

Stranieri e Salute

Luisa Mondo
Raffaella Ruscioni
Giuliana Turrone
Manuela Del Savio

A Piergiorgio Maggiorotti
ideatore dei Centri ISI¹

Scriviamo questo capitolo nel corso di un anno estremamente difficile e nel volume del prossimo anno saremo in grado di dire quanto la pandemia in corso abbia influito sullo stato di salute delle persone immigrate.

1. Stato di salute e criteri di analisi

Lo stato di salute della popolazione immigrata è migliorato nel corso degli anni, ma continuano a registrarsi differenze negli esiti di salute dei vari gruppi sociali con aspettativa di vita, durata di ricoveri, letalità e altri indicatori che depongono per un impatto negativo della malattia tra le popolazioni più vulnerabili.

Per analizzare le condizioni di salute della popolazione immigrata si utilizzano i cosiddetti “flussi correnti”, per esempio, le schede di morte, di dimissione ospedaliera (SDO), di interruzione volontaria di gravidanza, i certificati di assistenza al parto, di patologie psichiatriche, prescrizioni farmaceutiche, infortuni. Analizziamo tali dati consapevoli del fatto che rispecchiano solo le situazioni in cui domanda ed offerta si sono incontrate, non essendo in grado di rilevare le zone d’ombra (le richieste di assistenza e cura tramite reti informali all’interno della propria comunità di riferimento) e, talvolta, il rientro in patria per farsi assistere nel paese d’origine.

Inoltre, un recente studio invita ad applicare nuovi strumenti d’indagine per contribuire alla tutela della salute dei migranti. Tale necessità nasce dall’osservazione che l’eterogeneità e l’insufficiente tracciabilità dei migranti, la molteplicità dei rischi connessi al processo migratorio e la complessità degli esiti di salute rendono le procedure convenzionali dell’analisi epidemiologica poco adatte a esplorare il fenomeno migratorio più recente. Nei nostri piani di analisi ci rifacevamo a un aspetto ormai superato di migrazione: popolazioni che da un Paese vanno direttamente in un altro in cui il viaggio era circoscritto ai giorni necessari per raggiungere la nuova destinazione. Negli ultimi anni le migrazioni non sono caratterizzate da un semplice viaggio, ma da un vero e proprio *processo migratorio*: viaggi che durano mesi o anni, in fuga dalla guerra e dalla povertà estrema, violenze fisiche e psicologiche subite per mano degli organizzatori del traffico dei migranti, precarie – spesso fatali – condizioni di sussistenza per l’intera durata della migrazione che avviene attraverso molti Stati differenti. C’è bisogno di studi per descrivere le caratteristiche principali dei migranti all’inizio del loro viaggio e per riconoscere e misurare i rischi potenzialmente prevenibili e i danni associati alle esposizioni che si susseguono durante lo spostamento².

L’ultimo numero del 2019 di *Epidemiologia e Prevenzione* (rivista dell’associazione italiana di epidemiologia) ha dedicato un supplemento alla salute degli immigrati e alle disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia attraverso l’analisi dei dati della rete degli Studi Longitudinali Metropolitan. Lo studio ha confermato come, in

¹Centri di Informazione e Salute Immigrati

²Bisanti L. *Epidemiol Prev* anno 43 (4) luglio-agosto 2019:213-214. doi: 10.19191/EP19.4.P213.071

molti Paesi dell'Europa occidentale, gli immigrati siano potenzialmente più vulnerabili malgrado siano maggiormente prevalentemente giovani.

2 . Ricoveri e pianificazione familiare

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, essendo la popolazione straniera più giovane dell'italiana, si conferma, come negli anni precedenti, sia tra gli uomini che tra le donne, una minor frequenza di ospedalizzazioni per le patologie tipiche dell'età più avanzata, in particolare tumori e malattie del sistema circolatorio. Tra gli stranieri i due terzi dei ricoveri sono a carico delle donne, mentre tra gli italiani la percentuale è simile tra i due generi.

