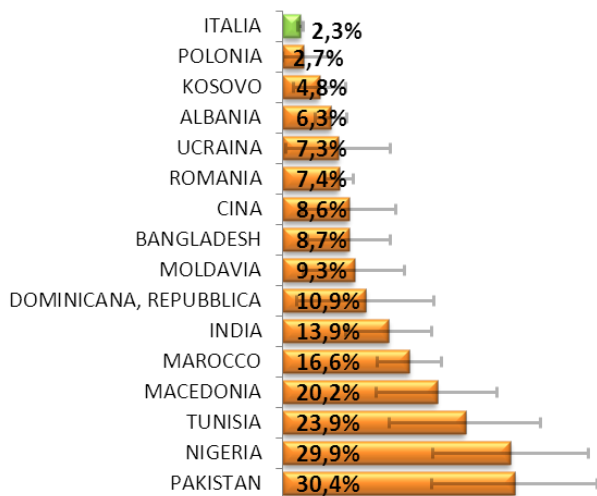
significativamente più elevato tra le indiane (11% sul totale dei parti) rispetto alle italiane (3%).

**Tabella 20** Caratteristiche della gravidanza e del parto per cittadinanza. Valori assoluti e percentuali. Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

Gravidanza e parto	PFPM (3.142)		PSA (121)		ITALIANE (8.295)	
	n	%	n	%	n	%
% consultorio	1.872	59,6	44	36,7	1.651	13,9
% studio privato	453	14,4	49	40,8	5.155	62,2
% prima visita dopo la 12 settimana	337	10,9	10	8,3	192	2,3
% meno di 3 ecografie	273	8,7	9	7,4	141	1,7
% screening Down	1.953	62,3	90	75,0	6.764	81,7
% villocentesi o amniocentesi	119	3,8	5	4,2	736	8,9
% cesarei totali	812	25,8	25	20,7	2.380	28,7
% parti non medicalizzati	1.595	50,8	69	57,0	3.546	42,7
% gravidanze patologiche	784	25,0	24	19,8	1.564	18,9



**Figura 27** Percentuale di donne per struttura dalla quale sono state seguite prevalentemente in gravidanza e cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL sud est, anni 2016-2017.



**Figura 28** Percentuale di donne che dichiarano di aver effettuato la prima visita in gravidanza dopo la 12a settimana per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL sud est, anni 2016-2017.



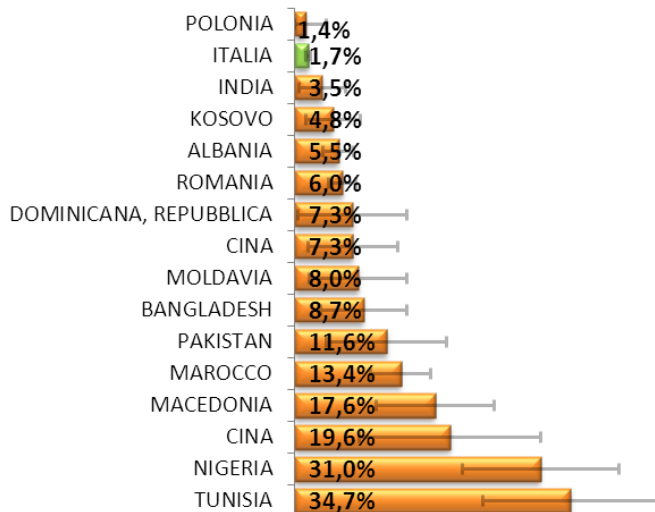


Figura 29 Percentuale di donne che dichiarano di aver effettuato meno di tre ecografie durante la gravidanza per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

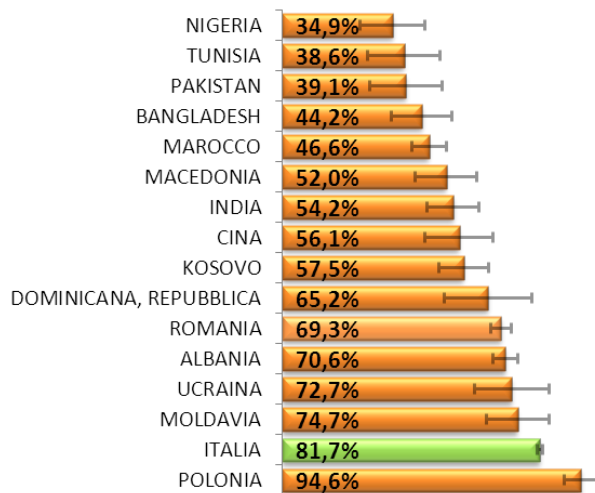


Figura 30 Percentuale di donne che dichiarano di aver effettuato lo screening per la sindrome di Down per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

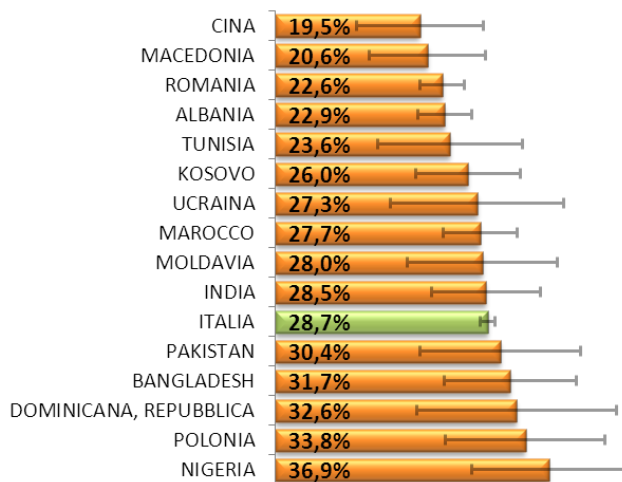
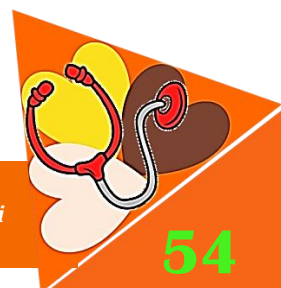


Figura 31 Percentuale di donne che hanno effettuato un parto cesareo per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.



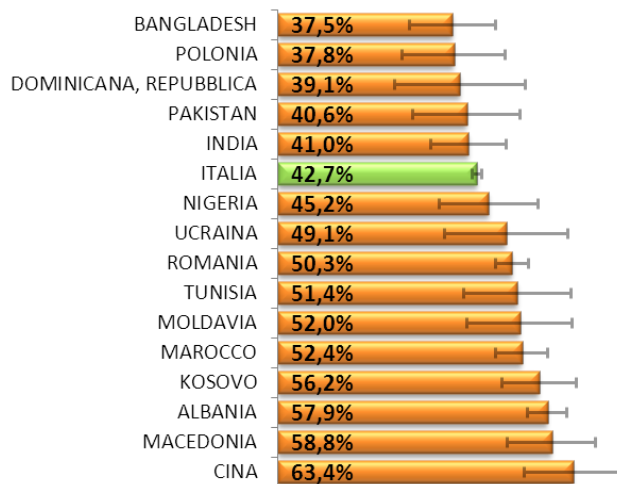


Figura 32 Percentuale di donne che hanno effettuato un parto spontaneo con travaglio spontaneo e senza somministrazione di anestetici per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

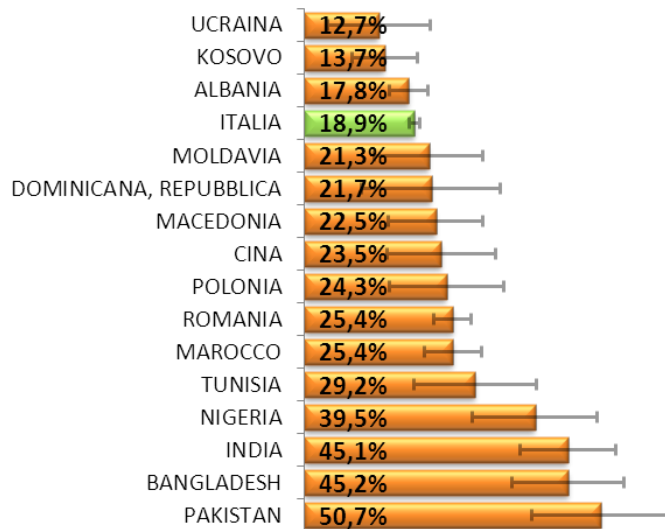
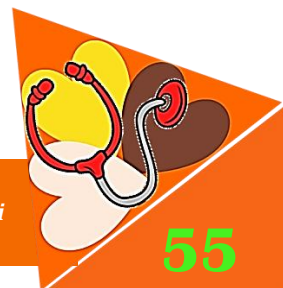


Figura 33 Percentuale di donne la cui gravidanza è definita patologica per cittadinanza (italiana e prime 15) per numero totale di parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.



## Esiti del parto

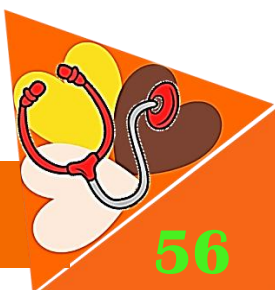
Gli esiti del parto, che è possibile considerare sulla base delle informazioni riportate nei CAP, sono: i nati da parto plurimo, la nati mortalità, i nati pretermine (prima delle 37 settimane) e i molto pretermine (prima delle 32 settimane), i nati sottopeso (di peso inferiore a 2500 grammi) e gravemente sottopeso (di peso inferiore ai 1500 grammi) e infine i nati con un basso (<7) punteggio di Apgar al quinto minuto dalla nascita (punteggio assegnato sulla base di valutazioni su importanti parametri quali il colorito, la frequenza cardiaca, la reazione agli stimoli, il tono muscolare e la respirazione).

La tabella 21 descrive le frequenze degli esiti del parto considerati, osservati in 11.724 bambini, nati nel 2016 e 2017, negli ospedali compresi nel territorio dell'AUSL Toscana sud est. Sulla base della cittadinanza della madre, il 27,1% è classificato di cittadinanza PFPM, l'1% PSA e il 71,8% con entrambi i genitori italiani. Gli indicatori, anche visti nel contesto regionale e nazionale, sono molto buoni e non si rilevano differenze significative tra stranieri e italiani. Nell'analizzare i dati per singola cittadinanza, occorre fare attenzione alla variabilità casuale alla quale, date le numerosità molto esigue, sono soggette le frequenze che consideriamo. Tuttavia, tenendo conto di tale variabilità, seppure con la cautela dovuta ai piccoli numeri, segnaliamo:

- percentuali significativamente più elevate di nati pretermine (<37 settimane) tra i bambini di cittadinanza tunisina: su 72 nati è pretermine il 16,7% (IC95%:8,7-24,6), rispetto al 7,6% (IC95%:7,0-8,1) che si osserva tra i nati italiani;
- percentuali significativamente più elevate di nati di basso peso (<2500 grammi) tra i bambini di cittadinanza pakistana: su 69 nati è pretermine il 20,3% (IC95%:10,8-29,8) rispetto al 7,1% (IC95%:6,6-7,7) che si osserva tra i nati italiani;
- infine, tra i bambini nigeriani (84 nati nel biennio 2016-2017) si rilevano percentuali significativamente più elevate di nati molto pretermine e gravemente sottopeso 7,1% (IC95%:1,6-12,7) rispetto allo 0,9% (IC95%:0,7-1,1). Questo dato è coerente con gli indicatori relativi a gravidanza e parto per i quali le donne nigeriane si collocano in posizione decisamente svantaggiata.

In generale, a fronte d'indicatori "peggiori" relativi a gravidanza e presa in carico, non si rilevano importanti differenze negli indicatori di esito del parto. Tale dato richiede un'attenta analisi: potrebbe influire sui risultati l'età più bassa delle madri, così come un diverso approccio di medici e ostetriche alla valutazione delle madri italiane e straniere. Il fatto per esempio che nella coscienza collettiva si pensi che le donne straniere siano più fragili potrebbe portare a una sovradiagnosi di patologie o, al contrario, un maggior ricorso al ginecologo privato nelle donne italiane potrebbe portare, una volta in ospedale, ad una minore accuratezza nella compilazione del CAP.

**NON CI SONO  
DIFFERENZE  
FRA ITALIANE E  
STRANIERE  
NEGLI ESITI  
DEL PARTO  
ELEMENTI DI  
ATTENZIONE  
SU SPECIFICHE  
CITTADINANZE**



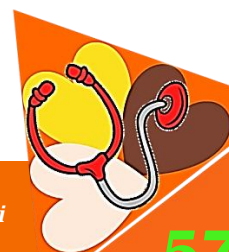
**Tabella 21** Esiti del parto per cittadinanza. Valori assoluti e percentuali. Parti avvenuti nella AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.

Esiti del parto	PFPM		PSA		ITALIANE	
	n	%	n	%	n	%
Numero di nati	3.183	27,1	122	1,0	8.420	71,8
Nati da parto plurimo	82	2,6	2	1,6	249	3,0
Nati mortalità	12	2,6	0	0,0	22	3,8
Nati vivi pretermine < 37 sett	260	8,20	8	6,6	634	7,6
Nati vivi < 32 sett	38	1,2	3	2,5	79	0,9
Nati vivi di basso peso <2500 g	230	7,30	5	4,1	596	7,1
Nati vivi <1500 g	33	1,0	2	1,7	74	0,9
Apgar <7	27	0,9	1	0,8	57	0,7

### Allattamento alla dimissione

Sono ormai certi e ben descritti in letteratura gli effetti positivi dell'allattamento al seno, sia sulla salute del bambino che della madre: dal certificato di assistenza al parto, siamo in grado di descrivere il tipo di allattamento seguito al momento della dimissione dall'ospedale.

