

# MIGRARE IN TOSCANA: accoglienza, presa in carico e stato di salute

Documenti dell'Agenzia Regionale  
di Sanità della Toscana

## Agenzia regionale di sanità della Toscana

Villa La Quiete alle Montalve  
via Pietro Dazzi, 1  
50141 Firenze

Centralino: 055 462431  
Fax: 055 4624330  
[info@ars.toscana.it](mailto:info@ars.toscana.it)



Osservatorio di epidemiologia  
[osservatorio.epidemiologia@ars.toscana.it](mailto:osservatorio.epidemiologia@ars.toscana.it)



Osservatorio qualità ed equità  
[osservatorio.qualita@ars.toscana.it](mailto:osservatorio.qualita@ars.toscana.it)



Centro di documentazione  
[centrodocumentazione@ars.toscana.it](mailto:centrodocumentazione@ars.toscana.it)



[www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)

## MIGRARE IN TOSCANA: accoglienza, presa in carico e stato di salute

La condizione giuridica  
dello straniero in Italia



L'accoglienza  
dei migranti in Toscana



Aspetti  
socio-demografici



Stili di vita  
e prevenzione



Immigrazione,  
gravidanza  
e parto



Lo stato di salute:  
dal ricovero  
al territorio



Le principali  
malattie infettive  
nella popolazione immigrata



La mortalità 1997-2013  
della popolazione straniera  
in Toscana

# 88

Ottobre  
2016

**La condizione giuridica  
dello straniero in Italia**

**L'accoglienza dei migranti  
in Toscana**

**Aspetti socio-demografici**

**Stili di vita e prevenzione**

**Immigrazione,  
gravidanza e parto**

**Lo stato di salute:  
dal ricovero al territorio**

**Le principali  
malattie infettive  
nella popolazione immigrata**

**La mortalità 1997-2013  
della popolazione straniera  
in Toscana**

# **Migrare in Toscana: accoglienza, presa in carico e stato di salute**

Collana dei Documenti ARS  
Direttore responsabile: Francesco Cipriani  
Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138  
Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498  
del 19/06/2006  
ISSN stampa 1970-3244  
ISSN on-line 1970-3252

# **Migrare in Toscana: accoglienza, presa in carico e stato di salute**

## **Coordinamento**

*Francesco Cipriani*

Direttore

Agenzia regionale di sanità della Toscana

## **Premessa**

*a cura di:*

*Fabio Voller*, Coordinatore, Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Maria José Caldés Pinilla*, Centro di Salute globale, Regione Toscana

## **Autori**

*Caterina Silvestri*

Responsabile PO Epidemiologia delle popolazioni svantaggiate

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Maria José Caldés Pinilla*

Centro di Salute globale

Regione Toscana

*Laura delli Paoli*

Centro di Salute globale

Regione Toscana

*Leila Zoia*

Centro di Salute globale

Regione Toscana

*Sonia Biagi*

Settore Innovazione sociale

Regione Toscana

*Lorella Baggiani*

Settore Innovazione sociale

Regione Toscana

*Stefano Bravi*

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Eleonora Fanti*

Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Monia Puglia*

Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Francesco Innocenti*

Responsabile PO Stili di vita  
Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Simone Bartolacci*

Responsabile PO Statistica ed ingegnerizzazione dei dati sanitari  
Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Mirko Monnini*

Osservatorio di Epidemiologia  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

*Paola Mantellini*

SS Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica  
Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica

*Elisabetta Chellini*

SC Epidemiologia ambientale occupazionale  
Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica

*Andrea Martini*

Epidemiologia ambientale occupazionale  
Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica

### **Editing e impaginazione**

*Caterina Baldocchi*

PO Soluzioni web, data visualization e documentazione scientifica  
Agenzia regionale di sanità della Toscana

### **Ringraziamenti**

Si ringrazia la Direzione di cittadinanza e coesione sociale e in particolare il dott. Lorenzo Roti, il dott. Alessandro Salvi, la dott.ssa Emanuela Balocchini; si ringrazia inoltre il dott. Giorgio Garofalo dell'AUSL Centro

# Indice

<b>Premessa</b>	pag. 7
<b>Il Documento in sintesi</b>	9
<b>1. La condizione giuridica dello straniero in Italia</b>	17
1.1 L'evoluzione normativa nel nostro Paese	19
1.2 Aspetti principali riguardanti l'assistenza sanitaria rivolta alla popolazione straniera UE ed extra-UE	25
<b>2. L'accoglienza dei migranti in Toscana</b>	29
2.1 L'accoglienza sociale	31
2.1.1 Il modello di "Accoglienza diffusa" e il modello SPRAR	32
2.1.2 I numeri dell'accoglienza in Toscana	33
2.1.3 Le proposte future	36
2.2 I minori stranieri privi di assistenza e rappresentanza legale, ovvero da soli sul territorio	37
2.2.1 Le prassi innovative	37
2.2.2 Le prassi consolidate	39
2.3 L'accoglienza sanitaria	42
<b>3. Aspetti socio-demografici della popolazione straniera</b>	47
3.1 I cittadini stranieri residenti in Toscana	51
3.2 Gli stranieri e la scuola	56
3.3 Gli stranieri e il mondo del lavoro	58
<b>4. Stili di vita e prevenzione nella popolazione straniera</b>	63
4.1 Gli stili di vita degli stranieri residenti in Toscana	66
4.2 Accesso alle azioni di prevenzione oncologica: i dati toscani 2014	73
4.3 Conclusioni	77
<b>5. Immigrazione, gravidanza e parto</b>	79
<b>6. Lo stato di salute: dall'ospedale al territorio</b>	89
6.1 L'accesso della popolazione straniera al trattamento ospedaliero: Pronto soccorso e ricoveri	93
6.1.1 L'accesso in Pronto soccorso	94
6.1.2 Il ricovero ospedaliero	100
6.2 L'accesso ai Servizi di Salute mentale territoriali	103

<b>7. Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata</b>	109
7.1 HIV e AIDS	111
7.2 La Tubercolosi	116
<b>8. La mortalità 1997-2013 della popolazione straniera in Toscana</b>	119
8.1 I dati del RMR dal 1997 al 2013 sugli stranieri in Toscana	121
8.1.1 Fonte e analisi dei dati esaminati	121
8.1.2 La distribuzione dei decessi per anno, sesso e classi di età	123
8.2 Le cause di morte	127
8.2.1 Andamenti 2002-2013 delle principali cause di morte	130
8.3 La mortalità nella fascia di età 0-14 anni	136
8.4 Conclusioni	136
<b>Allegato</b>	141
<b>Appendice</b>	145

---

## Premessa

*Secondo le stime più aggiornate dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ci sono al momento circa 1 miliardo di migranti oggi nel mondo di cui 214 milioni di migranti, che lasciano cioè il proprio paese d'origine, e 740 milioni di migranti interni ai singoli stati. I bisogni di salute collettivi e le implicazioni di queste "popolazioni in movimento" sono notevoli.*

*Nel parlare di flussi migratori si considera un'ampia gamma di categorie anche molto diverse tra loro come i lavoratori, gli studenti, ma anche i richiedenti e titolari la protezione internazionale o migranti senza documenti, solo per citarne alcuni, e ognuno di loro si presenta con differenti bisogni, un diverso profilo di salute e differenti livelli di vulnerabilità.*

*In un mondo globalizzato attraversato da crisi economiche e politiche e caratterizzato da forti disparità socio-economiche molto estese, da differenze di conoscenze e competenze, da profondi squilibri demografici e dalle conseguenze spesso drammatiche dovute al cambiamento climatico, la migrazione sembra essere la risposta comune a tutti questi diversi elementi/scenari. Facile capire quindi come la salute dei migranti e le questioni ad essa connesse con la migrazione siano cruciali sfide di sanità pubblica per i governi e per le società.*

*I migranti sono quasi sempre relativamente sani, ma è altrettanto vero che sono particolarmente esposti ad una serie di minacce per la loro salute fisica e mentale. Troppo spesso i loro bisogni di salute sono poco conosciuti dagli operatori sanitari, i quali evidenziano frequentemente delle difficoltà di comunicazione con i migranti, rendendo manifesta l'inadeguatezza dei sistemi sanitari nell'affrontare in maniera efficace le problematiche che essi pongono. Una delle principali ragioni per questa mancanza di comprensione è la scarsità di dati a disposizione: quanti migranti ci sono in un dato paese? Quali i loro determinanti di salute? Quali patologie li affliggono? Quale è il livello di accessibilità ai servizi sanitari? Questi dati ad oggi non sono disponibili nella maggior parte dei paesi europei.*

*Quello che abbiamo imparato ad oggi dalla ricerca sulla salute della popolazione dei migranti è che questa dipende da una molteplicità di fattori, in cui il ruolo dell'identità etnica e culturale nonché delle caratteristiche genetiche incidono sui bisogni di salute. Inoltre queste caratteristiche sembrano mutare o giocare un ruolo diverso anche in relazione alla durata della permanenza nel paese che li accoglie. Proprio per questo è molto rischioso provare ad operare generalizzazioni circa il livello di salute di tutti i migranti. Quello che sembrerebbe abbastanza assodato è che i migranti sono più vulnerabili rispetto le malattie trasmissibili, alle malattie professionali e a malattie derivanti da una più compromessa salute mentale. Queste sono in parte derivanti dai modelli di malattia prevalenti nei loro paesi di origine, dalle cattive condizioni di vita, dal lavoro precario e non sicuro e dai traumi che spesso subiscono durante il percorso migratorio. I migranti infine sono esposti a un più alto rischio per quanto riguarda la salute materna e i problemi connessi con la salute del bambino, con differenze nei risultati perinatali, in relazione anche ad un diverso utilizzo dei servizi di cure prenatali, più basso tra le donne migranti.*



*Con questa pubblicazione della collana dei Documenti ARS, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana e il Centro di salute Globale della Regione Toscana tornano a fare il punto, dopo 5 anni dalla pubblicazione del primo report, sulla salute della popolazione dei migranti della nostra regione e sui modelli di presa in carico che il sistema toscano ha messo in campo dal punto di vista non solo sanitario ma anche sociale per rispondere ai loro bisogni. Dopo 5 anni, quindi, si tenta di verificare se il profilo descritto precedentemente e che è caratteristico della popolazione migrante in molti paesi europei è lo stesso o se si differenzia anche grazie alla capacità di risposta della Regione Toscana.*

*Con questo report ci riproponiamo di aggiornare, d'ora in avanti e più frequentemente, indicatori di salute della popolazione straniera residente (e non) e di mettere a disposizione i dati attraverso i portali di salute che sono già presenti all'interno dei due siti istituzionali, perché attraverso la conoscenza si riesca a pianificare la risposta più adeguata e immediata a quello che sembra essere ormai uno dei fenomeni più endemici della nostra storia contemporanea.*

Fabio Voller - ARS Toscana

Maria Josè Caldes - Centro di Salute Globale

---

## Il Documento in sintesi

A distanza di cinque anni, ARS torna a fare il punto sullo stato di salute della popolazione straniera residente in Toscana tracciando un percorso che inizia con la fase di accoglienza sul nostro territorio per poi soffermarsi sui comportamenti e gli stili di vita di questi cittadini, fino ad arrivare ai bisogni di salute e alle conseguenze che da queste derivano.

Il **Capitolo 1** cerca di chiarire l'evoluzione giuridica della condizione di straniero nel nostro Paese partendo dalla prima legge organica in materia di immigrazione, che risale ai primi anni '90 (legge Martelli, 28 febbraio 1990, n.39) fino alle più recenti direttive emanate dall'Unione Europea. Sono illustrate le fasi dell'accoglienza distinguendo le diverse tipologie di strutture dedicate e le funzioni che queste svolgono. In particolare sono trattati i Centri governativi di accoglienza per richiedenti asilo nei quali vengono espletate le operazioni necessarie all'identificazione, alla definizione della posizione giuridica e all'avvio della procedura di esame della domanda di asilo; della successiva sistemazione dei migranti presso i Centri che fanno parte del sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR); dei Centri di accoglienza Straordinari (CAS) e dei Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA). Come ultimo tema, il capitolo racchiude le principali indicazioni riguardanti l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale distinguendo le procedure amministrative in base alla cittadinanza dell'individuo: appartenenti all'UE e non UE.

Dopo aver definito il quadro nazionale, nel **Capitolo 2** ci soffermeremo sulle procedure di accoglienza attive sul territorio regionale. In particolare sarà illustrato il cosiddetto modello di "Accoglienza diffusa" che basa la sua forza sul criterio della piccola dimensione e mette in relazione il diritto dei richiedenti asilo di essere accolti con il dovere di fornire risposte di accoglienza adeguate al territorio. In Toscana, infatti, sono presenti soltanto strutture che fanno riferimento ai CAS e ai progetti SPRAR.

Attualmente, sul territorio regionale sono presenti 565 strutture CAS che ospitano, in media, 14 persone ciascuna; inoltre sono attivi 14 progetti di accoglienza nell'ambito del sistema nazionale SPRAR (per un totale di 649 posti letto) ai quali vanno aggiunti 8 progetti, recentemente approvati e finanziati, presentati da Comuni, Unioni e Società della salute per un totale di altri 204 posti.

Rimanendo nell'ambito sociale, l'altro tema affrontato in questo capitolo riguarda i minori stranieri e, in particolare, i minori stranieri non accompagnati – MSNA. Al 31 dicembre 2014, in Toscana sono 1.204 i minori in affidamento familiare di cui 390 stranieri (32,3%). Fra gli stranieri oltre il 25% è rappresentato da un MSNA. I ragazzi che non trovano sistemazione presso famiglie o parenti, vengono inseriti nei percorsi di accoglienza assicurati dal sistema delle 106 comunità residenziali per minori operanti in Toscana.

Per contestualizzare questa tipologia di servizio e di intervento, possiamo dire che, sempre al 31 dicembre 2014, erano 600 i bambini e i ragazzi in accoglienza residenziale, di cui 236 stranieri (40% del totale degli accolti) e, di questi, 148 nella condizione di MSNA (63% sul totale degli stranieri e 25% sul totale degli accolti).

Ad affiancare la sfera sociale risulta necessaria una corretta accoglienza sanitaria.

In Toscana, nel 2015, è stato creato un coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti affidato al Centro di Salute Globale (CSG), e ricostituita la rete dei Referenti aziendali per la migrazione. Le priorità affrontate hanno riguardato soprattutto l'elaborazione di specifiche procedure per la sorveglianza sanitaria delle persone immigrate e delle strutture di accoglienza; la semplificazione delle procedure di rilascio del tesserino STP/ENI e l'istituzione di un servizio di mediazione linguistico-culturale fruibile da parte di tutte le Aziende sanitarie della Toscana allo scopo di facilitare le difficoltà riscontrate nella comunicazione con l'utente straniero.

Il **Capitolo 3** fornisce un profilo demografico sociale ed economico dei cittadini stranieri residenti in Toscana. Il numero di cittadini stranieri residenti nella nostra regione ha visto un progressivo incremento nel corso degli anni rappresentando, nel 2015, il 10% del totale dei residenti. Si tratta perlopiù di una popolazione giovane con un'età media di 33 anni che si stabilisce prevalentemente nelle aree che offrono maggiori opportunità lavorative.

La caratterizzazione per area di provenienza mostra, in Toscana come in Italia, un'elevata presenza di cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratorio (PFPM). Più del 30% degli stranieri residenti arriva da Paesi afferenti all'area dell'Europa centro-orientale che comprende cittadini provenienti prevalentemente dall'Albania (57,6%), dall'Ucraina (9,2%) e dalla Polonia (7,3%). A questi fanno seguito i paesi membri dell'UE (25,2% del totale) con una netta maggioranza della Romania (rappresentano l'83,4%

del totale delle persone provenienti da quest'area) e i cittadini asiatici (22,3%) provenienti per il 49,3% dalla Repubblica cinese.

Trattandosi di una popolazione a forte componente giovanile, non sorprende l'elevata presenza di stranieri in ambito scolastico che, in Toscana, raggiungono il 13,5% degli iscritti all'anno scolastico (a.s.) 2016/2017.

Ultimo aspetto trattato in questo capitolo riguarda il mondo lavorativo.

In base ai dati ISTAT sulle Forze Lavoro (anni 2008-2015), la variazione dei tassi di occupazione della popolazione totale e degli occupati italiani e stranieri, mette in evidenza come al contributo positivo in valore assoluto dei lavoratori immigrati corrisponda una diminuzione della loro partecipazione al mercato del lavoro. Questo dato è spiegabile prendendo in esame il tipo di inserimento occupazionale degli stranieri che si concentra in settori specifici (agricoltura, industria, edilizia, lavoro domestico) e in professioni (operai, manovali, badanti, collaboratori domestici) meno attraenti per i lavoratori italiani. In particolare, i settori manifatturieri e delle costruzioni sono stati quelli maggiormente colpiti dalla crisi e principalmente ad essi si deve l'aumento della disoccupazione osservato negli ultimi anni, che per la stessa ragione mostra una componente significativa non solo relativa alla nazionalità, ma anche al genere, penalizzando gli uomini rispetto alle donne.

Nel **Capitolo 4**, infatti, vengono riportati i risultati dell'indagine Passi Toscana 2014 riferiti ai cittadini stranieri presenti nella nostra regione con particolare riferimento al consumo di tabacco e di alcol, alla valutazione del peso corporeo (Indice di Massa Corporea – IMC) e l'attività fisica svolta.

In linea con quanto ampiamente descritto dalla letteratura internazionale, le fasce più povere della popolazione adottano stili di vita più insalubri, pertanto non ci stupisce che anche sul nostro territorio i cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratoria consumino tabacco in percentuale maggiore rispetto agli italiani/PSA. Andamento simile è osservabile anche nel consumo di alcol a rischio e nel binge drinking che tende ad aumentare in base al tempo di permanenza in Italia. La stabilizzazione sul nostro territorio favorisce anche un peggioramento dell'IMC dei PFPM i quali, migliorando la loro condizione economica, tendono ad omologarsi a comportamenti alimentari caratterizzati da una maggior assunzione di cibi contenenti alte percentuali di zuccheri raffinati e grassi parzialmente idrogenati, e riducono la pratica di attività fisica.

Se la permanenza nel nostro Paese facilita l'attivazione di stili di vita “meno sani”, lo stesso fattore sembra invece favorire l'adesione ai programmi di *screening* oncologico. Come emerge dai dati 2014 presentati dall'Istituto

per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO), l'adesione ai programmi di *screening* (cervice uterina, mammella e coloretale) della popolazione straniera residente sul nostro territorio tende ad aumentare in base agli anni di permanenza in Toscana. La maggior stabilità, infatti, facilita il recapito delle lettere d'invito agli *screening* e la conseguente adesione. L'adesione più bassa si registra fra i PFPM.

Il **Capitolo 5** affronta un importante tema di salute: la gravidanza e il parto. In Toscana i bambini nati da coppie straniere rappresentano il 20% dei nati e raggiungono il 29,1% se consideriamo coppie con un solo genitore straniero. In linea con la distribuzione delle popolazioni presenti sul nostro territorio, le madri provengono prevalentemente da Paesi a forte pressione migratoria tra cui l'Albania (18,7%), la Romania (16,5%), la Cina (13,1%) e il Marocco (10,1%). Il profilo socio-economico le caratterizza come donne giovani (età media 29 anni), disoccupate, con un basso livello d'istruzione e nella maggior parte dei casi hanno già dei figli. Le straniere, in particolar modo le PFPM, si rivolgono alla struttura pubblica (consultorio o ambulatorio ospedaliero) per eseguire i controlli durante il periodo della gravidanza, abitudine, che seppur in aumento, vede ancora le italiane orientate verso il ginecologo privato. Il ricorso al professionista privato in gravidanza influisce sul livello di medicalizzazione con conseguente aumento delle visite e degli esami strumentali. Le PFPM, infatti, ne fanno meno rispetto alle italiane e alle donne PSA.

La frequenza di esiti avversi, come nel caso della natimortalità, è maggiore nelle donne straniere rispetto alle italiane: il tasso di natimortalità calcolato per il triennio 2013-2015 risulta di 2,5 nati morti per 1.000 nati nelle italiane e di 3,3 nelle straniere (3,4 nati morti per 1.000 nati nelle PFPM) con valori più elevati nelle donne provenienti dall'Africa.

Un altro aspetto molto importante ed esplicativo della salute delle donne è il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG). Anche se in diminuzione, i dati 2015 confermano che sono soprattutto le donne straniere che vi ricorrono (in particolare le PFPM) con valori tre volte superiori alle italiane (18,7‰ vs 5,5‰). Le straniere, inoltre, ripetono più volte l'esperienza dell'IVG: nel 2015 il 44,8% delle straniere che ha effettuato una IVG ne aveva già effettuata una in precedenza (rispetto al 21,7% delle italiane).

Con il **Capitolo 6** si entra nel merito dei problemi di salute che meglio caratterizzano la popolazione straniera residente. Purtroppo, come più volte verrà sottolineato nel corso dell'intero lavoro, la mancanza

dell'informazione di "straniero temporaneamente presente – STP" nei flussi a nostra disposizione non ci ha permesso di tracciare uno specifico profilo di salute dei cittadini stranieri appena giunti sul nostro territorio includendo quest'ultimi nel totale degli stranieri residenti.

Complessivamente, nel 2015 sono stati registrati 155.810 accessi in Pronto soccorso (PS) da parte di cittadini stranieri che equivale a un tasso standardizzato di 46,8 per 100 residenti, rispetto al 35,5 per 100 residenti registrato fra i cittadini italiani. In accordo con quanto definito dal cosiddetto "effetto migrante sano", ovvero il processo di selezione che valuta anticipatamente la popolazione in grado di affrontare l'intero percorso migratorio, i cittadini provenienti da paesi a forte pressione migratoria rappresentano la quota minore.

Le patologie per cui più frequentemente gli stranieri ricorrono al PS sono legate ad eventi traumatici o avvelenamenti, oppure ad una sintomatologia che non porta ad una diagnosi ben definita (Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti). A queste seguono le malattie del sistema nervoso, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. Più elevati, rispetto agli italiani, anche gli accessi per disturbi psichici e per malattie infettive e parassitarie.

Le principali cause di ricovero della popolazione straniera sono legate alla gravidanza e alle sue complicanze con valori nettamente superiori rispetto a quanto osservato fra gli italiani (stranieri: 23,1 ricoveri \*1.000 residenti; italiani: 11,9\*1.000 residenti). Se escludiamo questa causa, le altre patologie che determinano il ricovero in entrambe le popolazioni sono i tumori, le malattie del sistema circolatorio e quelle che interessano il sistema digerente. La particolarità osservata rispetto all'elevato numero di accessi in PS da parte degli stranieri per cause legate ai disturbi mentali, ci ha spinto ad analizzare il ricorso di questa popolazione alle cure dei Servizi di Salute mentale territoriali. Soltanto 2 stranieri su 1.000 residenti hanno ricevuto una prestazione nell'anno 2015 e, di questi, 1 è stato preso in carico ed ha ricevuto almeno 4 prestazioni nel corso dello stesso anno (italiani: 21,6\*1.000 residenti ha ricevuto 1 prestazione nel 2015 e il 12,8\*1.000 ne ha ricevute almeno 4). Dato che il fattore gravità non mostra differenze significative fra le due popolazioni, il mancato accesso ai Servizi di salute mentale da parte della popolazione straniera sembra più legato a fattori culturali o organizzativi che orienta queste popolazioni a rivolgersi alle strutture di PS ricevendo, così, una risposta immediata ma non una reale presa in carico.

Il **Capitolo 7** racchiude un breve *excursus* su alcune malattie infettive di particolare interesse nella popolazione straniera: l'HIV/AIDS e l'infezione tubercolare (TBC).

I casi di AIDS diagnosticati in cittadini stranieri residenti in Toscana è progressivamente aumentata nel corso degli anni (3,7% nel 1990 vs. 32,4% nel 2014). Questo, tuttavia, è attribuibile principalmente all'aumento del numero di stranieri residenti e non alla crescita dell'epidemia in questa popolazione. Infatti, prendendo in esame l'incidenza di AIDS nella popolazione straniera, nel corso degli ultimi dieci anni il valore si è dimezzato passando da 12,6 casi ogni 100.000 residenti nel triennio 2003-2005 a 6,4 nel triennio 2012-2014. I cittadini più coinvolti provengono dal Brasile, dalla Nigeria e dal Senegal.

Anche i dati HIV 2014 confermano un maggior interessamento della popolazione straniera con un tasso d'incidenza di 22,2 casi per 100.000 residenti rispetto ai 6,6 casi per 100.000 residenti registrati fra gli italiani. Indipendentemente dalla cittadinanza, il test per HIV viene effettuato soprattutto nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV correlata, di una MTS o di fronte ad un quadro clinico d'infezione acuta. Solo il 28,7% dei casi lo effettua spontaneamente perché ha una reale percezione del rischio a dimostrazione del fatto che, nel corso degli ultimi anni, l'atteggiamento della popolazione nei confronti dell'infezione è profondamente cambiato.

L'altra infezione presa in esame è quella tubercolare. Prendendo in esame il periodo 2003-2014 il confronto italiani/stranieri mostra chiaramente l'elevato interessamento di questi ultimi con tassi d'incidenza molto più elevati rispetto agli italiani residenti. Va comunque precisato che i valori sono in costante diminuzione, basti pensare che nel 2003 l'incidenza fra gli stranieri era di 128 casi ogni 100.000 residenti mentre nel 2014 il valore è sceso a 44,9 casi su 100.000 residenti. Le popolazioni maggiormente coinvolte provengono soprattutto dal centro e dall'est Europa e dall'Asia.

Il percorso che abbiamo cercato di tracciare termina nel **Capitolo 8** con l'analisi delle principali cause di mortalità. I tassi di mortalità per tutte le cause negli immigrati PFPM in Toscana, dopo una tendenza alla riduzione nei primi anni di osservazione, negli ultimi anni mostrano un andamento in crescita probabilmente legata sia a una migliore stabilizzazione socio-economica di questa popolazione sia ai nuovi flussi migratori. Trattandosi di una popolazione mediamente giovane che ha superato l'intero processo migratorio (effetto migrante sano), non stupisce che i livelli di mortalità dei residenti immigrati PFPM per tutte le cause, per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori, siano più bassi rispetto a quelli osservati nei cittadini italiani residenti.

I traumatismi e gli avvelenamenti rappresentano una causa di morte molto frequente negli immigrati PFPM. In Toscana, come in Italia, il primato di questi decessi è a carico dei cittadini provenienti dal Marocco e dall'Albania.





# Capitolo 1

## La condizione giuridica dello straniero in Italia

L'evoluzione normativa  
nel nostro Paese

Aspetti principali  
riguardanti l'assistenza sanitaria  
rivolta alla popolazione straniera  
UE ed extra-UE



---

# 1. La condizione giuridica dello straniero in Italia

## 1.1 L'evoluzione normativa nel nostro Paese

La prima legge organica che contiene norme in materia di immigrazione risale agli anni '90 (legge Martelli 28/2/1990, n. 39). In particolare, ridefinisce lo status di rifugiato e introduce concetti che stanno alla base dell'attuale normativa: la programmazione in materia di flussi di ingresso degli immigrati; la regolarizzazione degli stranieri già presenti sul territorio; l'espulsione degli stranieri in particolari casi.

La logica emergenziale viene superata nel 1998 con la legge Turco-Napolitano (legge 6 marzo 1998, n.40) che programma ingressi regolari e attiva percorsi di integrazione delle popolazioni immigrate attraverso l'integrazione con un Decreto legislativo contenente il Testo Unico sull'immigrazione (D. lgs. 25/7/1998, n. 286) nel quale si normano le disposizioni sull'ingresso, il soggiorno e l'allontanamento dal territorio italiano, la disciplina in materia di lavoro, il diritto all'unità familiare e alla tutela dei minori, le disposizioni in materia sanitaria, scolastica e di integrazione sociale.

Il Testo Unico, tuttora in vigore, è stato più volte modificato. Fra le numerose variazioni, quelle apportate dalla legge Bossi-Fini (legge 30/7/2002, n. 189) hanno introdotto una politica restrittiva sull'ingresso e il soggiorno degli stranieri. In sintesi, formalizzano il contratto di soggiorno quale titolo per la permanenza sul territorio nazionale, aboliscono la chiamata diretta da parte del datore di lavoro (sistema dello sponsor), limitano i casi di ricongiungimento familiare e istituiscono, presso le Prefetture, gli Sportelli unici per l'immigrazione. A questo segue un inasprimento delle procedure di allontanamento con immediata espulsione e accompagnamento coatto alle frontiere.

Ulteriori norme sono state introdotte attraverso l'emanazione del cosiddetto "pacchetto sicurezza" avvenuto negli anni 2008-2009. Questo prevede l'espulsione giudiziale per i cittadini UE o extra-UE in caso di condanna alla reclusione per più di due anni, per aver commesso un delitto contro lo Stato e la reclusione da uno a sei anni in caso di dichiarazioni o attestazioni false sulla propria identità o altre caratteristiche personali. Inoltre, viene introdotta la circostanza "aggravante" alla commissione di un reato da parte di cittadini stranieri irregolari e aggiunta una modifica restrittiva sul ricongiungimento familiare e la stipula obbligatoria di un'assicurazione sanitaria o strumento equivalente. Sicuramente la novità più importante introdotta dal "pacchetto sicurezza" è rappresentata dal reato d'ingresso e soggiorno illegale con possibilità di trattenere gli immigrati irregolarmente presenti sul territorio nazionale nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE) fino a 180 giorni per permettere la loro identificazione e successiva espulsione.

Nel corso degli ultimi anni, l'applicazione della normativa emanata dall'UE ha fatto sì che l'impostazione restrittiva attuata in Italia venisse in parte smantellata con una maggior apertura nei confronti dei diritti dei migranti. Sono state riviste le direttive sul

trattenimento e il rimpatrio prevedendo forme alternative di trattenimento e ampliando la permanenza nei CIE fino a un massimo di 18 mesi (legge 2/8/2011, n. 129). Inoltre, è stata recepita la direttiva sui lavoratori altamente qualificati, il che ha reso possibile l'accesso al pubblico impiego anche ai familiari “*non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente*” (legge europea, 6/8/2013, n. 30). Infine, nel 2014, l'Italia ha recepito la direttiva 2011/98/UE sul procedimento per il rilascio di un permesso unico che consente ai cittadini di Paesi terzi di soggiornare e lavorare nel territorio di uno Stato membro e di usufruire di un insieme comune di diritti per i lavoratori di Paesi terzi che soggiornano regolarmente in uno Stato membro (D. lgs. 4/3/2014, n. 40).

Questo breve *excursus* legislativo ci ha condotto al tema tanto attuale del permesso di soggiorno e delle norme che regolano l'ingresso nei Paesi UE. Come tutti sappiamo i cittadini dell'UE hanno libera circolazione negli Stati membri mostrando un documento di identità valido. Al contrario, per i cittadini dei Paesi terzi, si applicano le norme del “Trattato di Schengen” che prevedono l'esibizione, al valico di frontiera, di un documento di viaggio valido, di un visto di breve durata oppure il permesso di soggiorno in corso di validità. Quest'ultimo, oltre a consentire allo straniero di svolgere attività lavorative, gli permette di iscriversi all'anagrafe italiana con conseguente rilascio dei documenti d'identità e di accesso all'assistenza sanitaria. La validità del permesso di soggiorno e la sua estensione è legata a specifiche condizioni occupazionali, familiari o di ricerca e può avere una durata di 2 anni con possibilità di rinnovo.

Oltre alle richieste legate a motivazioni di ordine economico o familiare, nel corso degli ultimi anni stiamo assistendo a un fenomeno migratorio dovuto all'esodo di popolazioni che fuggono da contesti bellici o persecuzioni di carattere politico o religioso. In questi casi viene applicata la disciplina in materia di riconoscimento secondo quanto previsto dalla Convenzione di Ginevra<sup>1</sup>. Il cittadino straniero, anche se entrato illegalmente e privo di documenti, ha facoltà di manifestare la volontà di chiedere protezione internazionale allo Stato italiano presso la Polizia di frontiera o la Questura che formalizzerà l'avvenuta richiesta rilasciando al cittadino la documentazione attestante l'avvio della procedura. Il fascicolo verrà inviato alla Commissione territoriale che valuterà l'esistenza delle condizioni necessarie al riconoscimento dello *status*.

Il sistema generale di accoglienza (art. 8 del D. lgs. 142/2015 su accoglienza e procedure di asilo) si articola in tre fasi principali: soccorso, prima e seconda accoglienza.

Una fase preliminare di soccorso, prima accoglienza e identificazione degli stranieri può avvenire nei centri di primo soccorso e assistenza (CPSA) istituiti ai sensi della legge n. 563/1995 nei luoghi maggiormente interessati da sbarchi massicci.

---

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 1, lett. a), della Convenzione di Ginevra del 1951 è rifugiato “*chi temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra*”.

Il Piano nazionale di accoglienza e le linee di indirizzo e di programmazione predisposti dal Tavolo nazionale coordinano la realizzazione e la gestione dei progetti di accoglienza territoriale, di cui all'art. 14 del Decreto legislativo 142/2015, da parte dei Comuni, singoli o associati, in quanto si tratta di funzioni amministrative conferite dall'art. 118 della Costituzione Italiana. Lo stesso Decreto legislativo, all'articolo 17, specifica la necessità di valutare il fabbisogno di accoglienza dei richiedenti asilo, soprattutto rispetto al numero di persone portatrici di particolari vulnerabilità (fra cui i disabili, gli anziani, le vittime di tratta o di altre forme di torture fisiche o psicologiche, etc.) Per tali categorie di persone sono previsti speciali servizi di accoglienza sia nei centri governativi di prima accoglienza, sia nell'ambito del sistema di accoglienza territoriale. Deve essere assicurata una verifica periodica della sussistenza di tali situazioni da parte di personale qualificato. La sussistenza di esigenze particolari è comunicata anche alla Prefettura presso cui è insediata la Commissione territoriale per l'eventuale predisposizione di misure di garanzia procedurale come l'assistenza di personale di sostegno durante il colloquio con la medesima Commissione.

Ai richiedenti protezione internazionale identificati come vittime della tratta di esseri umani si applica il programma unico di emersione, assistenza e integrazione sociale (ai sensi dell'art. 18, comma 3-*bis*, D. lgs. n. 286/1998).

Nel nostro ordinamento giuridico, il diritto d'asilo si inserisce tra i principi fondanti la Repubblica, all'art. 10 la nostra Costituzione recita: «lo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni indicate dalla legge»

La procedura per il riconoscimento dello *status* di rifugiato è disciplinata dal D. lgs. n. 25/08 emanato in attuazione della Direttiva comunitaria 2005/85/CE. Ai sensi della citata direttiva la domanda d'asilo non può in nessun caso essere sottoposta al vaglio di ammissibilità da parte dell'autorità di pubblica sicurezza, che si limita a recepire l'istanza. Il principio del non-refoulement è un punto cardine di tutto l'impianto di protezione internazionale ed è disposto all'art. 33 c. 1 della Convenzione di Ginevra (1951): «nessuno Stato contraente può espellere o respingere, in qualunque maniera, un rifugiato alle frontiere di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbe minacciata a causa della sua razza, della sua religione, della sua nazionalità, della sua appartenenza a certo gruppo sociale e delle sue opinioni politiche».

In seguito alla presentazione della domanda d'asilo, il richiedente acquisisce il diritto a rimanere nel territorio dello Stato in cui ha presentato la domanda di protezione internazionale, fino alla decisione della Commissione territoriale, ed ha diritto a beneficiare di misure di accoglienza se indigente.

Il richiedente deve essere udito dalla Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale;

La Commissione, può decidere di:

- riconoscere lo *status* di rifugiato o la protezione sussidiaria;
- rigettare la domanda;
- rifiutare la domanda di protezione internazionale, ma riconoscere la sussistenza di gravi motivi umanitari tali da trasmettere gli atti al Questore per il rilascio del permesso di soggiorno per motivi umanitari (art. 5, c. 6, D. lgs. 286/98).

Le forme di protezione si differenziano sotto molti punti di vista ma permettono di beneficiare di un permesso di soggiorno.

In caso di provvedimento negativo da parte della Commissione, il richiedente può presentare ricorso. In tal caso, ha diritto al rilascio del permesso di soggiorno per richiesta d'asilo ed è ammesso alle misure di accoglienza.