Nella popolazione maschile continua a riscontrarsi il noto eccesso di degenze legate a traumatismi, tra le donne prevalgono le cause relative a gravidanza e parto. In questo caso è più probabile un ricovero per parto e aborto spontaneo tra le italiane mentre le straniere hanno più ricoveri per interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle italiane. La relazione annuale del Ministero della Salute³ mette in luce come un terzo delle ivg (interruzione volontaria di gravidanza) totali in Italia sia a carico delle donne straniere, con un andamento in costante diminuzione. Tale dato si conferma anche in Piemonte e nella provincia di Torino. Il rapporto Osservasalute⁴ mette in luce come in Italia, nel corso degli anni a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica per nazionalità della donna si sono alternate diverse cittadinanze: la Romania, l'Albania e il Marocco hanno avuto una presenza continua alle quali si è aggiunta la Cina e, a partire dal 2016, la Nigeria. Nel periodo 2003-2017, fatta eccezione per le donne nigeriane, si registra la decrescita dei livelli di abortività delle altre quattro sottopopolazioni di donne straniere. In particolare, le donne rumene hanno visto il tasso ridursi dell'83,8% mentre albanesi, marocchine e cinesi mostrano poco meno che un dimezzamento del ricorso a tale pratica. Offrire consulenze sulla pianificazione familiare (anche in occasione del percorso nascita o di un'ivg al fine di evitare il ripetersi dell'intervento) per promuovere un maggior uso dei metodi contraccettivi, inclusa la contraccezione d'emergenza, si sta rivelando un sistema efficace per orientare anche le donne straniere nel trovare il metodo per loro più efficace e accettabile. Si ricorda che sono on line gli opuscoli multilingua "Conoscere per scegliere quando avere un figlio" scaricabili gratuitamente⁵.

3. Percorso nascita

Andando a valutare il percorso nascita, nel tempo si confermano le differenze tra donne immigrate e italiane. Il riscontro di un maggior rischio tra gli stranieri, rispetto alla popolazione autoctona, di prematurità, basso peso alla nascita, basso punteggio Apgar a 5 minuti, asfissia neonatale, mortalità sia come mortalità neonatale (nel primo mese di vita) che quella post-neonatale (dal secondo mese al compimento del primo anno), malformazioni congenite, aborti spontanei e indotti, gravidanze complicate con ricoveri antecedenti al parto, necessità di cure neonatali intensive, trova ampia conferma in letteratura internazionale^{6 7 8}. L'eccesso di mortalità, seppur in modo minore, si conferma anche nei bambini tra 1 e 4 anni, in particolare tra gli immigrati provenienti dall'Africa settentrionale e subsahariana.

Uno studio italiano, condotto dalla rete degli Studi longitudinali metropolitani (Slm) e coordinato dall'INMP⁹, ha mostrato un rischio di mortalità neonatale e post-neonatale negli

³ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2924_0_alleg.pdf

⁴ <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2019>

⁵ http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?lingua=italiano&id=202

⁶ Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J* 2013;17(8):1346-54.

⁷ Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* 2009; 68(3):452-61.

⁸ Malin M, Gissler M. Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women. *BMC Public Health* 2009;84:2-14.

⁹ https://www.inmp.it/quaderni/Numero2_Indicatori.pdf

immigrati una volta e mezzo più elevato, in particolare tra i figli di donne africane¹⁰. Precedenti studi, condotti in Veneto^{11 12}, nel Lazio¹³, in Lombardia^{14 15} e Piemonte¹⁶ avevano osservato esiti neonatali peggiori tra i neonati figli di donne immigrate, specialmente tra donne provenienti dall’Africa subsahariana, evidenza quest’ultima supportata anche da studi condotti in altri Paesi.

In Piemonte, nel 2018, si registrano il 71,4% di nati da genitori entrambi italiani, 19,4% da genitori entrambi stranieri, il 2,6% da madre italiana e padre straniero e il 6,6% da madre straniera e padre italiano.

In particolare, nella nostra regione, vi sono aspetti che risultano migliori tra le gestanti straniere: accedono maggiormente al consultorio, presentano un rischio inferiore di eccessiva medicalizzazione, sono tendenzialmente più giovani e partoriscono meno frequentemente tramite taglio cesareo.