Dai dati osservati, la percentuale di donne che al momento della dimissione risulta allattare con latte materno esclusivo (senza latte artificiale e senza aggiunta di altri liquidi) è l'87% e non ci sono differenze tra italiane e straniere nel loro complesso. Alcune importanti differenze si delineano, invece, analizzando i dati per cittadinanza (figura 34). Percentuali di allattamento esclusivo significativamente inferiori rispetto alle italiane (86%) si rilevano tra le cinesi (60%), le pakistane (67%) e le bengalesi (73%).



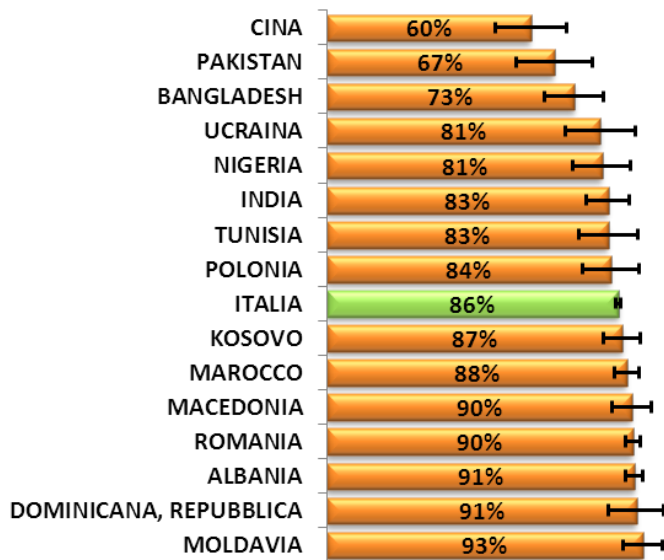
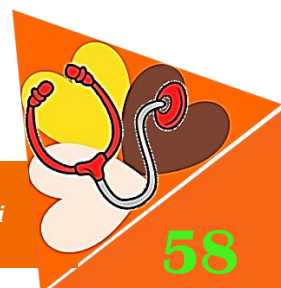


Figura 34 Percentuale di neonati che alla dimissione dall'ospedale è allattato esclusivamente con latte materno, per cittadinanza (italiana e prime 15 per numero totale di parti). Parti avvenuti nell'AUSL Toscana sud est, anni 2016-2017.



## Interruzioni volontarie di gravidanza

Nell'Azienda Usl Toscana sud est, come nel resto della Toscana negli ultimi 20 anni, dal 1998 al 2007, il numero d'interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) si è ridotto del 40%. L'andamento dei tassi di abortività volontaria (numero di IVG x 1.000 donne di età compresa tra 15 e 49 anni), nell'ultimo quinquennio, (figura 35) per cittadinanza, pur evidenziando un ricorso maggiore a tale intervento tra le donne di cittadinanza estera (tassi 2,7 volte maggiori rispetto alle italiane), segna, per queste donne, una riduzione più marcata del fenomeno.

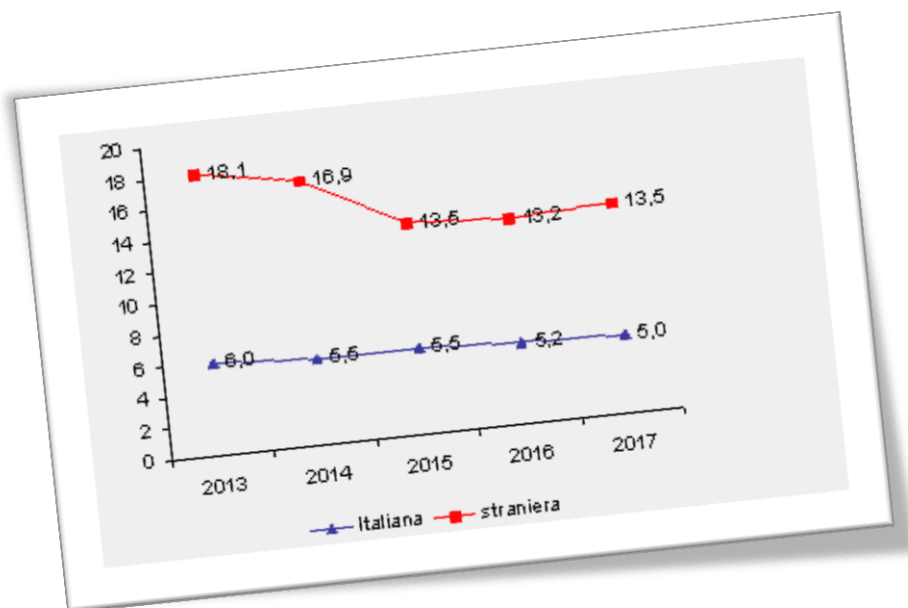


Figura 35 Tassi di IVG per cittadinanza, anni 2013-2017.

A livello provinciale (figura 36), nel 2017, non ci sono differenze significative tra le donne italiane, mentre le straniere hanno tassi di abortività volontaria più bassi nella provincia senese.

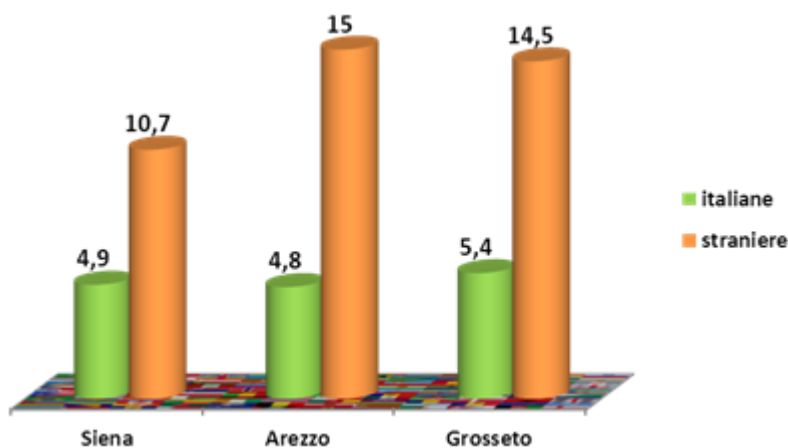


Figura 36 Tassi di IVG per cittadinanza e provincia di residenza, 2017.

**IVG**  
più frequenti  
che nelle  
italiane ma in  
riduzione



Data l'esiguità numerica, un'analisi della cittadinanza su base annuale è poco significativa, per questo, nella tabella 8, sono riportate il numero di IVG delle residenti nell'AUSL Toscana sud est effettuate nel triennio 2015-2017, per cittadinanza; i paesi di provenienza per i quali si osserva un numero di IVG inferiore al 2% sul totale delle IVG delle straniere sono raggruppati nella voce "Altre" che ne comprende ben 57.

**Tabella 22 Percentuale di IVG per cittadinanze residenti nell'AUSL Toscana sud est, triennio 2015-2017.**

Cittadinanze estere con maggior numero di IVG	IVG triennio 2015-2017	% sul totale delle IVG di donne straniere	Rapporto tra tassi rispetto al tasso delle rumene
Romania	388	32,6	1
Albania	156	13,1	1,1
Cina	61	5,1	1,5
India	58	4,9	1,7
Nigeria	54	4,5	6,7
Marocco	50	4,2	0,9
Moldavia	35	2,9	1,2
Tunisia	34	2,9	2,2
Ucraina	28	2,3	0,5
Bangladesh	27	2,3	1,5
Dominicana	26	2,2	1,9
Polonia	26	2,2	0,5
Macedonia	24	2,0	0,8
Altre (57)	225	18,9	

I tassi di abortività, così come sopra descritti, non possono essere calcolati poiché l'ISTAT non fornisce la popolazione residente per età e cittadinanza, ma solo per cittadinanza e sesso. Abbiamo quindi calcolato dei tassi di IVG rapportando il numero delle IVG alle donne residenti, indipendentemente dall'età; sicuramente un tale tipo di analisi è soggetta a *bias* (nel denominatore entrano in maniera diversa classi di età differentemente rappresentate) ma può essere utile a identificare gruppi particolarmente a rischio. In particolare abbiamo rapportato i tassi, così calcolati, al tasso osservato tra le rumene, popolazione ad elevato rischio di IVG, e dato numericamente più stabile, in modo da avere un'indicazione sui gruppi di donne a maggior rischio di IVG. Sulla base di quest'analisi, il dato che emerge con forza è il rischio molto elevato di effettuare IVG tra le donne nigeriane (oltre sei volte superiore alle rumene); a elevato rischio sono anche le donne tunisine (rischio di IVG oltre due volte superiore alle rumene).

**RISCHIO  
ELEVATO DI IVG  
NELE DONNE  
NIGERIANE E  
TUNISINE**





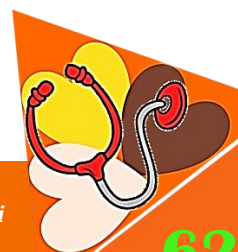
Per quanto riguarda gli esiti di gravidanze precedenti, tra le donne di cittadinanza estera, sono anche più frequenti coloro che, al momento dell'interruzione volontaria di gravidanza, dichiarano di averne effettuate una o più in precedenza. In fenomeno delle IVG ripetute riguarda il 19% delle donne italiane e il 34% delle donne provenienti da PFPM. In particolare, si rilevano percentuali molto elevate tra le rumene (41%), le cinesi (45%) e le marocchine (31%). Tra le donne provenienti da PFPM, sono anche significativamente maggiori rispetto alle italiane quelle che al momento dell'IVG dichiarano di avere uno o più figli (rispettivamente 74,5% e 54,7%).



## 10. Screening

È uno fra gli obiettivi primari del SSN è garantire a tutti i cittadini l'accesso alla prevenzione secondaria, per tutte quelle patologie ove essa sia possibile e di provata efficacia. Per questo le aziende mettono a disposizione dei loro assistiti dei programmi di *screening* "organizzato" (da distinguere dallo *screening* spontaneo che si basa sulla totale autonomia dell'individuo), totalmente gratuiti per i cittadini, per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro del colon retto, della cervice uterina e della mammella. La buona riuscita di questi interventi dipende da una molteplicità di fattori: porsi l'obiettivo di raggiungere un'alta adesione anche rendendo facile (disponibilità nei vari giorni e orari) l'accesso ai servizi, organizzare correttamente l'esecuzione dei test, sia dal punto di vista logistico che tecnologico, garantire una presa in carico veloce ed efficace nel caso di positività del risultato e prevedere un corretto *follow up*. Anche nell'organizzazione degli *screening*, è necessario porre particolare attenzione alle fasce di popolazione più svantaggiate, fra cui, appunto, quella degli stranieri residenti. Questi sono interventi efficaci per contribuire a ridurre le disuguaglianze di salute ma che sottintendono la necessità di risolvere una serie di problemi: da quelli, banali, di recapito dell'invito per errata trascrizione delle generalità, o per cambi di indirizzo frequenti, a quelli più complessi, culturali e sociali, che richiedono un costante lavoro di informazione e sensibilizzazione delle comunità. Importante è anche considerare che gli appuntamenti sono, nella maggior parte dei casi, in giorni e ad orari lavorativi, per cui, nei casi di lavoratori precari o con contratti particolari, potrebbe anche essere difficile trovare il tempo per aderire. Ciò è ancora più importante per quella popolazione straniera più difficilmente raggiungibile o che, per educazione e cultura, è meno sensibile ai programmi di prevenzione. Tutti questi tipi di problemi possono inficiare l'efficacia dei programmi di *screening* nella popolazione straniera, riducendone l'estensione, i primi, e la partecipazione, gli altri.

Di seguito verrà fatta un'analisi sui risultati, in termine di adesione, dei tre programmi di *screening* attivi nella nostra Azienda. In questo capitolo la popolazione è divisa in PSA e PFPM, dove sotto la dizione PSA sono inseriti sia gli stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato sia gli italiani.



### Screening per il cancro del colon retto

Nella figura successiva è mostrata l'adesione corretta, cioè la percentuale di rispondenti sugli inviti validi (che sono calcolati togliendo gli inesitati e gli esclusi per vari motivi), allo *screening* del colon retto, secondo il gruppo di cittadinanza (PSA e PFPM) e per provincia.

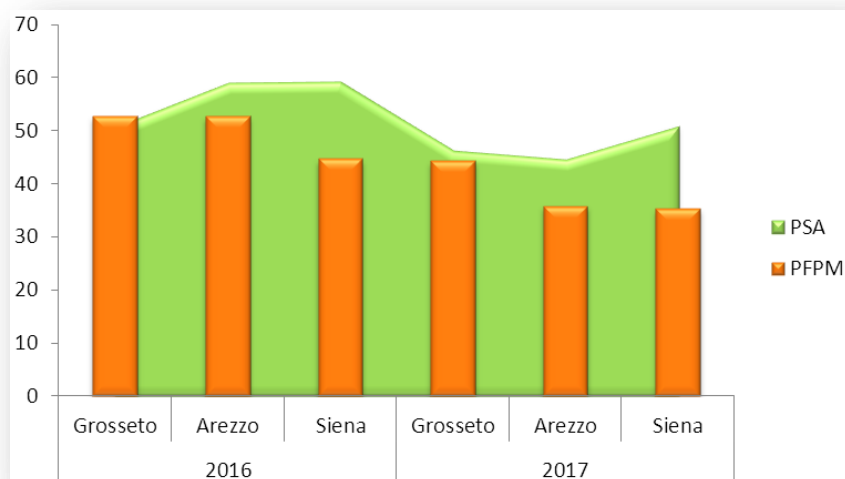


Figura 37 Adesione corretta *screening* per il tumore del colon retto, per cittadinanza, anni 2016-17.