Nel caso in cui venga concesso lo status di rifugiato, l'individuo ottiene un permesso di soggiorno "per asilo politico" della durata di 5 anni, rinnovabile, che consente l'accesso allo studio, al lavoro, l'iscrizione al Sistema sanitario nazionale (SSN), alle prestazioni assistenziali dell'Istituto nazionale di Previdenza sociale (INPS) e di usufruire degli assegni di maternità erogati dai Comuni. Inoltre, a seguito del D. lgs. 12/2014 i titolari di protezione internazionale possono richiedere il permesso UE per soggiornanti di lungo periodo. Hanno diritto a ricevere un documento equipollente al passaporto, far richiesta di ricongiungimento familiare e, trascorsi 5 anni di residenza in Italia, possono far richiesta di cittadinanza.

Ciò che distingue lo status di beneficiario di protezione sussidiaria da quello di rifugiato, è il mancato rilascio del documento equipollente al passaporto. Infine, per quanto riguarda il permesso di soggiorno per motivi umanitari, la sua durata può essere variabile da un minimo di 6 mesi a un massimo di 2 anni e, pur consentendo al cittadino di usufruire delle misure di accoglienza previste per i titolari di protezione internazionale, non prevede la possibilità di richiedere il ricongiungimento familiare e può essere rinnovato soltanto per il perdurare della condizione che ha motivato il rilascio.

Più in generale il sistema di accoglienza per richiedenti protezione internazionale si basa sulla collaborazione tra i livelli di governo interessati, secondo le forme di coordinamento nazionale e regionale istituite e regolate dall'art.16 D. lgs. 142/2015, e si articola in:

1. una fase di prima accoglienza che viene assicurata nelle strutture che rappresentano i centri governativi di accoglienza per richiedenti asilo (come previsto dall'art. 9 D. lgs. 142/2015) nelle quali vengono espletate le operazioni necessarie all'identificazione e definizione della posizione giuridica, la verbalizzazione della domanda e l'avvio della procedura di esame della domanda, nonché l'accertamento dello stato di salute volto anche a verificare, sin dal momento dell'ingresso del richiedente nelle strutture, la sussistenza di eventuali situazioni di vulnerabilità. La gestione dei centri governativi di prima accoglienza è affidata a Enti locali, anche associati, unioni o consorzi di comuni, ma anche a Enti pubblici o privati

che operano nel settore dell'assistenza dei richiedenti protezione internazionale o nell'assistenza sociale.

2. Una fase di seconda accoglienza in cui il richiedente identificato, che ha formalizzato la domanda ed è privo di mezzi di sussistenza<sup>2</sup>, è accolto in una delle strutture operanti nell'ambito del sistema di accoglienza territoriale predisposto dagli enti locali e finanziato dal Ministero dell'Interno nell'ambito del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), di cui all'art. 14 del D. lgs. 142/2015.

Tutte le forme di accoglienza non consistono in alcun tipo di misura coercitiva limitativa della libertà personale (limitazione che invece si verifica nelle ipotesi di trattenimento), ma al più comportano alcune forme di limitazioni alla libertà di circolazione e soggiorno indicate dalle stesse norme. In ogni caso, ogni persona accolta in tali strutture deve ricevere assistenza in condizioni dignitose. Le attività di soccorso di migranti ritrovati o che entrino nel territorio dello Stato in situazione di soggiorno irregolare, devono comunque beneficiare di una completa informazione (in lingua comprensibile all'interessato) sui suoi diritti e sulla facoltà di manifestare la volontà di presentare domanda di asilo.<sup>3</sup> In mancanza di tale informazione ogni eventuale provvedimento di respingimento o di espulsione deve intendersi nullo. Le operazioni di identificazione devono comunque avvenire soltanto nelle ipotesi, nei modi e nei termini previsti dalle norme legislative.

Le strutture deputate all'accoglienza delle popolazioni migranti sono le seguenti:

- I. Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) rappresenta la seconda fase di accoglienza. La persona viene accolta per tutta la durata del procedimento di esame della domanda e, in caso di ricorso giurisdizionale, fintanto la sua permanenza sul territorio italiano non viene autorizzata. Il Ministro dell'Interno per la gestione di tutti i tipi di centri ha previsto che ogni servizio di accoglienza adotti un'assistenza integrata in grado di garantire una qualità di vita adeguata alla situazione e ai bisogni specifici di ogni richiedente assicurando servizi minimi che comportino almeno un alloggio adeguato e un vitto rispettoso delle diverse tradizioni culturali, la mediazione linguistico-culturale, l'orientamento ai servizi del territorio, l'erogazione di corsi di lingua italiana e il sostegno ai percorsi di formazione e riqualificazione professionale, l'orientamento e l'accompagnamento a programmi di inserimento lavorativo, abitativo e sociale, l'orientamento e la tutela legale e che le persone che operano presso ogni centro ricevano una formazione adeguata con appositi corsi di formazione e di aggiornamento. Inoltre, come è previsto nelle linee guida per la gestione degli attuali centri del sistema SPRAR, al fine di evitare di produrre gravi fenomeni di disagio sociale che ricadano soprattutto sui territori, le linee guida

---

<sup>2</sup> Il richiedente asilo, in mancanza dei requisiti necessari all'inserimento in tali strutture (se privo di mezzi e presente sul territorio già da lungo tempo), non è automaticamente inserito in un centro governativo di prima accoglienza.

<sup>3</sup> Art. 8 della direttiva 2013/32/UE e D. lgs. in esame e la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo.



- prevedono che lo straniero, o l'apolide, dopo il riconoscimento dello status di rifugiato o di protezione sussidiaria o il rilascio del permesso di soggiorno per motivi umanitari, permanga in un centro del sistema di accoglienza territoriale per un periodo ulteriore, prorogabile in presenza di situazioni di vulnerabilità o per la conclusione del programma di sostegno all'inclusione sociale.
- II. Nel caso in cui la disponibilità di posti all'interno dei centri governativi di prima accoglienza o nei centri del sistema SPRAR fosse esaurita a causa di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti, l'accoglienza può essere disposta dal Prefetto, sentito il Ministero dell'Interno, in strutture temporanee e appositamente allestite definite Centri di accoglienza straordinari (CAS). Prima dell'inserimento devono essere valutate le condizioni di salute del richiedente al fine di accertare eventuali esigenze particolari di accoglienza (misure straordinarie di accoglienza) e la sua permanenza dovrà essere limitata al tempo strettamente necessario al suo trasferimento presso una struttura di prima o seconda accoglienza. Tali strutture soddisfano le esigenze essenziali di accoglienza e sono individuate dalle Prefetture, secondo le procedure di affidamento dei contratti pubblici, sentito l'Ente locale nel cui territorio la struttura è situata. In caso di estrema urgenza è consentito il ricorso alle procedure di affidamento diretto<sup>4</sup>.
- III. I Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA), già istituiti alla data di entrata in vigore del Decreto 142/2015, svolgono le funzioni di strutture di accoglienza. Nei CARA, come in tutte le strutture di accoglienza, vengono assicurati il rispetto della sfera privata, comprese le differenze di genere, le esigenze connesse all'età, la tutela della salute e l'unità dei nuclei familiari nonché l'apprestamento delle misure necessarie per le persone portatrici di particolari esigenze. È assicurata, inoltre, la facoltà di comunicare con l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (*United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR*), con gli enti di tutela dei rifugiati, con gli avvocati e i familiari dei richiedenti nonché con i ministri di culto. È consentito l'allontanamento dal centro nelle ore diurne con obbligo di rientro nelle ore notturne, ma il richiedente può chiedere al Prefetto un permesso temporaneo di allontanamento dal centro per un periodo di tempo diverso o superiore a quello di uscita per rilevanti motivi personali o connessi all'esame della domanda. Il personale che opera nei centri è adeguatamente formato ed ha l'obbligo di riservatezza sui dati e le informazioni riguardanti i richiedenti presenti nel centro.

---

<sup>4</sup> Legge n. 563/1995 e alle relative norme di attuazione contenute nel D.M. 2 gennaio 1996, n. 233.

## 1.2 Aspetti principali riguardanti l'assistenza sanitaria rivolta alla popolazione straniera UE ed extra UE

Le principali indicazioni riguardanti l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, sono racchiuse all'interno dell'Accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome". L'atto suddivide le procedure amministrative in base alla cittadinanza dell'individuo che si trova sul nostro territorio, distingue i cittadini appartenenti all'UE da quelli non-UE ed elenca i passaggi necessari per l'accesso al SSN.

**I cittadini comunitari (UE).** Per coloro che soggiornano per un periodo superiore ai tre mesi sul territorio nazionale è prevista l'iscrizione obbligatoria o volontaria al Sistema Sanitario Regionale (SSR) a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia. L'iscrizione ha una durata variabile in base alle condizioni lavorative del cittadino e ai motivi di permanenza nel nostro Paese (attestazione di soggiorno permanente, comprovato stato di disoccupazione involontaria; familiari a carico di un cittadino comunitario iscritto; vittime di tratta; etc.).

Nel caso in cui un cittadino della UE iscritto al Sistema sanitario del Paese di provenienza si trovi in temporaneo soggiorno nel nostro Paese, gli è garantito l'accesso a tutte le cure considerate medicalmente necessarie grazie alla Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) rilasciata dal suo Paese, su cui è riportata la data di scadenza. Nel caso in cui il cittadino comunitario soggiorni sul territorio nazionale per un periodo superiore ai tre mesi, sia iscritto all'anagrafe comunale come residente oppure nello schedario della popolazione temporanea, risulti privo di copertura sanitaria a carico del Paese di provenienza e non rientri nella casistica che prevede l'iscrizione obbligatoria al SSR, deve dichiarare di disporre delle risorse economiche necessarie per coprire le spese sanitarie per se stesso e per i propri familiari e stipulare una polizza assicurativa privata che copra tutti i rischi sanitari. In tal caso non è prevista l'iscrizione al SSR. Vi è inoltre la possibilità, salvo alcuni casi specifici, di procedere all'iscrizione volontaria al SSR con versamento del previsto contributo economico (SM 8/10/1986). I cittadini dell'UE non residenti che non sono in possesso dei requisiti per l'iscrizione al SSR, non risultano coperti da assistenza sanitaria da parte del Paese di origine (TEAM) e sono impossibilitati a pagare le prestazioni, sono tenuti ad autocertificare all'Azienda sanitaria la propria condizione d'indigenza al fine di ricevere un "tesserino ENI" (Europeo Non Iscritto). Tale documento consente loro di accedere gratuitamente alle prestazioni «ambulatoriali e ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio. Sono estesi i programmi di medicina preventiva e di salvaguardia

*della salute individuale e collettiva*». Il tesserino può essere rilasciato in occasione della prima erogazione della prestazione (Pronto soccorso o Azienda sanitaria) o su richiesta dell'interessato dietro presentazione della documentazione attestante i requisiti necessari. La sua validità è semestrale sul territorio regionale di emissione e rinnovabile.

Le prestazioni e prescrizioni erogate saranno registrate tramite un codice del tesserino ENI composto da 16 caratteri. L'esenzione del pagamento ticket è contrassegnata dal codice X01<sup>5</sup>.

***Gli stranieri non appartenenti all'UE*** che sono regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale - ad esempio per motivi di lavoro (subordinato o autonomo), familiari, asilo politico o umanitario, minori non accompagnati, adozione o in attesa di regolarizzazione - hanno l'obbligo di iscriversi al SSR con conseguente erogazione delle prestazioni a parità di trattamento con i cittadini italiani residenti in Italia. Nel caso in cui siano ancora in corso gli accertamenti per il rilascio del permesso di soggiorno da parte delle autorità competenti è comunque prevista l'iscrizione al SSR.

Il cittadino extra-UE in possesso di un permesso di soggiorno superiore a tre mesi, ma che non risponde ai requisiti previsti per l'iscrizione al SSR, è tenuto a stipulare una polizza assicurativa valida su tutto il territorio nazionale; se il permesso di soggiorno è stato rilasciato per motivi quali studio, collocato alla pari, residenza elettiva, motivi religiosi etc. il cittadino extra UE può richiedere in alternativa l'iscrizione volontaria al SSR previo versamento del contributo economico previsto dal D.M. 8.10.1986.

Nel caso in cui il suo soggiorno in Italia sia inferiore ai tre mesi, non è tenuto ad iscriversi al SSR. Le prestazioni sanitarie urgenti e di elezione gli saranno comunque garantite dietro corrispettivo economico<sup>6</sup> (in caso di urgenza il pagamento avviene al momento della dimissione del paziente mentre per le prestazioni di elezione è previsto il pagamento anticipato).

Infine, agli stranieri extra-UE senza permesso di soggiorno non in regola con le norme di soggiorno, vengono "*[...] assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva*",<sup>7</sup> In particolare sono garantiti:

- la tutela sociale della gravidanza e della maternità;
- la tutela della salute del minore;
- le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva;

---

<sup>5</sup> Limitatamente alla Regione Toscana.

<sup>6</sup> Rimangono salvi gli accordi internazionali che disciplinano in regime di reciprocità l'erogazione dell'assistenza sanitaria (Art. 35, comma 2 del Testo Unico).

<sup>7</sup> Art. 35, comma 3 del Testo Unico.

- gli interventi di profilassi internazionale;
- la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive;
- la cura, la prevenzione e la riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

Per rendere possibile il riconoscimento e l'erogazione dell'assistenza sanitaria viene rilasciato un "tesserino" contenente un codice regionale individuale STP (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP)<sup>8</sup> che può essere **attribuito** dalle Aziende sanitarie, Aziende ospedaliere, Policlinici universitari e IRCCS dietro presentazione, da parte del richiedente, di un documento attestante le proprie generalità; in assenza di un documento di riconoscimento, sono sufficienti le generalità dichiarate dall'assistito.<sup>9</sup>

L'attribuzione del codice STP può avvenire in occasione della prima prestazione sanitaria (se lo straniero non ne è già in possesso) o preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure. La sua validità è di 6 mesi, su tutto il territorio nazionale, ed è rinnovabile.

Per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base, il D.P.R. 394/99 delega alle Regioni l'organizzazione dei servizi sanitari,<sup>10</sup> anche in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica. Tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno comunque prevedere l'accesso diretto dell'immigrato senza necessità di prenotazione o impegnativa medica. Ai fini organizzativi, le Regioni possono prevedere l'assegnazione del Medico di Medicina generale (MMG) o del pediatra in libera scelta (PLS).

Per quanto riguarda la partecipazione alla spesa (ticket) a carico del cittadino straniero temporaneamente presente sul territorio italiano, si applicano le condizioni previste per i cittadini italiani. Laddove egli non avesse le risorse sufficienti, a seguito della presentazione di una dichiarazione di indigenza, si utilizza il codice X01 che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Il codice è composto da 16 caratteri così suddivisi: tre caratteri costituiscono la sigla STP, tre caratteri individuano la regione di erogazione secondo il codice ISTAT, tre caratteri l'Azienda sanitaria che attribuisce il codice e sette caratteri rappresentano il numero progressivo attribuito al soggetto nel momento del rilascio.

<sup>9</sup> Circolare Ministero della salute n.5 del 24 marzo 2000.

<sup>10</sup> DPR n. 394/99.

<sup>11</sup> Allegato "Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN", DM del 17 marzo 2008.



## **Capitolo 2**

# **L'accoglienza dei migranti in Toscana**

**L'accoglienza sociale**

**I minori stranieri  
privi di assistenza  
e rappresentanza  
legale, ovvero da soli  
sul territorio regionale**

**L'accoglienza sanitaria**



---

## 2. L'accoglienza dei migranti in Toscana

### 2.1 L'accoglienza sociale

*Sonia Biagi - Regione Toscana*

L'idea di accoglienza dei profughi, rifugiati e richiedenti asilo che si è sviluppata in Regione Toscana la si può collocare storicamente a partire dal 2011 a seguito degli eventi connessi alla "Primavera araba".

In questo contesto la Regione Toscana - oltre ad offrire la propria disponibilità ad accogliere i migranti - apre ad ipotesi e soluzioni innovative e la proposta si concretizza nel "modello di accoglienza diffusa".

Ciò nonostante, un'importante annotazione da fare in premessa, riguarda il tema della competenza in materia di profughi e richiedenti asilo. Infatti, sia le Regioni che i Comuni non sono i soggetti investiti della titolarità in materia di gestione dei flussi straordinari di migranti, materia che - per quanto attiene alla ripartizione dei profughi e all'organizzazione e alla gestione dei servizi e delle strutture - è di competenza statale e viene esercitata attraverso il Ministero dell'Interno che, a sua volta, si avvale delle Prefetture-UTG.

A fronte di questa impostazione per così dire "centralistica", la Toscana continua a svolgere un ruolo di coordinamento e di promozione di iniziative che concorrono a realizzare un sistema di interventi fondato su un mix di collaborazione tra diversi livelli istituzionali (Prefetture, Comuni, Aziende sanitarie, Società della Salute - SdS - etc.), favorendo l'utilizzazione di strutture che possano accogliere un numero contenuto di migranti, valorizzando il capitale sociale e culturale presente nei diversi territori, coinvolgendo i diversi attori sociali (pubblico, privato sociale, terzo settore, etc.).

Come abbiamo ampiamente descritto nel primo capitolo, in Italia la rete dell'accoglienza dei cittadini stranieri si articola in: CPSA (Centri di primo soccorso e accoglienza); CDA (Centri di accoglienza a breve termine); CARA (Centri di accoglienza per richiedenti asilo); CAS (Centri di accoglienza straordinari) e SPRAR (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati).

In Toscana, le strutture presenti fanno riferimento soltanto ai CAS e ai progetti SPRAR.

Il sistema regionale di *governance* è schematicamente rappresentato in **Tabella 2.1.**



**Tabella 2.1**  
**Schema del modello di governance adottato a livello regionale - Fonte: Regione Toscana**

Strumenti della governance	Soggetto coordinatore	Composizione	Compiti
Tavolo di Coordinamento regionale (D.M. 9225 17/10/2014)	Prefettura di Firenze	Prefetture toscane, Regione (settori presidenza, sociale, sanità, protezione civile), Associazione nazionale comuni italiani (Anci) e Unione province d'Italia (UpI)	Convocazione del Tavolo di coordinamento regionale per la realizzazione di strategie operative definite dal tavolo di coordinamento nazionale
Tavolo di coordinamento regionale per gli interventi territoriali	Regione Toscana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regione Toscana (settore sociale, sanitario, protezione civile, formazione/lavoro)</li> <li>• Anci e Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (Uncem) regionali</li> <li>• Province</li> <li>• Enti Locali (EE.LL.) e soggetti attuatori SPRAR</li> <li>• Zone Socio-sanitarie/SdS</li> <li>• Terzo settore</li> <li>• Prefettura di Firenze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmazione interventi territoriali</li> <li>• Coordinamento regionale interventi territoriali</li> <li>• Monitoraggio/verifica interventi</li> <li>• Messa a disposizione immobili patrimonio regionale/ASL</li> <li>• Iniziative specifiche (attività di volontariato, progetti sperimentali accoglienza)</li> </ul>
Tavoli Territoriali	Prefettura competente per territorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prefettura competente</li> <li>• Comuni zone socio-sanitari/SdS</li> <li>• Provincia competente</li> <li>• Rappr. SdS o Zone socio-sanitarie</li> <li>• Ente titolare del progetto SPRAR</li> <li>• Rappresentanti CAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento locale per gestione interventi</li> <li>• Integrazione degli interventi e delle attività</li> <li>• Monitoraggio interventi</li> <li>• Raccordo informativo con sistema informativo regionale</li> </ul>

### 2.1.1 Il modello di “Accoglienza diffusa” e il modello SPRAR

La Regione Toscana, a seguito dell’Intesa sull’attuazione del Piano nazionale accoglienza approvata il 10 luglio 2014 in Conferenza Unificata, sviluppa i propri interventi in piena coerenza con il quadro nazionale e, nel contesto di una leale e proficua collaborazione con tutte le istituzioni pubbliche coinvolte, consolida il modello di “Accoglienza diffusa” per richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria secondo il modulo della “piccola dimensione”. Questo modello di accoglienza, mettendo in relazione il diritto dei richiedenti asilo di essere accolti con il dovere di fornire risposte di accoglienza, pone al centro il

riconoscimento del ruolo dei territori e il principio equitativo della condivisione delle responsabilità, promuove e sostiene l'impegno e la collaborazione dei diversi soggetti ed evita eventuali e dannose sovrapposizioni, anche in riferimento al tema delle risorse.

D'altra parte, il contesto emergenziale che anche l'Italia sta affrontando, ha prospettato l'esigenza di trovare, nelle varie regioni, strutture di ospitalità in tempi brevissimi a fronte dell'impossibilità di programmare interventi mirati. Queste necessità hanno spinto la Regione Toscana a rafforzare la promozione di iniziative tese a favorire un sempre maggiore coinvolgimento del territorio e a qualificare i percorsi di accoglienza e i processi di integrazione sociale e di autonomia attraverso un lavoro di coordinamento e promozione degli interventi rispettoso dei livelli di responsabilità e di governo, finalizzato a sostenere un'organizzazione e un sistema omogeneo di accoglienza in grado di rispondere in maniera dignitosa e tempestiva all'arrivo dei migranti. A questo proposito sono stati promossi incontri regionali, d'intesa con la Prefettura di Firenze, ai quali hanno partecipato rappresentanti di tutte le Istituzioni coinvolte nel fenomeno; incontri territoriali in tutte le Prefetture toscane, alla presenza dei sindaci, per condividere l'organizzazione dell'accoglienza dei cittadini stranieri che richiedono protezione internazionale; è stata sostenuta la realizzazione di attività di volontariato/pubblica utilità per i migranti ospiti nelle strutture del territorio, con l'obiettivo di promuovere l'inserimento sociale nei contesti locali ospitanti e favorire l'apprendimento della lingua. Quest'iniziativa ha coinvolto 1.376 migranti, 68 comuni, due Unioni di comuni e due Società della Salute.

### **2.1.2 Il modello di "Accoglienza diffusa" e il modello SPRAR**

I dati sulla presenza di profughi e richiedenti protezione internazionale sul territorio toscano, sono trasmessi e aggiornati mensilmente all'Assessorato di riferimento dalle 10 Prefetture-UTG della Toscana e, mentre scriviamo (aprile 2016), in Toscana sono presenti 7.499 persone accolte in 565 strutture CAS, distribuite nei diversi comuni, con una media di circa 14 persone per struttura (le strutture di accoglienza straordinaria sono attivate dalle Prefetture in convenzione con enti locali e soggetti del Terzo settore) (**Tabella 2.2**). Oltre a questo, vi sono 14 progetti di accoglienza nell'ambito del sistema nazionale SPRAR (per un totale di 649 posti letto) ai quali dobbiamo aggiungere 8 progetti, recentemente approvati e finanziati, presentati da Comuni, Unioni e Società della Salute per un totale di altri 204 posti.

**Tabella 2.2**  
**Numero di profughi presenti nei CAS della Toscana suddivisi per provincia e comune coinvolto - aprile 2016 - Fonte: Regione Toscana su dati Prefetture Toscane**

Provincia	Numero di Comuni nella Provincia	Numero di Comuni coinvolti nell'accoglienza	Numero di residenti	Numero di profughi presenti	Strutture (CAS)
Arezzo	37	28	346.661	735	90
Firenze	42	38	1.007.252	2.071	152
Grosseto	28	12	225.098	410	17
Livorno	20	9	340.471	793	25
Lucca	33	22	394.600	791	66
Massa	17	12	200.325	364	24
Pistoia	22	17	291.788	539	40
Pisa	37	31	420.254	672	77
Prato	7	7	253.245	485	31
Siena	36	25	270.817	639	43
Toscana	279	201	3.750.511	7.499	565

In Toscana, all'esito della recente approvazione dei progetti SPRAR presentati al valore dell'avviso nazionale 2016, la rete dispone di quasi 900 posti letto (**Tabella 2.3**) che, sommati ai posti offerti dalla rete dei CAS, determinano un'offerta di accoglienza complessiva per circa 8.500 persone.

Tabella 2.3

Distribuzione dei progetti SPRAR presenti in Toscana - analisi per Provincia - Fonte: Regione Toscana su Atlante SPRAR 2015

Provincia	SPRAR 2014/2016			Nuovi progetti da bando SPRAR giugno 2016	
	Ente locale titolare di progetto SPRAR	Numero posti accoglienza ordinaria	Numero posti accoglienza vulnerabili	Numero posti accoglienza ordinaria	Numero posti accoglienza vulnerabili
AR	Comune di Arezzo	50			
FI	Comune Borgo San Lorenzo	38			
FI	Comune Firenze	221	8		
FI	Unione montana Comuni del Mugello			55	
FI	Unione montana Comuni del Mugello				20
FI	Comune Pontassieve			30	
LI	Comune Livorno	21			
LI	Comune Rosignano marittimo	26			
LU	Comune Capannori	36			
LU	Provincia Lucca	37			
LU	Comune Fabbriche di Vergemoli			14	
MS	SdS Lunigiana	21			
MS	Comune Massa			20	
PI	SdS Zona Pisana	30			10
PI	Unione Valdera	32			
PI	SdS Valdarno inferiore	21			
PT	Comune Pistoia	52			
PT	SdS Valdinievole			30	
PT	Comune Marliana			25	
PO	Comune Prato	65			
SI	Provincia Siena	21			
<b>Totale</b>		<b>671</b>	<b>8</b>	<b>174</b>	<b>30</b>
<b>Totale complessivo posti Toscana</b>			<b>883</b>		

Nell'ambito delle funzioni regionali di sostegno alle attività di accoglienza e integrazione, è in fase di elaborazione un sistema informativo relativo alle strutture di accoglienza (CAS) e agli utenti accolti. Il progetto del nuovo sistema informativo intende andare a migliorare e razionalizzare la raccolta e lo scambio dei dati tra le singole strutture di accoglienza e le Prefetture, nonché a garantire la possibilità di raccordo con la banca dati dello SPRAR nazionale.

L'accoglienza e l'integrazione dei profughi pone l'accento sul tema delle risorse necessarie alla programmazione e alla realizzazione di interventi mirati. L'indirizzo che viene dato a livello nazionale, e che anche la Toscana persegue, è quello di far interagire tutte le opportunità finanziarie disponibili. Infatti, la Regione Toscana impiega e promuove l'utilizzo di tutte le risorse derivanti dai fondi europei, in particolare di quelle che fanno riferimento alle misure del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014/2020, del Fondo sociale europeo (FSE) 2014/2020 e dai fondi nazionali (avvisi del Ministero dell'Interno per l'attivazione/ampliamento degli SPRAR, Dipartimento delle Pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri nell'ambito del fenomeno del traffico di esseri umani, etc.).

### **2.1.3 Le proposte future**

La gestione, ma ancor prima la programmazione e l'organizzazione dei flussi di migranti, a fronte dell'intensificarsi degli sbarchi sulle nostre coste dei profughi e richiedenti asilo richiede, oltre alla partecipazione e condivisione di tutti i soggetti coinvolti, anche la messa in atto di nuove soluzioni in grado di far fronte alle nuove esigenze. A questo proposito la Regione Toscana, pur mantenendo come punto di riferimento essenziale delle sue politiche di accoglienza il modello dell'accoglienza diffusa, intende dare seguito a iniziative in grado di coniugare i diversi livelli di competenza, da quello nazionale a quello regionale e locale, che possono essere così sintetizzate:

#### **1. Partecipazione**

- coinvolgere, nell'accoglienza dei profughi, tutti quei comuni che ad oggi non hanno ancora accolto migranti e incrementare, rispetto al rapporto con il numero dei propri abitanti, i comuni nei quali il numero dei profughi è ancora sottodimensionato tenendo conto dell'eventuale presenza dei progetti SPRAR;
- favorire la partecipazione dei comuni ai bandi SPRAR del Ministero dell'Interno.

#### **2. Iniziativa**

- avvalersi degli immobili inutilizzati dai vari Enti dello Stato (così come è avvenuto per gli immobili comunali e regionali);
- attivarsi presso i competenti Ministeri al fine di dar seguito a iniziative formali (come la sottoscrizione di Protocolli) nelle quali siano chiaramente precisati i contenuti e gli obiettivi oggetto delle iniziative/sperimentazioni regionali;

- promuovere proposte presso le sedi competenti finalizzate alla definizione di forme di incentivi e disincentivi per i territori che accolgono profughi.

### **3. *Sperimentazione***

- sostenere la possibilità di accogliere i richiedenti asilo, quelli già da tempo presenti sul territorio, anche attraverso la sperimentazione di formule innovative di accoglienza in famiglia o in appartamenti di privati;
- promuovere ulteriori progetti sperimentali, come l'inserimento di rifugiati in strutture pubbliche disponibili legate alla forestazione e all'agricoltura, oppure in borghi disabitati.

### **4. *Integrazione***

- superare progressivamente la condizione di emergenza centrata soprattutto sugli aspetti della prima accoglienza verso modalità regolate di autogestione e auto-formazione nell'ambito della piena partecipazione e inclusione dei cittadini stranieri nel tessuto territoriale toscano.

## **2.2 I minori stranieri privi di assistenza e rappresentanza legale, ovvero da soli sul territorio regionale**

*Lorella Baggiani - Regione Toscana*

### **2.2.1 Le prassi innovative**

La legislazione nazionale e internazionale definisce il cittadino di Stati non appartenenti all'Unione europea e l'apolide di età inferiore ai 18 anni che si trova sul territorio nazionale privo di assistenza e rappresentanza legale, come minore straniero non accompagnato - MSNA.

Le leggi quadro nazionali e le norme regionali hanno attribuito ai Comuni la competenza per la predisposizione delle misure di accoglienza e protezione di questi minorenni, principio recepito anche in Toscana attraverso la L.r. 41/2005 laddove ha sancito, agli artt. 5, comma 3 e 6, comma 3, che i minori di qualsiasi nazionalità, e comunque presenti sul territorio regionale, hanno diritto agli interventi e ai servizi del sistema integrato definiti in base al percorso assistenziale predisposto dal comune dove si manifesti il bisogno.

Recentemente, con il Decreto legislativo 18/8/2015 n. 142, è stato disegnato il modello di accoglienza per i MSNA intorno al concetto di un primo e un secondo livello di interventi per i quali i Comuni possono accedere alle risorse del Ministero dell'Interno a valere sul Fondo nazionale per l'accoglienza dei MSNA. Si sta quindi consolidando un sistema nel quale la prima e la seconda accoglienza, caratterizzate da obiettivi specifici e da strutture diversificate, si inquadra all'interno di una strategia strettamente correlata e sinergica, nella quale alla fase dei bisogni legati

all'emergenza dell'arrivo o degli sbarchi, segue l'avvio verso la graduale acquisizione di autonomia e di inclusione nel territorio sociale.

La Toscana, al pari delle altre regioni italiane, sta mettendo in campo modalità innovative di accoglienza e assistenza, in particolare sul secondo livello, che hanno richiesto la ridefinizione di strutture residenziali caratterizzate, rispetto alle consolidate comunità per minori, da una presenza più leggera di operatori professionali e soprattutto da un'organizzazione adeguata alle istanze di autonomia dettate sia dall'età media (16-18 anni, ma anche 18-21) sia dalle esperienze vissute. Il fulcro del lavoro sociale da condurre diventa quindi l'accompagnamento verso un percorso di crescita dell'identità personale e sociale, fondamentale per la progressiva responsabilizzazione e autonomia.

Da queste premesse si è sviluppato (Delibere GR 400/2015 e 84/2016) il percorso sperimentale per l'accoglienza di minori e neo maggiorenni, in particolare nello status di MSNA, in **appartamenti ad alta autonomia**, quale contesti di crescita personale e sociale maggiormente adeguati a questo target specifico, nonché laboratori utili a colmare quella sorta di vuoto tipologico esistente nel sistema delle comunità toscane per minori, tutte improntate sulla regolamentazione di modelli a forte presidio socio-educativo.

La prima fase della sperimentazione, avviata nel 2015, ha consentito di attivare 14 nuove strutture in 6 Comuni o Zone socio-sanitarie della Regione (8 delle quali nel Comune di Firenze), con la presenza di 79 ragazzi, per lo più MSNA, tra i 16 e i 17 anni. La decisione di estendere e consolidare il percorso sperimentale, assunta con la più recente Deliberazione GR 84/2016, ha potenzialmente alzato (l'istruttoria è in corso) il contingente dell'accoglienza a circa 300 posti, per un totale di 39 strutture impegnate in questa nuova modalità organizzativa e gestionale.

La sperimentazione in corso scommette prevalentemente sulle capacità degli attori del sistema di accoglienza e protezione per minori e per MSNA (ma anche dei giovani), di agganciare le diverse opportunità provenienti dai servizi e dalle agenzie del territorio, affinando, al contempo, la progettazione personalizzata allo scopo di riconoscere, valorizzare e sostenere le potenzialità, le autonomie e le aspirazioni dei ragazzi. Si sta intervenendo, di fatto, sull'ampliamento e la qualificazione della rete di accoglienza per minori e giovani, praticando un modello con caratteristiche gestionali e organizzative innovative, sia per la minore intensità assistenziale (tipica, ad esempio, delle comunità socio educative per minori allontanati temporaneamente dalla famiglia), sia per la più agile sostenibilità economica/finanziaria. Gli obiettivi perseguiti convergono, in definitiva, verso la realizzazione di condizioni favorevoli alla strutturazione di un sistema di accoglienza che preveda profili strutturali, organizzativi e di cura/tutela coerenti con il Sistema nazionale di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR).

Il monitoraggio sull'andamento della sperimentazione 2015 restituisce alcuni dati di sintesi particolarmente utili a comprendere la dimensione di questa esperienza e

la direzione da seguire una volta conclusa la fase di test, quando, cioè, si imporrà la necessità di assumere una decisione definitiva in merito alla codifica di questa particolare tipologia di accoglienza.

I dati della sperimentazione possono essere così sintetizzati:

- per la maggior parte dei ragazzi è stato possibile elaborare un progetto educativo individualizzato contenente attività volte a favorirne l'autonomia in base al bilancio delle competenze e delle risorse disponibili sul territorio. In particolare i progetti erano volti a favorire l'acquisizione di competenze trasversali, come la conoscenza della lingua italiana, fino alle modalità di gestione della vita quotidiana e dell'appartamento; alla conoscenza del territorio di riferimento e alle modalità di spostamento all'interno della città, fino all'acquisizione di competenze specifiche utili all'inserimento lavorativo;
- tutti i ragazzi sono stati inseriti in un percorso scolastico o di formazione professionale oppure sono state loro proposte esperienze di inserimento lavorativo; in 12 casi sono stati attivati stage o tirocini (retribuiti o non);
- sono state programmate e proposte attività finalizzate alla socializzazione e all'inclusione sociale, affrontando in tal modo uno dei nodi dell'accoglienza legato alla rete di sostegno esterna alla struttura che, com'è intuibile, gioca un ruolo determinante per le prospettive conseguenti al periodo di accoglienza, quando sono più incombenti gli aspetti della necessità del reperimento di soluzioni abitative o lavorative. Così, dei 76 ragazzi accolti, 58 hanno partecipato ad attività ricreative o di socializzazione esterne alla struttura e 22 ad attività di volontariato;
- 4 dei 17 ragazzi dimessi alla fine del 2015 sono stati resi autonomi o semi autonomi; altrettanti sono i casi di affidamento intra o etero familiare; per 8 ragazzi la destinazione non è nota o comunque non specificata mentre 3 risultano occupati a tempo determinato o in attività saltuarie e altri 3 svolgono tirocini retribuiti. Tra i dimessi, tutti stranieri, 12 erano in possesso di un permesso di soggiorno per richiesta di asilo, in attesa di occupazione, per studio o per ricongiungimento familiare.

### **2.2.2 Le prassi consolidate**

La Regione Toscana, in attuazione della L.r. 31/2000, monitora la situazione dei minori che usufruiscono degli interventi di protezione e sostegno attivati dai Comuni e dalle Società della Salute, attraverso l'osservatorio regionale gestito dall'Istituto degli Innocenti di Firenze. In quest'ambito, infatti, sono attivi diversi strumenti di raccolta dati che consentono un'analisi ragionata dei bisogni sociali e socio-educativi tra i quali spiccano, per ricchezza di informazioni, il monitoraggio annuale sui principali interventi e prestazioni erogati dalle Zone socio-sanitarie e dalle Società della Salute a favore dei minori che vivono in famiglia e di quelli che ne



sono temporaneamente allontanati, ed il sistema informativo ASSO-ASMI dedicato ai minori accolti nelle comunità residenziali (Sistema: Anagrafe strutture sociali - Attività sui minori in struttura).