Tuttavia si registrano anche delle criticità: l’accesso alla prima visita in gravidanza oltre il primo trimestre (mentre le linee guida internazionali lo raccomandano entro le 12 settimane di gestazione) e, di conseguenza, un numero talvolta insufficiente di visite, ecografie ed esami inclusi i test di diagnosi prenatale (anche se è difficile stabilire se per mancanza di adeguata informazione relativa a tali pratiche o per scelta etica e religiosa). Il ricorso a visite mediche periodiche e a controlli ecografici consente di monitorare lo stato di salute della donna e del feto e di prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza e un decorso patologico. L’incontro precoce tra la gestante e i servizi a lei dedicati permette di fornirle tutte le informazioni necessarie per effettuare scelte responsabili, per illustrarle i servizi a disposizione per l’assistenza, consigliare un corretto stile di vita durante la gravidanza. Dato rilevante se pensiamo che, contrariamente a quanto si immaginerebbe, le donne straniere che partoriscono a Torino e provincia, hanno oltre il 60% di probabilità in più di mettere al mondo un neonato di peso eccessivo rispetto all’epoca gestazionale, segnale talvolta di un diabete gestazionale non diagnosticato o non trattato, in altri casi di retaggi culturali difficili da modificare nel breve periodo (mangiare per due, introdurre eccessivamente cibi ricchi di zuccheri, ridurre in modo immotivato ed esagerato l’attività fisica).

Un recente studio sui dati dei Certificati di assistenza al parto piemontesi (2010-2018) conferma che le condizioni di svantaggio socioeconomico sono associate a indicatori negativi di percorso e di esito: le donne straniere e in condizione occupazionale non attiva (indicatore di carenza di risorse economiche^{17 18} e dell’assenza di una rete sociale più ricca^{19 20} in cui le

¹⁰ Petrelli A, Di Napoli A, (Eds.). “Immigrants’ health and socioeconomic inequalities of overall population residing in Italy evaluated through the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies”. *Epidemiol Prev* 2019;43(5-6)S1:1-80

¹¹ Zanconato G, Iacovella C, Parazzini F, et al. Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy. *Gynecol Obstet Invest* 2011;72(3):157-62.

¹² Fedeli U, Alba N, Lisiero M, et al. Obstetric hospitalizations among Italian women, regular and irregular immigrants in North-Eastern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:1432-7.

¹³ Cacciani L, Asole S, Polo A, et al. Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy. *BMC Public Health*. 2011 May 10;11:294

¹⁴ Zanconato G, Iacovella C, Parazzini F, et al. Pregnancy outcome of migrant women delivering in a public institution in northern Italy. *Gynecol Obstet Invest* 2011;72(3):157-62

¹⁵ Sosta E, Tomasoni LR, Frusca T, et al. Preterm delivery risk in migrants in Italy: an observational prospective study. *J Travel Med* 2008; 15: 243-247.

¹⁶ Nascere in Piemonte, percorso nascita regionale, Anni 2006-2016 https://www.epi.piemonte.it/publicazioni/atlanti/nascere_in_piemonte_2006_2016.pdf

¹⁷ Kuhlthau KA, Perrin JM. Child health status and parental employment. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 200; 155(12):1346-50. DOI:10.1001/archpedi.155.12.1346

¹⁸ Casas M, Cordier S, Martínez D et al. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. *Scand J Work Environ Health*, 2015; 41(4):384-96. DOI: 10.5271/sjweh.3500

¹⁹ Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60(1):7-12. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.023531>

donne potrebbero trovare informazioni, valori e supporto per gestire al meglio la propria gravidanza) mostrano i rischi più elevati negli indicatori di scarsa assistenza in gravidanza (meno di 4 visite, 0-1 ecografie e mancata adesione allo screening), mentre il titolo di studio appare maggiormente associato a cattivi esiti neonatali (parto pre-termine, ricorso al taglio cesareo e neonato piccolo per età gestazionale). Il livello di istruzione medio-basso infatti è un importante indicatore del disagio sociale e culturale della famiglia e risulta, già da tempo, significativamente associato sia ad un utilizzo non ottimale dei servizi prenatali sia a peggiori esiti perinatali^{21 22} forse per un atteggiamento meno attento nei confronti della prevenzione e della percezione dei problemi di salute, e di conseguenza maggiore adozione di stili di vita a rischio quali il fumo o il consumo di alcol²³ associato a minor capacità di accesso ai servizi o di comunicazione con il personale sanitario e acquisizione delle corrette informazioni²⁴. La popolazione immigrata è spesso caratterizzata da maggior disagio socioeconomico e culturale e, a questo, possono contribuire barriere legate alla conoscenza, accettabilità, disponibilità e costo dei servizi, influenze culturali dei paesi di origine²⁵.