L'adesione, in un *trend* generale in diminuzione, risulta sempre più bassa nei PFPM rispetto ai PSA, ad eccezione del 2016 nella provincia di Grosseto che ha l'adesione tra i PFPM più alta. Oltre che da determinanti culturali e sociali, come già detto nel paragrafo precedente, tra gli stranieri risulta maggiormente importante la capacità dell'organizzazione di raggiungere con l'invito la persona. Questa potrebbe essere inficiata dal fatto che l'Azienda riesce a identificare come inesitati solo quegli inviti che tornano effettivamente indietro, perché non è stato trovato il nominativo all'indirizzo segnato. Nel caso di cambiamenti di domicilio frequenti, invece, come avviene per gli stranieri, può succedere che il nome compaia sempre al vecchio indirizzo, e quindi l'invito sia consegnato, ma che la persona non abiti più lì e quindi non lo legga. Anche la diversa composizione della popolazione per genere, potrebbe essere una causa della minore adesione totale degli stranieri: è noto, infatti, che il sesso maschile ha una minore propensione ad effettuare questo tipo di test.

## Screening per il cancro della mammella

Nella figura successiva è illustrata l'adesione allo *screening* per cancro della mammella.

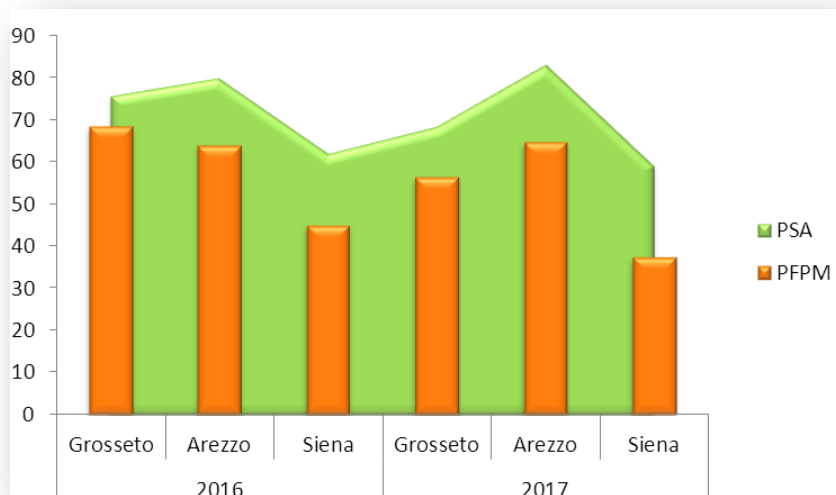


Figura 38 Adesione corretta *screening* per il tumore della mammella, per cittadinanza, anni 2016-17.

Anche in questo tipo di *screening*, l'adesione delle donne provenienti da PFPM è minore rispetto alle donne provenienti da PSA, con la maggiore differenza nella zona di Siena. Il 2017 mostra un'adesione minore, rispetto al 2016, nelle provincie di Siena e Grosseto, stabile in quella di Arezzo.

## Screening per il cancro della cervice

L'adesione allo *screening* per il cancro della cervice conferma ciò che era emerso anche nello *screening* del colon-retto; nella Provincia di Grosseto l'adesione delle donne provenienti da PFPM è maggiore rispetto quella delle donne italiane/PSA, con un *trend*, nel complesso, più stabile.

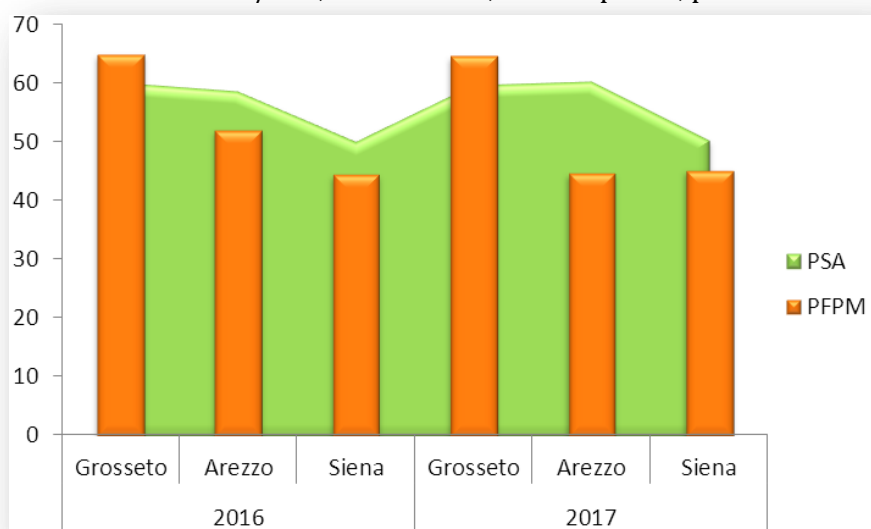


Figura 39 Adesione corretta *screening* per il tumore del collo dell'utero, per cittadinanza, anni 2016-17.



## 11. Consultorio

Il Consultorio è un fondamentale presidio territoriale essenziale per una sanità che deve rimanere di tutte e tutti, particolarmente attenta ai bisogni delle persone, anche dal punto di vista sociale. È un servizio fortemente a contatto con il tessuto sociale e con i suoi bisogni primari colti nella loro quotidianità e normalità, la cui azione è finalizzata principalmente alla promozione dello stato di benessere della comunità. Tra le azioni qualificanti del Consultorio si colloca, fin dal suo nascere con la L.405/75, l'assunzione delle tematiche legate alla salute ed all'*empowerment* femminile; in questo senso il consultorio rappresenta uno spazio capace di assumersi la responsabilità di accompagnare le donne in ogni fase del ciclo vita, rafforzando e sostenendo le loro capacità di scelta e di autodeterminazione. A ciò si aggiunge la tutela del benessere delle coppie e delle famiglie, la promozione di scelte consapevoli e responsabili riguardo la procreazione e la genitorialità, il sostegno alla qualità della vita del bambino, sin dalla nascita, durante l'infanzia e nell'adolescenza. L'originalità dei servizi consultoriali (multidisciplinarietà, non direttività, visione di genere) è, inoltre, agita con il metodo dell'offerta attiva rivolta all'intera comunità. In senso più ampio, il Consultorio promuove attività di accoglienza, ascolto, informazione, assistenza e cura gratuiti e ad accesso diretto (delibera AUSL 1244 del 23/11/2018).



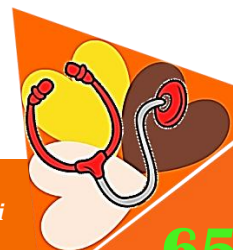
L'analisi dei dati dei consultori è stata circoscritta alle donne, in quanto maggiori fruitrici del servizio, e in particolare a quelle che, per le aree di intervento considerate (tabella 23), hanno avuto uno o più accessi, indipendentemente dalla residenza.

Nell'Azienda Usl Toscana sud est, nel 2017, c'erano 56.457 donne, il 17,5% delle quali proveniente da PFPM, l'81,8% di origine italiana e appena lo 0,6% proveniente da PSA.

Tra le cittadine PFPM che accedono ai consultori, il 34% è rumeno, il 13% albanese, il 6% marocchino, il 4% ucraino e indiano, il 3% polacco, kosovaro, macedone, nigeriano, bengalese e moldavo.

Le aree d'intervento che contano il maggior numero di donne sono la prevenzione oncologica, la maternità, le altre tematiche ginecologiche e la contraccezione.

Considerando per ogni area d'intervento la distribuzione interna tra PFPM e italiane (tabella 23), a conferma di quanto riportato anche nel paragrafo materno infantile, nell'area relativa alle IVG, le utenti PFPM sono ben il 40,8%. Nell'area della maternità sono il 26,2%, il 16,8% nelle altre tematiche ginecologiche e il 14,2% nell'area della prevenzione oncologica. Da rilevare anche che delle 171 donne che ricorrono al consultorio per abusi e maltrattamenti, il 36,4% sono donne di cittadinanza PFPM.



Per quanto riguarda la distribuzione delle donne PFPM per area d'intervento, all'interno delle tre province che compongono l'Azienda Usl Toscana sud est (tabella 23), la percentuale di donne che accedono almeno una volta all'area IVG risulta particolarmente elevata ad Arezzo, 47%.

**Tabella 23 Donne che hanno avuto almeno un accesso ad almeno un consultorio dell'Azienda Usl Toscana sud est per area di intervento e cittadinanza, anno 2017.**

AREA DI INTERVENTO	ITALIA		PFPM		PSA		Totale	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Contracezione	2.808	6,1	789	8,0	23	6,3	3.620	6,4
Maternità	7.106	15,4	2.583	26,1	75	20,5	9.764	17,3
IVG	474	1,0	323	3,3	0	0,0	797	1,4
Sterilità	202	0,4	62	0,6	2	0,5	266	0,5
Menopausa	842	1,8	74	0,7	4	1,1	920	1,6
Malattie sessualmente trasmesse	467	1,0	89	0,9	5	1,4	561	1,0
Prevenzione oncologica	28.615	61,9	4.778	48,4	223	60,9	33.617	59,5
Disagio	853	1,8	161	1,6	5	1,4	1.019	1,8
Abuso e maltrattamento	108	0,2	63	0,6	0	0,0	171	0,3
Altre tematiche ginecologiche	4.734	10,2	958	9,7	29	7,9	5.721	10,1
Totale utenti con almeno un accesso	46.209	100,0	9.880	100,0	366	100,0	56.457	100,0



**Tabella 24 Donne di cittadinanza PFPM che hanno avuto almeno un accesso ad un consultorio della provincia, per area di intervento e provincia di erogazione. Numero assoluto e percentuale sul totale delle donne che hanno avuto almeno un accesso, anno 2017.**

AREA DI INTERVENTO	Arezzo		Siena		Grosseto		AUSL	
	n. utenti PFPM	% sul totale utenti	n. utenti PFPM	% sul totale utenti	n. utenti PFPM	% sul totale utenti	n. utenti PFPM	% sul totale utenti
IVG	219	46,9	29	38,7	75	29,4	323	40,8
Abuso e maltrattamento	36	36,4	22	37,9	5	33,3	63	36,4
Maternità	1.146	27,5	831	26,6	612	24,2	2.589	26,2
Sterilità	31	22,3	12	30,0	19	21,8	62	23,2
Contracezione	391	22,7	166	20,3	232	21,4	789	21,8
Altre tematiche ginecologiche	444	17,7	381	16,7	133	14,3	958	16,8
Malattie sessualmente trasmesse	13	8,3	53	19,3	23	17,7	89	15,8
Disagio	98	26,1	51	9,8	12	9,8	161	15,7
Prevenzione oncologica	2.475	14,8	1.300	13,0	1.003	14,5	4.778	14,2
Menopausa	30	8,0	22	15,9	22	5,4	74	8,1
Adozione e affidamento	3	3,6	4	6,8	0	0,0	7	3,9

## Progetti e azioni

Il percorso nascita è un momento privilegiato di contatto delle donne straniere con i servizi del territorio, nonché occasione di socializzazione ed integrazione. Ciò riveste particolare importanza per le donne appartenenti a gruppi nazionali tendenzialmente più isolati, soprattutto nella componente femminile che in maggioranza non lavora.

I consultori sono servizi ad elevata utenza straniera, sia per le caratteristiche demografiche delle donne straniere (giovane età, maggiore natalità), sia per il profilo economico che ostacola il ricorso ai servizi privati.

Questi elementi, unitamente alla peculiare *mission* del consultorio (delibera AUSL 1244 del 23/11/2018), hanno fatto sì che nei consultori storicamente si siano sviluppati, con il contributo del terzo settore, progetti interculturali di promozione della salute.

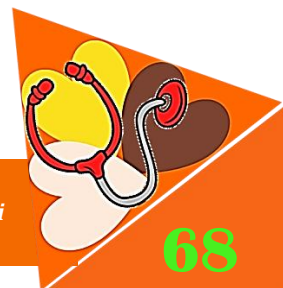
Il progetto FAMI ESCAPES, a capofila SdS Grosseto, con un partenariato nazionale comprendente servizi di Firenze e Roma, ha implementato, nei consultori di Arezzo e Grosseto, lo strumento della mediazione di comunità, mediante la formazione degli operatori del consultorio e di donne straniere ben integrate, sia nella comunità di origine che nel tessuto sociale locale, al ruolo di educatori di salute di comunità. Avviato nel 2017, si è concluso nel maggio 2018 ed ha consentito di avviare un percorso che proseguirà nell'ambito del servizio di mediazione integrata, puntando a specifici obiettivi di salute misurabili: adesione allo *screening* della cervice uterina e partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita.



Alcuni consultori, in particolare nell'ambito provinciale aretino, sono sede di mediazione linguistico culturale stabile in alcuni giorni alla settimana, in base alla numerosità ed alle lingue dell'utenza. Ove la numerosità lo consente sono stati attivati percorsi di gruppo con la mediazione linguistico culturale: corsi di accompagnamento alla nascita, consegna del libretto di gravidanza, informazione sulla parto analgesia. Nei consultori degli altri ambiti provinciali si è avviato un percorso di ricognizione del fabbisogno per valutare la replicabilità di questa buona pratica, che non è sempre attuabile a causa della dispersione delle nazionalità presenti nonché del territorio.