La componente dei MSNA ricorre, con diverse gradazioni, in entrambi i sistemi di monitoraggio e può essere considerata l'elemento che nell'ultimo triennio (gli ultimi dati disponibili fanno riferimento al 2014; i dati 2015 sono in fase di raccolta) ha modificato in senso crescente i rispettivi indicatori.

- Così, se guardiamo al dato del ricorso all'**affidamento familiare** e consideriamo la situazione al 31/12/2014, rileviamo che in Toscana sono presenti 1.204 bambini che vivono in famiglie affidatarie, di cui 814 italiani e 390 stranieri. Tra gli stranieri 100 sono MSNA. Nel triennio 2012-2014 il fenomeno segna un leggero incremento del 6% dovuto principalmente all'aumento degli affidamenti di minori stranieri che, al netto dei minori stranieri non accompagnati, passano da 239 a 260 (più 21%). Va segnalato che il numero dei non accompagnati non è sempre separabile, per aspetti legati al sistema di monitoraggio, da quello dei minori stranieri. Nonostante questo, viste le similitudini osservate tra le 2 popolazioni, è possibile tracciare un profilo delle principali caratteristiche di questi ragazzi.
- *Il genere*: il 56% dei minori in affidamento è di genere maschile, caratteristica che appare condizionata dai cittadini stranieri che risultano maschi nel 62% dei casi (rispetto al 53% registrato tra gli italiani) e dagli MSNA che nella quasi totalità, sono maschi.
- *L'affidamento intra o eterofamiliare*: la tipologia più diffusa è quella dell'affidamento eterofamiliare (ovvero ad altra famiglia diversa dai parenti fino al IV grado) che copre il 57% del totale degli affidamenti familiari in corso. Si tratta in questo caso di un indicatore per il quale lo status di MSNA è molto incisivo poiché le 2 caratteristiche - l'essere cioè un MSNA o affidato a familiari entro il quarto grado di parentela - comportano condizioni quasi contrapposte. Di fatto l'affidamento a un parente entro il IV grado si configura come un ricongiungimento familiare che fa decadere lo stato di abbandono e quindi la condizione di MSNA. Il numero di MSNA interessati da affidamento, se rivisto secondo questa lettura, risulta molto dimensionato con appena 15 affidati, a conferma della difficoltà che incontrano i Servizi pubblici ad attivare la risorsa di famiglie o di singoli disponibili all'esperienza di accoglienza che l'affido rappresenta. È verosimile che questi ragazzi, in affidamento intrafamiliare, siano effettivamente entrati sul territorio nazionale e regionale come MSNA, senza un genitore o un parente al seguito, ma che successivamente, con l'aiuto dei servizi territoriali, abbiano trovato sistemazione in affidamento da familiari entro il IV grado;
- *L'età*: la composizione per età dei minori stranieri in affidamento familiare si concentra, prevalentemente, nella fascia 15-17 anni dove raggiunge il 37% (valore

di gran lunga superiore a quanto osservato fra gli italiani dove rappresentano soltanto il 23%). La differenza osservata fra le due popolazioni è dovuta alla presenza, fra gli stranieri, degli MSNA che, mediamente, hanno un'età che si avvicina maggiormente ai 18 anni. Sempre tra gli stranieri i bambini di 0-2 anni sono il 6% (3% tra gli italiani), quelli di 3-5 anni costituiscono il 9% (12% fra gli italiani), i bambini tra i 6-10 anni sono il 23% (30% tra gli italiani), mentre il 25% si attesta tra gli 11-14 anni (31% tra gli italiani).

- *Il periodo dell'affido*: per i ragazzi stranieri la durata del periodo di affidamento, se confrontato alla condizione degli italiani, è molto contratto. Circa la metà dei bambini e dei ragazzi italiani in affidamento familiare al 31/12/2014 è stato abbinato alla famiglia affidataria da oltre 4 anni, mentre fra gli stranieri si rileva che il 29% degli affidamenti è in corso da meno di 1 anno e il 54% da meno di 2 anni. Gli affidamenti "lungheggianti" coprono soltanto il 27% del totale degli affidamenti di stranieri. Anche in questo caso la differenza osservata fra le due popolazioni è influenzata dagli MSNA per i quali, solitamente, si rilevano periodi di accoglienza molto più brevi se confrontati a quelli degli altri minori.

I MSNA che non trovano sistemazione presso famiglie o parenti, vengono inseriti nei percorsi di accoglienza assicurati dal sistema delle 106 **comunità residenziali per minori** operanti in Toscana.

Per contestualizzare questa tipologia di servizio e di intervento possiamo dire che, sempre al 31/12/2014, erano 600 i bambini e i ragazzi in accoglienza residenziale, di cui 236 stranieri (40% del totale degli accolti) e di questi, 148 nella condizione di MSNA (63% sul totale degli stranieri e 25% sul totale degli accolti). Dobbiamo precisare che la dimensione dell'accoglienza in Toscana è sicuramente sottostimata poiché i dati vengono forniti da 99 strutture residenziali sulle 106 operanti. Inoltre, nel numero complessivo di ragazzi, non sono conteggiati i presenti in struttura residenziale che hanno compiuto il 18° anno di età (quota particolarmente importante nel caso di MSNA).

- Anche fra i ragazzi accolti nelle comunità residenziali per minori, la presenza di MSNA influenza la composizione per genere ed età.
- Tra i 600 ragazzi presenti in struttura al 31/12/2014, 351 (58,5%) sono maschi. La forte differenza di genere si rileva soprattutto nelle tipologie di strutture - come i centri di pronta accoglienza e le comunità educative - dove la presenza di stranieri e di non accompagnati è più forte. Nelle tipologie nelle quali la presenza di stranieri è più bassa - come ad esempio le comunità familiari, le case di accoglienza per l'infanzia e le case famiglia multiutenza - la presenza del genere femminile è leggermente più alta di quella dei coetanei maschi.

Per cercare di riassumere il profilo dei minori accolti in struttura residenziale possiamo considerare la fascia di età particolarmente rappresentativa e cioè quella compresa tra i 14

e i 17 anni che, come abbiamo visto, rappresentano più del 50% sul totale dei presenti a dicembre 2014 (tra gli ingressi e i dimessi nello stesso anno la percentuale sale fino al 67%, di fatto 2 minori su 3). Questo è legato all'elevato numero di MSNA in questa fascia di età - ben 142 sui 305 totali (47%). Si tratta di ragazzi prossimi alla maggiore età, in prevalenza nella condizione di MSNA, di genere maschile (196 su 305 pari al 64% del totale dei 14-17enni) che rimangono in struttura per un periodo molto breve che difficilmente supera i 24 mesi (permanenza che nel 69% degli MSNA è inferiore ai 3 mesi). Infine, fra gli stranieri, la motivazione prevalente del loro ingresso in struttura (età 14-17 anni) è lo *status* di MSNA mentre, fra gli italiani, il motivo prevalente è riconducibile ai problemi comportamentali del minore e all'incapacità educativa dei genitori.

Uno sguardo, infine, ai principali esiti successivi all'uscita del minore dalla struttura con uno sguardo particolare a quelli che riguardano i MSNA:

- l'allontanamento spontaneo del minore: coinvolge soprattutto i ragazzi stranieri entrati con un'età compresa tra i 14 e i 17 anni che rappresentano l'84% degli allontanamenti spontanei. Si tratta in prevalenza di minori in struttura perché "soli" e di MSNA. Il 91% dei casi si verifica entro il primo mese di accoglienza;
- il trasferimento ad altra struttura socio-educativa: anche in questo caso siamo in presenza di un tipo di provvedimento che interessa soprattutto i MSNA che nella metà dei casi sono stati accolti da meno di un mese; infatti solo nel 6% dei trasferimenti l'accoglienza ha superato i 12 mesi.

Tutti i dati citati sono reperibili nelle banche dati e nei report di commento consultabili e disponibili al sul sito del Centro regionale Infanzia e Adolescenza (Regione Toscana/ Istituto degli innocenti) al seguente indirizzo web: [www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it).

### **2.3 L'accoglienza sanitaria**

*Maria José Caldés Pinilla, Laura delli Paoli, Leila Zoia - Centro di Salute Globale - e dei Referenti aziendali per la migrazione<sup>12</sup>*

La Regione Toscana, in base alle "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane" predisposte dal Gruppo tecnico interregionale e approvate in data 21/9/2011 dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, ha emanato le "Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Italia"<sup>13</sup> che recepiscono gli indirizzi nazionali.

---

<sup>12</sup> Graziella Franchi - AOU Careggi, Giorgio Garofalo - USL Toscana Centro, Alberto Ferraioli - AOU Meyer, Andrea Grillo - USL Toscana Nord Ovest, Concetta Panaro - AOU Pisa, Angela Annesanti e Sabrina Bracciali - AOU Siena, Anna Domenichelli - USL Toscana Sud Est.

<sup>13</sup> DGRT del 20/2/2012, n. 120.

Oltre a questo, la Regione Toscana, al fine di facilitare la diffusione e rispondere alle possibili criticità presenti sul proprio territorio, individua dei nuclei di supporto specifici (1 per Area Vasta) che, oltre alle suddette attività, svolgono un ruolo di coordinamento.

In seguito al recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 20/12/2012, si è reso necessario un aggiornamento delle Linee guida regionali successivamente deliberate nel 2014. Le nuove "Linee guida regionali per l'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria dei cittadini non italiani presenti in Toscana"<sup>14</sup> contengono le disposizioni nazionali e rappresentano un valido strumento per sistematizzare e coordinare l'accesso della popolazione straniera sul territorio regionale. Negli anni successivi, pur non apportando modifiche sostanziali alle linee guida, la Direzione "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" ha divulgato alcune buone pratiche sull'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri presenti in Toscana nelle quali vengono puntualizzati alcuni aspetti riguardanti i criteri previsti per l'iscrizione al SSR (attività lavorative e rilascio del tesserino STP/ENI ai minori)<sup>15</sup> e alle modalità del rilascio dei tesserini con codice STP/ENI.

In seguito all'approvazione della L.r. n. 84 del 2015 relativa al "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale - modifiche alla L.r. 40/2005", all'art. 7 *bis* dal titolo "Salute globale e la lotta alle disuguaglianze" si configura il Centro di Salute Globale (CSG) come struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti.

Il CSG è l'interlocutore per quanto riguarda i temi inerenti la salute dei migranti ed è incaricato di curare i rapporti con tutti i soggetti coinvolti in questo ambito, in particolar modo con il Privato sociale, le comunità di migranti presenti nel territorio toscano e il GrIS Toscana-SIMM (Gruppi locali Immigrazione e Salute Società italiana di Medicina delle Migrazioni), in quanto punto di riferimento di molte Associazioni.

Fra le principali problematiche osservate a livello regionale, la disomogeneità territoriale dovuta al mancato coordinamento dei diversi soggetti che si occupano di questo ambito tematico, ha mostrato l'esigenza di creare un gruppo di lavoro in grado di raccogliere informazioni dalle singole Aziende e creare momenti di raccordo tra di esse. Viene, così, ricostituita la rete dei Referenti aziendali per la migrazione composta da 1 referente per ciascuna delle 3 Aziende sanitarie toscane e 1 per ciascuna delle 4 Aziende ospedaliere universitarie toscane.

Il Gruppo dei referenti delle Aziende sanitarie e ospedaliere, designati dalle rispettive Direzioni generali e coordinato dal CSG, lavora in modo coordinato su azioni promosse dalle singole Aziende sanitarie riguardanti tematiche relative alla salute dei migranti che si trovano sul territorio toscano e dei richiedenti/titolari la protezione internazionale. I referenti sono dei punti di riferimento aziendali che veicolano informazioni in modo capillare, strategico, riportando un'analisi del contesto territoriale e dei bisogni rilevati nelle proprie aree di riferimento.

<sup>14</sup> DGRT del 9/12/2014, n. 1139.

<sup>15</sup> Decreto Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" n. 97226 del 22/04/2015.

In questi primi mesi di lavoro, il gruppo dei referenti aziendali ha individuato tre ambiti tematici prioritari:

- A. i percorsi di accoglienza sanitaria per i richiedenti/titolari protezione internazionale;
- B. STP/ENI (modalità di rilascio, luoghi, orari, etc.);
- C. servizio di mediazione linguistico-culturale.

**A)** La Regione Toscana, il 16/5/2014, ha elaborato una “Procedura per la sorveglianza sanitaria dei soggetti immigrati a seguito di interventi umanitari”. In tale documento si sottolinea la necessità di verificare lo stato di salute dei migranti ospitati in strutture di accoglienza della Regione in base alle disposizioni delle Prefetture. Questo monitoraggio ha lo scopo di valutare lo stato di salute dei singoli individui ma anche i potenziali rischi per la collettività. Per queste motivazioni, all’arrivo sul nostro territorio, è prevista una prima visita di carattere generale effettuata da un medico individuato dalle Aziende per svolgere tale compito.

La procedura dettagliata dalla Regione Toscana fa riferimento a quella predisposta dal Ministero della Salute nel 2011<sup>16</sup> in occasione dei numerosi sbarchi sulle coste italiane che caratterizzarono la cosiddetta “Emergenza Nord Africa”.

Il seguente *iter* è stato indicato dalla Regione Toscana come linea di indirizzo per le Aziende che lo hanno recepito adattandolo alle diverse realtà:

1. il Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda prende contatto con la Prefettura di riferimento, concordando le modalità di inoltro di tutte le comunicazioni necessarie in caso di arrivo di migranti sul territorio di competenza (numero, età, paese di provenienza ed eventuali tipologie di assistenza particolari, ad esempio in caso di gestanti).
2. In seguito all’arrivo di migranti, la Prefettura trasmette la comunicazione al Dipartimento di Prevenzione che provvede a inoltrare la comunicazione agli uffici di competenza.
3. Le Direzioni delle Aziende sanitarie, in coordinamento con i Dipartimenti di Prevenzione e i distretti, individuano le figure mediche che effettueranno la visita. La visita sarà effettuata entro le prime 48 ore dall’arrivo utilizzando l’apposito modello (vedi **Allegato 1**). Ove il medico lo ritenga necessario, può prescrivere farmaci e/o accertamenti specialistici.
4. Il medico che ha effettuato la visita trasmette via mail il modello compilato entro il più breve tempo possibile alla zona-distretto e all’Unità funzionale di Igiene e Sanità pubblica di zona (UF ISP).
5. Nel caso in cui sia necessario, la UF ISP si occupa dell’invio al secondo livello infettivologico o ad altre visite specialistiche. Si occupa, inoltre, di recuperare l’esito degli accertamenti e di comunicare alle strutture di accoglienza eventuali indicazioni specifiche.
6. Il soggetto che necessita di prestazioni sanitarie deve essere preso in carico dal servizio sanitario regionale, pertanto si attiveranno i seguenti percorsi:

---

<sup>16</sup> Prot. 8636 del 7/4/2011, inviata con nota prot. A00\_GRT 89758/Q.100.50 dell’8/4/2011.

- se il cittadino straniero è in attesa di rilascio di permesso di soggiorno, si provvede con l'iscrizione temporanea sulla base della documentazione attestante l'avvenuta richiesta di permesso di soggiorno;
  - se il cittadino non è in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno vengono assicurate le cure attraverso il tesserino STP.
7. In caso di rilascio del tesserino STP la struttura amministrativa dovrà:
- rilasciare un modello con tutti i dati necessari del soggetto richiedente, che il responsabile della struttura ospitante provvederà a inviare all'anagrafe sanitaria della zona di competenza;
  - l'anagrafe sanitaria competente predisporre il tesserino STP e provvede alla registrazione nella procedura;
  - l'anagrafe sanitaria contatta il responsabile del centro di accoglienza per il ritiro dei tesserini STP.

Il compito di sorveglianza delle condizioni igienico-sanitarie delle strutture di accoglienza è affidato alla UF di Igiene e Sanità pubblica. Tale servizio curerà l'informazione alle strutture delle particolari attenzioni e precauzioni:

- attenzione a febbre e tosse persistente (come sintomo di allerta per la TB);
- attenzione alle manifestazioni cutanee;
- corretta tenuta igienica dei locali e dei servizi;
- corretta gestione della biancheria;
- corretto lavaggio delle mani per ospiti e operatori.

I responsabili delle strutture di accoglienza comunicheranno alla UF ISP eventuali variazioni che potrebbero essere di interesse (ad esempio i ricoveri).

In caso di necessità potranno essere programmati altri interventi di sanità pubblica per la prevenzione delle malattie infettive e impostati programmi di vaccinazioni, soprattutto nei minori.

**B)** Per quanto concerne il rilascio del tesserino STP/ENI, come detto in precedenza, le Aziende della regione Toscana rilasciano tali documenti in occasione della prima erogazione delle prestazioni o preventivamente per facilitare l'accesso ai servizi sanitari. Il tesserino può essere rilasciato nei Pronto soccorso o nel territorio delle Aziende sanitarie. È rimessa alla facoltà aziendale l'organizzazione dei punti di rilascio del tesserino STP/ENI con l'indicazione di tendere a uno per ogni zona/distretto.

**C)** La mediazione linguistico culturale (LC) è un servizio di cui possono usufruire tutte le Aziende sanitarie per affrontare e gestire le difficoltà riscontrate nella comunicazione con l'utente straniero, sostenendo da una parte le competenze dell'operatore e dall'altra agevolando il processo di integrazione e promozione della salute nella comunità migrante. Il mediatore non è solo un traduttore, cioè un interprete che si limita al trasferimento del contenuto informativo, ma una figura che riesce a trasmettere il senso della conversazione a tutti gli attori del processo di mediazione, agevola la comprensione di tradizioni, abitudini, modi di essere, di percepire lo stato e il significato delle malattie

in culture profondamente diverse da quella a cui gli operatori sanitari sono generalmente abituati. È in grado, inoltre, di favorire la comprensione della comunicazione verbale e non verbale (la gestualità, l'uso dello spazio e la modalità di interazione alle questioni, che non sono uguali in tutte le persone e in tutte le culture). La presenza del mediatore LC permette un approccio più sereno ed efficace all'utente migrante che avverte, in questo modo, di essere accolto, compreso e tutelato. Il mediatore interviene per far comprendere i contenuti dell'assistenza, aiuta l'utente a usufruire correttamente dei servizi e delle attività delle strutture sanitarie nel complesso. In particolare, il servizio di mediazione, garantisce una maggiore autonomia nell'accesso ai servizi da parte dell'utenza immigrata, un utilizzo più corretto dei servizi sanitari offerti, maggior successo nei percorsi terapeutici, soddisfazione del paziente e dell'operatore sanitario rispetto allo sviluppo del periodo di ricovero e del percorso di diagnosi e cura e, non meno importante, l'acquisizione da parte degli operatori di competenze interculturali. La mediazione LC permette, quindi, il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, la diminuzione degli accessi impropri e, infine, una riduzione dei costi.

I mediatori hanno ricevuto una formazione *ad hoc*, parlano una lingua straniera, l'italiano e almeno una lingua veicolare (inglese, francese o spagnolo) e presentano frequentemente un vissuto migratorio.

Il servizio di mediazione linguistico culturale viene erogato a seconda delle esigenze delle varie AUSL su:

- presenza fissa: turni di presenza giornaliera o settimanale (a seconda dei Servizi) in orari concordati per le lingue con maggior richiesta, dove il mediatore è a disposizione dei vari reparti richiedenti;
- presenza su chiamata programmata;
- presenza su chiamata urgente;
- interpretariato telefonico "*Help-Voice*": servizio attivo 365 gg/anno h24 per le lingue richieste;
- traduzioni di testi scritti;
- servizio a chiamata di interpretariato in lingua dei segni italiana (L.I.S.) in favore delle persone sorde.

Il servizio di mediazione linguistico culturale è stato affidato a livello di Area Vasta a seguito di una gara di appalto svolta in tutta la regione Toscana.

## **Capitolo 3**

# **Aspetti socio-demografici della popolazione straniera**

**I cittadini stranieri  
residenti in Toscana**

**Gli stranieri e la scuola**

**Gli stranieri  
e il mondo del lavoro**





### 3. Aspetti socio-demografici della popolazione straniera

Caterina Silvestri, Stefano Bravi e Eleonora Fanti - ARS Toscana

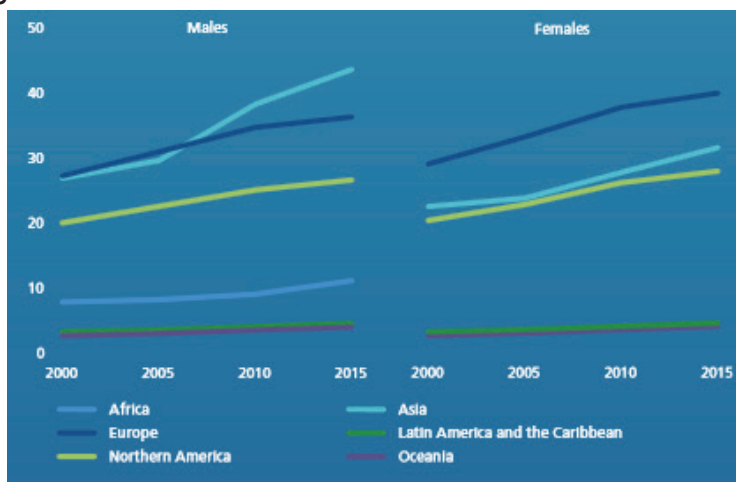
Il processo di globalizzazione avvenuto nel corso degli ultimi anni ha reso la mobilità umana e il fenomeno migratorio un evento molto comune alla cui base, però, si trovano profondi mutamenti che lo hanno trasformato da un fatto prevalentemente economico/lavorativo, o di ricongiungimento familiare, all'esigenza di ricevere protezione internazionale.

Le Organizzazioni internazionali stimano che nel mondo 1 persona ogni 7 sia rappresentata da 1 migrante, valore che complessivamente ammonta a circa 1 miliardo di persone di cui 214 milioni definiti migranti internazionali.<sup>17</sup> La maggior parte di loro vive in Europa (76 milioni), in Asia (75 milioni) e in Nord America (54 milioni) con una distribuzione che, tra il 2000 e il 2015, ha visto l'Asia come il Paese che ha ospitato il maggior numero di migranti internazionali (26 milioni) rispetto a qualsiasi altra area del mondo con un incremento annuo di 1,7 milioni. Nello stesso periodo, al secondo posto, troviamo l'Europa con 20 milioni di migranti internazionali (1,3 milioni all'anno) seguita dal Nord America (14 milioni o 0,9 milioni all'anno) e dall'Africa (6 milioni o 0,4 milioni all'anno) (**Figura 3.1**).

È noto che la popolazione migrante è rappresentata prevalentemente da persone giovani (uno su sei ha meno di 20 anni) con un'età media di 39 anni (in leggero aumento rispetto al 2000 dove l'età media era di 38 anni) con punte più elevate registrate in Oceania ed Europa dove l'età media è, rispettivamente, di 44 e 43 anni. Soltanto il 12% è rappresentato da persone di età superiore ai 65 anni.

Le donne costituiscono il 48,2% dei migranti internazionali (anno 2015) con quote più elevate osservate in Europa (52,4%) e America del Nord (51,2%).

**Figura 3.1**  
Migranti internazionali per sesso e area principale (milioni) - Anni 2000-2015 - Fonte: WHO, 2015



<sup>17</sup> Kontunen K, Rijks B, Motus N, et al. (2014), Ensuring health equity of marginalized populations: experiences from mainstreaming the health of migrants, Health promotion international, 29 (suppl. 1):i121-i129.

Parlando di popolazioni migranti, un'attenzione particolare deve essere dedicata al tema dei rifugiati. In Europa (UE 28 Paesi), secondo quanto recentemente pubblicato dall'*European Asylum Support Office* (EASO),<sup>18</sup> nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito a un costante incremento delle richieste di asilo che hanno visto il loro culmine nel corso del 2015 quando, rispetto all'anno precedente, la crescita è stata del 110%.

Nel 2015, infatti, il numero domande di protezione internazionale presentate sono state 1.392.155 e di queste circa il 95% erano i nuovi candidati, cioè persone mai registrate nel sistema europeo delle richieste di asilo. Il più alto numero di richiedenti protezione internazionale provengono dalla Siria, dai Paesi dei Balcani occidentali (Albania, Bosnia-Erzegovina, ex Repubblica jugoslava di Macedonia, Kosovo, Montenegro e Serbia) e dall'Afganistan.

I Paesi UE che ricevono il maggior numero di domande sono Germania, Ungheria, Svezia, Austria e Italia (**Tabella 3.1**). La Germania è destinataria di ben il 34% delle richieste, anche se i Paesi che hanno visto l'incremento maggiore nel corso dell'ultimo anno sono soprattutto l'Ungheria (+310%) e l'Austria (+214%). Le richieste di protezione internazionale rivolte all'Italia coprono il 6% del totale UE con un incremento, nel corso del 2015, del 30%.

**Tabella 3.1**  
Numero di richiedenti protezione internazionale nei principali Paesi UE per cittadinanza principale e percentuale di incremento per Paese - Anni 2011-2015 - Fonte: EASO, 2016

Paesi UE + interessati	2015					> nell'ultimo anno	Richieste per Paese	Paesi di provenienza	Trend
	2011	2012	2013	2014	2015				
Germania	53.235	77.485	126.705	202.645	476.510	+ 135%	34%	Siria (34%)	↑
Ungheria	1.690	2.155	18.895	42.775	177.135	+314%	13%	Siria (36%)	↑
Svezia	29.650	43.855	54.270	81.180	162.450	+100%	12%	Siria (32%)	↑
Austria	14.420	17.415	17.500	28.035	88.160	+214%	6%	Afganistan (29%)	↑
Italia	40.315	17.335	26.620	64.625	84.085	+30%	6%	Nigeria (22%)	↗

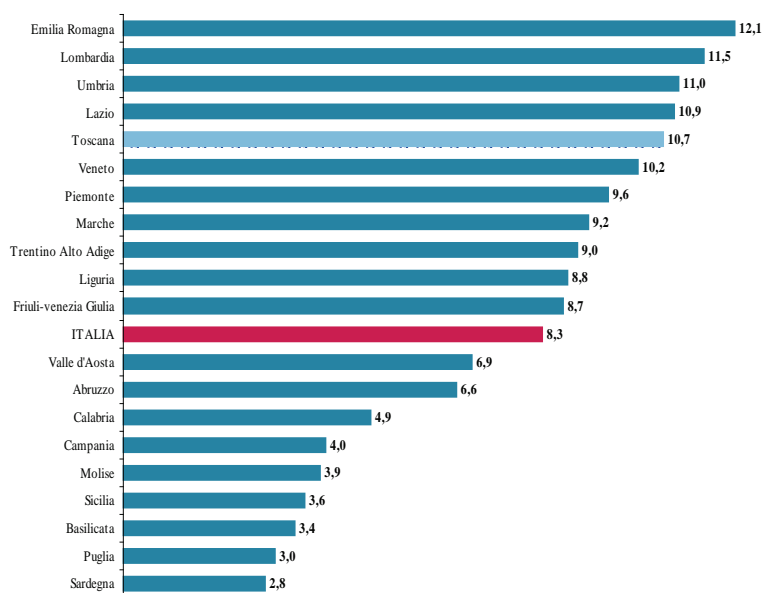
Osservando questi dati è facile capire il progressivo incremento della popolazione straniera residente in Italia che, dal 2004 al 2015, è passata dal 3,4% all'8,3% del totale.

Nel nostro Paese, al 1/1/2016, risultano residenti 5.026.153 cittadini stranieri con una distribuzione sul territorio nazionale che (**Figura 3.2**) mostra un gradiente nord-sud con un maggior interessamento di regioni come l'Emilia-Romagna (12,1%), la Lombardia (11,5%), l'Umbria (11,0%) il Lazio (10,9%) e la Toscana (10,7%). La regione con la minor percentuale di stranieri residenti è la Sardegna (2,8%). Sicuramente, trattandosi

<sup>18</sup> European Asylum Support Office (2016), Annual Report on the Situation of Asylum in the European Union 2015.

di persone residenti, e quindi in possesso di un regolare permesso di soggiorno rilasciato per motivi diversi (fra cui quello lavorativo), hanno scelto di dirigersi verso aree del nostro Paese che offrono maggiori opportunità economiche. Diverso, infatti, è il coinvolgimento delle regioni nel caso di migranti “temporaneamente presenti” sul territorio inseriti nei centri di accoglienza (CPSA, CDA, CARA), nei centri di identificazione ed espulsione (CIE), nelle strutture temporanee e nel Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) con presenze elevate anche al sud.<sup>19</sup>

**Figura 3.2**  
**Proporzione (%) della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente al 1/1/2016 per regione e totale - Fonte: ARS su dati ISTAT**

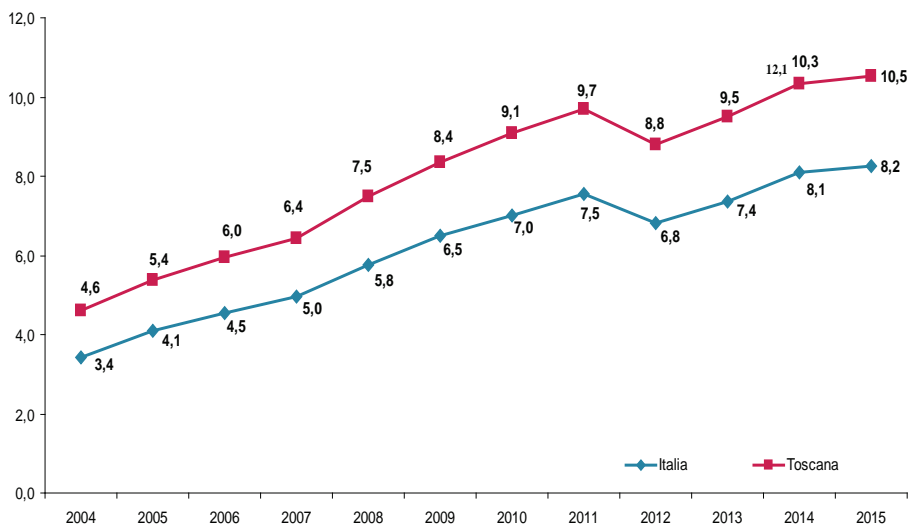


### 3.1 I cittadini stranieri residenti in Toscana

Come abbiamo visto, la Toscana rappresenta una delle regioni con il più alto numero di cittadini stranieri residenti (31/12/2015 n = 396.219) e, in linea con il dato nazionale, ha visto un costante incremento nel corso degli anni (**Figura 3.3**).

<sup>19</sup> Ultima consultazione: 18/3/2016: [http://www.interno.gov.it/sites/default/files/dati\\_migranti\\_gennaio\\_2016.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/dati_migranti_gennaio_2016.pdf)

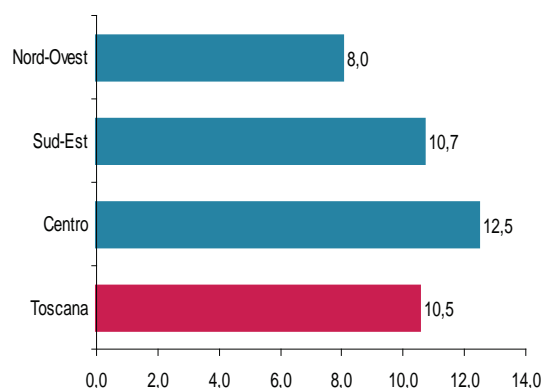
**Figura 3.3**  
**Proporzione (%) della popolazione straniera residente in Toscana sul totale della popolazione residente - Confronto Italia/Toscana - Anni 2004-2015 - Fonte: ARS su dati ISTAT**



Dobbiamo precisare, però, che se il trend complessivo calcolato sul totale della popolazione residente mostra una crescita costante, la percentuale di stranieri che annualmente si stabilisce sul nostro territorio è tendenzialmente stabile. Infatti, calcolando la quota annuale di cittadini stranieri residenti in Toscana sul totale degli stranieri residenti in Italia, osserviamo valori pressoché sovrapponibili (8,3% nel 2004; 7,9% nel 2015).

In linea con quanto osservato a livello internazionale e nazionale, anche in Toscana i cittadini stranieri si stabiliscono nelle aree che offrono maggiori opportunità lavorative. Questo fa sì che l'Area vasta centro, grazie anche alla presenza sul territorio pratese di una grande comunità cinese, raggiunga valori superiori alla media regionale. Al contrario, l'area della costa nord ovest, avendo maggior necessità di manodopera a carattere stagionale (si pensi all'agricoltura), rallenta l'insediamento stabile di queste popolazioni (**Figura 3.4**). Nonostante questo, il processo di stabilizzazione in atto ormai da molti anni, mostra una lenta redistribuzione sul territorio toscano dei cittadini stranieri con un incremento (dal 2003 al 2015) osservato soprattutto nelle province di Grosseto (+13,2%), Livorno (+12,9%), Pisa e Lucca (+10,8% rispettivamente).

**Figura 3.4**  
**Proporzione (%) della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente per AUSL di residenza e totale - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati ISTAT**



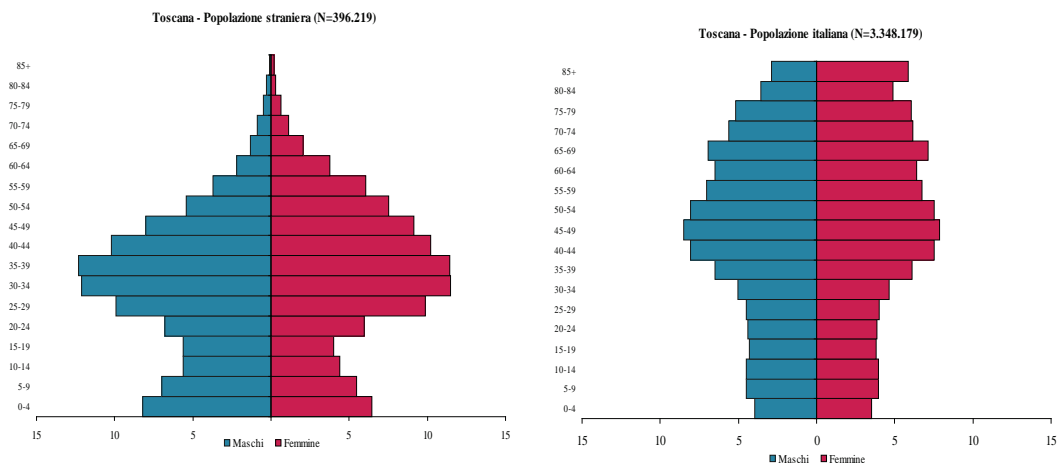
La caratterizzazione per genere della popolazione straniera residente in Toscana non mostra particolari differenze rispetto a quanto osservato nella popolazione di nazionalità italiana. Gli stranieri residenti in Toscana sono per il 51,8% di genere femminile (in linea con la media nazionale) rispetto al 51,4% registrato in quella italiana. Suddividendo la popolazione straniera in base al Paese di provenienza (Paese a forte pressione migratoria - PFPM o Paese a sviluppo avanzato - PSA)<sup>20</sup> si osservano, invece, interessanti differenze di genere con una presenza femminile molto più elevata fra i cittadini PSA rispetto ai PFPM (PSA: femmine = 62,9%; maschi = 37,1 - PFPM: femmine = 53,3%; maschi = 46,7%).

Sapendo che il flusso migratorio interessa prevalentemente la popolazione giovanile, non stupisce la diversa composizione per età osservata fra le due popolazioni. Gli stranieri residenti in Toscana hanno un'età media di 33,6 anni (maschi = 31,8 anni; femmine = 35,5 anni) rispetto ai 46,9 anni degli italiani (maschi = 45,8 anni; femmine = 48,9 anni). Il valore che maggiormente rappresenta questa difformità, è dato dagli over65enni dove, a fronte del 27,4% osservato fra gli italiani, fra gli stranieri costituisce soltanto il 4,2% (**Figura 3.5**) del totale.