4. Circoncisione rituale maschile

La circoncisione rituale maschile, eseguita per motivi religiosi o culturali, ha assunto particolare rilievo in Italia in tempi relativamente recenti per l'aumento della presenza di famiglie di origine straniera. A legislazione vigente non è prevista l'assistenza da parte del servizio sanitario nazionale e ogni Regione decide sul punto in modo differente. Tale disomogeneità, unita a scarsa disponibilità economica o semplicemente a carenza di informazione, porta molte famiglie a far eseguire la circoncisione rituale in casa o in strutture non idonee da personale non qualificato e in condizioni igieniche precarie. La salute dei bambini viene così esposta a gravi rischi quali infezioni, emorragie, malformazioni, fino alla morte, come testimoniano i drammatici casi di decessi di neonati verificatisi negli ultimi anni. È utile sapere che la circoncisione è una pratica molto più diffusa nel mondo di quanto non si pensi. Oggi il 38% della popolazione maschile mondiale (adulti e neonati) è circoncisa e i motivi non sono solo religiosi o culturali (si pensi che il totale della popolazione musulmana, donne e uomini, rappresenta solo il 23% di quella mondiale). Il tasso di uomini circoncisi è molto diffuso per esempio in certi paesi ricchi, dove è più elevato nella fascia di popolazione più benestante e meglio istruita. Così, il tasso di uomini circoncisi sul totale della popolazione maschile è del 79% negli Stati Uniti, del 59% in Australia e del 50% in Canada.

Secondo dati Amsi (Associazione nazionale medici di origine straniera) ogni anno si effettuano 11mila circoncisioni su bambini di origine straniera residenti in Italia: mentre 6mila vengono praticate nei paesi di origine, 5mila avvengono in Italia e di queste il 35% in clandestinità. Il Comitato nazionale per la bioetica della Presidenza del Consiglio dei ministri (Cnb) ha affermato il dovere di rispettare la pluralità delle culture, precisando che le

²⁰ Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60(2):95-101. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.028092>

²¹ Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J et al. Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts. *J Epidemiol Community Health* 2015; 69(9):826-33. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2014-205387>

²² Gnani R, Costa G. Esiti della gravidanza, mortalità infantile e titolo di studio della madre in Piemonte dal 1980 al 1995. *Epidemiol Prev*, 2002; 26:225-33.

²³ Chiavarini M, Lanari D, Minelli L, Salmasi L. Socio-demographic determinants and access to prenatal care in Italy. *BMC Health Serv Res*, 2014; 14:174. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/174>

²⁴ Poulsen G, Strandberg-Larsen K, Mortensen L et al. Exploring Educational Disparities in Risk of Preterm Delivery: A Comparative Study of 12 European Birth Cohorts. *Paed perinat epidemiol*, 2015; 29(3):172-83. <https://doi.org/10.1111/ppe.12185>

²⁵ Perrone E, Caranci N, Nappo V. Disuguaglianze e percorso nascita, approfondimento II, la nascita in Emilia Romagna, 14° rapporto sei CeDAP https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/files/Cedap_Rapporto_2016.pdf