Nel percorso "La salute per tutti", *focus* "Percorso nascita" (9 novembre 2017) sono state individuate alcune linee di azione:

- promozione del ruolo del consultorio in rete con gli altri servizi, in particolare con l'ospedale, per garantire la continuità assistenziale: punti nascita con personale adeguatamente formato e con organizzazione che garantisca continuità nei servizi, facilitando l'accesso al consultorio nel *post partum* in modo omogeneo mediante appuntamenti alla dimissione, anche in coordinamento con AOU Senese ed altri ospedali extra ASL i cui punti nascita sono utilizzati dalle donne residenti nelle zone di confine;
- mediazione linguistico culturale da sviluppare diffusamente nei consultori ed ambulatori gravidanze a rischio ed a termine;
- messa a sistema e diffusione di materiali multilingua e culturalmente orientati;
- metodologia orientata al coinvolgimento delle donne e delle comunità migranti. Incontri tra gli operatori e le comunità più rappresentate e problematiche, per individuare modalità di promozione della salute efficaci;
- progetti di *peer education*, educatori sanitari di comunità, per la promozione della salute materno infantile e di stili di vita sani;
- valorizzazione di risorse di volontariato e solidarietà delle comunità di origine;
- incontri di informazione e formazione dei gestori dell'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati;
- formazione degli operatori sanitari per la relazione di cura transculturale;
- flessibilità organizzativa, con scelta di giorni ed orari che possono facilitare la partecipazione di alcuni gruppi di straniere. Modalità operativa dell'offerta attiva, con la disponibilità da parte dell'operatore ad andare incontro all'utenza e di cercare forme di contatto innovative;





- utilizzo delle occasioni di incontro per la promozione della salute e dell'accesso ai servizi: es. sensibilizzazione al momento della consegna del libretto e delle visite di controllo (con verifica di esigenze specifiche di orario e trasporto);
- massimizzazione dell'utilità degli accessi *post partum*, mirando anche verso specifiche esigenze di questo gruppo di popolazione (es. sfatare il mito che la mamma deve parlare italiano, cosa che comporta deprivazione emotiva e linguistica al bambino, attenzione alla salute dentaria, ecc.).

Le istanze emerse sono confluite in parte nell'inserimento nel MIBACS delle attività di: mediazione linguistico culturale in giorni fissi con base nei consultori, mediazione di comunità, mediazione etnoclinica. È stata proposta, nell'ambito di tale servizio e/o con collaborazioni regionali (CSG), nazionali (SIMM, INMP) l'implementazione di una biblioteca di materiale in lingua e culturalmente orientato, a partire da una ricognizione dell'esistente, che soprattutto nell'ambito materno infantile è abbondante ma necessita di sistematizzazione. Il consultorio è sede ottimale per la promozione della salute, tanto che vi trovano spazio azioni verso la prevenzione del diabete e lo sviluppo cognitivo ottimale del bambino bilingue.

Donne richiedenti asilo. Gli operatori hanno manifestato particolari difficoltà nell'approccio a questo gruppo di donne, che sono nella quasi totalità nigeriane. L'alta complessità del gruppo, con la relativa fragilità che è ben evidenziata dai risultati del percorso nascita (v. capitolo 9), lo rende un paradigma della complessità legata alla differenza culturale. Gli operatori dei consultori delle Colline Metallifere, Grosseto ed Arezzo hanno effettuato nel corso del 2017 incontri di gruppo con le donne ospiti dei CAS, spesso su richiesta e con la collaborazione delle prefetture.

Nel consultorio di Arezzo si sono svolti nel 2017 percorsi di mediazione etnoclinica antropologica, tra gli operatori e le donne nigeriane richiedenti asilo, che hanno costituito importanti opportunità di *training on the job* (formazione sul lavoro) e di avvicinamento:

- il progetto PASSI (Percorsi e Azioni di Sostegno Sociale e Integrazione) finanziato dalla Regione Toscana, capofila del progetto Oxfam Italia), è nato dall'esigenza degli operatori sociosanitari di approfondire le conoscenze sulle donne richiedenti asilo provenienti dalla Nigeria, soprattutto in merito al fenomeno dell'alto ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza e dell'alto numero di recidive (2017);
- nell'ambito del progetto FAMI "Alfabeti e linguaggi per la cittadinanza", a capofila Oxfam Italia, si è svolto nel consultorio di Arezzo un percorso sperimentale di educazione alla salute e apprendimento "situato" della lingua italiana rivolto a richiedenti asilo nigeriane (periodo settembre-dicembre 2017).

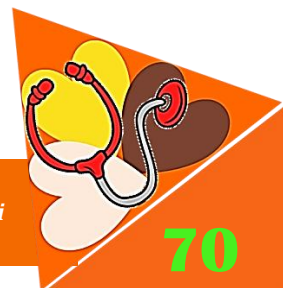


Nel percorso “La salute per tutti” un *focus* ha riguardato le “Donne nigeriane richiedenti asilo” (2 ottobre 2017). Tra le persone richiedenti asilo la componente femminile è minoritaria (7%), ma presenta un’alta complessità nella gestione della salute, per la grande diversità culturale e per l’alta frequenza di situazioni di tratta e prostituzione, che in molti casi perdura anche nel soggiorno italiano. Sono state condivise le seguenti linee di azione:

- acquisire, ove possibile, dati sulla presenza femminile nel sistema di accoglienza nei territori dei diversi consultori;
- organizzare, di concerto con il sistema di accoglienza, incontri di formazione sulla salute riproduttiva per gli operatori;
- organizzare, su richiesta degli operatori dell’accoglienza, incontri di educazione per la salute riproduttiva con le donne;
- partecipare, ove si presenti l’occasione, a progetti che consentano di reperire risorse per inserire figure professionali esperte in antropologia ed intercultura, per favorire la crescita degli operatori e delle utenti e della relazione.

All’incontro hanno fatto seguito:

- il progetto formativo “Maternità e parto nel paese di approdo: training on the job rivolto a operatori sociosanitari” (marzo – maggio 2018): il corso di accompagnamento alla nascita per un gruppo di donne nigeriane richiedenti asilo è stato organizzato e svolto con l’accompagnamento dell’antropologo professionale. Ne è risultata una intensa formazione sul campo, ed un approfondimento conoscitivo anche su aspetti meno noti relativi alla genitorialità che si prevede di diffondere quanto meno in forma seminariale tra gli operatori aziendali del settore;
- la redazione condivisa della procedura per l’attuazione delle linee guida “I controlli alla frontiera” (adottata il 30 ottobre 2018), nella quale il gruppo di lavoro ha previsto un incontro informativo, possibilmente di gruppo, delle donne neo arrivate (recuperando le persone già presenti) al consultorio, con la proposta di successiva visita ginecologica con *screening* della cervice uterina;
- la partecipazione della AUSL alla stesura di un progetto FAMI inter-regionale per la salute delle donne richiedenti asilo, nel quale è stata proposta l’attività di mediazione etnoclinica, con affiancamento antropologico (inviato, in attesa di conferma di finanziamento).



## 12. Salute mentale adulti

In questo paragrafo è analizzato l'accesso della popolazione straniera ai servizi di salute mentale territoriali dell'AUSL Toscana sud est, attraverso l'analisi del flusso regionale della salute mentale (rfc 160).

In particolare si considerano gli stranieri che hanno avuto almeno un accesso nel 2017 ai servizi di salute mentale adulti della loro provincia di residenza.

Tra gli adulti stranieri residenti, si registrano 809 soggetti che si sono rivolti, almeno una volta, a servizi di salute mentale. Il 92% di questi proviene da paesi a forte pressione migratoria e il 62% è donna. Complessivamente sono pari al 6,1% del totale degli utenti con almeno un accesso, percentuale che sale al 11,9% tra i 35 e i 44 anni e supera il 14% tra i 15 e i 34 anni.

Rapportando il numero di soggetti che hanno avuto almeno un contatto con i servizi di salute mentale adulti alla popolazione residente, per classi di età e cittadinanza (figura 40), si osserva che il tasso di accesso tra i 15 e i 64 anni (abbiamo escluso gli ultra65enni per l'esiguità numerica degli stranieri anziani) è maggiore tra gli italiani (19,3 x 1.000 residenti) rispetto agli stranieri (11,2 x 1.000 residenti). Entrando nel dettaglio delle classi di età non ci sono differenze tra i più giovani (tra i 15 e i 24 anni si contano rispettivamente per stranieri e italiani 8,5 e 8,3 soggetti con almeno un accesso ogni 1.000 residenti) mentre nelle classi di età successive il ricorso ai servizi è maggiore tra gli italiani, con differenze che aumentano al crescere dell'età.

Per quanto riguarda i paesi di provenienza, la scarsa entità numerica impone cautela, tuttavia tassi di ricorso ai servizi significativamente più elevati rispetto al dato medio dei cittadini stranieri (11,2‰) si osservano tra i nigeriani (per i quali si registrano 26 soggetti residenti con almeno un accesso su 890 residenti, pari a un tasso del 31‰), i polacchi (51 accessi su 3.032 residenti, pari a un tasso del 16‰) e i marocchini (58 accessi su 4.378 residenti, pari a un tasso del 13,2‰).

Considerando la quota di quelli che hanno almeno 4 accessi nell'anno, non ci sono differenze significative tra italiani e stranieri sul totale dei pazienti che giungono ai servizi di salute mentale: sono il 60% tra gli italiani e il 58% tra gli stranieri.

**GLI ADULTI  
STRANIERI  
ACCEDONO  
AI SERVIZI  
DI SALUTE  
MENTALE  
MENO  
DEGLI  
ITALIANI**



Tabella 25 Residenti nell'AUSL Toscana sud est di cittadinanza estera che hanno ricevuto almeno una prestazione nel 2017 dal Servizio di Salute Mentale Territoriale per classi di età e provincia di residenza - valori assoluti e percentuale sul totale degli utenti con almeno un accesso nell'anno, anno 2017.

Classi di età	Arezzo		Siena		Grosseto		AUSL	
	n	% sul totale	n	% sul totale	n	% sul totale	n	% sul totale
15-24 aa	40	16,9	26	16,3	20	10,0	86	14,4
25-34 aa	87	15,1	47	16,4	43	12,2	177	14,5
35-44 aa	132	14,2	49	9,4	60	10,3	241	11,9
45-54 aa	102	7,2	44	6,3	39	4,8	185	6,3
55-64 aa	51	3,9	18	3,2	24	3,0	93	3,5
65+	15	0,7	5	0,6	7	0,7	27	0,7
<b>Totale utenti stranieri con almeno un accesso nel 2017</b>	<b>427</b>	<b>6,6</b>	<b>189</b>	<b>6,3</b>	<b>193</b>	<b>5,2</b>	<b>809</b>	<b>6,1</b>

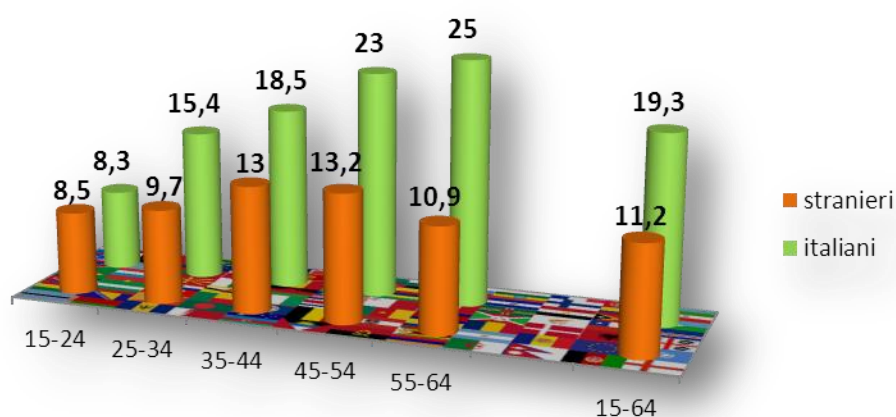


Figura 40 Residenti nell'AUSL Toscana sud est che hanno ricevuto almeno una prestazione nel 2017 dal Servizio di Salute Mentale Territoriale per classi di età e cittadinanza. Tassi x 1.000 residenti, anno 2017.

## Progetti e azioni

La differenza culturale influisce sull'efficacia delle prestazioni di salute mentale ancor più che di altri settori sanitari, e gli operatori hanno espresso il fabbisogno di strumenti di supporto e di sviluppo professionale.

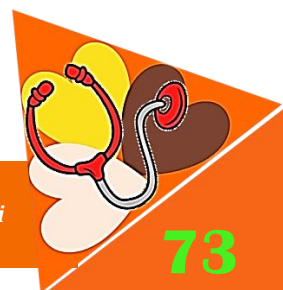
Il progetto per la mediazione integrata, MIBACS, prevede l'attivazione di percorsi di mediazione etnoclinica etnopsichiatrica nei servizi di salute mentale e dipendenze, in termini di supervisione delle équipes di operatori e di consulenza sui casi più complessi.

Un'attenzione particolare è stata posta per i richiedenti e titolari di protezione internazionale che rappresenta un gruppo di persone particolarmente esposte a fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi psichici, prima durante e dopo la migrazione [8]. Nel percorso aziendale "La salute per tutti" un *focus* ha riguardato la "Salute mentale adulti richiedenti asilo" (3 maggio 2018). È stata condivisa la necessità di lavorare all'implementazione delle linee guida ministeriali [9], in collaborazione con le Prefetture e gli Enti locali responsabili del sistema di accoglienza, e con il terzo settore operante nei settori dell'accoglienza e dell'etnopsichiatria.