Purtroppo l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) non rende disponibili i dati di popolazione residente specificando contemporaneamente l'età e la cittadinanza, pertanto non è possibile eseguire il calcolo di tassi standardizzati per età e per provenienza dei cittadini stranieri suddivisi per PFPM e PSA. Tuttavia, sapendo che i PFPM costituiscono la quota maggiore degli stranieri residenti sul nostro territorio e che, per la maggior parte, sono rappresentati da giovani con progetti migratori di carattere economico o con esigenze di protezione internazionale, possiamo supporre che la struttura per età di questi due gruppi sia molto diversa con un'età media molto più elevata fra i PSA che scelgono il nostro territorio anche per motivazioni diverse.

<sup>20</sup> In appendice la classificazione dei paesi PFPM e PSA.

**Figura 3.5**  
**Struttura per età della popolazione italiana e straniera residente in Toscana - Anno 2015**  
 - Fonte: ARS su dati ISTAT



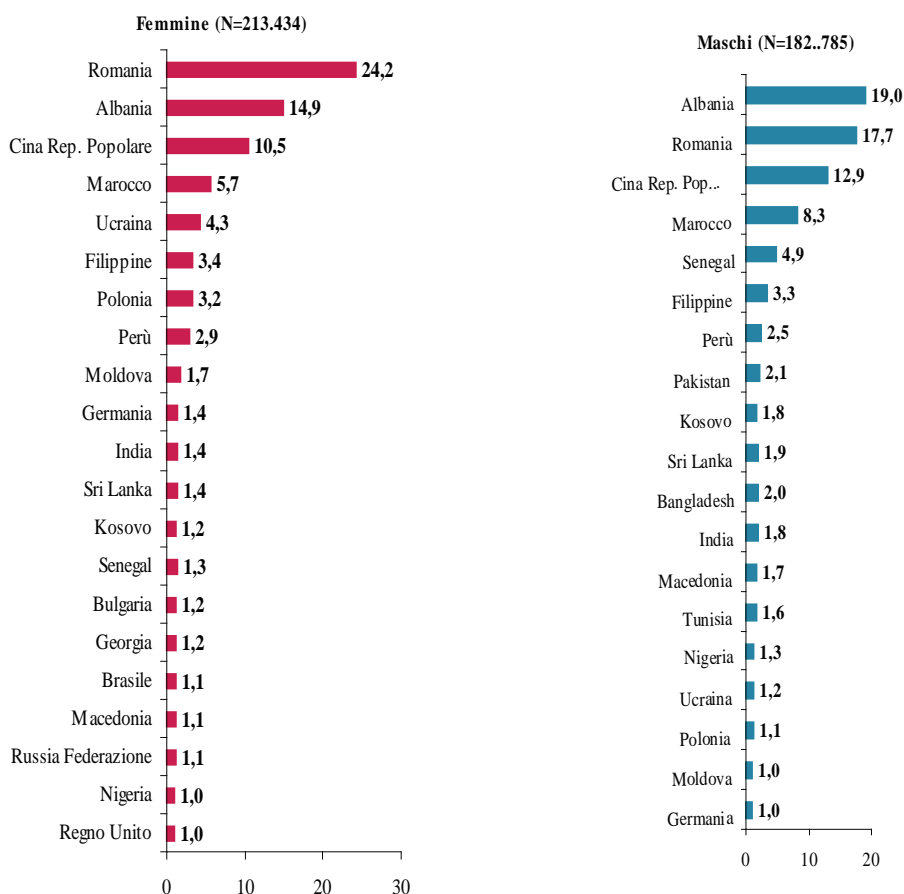
La caratterizzazione per area di provenienza mostra, in Toscana come in Italia, un'elevata multiculturalità con ben 173 diverse nazionalità presenti sul nostro territorio e 198 nell'intero Paese. Come si è detto la maggior parte degli stranieri (**Tabella 3.2**) proviene da PFPM, anche se in Toscana la proporzione di residenti provenienti da PSA è più elevata rispetto alla media nazionale. Più del 30% degli stranieri residenti in Toscana arriva da Paesi afferenti all'area dell'Europa centro-orientale che comprende cittadini provenienti prevalentemente da Albania (57,6%), Ucraina (9,2%) e Polonia (7,3%). A questi fanno seguito i Paesi membri dell'UE (25,2% del totale) con una netta maggioranza della Romania i cui cittadini rappresentano ben l'83,4% del totale delle persone provenienti da quest'area. Al 3° posto si collocano i cittadini asiatici (22,3%) provenienti per il 49,3% dalla Repubblica cinese.

**Tabella 3.2**  
**Distribuzione percentuale degli stranieri residenti per area di provenienza - Confronto Toscana/Italia - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati ISTAT**

Area di provenienza	Toscana			Italia		
	M	F	T	M	F	T
Europa Centro-Est	29,6	31,8	30,8	22,9	29,9	26,6
UE	21,1	28,8	25,2	23,0	27,9	25,6
Asia	24,3	20,5	22,3	22,3	16,7	19,3
Africa Nord	11,5	7,2	9,2	16,4	10,8	13,5
America Centro-Sud	4,8	7,1	6,1	5,9	8,7	7,4
Africa Centro-Sud	7,8	3,4	5,4	8,9	5,3	7,0
America Nord	0,5	0,7	0,6	0,3	0,3	0,3
Europa altri	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2
Oceania	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Apolidi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100	100	100
<b>Suddivisione PFPM/PSA</b>						
PFPM	95,5	93,4	94,4	96,8	95,5	96,1
PSA	4,5	6,6	5,6	3,2	4,5	3,9

La migrazione assume caratteristiche diverse in base al paese di provenienza. Pur confermando, in entrambi i generi, l'alta affluenza di cittadini provenienti dalla Romania, Albania e Repubblica popolare cinese, alcune aree risultano legate alla richiesta occupazione (vedi paragrafo 3.3). Nel genere femminile, ad esempio, il lavoro di colf e badante rappresenta un fattore di attrazione per donne provenienti da Paesi come l'Ucraina, la Polonia, Moldavia e Bulgaria, mentre, nel genere maschile, il settore del commercio, dell'edilizia e dell'agricoltura richiama anche cittadini provenienti dal Senegal, Pakistan, Sri Lanka e Bangladesh (Figura 3.6).

**Figura 3.6**  
**Distribuzione percentuale degli stranieri residenti in Toscana per genere e cittadinanza (Paesi con % di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti) – Anno 2015 – Fonte: ARS su dati ISTAT**

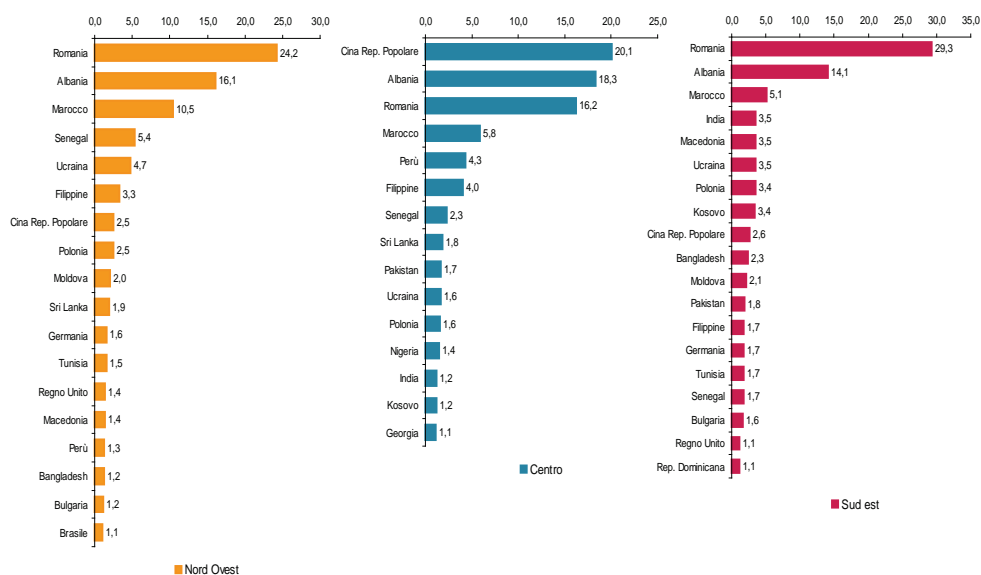


La stessa analisi effettuata per azienda USL (AUSL) di residenza, oltre a confermare l'alta prevalenza di cittadini provenienti dalla Romania, Albania e Marocco, mette in evidenza alcune particolarità territoriali (Figura 3.7).



Sul territorio dell'AUSL Toscana Nord-Ovest il 5,4% dei cittadini stranieri residenti proviene dal Senegal mentre nell'AUSL Sud-Est il 4° Paese è rappresentato dall'India e non risultano residenti sul territorio cittadini provenienti dal Perù (solo lo 0,7%). Diversa, invece, è la distribuzione delle cittadinanze osservata nell'AUSL Centro dove i cittadini provenienti dalla Repubblica popolare cinese rappresentano il 1° gruppo etnico (20,1%) e anche gli stranieri provenienti dal Perù risultano molto numerosi (4,3%).

**Figura 3.7**  
**Distribuzione percentuale degli stranieri residenti in Toscana per AUSL e cittadinanza (paesi con % di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti) - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati ISTAT**



### 3.2 Gli stranieri e la scuola

Trattandosi di una popolazione a forte componente giovanile, non sorprende l'elevata presenza di stranieri in ambito scolastico. In Italia, secondo quanto pubblicato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR), nell'anno scolastico (a.s.) 2016/2017 (ultimo dato disponibile) sono 736.313 gli iscritti stranieri nei diversi ordini e gradi di scuola.<sup>21</sup> Analizzando l'andamento delle presenze negli ultimi anni, si osserva un incremento delle iscrizioni che sono passate dal 2,7% registrato nell'anno scolastico 2002/2003 al 9,4% nel 2016/2017. Questa crescita non può essere attribuita soltanto all'aumento degli alunni con cittadinanza non italiana perché dovuta anche alla diminuzione degli iscritti italiani e delle popolazione scolastica in generale che, nei prossimi anni, potrebbero subire un'ulteriore contrazione a causa della riduzione della natalità e dei flussi migratori.

<sup>21</sup> MIUR (2016), Focus "Anticipazione sui principali dati della scuola statale". Consultabile su: [http://www.ed-scuola.eu/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/REPORT\\_Dati\\_Avvio\\_anno\\_scolastico\\_2016-2017.pdf](http://www.ed-scuola.eu/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/REPORT_Dati_Avvio_anno_scolastico_2016-2017.pdf)

La distribuzione degli alunni stranieri sul territorio italiano per l'a.s. 2016/2017 conferma trend noti, ovvero le aree di maggior concentrazione delle presenze. Le regioni più interessate, infatti, sono l'Emilia-Romagna, dove la percentuale di alunni stranieri supera il 16,5%, seguita dalla Lombardia (15,7%) l'Umbria (13,6%) e la Toscana con il 13,5%. Nonostante questo, nel corso degli ultimi dieci anni, si sta verificando un aumento delle iscrizioni scolastiche di cittadini stranieri soprattutto nelle regioni del sud con una variazione di oltre il 400% in Basilicata, 380% in Campania e circa il 35% in Calabria e in Sicilia (a.s. 2004/2005 *vs.* a.s. 2016/2017).

In Toscana l'incremento è stato del 208%.

Come per il dato nazionale, anche in Toscana la distribuzione degli stranieri iscritti all'a.s. 2014/2015 (ultimo anno disponibile)<sup>22</sup> rispecchia le aree a maggior concentrazione di stranieri residenti (**Tabella 3.3**). Le province di Prato e Firenze mostrano una densità di studenti con cittadinanza straniera più elevata rispetto alle medie regionali con valori che nelle scuole primarie e secondarie di I grado della provincia di Prato, raggiungono rispettivamente il 25,9% e il 23,4% (1 studente su 4 è straniero). Il passaggio dalle scuole secondarie di I grado al ciclo di II grado evidenzia l'abbandono scolastico da parte di molti ragazzi stranieri probabilmente inseriti nel contesto lavorativo. Nella provincia di Prato la riduzione è di circa 10 punti percentuali (I grado: 23,4%; II grado: 14,6%).

**Tabella 3.3**

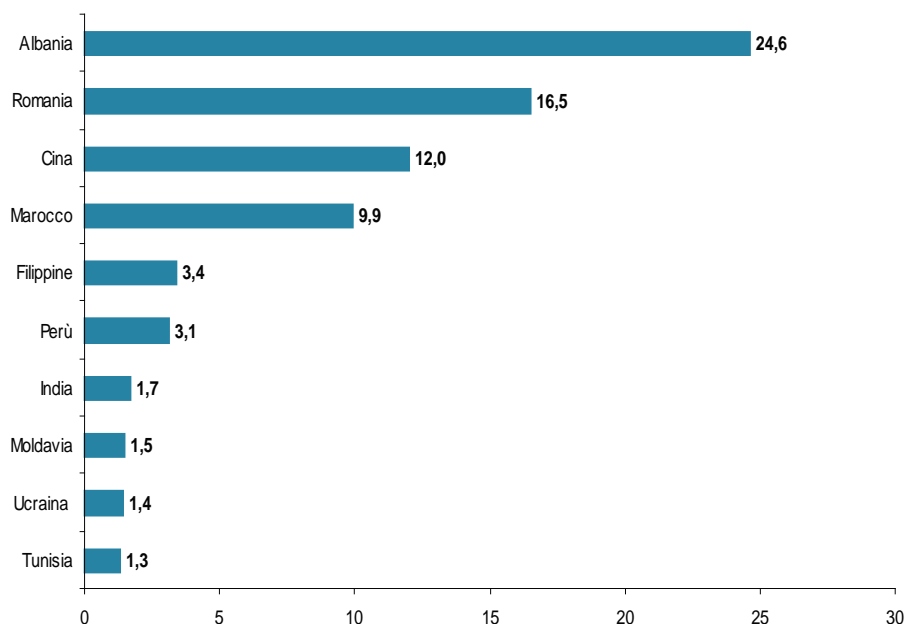
**Percentuale degli alunni iscritti nell'anno scolastico 2014/2015 in Toscana - Analisi per livello scolastico, provincia e cittadinanza - Fonte: ARS su dati MIUR**

Province	Primaria		I grado		II grado		Totale	
	Italiani (N=131.667)	Stranieri (N=22.011)	Italiani (N=83.006)	Stranieri (N=13.630)	Italiani (N=143.972)	Stranieri (N=16.043)	Italiani (N=357.645)	Stranieri (N=51.684)
Arezzo	84,8	15,2	85,6	14,4	88,6	11,4	86,5	13,5
Firenze	82,9	17,1	83,3	16,7	88,3	11,7	85,1	14,9
Grosseto	88,3	11,7	87,3	12,7	91,0	9,0	89,2	10,8
Livorno	91,4	8,6	91,2	8,8	92,9	7,1	91,9	8,1
Lucca	90,3	9,7	90,6	9,4	93,2	6,8	91,4	8,6
Massa-Carrara	90,4	9,6	90,6	9,4	93,5	6,5	91,8	8,2
Pisa	87,7	12,3	86,9	13,1	90,8	9,2	88,6	11,4
Pistoia	86,7	13,3	87,4	12,6	91,2	8,8	88,7	11,3
Prato	74,1	25,9	76,6	23,4	85,4	14,6	78,9	21,1
Siena	85,2	14,8	84,9	15,1	87,6	12,4	86,1	13,9
Totale	87,1	12,9	87,2	12,8	89,9	10,1	87,0	13,0

<sup>22</sup> MIUR-ISMU (2016), Alunni con cittadinanza non italiana – La scuola multiculturale nei contesti locali. Rapporto nazionale A.s. 2014/2015 (a cura di Santagati M e Ongini V), Milano.

Le cittadinanze più rappresentate sono quella albanese (costituiscono il 24,6% degli stranieri iscritti a.s. 2014/2015, rumena (16,5% degli iscritti) e cinese (12% degli iscritti) (**Figura 3.8**).

**Figura 3.8**  
**Percentuale di alunni con cittadinanza non italiana iscritti in Toscana a.s. 2014/2015 - Analisi per Paese di provenienza - Fonte: ARS su dati MIUR**



Le informazioni basate sulla cittadinanza contengono sia gli alunni immigrati che i nati in Italia da genitori stranieri (le cosiddette seconde generazioni) la cui distinzione, invece, richiede particolare attenzione soprattutto in virtù dei diversi bisogni educativi richiesti. Riferendoci allo stesso anno scolastico 2014/2015, i dati MIUR mostrano che il 49,3% degli studenti stranieri iscritti è nato in Italia. Anche le seconde generazioni sono nettamente superiori nelle scuole primarie (71,5%) mentre diminuiscono sensibilmente nelle scuole secondarie di I e II grado (rispettivamente 47,1% e 20,8%).

### 3.3 Gli stranieri e il mondo del lavoro

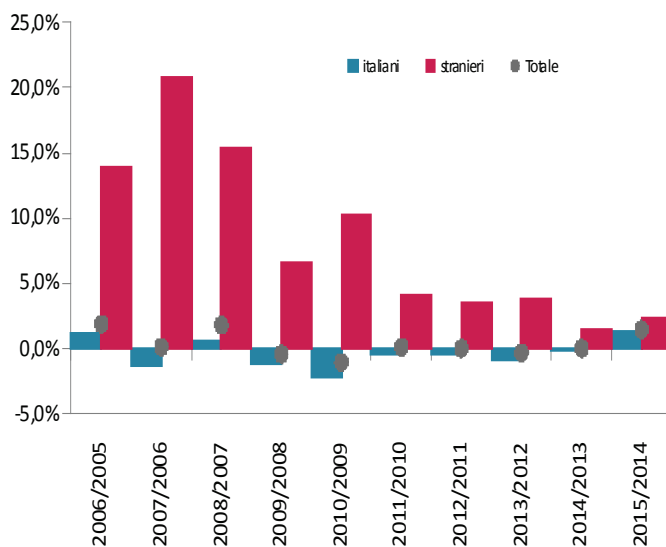
*Natalia Faraoni - IRPET*

Gli stranieri, oltre a contribuire al riequilibrio demografico, rappresentano una componente significativa della forza lavoro, in risposta alle esigenze sia delle imprese che delle famiglie italiane.

In Toscana, gli stranieri tra i 15 e i 64 anni erano 236.664 nel 2015, ossia il 16% della popolazione attiva totale, dato frutto di un trend in costante crescita (nel 2005 essi rappresentavano il 7%), che non si è arrestato durante la crisi.

Il contributo dell'immigrazione alla crescita occupazionale, anche dopo il 2008, continua a risultare positivo. Confrontando la variazione degli occupati italiani e stranieri si nota infatti l'incremento di questi ultimi, rispetto alla perdita netta di posti di lavoro ricoperti da toscani (**Figura 3.9**).

**Figura 3.9**  
**Variazione percentuali degli occupati per cittadinanza e totali - Toscana, anni 2005/2015 -**  
**Fonte: IRPET su dati ISTAT- RCFL**



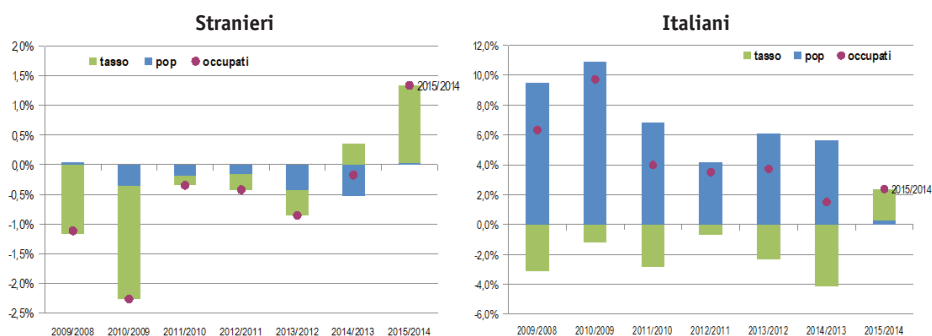
Questo dato si spiega osservando la componente demografica che caratterizza la popolazione straniera residente, sbilanciata sulle classi in età attiva e caratterizzata da giovani che entrano prima nel mercato del lavoro rispetto a quelli italiani, per i quali si osserva una durata più lunga dei percorsi di istruzione.

Guardando alla nazionalità, tra gli occupati nati all'estero, secondo l'ultimo rapporto Caritas Migrantes (2015),<sup>23</sup> prevalgono in Toscana rumeni (circa 26%) e albanesi (circa 22%), seguiti a distanza da ucraini e cinesi (entrambi intorno al 5%). Sul territorio essi si concentrano nelle province di Prato e di Firenze.

In base ai dati ISTAT sulle Forze Lavoro, se si confrontano contestualmente la variazione dei tassi di occupazione, della popolazione totale e degli occupati italiani e stranieri, si nota come al contributo positivo in valore assoluto dei lavoratori immigrati corrisponda comunque una diminuzione della loro partecipazione al mercato del lavoro, fatta eccezione per il 2015.

<sup>23</sup> Caritas e Migrantes (2015), XXIV Rapporto Immigrazione. Migranti, attori di sviluppo.

**Figura 3.10**  
**Variazione annuale dei tassi di occupazione, della popolazione totale e degli occupati italiani e stranieri di età >15aa - Toscana, anni 2008-2015 - Fonte: IRPET su dati ISTAT- RCFL**



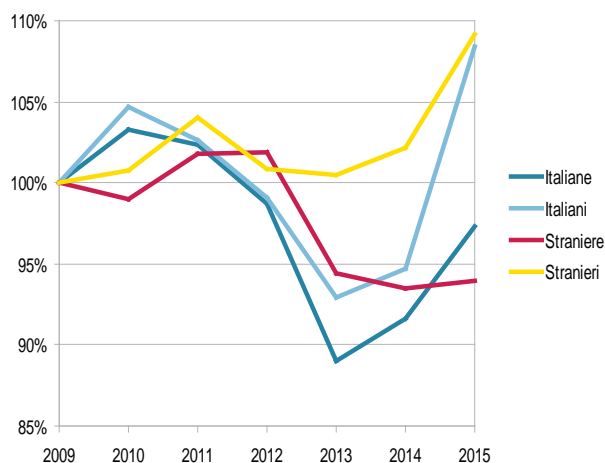
Tale dato si spiega guardando al tipo di inserimento occupazionale degli stranieri, che si concentra in settori specifici (agricoltura, industria, edilizia, lavoro domestico) e in professioni (operai, manovali, badanti, collaboratori domestici) meno attraenti per i lavoratori italiani. In particolare, i settori manifatturieri e delle costruzioni sono stati quelli maggiormente colpiti dalla crisi e principalmente a essi si deve l'aumento della disoccupazione osservato negli ultimi anni, che per la stessa ragione mostra una componente significativa non solo relativa alla nazionalità, ma anche al genere, penalizzando gli uomini rispetto alle donne.

Del resto, le straniere hanno tassi di disoccupazione più elevati degli uomini, riproducendosi le disuguaglianze di genere presenti anche per le italiane. Tra le straniere, inoltre, soltanto una quota peculiare per stato civile, età e nazionalità, viene in Italia per motivi di lavoro. In quest'ultimo caso, si tratta di donne di mezza età, nubili o con figli grandi, talvolta separate o divorziate, spesso provenienti da paesi dell'Est Europa e dell'America latina, che sostengono così il reddito della propria famiglia inviando rimesse nel paese di provenienza. Le statistiche delle Forze Lavoro confermano, per questo tipo di immigrate, tassi di attività e di occupazione superiori anche a quelli delle italiane con la medesima età. Diversa è la situazione delle donne più giovani con figli e famiglia in Italia, che risultano disoccupate se non inattive, sia per le difficoltà di conciliare i ruoli di madre e di lavoratrice a causa della mancanza di una rete familiare e di servizi all'infanzia, che per motivi culturali.

I dati sulle Forze Lavoro rilasciati da Istat permettono un'analisi dello stock di attivi, occupati e disoccupati. Guardando invece all'attivazione, modifica o cessazione dei rapporti di lavoro oggetto di Comunicazione Obbligatoria (CO) da parte delle imprese, raccolti nel Sistema Informativo Lavoro (SIL) della Regione Toscana, è possibile compiere un'analisi dei movimenti realizzati nel mercato del lavoro, facendo riferimento al tipo di contratto, al settore di attività, oltre che al genere e all'età dei residenti stranieri.

Come è ovvio, il quadro dei flussi è ben più mosso di quello che emerge dai dati di stock. Esso mostra con chiarezza la risposta del mercato del lavoro toscano alle due fasi della crisi economica (**Figura 3.11**).

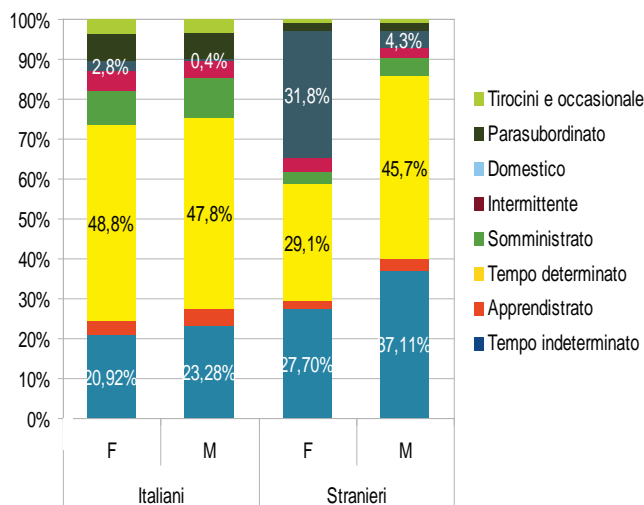
**Figura 3.11**  
**Variatione numero di avviati per nazionalità e genere - Toscana, anni 2009-2015**  
 (2009=100) - Fonte: IRPET su dati SIL, Regione Toscana



Nei primi anni, dal 2009 al 2010, soltanto le donne straniere diminuiscono, poi, nei due anni successivi, gli italiani appaiono più penalizzati, mentre i residenti avviati di nazionalità estera di entrambi i generi crescono. *L'annus horribilis* per tutti è il 2012, mentre si osserva una ripresa generalizzata nel 2013, con l'eccezione delle donne non italiane, che come queste ultime, però non raggiungono comunque i valori del 2009.

Differenze significative emergono anche guardando ai tipi di contratti dei lavoratori stranieri, sempre distinguendo per genere (Figura 3.12).

**Figura 3.12**  
**Quota percentuale degli avviati per tipo di contratto, nazionalità e genere - Toscana, anno 2015**  
 - Fonte: IRPET su dati SIL, Regione Toscana



In generale i contratti più diffusi nei dati del Sistema Informativo Lavoro della Regione Toscana sono il tempo determinato e il tempo indeterminato. Tuttavia, per gli stranieri le differenze di genere appaiono più marcate: il 32% delle donne immigrate ha visto infatti l'attivazione di un contratto per lavoro domestico, percentuale che supera, nel loro caso, sia i tempi determinati (29,1%) che indeterminati (27,7%).

Sono invece gli uomini stranieri a presentare le percentuali più alte di contratti a tempo indeterminato. La preferenza dei datori di lavoro per questo tipo di contratto si spiega con l'inserimento degli stranieri in settori produttivi come l'edilizia e la manifattura con necessità strutturali e a lungo termine di manodopera. Il significativo numero di contratti a tempo indeterminato non impedisce una forte mobilità nel mercato del lavoro, così come emerge dal Sistema Informativo della Regione Toscana.

Dal punto di vista generazionale, infine, i giovani stranieri risultano più penalizzati degli under 30 italiani, laddove la fascia d'età più colpita dalla crisi è proprio quella dei ragazzi tra i 20 e i 24 anni con titoli di studio medi e bassi.

Dal punto di vista lavorativo, dunque, gli immigrati, sia uomini che donne, sono sovra rappresentati nel made in Italy, in posizioni di operaio e operaia, e nell'edilizia (gli uomini), dove è probabile che possiedono un contratto a tempo indeterminato. Un'altra fascia consistente di stranieri, però, è impegnata in settori ad alto tasso di stagionalità come il commercio, il turismo, il terziario dequalificato, le collaborazioni domestiche e i servizi alla persona (in special modo le donne), in cui si annida il lavoro sommerso nelle sue varie sfaccettature: assenza dell'autorizzazione o del permesso di soggiorno, occupazione al nero, irregolarità nell'orario di lavoro o nei versamenti contributivi (IRPET 2009 e 2010).<sup>24,25</sup>

---

<sup>24</sup> IRPET (2010), Il lavoro degli immigrati in Toscana: scenari oltre la crisi.

<sup>25</sup> IRPET (2011), Immigrazione e lavoro in Toscana. Rapporto 2010.

## **Capitolo 4**

# **Stili di vita e prevenzione nella popolazione straniera**

**Gli stili di vita  
degli stranieri residenti  
in Toscana**

**Accesso alle azioni  
di prevenzione oncologica:  
i dati toscani 2014**

**Conclusioni**





---

## 4. Stili di vita e prevenzione nella popolazione straniera

*Caterina Silvestri - ARS Toscana*

Nel corso degli ultimi decenni, un'attenzione sempre maggiore viene dedicata agli stili di vita e al peso che questi ricoprono nella determinazione dello stato di salute di una popolazione. E' noto, infatti, che la maggior parte delle malattie cronico degenerative, che rappresentano la principale causa di morte per gli adulti di tutto il mondo, riconoscono fattori di rischio comportamentali comuni fra cui l'alimentazione, il fumo di tabacco, e l'uso di alcol.<sup>26</sup>

Benché comunemente si creda che le malattie non trasmissibili colpiscano soprattutto le popolazioni ad alto reddito, le evidenze scientifiche mostrano una situazione del tutto diversa. Circa l'80% dei decessi causati da queste patologie si registra nei Paesi a basso e medio reddito e le malattie non trasmissibili costituiscono la causa più frequente di morte nella maggior parte dei Paesi, Africa esclusa.<sup>27</sup>

Dato l'importante interessamento di queste popolazioni, l'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), in collaborazione con l'Istituto nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), ha approfondito l'analisi degli stili di vita della popolazione immigrata utilizzando i dati dell'indagine multiscope sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente" e, confrontando le edizioni 2005 e 2012/2013, ha cercato di mettere in risalto le differenze presenti a seguito del periodo di crisi economica che anche l'Italia sta attraversando. I risultati, presentati nel maggio 2016 e attualmente in via di pubblicazione, mostrano che mentre nel 2005 gli stranieri avevano uno stato di salute migliore rispetto alla popolazione italiana, nel 2013 le differenze si sono ridotte e addirittura annullate per quanto riguarda la salute fisica.<sup>28</sup>

Sempre su questo tema, ma con dati provenienti dal sistema di sorveglianza Passi "Progressi nelle Aziende sanitarie per la Salute in Italia" (coordinato dall'Istituto superiore di Sanità - ISS),<sup>29</sup> l'Università Cà Foscari di Venezia, in collaborazione con l'ISS, ha pubblicato un rapporto nel quale, oltre a mettere in risalto differenze e similitudini presenti fra cittadini italiani e stranieri in merito alle condizioni di salute, ricorso ai Servizi sanitari e stili di vita, viene fatta una precisa distinzione in base al Paese di provenienza degli intervistati. Complessivamente, i risultati a cui giungono gli Autori, risultano in linea con quanto descritto da ISTAT.

---

<sup>26</sup> <http://www.healthdata.org/italy>

<sup>27</sup> World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013–20, WHO, 2013.

<sup>28</sup> <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?p=2197>

<sup>29</sup> Camprostrini S, Carrozzi G, Salmaso S, Severoni S (a cura di). Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e disuguaglianze di salute. OMS – ISS – Università Ca' Foscari, Venezia, 2015.

## 4.1 Gli stili di vita degli stranieri residenti in Toscana

Come abbiamo appena visto, entrambe le rilevazioni nazionali portano a risultati molto simili, ovvero che gli stili di vita e le abitudini dei cittadini stranieri residenti sul nostro territorio si modificano al trascorrere della loro permanenza in Italia.

Per cercare di valutare i comportamenti adottati dai cittadini stranieri residenti in Toscana e confrontarli con quanto emerso a livello nazionale, ci siamo avvalsi della sezione toscana dello studio Passi 2014 e, laddove possibile, abbiamo effettuato i confronti con i dati nazionali recentemente pubblicati.<sup>28</sup> Purtroppo, le informazioni in nostro possesso provenienti dall'indagine ISTAT "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente - ISTAT, 2012-2013" risultano parziali e quindi insufficienti a tracciare un profilo completo dei principali stili di vita di questa popolazione.

Iniziamo fornendo una breve descrizione socio demografica del campione che andremo ad analizzare (**Tabella 4.1**).

Complessivamente lo studio Passi Toscana 2014 comprende le informazioni provenienti da 3.422 persone residenti in Toscana di età compresa fra i 18 ed i 69 anni. Di questi il 7,3% è di cittadinanza straniera (N=249) per la maggior parte proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

Dato l'esiguo numero di stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA) (6% del totale) e viste le forti similitudini esistenti fra questi e i cittadini italiani riguardo ai principali stili di vita, nell'analisi che segue le due popolazioni verranno unificate. Pertanto, per popolazione straniera è da intendersi soltanto quella proveniente da PFPM.

La composizione per genere vede una maggior uniformità nella popolazione italiana (maschi: 49,4%; femmine: 50,6%) mentre fra gli stranieri le femmine costituiscono ben il 61,0% rispetto al 39,0 degli uomini.

In linea con quanto osservato nel capitolo dedicato agli aspetti demografici della popolazione straniera (Capitolo 3), i cittadini immigrati hanno un'età media inferiore rispetto agli italiani (stranieri: 38,8 anni; italiani: 44,7 anni). Fra gli stranieri, gli uomini risultano mediamente più giovani rispetto alle donne (maschi: 35,5 anni; femmine: 40,9 anni), dato non osservato nel campione italiano (uomini: 44,4 anni; femmine: 45 anni).

Le caratteristiche socioeconomiche mostrano un netto svantaggio della popolazione straniera che nel 52,8% dichiara un basso livello di istruzione (35,8% degli italiani) e molte difficoltà economiche nel 33,9% (10,8% degli italiani).

**Tabella 4.1**  
**Caratteristiche socio demografiche della popolazione 18-64 anni arruolata nello studio Passi Toscana 2014 - Fonte: ARS su dati Passi 2014**

Variabili socio demografiche	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Maschi	1.565	49,4	97	39,0	1.662	48,6
Femmine	1.606	50,6	152	61,0	1.758	51,4
Età media	3.171	44,7	249	38,8	3.420	44,3
PSA (Paesi a sviluppo avanzato)			15	6,0	15	6,0
PFPM	Unione Europea		131	52,6	131	52,6
	Altri Paesi Europei		28	11,2	28	11,2
	Africa del nord		24	9,6	24	9,6
	Africa sub-sahariana		4	1,6	4	1,6
	Asia		28	11,2	28	11,2
	America		15	6,0	15	6,0
Nessuno/elementare	183	5,8	23	10,0	206	6,1
Media inferiore	952	30,0	98	42,8	1.050	30,9
Media superiore	1.533	48,4	87	38,0	1.620	47,7
Laurea	501	15,8	21	9,2	522	15,4
Molte difficoltà economiche	335	10,8	78	33,8	413	12,3
Qualche difficoltà economica	1.326	42,6	116	50,4	1.442	43,1
Nessuna difficoltà economica	1.455	46,7	36	15,7	1.491	44,6

**Il consumo di tabacco:** in linea con la diffusione delle patologie cronico degenerative, il consumo di tabacco è maggiore nelle fasce povere della popolazione contribuendo in maniera rilevante alle disuguaglianze di salute. È stato osservato che i soggetti di basso livello socio-economico iniziano a fumare più precocemente, fumano un numero maggiore di sigarette al giorno e smettono di fumare meno spesso.<sup>31</sup>

In Toscana l'indagine Passi (anno 2014) mostra una prevalenza di fumatori fra i cittadini provenienti da Paesi stranieri a forte pressione migratoria (PFPM) superiore rispetto a quanto osservato fra gli italiani/PSA (PFPM: 29,8%; ITA/PSA: 24,5). Tale differenza tende ad acuitizzarsi nell'analisi per genere dove i maschi fumatori PFPM raggiungono addirittura il 41,1% (**Tabella 4.2**). Dobbiamo precisare, però, che mentre fra gli uomini all'aumentare del tempo di permanenza in Italia si osserva una riduzione del numero di fumatori ( $\leq$  a 5 anni in Italia= 52,6% fumatori; 6 anni o più in Italia= 38,6% di fumatori), nelle donne il fenomeno si

<sup>31</sup> World Health Organization - Regional Office for Europe. Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. WHO, 2014.

inverte con un incremento delle fumatrici che passano dal 15,4% fra coloro che risiedono in Italia da meno di 5 anni al 24,2% nelle residenti da 6 anni o più. Una possibile interpretazione al fenomeno osservato nelle donne straniere può essere ricondotta alla loro progressiva omologazione a comportamenti e stili di vita che rappresentano una sorta di “emancipazione” di genere. Andamento simile, infatti, è stato registrato anche fra le italiane che, a partire dagli anni ‘70, hanno progressivamente adottato comportamenti, fra cui il consumo di tabacco, che fino a quel momento interessavano prevalentemente il genere maschile rivendicando l’uguaglianza di genere. Attualmente, nelle italiane, il fumo di tabacco è stabile ma, coerentemente con la connotazione negativa ad esso attribuita dalle società più evolute in entrambi i generi, si prevede una progressiva riduzione negli anni futuri. Tale fenomeno potrà essere osservabile nelle donne straniere all’aumentare della loro permanenza in Italia.