comunità, che per loro specifica cultura praticano la circoncisione rituale maschile, meritano pieno riconoscimento della legittimità di tale pratica in quanto forma di esercizio della libertà religiosa garantita dall'art. 19 della Costituzione (diversamente dalle mutilazioni genitali femminili la cui pratica è penalmente perseguibile ai sensi della legge 7/2006)²⁶. In quanto atto di natura medica e produttivo di modificazione anatomo-funzionale dell'organismo, il Cnb ha inoltre espresso la necessità che la circoncisione venga eseguita da un medico nel pieno rispetto di tutte le usuali misure di igiene e asepsi. Dal canto suo, il Ministero della salute ha sottoscritto con la Federazione italiana medici pediatri un Protocollo d'intesa per la prevenzione della circoncisione rituale clandestina, in cui viene sancito il principio che tale pratica è a tutti gli effetti un intervento chirurgico e, come tale, deve essere sempre praticato da un medico in una struttura sanitaria adeguata che assicuri il rispetto delle norme di igiene²⁷. Per capire quale sia la situazione all'interno dei sistemi sanitari regionali italiani, la Società italiana di pediatria (Sip) e il Gruppo di lavoro nazionale per il bambino migrante (Glnbm Sip) stanno ultimando una ricerca basata sul monitoraggio delle diverse realtà regionali, avvalendosi anche della collaborazione dei medici dei Gruppi immigrazione e salute della Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm)²⁸. In attesa dei dati definitivi, anticipiamo per gentile concessione di Simona La Placa segretaria Glnbm Sip, che il quadro risultante è estremamente eterogeneo, non solo tra i diversi Ssr ma anche tra le diverse aziende sanitarie all'interno della stessa regione. Nella maggioranza delle regioni non è possibile eseguire la circoncisione se non in rarissimi casi con l'espedito della fimosi (per definizione improprio e comunque non "di sistema"). Nelle regioni dove è possibile accedere alla procedura per motivazione rituale (religiosa e/o culturale), le modalità variano sensibilmente, dalla Toscana dove la procedura è inserita nei Lea (livelli essenziali di assistenza) e quindi è a totale carico del Ssr, ad alcune regioni che prevedono l'accesso con impegnativa e compartecipazione alla spesa, fino a quelle che lo consentono ma solo in libera professione, quindi rispetto al caso precedente con costi più onerosi, che possono anche superare i mille euro come in Friuli Venezia Giulia. Altrettanta eterogeneità viene rilevata dal monitoraggio Glnbm Sip nel tipo di percorso assistenziale: a seconda dell'azienda sanitaria, la procedura di circoncisione rituale può essere eseguita in ricovero ordinario, in *day surgery* oppure in regime ambulatoriale. Così come sono diversificate le professionalità coinvolte in fase pre e post-operatoria (dai pediatri ai chirurghi/urologi, anestesisti e infermieri pediatrici), gli accertamenti diagnostico-strumentali pre-intervento e infine le modalità del *follow-up*²⁹. Nel febbraio 2018, presso l'ospedale Maria Vittoria di Torino, è stato attivato l'ambulatorio multidisciplinare per la circoncisione rituale³⁰. Il progetto, approvato con deliberazione dell'ASL Città di Torino n. 286/01.00/2018 del 22 febbraio 2018, stabilisce un protocollo standardizzato che potrebbe essere replicato in altri presidi. Rivolto a bambini di età superiore ai tre anni (sei mesi fino a febbraio 2019), è accessibile con prenotazione tramite cup ospedaliero con impegnativa del pediatra di libera scelta richiedente "visita pediatrica per circoncisione rituale". Tre medici specialisti visitano il bambino per preparare l'intervento: pediatra, urologo e anestesista; se uno o entrambi i genitori hanno difficoltà linguistiche, è garantita la presenza di un mediatore culturale e il giorno prima dell'intervento il pediatra curante deve certificare il buono stato di salute del bambino. Il costo del ticket è di 280 euro. Dall'inizio della sua attività l'ambulatorio ha preso in carico 82 bambini di età compresa tra sei mesi e undici anni; 37 hanno effettuato l'intervento, di cui 11 con meno di tre anni. Sono

²⁶Comitato nazionale per la bioetica della Presidenza del Consiglio dei ministri, "La circoncisione: profili bioetici", parere del 25 settembre 1998, http://bioetica.governo.it/media/1890/p36_1998_circoncisione_it.pdf

²⁷Ministero della salute e Federazione italiana medici pediatri, Protocollo d'intesa per la prevenzione della circoncisione rituale clandestina, 18 settembre 2008 www.didonne.it/upload/files/protocollo.pdf