L'AUSL è partner del progetto FAMI- SPRINT, capofila Regione Toscana. La AUSL collaborato alla formazione, mettendo a disposizione alcuni docenti e circa 90 discenti, ed alla diffusione del progetto organizzando incontri con le 3 Prefetture e gli operatori dell'accoglienza. L'équipe etnopsichiatrica mobile del progetto è stata ospitata nei servizi di salute mentale aziendali, collaborando tramite la segnalazione, cogestione e discussione dei casi, in un percorso di apprendimento sul campo e di costruzione di rete territoriale.

E' in fase di avvio il progetto regionale FAMI - SPRINT2, che prevede la continuazione dell'opera dell'équipe etnopsichiatrica, la formazione delle persone RTPI con metodiche anche di *peer education*, e la definizione di una modalità di collaborazione inter istituzionale e con il terzo settore, oltre che intra aziendale, per prevenire e gestire al meglio le problematiche inerenti la salute mentale delle persone RTPI e degli operatori coinvolti.

Nell'ambito del protocollo d'intesa con i progetti SPRAR di Arezzo e Castiglion Fibocchi sono stati avviati incontri sul tema del benessere psicologico con gli operatori (ottobre 2018) e con gruppi di beneficiari dell'accoglienza (novembre 2018), guidati dagli operatori del servizio dipendenze. Si prevede di proseguire tale attività ed estenderla ad altre zone anche con il coinvolgimento di operatori del servizio di salute mentale.



Nell'ambito dello stesso protocollo con la Provincia di Arezzo è prevista la collaborazione tra ASL e CPIA per l'educazione alla salute. Il primo intervento pilota, in affiancamento al docente CPIA ordinario, sul benessere psicologico e la prevenzione delle dipendenze è stato calendarizzato per il gennaio prossimo.

Il progetto SPRAR della SdS Grossetana prevede la supervisione delle équipes di accoglienza da parte di antropologi e /o etnopsichiatri.



## 13. Salute mentale infanzia e adolescenza

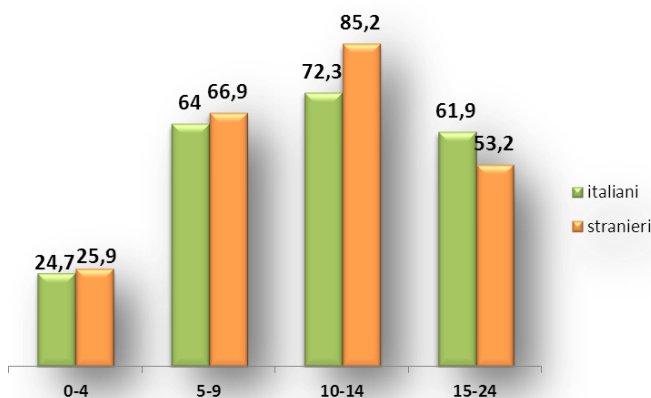
Fra i minori stranieri sono stati rilevati, oltre ad alti tassi di ritardo scolastico (v. capitolo 3), un maggiore utilizzo di prestazioni di pertinenza neurologica e psicologica (v. capitolo 7).

Tali osservazioni hanno innescato un percorso di analisi e riflessione, nell'ambito del quale approfondiremo la raccolta e l'analisi dei dati, con il dettaglio delle prestazioni e delle diagnosi, sia nell'ambito salute mentale che riabilitazione.

In questo paragrafo è analizzato l'accesso della popolazione straniera ai servizi territoriali di salute mentale infanzia e adolescenza territoriali della AUSL Toscana sud est, attraverso l'analisi del flusso regionale della salute mentale (rfc 160).

I minori di cittadinanza estera residenti nell'AUSL Toscana sud est che, nel 2017, hanno fatto ricorso ai servizi di salute mentale infanzia e adolescenza sono 974, pari al 13,2% del totale degli utenti. In questo caso, in termini di tassi sulla popolazione residente, un maggior numero di minori stranieri accede al servizio rispetto agli italiani. La figura 41 mostra che le differenze tra italiani e stranieri si concentrano tra i 10 e i 14 anni, classe di età nella quale il tasso di accesso degli stranieri è maggiore dell'11% rispetto agli italiani.

In analogia a quanto osservato per gli adulti, non ci sono differenze significative tra italiani e stranieri rispetto alla quota di coloro che hanno almeno 4 accessi nell'anno: sono il 56% tra gli italiani e il 53% tra gli stranieri, limitatamente alle province di Arezzo e Grosseto.



**Figura 41 Residenti nelle province di Arezzo e Grosseto che hanno ricevuto almeno una prestazione nel 2017 dal Servizio di Salute Mentale Territoriale Infanzia e adolescenza per classi di età e cittadinanza. Tassi x 1.000 residenti, anno 2017.**

## Progetti e azioni

Nel corso del 2017 i logopedisti della ASL avevano svolto un'importante esperienza formativa sul bilinguismo (docente Paola Bonifacci, UNIBO) nell'ambito del piano di formazione aziendale. Nella Val di Chiana Senese era stato avviato un piccolo progetto sperimentale, con risorse interne, di coinvolgimento nella riabilitazione dei genitori di bambini bilingui.

Dal percorso "La salute per tutti", focus "Salute mentale infanzia" (14 dicembre 2017), sono emerse le seguenti considerazioni e linee di azione:

- **Dati.** In questo ambito è necessario un approfondimento della qualità ed analisi dei dati, integrando i flussi della salute mentale, della riabilitazione e delle prestazioni ambulatoriali, per meglio documentare e comprendere la maggiore richiesta di prestazioni neurologiche e psicologiche per i minori stranieri.
- **Cause.** È verosimile una sovra diagnosi di disturbi dell'apprendimento in bambini bilingui, per i quali occorrono protocolli e test *ad hoc* dei quali è necessaria l'acquisizione. A tale aspetto tecnico si aggiungono problemi di ordine culturale e sociale, che portano all'attivazione di percorsi sanitari per sopperire a carenze di altra natura. Per contro, l'ipotesi di una selezione negativa in partenza, per cui alcune famiglie emigrerebbero per dare più opportunità di cura a un bambino con handicap, non trova riscontro, in quanto si tratta di bambini perlopiù nati in Italia (86% nella scuola d'infanzia), e con problematiche che nei paesi di origine non costituiscono gravi bisogni riconosciuti.
- **Scuola.** Gli invii al servizio per disturbi dell'apprendimento, da parte del pediatra, originano nella quasi totalità dei casi da segnalazione degli insegnanti. Dall'esperienza degli operatori emerge che l'approccio degli insegnanti al bilinguismo necessita di maggiore consapevolezza del fenomeno, per invii più mirati ai servizi sanitari. Tra gli aspetti da considerare sono stati segnalati: tempi di apprendimento della seconda lingua (es. due anni di scolarizzazione prima di valutare la comprensione di un testo, tre anni prima di intervenire sugli errori ortografici), necessità di acquisire informazioni sulla storia personale (se ha frequentato la scuola d'infanzia, se in famiglia si esprime adeguatamente in lingua madre), importanza della comunicazione in famiglia in lingua madre. È, infatti, emerso come sia frequente l'errore, da parte di operatori scolastici e sanitari, di forzare i genitori stranieri a parlare al bambino in italiano, privando il bambino di competenze linguistiche e di relazione. Occorre attivare progetti di prevenzione e intervento tra servizio sanitario e scuole: formazione insegnanti,

Necessità di  
risposte  
appropriate  
alle  
difficoltà  
scolastiche  
dei bambini  
bilingui



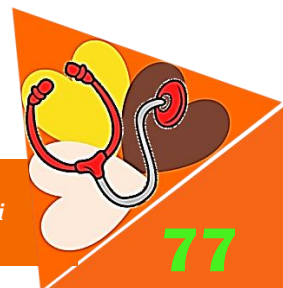


questionario su storia linguistica, incontri periodici in cui il logopedista da indicazioni sull'attività.

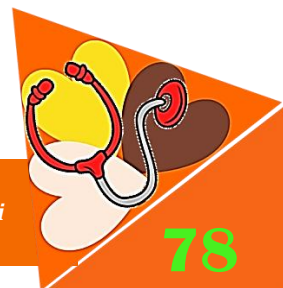
- Famiglia. Gli operatori segnalano che la differenza culturale è un fattore di elevata complessità nella relazione con la famiglia, non soltanto per la differenza linguistica, ma anche per le diverse culture e società di origine. Queste influenzano la consapevolezza dei genitori dell'impatto delle problematiche cognitive, e della conseguente necessità di attivare percorsi di riabilitazione e cura: "non importa se non apprende, l'importante è che stia bene" "se non riesce a studiare andrà a lavorare". Inoltre i ragazzi immigrati vivono una dissociazione identitaria, tra la cultura del paese di origine e quella italiana. Talora questa differenza influenza l'interpretazione e l'accettazione d'immagini comunemente utilizzate dai servizi per bambini italiani. In questo contesto, la relazione degli operatori con le famiglie richiede talora un supporto che va oltre la mediazione linguistico culturale. La figura dell'antropologo professionale che affianca gli operatori del servizio si pone come strumento di costruzione di risposte ed acquisizione di competenze: l'atteggiamento costruttivo è un "etnocentrismo critico", non ci sono codici di decodifica univoci, occorre trovare punti di contatto che tengono insieme dei modelli, avere ponti di comunicazione per trovare uno spazio comune.

A questa prima analisi hanno fatto seguito le seguenti azioni:

- Mediazione etnoclinica antropologia inserita nel progetto aziendale di mediazione integrata - MIBACS (procedura di affidamento tramite ESTAR in corso).
- Acquisto di test diagnostici per bambini bilingui (ordine inviato ottobre 2018, in arrivo).
- Offerta formativa sul bilinguismo agli insegnanti della scuola primaria da parte dei logopedisti ASL: due incontri di 4 ore ciascuno per le zone Grosseto, Valdichiana Senese ed Aretina (anno scolastico 2018-2019).
- Progetto "Nati per leggere- Piccoli lettori si nasce!": protocollo di intesa tra la AUSL e la rete bibliotecaria aretina. Prevede la presentazione del progetto nel corso di accompagnamento alla nascita, ove necessario con la mediazione linguistico culturale, e la messa a disposizione nel consultorio di libri in lingue diverse per le mamme straniere a tutela della lingua madre e della relazione genitoriale. Progetto "Piccoli lettori si nasce!". (firma protocollo settembre 2018)



- Progetto “Seconda stella a destra, mentori per la resilienza” in partenariato con Oxfam Italia ed altri partner locali e di altre regioni italiane, finanziato dalla “Fondazione con i bambini”. Prevede a livello di zona aretina l’affiancamento degli operatori della salute mentale infanzia da parte di un linguista ed un antropologo. Sarà attivato un tavolo di azione locale coordinato dall’Università di Siena, nell’ambito del quale è nostra volontà inserire la costruzione di un protocollo operativo tra la AUSL e le scuole locali sul bilinguismo (triennale, avvio inizio 2019).
- Progetto “Scuola sanità integrazione”, in partenariato con l’associazione culturale del Bangladesh di Arezzo ed un plesso scolastico, finanziato dalla RT, di durata annuale, che ha visto l’attività formativa degli operatori sanitari verso volontari del doposcuola (2018, in fase conclusiva).
- Tesi di laurea sulla presa in carico logopedico di bambini con difficoltà di linguaggio e apprendimento in L2 italiana presso il servizio di salute mentale infanzia della zona aretina (2018).
- Progetto CittAttiva, in partenariato con l’Associazione Culturale del Bangladesh, finanziato dalla RT, prevede nell’ambito dell’azione “contrasto al *drop out* scolastico mediante *mentoring*” un’attività di formazione e supervisione da parte di operatori del servizio di salute mentale infanzia (2019).



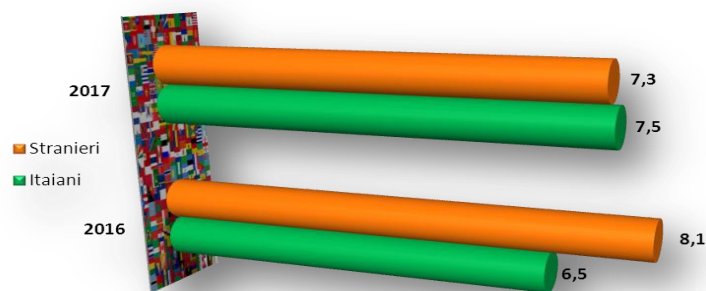
## 14. Malattie infettive

È noto che la frequenza e la diffusione di molte di queste patologie sono maggiori nei gruppi di popolazione che vivono in condizioni disagiate, e, nel caso specifico degli stranieri, che molte di esse sono endemiche nei paesi di origine. In questo capitolo sono analizzati i dati del Sistema Informativo delle Malattie Infettive della Toscana relativi alle malattie infettive in classe II e III (cfr. AUSL Toscana sud est, *Bollettino epidemiologico delle malattie infettive*, anni 2016-17). In quest'analisi, non è stata effettuata la differenziazione fra persone provenienti da PFPM o da PSA, ma in alcune elaborazioni è stata considerata la nazionalità di provenienza.

### Malattie infettive in classe II

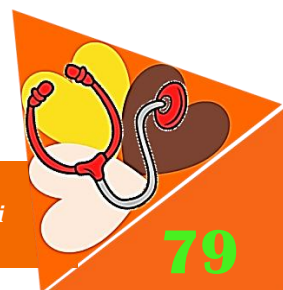
Le malattie presenti in questa classe sono quelle rilevanti, perché a elevata frequenza e/o passibili d'interventi di controllo. La notifica dovrebbe avvenire entro le 48 ore. In questa classe, sono presenti, fra le altre, epatite virale A, B, C, meningite meningococcica, morbillo, varicella.