A eccezione della fascia 50-69 anni, che risente della giovane età dei PFPM, il consumo per classe di età mostra un andamento simile con un maggior interessamento della fascia 35-49 anni.

Rispetto al Paese di origine, fra i PFPM risultano più coinvolti i cittadini provenienti da Paesi-UE (36,6%), dall’America (33,3%) e dagli Altri Paesi-UE (30,8%), mentre i non fumatori provengono soprattutto dall’Asia (7,7%) e dall’Africa Sub-Sahariana.

Il 28,6% dei cittadini stranieri intervistati, ha dichiarato di aver ricevuto, da parte di operatori sanitari, domande riguardanti l’abitudine al fumo (30,6% degli italiani).

#### Tabella 4.2

**Distribuzione (%) del consumo di tabacco in Toscana – confronto fra italiani/PSA e stranieri PFPM - Popolazione 18-69 anni - Fonte: ARS su dati Passi 2014**

Uso di tabacco	Passi: Toscana 2014		
	Italiana/PSA	Straniera PFPM	Totale
Fumatore	24,5	29,8	24,8
Maschio (fumatore)	26,4	41,1	27,3
Femmina (fumatrice)	22,6	21,8	22,5
18-24 anni	10,4	13,2	10,6
25-34 anni	20,2	29,4	21,0
35-49 anni	34,8	47,1	35,8
50-69 anni	34,6	10,3	32,6
Ex fumatore	19,0	11,8	18,6
No, non ho mai fumato	56,5	58,6	56,7
Ho ricevuto domande sull’uso di tabacco	30,6	28,6	30,5
In Italia ≤ 5 aa (fumatore)	-	30,2	-
In Italia 6 o più (fumatore)	-	30,3	-

Il **consumo di alcol**: rappresenta uno fra i primi cinque fattori di rischio nel mondo per malattia, disabilità e decesso. L'Italia, che negli anni '60 era fra i Paesi con il più alto consumo medio di alcol pro capite, attualmente si colloca al di sotto del valore medio riferito alla Regione europea dell'OMS nel triennio 2008-2010 (6,7 *vs.* 10,9 litri di alcol puro mediamente consumati ogni anno da soggetti di età superiore a 15 anni). Ma se in Italia si registra un valore inferiore al dato medio europeo, diversa è la situazione osservata in altri Paesi dove i litri di alcol puro mediamente bevuti ogni anno (età > di 15 anni) raggiungono i 17,5 litri in Bielorussia, i 16,8 litri in Moldavia, i 15,4 litri in Lituania e i 15,1 litri nella Federazione russa. Differenti i valori registrati nei Paesi islamici dove l'uso di alcolici è vietato da motivi religiosi. In questi, infatti, il consumo medio annuo pro capite è molto basso con valori di 0,1 litri in Libia, 0,4 litri in Egitto, 0,7 litri in Afghanistan e 0,9 litri in Marocco.<sup>32</sup>

In Italia, secondo l'indagine ISTAT "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri - anno 2011-2012", il consumo di alcolici appare meno diffuso fra i cittadini stranieri rispetto agli italiani. Tale differenza è attribuibile sia alla diversa composizione per età delle due popolazioni (più giovane quella straniera rispetto a quella italiana), sia ai diversi stili di consumo e al tipo di bevanda consumata. Infatti, mentre il consumo giornaliero di vino individua gli italiani come i maggior consumatori (italiani=15,9%; stranieri=11,5%), il rapporto si inverte se prendiamo in considerazione il consumo di birra (italiani=4,6%; stranieri=10,4%). In entrambe le popolazioni, il consumo di alcol interessa prevalentemente il genere maschile.

La stessa indagine mostra che il consumo giornaliero non moderato riguarda il 5,4% della popolazione straniera di 14 anni e più, rispetto al 3,7% degli italiani a parità di struttura per età. Questa modalità di consumo interessa, in particolare, la comunità romena (8,8%), albanese (8,3%) e polacca (7,8%). Molto più contenuti i cittadini filippini (3,8%), ucraini (3,6%) e tunisini (2,4%).<sup>33</sup>

I dati toscani tratti dall'indagine Passi 2014 mostrano risultati simili. Complessivamente il consumo di alcol appare più diffuso fra i cittadini italiani/PSA rispetto ai PFPM (**Tabella 4.3**), mentre il rapporto si inverte se analizziamo il consumo a maggior rischio<sup>34</sup> e il *binge drinking*.<sup>35</sup> L'analisi per genere, pur confermando i PFPM maschi come i maggior consumatori a rischio, mette in evidenza una forte similitudine comportamentale fra le donne ITA/PSA e le PFPM.

<sup>32</sup> WHO: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1032?lang=en&showonly=GISAH> (ultima consultazione: 12/4/2016).

<sup>33</sup> ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia - anni 2012-2013, aprile 2014. Consultabile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/117897>

<sup>34</sup> Consumo alcolico a maggior rischio: è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati, che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto. Consultabile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/alcol.asp>

<sup>35</sup> Dal 2007 al 2009: persona che ha consumato 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione; dal 2010: uomo che ha consumato 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione o donna che ne ha consumate 4 o più in un'unica occasione. Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly towards a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:289-98.

Sia il consumo a rischio che il binge drinking rappresentano comportamenti molto frequenti fra i giovani sia ITA/PSA che PFPM. Quest'ultimi, in particolare, presentano un'elevata problematicità nell'abitudine al *binge drinking* nella fascia di età 14-24 anni.

Fra gli stranieri residenti in Toscana, i PFPM provenienti Altri Paesi UE (che ricordiamo sono rappresentati prevalentemente da paesi dell'Est-Europa) risultano i primi sia nel consumo a rischio (42,1%) sia nell'abitudine al *binge drinking* (26,5%). Nella triste classifica dei bevitori a rischio, sono seguiti dagli asiatici (33,3%) e dagli ITA/PSA (32,2%), mentre nel *binge drinking* troviamo i cittadini PFPM-UE (17,5%) e gli ITA/PSA (13,8%). Fra i PFPM l'abitudine al *binge drinking* aumenta all'aumentare della loro permanenza in Italia.

**Tabella 4.3**

**Distribuzione (%) del consumo di alcol in Toscana - Confronto fra italiani/PSA e stranieri PFPM - Popolazione 18-69 anni - Fonte: ARS su dati Passi 2014**

Uso di alcol	Passi: Toscana 2014		
	Italiana/PSA	Straniera PFPM	Totale
Consumo di alcol	62,9	54,4	62,2
Consumo a rischio	32,2	36,2	32,4
<i>Binge drinking</i>	13,8	20,7	14,2
Maschio (alcol a rischio)	31,2	40,4	31,7
Femmina (alcol a rischio)	33,8	31,0	33,6
18-24 anni ( <i>Binge</i> )	19,7	40,0	20,7
25-34 anni ( <i>Binge</i> )	17,0	22,6	17,5
35-49 anni ( <i>Binge</i> )	14,1	17,1	14,3
50-69 anni ( <i>Binge</i> )	10,3	12,5	10,4
In Italia ≤ 5 aa ( <i>Binge</i> )	-	15,8	
In Italia 6 o più ( <i>Binge</i> )	-	22,1	

Nel corso degli ultimi decenni, i *comportamenti alimentari* stanno subendo importanti trasformazioni rappresentate principalmente da una riduzione di assunzione di fibre, cereali integrali, frutta, verdura, legumi, acqua e un aumento del consumo di zuccheri raffinati, bibite zuccherate, alimenti di origine animale e grassi parzialmente idrogenati. Questi *pattern*, insieme alla riduzione dell'attività fisica, hanno un ruolo determinante nella diffusione *dell'obesità*,<sup>36,37,38</sup> che dagli anni '80 sta lentamente aumentando in tutto il mondo.

Secondo i dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico (OECD), basati su peso e altezza auto riferiti, il 18,4% della popolazione di età

<sup>36</sup> Popkin BM. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly towards a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:289-98.

<sup>37</sup> Guyomard H, et al. Eating patterns and food systems: critical knowledge requirements for policy design and implementation. *Agriculture & Food Security* 2012; 1:13.

<sup>38</sup> Popkin BM, et al. Contemporary nutritional transition: determinants of diets and its impact on body composition. *Proc Nutr Soc* 2011; 70(1): 82-9.

superiore ai 15 anni (Paesi membri OECD) è obesa.<sup>39</sup> Fra i Paesi in cui si registrano i valori più elevati troviamo gli Stati Uniti (35,3%), il Messico (32,4%) e la Nuova Zelanda (31,3%) mentre, al lato opposto, si posizionano l'India (2,1%), l'Indonesia (2,4%) e la Cina (2,9%). Fra i Paesi PFPM-UE si registrano percentuali elevate in Ungheria (28,5%), Rep. Ceca (21%) ed Estonia (19%), mentre fra i PFPM extra-UE troviamo la Turchia (22,3%) e la federazione Russa (16%). L'Italia, con il 10,4% della popolazione di 15 anni o più, si pone ben al di sotto della media complessiva e costituisce uno dei Paesi europei con i valori più bassi.

Fra i cittadini stranieri presenti in Italia (Passi 2008-2013) si stima che l'eccesso ponderale coinvolga una quota rilevante (39%) di stranieri PFPM: in particolare il 30% è in sovrappeso e il 9% è obeso (fra i cittadini italiani/PSA: 32% è sovrappeso e 10% è obeso). In Toscana, complessivamente, la quota di stranieri PFPM obesi rappresenta il 9,6% (ITA/PSA= 7,6%) mentre i sovrappeso sono il 24,1% rispetto al 27,8% degli ITA/PSA (**Tabella 4.4**). La percentuale più alta di stranieri sovrappeso si registra fra i PFPM provenienti dall'Africa sub-sahariana (50%) e dall'America (40%) mentre gli obesi dai Paesi PFPM-UE (13,6%), Asia (11,5%) e Africa del Nord (8,3%). L'obesità mostra una distribuzione per genere inversa fra le due popolazioni con un maggior interessamento delle donne, fra gli stranieri, e degli uomini fra gli italiani. Simile, invece, l'andamento per età con valori più elevati nelle fasce più avanzate.

La stessa indagine, analizzando la condizione di obesità e sovrappeso in base al tempo di permanenza in Italia, ha messo in evidenza che fra gli stranieri la prevalenza di obesi aumenta in base al tempo di permanenza in Italia raggiungendo il 12,1% fra coloro che sono nel nostro Paese da 6 anni o più (è il 4,7% fra coloro presenti da 0-5 anni).

<sup>39</sup> La determinazione della quota di tessuto adiposo è indirettamente valutata attraverso l'Indice di Massa Corporea IMC (in inglese *Body Mass Index* - BMI) che esprime nel rapporto tra peso e altezza di un individuo secondo la formula: peso (Kg)/altezza<sup>2</sup>(m<sup>2</sup>). In base al valore di BMI, i soggetti adulti possono essere classificati in sottopeso (BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup>), normopeso (BMI ≥ 18,5 e < 25 kg/m<sup>2</sup>), sovrappeso (BMI ≥ 25 e < 30 kg/m<sup>2</sup> e obesi (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>). Nei bambini e adolescenti, i valori soglia di BMI, per la classificazione dei soggetti in sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi, sono età e sesso specifici.



**Tabella 4.4****Distribuzione (%) della classe di peso nella popolazione toscana - Confronto fra italiani/PSA e stranieri PFPM - Popolazione 18-69 anni - Fonte: ARS su dati Passi 2014**

Classi di peso	Passi: Toscana 2014		
	Italiana/PSA	Straniera PFPM	Totale
Sottopeso	3,4	4,4	3,5
Normopeso	61,2	61,8	61,2
<i>Sovrappeso</i>	27,8	24,1	27,6
Obeso	7,6	9,6	7,7
Maschi (obesità)	8,8	7,4	8,7
Femmine (obesità)	6,5	11,3	6,8
18-24 anni (obesità)	3,3	4,5	3,4
25-34 anni (obesità)	9,9	13,6	10,2
35-49 anni (obesità)	31,8	36,4	32,2
50-69 anni (obesità)	55,0	45,5	54,2
In Italia ≤ 5 aa (obesità)	-	4,7	
In Italia 6 o più (obesità)	-	12,1	

L'ultimo fattore che prenderemo in considerazione è *l'attività fisica*. Sappiamo, infatti, che la pratica dell'attività fisica produce effetti positivi per la salute riducendo problemi di ipertensione, ipercolesterolemia e disturbi circolatori sia cardiaci che cerebrali.

A livello mondiale (2010), circa il 23% degli adulti di età ≥ di 18 pratica attività fisica in modo insufficiente (uomini 20% donne e 27%) con valori nettamente superiori nei Paesi ad alto reddito dove la sedentarietà in ambito lavorativo e l'inattività durante il tempo libero risultano maggiori (nei paesi ad alto reddito, il 26% degli uomini e il 35% delle donne non sono sufficientemente attivi rispetto al 12% degli uomini e il 24% delle donne nei paesi a basso reddito).<sup>40</sup>

In Italia, secondo quanto rilevato dall'indagine Passi 2012-2015, il 32,8% della popolazione di età compresa fra i 18 e i 69 anni risulta fisicamente attivo, il 35,2% parzialmente attivo mentre il 32% è inattivo.

In Toscana (Passi 2014) la prevalenza di residenti di età compresa fra 18 e 69 anni fisicamente attivi è sovrapponibile alla media nazionale (32,8%). In linea con quanto evidenziato dalla stessa indagine a livello nazionale,<sup>28</sup> il confronto ITA/PSA e PFPM vede quest'ultimi maggiormente attivi (38,8%) (**Tabella 4.5**). Fra gli stranieri PFPM i più attivi sono quelli provenienti dai Paesi-UE (45,4%) mentre i più inattivi risultano i cittadini provenienti dall'Africa del Nord e sub-sahariana (42%).

<sup>40</sup> WHO, Physical activity: Fact sheet N. 385. Updated January 2015. Ultima visualizzazione:18/4/2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

L'analisi per genere mostra una maggior similitudine fra i comportamenti del genere femminile con valori di sedentarietà addirittura inferiori. Opposto l'andamento registrato nel genere maschile dove la quota di sedentarietà fra gli stranieri è del 41,9%. Il linea con i dati riguardanti l'obesità, fra gli stranieri la sedentarietà aumenta all'aumentare degli anni di permanenza in Italia.

**Tabella 4.5**

**Distribuzione (%) del livello di attività fisica svolta dalla popolazione toscana - Confronto fra italiani/PSA e stranieri PFPM - Popolazione 18-69 anni - Fonte: ARS su dati Passi 2014**

Livello di attività fisica	Passi: Toscana 2014		
	Italiana/PSA	Straniera PFPM	Totale
Attivo	32,4	38,8	32,8
Parzialmente attivo	40,4	29,0	39,7
Sedentario	27,2	32,1	27,5
Maschio (sedentario)	24,2	41,9	25,2
Femmina (sedentaria)	30,0	25,2	29,6
18-24 anni (sedentario)	16,8	35,7	18,3
25-34 anni (sedentario)	23,5	39,3	25,2
35-49 anni (sedentario)	28,9	33,3	29,3
50-69 anni (sedentario)	29,8	15,4	29,4
In Italia ≤ 5 aa (sedentario)	-	24,4	
In Italia 6 o più (sedentario)	-	29,6	

## 4.2 Accesso alle azioni di prevenzione oncologica: i dati toscani 2014

Caterina Silvestri - ARS Toscana e Paola Mantellini - ISPO

La popolazione migrante costituisce una porzione importante della popolazione bersaglio degli *screening* oncologici, ed è ormai noto che essa tende ad aderire meno ai programmi di prevenzione con importanti differenze fra coloro che provengono da Paesi a sviluppo avanzato (PSA) e cittadini di Paesi a forte pressione migratoria (PFPM). In Italia, secondo quanto emerso dall'indagine Passi 2008-2013,<sup>41</sup> il 60% delle donne PFPM di età compresa fra i 50 ed i 69 anni ha eseguito lo *screening* mammografico nel corso degli ultimi due anni rispetto al 71% delle italiane/PSA. Andamento simile è osservabile anche per lo *screening* della cervice uterina dove la percentuale di donne PFPM di età compresa fra 25 e 64 anni è del 70% rispetto al 77% osservato fra le italiane/PSA (test eseguito negli ultimi 3 anni). Molto più omogeneo, invece, risulta la prevalenza di coloro (età compresa fra i 50-69 anni) che hanno eseguito lo *screening* coloretale negli ultimi 2 anni con valori del 30% fra i PFPM e del 33% fra gli italiani/PSA.

<sup>41</sup> Campostrini S, Carozzi G, Salmaso S, Severoni S (a cura di), Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e disuguaglianze di salute, Organizzazione Mondiale di sanità - Istituto Superiore di sanità - Università ca Foscari, Venezia, 2015.

La stessa indagine (Passi 2008-2013) analizza anche le motivazioni della non esecuzione dei test preventivi portando alla luce importanti differenze fra le due popolazioni. In particolare la popolazione PFPM motiva la non adesione allo *screening* cervicale fornendo le seguenti risposte: “Penso di non averne bisogno (27%) e “Nessuno me l’ha consigliato” (22%), mentre quella italiana/PSA non esegue gli *screening* cervicale perché “Pensa di non averne bisogno” nel 33% dei casi e soltanto il 10% riferisce di non aver ricevuto alcun consiglio circa la necessità dell’esecuzione. Un’importante differenza riguarda la ricezione della lettera d’invito: l’8% delle PFPM dichiarano di non averla ricevuta rispetto il 2% delle ITA/PSA.

Lo *screening* mammografico segue lo stesso andamento con le PFPM e le ITA/PSA che non lo eseguono soprattutto perché pensano di non averne bisogno (PFPM: 27%; ITA/PSA: 34%) ma, ancora una volta, un numero maggiore di donne PFPM riferiscono di non aver ricevuto alcun consiglio sull’importanza dell’esame diagnostico (PFPM: 15%; ITA/PSA: 9%), di avere poco tempo (PFPM: 14%; ITA/PSA: 7%) e di non aver ricevuto la lettera d’invito (PFPM: 12%; ITA/PSA: 6%).

Fra gli uomini PFPM le principali motivazioni della mancata esecuzione dello *screening* coloretale sono: “Nessuno me lo ha consigliato” nel 34% dei casi (ITA/PSA: 28%); il 28% pensa di non averne bisogno (ITA/PSA: 39%) mentre il 14% non ha ricevuto la lettera d’invito (ITA/PSA: 5%).

Analizzando i dati Passi Toscana 2014, i risultati portano a considerazioni molto simili. Pur confermando la maggior adesione agli *screening* oncologici da parte dei residenti in Toscana rispetto alla media nazionale, i cittadini PFPM effettuano meno controlli se confrontati con gli ITA/PSA. In particolare il 78,3% delle donne PFPM di età compresa fra i 25-69 ha fatto almeno una volta nella vita uno *screening* cervicale (ITA/PSA: 93%) e l’84,4% delle PFPM di età compresa fra i 50-69 anni ha eseguito almeno un esame mammografico nella vita (ITA/PSA: 92,2%). Purtroppo le informazioni relative all’esecuzione dello *screening* coloretale nella popolazione PFPM non sono disponibili. Fra coloro che non hanno effettuato lo *screening* cervicale il 28% delle PFPM pensa di non averne bisogno (34,1% delle ITA/PSA), ben il 24% dichiara di non aver ricevuto alcun consiglio in merito alla necessità del test (3,3% delle ITA/PSA), mentre il 16% non ha ricevuto la convocazione (13,2% delle ITA/PSA). Per quanto riguarda la mancata esecuzione della mammografia, il 40% delle PFPM (età 50-65 anni) non ha ricevuto alcun consiglio (2% delle ITA/PSA), il 20% non ha ricevuto la lettera di convocazione (7,8% delle ITA/PSA) e il 20% pensa di non averne bisogno (27,5% delle ITA/PSA).

Ma se la mancata ricezione delle lettere d’invito, da parte dei PFPM, può essere dovuta alla maggior mobilità sul territorio di questa popolazione con cambi di residenza che rendono difficile la consegna (la copertura aumenta all’aumentare della permanenza in Toscana), la minor informazione fornita dal medico alle persone PFPM appare di difficile interpretazione (in questo caso non vi è un incremento all’aumentare degli anni di permanenza in Toscana).

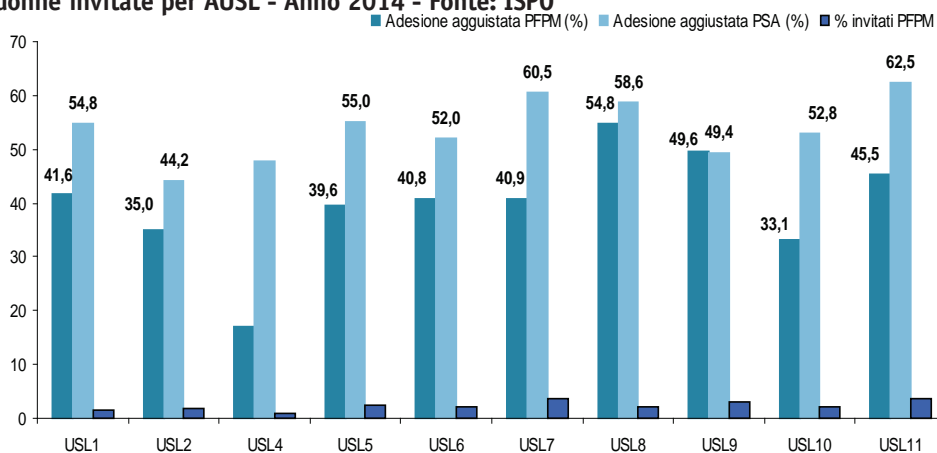
In Toscana l'attivazione, il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di *screening* oncologici sono affidati all'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) in qualità di Centro di Riferimento regionale per la prevenzione oncologica (CRRPO). I dati relativi all'anno 2014 (ultimo dato disponibile) confermano quanto emerso dall'indagine Passi mostrando un territorio con un buon livello di estensione e partecipazione ai programmi di *screening* (cervice uterina, mammella e coloretta) con valori che pongono la nostra regione fra le più alte a livello nazionale. Nonostante questo, ISPO mette in evidenza alcune criticità territoriali e importanti differenze a carico della popolazione immigrata. Di seguito riportiamo i dati 2014 riferiti alla percentuale di adesione<sup>42</sup> stratificati in base all'area di provenienza (PFPM e PSA).

Delle 12 ex AUSL, solo quelle di Pistoia e Viareggio (limitatamente a cervice e colon) non sono state in grado di fornire le informazioni circa l'adesione della popolazione PFPM. Pertanto non sono contenute nei grafici che presenteremo.<sup>43</sup>

**Screening mammografico:** complessivamente, nell'anno 2014, il 72,5% delle donne residenti di età fra 50-69 anni ha aderito allo *screening* mammografico (valore sostanzialmente stabile rispetto al 2013: 73,3%). Se andiamo a valutare l'adesione delle donne straniere, la percentuale osservata fra le PSA risulta in linea con la media regionale ma superiore di oltre 20 punti percentuali al dato delle donne nate in PFPM (73,3% *versus* 51,9%). La differenza di partecipazione è estremamente variabile da una AUSL a un'altra (**Figura 4.1**) con un *range* che varia da 9 punti percentuali in favore della popolazione proveniente da PFPM della AUSL 9 di Grosseto a oltre 30 punti percentuali a favore delle donne appartenenti a PSA per le AUSL 4 di Prato e 12 di Viareggio.

**Figura 4.1**

**Adesione aggiustata<sup>§</sup> all'invito (%) dello *screening* mammografico per AUSL e paese di nascita: proporzione di donne invitate provenienti da Paesi ad alto PFPM sul totale delle donne invitate per AUSL - Anno 2014 - Fonte: ISPO**



§ aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo l'invito.

<sup>42</sup> L'adesione/partecipazione è calcolata considerando i soggetti aderenti sul totale della popolazione invitata meno gli inviti inesitati e i soggetti esclusi dopo l'invito.

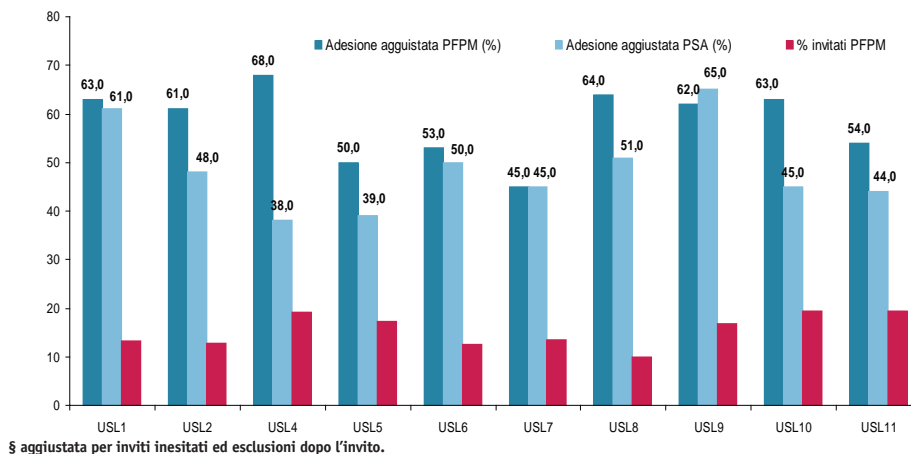
<sup>43</sup> ISPO, I programmi di *screening* della Regione Toscana: Relazione annuale 2014 (a cura di Paola Mantellini), dicembre 2015. Consultabile sul sito: [http://www.ispo.toscana.it/sites/default/files/Relazione%20%2016%20rapporto%20CRRPO%2017\\_12.pdf](http://www.ispo.toscana.it/sites/default/files/Relazione%20%2016%20rapporto%20CRRPO%2017_12.pdf)

**Screening cervice uterina:** anche in questo caso l'adesione si conferma sostanzialmente stabile (55,8% del 2014 *versus* 56,5% nel 2013)<sup>44</sup> anche se la percentuale media di inviti inesitati è in aumento rispetto all'anno precedente. Fra le possibili cause si evidenziano alcune problematiche relative all'aggiornamento delle liste anagrafiche e alla difficoltà di integrazione tra gli applicativi in uso. Inoltre, in linea con quanto descritto all'inizio del paragrafo, i dati confermano che la quota maggiore di inesitati è a carico dei residenti appartenenti a PFPM che, cambiando spesso lavoro, cambiano la residenza con tempi che non si allineano alle periodicità degli aggiornamenti delle anagrafi.

Come per lo *screening* mammografico, l'adesione delle donne PSA è maggiore rispetto a quanto osservato fra le PFPM con una differenza di oltre 11 punti percentuali (PSA: 58,1%; PFPM: 46,6%). È importante precisare che la popolazione proveniente da PFPM è composta in misura maggiore da popolazione giovanile (25-64 anni), pertanto lo *screening* della cervice uterina vede un maggior coinvolgimento di questi gruppi etnici. Come per lo *screening* mammografico, si conferma una maggior adesione delle donne PFPM rispetto alle PSA nell'AUSL di Grosseto (Figura 4.2).

**Figura 4.2**

**Adesione aggiustata<sup>§</sup> all'invito (%) dello *screening* cervicale per AUSL e paese di nascita: proporzione di donne invitate provenienti da paesi ad alto PFPM sul totale delle donne invitate per AUSL - Anno 2014 - Fonte: ISPO**



**Screening coloretale:** il dato regionale 2014 mostra un'adesione media regionale pari al 52% e stabile rispetto all'anno precedente. Le AUSL 7 Siena e 11 Empoli mostrano valori uguali o superiori al 60%, mentre 4 AUSL presentano valori inferiori al 50% con l'AUSL 12 Viareggio che presenta un valore in ulteriore calo rispetto al 2013 (28,6% *versus* 36,4%).

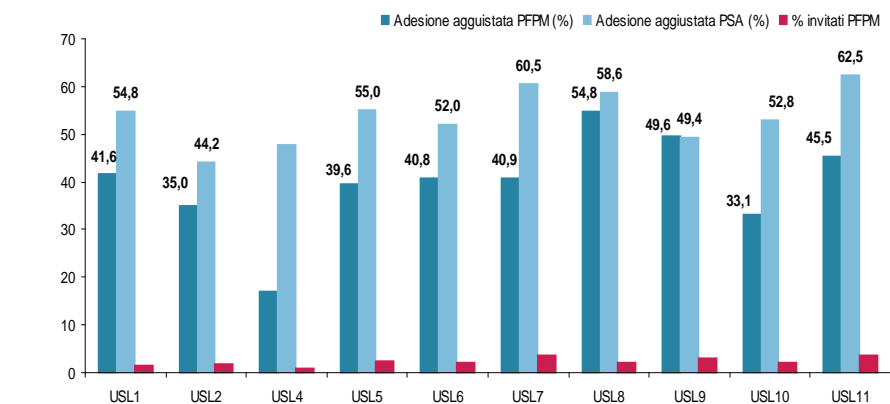
Per quanto riguarda la popolazione straniera si conferma quanto evidenziato per i 2 precedenti programmi con differenze di circa 14 punti percentuali (39,8% nei PFPM *versus* 54,1% nei PSA). Solo l'AUSL 9 di Grosseto non presenta differenze in termini di partecipazione. Per le

<sup>44</sup> Il valore percentuale supera il 100% perché, in alcuni casi, l'intervallo utilizzato dalle Aziende per l'invio degli inviti è leggermente inferiore ai 36 mesi.

altre aziende si segnala il 17,1% di partecipazione dei nati in PFPM nella ex AUSL 4 di Prato a fronte del 47,9% della popolazione proveniente da PSA (Figura 4.3).

**Figura 4.3**

**Adesione aggiustata<sup>§</sup> all'invito (%) dello screening coloretale per AUSL per paese di nascita - Proporzioni di invitati provenienti da paesi ad alto PFPM sul totale invitati per AUSL - Anno 2014 - Fonte: ISPO**



§ aggiustata per inviti inesitati ed esclusioni dopo l'invito.

## 4.3 Conclusioni

Indagare gli stili di vita della popolazione straniera porta con sé un importante *bias* di selezione. Le indagini utilizzate, pur essendo rivolte a un campione rappresentativo della popolazione presente sul nostro territorio, favoriscono il contatto con quella parte di popolazione straniera stabile, o comunque in grado di rispondere ai questionari previsti, lasciando “fuori” i cittadini stranieri arrivati da poco tempo, che non hanno una buona padronanza della nostra lingua o che, addirittura, non hanno un recapito. Non deve stupire, quindi, la forte similitudine osservata nei comportamenti e negli stili di vita dei diversi gruppi perché rappresentano la quota di cittadini stabili e integrati sul territorio. Nonostante questo, ciò che salta agli occhi è il progressivo peggioramento di alcuni stili di vita all'aumentare della loro permanenza in Italia, segno “negativo” dell'integrazione ed omologazione alle abitudini presenti sul nostro territorio.

Se la permanenza nel nostro Paese facilita l'attivazione di stili di vita “meno sani”, lo stesso fattore sembra invece favorire l'adesione ai programmi di *screening* oncologico. Sappiamo, infatti, che gli stranieri “meno stabili” sono difficilmente raggiungibili dalle lettere d'invito al programma che risultano inesitate a causa dei frequenti cambi di residenza a cui sono costretti per motivi lavorativi ed economici. L'adesione più bassa, infatti, si registra fra i PFPM. I risultati descritti suggeriscono la necessità di orientare l'accesso ai Servizi di prevenzione tenendo conto delle differenze etniche e culturali da cui è composta la nostra popolazione. In molti casi la figura del medico di medicina generale o il pronto soccorso costituisce l'unica via di accesso al sistema sanitario da parte della popolazione migrante e pertanto possono rappresentare luoghi privilegiati, non solo per la cura, ma anche per la diffusione di interventi di prevenzione.



## **Capitolo 5**

### **Immigrazione, gravidanza e parto**





---

## 5. Immigrazione, gravidanza e parto

*Eleonora Fanti e Monia Puglia - ARS Toscana*

Come mostra il rapporto delle Nazioni Unite,<sup>45</sup> circa metà della popolazione mondiale vive in Paesi dove il tasso di fecondità è sceso sotto il 2,1 figli per donna, di conseguenza, nel corso della propria vita ogni donna avrà in media meno di due figli. Nelle grandi economie emergenti come il Brasile, la Russia, l'Iran e in gran parte del sud dell'India i tassi di fecondità sono costantemente diminuiti dal 1980. Alti tassi di fertilità non sono scomparsi, ma sono per lo più concentrati nell'area dell'Africa sub-sahariana dove tutte le nazioni mostrano tassi di fecondità sopra i 5 figli per donna. In Niger, Mali, Somalia, Uganda e Burkina Faso si registrano tassi di fecondità che superano i 6 figli per donna.

Avere un tasso di fecondità al di sotto della "soglia di ricambio" (2,1 figli per donna) ha sempre creato una grande preoccupazione soprattutto nei paesi occidentali e sviluppati. In realtà la diminuzione della fecondità è correlata, ovunque, con un miglioramento della condizione delle donne e dei bambini. Donne più emancipate, libere di decidere cosa fare delle loro vite, studiare e lavorare più a lungo e concentrare meno risorse sui neonati significa poter spendere di più per l'istruzione di ogni singola persona. Nonostante questo, il calo della fertilità pone alcuni problemi di ordine economico e sociale per esempio il fatto che i sistemi pensionistici di molti Paesi sviluppati sono stati pensati quando le loro popolazioni erano in aumento e se non verranno rivisti e rimodellati diventeranno quasi certamente insostenibili, visto che contemporaneamente al calo delle nascite l'aspettativa di vita è in continuo aumento.<sup>46</sup>

In Italia, l'arrivo negli anni novanta delle popolazioni straniere, ha fatto sì che i tassi di natalità e fecondità, in declino costante dalla seconda metà degli anni settanta, mostrassero una lieve ripresa (il tasso di fecondità nel 1995 era di 1,2 figli per donna, nel 2014 è di 1,4). Così, in mancanza di politiche economiche specifiche per la natalità, le regioni del nord e del centro Italia (fra cui la Toscana), essendo mete privilegiate da parte di queste popolazioni, ne hanno beneficiato in misura maggiore.

In Toscana l'aumento della popolazione immigrata e la loro stabilizzazione sul territorio ha portato ad un incremento costante delle nascite di bambini stranieri a partire dalla seconda metà degli anni '90. Nel 2001 i nati da coppie straniere erano il 7,2%, quelli con almeno un genitore straniero erano l'11,9% del totale dei nati in Toscana, mentre nel 2015 raggiungono rispettivamente il 20% e il 29,1% (20,7% in Italia). Per la prima volta nel 2013 la quota di donne straniere che hanno partorito in Toscana è calata rispetto all'anno precedente (-5,9%).

Rimangono costanti negli anni le minoranze etniche più frequenti: le donne provenienti da Albania (18,7%), Romania (16,5%), Cina (13,1%) e Marocco (10,1%) contribuiscono a oltre il 58,4% del totale delle donne straniere (il 47,2% in Italia) che nel 2014 hanno partorito nel nostro territorio.

---

<sup>45</sup> World population prospect. The 2015 revision. Volume II: Demographic Profiles, Department of Economic and Social Affairs, Population division, United Nations, New York, 2015.