²⁸<https://sip.it/2019/03/29/circoncisione-procedure-eterogenee/>

²⁹Seppure con qualche variazione relativa ai dati in continua evoluzione, una parte dei risultati del monitoraggio sono stati presentati in audizione della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza del Senato della Repubblica, seduta del 25 luglio 2019,

www.parlamento.it/japp/bgt/showdoc/18/SommComm/0/1119774/index.html?part=doc_dc

³⁰www.aslcittaditorino.it/circoncisione-rituale-allasl-citta-di-torino/

rimasti in attesa di intervento 45 bambini, di cui ben 36 con una età inferiore a tre anni³¹, 3 hanno subito un rinvio dell'intervento per presenza di patologia infettiva febbrile, mentre due famiglie hanno rinunciato all'intervento per disaccordo tra i due genitori di nazionalità diversa. È interessante notare come, sui 37 bambini sottoposti a intervento, 20 siano figli di coppie miste, con una netta prevalenza di madri con cittadinanza italiana (14) o marocchina (12). Questo dato fa supporre che le donne italiane e quelle marocchine, che hanno una tradizione migratoria di lunga data, abbiano più facilità ad accedere all'informazione rispetto alle donne provenienti da altri paesi, come ad esempio la Nigeria (4).

Il modello attuato dall'ospedale Maria Vittoria risulta, a detta del gruppo di ricerca Glnbm Sip, efficiente ed efficace, in quanto riesce a coniugare il bisogno assistenziale con la possibilità da parte del Ssn di rispondere a tale bisogno. Infatti da un lato risponde a un bisogno non di salute ma comunque assistenziale per una parte della popolazione pediatrica che "dovendo" essere circonscisa per motivi religiosi o culturali necessita di percorsi sanitari che garantiscano competenza e tutelino la salute di questi bambini, dall'altro con la compartecipazione alla spesa, assolutamente accessibile e fruibile da parte delle famiglie, la procedura della circoncisione rituale non rientra tra i Lea (in conformità con il parere espresso dal Comitato Nazionale per la Bioetica) e non grava sul Ssr o almeno solo in parte.

In conclusione, per una politica di tutela della salute dei minori oltre che di riduzione del danno (tra cui vanno considerati anche i costi a carico del sistema sanitario per riparare ai danni causati dalle cattive pratiche), è indispensabile offrire percorsi per la circoncisione rituale che siano garantiti dal sistema sanitario, accessibili economicamente e conoscibili attraverso un'informazione diffusa.

5. Ospedalizzazione evitabile e accesso al pronto soccorso

Lo studio dei dati della rete degli Studi longitudinali metropolitani ha preso in considerazione un aspetto molto particolare dei ricoveri ossia i tassi di ospedalizzazione evitabile (OE), ossia i ricoveri ospedalieri che si sarebbero potuti prevenire con adeguati interventi di tipo ambulatoriale. Questi sono stati analizzati secondo la definizione proposta all'Agency for healthcare research and quality (Ahrq) per la popolazione pediatrica e adulta.

In generale, gli immigrati adulti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) presentano un rischio maggiore di OE rispetto ai cittadini italiani (circa il 50%, tra gli uomini, e del 37% tra le donne), in misura più accentuata nella popolazione maschile soprattutto dell'Africa subsahariana mentre i soggetti provenienti dall'Europa centro-orientale presentano rischi sovrapponibili a quelli degli italiani.

Per gli adulti sono state individuate 10 condizioni di OE e le principali sono risultate imputabili a polmonite batterica (22,6%), insufficienza cardiaca congestizia (17,5%), diabete scompensato/complicato (15,2%), infezioni del tratto urinario (10,7%), broncopneumopatia cronico-ostruttiva (10,0%), ipertensione (9,7%), asma (1,6%), amputazioni delle estremità inferiori in pazienti diabetici (1,7%) e disidratazione (1,9%) seguite da infezioni del tratto urinario e appendicite acuta con complicazioni. Per la popolazione pediatrica ci si focalizza su 5 condizioni: il 62,3% di OE è rappresentato dalla gastroenterite, seguita da asma (16,6%), appendicite acuta con complicazioni (13,7%) e infezioni del tratto urinario (5,3%) e diabete complicato.