Nell'Azienda Usl Toscana sud est sono stati notificati 560 casi di malattie in classe II, nel 2016, e 623 nel 2017.



**Figura 42** Tasso di notifica (x 10.000) per malattie in classe II, per cittadinanza, anni 2016-17.

I tassi di notifica per questo tipo di patologie sono simili per gli italiani e gli stranieri, anche se nei primi in aumento e nei secondi in diminuzione.



L'aumento dei tassi negli italiani, avvenuto nel 2017, è probabilmente ascrivibile all'epidemia di epatite A che si è verificata in Toscana fra i maschi italiani omosessuali. Nella distribuzione percentuale delle diagnosi, per entrambe le popolazioni, la più rappresentata è la varicella, che negli stranieri è responsabile della metà delle notifiche.

**Tabella 26 Distribuzione percentuale delle notifiche per le diverse patologie, anni 2016-17.**

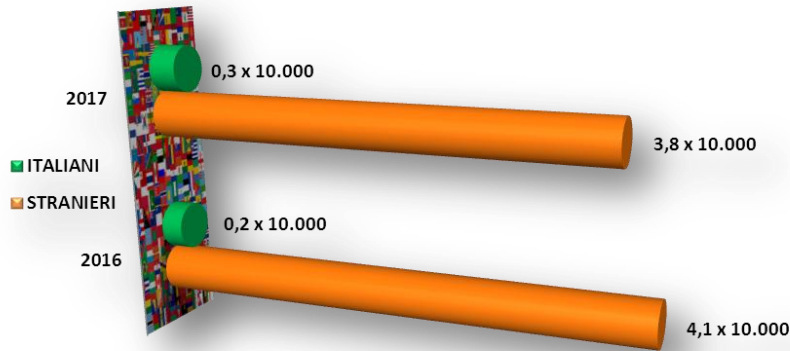
	Italiani	Stranieri
VARICELLA	30,59%	59,85%
SCARLATTINA	19,60%	8,03%
DIARREA INFETTIVA	16,35%	4,38%
SALMONELLOSI NON TIFOIDEA	10,80%	8,76%
LEGIONELLOSI	4,97%	3,65%
EPATITE A	4,88%	1,46%
EPATITE B	2,39%	2,92%
PERTOSSE	2,68%	0,73%
MORBILLO	2,01%	4,38%
MENINGO-ENCEFALITE V	1,72%	1,46%
EPATITE C	0,96%	2,19%
SIFILIDE	0,86%	0,73%
PAROTITE EPIDEMICA	0,76%	0,73%
LISTERIOSI	0,57%	0,00%
MENINGITE MENINGOCOCCICA	0,29%	0,73%
EPATITE E	0,29%	0,00%
FEBBRE TIFOIDE	0,10%	0,00%
RICKETTSIOSI	0,10%	0,00%
LEISHMANIOSI VISCERALE	0,10%	0,00%

### Malattie in classe III

Rientrano in questa categoria le malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni: AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi. La notifica deve essere fatta entro le 48 ore.

La maggior parte di queste notifiche è dei casi di tubercolosi, il 65% delle quali riferite a cittadini stranieri.





**Figura 43 Tassi di notifica di malattie da micobatteri tubercolari, italiani e stranieri, anni 2016-17.**

Dalla figura si nota che i tassi sono più alti negli stranieri rispetto agli italiani. Sappiamo che, in generale, la tubercolosi rappresenta la malattia delle classi sociali più povere e che la sua prevalenza è più alta nei PFPM. Dati di letteratura confermano, infatti, che la maggior parte dei casi di tubercolosi attiva è dovuta a riattivazione di forme latenti acquisite in precedenza, favorita dalle condizioni precarie di vita in cui essi si trovano a vivere nel paese ospite, e che solo alcune volte, tali condizioni, possono essere anche la causa di un nuovo contagio di un individuo sano [10].

### Malaria

Nel territorio dell'Azienda Usl Toscana sud est ci sono stati 10 casi nel 2016 e 17 nel 2017, di cui uno solo di un cittadino italiano che si era recato all'estero; tutti gli altri casi sono di cittadini stranieri che erano tornati a visitare i loro paesi di origine. (cfr. AUSL Toscana sud est, *Bollettino epidemiologico delle malattie infettive*, anni 2016-17).

Sarebbe utile in questo senso implementare le campagne specifiche di informazione per praticare la profilassi agli stranieri residenti nelle nostre zone prima che intraprendano tali viaggi.



## HIV e AIDS

I casi notificati di HIV, dal 2009 (primo anno in cui è disponibile il dato) al 2017, sono stati 395 di cui 123 (31%) negli stranieri. Per entrambi i sessi, i tassi sono superiori negli stranieri rispetto agli italiani, anche se si osserva che, tra gli italiani, le donne hanno tassi molto più bassi degli uomini, mentre fra gli stranieri la differenza si riduce.

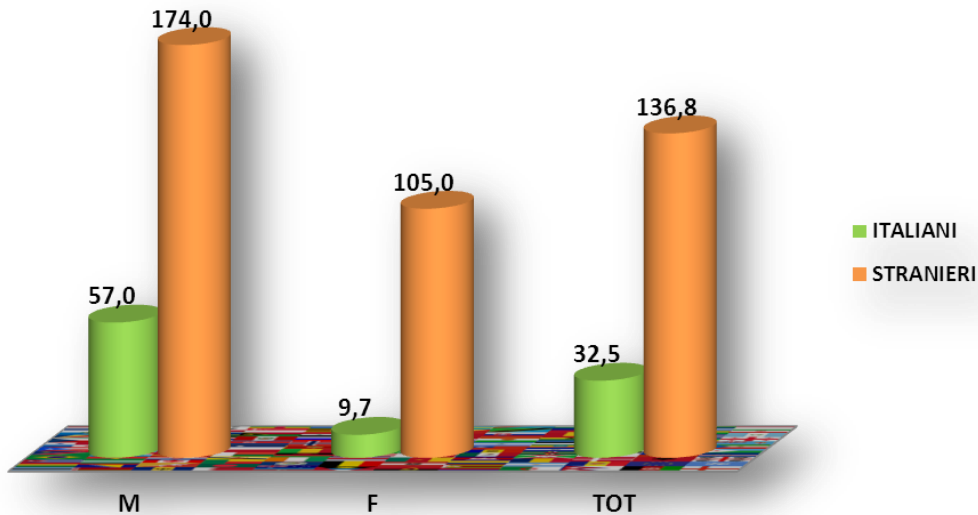


Figura 44 Tasso di prevalenza (x 100.000) di HIV, per italiani e stranieri, per genere, anno 2017.

di stranieri. Il tasso di prevalenza di AIDS negli stranieri, nella nostra Azienda, è più alto rispetto a quello degli italiani (48,9 x 100.000 vs 31,7 x 100.000), dato che si allinea a quello regionale e nazionale. Anche in questo caso, la distribuzione fra i sessi è simile negli stranieri mentre negli italiani sono molto più rappresentati i maschi.

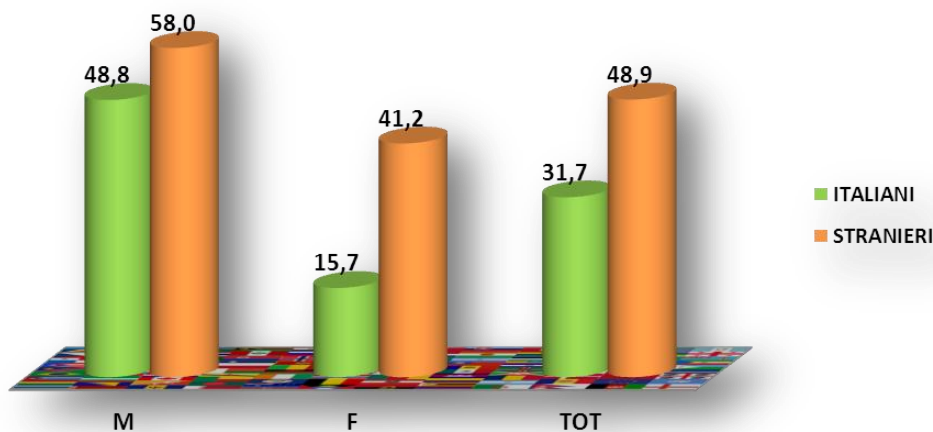
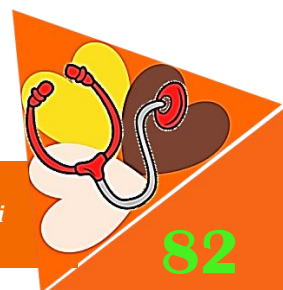


Figura 45 Tasso di prevalenza (x 100.000) di AIDS, per italiani e stranieri, per genere, anno 2017.

È interessante notare come le differenze tra i tassi di italiani e stranieri siano minore per i casi di AIDS rispetto a quelli di HIV, cosa che potrebbe far pensare che gli italiani abbiano una diagnosi più tardiva rispetto agli stranieri.

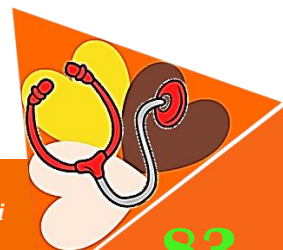


## Progetti e azioni

Dall'incontro La salute per tutti - Focus malattie infettive 11 dicembre 2017, sono emersi i seguenti impegni:

- valutazione con la RT della possibilità di disporre di informazioni sulla copertura vaccinale per nazionalità ed età (intersecare il SISPC con altre banche dati);
- realizzazione di una procedura aziendale per l'attuazione delle linee guida "i controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli", che prevede *screening* infettivologici e vaccinazioni, e successiva formazione e sensibilizzazione in particolare dei MMG;
- informazione operatori: mediante eventi formativi, circolari, Intranet ecc. tenere alta e diffusa la consapevolezza sui rischi specifici (es. malaria nei viaggi nel paese di origine, malattie finora rare come la schistosomiasi, ecc.), sull'accesso ai servizi ed alla prevenzione degli stranieri irregolari, sull'opportunità di utilizzare i momenti di incontro sanitari (es. consultorio, vaccinazioni, visite pediatriche, di medicina dello sport e del lavoro) per promuovere stili di vita sani ed azioni di prevenzione;
- educazione sanitaria: centri di accoglienza, consultori, CPIA, altri punti di contatto informali nei territori, progetti di educazione di salute di comunità- *peer education*;
- favorire la relazione con i sanitari tramite la mediazione linguistico culturale, servizio in atto ed in corso di nuova assegnazione per tutta la AUSL, usato finora in modo disomogeneo nelle zone, che necessiterà di adeguata informazione e sensibilizzazione degli operatori;
- materiale in lingua e culturalmente orientato su temi specifici, es. scabbia, anche questo da realizzare, ottimizzando l'esistente, nell'ambito del servizio di mediazione.

Molte di queste azioni sono state realizzate (procedura di attuazione linee guida) od avviate (progetto di mediazione, incontri formativi con operatori di accoglienza ed RTPI, lezioni alla scuola di italiano).



## 15. Incidenti sul lavoro

Tra i principali motivi che spingono le persone a emigrare dai loro paesi di origine, oltre a quelli sociopolitici e religiosi, ci sono quelli economici, per la ricerca di migliori condizioni di vita e di lavoro. La ricerca di un'occupazione nei paesi di arrivo rappresenta, quindi, una caratteristica della popolazione migrante, e, soprattutto negli ultimi anni, si è rafforzata la centralità della componente straniera nel mercato del lavoro sia per l'importanza che i lavoratori stranieri hanno avuto, e continuano ad avere, nello svolgimento di specifiche mansioni [3].

La quasi totalità dei lavoratori stranieri svolge un lavoro alle dipendenze, e più del 70% ricopre la posizione di operaio. Un fenomeno noto tra gli immigrati, soprattutto extra UE, è quello della dispersione del capitale umano laureato: facendo riferimento alle lauree tecnico scientifiche, i lavoratori che svolgono un'attività formalmente coerente sono il 90% fra gli italiani e solo il 26% fra i cittadini extra UE. Il 47,5% dei laureati extra UE con titolo di laurea in una disciplina tecnico scientifica è impiegato in qualifiche *low skill*, a fronte dell'1,8% degli italiani.

Inoltre i lavoratori migranti, inclusi quelli irregolari, sono occupati principalmente in lavori precari, faticosi e rischiosi, manuali, di bassa tecnologia e non qualificati, i cosiddetti lavori 3D "*dangerous, dirty and demeaning*" cioè pericolosi, sporchi e degradanti [10].

Nel territorio dell'Azienda Usl Toscana sud est i lavoratori stranieri, nel settore privato, si distribuiscono secondo il grafico seguente.