<sup>46</sup> Il calo delle nascite non è una catastrofe. Il Post ([www.ilpost.it](http://www.ilpost.it)), 7/4/2014. L'articolo riprende un articolo apparso sul The New York Times il 4/4/2014: "Bye-Bye, Baby" by Michael S. Teitelbaum & Jay M. Winter, autori di "The Global Spread of Fertility Decline: Population, Fear, and Uncertainty", Yale, University press, New Haven & London, 2013.

Come abbiamo visto, nella nostra regione, la frequenza di partorienti con cittadinanza straniera, è notevolmente superiore alla media nazionale. Questa differenza si riflette sia sulla struttura della popolazione (età, scolarità, occupazione materna e parità), sia sugli indicatori di processo (modalità di assistenza in gravidanza, diagnosi prenatale) e di esito (frequenza parti cesarei, nati pretermine, nati di basso peso e nati morti).

Per quanto riguarda la struttura della popolazione femminile al momento del parto, mediamente le donne straniere rispetto alle donne italiane, in particolare le donne provenienti da un Paese a forte pressione migratoria (PFPM), sono più giovani (29,2 *vs.* 33,4 anni), meno istruite (50,3% *vs.* 16,9%), meno occupate (32,8% *vs.* 73,8%) e nella maggior parte dei casi con già dei figli (58,4% *vs.* 44,3%) (**Tabella 5.1**). Le donne straniere provenienti da un Paese a sviluppo avanzato (PSA), che rappresentano il 3,9% di tutte le donne straniere, invece, per molti aspetti e comportamenti sono più simili alle donne italiane: hanno anch'esse un'età media al parto maggiore (33,7 anni), un titolo di studio medio-basso solo nel 6,1% dei casi, sono più occupate (62,9%) e hanno già dei figli al momento del parto nel 53,9% dei casi (**Tabella 5.1**).

**Tabella 5.1**  
**Caratteristiche socio-sanitarie per cittadinanza della madre - Toscana, anno 2015 - Fonte: ARS su dati CAP**

Caratteristiche delle madri	Italia	PSA	PFPM	Albania	Romania	Cina	Marocco	Africa del Nord	Africa Centro-Sud	America Centro-Sud	Europa Centro-Est	Asia
Numero di parti	20.047	300	7.316	1.422	1.258	998	772	924	505	523	2.366	1.745
Età media al parto	33,4	33,7	29,2	26,6	29,3	28,4	30	30,2	31,2	31,8	27,8	29
% <25 anni	5,4	2,7	22,2	36,9	17,5	22,9	22,2	20,2	13,7	12,4	30,4	20,6
% ≥40 anni	11,4	8,3	4,0	0,9	3,0	2,0	7,1	7,1	5,4	10,5	2,5	2,9
% titolo di studio medio/basso	16,9	6,1	50,3	54,2	35,2	72,9	65,2	61,5	66,7	31,8	48,8	57,9
% occupate	73,8	62,9	32,8	23,5	41,2	66,2	14,2	13,1	17,3	42,5	26,3	47,7
% fumatrici	10,0	6,1	5,9	3,3	16,7	0,5	1,8	2,2	1,5	5,0	6,2	1,1
% sovrappeso e obese	21,9	12,1	24,4	21,0	19,0	10,3	43,2	43,3	37,1	30,7	21,5	16,7
% primipare	55,7	46,2	41,6	45,4	51,2	32,5	28,7	28,5	29,1	42,2	46,6	38,2
% gravidanza plurima	2,1	1,7	1,4	1,8	1,5	1,1	1,6	1,5	1,4	1,2	1,6	1,0

Se in generale la maggior parte delle donne preferisce farsi seguire durante la gravidanza da una figura privata (57,4%), anche in questo caso esistono preferenze

opposte tra italiane e straniere PFPM. Sebbene negli ultimi anni, anche fra le italiane, si osservi un aumento del ricorso alla struttura pubblica (consultorio o ambulatorio ospedaliero) per essere seguita in gravidanza, il 72,4% continuano a rivolgersi al ginecologo privato (**Tabella 5.2**). Dato opposto fra le PFPM che nell'82% dei casi (di cui il 65,2% al consultorio) si rivolgono al servizio pubblico. In una via di mezzo si collocano, in questo caso, le donne straniere PSA preferendo nel 60,7% dei casi lo studio privato e nel 37,1% una struttura pubblica.

La figura professionale o la struttura che segue la donna durante la gravidanza influisce sul ricorso più o meno elevato di visite o di ecografie e sul tipo di esami prenatali. In generale le donne italiane effettuano un numero maggiore di visite (7,2 visite medie *vs.* 6,2) o di ecografie (6,2 ecografie medie *vs.* 4,3) durante la gravidanza rispetto alle donne straniere PFPM, ma se analizziamo i dati per figura professionale, anche quest'ultime seguite dal ginecologo privato, mostrano livelli di medicalizzazione alti e uguali alle donne italiane: 7 e 6 rispettivamente le visite e le ecografie eseguite sia dalle donne PFPM che dalle italiane. Le donne italiane e straniere seguite dai consultori presentano livelli di medicalizzazione più bassi.

Anche se in diminuzione, nel 2015 il 10% di donne straniere PFPM (era al 22% nel 2004) presenta accessi tardivi alle strutture effettuando la prima visita oltre la 12° settimana di gravidanza e l'8% esegue meno delle 3 ecografie offerte dal libretto regionale. Le nazionalità che presentano maggior criticità e accedono più tardivamente alle strutture sanitarie sono: il Pakistan (17,7%), la Nigeria (17,6%), il Marocco (14,5%) e la Cina (11%); mentre, per quanto riguarda l'esecuzione di meno di tre ecografie in gravidanza sono il Pakistan (29,0%), la Cina (14,5%) e il Marocco (10,2%).

A proposito di esami prenatali, in generale le donne straniere PFPM ne fanno meno rispetto alle italiane e alle donne PSA: nel 2015 il 42,5% delle PFPM non ha eseguito né lo *screening* per la sindrome di Down né l'amniocentesi o la villocentesi (nel 2003 era il 73,5%) rispetto al 12,7% delle italiane e al 23,2% delle PSA. Nel caso in cui le donne PFPM siano seguite durante la gravidanza dal ginecologo privato, questa quota si riduce al 23,6%.

Per quanto riguarda gli indicatori di esito, nel caso del taglio cesareo la Toscana si colloca tra le regioni italiane che ricorrono meno a questa procedura facendo registrare nel 2015 una frequenza del 26,5% (35,5% in Italia) di cui nel 49,5% si tratta di un parto cesareo programmato. Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere (27% *vs.* 25,1%), anche se questa differenza nel 2015 si è assottigliata. Nelle donne provenienti da Paesi dell'Africa Centro-Sud e dell'America Centro-Sud, la percentuale di taglio cesareo risulta particolarmente aumentata raggiungendo, rispettivamente, 34,5% e il 37,1% (**Tabella 5.2**). Anche per le donne straniere nel 48% dei casi si tratta di un parto programmato.

Se si escludono i tagli cesari, i parti vaginali operativi, i parti con travaglio indotto e l'assunzione di farmaci analgesici durante il parto, e si considerano solo i parti "senza alcun intervento medico" (fatto salvo l'assistenza ostetrica), le donne straniere PSA e PFPM hanno una frequenza molto maggiore di effettuare un parto senza alcun intervento medico rispetto alle italiane (rispettivamente del 47,3%, del 47% e del 38,7%). Sono le asiatiche (le cinesi con il 59,5%), escludendo le aree con pochi casi, le meno medicalizzate con il 50,9% di donne che hanno partorito con solo l'ausilio dell'assistenza ostetrica, mentre sono le donne dell'America del Centro-Sud quelle più medicalizzate con il 36,8% di donne che partoriscono senza alcun intervento medico.

**Tabella 5.2**

**Esami in gravidanza e tipo di parto per cittadinanza della madre - Toscana, anno 2015 - Fonte: ARS su dati CAP**

Gravidanza e parto	Italia	PSA	PFPM	Albania	Romania	Cina	Marocco	Africa del Nord	Africa Centro-Sud	America Centro-Sud	Europa Centro-Est	Asia
% consultorio	16,0	23,6	65,2	66,8	57,9	84,1	74,1	70,6	66,2	57,0	60,9	75,5
% studio privato	72,4	60,7	15,5	15,6	24,4	5,2	4,4	5,1	5,6	24,5	20,0	8,7
% 1° visita dopo la 12 <sup>a</sup> settimana	2,5	4,9	10,0	9,3	7,7	11,0	14,5	14,6	13,8	6,2	9,2	10,2
% meno di 3 ecografie	1,0	4,2	8,1	4,5	5,1	14,5	10,2	10,5	9,4	4,1	5,4	13,3
% screening	81,4	74,6	55,9	61,4	67,9	48,3	43,4	42,8	43,2	60,1	61,8	48,6
% amnio-villi	15,4	9,8	4,4	3,1	5,1	4,0	3,2	3,4	1,8	8,0	4,7	3,7
% taglio cesareo	27,0	22,0	25,2	20,8	23,0	17,6	27,1	28,8	34,5	37,1	22,0	22,9
% parti non medicalizzati	38,7	47,3	47,0	52,7	43,6	59,5	47,6	46,3	40,6	36,8	49,6	50,9

La frequenza di esiti avversi, come nel caso della natimortalità, è maggiore nelle donne straniere rispetto alle italiane: il tasso di natimortalità calcolato per il triennio 2013-2015 risulta di 2,5 nati morti per 1.000 nati nelle italiane e di 3,3 nelle straniere (3,4 nati morti per 1.000 nati nelle PFPM). Le donne provenienti dall'Africa del Nord e dal Centro-Sud sono coloro che hanno il tasso più alto di natimortalità (rispettivamente del 7,4‰ e del 9,7‰).

La percentuale di nati vivi di basso peso (inferiore a 2.500 g) e di peso molto basso (inferiore a 1.500 g) è stato rispettivamente del 7,4% e dell'1% nel 2015. Nella distinzione tra italiane, PSA e PFFM le italiane e le donne PSA risultano avere, nel triennio 2013-2015, una frequenza maggiore di nati vivi sotto peso (inferiore a 2.500 g): rispettivamente 7,3%, 8% e 6%. Le italiane, però, hanno una frequenza di parti plurimi superiore alle straniere (per l'utilizzo maggiore della procreazione medicalmente assistita, (Tabella 5.1) e questo, come sappiamo, incide sul basso peso dei neonati. Se analizziamo il basso peso alla nascita solo sui parti singoli, infatti, le italiane e le straniere presentano frequenze simili (4,9% le italiane, 4,6% le straniere). Un'analisi logistica multivariata condotta sullo stesso periodo (2013-2015) e aggiustata per età, cittadinanza, titolo di studio, parità, fumo in gravidanza, indice di massa corporea, prematurità e genere del parto, evidenzia come i fattori di rischio associati al basso peso alla nascita siano l'età avanzata, il titolo di studio medio/basso, l'essere pluripara, il fumo in gravidanza, il sottopeso della donna, ma non la cittadinanza. Quest'ultima, invece, risulta significativa se analizziamo i fattori di rischio associati al parto pretermine (inferiore alle 37 settimane di gestazione). Allo stesso modo, l'analisi logistica multivariata condotta sui nati vivi pretermine, ha evidenziato che la cittadinanza straniera (oltre agli stessi fattori di rischio del basso peso) risulti un fattore di rischio associato alla nascita pretermine rispetto a quella italiana. In generale nel triennio 2013-2015 i nati vivi pretermine sono stati il 7,1% nelle italiane, il 7,8% nelle PSA e il 7,2% nelle PFFM, i gravemente pretermine (età gestazionale <32 settimane) sono stati rispettivamente lo 0,9%, l' 1,8% e l'0,9% (Tabella 5.3).

**Tabella 5.3**

**Esiti neonatali dei nati vivi, natimortalità per cittadinanza della madre - Toscana, anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati CAP**

Esiti neonatali	Italia	PSA	PFFM	Albania	Romania	Cina	Marocco	Africa del Nord	Africa Centro-Sud	America Centro-Sud	Europa Centro-Est	Asia
Nati	63.670	947	22.885	4.387	3.915	3.576	2.320	2.808	1.428	1.605	7.216	5.873
Natimortalità (per 1.000 nati)	2,5	1,1	3,4	1,6	2,3	0,3	7,8	7,4	9,7	4,3	2,2	2,0
% nati vivi pretermine	7,1	7,8	7,2	5,9	8,4	5,8	6,0	6,0	9,5	9,5	6,5	6,6
% nati vivi < 32 settimane	0,9	1,8	0,9	0,7	1,5	0,5	0,5	0,5	1,3	1,5	0,8	0,8
% nati vivi basso peso	7,3	8,0	6,0	5,1	6,6	4,0	4,8	4,6	9,0	7,2	5,5	6,1
% nati vivi <1.500 g	0,9	1,9	0,9	0,7	1,2	0,5	0,4	0,4	1,3	1,3	0,7	1,0

Un altro aspetto molto importante ed esplicativo della salute delle donne è il ricorso all'Interruzione volontaria di gravidanza (IVG). In Italia la prevenzione dell'IVG è obiettivo primario di sanità pubblica. Dal 1983 l'IVG è in diminuzione e attualmente

il tasso di abortività del nostro Paese è fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali.<sup>47</sup>

Le donne straniere, in Toscana così come in Italia, ricorrono più frequentemente all'interruzione volontaria di gravidanza rispetto alle donne italiane: nel 2015 il tasso di abortività, seppur in forte diminuzione negli anni risulta più di 3 volte superiore a quello delle donne italiane (18,7‰ *vs.* 5,5‰). Sono in particolare le donne straniere PFPM che vi ricorrono più frequentemente. Analizzando il rapporto di abortività volontaria (numero di IVG su 1.000 nati vivi) per cittadinanza emerge che sono le donne dell'America del Centro-Sud (in particolare le peruviane) ad avere un rapporto più che triplo rispetto alle italiane e alle straniere PSA, seguono le asiatiche con le cinesi, le donne dell'Africa Centro-Sud e le donne dell'Europa Centro-Est. Le straniere, inoltre, ripetono più volte l'esperienza dell'IVG: nel 2015 il 44,8% delle straniere che ha effettuato una IVG ne aveva già effettuata una in precedenza (rispetto al 21,7% delle italiane), addirittura nel caso delle peruviane questa percentuale sale al 62,1%. Anche le cinesi e le rumene nella maggioranza dei casi (54,9% e 50,4%) hanno già avuto un'esperienza di questo tipo.

In generale le donne, sia italiane che straniere, che hanno interrotto volontariamente una gravidanza sono mediamente meno istruite rispetto alle loro coetanee che partoriscono, mentre nel caso dell'occupazione, le donne PFPM che interrompono una gravidanza hanno percentuali di occupazione maggiori rispetto alle partorienti (46,4% *vs.* 32,8%). Infine le donne straniere PFPM presentano tempi di attesa più lunghi e un minor utilizzo dell'interruzione farmacologica rispetto alle italiane: il 7% di loro effettuano l'interruzione di gravidanza oltre il 28° giorno dopo il rilascio del certificato (il 3% nelle italiane) e il 17,2% rispetto al 26,1% delle italiane ricorre alla RU486. L'unica eccezione sono le donne dell'Africa del Nord che fanno registrare percentuali molto basse di ricorso all'aborto dopo il 28\* giorno dal rilascio del certificato (1,5%) e un più alto utilizzo della pillola abortiva rispetto alla media (23,3% *vs.* 17,2%). Anche le donne cinesi mostrano un ricorso maggiore all'IVG farmacologica ma con tempi più lunghi (20,8%) (**Tabella 5.4**).

---

<sup>47</sup> Relazione del Ministero della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). Dati preliminari 2014 e definitivi 2013, Ministero della Salute, Roma 26/10/2015.

**Tabella 5.4**  
**Aspetti dell'interruzione volontaria di gravidanza per cittadinanza della madre - Toscana, anno 2015 - Fonte: ARS su dati IVG**

IVG	Italia	PSA	PFP	Albania	Romania	Cina	Marocco	Africa del Nord	Africa Centro-Sud	America Centro-Sud	Europa Centro-Est	Asia
Numero IVG	3.612	46	2.421	312	533	615	154	133	148	292	526	791
Rapporto abortività volontaria*	176,3	187,1	344,7	217,2	479,7	534,5	824,5	154,9	342,4	590,7	231,3	421,4
Età media all'IVG	30,8	32,6	30,4	29,8	29,2	31,4	29,2	30,6	29,1	30,0	30,3	31,6
% <18 anni	3,9	0,0	1,2	0,1	1,5	0,5	3,6	0,9	0,8	3,4	1,1	0,4
% titolo di studio medio/basso	34,9	9,8	63,4	63,5	53,1	83,6	59,9	67,5	69,4	52,7	56,3	76,7
% occupate	55,3	53,9	46,4	34,2	42,5	67,9	56,6	25,4	28,4	48,7	36,1	61,7
% primipare	49,7	60,7	26,7	26,0	35,4	11,1	40,4	31,9	43,9	38,5	30,0	12,9
% IVG ripetute	21,7	20,0	45,3	27,5	50,4	54,9	62,1	31,8	43,6	53,7	31,8	50,3
% >28 gg di attesa	3,0	0,0	7,0	3,9	3,0	16,3	5,3	1,5	6,8	4,5	3,6	13,9
% IVG farmacologica	26,1	28,3	17,2	15,7	15,2	20,8	11,7	23,3	12,2	12,0	17,1	20,4

\* calcolato su 1.000 nati vivi, negli anni 2013-2015





## **Capitolo 6**

# **Lo stato di salute: dall'ospedale al territorio**

**L'accesso  
della popolazione straniera  
al trattamento ospedaliero:  
Pronto soccorso e ricoveri**

**L'accesso ai Servizi  
di Salute mentale territoriali**



---

## 6. Lo stato di salute: dall'ospedale al territorio

*Caterina Silvestri, Simone Bartolacci, Mirko Monnini, Stefano Bravi - ARS Toscana*

Quando affrontiamo il tema della salute delle popolazioni migranti, spesso ci troviamo di fronte a considerazioni riguardanti il cosiddetto “effetto migrante sano”, ovvero il fenomeno di autoselezione che precede l'emigrazione dal paese di origine favorendo la partenza di persone che, grazie alla propria integrità fisica, hanno maggiori possibilità di raggiungere con successo il proprio progetto migratorio. Pur riconoscendo l'importanza di questi fattori, i lunghi viaggi che spesso devono affrontare, le condizioni di sovraffollamento e le scarse condizioni igieniche in cui vivono durante il percorso migratorio, rendono queste popolazioni maggiormente esposte ad alcune patologie. A questo proposito l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) e UN-Habitat<sup>48</sup> hanno definito “tripla minaccia” i principali gruppi di patologie in grado di influenzare lo stato di salute dei migranti presenti nelle aree urbane. Questi sono: le malattie infettive che prosperano in ambienti poveri e sovraffollati; le malattie non trasmissibili aggravate da stili di vita non salutari; le lesioni e gli atti di violenza derivanti soprattutto da condizioni di lavoro e di vita non sicure.

Dati precisi sulla salute dei migranti, compresi i determinanti di salute e l'utilizzo dei servizi sanitari, sono un presupposto essenziale per la fornitura di servizi sanitari adeguati e accessibili a questo gruppo di popolazione. Eppure molti, se non la maggior parte dei paesi dell'Unione europea (UE), non sono in possesso di queste informazioni<sup>49,50</sup> limitando, così, la possibilità di un attento monitoraggio sanitario e lo svolgimento di studi comparati sulle disuguaglianze nella salute e l'accesso alle cure.<sup>51</sup> Nel 2008-09, soltanto 11 dei 27 Stati membri dell'UE avevano a disposizione dati riguardanti l'assistenza ospedaliera (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Slovenia e Svezia) mentre solo pochi Paesi erano in possesso di dati sulla cura in regime ambulatoriale.<sup>52</sup>

Pur con i limiti appena esposti, nel 2011 l'*European Observatory on Health System and Policies* ha pubblicato un volume<sup>53</sup> nel quale, attraverso una revisione della letteratura, vengono riportate informazioni circa le principali condizioni patologiche da cui risulta affetta la popolazione migrante. In particolare, rispetto alle malattie non trasmissibili, il

---

<sup>48</sup> WHO and UN-Habitat (2010), *Hidden Cities: Unmasking and overcoming health inequities in urban settings*. Ginevra, p.14.

<sup>49</sup> Padilla, B. and Miguel, J.P. (2009), *Health and migration in the EU: building a shared vision for action*. In: Fernandes, A. and Miguel, J.P. (eds) *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*. Lisbon: Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge: 15–22.

<sup>50</sup> Rafnsson, S.B. and Bhopal, R.S. (2008), *Migrant and ethnic health research: report on the European Public Health Association Conference 2007*. *European Journal of Public Health*, 122(5): 532–4.

<sup>51</sup> Kraller, A. and Reichel, D. (2010), *Statistics on Migration, Integration and Discrimination in Europe*. PROMIN-STAT Final Report. Brussels: European Commission.

<sup>52</sup> Nielsen, S., Krasnik, A. and Rosano, A. (2009), *Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content*. *BMC Health Services Research*, 9: 210.

<sup>53</sup> *European Observatory on Health Systems and Policies Series (2011), Migration and health in the European Union* Edited by Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict and Martin McKee. Open University Press - McGraw-Hill Education, London.

rapporto mette in evidenza una bassa prevalenza di malattie cardiovascolari<sup>54</sup> e patologie oncologiche nella popolazione migrante rispetto a quella autoctona. Al contrario il diabete mellito sembra più elevato (sia in termini di prevalenza che d'incidenza) nella popolazione migrante;<sup>55,56</sup> coinvolgendo, in particolare, i cittadini provenienti dalla Turchia, Marocco, Suriname e Antille con una prevalenza 2 volte superiore rispetto a quella autoctona.<sup>57</sup>

L'altro grande gruppo di patologie prese in esame, riguarda le malattie infettive e, fra le principali, troviamo l'infezione tubercolare (TBC), l'epatiti virali (in particolare l'infezione da virus B) e l'HIV. In questo caso il rapporto europeo mette in evidenza che, nonostante il fenomeno migratorio venga visto in molti casi come un facilitatore della diffusione di infezioni, l'enorme difformità nella raccolta delle informazioni da parte dei Paesi UE rende difficile interpretare la reale entità del fenomeno. Gli autori, inoltre, mettono in evidenza che gran parte delle infezioni che presentano queste popolazioni vengono scoperte nei Paesi di accoglienza a seguito del percorso migratorio (è il caso delle infezioni tubercolari) o per la mancata aderenza alle misure di prevenzione (ad esempio incompleta vaccinazione nei bambini migrati).

L'altro grande tema sanitario che interessa la popolazione migrante, riguarda la salute materno infantile. Le donne in stato di gravidanza e i bambini (in particolare nel primo anno di vita) rappresentano, infatti, un gruppo di popolazione particolarmente a rischio a causa dell'elevata vulnerabilità ad agenti patogeni e a condizioni socio-economiche svantaggiate. A queste si aggiungono aspetti culturali, come la consanguineità dei genitori, che costituiscono fattori in grado di determinare elevati tassi di mortalità prematura e/o la presenza di malformazioni congenite.<sup>58</sup>

Di grande impatto in termini di salute per questa popolazione, è l'ambito della salute mentale.

Essere in "buona salute mentale" risulta fondamentale per il successo del processo migratorio e per l'integrazione nel paese ospitante. Tuttavia, le informazioni epidemiologiche sulla salute mentale di queste popolazioni rimangono scarse con conseguente rallentamento nell'attivazione di interventi di prevenzione e di cura.<sup>59</sup>

<sup>54</sup> Regidor, E., Ronda, E., Pascual, C., et al. (2009), Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid [Mortality from cardiovascular diseases in immigrants residing in Madrid]. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132(16): 621-4

<sup>55</sup> Deboosere, P. and Gadeyne, S. (2005), Adult migrant mortality advantage in Belgium: evidence using census and register data. *Population*, 60: 655-98.

<sup>56</sup> Misra, A. and Ganda, O.P. (2007), Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes. *Nutrition*, 23(9): 696-708.

<sup>57</sup> Lindert, H. van, Droomers, M. and Westert, G.P. (2004), Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. [Second National Study on Diseases and Treatments in General Practitioner Practices. A matter of difference: differences in self-reported lifestyle, and health care]. Utrecht: NIVEL.

<sup>58</sup> Tadmouri, G.O., Nair, P., Obeid, T., et al. (2009), Consanguinity and reproductive health among Arabs. *Reproductive Health*, 6: 17.

<sup>59</sup> Lindert, J., Ehrenstein, O.S., Priebe, S., Mielck, A. and Brähler, E. (2009), Depression and anxiety in labor migrants and refugees – a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2): 246-57. Bhugra, D. and Jones, P. (2001), Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 216-33.

Molta letteratura sull'argomento suggerisce che la migrazione sia un processo che coinvolge diversi fattori di stress, con potenziali impatti negativi sulla salute mentale.<sup>60</sup> Nonostante questo, l'attribuzione generalizzata della vulnerabilità può essere fuorviante, in quanto vi sono diversi tipi di migranti con storie molto diverse fra loro (i rifugiati e richiedenti asilo non possono essere accomunati con studenti stranieri, così come i lavoratori migranti o stagionali con le vittime di tratta).<sup>61</sup> A questo proposito, una recente revisione sistematica sul tema della salute mentale tra immigrati e rifugiati nella Regione europea dell'OMS<sup>62</sup> ha messo in evidenza che i tassi complessivi di disturbi mentali dei rifugiati, richiedenti asilo e irregolari appaiono simili a quelli delle popolazioni ospitanti ad eccezione del disturbo post traumatico da stress (PTSD). Gli stessi autori, tuttavia, sottolineano che all'aumentare del tempo di permanenza nel nuovo paese, l'esposizione a fattori di rischio per disturbi mentali favorisce l'insorgenza di disturbi depressivi e disturbi d'ansia (condizioni socioeconomiche svantaggiate, in particolare l'isolamento sociale e la disoccupazione). Effetto che si evidenzia anche nei gruppi simili non-migranti.

## **6.1 L'accesso della popolazione straniera al trattamento ospedaliero: Pronto soccorso e ricoveri**

Conoscere i dati riguardanti l'accesso alle cure della popolazione straniera appare di fondamentale rilevanza non solo per l'attivazione di servizi adeguati alle loro esigenze ma anche per l'attività di programmazione delle politiche sanitarie regionali.

A questo scopo, i principali strumenti in grado di fornirci informazioni sull'accesso della popolazione straniera al trattamento ospedaliero sono i flussi sanitari correnti e, in particolare, il flusso del Pronto soccorso (PS) e quello alimentato dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Nel primo caso si tratta di una banca dati, a regime dal 2011, in cui confluiscono le informazioni socio-demografiche e sanitarie provenienti da tutti i pronto soccorso della Toscana. In particolare vengono registrate le caratteristiche anagrafiche (fra cui età, sesso, cittadinanza, residenza, livello di istruzione, etc.), il codice di gravità attribuito all'accesso durante il *triage*, tutti i trattamenti erogati in pronto soccorso, la diagnosi di dimissione e la modalità di dimissione che può essere volontaria (cioè il paziente rifiuta il ricovero), avvenire presso il domicilio, reparto ospedaliero o altro istituto pubblico o convenzionato. Il flusso PS, inoltre, prevede anche la variabile indicante la condizione di "straniero temporaneamente presente" sul territorio italiano (STP) ma, data la scarsa compilazione da parte dei clinici, attualmente non è utilizzabile ai fini di analisi.

<sup>60</sup> Bhugra, D. and Jones, P. (2001), Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 216–33.

<sup>61</sup> OM (2010) World Migration Report 2010. Geneva: International Organization for Migration

<sup>62</sup> Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. (2016), 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. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47).

L'attività di ricovero ospedaliero, invece, è costantemente monitorata attraverso il flusso SDO (a regime dal 1996). Questo, come il precedente, oltre ad informazioni di carattere prettamente diagnostico, comprende alcune caratteristiche anagrafiche del paziente e il regime di ricovero. Analizzando i dati in base alla cittadinanza, quindi, è possibile stabilire quali sono le principali cause di ricovero della popolazione straniera residente. Ciò che rende il flusso SDO insufficiente allo svolgimento di un'analisi più approfondita, è la mancanza di informazioni riguardanti il tempo di permanenza del cittadino straniero sul nostro territorio e la variabile STP.

Dalle informazioni appena fornite appare evidente che la mancanza del dato sulla condizione di STP rende la nostra analisi incompleta perché realizzata soltanto sui cittadini stranieri residenti. Inoltre, mancando il tempo di permanenza in Italia, non è possibile stimare la relazione tra patologia presente e Paese di origine.

Dato il crescente numero di cittadini stranieri (in regime di STP) presenti sul nostro territorio, appare evidente la necessità di stimolare i clinici alla compilazione del campo STP, laddove presente, e di apportare le necessarie modifiche alle banche date che non lo prevedono.

Prima di passare a illustrare i dati è necessario fare un'ultima precisazione. Purtroppo l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) non rende disponibili i dati di popolazione residente con l'indicazione dell'età e della cittadinanza, pertanto non è possibile eseguire il calcolo di tassi standardizzati per età e per provenienza dei cittadini stranieri ma soltanto sottoforma di tassi grezzi. L'ISTAT rende disponibile il dato di popolazione residente per età solo per l'insieme dei cittadini stranieri residenti senza distinzione del paese di provenienza, pertanto gli unici tassi standard calcolabili e confrontabili sono per italiani e stranieri nel suo complesso.

### **6.1.1 L'accesso in Pronto soccorso**

In Toscana, nel corso del 2015, sono stati registrati 155.810 accessi in PS da parte di cittadini stranieri che equivale all'11,1% degli accessi totali. Rapportando gli stessi dati alla popolazione residente in Toscana suddivisa per cittadinanza otteniamo un tasso standardizzato di 46,8 accessi per 100 residenti stranieri rispetto ai 35,5 per 100 residenti registrato fra i cittadini italiani (popolazione standard Europa). La differenza di genere individua, in entrambe le popolazioni, gli uomini come i maggior utilizzatori delle cure di PS (Maschi: italiani =  $36,2 \cdot 100$  residenti; stranieri =  $46,1 \cdot 100$  residenti - donne: italiane =  $32,8 \cdot 100$  residenti; straniera =  $40,0 \cdot 100$  residenti).

I tassi specifici per età e genere, calcolati sull'intera popolazione straniera residente in Toscana, mostra valori più elevati fra gli stranieri in tutte le fasce di età ad eccezione della 0-4 anni (**Tabella 6.1**). Quest'ultimo dato appare di difficile interpretazione se non alla luce di aspetti culturali che vedono i genitori italiani più inclini a ricorrere al PS anche nei casi in cui la patologia potrebbe essere trattata dal proprio pediatra di famiglia.

**Tabella 6.1**

**Tassi specifici (%) per età e genere degli accessi ai PS della Toscana da parte della popolazione residente in Toscana - Confronto italiani/stranieri - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati PS**

Età	Cittadinanza					
	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4	53,2	45,3	49,3	32,8	28,4	30,7
5-9	40,9	33,0	37,1	49,8	39,8	45,0
10-14	40,1	31,2	35,8	41,1	33,7	37,5
15-19	35,6	33,1	34,4	42,7	43,4	43,0
20-24	33,7	34,5	34,1	48,9	53,2	51,1
25-29	32,1	36,9	34,5	42,6	43,4	43,0
30-34	30,1	35,9	33,0	38,2	39,2	38,7
35-39	28,1	30,0	29,0	38,8	36,2	37,4
40-44	28,8	26,0	27,4	40,8	33,2	36,7
45-49	28,1	24,2	26,2	45,8	31,5	37,6
50-54	29,7	26,2	28,0	46,4	30,1	36,3
55-59	31,4	27,0	29,2	49,1	30,3	36,8
60-64	32,4	26,6	29,4	51,0	33,2	39,2
65-69	36,3	29,5	32,8	55,5	45,2	48,8
70-74	41,3	33,9	37,3	58,8	49,6	53,3
75-79	54,3	45,6	49,5	66,9	72,8	70,2
80-84	70,4	57,6	62,8	85,3	102,3	94,8
85+	101,3	79,5	86,4	135,7	159,0	150,4

Come abbiamo segnalato nella parte introduttiva di questo paragrafo, l'ISTAT non fornisce le informazioni relative alla popolazione residente associando contemporaneamente l'indicazione dell'età e della cittadinanza (paese di origine). Questo, rendendo impossibile la standardizzazione delle informazioni per paese di origine, fa sì che le analisi distinte per paese a forte pressione migratoria (PFPM) e paese a sviluppo avanzato (PSA) possano essere eseguite soltanto sotto forma di tassi grezzi.

Suddividendo i cittadini stranieri in base al paese di provenienza si osserva che il ricorso al PS è molto più elevato fra i PSA rispetto ai PFPM (**Tabella 6.2**), risultato che sembra confermare la giovane età dei PFPM i quali, pur rappresentando il 94,3% degli stranieri residenti (vedi capitolo 3), presentano patologie meno gravi (effetto migrante sano) che non richiedono il trattamento ospedaliero. L'andamento nel corso degli anni si mantiene pressoché stabile in tutte e tre le popolazioni.



**Tabella 6.2**

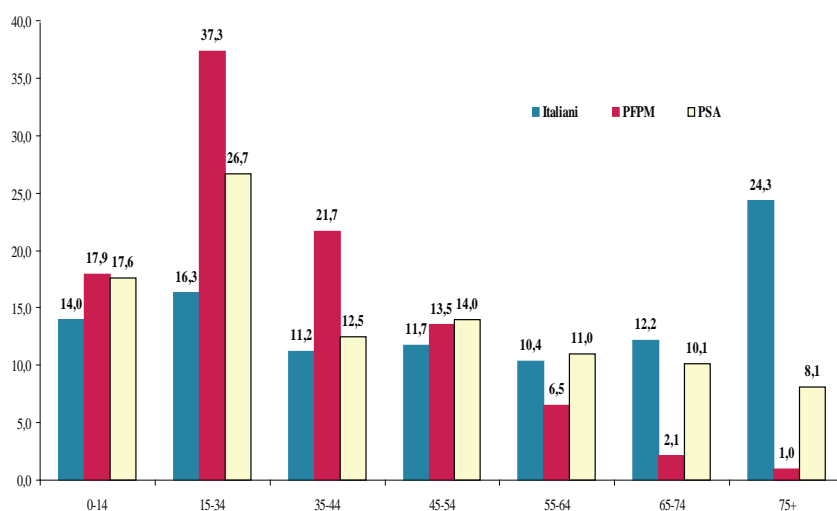
**Tasso grezzo (%) degli accessi ai PS della Toscana da parte della popolazione residente - Analisi per cittadinanza e totali - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati PS**

Anno	Cittadinanza			
	Italiani	PFPM	PSA	Totale Stranieri
2013	36,0	40,1	76,0	42,2
2014	36,9	37,3	74,4	39,4
2015	37,0	37,1	77,2	39,4

La giovane età dei PFPM si conferma anche osservando gli accessi in PS. Fra i PFPM la quota più rappresentata è quella di età inferiore ai 44 anni (76,9% del totale degli accessi dei PFPM) mentre fra i PSA, nonostante gli under44enni costituiscano il 56,8%, si registra un numero maggiore di accessi anche nelle fasce di età più avanzate (**Figura 6.1**). Rimanendo sulla distinzione PSA/PFPM, l'accesso al PS sembra interessare soprattutto le donne PSA (donne: PSA = 57,1%; PFPM = 49,4%). Quest'ultimo dato risente della diversa composizione di genere osservata nelle due popolazioni con una maggior presenza di genere femminile fra i PSA residenti in Toscana rispetto ai PFPM.

**Figura 6.1**

**Tasso grezzo (%) degli accessi ai PS della Toscana da parte della popolazione residente - Analisi per classi di età e cittadinanza - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati PS**



È noto che l'accesso alle cure del pronto soccorso non avviene in base all'ordine di arrivo dei pazienti ma secondo la loro gravità. A questo proposito, in fase di *triage* (o prima valutazione eseguita da personale sanitario appositamente formato), viene attribuito un codice colore in base al grado di urgenza del paziente.