Anche per quanto riguarda il pronto soccorso, dal suddetto studio, si osservano tassi di assegnazione dei codici di triage bianco o verde, standardizzati per età, più alti tra gli stranieri, uomini e donne; relativamente al codice giallo non si osservano differenze tra gli uomini, mentre tra le donne i tassi standardizzati di accesso sono lievemente più elevati tra le

³¹La suddivisione tra pazienti con età superiore o inferiore ai 3 anni è dovuta al fatto che, a seguito di una raccomandazione ufficiale di due società scientifiche di anesthesiologia, a partire dal mese di marzo 2019 non è stato più possibile operare bambini di età inferiore ai 3 anni. Cfr. Raccomandazioni Clinico-Organizzative SIAARTI-SARNePI per l'anestesia pediatrica, www.siaarti.it/SiteAssets/Ricerca/raccomandazioni-siaarti-sarnepi-anestesia-pediatria/Raccomandazioni%20Clinico-Organizzative%20SIAARTI-SARNePI%20per%20l%27anestesia%20pediatria%20-%206%20marzo%202019.pdf

straniere rispetto alle italiane; nel caso del codice rosso, i tassi sono più elevati tra gli stranieri.

La maggiore probabilità di assegnazione dei codici meno gravi, bianco e verde, a uno straniero al momento dell'accesso in pronto soccorso potrebbe riflettere, sia una minore gravità delle condizioni di salute, sia differenze nelle pratiche regionali nell'assegnazione dei codici. Il codice bianco, in particolare, è legato a condizioni per le quali sarebbe stato più appropriato rivolgersi al medico di medicina generale. La maggior parte degli studi condotti in Europa, mostrano come gli immigrati accedono ai servizi di emergenza in misura maggiore rispetto alla popolazione autoctona, in particolare nei primi periodi dopo l'arrivo, probabilmente per carenze familiari col sistema sanitario dei Paesi ospitanti e per un retaggio culturale legato ai loro Paesi di origine in cui l'ospedale è l'unico o il principale punto di accesso alle cure.

Questi dati su accesso al Pronto Soccorso e ospedalizzazione evitabile devono farci riflettere sul fatto che, nonostante la natura universalistica del Servizio sanitario nazionale italiano, le singole regioni applicano modelli di assistenza diversificata la quale si traduce in molteplici modalità di accesso (centri di informazione per la salute degli immigrati-Isi, centri del terzo settore, pronto soccorso, ricoveri in urgenza). Anche in Piemonte dove l'offerta è a bassa soglia (centri Isi e ambulatori del terzo settore) e inclusiva, i risultati sembrerebbero confermare il minore ricorso tra gli stranieri all'assistenza sanitaria territoriale, medicina di base e distrettuale³².

Anche per questa ragione si sta portando avanti, con la Commissione solidarietà dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Torino, la richiesta che si possano, indicare presso l'ufficio scelta revoca delle Asl, le lingue veicolari eventualmente parlate dal medico per facilitare accessibilità e fruibilità del servizio da parte dei pazienti stranieri e contestualmente l'eventuale accessibilità dello studio da parte di persone con mobilità limitata.

6. Esempi di buone pratiche

Si segnala, come esempio di buona pratica, che l'associazione Mosaico - Azioni per i rifugiati, in collaborazione con il Comune di Torino, ha realizzato nel 2019 il progetto Oasi - On the Street. Il progetto fornisce informazioni sull'assistenza a vari livelli nel territorio cittadino, consentendo alle persone che si trovano in una situazione di necessità o di vulnerabilità di ottenere (attraverso mappe cartacee e app) supporto e orientamento, nella conoscenza delle informazioni e dei servizi offerti dal territorio stesso³³.

Nell'assistenza socio sanitaria agli immigrati continua a rivestire un ruolo chiave l'attività di numerosi centri del terzo settore, i quali, da alcuni anni, sono confluiti in rete con i centri Isi e molti enti istituzionali nel Gruppo Immigrazione Salute del Piemonte (GrIS Piemonte), unità territoriale della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)³⁴.

³²Di Napoli A, Petrelli A, Rossi A, Mirisola A, Rosano A. Access to medical examination for primary prevention among migrants. In: Rosano A (Ed.), *Access to primary care and preventive health services of migrants*. Springer Briefs in Public Health Series. Cham: Springer International Publishing AG; 2018: 3-10. ISBN:978-3-319-73629-7

³³ <https://riforma.it/it/articolo/2019/12/05/oasi-street-unapp-intelligente>

³⁴ www.simmweb.it