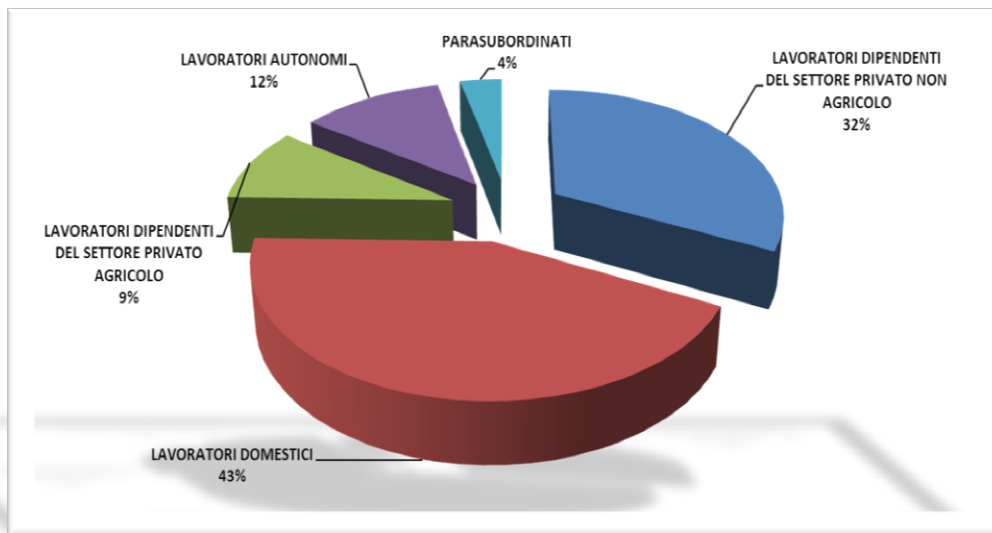
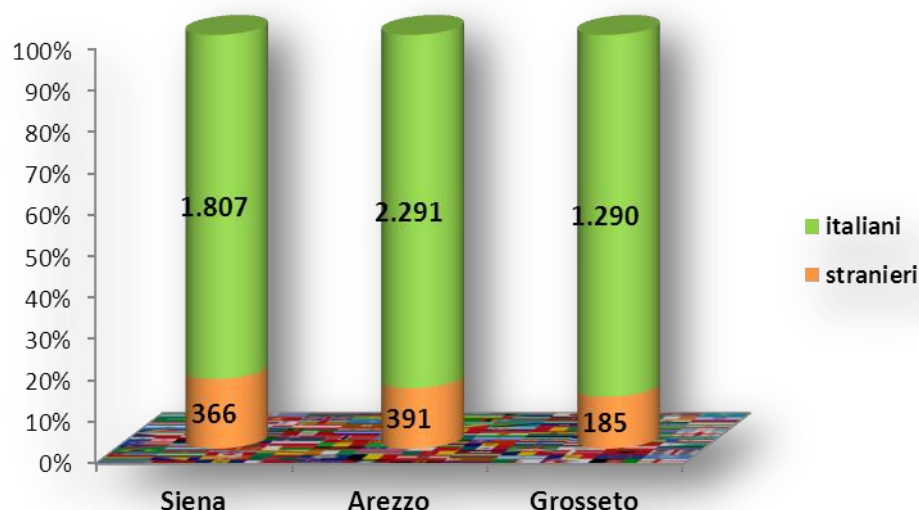


Figura 46 Distribuzione delle principali mansioni dei lavoratori stranieri impiegati nel settore privato, fonte INPS, anno 2016.



Le differenze presenti nella distribuzione degli impieghi e delle mansioni, fra italiani e stranieri, suggeriscono la possibilità che sia presente un diverso rischio intrinseco di infortuni e malattia sul lavoro: gli immigrati svolgono lavori più pericolosi, più spesso manuali, sono più soggetti alla transitorietà del lavoro (in movimento tra situazioni di disoccupazione, precarietà e illegalità), caratteristiche che sicuramente li sottopongono ad un rischio maggiore di infortuni e malattie professionali. Più difficile è capire se ci siano delle disuguaglianze, a parità di mansione, rispetto ai colleghi italiani, che potrebbero essere dovute, per esempio, alla maggiore tolleranza del rischio presente (legata alla paura di rappresaglie in caso di richiesta di maggiori diritti e/o di segnalazione di infortuni) o alle barriere linguistiche e culturali che riducano l'efficacia di eventuali azioni di formazione [10].

La distribuzione degli incidenti sul lavoro nella nostra Azienda è riportata nel grafico seguente:



**Figura 47 Distribuzione degli incidenti indennizzati sul lavoro, per provincia e nazionalità, anno 2017.**

La percentuale di incidenti sul lavoro, a carico di cittadini stranieri, varia dal 17% della provincia di Siena, al 12,5% della provincia di Grosseto, con una media aziendale del 15%. Non è stato possibile trovare un dato sul totale degli occupati stranieri e italiani, che permettesse di fare delle stime di rischio differenziali, tuttavia dati del ministero del Lavoro mostrano che, in Toscana, gli stranieri rappresentano, in media, il 12% degli occupati, anche se con grande variabilità provinciale. Secondo queste stime, dunque, il rischio di incidenti sul lavoro sarebbe di poco superiore negli stranieri rispetto agli italiani.



## 16. Rischio cardiovascolare - diabete

Elaborazioni condotte sulla banca dati MaCro delle malattie croniche fornita ARS hanno permesso di valutare la prevalenza di coloro che sulla base del consumo di risorse (assunzione di farmaci e/o ricoveri ospedalieri con diagnosi di diabete e/o esenzione per patologia) risultano affetti da patologie cardiovascolari e da diabete. In particolare sono stati considerati gli assistiti che da anagrafe regionale risultavano residenti nella AUSL Toscana sud est al 01/01/2017.

Non sono emersi eccessi nella prevalenza di scompenso cardiopatia ischemica e ictus per gli stranieri nel loro complesso, e i bassi numeri (correlati alla struttura per età della popolazione straniera ove solo il 6% di età maggiore di 65 anni) non hanno permesso analisi per aree di provenienza.

Le prevalenze di diabete, ben superiori anche in fasce di età più giovani, hanno permesso invece analisi per paese di provenienza. Tra i 15 e i 65 anni risultano diabetici il 3,9% degli assistiti senza differenze tra italiani (3,9%) e stranieri (3,8%). Tuttavia un'analisi di regressione logistica multivariata, a parità di sesso ed età, evidenzia, tra gli assistiti provenienti dal sub continente indiano (Bangladesh, India, Pakistan e Sri Lanka) e dal Maghreb (Algeria, Tunisia e Marocco) rischi di diabete rispetto agli italiani rispettivamente 4,5 (IC95%:4,03-5,06), e 2,3 volte superiori (IC95%: 1,99-2,67).

Questi dati, associati anche all'alto rischio di diabete gestazionale (v. capitolo 9), rilevano un problema che in questi gruppi nazionali potrebbe addirittura essere sottostimato per la giovane età e la scarsa cultura della prevenzione. Il bacino di prevalenza potrebbe essere maggiore di quello evidenziato dai dati, che riescono a tracciare i diabetici in trattamento. In Gran Bretagna, per la popolazione proveniente dal subcontinente indiano, d'immigrazione meno recente rispetto all'Italia, è documentata una prevalenza molto alta d'infarto, ictus e insufficienza renale.

Per contenere tale "disastro annunciato", che riguarda popolazioni che in alcune zone sono numerose, sono necessari interventi di sanità pubblica multifattoriali in grado di agire su stili di vita (alimentazione e attività fisica), cultura della prevenzione, *compliance* a PDTA. Tali interventi per essere efficaci devono essere diffusi all'interno delle singole comunità e culturalmente orientati.



## Progetti e azioni

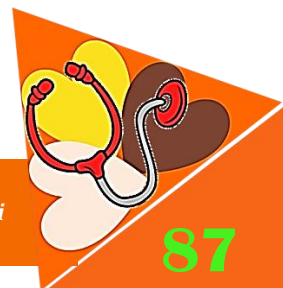
Nel percorso “La salute per tutti” il 23 ottobre 2017 si è tenuto il *focus* “Rischio cardiovascolare”, nel quale sono state condivise le seguenti linee di azione:

- informazione MMG e Pediatri e medici in generale sull'elevato rischio di diabete e patologia cardiovascolare degli assistiti provenienti da Asia (subcontinente indiano, Cina) ed Africa (Subsahariana e Marocco), perché possano fare diagnosi precoce e suggerire corretti stili di vita verso la prevenzione;
- *screening* glicemico di grosse comunità nazionali a rischio;
- addestramento di pazienti diabetici all'autogestione con mediazione linguistico culturale;
- individuazione di luoghi dove intercettare le persone dei gruppi nazionali a rischio, per poter agire sensibilizzando alla prevenzione, e soprattutto costruire insieme a loro le strategie: scuole (genitori), consultori, grande distribuzione, centri di preghiera, associazioni;
- azioni parallele sulla educazione alla salute dentale, da coordinare con la rete odontoiatrica aziendale.

È in corso, con la collaborazione della medicina generale, il reclutamento di un gruppo di persone bengalesi affette da diabete o familiari di diabetici. Il 6 dicembre si è svolto, presso la casa della salute di Arezzo, un incontro di presentazione del corso IDEA - Stanford a persone individuate e convocate dal proprio medico di medicina generale, da parte del responsabile aziendale del progetto e degli operatori della zona distretto docenti dei corsi. Il corso è stato calendarizzato per febbraio 2019 con la collaborazione del mediatore linguistico culturale.

È stato organizzato, nell'ambito del CAN con mediazione linguistico culturale bengalese, nel consultorio, un incontro sullo specifico tema diabete, cui hanno partecipato un medico della UO Diabetologia ed un pediatra di libera scelta.

È previsto per il gennaio prossimo un incontro, co-organizzato con l'associazione culturale del Bangladesh e con una scuola primaria che mette a disposizione i locali, di sensibilizzazione sulla prevenzione e cura della patologia, e *screening* diabetologico mediante somministrazione di specifico questionario *Findrisk* in versione bilingue, italiana con traduzione bengalese ad opera dal mediatore linguistico-culturale.

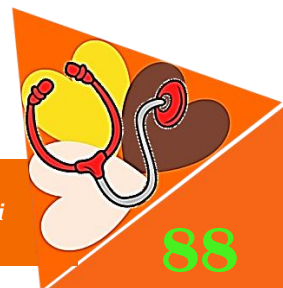


## 17. La salute dei richiedenti asilo

Gli stranieri immigrati che giungono con il circuito dei richiedenti protezione internazionale, in massima parte dal Mediterraneo, presentano caratteristiche di salute peculiari e che si sono andate modificando negli ultimi anni. L'effetto "migrante sano", descritto precedentemente, vale anche in questa popolazione: si tratta di persone giovani, sulle quali spesso c'è un investimento della famiglia e del villaggio per un progetto migratorio, anche di fuga da guerre e persecuzioni. Ma la modalità di reclutamento dei migranti per il trasporto verso l'Europa, gestito da un vasto sistema criminale di trafficanti di esseri umani, fa sì che sia in crescita il numero di persone che non è partito in modo consapevole, ma è vittima di trasporti forzati. Inoltre, il capitale di salute viene spesso compromesso durante il viaggio, che dura fino ad alcuni anni, nei quali la persona è esposta a deprivazioni, promiscuità, violenza ed incertezza. Per questo l'effetto "migrante esausto", la compromissione del capitale di salute legato alla giovane età, è in molti casi già evidente all'arrivo, con segni di violenza e addirittura tortura, disagio psichico, gravidanze non volute. Altri fattori che incidono sulla salute e sull'accesso alle cure di questo gruppo di persone straniere sono lo squilibrio di genere (90% maschi), l'istituzionalizzazione (vivono in centri di accoglienza), la situazione di estrema precarietà e sospensione (incertezza del riconoscimento dello *status* e del diritto al soggiorno), i vincoli (al lavoro, agli spostamenti, all'autonomia personale), lo stigma sociale sempre più diffuso, il sistema della tratta che frequentemente li accompagna anche in Italia.

Nell'analisi dei dati di fonte corrente non è possibile distinguere questo gruppo peculiare, se non in piccola parte per la recente introduzione del codice di esenzione specifico per RTPI (E93), della durata di 10 mesi. Sono state tuttavia acquisite, nell'ambito di specifici progetti, alcune informazioni sulla salute che costituiscono utili spunti di riflessione.

MIG-HEALTH. Si tratta di un progetto europeo, finanziato con il sostegno della Commissione europea, che vede coinvolti in 9 paesi dell'Unione Europea, 14 *partner* tra i quali, per il nostro paese, Oxfam Italia. L'AUSL Toscana sud est ha collaborato alla somministrazione di un questionario agli ospiti di alcuni CAS al fine di indagare problematiche di salute e di accesso ai servizi. Obiettivo generale del progetto è quello di produrre una *road map* capace di portare all'implementazione di efficaci modelli locali di cura capaci di migliorare l'accesso al Sistema sanitario per rifugiati e migranti vulnerabili, portare a migliori esiti sanitari, supportare nell'inclusione e nella partecipazione i migranti ed i rifugiati nelle comunità dove risiedono, ridurre le disuguaglianze sanitarie. Al momento della stesura di questo documento sono state effettuate solo alcune elaborazioni preliminari.



Nell'AUSL Toscana sud est l'indagine ha riguardato un campione di 196 soggetti residenti in CAS, 123 dei quali ad Arezzo, 19 a Siena e 54 a Grosseto. In particolare sono stati intervistati 174 uomini e 22 donne, tra i 17 e i 47 anni, con un'età media di 25,7 anni; la quasi totalità delle donne (20 su 22) e un uomo su tre dichiara come paese di origine la Nigeria, mentre il 48% proviene da un paese dell'Africa subsahariana e il 13% da Bangladesh e Pakistan.

Tutti erano presenti in Italia da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 5 anni (criterio di selezione a monte).

Nove dichiarano di essere in compagnia del *partner*, 39 sposati ma attualmente soli, 54 di avere almeno un figlio ma solo 4 di convivere con i propri bambini al momento dell'intervista.