I colori sono:

- codice rosso: molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure;
- codice giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita;
- codice verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili;
- codice bianco: non critico, pazienti non urgenti.<sup>63</sup>

Allo scopo di rendere i dati più stabili e mettere in evidenza le differenze presenti fra le popolazioni oggetto della nostra analisi, abbiamo aggregato i due codici colore di maggior gravità (rosso/giallo) presentandolo come un unico criterio.

In linea con quanto ci aspettavamo, la giovane età dei PFFPM non solo riduce l'accesso al PS da parte di questi cittadini ma ne influenza anche la gravità dell'accesso (**Tabella 6.3**). I più gravi (codice giallo/rosso), infatti, sono gli italiani residenti in Toscana che, come abbiamo avuto modo di osservare nel capitolo dedicato agli aspetti socio-demografici (capitolo 3), non solo rappresentano una popolazione che ha un'età media di circa 47 anni (età media della popolazione straniera residente: 33,6 anni) ma è composta, per il 27,4%, da over65enni (rispetto al 4,2% registrato in quella straniera).

L'andamento negli anni degli accessi più gravi mostra un lieve incremento in tutte le popolazioni. L'aumento degli accessi giallo/rosso può essere interpretato in vari modi:

- a. un costante invecchiamento della popolazione residente con conseguente aggravamento delle condizioni cliniche e dei traumatismi domestici;
- b. un aumento dei traumatismi stradali dovuti alla ripresa della circolazione dei veicoli che, dopo un arresto legato alla crisi economica, tendono nuovamente ad incrementare con conseguente aumento dell'incidentalità stradale anche grave;
- c. una maggior presa in carico da parte del territorio delle forme patologiche più lievi identificabili come codici verdi e bianchi;
- d. l'applicazione del ticket per gli accessi in codice bianco.

Per cercare di verificare quest'ultimo punto, siamo andati ad analizzare il trend degli accessi più lievi e abbiamo osservato una reale riduzione degli accessi per codice bianco sia nei cittadini stranieri che negli italiani.

**Tabella 6.3**

**Tasso grezzo (%) degli accessi nei PS della Toscana con codice giallo/rosso da parte della popolazione residente - Analisi per cittadinanza e totali - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati PS**

Anno	Cittadinanza			
	Italiani	PFFPM	PSA	Totale Stranieri
2013	22,5	12,8	16,1	13,1
2014	23,4	13,6	17,6	14,0
2015	24,8	14,0	17,8	14,4

<sup>63</sup> Ministero della Salute: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto)

Veniamo alle cause che hanno portato all'accesso in PS.

Il confronto fra italiani e stranieri, senza distinzione del paese di provenienza, mostra un andamento simile fra le due popolazioni con valori più elevati fra gli stranieri rispetto agli italiani. Le patologie per cui, entrambe le popolazioni, ricorrono più frequentemente al PS sono legate ad eventi traumatici o avvelenamenti, oppure ad una sintomatologia che non porta a una diagnosi ben definita (sintomi, segni e stati morbosi mal definiti). A queste seguono le malattie del sistema nervoso, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente (**Tabella 6.4**). Più elevati, fra gli stranieri, anche gli accessi per disturbi psichici (6,4\*1.000 residenti stranieri) e per malattie infettive e parassitarie (5,7\*1.000 residenti stranieri).

**Tabella 6.4**

**Tasso standardizzato per 1.000 residenti delle diagnosi di dimissione dai PS della Toscana (popolazione standard: Europa 2000) - Analisi per grande gruppo ICDIX-cm - Confronto italiani-stranieri - Anno 2015 – Fonte: ARS su dati PS**

Grande gruppo ICDIX-cm	Cittadinanza	
	Italiani	Stranieri
Malattie infettive e parassitarie	4,2	5,7
Tumori	0,4	0,7
Malattie endocrine, del metabolismo e immunitarie	1,0	1,5
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1,0	1,2
Disturbi psichici	4,7	6,4
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	15,8	20,0
Malattie del sistema circolatorio	6,8	8,2
Malattie dell'apparato respiratorio	11,6	16,7
Malattie dell'apparato digerente	7,3	11,2
Malattie dell'apparato genitourinario	6,3	9,7
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	5,6	9,0
Malattie della pelle e del sottocutaneo	4,9	6,3
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	8,4	13,1
Malformazioni congenite	0,1	0,1
Condizioni morbose di origine perinatale	0,0	0,1
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	36,7	50,6
Traumatismi e avvelenamenti	65,0	67,7
Codici V - Ricoveri di natura speciale	10,1	12,5

Vista l'alta prevalenza di accessi da parte dei PSA che, come più volte abbiamo sottolineato, rappresentano una popolazione con una struttura per età molto più vicina a quella italiana, riteniamo opportuno presentare la distribuzione percentuale delle diagnosi suddivise per cittadinanza (**Tabella 6.5**).

Pur confermandosi al primo posto nella graduatoria delle diagnosi di PS, i traumatismi e gli avvelenamenti sono più frequenti fra i PSA (37,1%) e gli italiani (30,5%) rispetto ai PFFPM (25,6%). Questi ultimi, se si escludo gli accessi in cui non è stata formulata una vera e propria diagnosi, si rivolgono al PS prevalentemente per patologie del sistema nervoso e degli organi di senso (7,9%) dovute soprattutto a forme infiammatorie dell'occhio e dell'orecchio, malattie del sistema respiratorio (6,5% delle diagnosi), del sistema osteomuscolare e del connettivo (come l'artrosi, artrite reumatoide, spondiloartrite, etc.), dell'apparato digerente (5,0%) e per disturbi psichici (3,4%) che risultano caratterizzati, prevalentemente, da disturbi d'ansia, da sintomi non ben diagnosticabili inseriti nella categoria "altro" e da disturbi legati all'uso/abuso di alcol.

Quasi esclusivamente a carico dei PFFPM sono gli accessi per complicanze della gravidanza, parto e puerperio.

È interessante osservare anche la forte similitudine degli accessi per malattie infettive e parassitarie. Questo dato, se da un lato tende a sfatare l'associazione fra PFFPM e malattie infettive, può essere indice di un minor accesso alle cure da parte di questa popolazione con conseguente sottostima del fenomeno.

**Tabella 6.5**  
**Distribuzione (%) delle diagnosi di dimissione dai PS della Toscana - Analisi per grande gruppo ICDIX-cm - Confronto italiani-PFF-PSA - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati PS**

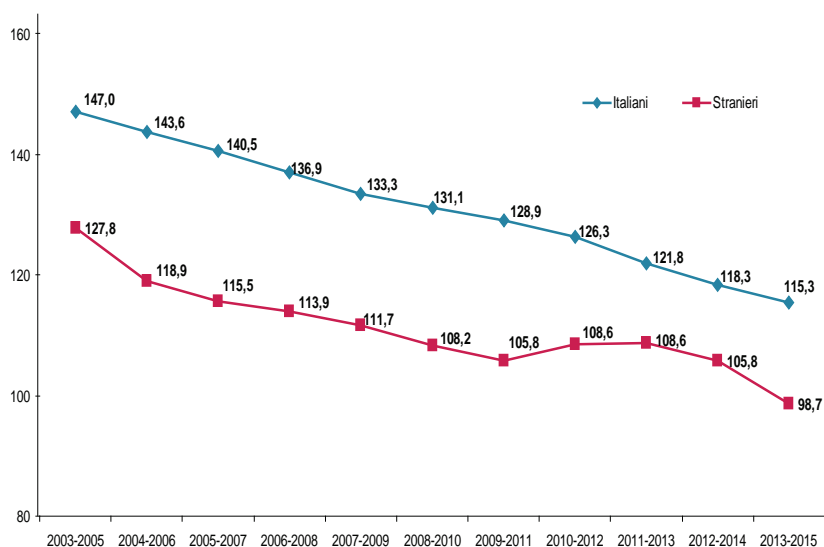
Grande gruppo ICDIX-cm	Cittadinanza		
	Italiani	PFFPM	PSA
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	1,1	3,1	0,8
Condizioni morbose di origine perinatale	0,1	0,1	0,0
Disturbi psichici	2,7	3,4	3,1
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,7	0,4	0,3
Malattie del sistema circolatorio	6,3	2,0	3,2
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	8,8	7,9	10,0
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	4,9	6,2	4,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	2,1	2,6	3,1
Malattie dell'apparato digerente	4,3	5,0	3,8
Malattie dell'apparato genitourinario	2,7	3,4	3,3
Malattie dell'apparato respiratorio	5,8	6,5	6,0
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	0,8	0,4	0,4
Malattie infettive e parassitarie	1,4	1,9	2,1
Malformazioni congenite	0,1	0,1	0,1
Ricoveri di natura speciale	3,7	4,9	4,4
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	19,6	21,7	15,2
Traumatismi e avvelenamenti	30,5	25,6	37,1
Tumori	0,4	0,2	0,2
<i>Diagnosi non inserita</i>	4,1	4,7	2,9
Totale	100,0	100,0	100,0

### 6.1.2 Il ricovero ospedaliero nei cittadini stranieri

Numerose ricerche svolte nel corso degli ultimi anni, hanno messo in evidenza che la popolazione straniera, rispetto a quella italiana, ricorre in misura inferiore al ricovero ospedaliero, sia in regime ordinario che in di day hospital.<sup>64</sup> Secondo quanto pubblicato dal Ministero della Salute<sup>65</sup> nella Relazione sullo stato di salute del paese 2012-2013, le uniche eccezioni sono rappresentate dai ricoveri per malattie infettive/parassitarie e per complicazioni nella gravidanza, nel parto o nel puerperio. Risultati simili sono riportati anche nel rapporto recentemente pubblicato dall'Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità (ORIM) della regione Lombardia nel quale viene messo in evidenza l'importante correlazione esistente fra stato di salute e condizione socio-economica della popolazione straniera.<sup>66</sup>

In Toscana, in linea con le politiche nazionali, stiamo assistendo a una costante riduzione dei cosiddetti "ricoveri ad alto rischio d'inappropriatezza" con conseguente riduzione dei tassi di ricoveri totali (Figura 6.2). In questo scenario la popolazione straniera, oltre a mostrare un minor ricorso al ricovero ospedaliero rispetto agli italiani, presenta un trend in diminuzione (dato già evidenziato anche dalle informazioni provenienti dal PS). L'analisi per genere mostra una sostanziale uniformità in entrambe le popolazioni.

**Figura 6.2**  
Ospedalizzazione totale (escluso neonato sano) - Confronto italiani/stranieri - Tassi di primo ricovero standardizzati per 1.000 residenti in Toscana - Popolazione standard Europea - Anni 2003-2015 - Fonte: ARS su dati SDO



<sup>64</sup> ISMU (2016), XXI rapporto sulle migrazioni 2015, Franco Angeli, Milano.

<sup>65</sup> Ministero della salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013. <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2012/paginaParagrafoRssp2012.jsp?sezione=statoSalute&capitolo=fasi&id=4085>

<sup>66</sup> ORIM (2016), Gli immigrati in Lombardia – rapporto 2015, Éupolis Lombardia.

Le principali cause di ricovero variano in base al sesso e alla cittadinanza (**Tabella 6.6**). L'elevato numero di ricoveri legati alla gravidanza fanno sì che questa causa rappresenti la principale motivazione fra gli stranieri con un tasso di 23,1\*1.000 residenti stranieri (44,5\*1.000 residenti stranieri), posizione che fra gli italiani viene occupata dai tumori (13\*1.000 residenti italiani).

Se escludiamo queste cause, le altre patologie che determinano il ricovero in entrambe le popolazioni, sono le malattie del sistema circolatorio e quelle che interessano il sistema digerente con un maggior coinvolgimento del genere maschile. Trattandosi di una popolazione mediamente più anziana, non stupisce che le malattie con un periodo di latenza più lungo interessino maggiormente i cittadini italiani rispetto agli stranieri. Infatti, l'unico grande gruppo di patologie in cui gli stranieri superano gli italiani è quello delle malattie infettive che, come sappiamo, oltre ad avere tempi di latenza molto brevi, spesso sono legate a fattori ambientali in grado di favorirne la diffusione (stranieri: 2,9\*1.000 residenti; italiani: 2,5\*1.000 residenti).

**Tabella 6.6**

**Ospedalizzazione per grande gruppo ICDIX-cm (escluso neonato sano) - Confronto italiani/stranieri per genere e totale - Tassi di 1° ricovero standardizzati per 1.000 residenti in Toscana - Popolazione standard Europea . Anni 2003-2015 - Fonte: ARS su dati SDO**

Grande gruppo patologie ICDIX-cm	Popolazione straniera			Popolazione italiana		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Complicanze della gravidanza	0,0	44,5	23,1	0,0	24,1	11,9
Condizioni morbose di origine perinatale	0,7	0,5	0,6	1,0	0,9	0,9
Disturbi del sistema nervoso	4,6	3,6	4,0	6,3	5,2	5,8
Disturbi psichici	2,2	2,5	2,4	4,1	3,8	3,9
Malattie del sangue	1,1	1,1	1,1	1,0	0,9	0,9
Malattie del sistema circolatorio	11,0	7,6	8,9	16,0	8,7	12,2
Malattie dell'apparato digerente	9,6	8,1	8,7	13,2	9,0	11,0
Malattie dell'apparato genito-urinario	5,3	7,4	6,5	6,6	8,7	7,6
Malattie dell'apparato osteomuscolare e del tessuto connettivo	4,2	5,1	4,7	9,1	8,9	9,1
Malattie dell'apparato respiratorio	7,4	5,1	6,1	10,2	7,0	8,5
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1,0	0,8	0,9	1,9	1,2	1,5
Malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo	2,4	3,5	3,0	3,5	4,5	4,0
Malattie infettive	3,2	2,5	2,9	2,8	2,2	2,5
Malformazioni congenite	1,8	1,2	1,5	3,3	2,4	2,9
Stati morbosi mal definiti	2,8	2,5	2,6	3,6	3,1	3,3
Traumatismi e avvelenamenti	8,1	4,8	6,3	10,8	7,1	9,0
Tumori	8,3	10,6	9,6	12,9	14,3	13,4

Un ulteriore dettaglio possiamo osservarlo suddividendo gli stranieri residenti in Toscana in base al Paese di provenienza. I 2 grandi gruppi rappresentano i cittadini provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e da paesi a sviluppo avanzato (PSA). Purtroppo, come abbiamo più volte sottolineato nel corso del capitolo, la suddivisione per paese di provenienza non ci consente il calcolo di tassi standardizzati, pertanto presenteremo tassi grezzi calcolati sulla popolazione residente.

Come possiamo osservare dalla **Tabella 6.7**, la forte presenza di ricoveri per complicanze della gravidanza, parto e puerperio registrati fra gli stranieri, è dovuta in larga parte alle donne PFPM con un valore di 41,4\*1.000 residenti (quasi il doppio di quanto osservato fra le PSA). Le altre patologie che interessano maggiormente i PFPM sono quelle legate all'apparato digerente e genitourinario.

**Tabella 6.7**

**Tasso grezzo di ospedalizzazione in regime ordinario per 1.000 residenti in Toscana per causa di ricovero e cittadinanza (escluso neonato sano) - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati SDO**

Grande gruppo patologie ICDIX-cm	Italiani	PFPM	PSA
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	13,2	41,4	22,4
Condizioni morbose di origine perinatale	0,3	0,4	0,0
Malattie del sistema nervoso	3,3	1,7	1,8
Disturbi psichici	2,3	1,4	1,9
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,7	0,4	0,4
Malattie del sistema circolatorio	20,2	3,9	8,3
Malattie dell'apparato digerente	10,2	5,6	4,9
Malattie dell'apparato genitourinario	6,0	3,1	2,7
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	6,2	2,1	3,2
Malattie dell'apparato respiratorio	11,7	3,6	3,6
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,6	0,4	0,0
Malattie endocrine e del metabolismo	2,4	1,2	0,9
Malattie infettive e parassitarie	2,3	1,5	1,4
Malformazioni congenite	0,8	0,6	0,5
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,8	1,7	1,5
Traumatismi e avvelenamenti	10,5	3,9	6,6
Tumori	11,5	3,7	6,5

Seppur con valori inferiori in gran parte dei gruppi di patologie, le motivazioni che portano al ricovero ospedaliero sono pressoché sovrapponibili in entrambe le popolazioni. Per una corretta interpretazione dei dati dobbiamo ricordare che le nostre informazioni sono riferite, per la maggior parte, alla popolazione residente che, come abbiamo avuto modo di osservare nel 3° capitolo, tende a stabilizzarsi sul nostro territorio innescando un processo d'invecchiamento legato anche ai numerosi ricongiungimenti familiari avvenuti nel corso degli anni. Inoltre, la costante integrazione con la popolazione autoctona, ha favorito l'acquisizione di stili di vita, a volte dannosi, che anticipano una modifica a medio e lungo periodo dell'attuale profilo di salute della popolazione straniera. Il cosiddetto "effetto migrante sano" può lasciare il posto alle "patologie di adattamento" con conseguente omogeneizzazione della popolazione residente sul nostro territorio.

## 6.2 L'accesso ai Servizi di Salute mentale territoriali

Analizzare la diffusione dei disturbi di salute mentale in una popolazione attraverso i soli dati provenienti dal trattamento in regime di ricovero, è sicuramente insufficiente. Nel corso degli anni, infatti, il ricovero ospedaliero per patologie psichiche si è costantemente ridotto lasciando il posto alla presa in carico da parte dei servizi di salute mentale territoriali ormai capillarmente diffusi in tutta la Toscana.

Così, nel tentativo di fornire un quadro più esaustivo delle patologie psichiche da cui è affetta la popolazione migrante, riteniamo utile presentare i dati provenienti dal flusso regionale per la salute mentale (SALM). Questa banca dati raccoglie le informazioni socioeconomiche e sanitarie delle persone che accedono ai Servizi di salute mentale della Toscana (pubblici o privati convenzionate) permettendo una caratterizzazione più puntuale della diffusione di questo gruppo di patologie. Le recenti modifiche strutturali apportate al flusso nel corso del 2013, non consentono l'allineamento con i dati raccolti negli anni precedenti, di conseguenza presenteremo i dati riferiti al periodo 2013-2015 (ultimo anno disponibile).

Come nel caso degli accessi in PS e dei ricoveri ospedalieri, la mancanza di dati di popolazione residente contenenti l'indicazione dell'età e del paese di provenienza, non ci permette di calcolare tassi standardizzati per età e per paese di provenienza ma soltanto tassi grezzi per cittadinanza. I tassi standardizzati sono riferiti alla popolazione italiana o straniera nel suo complesso.

A conferma di quanto precedentemente accennato a proposito della riduzione dei ricoveri ospedalieri, i dati provenienti dai servizi territoriali di salute mentale mostrano un costante incremento delle persone che hanno ricevuto almeno una prestazione nel corso dell'anno (**Tabella 6.8**). Ciò che riteniamo importante rilevare, è la diversità osservata fra le due popolazioni con un numero di accessi dieci volte superiori negli italiani rispetto agli stranieri. Questa informazione



appare particolarmente interessante alla luce di quanto emerso dall'analisi degli accessi in PS. Questi ultimi, infatti, hanno evidenziato che il tasso di accesso al PS per motivi di salute mentale è più elevato fra i cittadini stranieri rispetto agli italiani (Stranieri: tasso std. 6,4 accessi\*1.000 abitanti; italiani: tasso std. 4,7 accessi \*1.000 abitanti) e, sapendo che un numero molto limitato di queste patologie esita in un ricovero ospedaliero, possiamo supporre che la maggior parte di loro riceva un invio al Servizio territoriale di Salute mentale. Invio che, se avviene, sembra non essere accettato dai cittadini stranieri.

**Tabella 6.8**

**Tassi standardizzati per 1.000 residenti in Toscana delle persone che hanno ricevuto almeno 1 prestazione nell'anno presso i Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza e genere - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati SALM**

Anni	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2013	17,8	15,5	16,7	1,6	1,4	1,5
2014	20,3	17,8	19,1	2,0	1,8	1,9
2015	22,8	20,1	21,6	2,5	2,1	2,3

Abbiamo poi analizzato quanti cittadini siano realmente presi in carico ed effettuano almeno quattro prestazioni nel corso dell'anno. Come mostra la **Tabella 6.9**, seppur con valori diversi, la quota di pazienti presi in carico non mostra particolari differenze fra le due popolazioni confermando che fra tutti i pazienti che giungono ai Servizi di salute mentale circa il 60% viene preso in carico ed effettua almeno 4 prestazioni nel corso dell'anno.

**Tabella 6.9**

**Tassi standardizzati per 1.000 residenti in Toscana delle persone prese in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) dai Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza e genere - Anni 2013-2015 - Fonte: ARS su dati SALM**

Anni	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2013	12,4	10,4	11,5	1,1	0,9	1,0
2014	12,9	10,9	11,9	1,2	1,0	1,1
2015	13,9	11,7	12,8	1,4	1,1	1,3

In linea con quanto abbiamo osservato nei paragrafi precedenti, gli stranieri che ricorrono ai Servizi di salute mentale sono più giovani degli italiani con soltanto il 6,5% del totale dei cittadini stranieri presi in carico di età superiore ai 50 anni (valore che fra gli italiani raggiunge il 26,8%). È chiaro che la giovane età di questa popolazione rappresenta il principale fattore in grado di influenzare la diversa affluenza, mentre appare di più difficile interpretazione l'elevata presenza fra i minorenni (**Tabella 6.10**).

**Tabella 6.10**

**Distribuzione (%) per classe di età delle persone prese in carico (almeno 4 prestazioni nell'anno) dai Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza e genere - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati SALM**

Classi di età	Italiani			Stranieri		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-5	15,8	7,4	11,7	23,7	10,6	17,5
6-10	19,5	11,2	15,5	28,2	17,9	23,3
11-17	13,2	12,0	12,6	21,2	18,4	19,9
18-30	7,3	8,1	7,7	11,3	11,1	11,2
31-50	23,9	27,7	25,8	12,0	32,4	21,7
51-64	13,3	18,9	16,1	3,1	8,0	5,5
65-74	4,6	9,4	7,0	0,5	1,1	0,7
75 e oltre	2,4	5,2	3,8	0,1	0,5	0,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

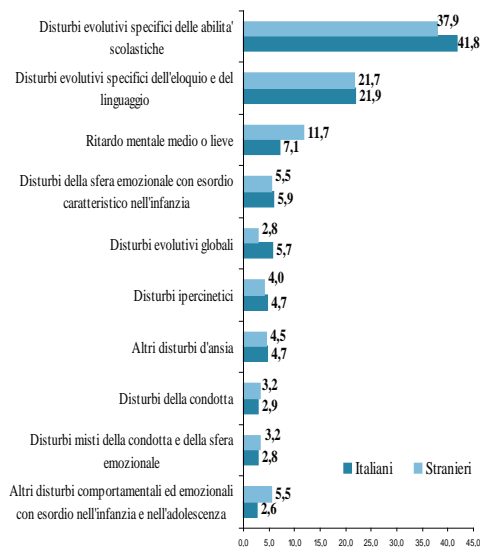
A questo proposito abbiamo analizzato le prime dieci cause di accesso al Servizio di salute mentale suddividendole fra maggiorenni e minorenni.

I dati riferiti alla popolazione minorenni mostrano un andamento molto simile fra le due popolazioni con valori più elevati nelle categorie diagnostiche legate all'apprendimento delle abilità scolastiche e del linguaggio. Le uniche categorie in cui gli stranieri presentano valori superiori sono il ritardo mentale (medio o lieve) e gli altri disturbi comportamentali ed emozionali tipici dell'infanzia e dell'adolescenza (**Figura 6.3**).

Alla luce di questi risultati, la differenza in termini di numerosità osservata fra le due popolazioni sembra più legata ad aspetti culturali (stigmatizzazione) che orientano i genitori italiani a rivolgersi ai professionisti privati in caso di patologie più lievi anziché accedere al Servizio pubblico.

**Figura 6.3**

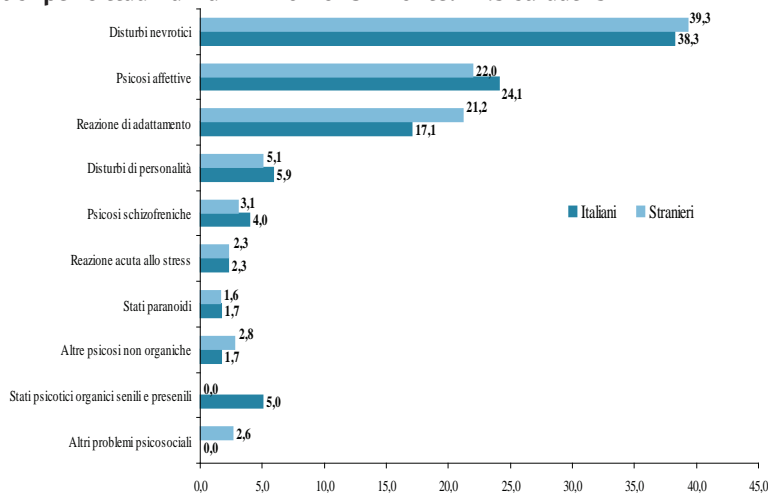
**Distribuzione (%) delle prime 10 cause diagnostiche (ICDIXcm e ICDX) da cui risulta affetta la popolazione minorenni che ricorre ai Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati SALM**



Passando agli adulti, le principali patologie da cui sono affetti, sia gli italiani che gli stranieri, comprendono i disturbi nevrotici, le psicosi affettive e i disturbi dell'adattamento. Il confronto fra le due etnie mette in risalto il maggior interessamento degli stranieri in patologie legate al processo migratorio, come le reazioni di adattamento e le problematiche di tipo psicosociale, mentre il basso numero di anziani spiega la mancanza di diagnosi che si presentano in età senile (Figura 6.4).

**Figura 6.4**

**Distribuzione (%) delle prime 10 cause diagnostiche (ICDIXcm e ICDX) da cui risulta affetta la popolazione maggiorenne che ricorre ai Servizi di Salute mentale territoriali - Analisi per cittadinanza - Anno 2015 - Fonte: ARS su dati SALM**



Sicuramente la letteratura, pur confermando che la selezione naturale che sta alla base del processo migratorio seleziona individui in grado di affrontare non solo fisicamente ma anche psicologicamente l'intero percorso, rileva anche i fattori pre-migrazione e post-migrazione in grado di favorire l'insorgenza di una psicopatologia. Fra questi citiamo gli atti di violenza, le condizioni di povertà estrema in cui vivono e le costanti ostilità e umiliazioni che devono subire una volta giunti a destinazione. Alla luce di questi vissuti ci è difficile pensare che una quota così bassa di cittadini stranieri presenti sul territorio toscano si rivolga ai Servizi di Salute mentale territoriali. Siamo più orientati a supporre che vadano promosse politiche di accesso a questi Servizi.



HIV e AIDS  
La tubercolosi

## Capitolo 7

# Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata



---

## 7. Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata

*Monia Puglia, Caterina Silvestri e Francesco Innocenti - ARS Toscana*

### 7.1 HIV e AIDS

La diffusione del virus dell'HIV è un problema rilevante che interessa la popolazione immigrata perché soggetta a numerosi fattori di disagio: provenienza da paesi ad alta endemia per HIV (Africa, America latina, Europa dell'Est e Asia), emarginazione sociale, barriere linguistiche culturali e sociali. Questi fattori sociali e individuali inducono problematiche legate alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari per la diagnosi ed il trattamento della malattia, limitata protezione sociale e legale e difficoltà di accesso alle informazioni sulla prevenzione. Tutto ciò comporta un maggior rischio di acquisizione dell'HIV e una progressione più rapida verso la fase finale della malattia, cioè verso l'AIDS.<sup>67</sup>

I dati sulle diagnosi da HIV (disponibili dal 2009) provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi da HIV mentre quelli sulle diagnosi di AIDS, disponibili dall'inizio dell'epidemia, dal Registro regionale AIDS. In Toscana il sistema di sorveglianza di entrambe le patologie è affidato all'ARS.<sup>68</sup>

In Italia, i tassi di incidenza per AIDS e HIV, rispettivamente 1,4 e 6,1 per 100.000 residenti nel 2014, sono più alti rispetto alla media degli altri Paesi UE/EEA (0,8 e 5,9 per 100.000).<sup>69,70</sup>

Nel contesto nazionale, la Toscana si colloca al quarto posto sia per incidenza di AIDS (1,8 per 100.000) preceduta da Liguria, Lazio (2,1), Lombardia e Marche (1,9) sia per l'incidenza di HIV (7,7), preceduta da Lazio (9,7), Lombardia (8,1) e Emilia-Romagna (8,0).

In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31/12/2014, sono 479 i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 50 provenienti dai paesi a sviluppo avanzato) ai quali è stata notificata l'AIDS: l'81,8% dei quali risiede nella regione.

---

<sup>67</sup> M. Raimondo, L. Camoni, V. Regine, M.C Salfa e B. Suligoì. L'HIV nella popolazione straniera in Italia. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, volume 22, numero 4, Aprile 2009.

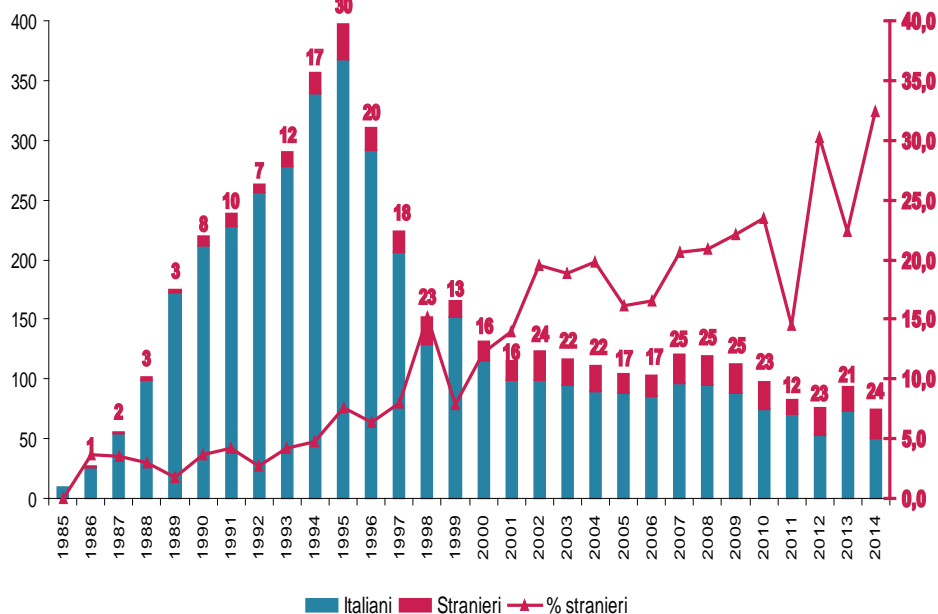
<sup>68</sup> Delibera di Giunta regionale 31/03/2010, n. 473 ("Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Avvio del sistema e affidamento della gestione all'Agenzia regionale di sanità della Toscana").

<sup>69</sup> COA (Centro Operativo Aids). Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31/12/2014. Volume 28, Numero 9, Supplemento 1 del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma.

<sup>70</sup> ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe. 2014. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>



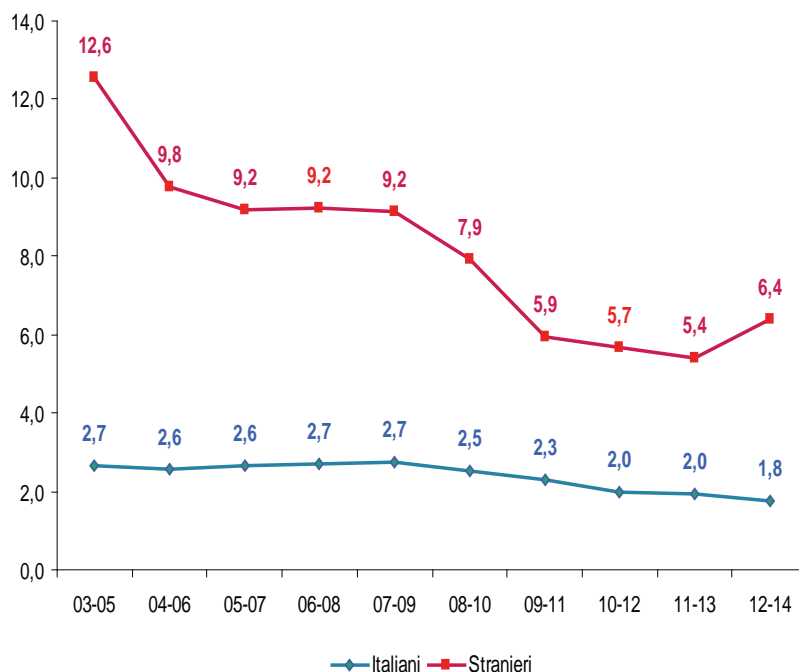
**Figura 7.1**  
**Cittadinanza dei casi di AIDS notificati in Toscana per anno di diagnosi - Anni 1985-2014**  
 Fonte: ARS su dati Registro regionale AIDS



La proporzione di stranieri tra i pazienti con AIDS è aumentata nel tempo (**Figura 7.1**) passando dal 3,7% nel 1990 al 32,4% nel 2014.

Questo incremento così rilevante, tuttavia, è attribuibile principalmente al progressivo aumento del numero di stranieri presenti in Toscana piuttosto che a una reale crescita dell'epidemia in questa popolazione. Infatti, l'incidenza della popolazione straniera è dimezzata (**Figura 7.2**) da 12,6 casi ogni 100.000 residenti nel triennio 2003-2005 a 6,4 nel triennio 2012-2014 verso 1,8 registrato fra i cittadini italiani residenti in Toscana (in Italia, l'incidenza di AIDS nella popolazione straniera è 5,4 per 100.000 rispetto a 1,1 registrato nella popolazione italiana – anno 2014).

**Figura 7.2**  
**Tassi di incidenza (per 100.000 residenti) di AIDS per cittadinanza - Anni 2003-2014**  
 Fonte: ARS su dati Registro regionale AIDS



A livello regionale si rilevano delle variazioni territoriali: l'Azienda toscana Centro presenta il più alto tasso di incidenza di AIDS negli stranieri (6,5 per 100.000 residenti di cittadinanza non italiana), seguita dall'Azienda toscana Nord Ovest (5,5 per 100.000 residenti di cittadinanza non italiana). Questi dati potrebbero riflettere un'effettiva maggior prevalenza della patologia nelle aree della Toscana dove è notoriamente più attivo il fenomeno della prostituzione, in particolar modo quella maschile. La maggior parte dei cittadini non italiani proviene, infatti, dal Brasile (112 maschi e 9 femmine), dalla Nigeria (23 maschi e 39 femmine) e dal Senegal (26 maschi e 1 femmina) dove il rischio di trasmissione del virus è legato proprio a rapporti sessuali connessi alla prostituzione (**Tabella 7.1**).

I sieropositivi stranieri sono al momento della diagnosi più giovani rispetto agli italiani (età media alla diagnosi: 38 anni *vs.* 49) e nel 70,8% dei casi sono di genere maschile.

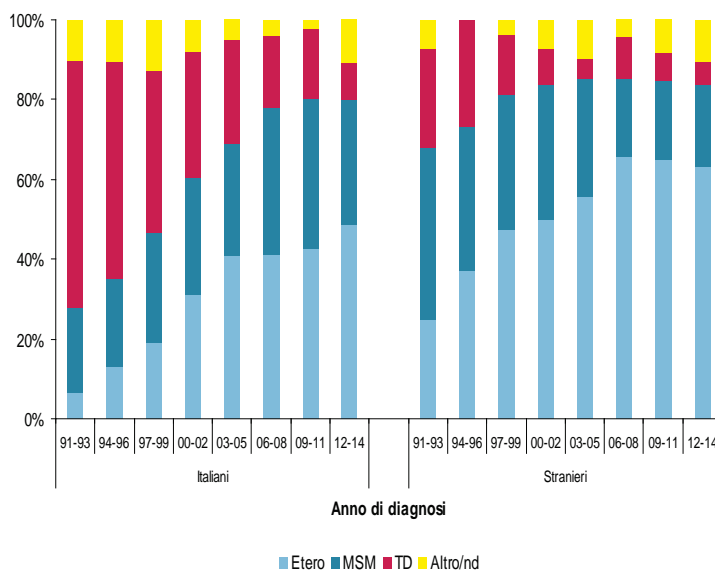
**Tabella 7.1**

**Casi di AIDS (N e %) di soggetti stranieri notificati in Toscana per paese di provenienza e genere - Anni 1985-2014 - Fonte: ARS su dati Registro regionale AIDS**

Paese di provenienza	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Brasile	112	33,0	9	6,4	121	25,3
Nigeria	23	6,8	39	27,9	62	12,9
Senegal	26	7,7	1	0,7	27	5,6
Cina	13	3,8	5	3,6	18	3,8
Romania	8	2,4	9	6,4	17	3,5
Costa D'avorio	7	2,1	7	5,0	14	2,9
Perù	11	3,2	3	2,1	14	2,9
Etiopia	5	1,5	8	5,7	13	2,7
Marocco	10	2,9	2	1,4	12	2,5
Francia	7	2,1	4	2,9	11	2,3
Stati Uniti	9	2,7	1	0,7	10	2,1
Altro	108	31,9	50	37,1	160	33,4
<b>Totale</b>	<b>339</b>	<b>100,0</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>	<b>479</b>	<b>100,0</b>

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio (**Figura 7.3**), nella popolazione straniera si registra una più alta frequenza di trasmissione per via eterosessuale (63,2 % nell'ultimo triennio) rispetto agli italiani (48,6%). La trasmissione per uso iniettivo o di droghe è nella popolazione straniera inferiore rispetto a quella italiana (5,9% vs. 9,1% rispettivamente).