L'istruzione è mediamente bassa: 5 anni di studio per le donne e 6 per gli uomini; complessivamente il 31% dichiara meno di 5 anni di scuola completati, il 27% tra 5 e 7, il 32% tra 8 e 12 il 10% più di 12.

La percezione del proprio benessere generale è piuttosto buona: il 5% dichiara la propria salute eccellente, il 23% molto buona, il 46% buona, il 19% passabile, e il 7% scadente; inoltre sono solo 18 (9%) quelli che ritengono che la propria salute andrà peggiorando e 24 (12%) quelli che pensano di ammalarsi più facilmente degli altri.

Nel questionario si chiede se il soggetto sia affetto da una o più patologie tra quelle croniche e quelle più frequenti nella popolazione. Il 61% dichiara di soffrire di almeno una malattia e il 43% di due o più; le patologie rilevate con maggior frequenza sono: il mal di testa (36 soggetti, pari al 18%), problemi di denti (30 soggetti, pari al 15%), disturbi psicologici quali ansia depressione stress (26 soggetti, pari al 13%), danni permanenti da lesioni (26 soggetti, pari al 13%), disturbi del sonno (26 soggetti, pari al 13%), patologie gastrointestinali (22 soggetti, pari all'11%), malattie della pelle (20 soggetti, pari al 10%).

Negli ultimi sei mesi, tra coloro che dichiarano di soffrire di una o più patologie, 73 (61%) hanno avuto necessità di almeno una cura, 65 (55%) sono stati da un medico, 18 (15%) si sono recati al pronto soccorso e 10 (8%) hanno avuto un ricovero ospedaliero.

Tra coloro che hanno avuto interazioni con il sistema sanitario, oltre il 90% non ritiene di aver subito discriminazioni e l'85% non ritiene di avere un accesso peggiore ai servizi sanitari rispetto alla popolazione locale, il 58% ha necessitato spesso o sempre di una traduzione che è stata effettuata da mediatori culturali (39%) o operatori CAS (60%).

Per quanto riguarda gli *screening* 12 donne su 22 dichiarano di aver effettuato lo *screening* della cervice uterina mentre, data la giovane età, nessuna ha fatto una mammografia, 24 (12%) tra uomini e donne hanno effettuato lo *screening* del colon retto.



Alcune domande hanno riguardato le cure odontoiatriche: il 10% descrive le condizioni della propria dentatura scarse, il 36% normali e il rimanente 54% buone o molto buone; una persona su tre non è mai stata da un dentista, il 18% c'è stato almeno una volta negli ultimi 12 mesi e il 28% riferisce di non sapere dove andare in caso di bisogno di un dentista.

Riguardo alle vaccinazioni solo 19 intervistati (11%) dichiarano di essere in possesso di un libretto delle vaccinazioni. Delle immunizzazioni per le quali è richiesto se abbiano ricevuto l'immunizzazione in Italia o in altro paese UE d'ingresso (epatite A, epatite B, influenza, morbillo, pneumococco, poliomielite tubercolosi e tetano), le uniche effettuate con una certa frequenza sono l'epatite B, da 25 persone e il tetano da 59. Da rilevare che circa il 40% degli intervistati alle domande sui vaccini risponde non so o non risponde.

A coloro che hanno figli è stato richiesto di indicare le vaccinazioni che sono state loro effettuate, in questo caso solo quattro dichiarano che i figli hanno avuto le vaccinazioni previste, mentre oltre il 60% dichiara di non saperlo o non fornisce alcuna risposta.

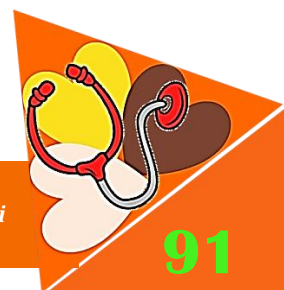
Infine viene chiesto su quali argomenti (anche più di uno), di una lista precompilata, ci sia la necessità di ricevere maggiori informazioni: oltre la metà degli intervistati (106) indica le modalità di utilizzo del SSN, il 36% le Malattie sessualmente trasmissibili, il 25% la nutrizione ed esercizio fisico, il 24% la disponibilità di mediatori e il 20% la salute orale e ancora il 20% il come affrontare preoccupazione e ansia.

Screening odontoiatrico. Ci sono stati accessi in urgenza di persone RTPI con patologia dentaria acuta. È noto come nei paesi di origine di molti di loro non sussista una consolidata abitudine alla prevenzione delle patologie del cavo orale. Pertanto, il servizio di odontoiatria ha esaminato le persone RTPI ospiti di tre CAS dell'area provinciale grossetana. I soggetti sottoposti a visita odontoiatrica domiciliare sono stati 96. Le visite sono state effettuate da personale medico e da un'igienista dentale. Sono state riscontrate condizioni generali di salute orale buone, nessuna lesione mucosa di natura neoplastica o precancerosa, nessun caso di edentulia pregiudicante le funzioni masticatorie, condizioni di igiene orale buone.

In 12 casi sono state rilevate patologie cariose con indicazione a visita odontoiatrica urgente. La percentuale di patologie dentaria rilevata su questo campione, 12,5%, è in linea con quanto rilevato dal questionario MIG-HEALTH.



SPRINT (Sistema di PRotezione INTerdisciplinare per la salute mentale di richiedenti asilo e rifugiati) è un progetto della Regione Toscana finanziato da fondi europei FAMI (Fondi Asilo Migrazione Integrazione). I servizi di salute mentale dell'AUSL, *partner* del progetto che è descritto nel capitolo 12, ospitano l'attività di un'*équipe* etnopsichiatrica mobile che può essere attivata sia dagli operatori di accoglienza che dagli stessi servizi sanitari. Nel primo semestre del 2018, l'*équipe* etnopsichiatrica è stata attivata per 119 casi, su un totale di 2.446 persone in accoglienza. Risulterebbe quindi un'attivazione dell'*équipe* etnopsichiatrica per il 5% delle persone RTPI in accoglienza nel territorio dell'Azienda UsI Toscana sud est. Il dato è interessante ma tale valutazione è poco significativa, in quanto l'attivazione ha riguardato talora intere famiglie, ed ovviamente è condizionata dalla sensibilità degli operatori e dalla conoscenza del progetto. Nonostante il fatto che la AUSL abbia contribuito a diffonderlo quanto più capillarmente possibile, con la collaborazione delle Prefetture, l'attivazione è stata disarmonica, risultando maggiore nell'area provinciale grossetana (60, a fronte di 28 a Siena e 30 ad Arezzo), dove gli operatori erano stati parte attiva nella costruzione del progetto regionale. Inoltre il dato, confrontato con i risultati del questionario MIG-HEALTH, si presta a molteplici valutazioni, che s'incrociano con le necessarie riflessioni organizzative su come far emergere il disagio, ed in quale *setting* fornire di volta in volta la risposta appropriata (personale dell'accoglienza, operatori dei servizi di salute mentale, operatori con specifica competenza etnopsichiatrica).



## Conclusioni

Negli ultimi anni, la popolazione immigrata in Toscana si è progressivamente inserita nel contesto sociale locale e contribuisce, significativamente, al mantenimento di un saldo d'incremento positivo della nostra popolazione, riducendone anche l'età media, oltre che partecipare all'economia regionale. Dai dati ISTAT è possibile desumere che l'aumento che si è avuto nel numero di cittadini stranieri, nella nostra area, è dovuto più alle nascite da genitori di cittadinanza straniera che non a nuovi flussi migratori. Questo, insieme al fatto che la nostra regione si pone tra le prime nel grado di soddisfazione dei livelli essenziali di assistenza [7], fa sì che il quadro di salute emerso dalla nostra analisi sia sovrapponibile, per la maggior parte degli aspetti, a quello della popolazione autoctona e che le poche differenze rilevate siano da ricondursi principalmente alla diversa composizione per età: maggior numero di prestazioni per gravidanza ed eventi ad essa connessi, minori ricoveri per malattie cardiovascolari e tumori, maggiori accessi ai consultori, minore uso dei farmaci. Buoni sono gli indicatori relativi a gravidanza e parto per la maggior parte delle donne straniere, anche se si evidenziano dei problemi, sia di accesso ai servizi che di esito, in alcune nazionalità (nigeriane, bengalesi, pakistane, magrebine). Problemi specifici di salute sono invece stati rilevati:

- nell'elevato numero di IVG, seppur in calo nel tempo, che potrebbe essere dovuto oltre che a differenze di tipo culturale, anche ad una difficoltà nel sostenere i costi di un adeguato metodo contraccettivo, che come sappiamo gravano sul cittadino;
- nel maggior ricorso, per i bambini stranieri, a prestazioni neurologiche e di salute mentale;
- nella più bassa adesione agli screening rispetto agli italiani, soprattutto nella provincia di Siena;
- nella maggiore frequenza di tubercolosi, malaria e AIDS;
- nell'alto tasso di diabete, anche gestazionale, in donne e uomini provenienti dal sub continente indiano e dal Maghreb, che accende l'allarme sul rischio di un carico di malattie croniche potenzialmente più alto e più precoce rispetto alla popolazione autoctona, già documentato nei paesi anglosassoni.

Importanti, si sono rilevate le differenze socioeconomiche, dalle quali è emersa una precarietà maggiore degli stranieri rispetto agli italiani: il minor numero di case di proprietà, la maggiore prevalenza di persone in difficoltà occupazionale o che devono ricorrere a sostegni economici statali e, infine, l'elevata presenza di problemi scolastici nei ragazzi.



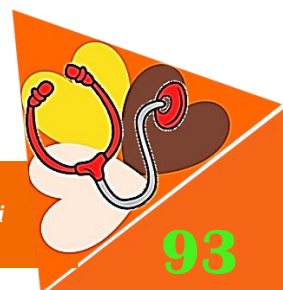


Questi dati sono importanti perché pongono la popolazione straniera in uno stato di fragilità, e confermano la necessità di studiare le sue caratteristiche, seppur con i limiti di un'aggregazione che può, per altri versi, apparire forzata. Sono, infatti, di recente pubblicazione, i risultati di uno studio internazionale multicentrico, che confermano come un basso livello socioeconomico rappresenti un fattore di rischio indipendente (rispetto a quelli più noti) di mortalità [2]. Le ragioni per cui questo si verifichi non sono del tutto note ma, in parte, potrebbero essere ricollegate ad una difficoltà maggiore nell'accesso alle cure.

La regione Toscana è una delle migliori nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza; tuttavia, i dati relativi all'AUSL Toscana sud est mostrano come esistano delle differenze notevoli nello stato di salute, tra le varie zone, probabilmente riconducibili proprio ad un diverso livello socioeconomico delle stesse. Negli ultimi anni stanno crescendo le difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria, sia per un aumento della domanda (aumento del bisogno e inappropriatezza), sia per una riduzione delle risorse. Di conseguenza, aumenta la spesa privata del cittadino per soddisfare i bisogni sanitari, che se per una parte, stimata intorno al 40% [6], sono di tipo consumistico, cioè non dettati da un'effettiva necessità, per l'altra sono di tipo primario, per compensare le mancanze del SSN. Proprio questa parte è quella che fa la differenza, in termini di salute, tra "ricchi", che passano più facilmente da un servizio all'altro e "poveri", e che potrebbe aggravare le differenze fra italiani e stranieri, aggiungendosi alla difficoltà linguistica per prenotare una visita, parlare con il medico, conoscere i servizi e le prestazioni disponibili. Il compito del SSN, in questo periodo sicuramente complicato, è quello di impedire che le difficoltà presenti penalizzino ancora di più una fascia di popolazione in condizioni di fragilità.

L'analisi dei dati e dei progetti qui presentati offre spunti di azione e programmazione, che in parte, sono stati già recepiti dalla direzione e dagli operatori dell'azienda, innescando percorsi di miglioramento ed attivazione di reti, sia aziendali che con altri *stakeholders* locali e nazionali e costituiscono, naturalmente, basi per il lavoro futuro.

La partecipazione degli operatori alla lettura dei fenomeni è a sua volta di stimolo per il perfezionamento della qualità e dell'analisi dei dati, in un percorso reciproco di miglioramento continuo, che vede al centro la collaborazione feconda tra epidemiologi, clinici e decisori aziendali.



## Bibliografia

- 1) *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT*. INMP, Epidemiol Prev, 41 (suppl 1:7-10). 2017.
- 2) *Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women*. Silvia Stringhini, Cristian Carmeli, et al. The Lancet, Vol 389 March 25, 2017.
- 3) *Ottavo rapporto annuale. Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia*. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2018.
- 4) *I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli*. 2017. Sistema Nazionale per le linee guida.
- 5) *La popolazione straniera in Emilia-Romagna e in Toscana un quadro socio-demografico ai censimenti del 2001 e del 2011*. ISTAT. 2015.
- 6) *3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, GIMBE. 2018.
- 7) *L'Italia per l'equità nella salute*, INMP, ISS, AGENAS, AIFA. 2017.
- 8) *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Stefan Priebe, Domenico Giacco e Rawda El-Nagib. 2016
- 9) *Linee guida per l'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi psichici dei rifugiati e delle vittime di tortura*. Ministero della Salute 3 aprile 2017
- 10) *Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia*. Sistema nazionale per le linee guida. 2018.
- 11) *La salute dei lavoratori stranieri: una priorità italiana e internazionale*, Antonella Bena, Massimiliano Giraudo. *Recenti Prog Med*, 108: 303-306, 2017.

*...a chiunque cerchi un Paese migliore, con la speranza di non deluderlo.*