**Figura 7.3**  
**Distribuzione percentuale dei casi di AIDS di soggetti adulti per modalità di infezione del virus e anno di diagnosi - Anni 1991-2014 - Fonte: ARS su dati Registro regionale AIDS**



Nel periodo 2009-2014 i pazienti di nazionalità straniera ai quali è stata notificata una infezione da HIV sono stati 457 (il 25,6%) con un tasso di incidenza 3 volte superiore a quello degli italiani (22,2 per 100.000 residenti *vs.* 6,6) e leggermente più alto rispetto al tasso medio italiano per gli stranieri (19,2 per 100.000).

Il 19,4% dei pazienti stranieri scopre di essere sieropositivo in concomitanza alla diagnosi di AIDS, ovvero si presenta alla diagnosi di sieropositività con un quadro immunologico già compromesso, ma non si evidenziano differenze rispetto alla popolazione degli italiani. Il rischio di diagnosi tardiva è più elevato tra i maschi, tra gli eterosessuali e aumenta con l'avanzare dell'età, indipendentemente dalla cittadinanza.<sup>71</sup>

Indipendentemente dalla cittadinanza il test viene effettuato nel momento in cui vi è il sospetto di una patologia HIV correlata, di una MTS o vi è un quadro clinico d'infezione acuta e solo il 28,7% dei casi lo effettua spontaneamente per percezione di rischio a dimostrazione che, in questi ultimi anni, si è chiaramente modificato l'atteggiamento della popolazione nei confronti dell'infezione che non viene più ritenuta un vero pericolo (**Tabella 7.2**).

La diagnosi nelle donne viene fatta più precocemente rispetto agli uomini, soprattutto nella popolazione immigrata, grazie ad un efficace *screening* prenatale. Molte donne, infatti, si sottopongono al test grazie all'inserimento gratuito dello *screening* per HIV nel libretto per la gravidanza. In Toscana, il 26,8% delle sieropositive straniere ha eseguito il test durante un controllo ginecologico in gravidanza.

<sup>71</sup> Puglia M, Voller F. HIV e AIDS in Toscana. Aggiornamento al 31/12/2014. Documenti Agenzia regionale di sanità. Serie In cifre - N. 9.

Scoprire la sieropositività in gravidanza permette non solo di iniziare la terapia e salvaguardare così la salute della gestante, ma anche di prevenire la trasmissione del virus al figlio, come testimoniato dall'abbattimento del tasso di incidenza di infezione neonatale nel nostro Paese.

**Tabella 7.2**

**Motivo di esecuzione del test HIV per genere e cittadinanza - Casi adulti - Anni 2009-2014**  
- Fonte: ARS su Sistema nazionale sorveglianza HIV

Motivo di esecuzione test	Stranieri		Italiani	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sospetta patologia HIV correlata	35,8	30,7	40,0	33,9
Quadro clinico di infezione acuta	3,7	3,4	9,3	11,3
Sospetta MTS	13,1	2,8	7,4	1,0
Riscontro partner HIV positivo	6,7	7,8	2,9	10,3
Controllo ginecologico in gravidanza		26,8		9,2
Spontaneamente per percezione del rischio	30,6	16,8	31,2	23,1
Altro	10,1	11,7	9,2	11,2

## 7.2 La tubercolosi

Secondo quanto riportato dal rapporto dell'OMS *Global tuberculosis control 2015*,<sup>72</sup> nel 2014 circa 9,6 milioni di persone hanno ricevuto una diagnosi di infezione tubercolare (equivalente di 133 casi per 100.000 abitanti) di cui 5,4 milioni tra gli uomini, 3,2 milioni tra le donne e 1,0 milioni tra i bambini. Nello stesso anno, i decessi per questa causa sono stati 1,1 milioni tra le persone HIV negative e 0,4 milioni tra i sieropositivi. Fra questi 140.000 erano bambini.

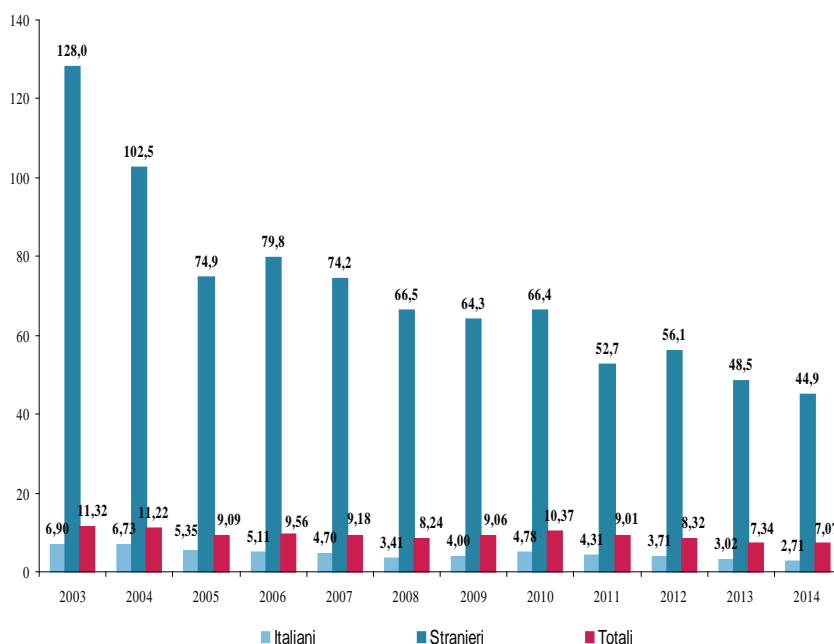
Nel 2014, la maggior parte del numero stimato di casi si è verificato in Asia (58%) e nella Regione africana (28%), mentre le proporzioni minori si sono registrate nella Regione del Mediterraneo orientale (8%), nella Regione europea (3%) e nella Regione delle Americhe (3%). I 6 Paesi che si distinguono per avere il maggior numero di casi incidenti (nel 2014) sono l'India, l'Indonesia, la Cina, la Nigeria, il Pakistan e il Sud Africa. I casi registrati in India, Indonesia e Cina rappresentano il 43% dei casi osservati a livello mondiale.

In Italia la tubercolosi (TBC) è una patologia relativamente rara con un'incidenza, nel 2014, di 6 casi ogni 100.000 (la soglia di 10 casi ogni 100.000 abitanti definisce un paese a bassa prevalenza). In Toscana, la media regionale è lievemente superiore al dato nazionale (7 casi notificati ogni 100.000 residenti nel 2014) ma mostra un trend in costante diminuzione (**Figura 7.4**). Il confronto

<sup>72</sup> WHO, Global Tuberculosis Control, 2015. [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)

italiani/stranieri mostra chiaramente l'elevato interessamento di questi ultimi con tassi d'incidenza molto superiori rispetto a quanto osservato fra gli italiani residenti. È importante sottolineare che l'incidenza si sta costantemente riducendo anche fra gli stranieri (da 128 casi su 100.000 residenti stranieri notificati nel 2003 si è passati a 44,9 casi nel 2014).

**Figura 7.4**  
**Tasso grezzo di incidenza di TBC in Toscana (per 100.000 residenti) - italiani-stranieri e totali - Anni 2003-2014 - Fonte: ARS su dati RT**



A livello territoriale, l'AUSL che registra il tasso d'incidenza più elevato è la Centro con 18,5 casi ogni 100.000 abitanti (periodo 2010-2014) seguita dall'AUSL Sud-Est (11,1 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo 2010-2014) e dall'AUSL Nord-Ovest (9,9 casi ogni 100.000 abitanti nel periodo 2010-2014).

Le differenze osservate sono dovute non soltanto al diverso numero di stranieri residenti ma anche al paese di provenienza. Sul territorio dell'AUSL Centro, che come sappiamo comprende il territorio pratese, è presente una grande comunità cinese che, come descritto nella parte iniziale del paragrafo, costituisce una popolazione ad alta incidenza di TBC. Infatti, analizzando i dati per ex AUSL, l'incidenza dell'area pratese raggiunge complessivamente i 40,4 casi ogni 100.000 abitanti (periodo 2010-2014) e 136,7 casi per 100.000 residenti nei soli cittadini stranieri.

**Tabella 7.3**

**Tasso grezzo di incidenza di TBC per AUSL della Toscana (per 100.000 residenti) – italiani-stranieri e totali - Anni 2010-2014 - Fonte: ARS su dati RT**

AUSL della Toscana	Italiana	Straniera	Totale
AUSL Toscana Nord-Ovest	5,6	41,9	9,9
AUSL Toscana Centro	7,9	66,5	18,5
AUSL Toscana Sud-Est	5,7	38,3	11,1

Il 96,3% degli stranieri che nel corso degli ultimi 4 anni hanno contratto un'infezione tubercolare provengono da PFPM. Le aree maggiormente interessate comprendono i Paesi del centro e dell'est Europa e i Paesi asiatici. È interessante notare che mentre fra gli est europei, nel corso degli anni, si assiste alla progressiva riduzione della percentuale di nuovi casi di TBC, fra gli asiatici il valore sembra incrementare. Sicuramente, come più volte denunciato dalle autorità di controllo, le condizioni abitative in cui la comunità cinese spesso è costretta a vivere e la coercizione dei lavoratori in spazi ristretti, non può che favorire la trasmissione di questa patologia.

**Tabella 7.4**

**Distribuzione (N e %) dei casi di TBC nei cittadini stranieri residenti in toscana - Analisi per Area di provenienza - Anni 2010-2014 - Fonte: ARS su dati RT**

Area di Provenienza	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Africa Nord	23	10,6	21	11,4	17	9,6	14	8,6	17	10,4
Africa Centro-Sud	30	13,8	28	15,2	31	17,4	24	14,7	25	15,2
America Centro-Sud	37	17,0	20	10,9	22	12,4	19	11,7	24	14,6
Asia	53	24,3	47	25,5	40	22,5	52	31,9	59	36,0
Europa Centro-Est	75	34,4	68	37,0	68	38,2	54	33,1	39	23,8
<b>TOTALE PFPM</b>	<b>218</b>	<b>100,0</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	<b>164</b>	<b>100,0</b>

**I dati del RMR  
dal 1997 al 2013  
sugli stranieri in Toscana**

**Cause di morte**

**La mortalità  
nella fascia di età 0-14 anni**

**Conclusioni**

## **Capitolo 8**

# **La mortalità 1997-2013 della popolazione straniera in Toscana**





---

## **8. La mortalità 1997-2013 della popolazione straniera in Toscana**

*Elisabetta Chellini e Andrea Martini - ISPO*

In questo capitolo vengono esaminate le caratteristiche e l'andamento negli ultimi 15 anni della mortalità della popolazione straniera, residente o meno in Toscana e non avente cittadinanza italiana, effettuando il confronto con la mortalità della popolazione toscana attraverso i dati del Registro di mortalità regionale (RMR). Presupposto di questa analisi è che la mortalità sia una misura indiretta del livello di salute della popolazione e nel caso della popolazione immigrata sia una misura indiretta anche del grado di integrazione. È noto, infatti, che le condizioni di vita e di lavoro delle popolazioni immigrate sono in genere a maggior rischio per la salute rispetto a quelle delle popolazioni autoctone, e che quindi anche la mortalità della popolazione immigrata possa essere più elevata di quella della popolazione ospitante.

### **8.1 I dati del RMR dal 1997 al 2013 sugli stranieri in Toscana**

#### **8.1.1 Fonte e analisi dei dati esaminati**

Fonte dei dati di mortalità è il Registro di Mortalità Regionale (RMR) toscano, gestito dall'ISPO per conto della Regione Toscana (Delibera GRT n.11409 del 24.11.1986), e attivo dal 1987 quando è stata resa disponibile per le Aziende Sanitarie la copia calcante della scheda di morte ISTAT. Solo a partire dal 1997 i dati sulla cittadinanza dei soggetti che decedono in Toscana sono informatizzati e quindi, nelle elaborazioni che vengono mostrate, sono considerati solo i dati di mortalità dal 1997 al 2013, ultimo anno per il quale, al momento, sono disponibili le informazioni sulla mortalità in Toscana. Particolare attenzione viene posta alla mortalità degli immigrati residenti in Toscana: per questi è possibile stimare i tassi di mortalità e confrontarli con quelli degli italiani, avendo a disposizione le numerosità per classi di età, sesso ed anno di calendario delle due popolazioni a confronto. In merito agli stranieri deceduti in Toscana, ma non ivi residenti, sono invece presentati solo i dati in numero assoluto ed espresse alcune considerazioni generali.

Sono qui di seguito denominati "immigrati" i deceduti che risultano residenti in Toscana ed aventi cittadinanza non italiana, così come riportato sul loro certificato di decesso dagli uffici di Stato civile dei Comuni dove sono avvenuti e registrati i decessi. Sono denominati "stranieri" i deceduti che non risultano residenti in Toscana ed aventi cittadinanza non italiana. Gli immigrati e gli stranieri sono stati quindi classificati PFP e PSA (vedi classificazione in appendice).

Questa classificazione è stata utilizzata per la prima volta in una pubblicazione della Regione Marche del 2009<sup>73</sup> e successivamente nell'analogo approfondimento pubblicato nel 2011 sulla mortalità dei migranti in Toscana.<sup>74</sup> Per l'identificazione del paese di provenienza per gli immigrati e stranieri deceduti in Toscana si è proceduto attribuendo la classificazione:

- PFPM in caso di cittadinanza straniera (codice = 3 sul certificato di morte) e nascita in uno Stato PFPM secondo la classificazione della pubblicazione Marche;
- PSA in caso di cittadinanza straniera (codice = 3 sul certificato di morte) e nascita in uno Stato PSA secondo la classificazione della pubblicazione Marche;
- Italia in caso di cittadinanza italiana (codice = 1 sul certificato di morte) o italiana acquisita (codice = 2 sul certificato di morte) e nascita in qualsiasi paese (in Italia o all'estero).

Per il denominatore, non è stata utilizzata la distribuzione tra PFPM e PSA per sesso considerata nella pubblicazione sopra citata della Regione Marche, ma una stima ottenuta dai bilanci demografici degli immigrati di fonte ISTAT. Per gli anni 2002-2008 si è mantenuto il valore medio dell'intero periodo, valore peraltro già considerato nella precedente pubblicazione ARS (femmine: PFPM 87% e PSA 13%; maschi: 92% PFPM e 8% PSA), mentre per gli anni successivi 2009-2013 si sono utilizzate le percentuali annuali di distribuzione per sesso delle due popolazioni: per le femmine PFPM si va da un valore di 87,3% nel 2009 a 92,6% nel 2013; per le femmine PSA dal 12,7% nel 2009 al 7,4% nel 2013; per i maschi PFPM da 92,8% nel 2009 a 94,8 nel 2013; e per i maschi PSA da 7,2% nel 2009 a 5,2% nel 2013.

Sono state effettuate analisi di mortalità proporzionale per sesso e classe di età, per i due gruppi di immigrati PFPM e PSA ed i risultati sono stati confrontati con quelli ottenuti per i cittadini italiani residenti in Toscana. È stata esaminata e confrontata la mortalità proporzionale per causa specifica nei periodi quinquennali 1997-2001 e 2009-2013, cioè nel primo periodo, che tra l'altro è precedente all'entrata in vigore in Italia delle normative citate nel primo capitolo, e nell'ultimo periodo disponibile.

Il *trend* temporale di mortalità nei vari sottogruppi di popolazione residente (italiani, immigrati PFPM e PSA) è stato esaminato utilizzando le medie mobili a 3 termini dei tassi standardizzati (standard: popolazione Europea 2013) per il periodo 2002-2013 per tutte le cause e per alcune grandi cause specifiche di morte (malattie del sistema circolatorio, tumori, traumatismi e avvelenamenti). Per permettere un confronto più leggibile dell'andamento dei tassi di mortalità standardizzati dei vari sottogruppi di popolazione, è stata utilizzata una scala semi-logaritmica. Questi tassi standardizzati sono stati calcolati solo per i deceduti 20-64-enni (tassi troncati sull'età 20-64 anni)

<sup>73</sup> De Giacomi GV, Seniori Costantini A, Calamita ML, et al. 2009, La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Ancona, Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche.

<sup>74</sup> Chellini E., Martini A, Sala A. 2011. La mortalità nella popolazione straniera. In: Immigrazione e salute in Toscana. Documenti ARS, vol.58, pag.85-102 (disponibile al 20-6-2016 in: <https://www.ars.toscana.it/it/publicazioni/collana-documenti-ars.html>).

poiché la presenza di immigrati di 20-64 anni in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa. Per questi tassi è stato possibile considerare solo il periodo 2002-2013 perché solo dal 2002 sono risultati disponibili i denominatori di popolazione immigrata.

### 8.1.2 La distribuzione dei decessi per anno, sesso e classi di età

Nel periodo 1997-2013 si sono registrati 4.681 decessi in immigrati (di cui 3.005 PFPM e 1.676 PSA) e 2.520 in stranieri non residenti. La **Tabella 8.1** mostra la distribuzione dei decessi negli immigrati in Toscana per anno e paese di provenienza. Per gli italiani si nota l'incremento numerico di decessi osservato nel 2003, l'anno della grande ondata di calore estivo. Lo stesso può dirsi, in parte, anche per gli immigrati in Toscana provenienti dai PSA caratterizzati da una struttura per età più anziana che presentano una numerosità di deceduti più che triplicata in quell'anno. Anche fra i PFPM, in quello stesso anno, si osserva un forte incremento della numerosità dei decessi, benché la popolazione non aumenti così tanto (da 110.652 nel 2002 a 127.298 nel 2003), fenomeno che si osserva nuovamente nel 2004 seguito poi da un progressiva riduzione negli anni successivi fino a raggiungere un valore pari a due terzi di quello di picco. Anche nei PSA il picco di morti si osserva nel 2004 con un valore decuplicato rispetto a quello osservato a fine anni '90 per poi ridursi progressivamente negli anni successivi fino ad arrivare a valori pari a un terzo del valore di picco.

La **Tabella 8.2** mostra la distribuzione dei decessi per genere e classe di età dei cittadini immigrati e degli italiani residenti in Toscana. Sono stati inseriti anche i dati degli stranieri e degli italiani residenti in altre regioni ma deceduti in Toscana.

Esaminando la mortalità maschile degli immigrati e stranieri PFPM, la fascia di età con il più elevato numero di decessi è quella lavorativa dai 15 ai 64 anni (rispettivamente 63,3% e 82,8%). Negli immigrati PFPM tale percentuale è aumentata di oltre 5 punti percentuali aggiungendo 5 anni di osservazione rispetto a quanto presentato nel 2011 considerando la mortalità 1997-2008. Tra gli uomini italiani residenti e non in Toscana la classe di età con la percentuale più alta risulta quella più anziana, e analogamente questo accade per i PSA residenti.

Nelle donne, la percentuale dei decessi aumenta in relazione all'aumento dell'età della popolazione, siano esse PFPM, PSA o italiane, residenti in Toscana. Da notare come i valori percentuali nella classe di età 15-64 anni si riducano sensibilmente passando dalle PFPM alle PSA alle italiane (43,7%, 13,5% e 7,9%).

Le donne PFPM non residenti presentano il valore più elevato di mortalità nella classe 15-64 anni mentre per gli altri due gruppi di donne non residenti l'andamento per classi di età è analogo a quello osservato per le residenti. La quota di decessi nelle immigrate PFPM di 15-64 anni è aumentata di 10 punti percentuali aggiungendo 5 anni di osservazione rispetto a quanto osservato fino al 2008. Inoltre, la percentuale dei decessi, passando dalle PFPM alle PSA alle italiane, aumenta per le donne più anziane (età >65 anni) (48,5%, 76,6% e 91,9% nelle residenti; 21,1%, 55,4% e 82,5% nelle non residenti).

La numerosità maggiore di decessi tra gli immigrati PFPM residenti si osserva in tre province: Firenze con 1.398 decessi, Pisa con 285 decessi e Lucca con 224 decessi.

Confrontando la numerosità dei decessi nei residenti per sesso e tipologia di paese di origine nei due quinquenni, 1997-2001 e 2009-2013 - cioè confrontando il 1° periodo con quello più recente - si osserva (**Tabella 8.3**) che:

- nei cittadini italiani residenti i decessi complessivamente aumentano (+5.232) a fronte però di un incremento degli stessi solo nella fascia di età più anziana (-6.637 nella fascia di età 0-64 anni e +11.869 nei soggetti di 65 anni e più);
- negli immigrati, sia PFPM sia PSA, aumentano in tutte le fasce di età; nell'ultimo quinquennio rispetto al 1° sono equamente distribuiti nei due sessi, pari a +1.053 nei PFPM e +344 nei PSA; percentualmente nella fascia centrale 15-64 anni si riducono per il peso che viene ad assumere la componente più anziana di queste popolazioni.

**Tabella 8.1**

**Andamento del numero dei deceduti residenti in Toscana per cittadinanza (PFPM, PSA e italiani) - Anni 1997-2013 - Fonte: ISPO su RMR**

Anno di morte	Cittadinanza		
	PFPM	PSA	Italiana
1997	38	23	40.934
1998	51	22	41.492
1999	50	39	41.037
2000	59	31	40.712
2001	71	30	39.764
2002	71	39	39.860
2003	166	135	41.582
2004	333	299	37.889
2005	314	262	39.686
2006	196	131	38.978
2007	238	162	40.114
2008	195	100	41.340
2009	202	85	39.965
2010	227	93	41.064
2011	247	61	41.236
2012	256	74	42.790
2013	291	90	41.511
<b>Totale</b>	<b>3005</b>	<b>1676</b>	<b>689.954</b>

**Tabella 8.2**  
**Numero e percentuale dei deceduti residenti e non residenti in Toscana (PFPM, PSA e italiani) per genere e classi di età - Periodo 1997-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR**

Classi di età	Residenti						Non residenti					
	PFPM		PSA		Italiani		PFPM		PSA		Italiani	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>MASCHI</b>												
0-14 anni	119	7,0	100	12,9	1.111	0,3	60	6,0	27	3,8	138	1,3
15-64 anni	1.083	63,3	151	19,4	51.213	15,1	830	82,8	351	49,6	3.647	34,4
65+ anni	508	29,7	527	67,7	287.496	84,6	112	11,2	330	46,6	6.831	64,3
Totale	1.710	100,0	778	100,0	339.820	100,0	1002	100,0	708	100,0	10.616	100,0
<b>FEMMINE</b>												
0-14 anni	109	7,9	97	9,9	934	0,3	57	13,0	30	8,1	110	1,2
15-64 anni	605	43,7	133	13,5	28.216	7,9	290	65,9	135	36,5	1.516	16,3
65+ anni	672	48,5	753	76,6	328.585	91,9	93	21,1	205	55,4	7.671	82,5
Totale	1.386	100,0	983	100,0	357.735	100,0	440	100,0	370	100,0	9.297	100,0

**Tabella 8.3**  
**Numero e percentuale dei deceduti PFPM, PSA e italiani residenti in Toscana per genere, periodo temporale e classe di età - Anni 1997-2013 - Fonte: ISPO di dati RMR**

Classe di età	Periodo	Maschi						Femmine					
		PFPM		PSA		Italiani		PFPM		PSA		Italiani	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-14	1997-2001	14	8,2	11	15,9	418	0,4	8	8,3	8	10,8	361	0,4
	2009-2013	44	6,1	36	15,5	260	0,3	53	8,8	48	18,9	202	0,2
15-64	1997-2001	121	70,8	19	27,5	17.660	17,4	59	61,5	20	27,0	9.157	8,9
	2009-2013	509	71,0	52	22,3	12.901	12,9	339	56,2	39	15,4	7.596	6,9
65 e +	1997-2001	36	21,1	39	56,5	83.662	82,2	29	30,2	46	62,2	93.414	90,8
	2009-2013	164	22,9	145	62,2	86.919	86,8	211	35,0	167	65,7	102.026	92,9
Totale	1997-2001	171	100,0	69	100,0	101.740	100,0	96	100,0	74	100,0	102.932	100,0
	2009-2013	717	100,0	233	100,0	100.080	100,0	603	100,0	254	100,0	109.824	100,0

## 8.2 Le cause di morte

Nella popolazione toscana, come è ormai ampiamente noto dalle varie pubblicazioni e dai dati del RMR presenti sulle pagine web della Regione Toscana<sup>75</sup> e di ISPO,<sup>76</sup> ai primi due posti nella classifica delle cause di morte vi sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori a cui seguono, in ordine decrescente d'importanza, le malattie dell'apparato respiratorio, le cause violente (in altre parti più propriamente nominate "traumatismi e avvelenamenti") e le malattie dell'apparato digerente. Per gli immigrati PFP di sesso maschile, se a metà degli anni 2000 i traumatismi ed avvelenamenti si collocavano al primo posto tra le cause di decesso, ultimamente sono in seconda posizione seguendo di poco i tumori (**Figura 8.1**). Nonostante questo, la mortalità per cause violente e per malattie infettive è percentualmente maggiore nei PFP rispetto agli altri due gruppi. La provenienza da paesi a elevata endemia e le complessità legate al processo migratorio (situazioni di sovraffollamento e scarse condizioni igienico-sanitarie) sono due fattori che sicuramente rendono l'immigrato PFP maggiormente suscettibile a patologie infettive.<sup>77</sup> Alcuni studi hanno evidenziato come l'immigrazione in Italia possa aver influito sull'andamento epidemiologico di alcune malattie trasmissibili come ad esempio la tubercolosi,<sup>78,79,80</sup> la malaria<sup>81</sup> e l'AIDS.<sup>82</sup> In concomitanza, poi, dei recenti innumerevoli sbarchi di migranti si sono andate anche definendo procedure di *screening* per l'identificazione di patologie infettive proprio nei migranti.<sup>83,84,85,86,87</sup> Negli ultimi Rapporti Osserva Salute 2014 e 2015 non emergono *trend* allarmanti di malattie infettive quanto piuttosto una tenuta del sistema sanitario

<sup>75</sup> <http://www.regione.toscana.it/statistiche/publicazioni-statistiche/sanita-e-salute>; <http://www.regione-toscana.it/sanita-e-salute/statistiche/dati-statistici>

<sup>76</sup> [http://rtrt.ispo.toscana.it/rmr/index\\_RMR.html](http://rtrt.ispo.toscana.it/rmr/index_RMR.html)

<sup>77</sup> Vigotti MA. 1992. Analysis of mortality in relation to various demographic phenomena: migration and marital status. *Ann Ist Super Sanità*.

<sup>78</sup> Santori D, Fabbiani M, Zanelli G, Sansoni A, Pippi F, Braito A, Pippi L, Rossi M, Rottoli P. 2005. Retrospective study of tuberculosis in the Province of Siena. *Infez Med*.

<sup>79</sup> Farchi S, Mantovani J, Borgia P, Giorgi Rossi P. 2008. Tuberculosis incidence, hospitalisation prevalence and mortality in Lazio, Italy, 1997-2003. *Int J Tuberc Lung Dis*.

<sup>80</sup> SIMM. 2008. Conferenza di Consenso "Tbc e Migrazioni in Italia" – sintesi del documento approvato. 5 e 6 giugno 2008 a cura del servizio di documentazione della SIMM Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

<sup>81</sup> Foca A, Barreca GS, Barbieri V, Matera G, Liberto MC, De Rosa M. 2004. Fourteen-year experience with imported malaria. *Infez Med* 12(3):186-92.

<sup>82</sup> Crimi P, Macrina G, Saettone F, Turello W, Ramorino P, Gasparini R, Crovari P. 2005. Epidemiological trend in tuberculosis in the Italian region of Liguria: impact of immigration and AIDS. *Eur J Public Health* 15(4):339-42.

<sup>83</sup> Prestileo T, Cassarà G, Di Lorenzo F, et al. 2013. Salute e malattie infettive nella popolazione migrante: l'esperienza della "Coorte di Lampedusa 2011" *Infez Med* 1: 21-28.

<sup>84</sup> Karki T, Napoli C, Riccardo F, et al. 2014. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries—Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 11, 11004-11014.

<sup>85</sup> Napoli C, Dente MG, Karki T et al. 2015. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants: Experiences and Practices in Non-EU Countries of the Mediterranean Basin and Black Sea. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 12, 15550-15558.

<sup>86</sup> Germinario C, Gallone MS, Tafuri S. 2015. Lo stato di salute degli immigrati: il modello pugliese. *Epidemiol Prev* 2015; 39(4) Suppl 1: 76-80.

<sup>87</sup> Williams GA, Bacci S, Shadwick R, et al. 2016. Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand J Public Health* 44: 6-13.



di accoglienza nell'affrontare i consistenti arrivi di immigrati nel nostro Paese.<sup>88,89</sup>

In Toscana, la mortalità causa specifica negli uomini immigrati PSA si colloca in genere tra quella dei PFPM e degli italiani, ad eccezione di quella per disturbi psichici e per malattie dell'apparato digerente che risultano percentualmente più elevate tra i PSA rispetto agli italiani. Inoltre, al primo posto tra le cause di morte nei PSA come nei PFPM, vi sono i tumori.

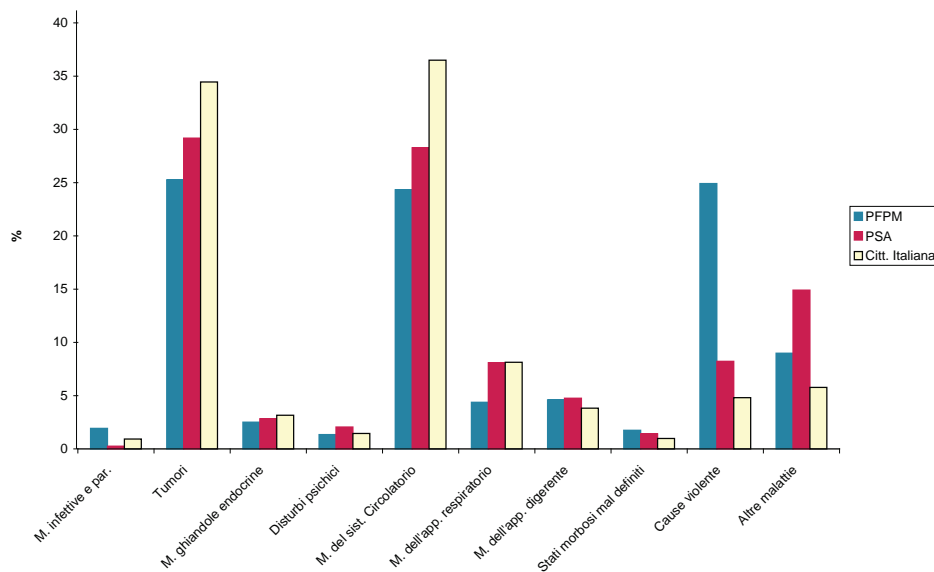
Nelle donne (**Figura 8.2**) il quadro della mortalità proporzionale per grandi gruppi di cause si presenta in maniera diversa tra i tre gruppi rispetto a quanto osservato per gli uomini: nelle immigrate PFPM il posto occupato dalle prime due cause è invertito rispetto a quello osservato per le italiane e le PSA, con i tumori al primo posto; gli eventi accidentali, come per gli uomini, sono percentualmente più elevati di quanto osservato nelle PSA e italiane. Inoltre, nelle immigrate PSA si osservano valori percentuali un po' più elevati per disturbi psichici e malattie respiratorie rispetto alle italiane e alle immigrate PFPM.

---

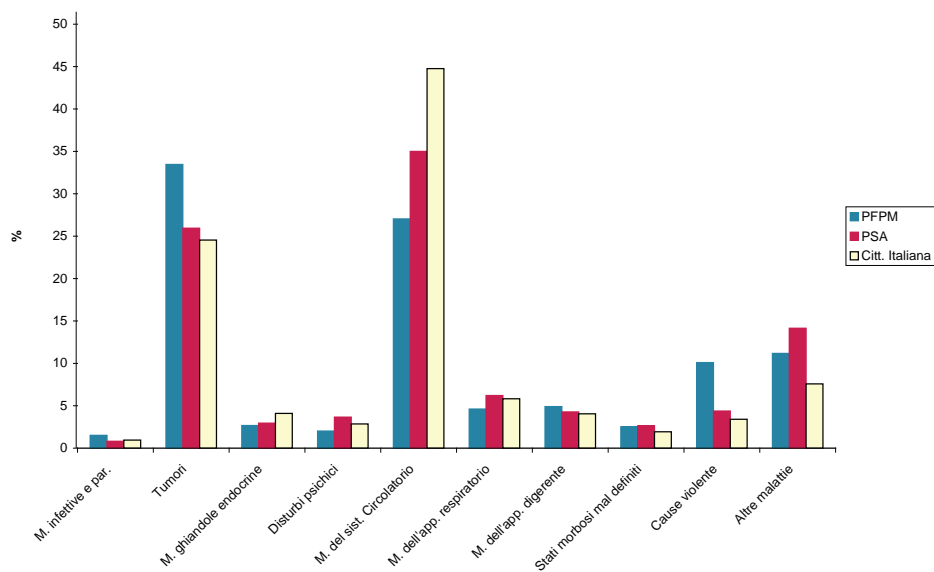
<sup>88</sup> Geraci S, Baglio G, Burgio A. 2015. Salute della popolazione straniera. Osserva Salute 2015. pp.267-324. In: <http://www.osservasalute.it/>

<sup>89</sup> Geraci S, Baglio G, Burgio A. 2014. Salute della popolazione straniera. Osserva Salute 2014. pp.263-327. In: <http://www.osservasalute.it/>

**Figura 8.1**  
**Distribuzione percentuale delle cause di morte per i deceduti maschi residenti in Toscana**  
**Analisi per cittadinanza (PFPM, PSA e italiana) – Periodo 1997-2013 – Fonte: ISPO su dati RMR**



**Figura 8.2**  
**Distribuzione percentuale delle cause di morte per i deceduti femmine residenti in Toscana**  
**Analisi per cittadinanza (PFPM, PSA e italiana) - Periodo 1997-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR**



La distribuzione dei decessi negli immigrati per Paese di origine, mostra una maggior numerosità nei Paesi a maggior gettito di immigrati (e da più lungo tempo). Nelle prime 4 posizioni vi sono le comunità più numerose: nel 2013, sul totale degli immigrati residenti, la comunità rumena rappresentava il 20,3% e presentava il 13,7% dei decessi sul totale di quelli registrati negli immigrati, quella albanese il 18,5% con il 17,6% di decessi, quella cinese il 10,9% e il 5,4% di decessi, e quella marocchina il 7,2% e l'8,6% di decessi (**Tabella 8.4**).

**Tabella 8.4**  
**Numero dei deceduti immigrati PFP in Toscana per causa di morte, sesso e paese di origine - Periodo 1997-2013 – Fonte: ISPO su dati RMR**

Paese di origine	Tutte le cause			Tumori			Mal. sist. Circ.			Traumatismi ed avv.		
	F	M	T	F	M	T	F	M	T	F	M	T
Albania	146	284	430	65	78	143	39	62	101	21	105	126
Romania	155	179	334	70	49	119	36	37	73	23	71	94
Marocco	46	164	210	14	41	55	10	27	37	8	63	71
Cina	42	89	131	17	25	42	8	29	37	14	23	37
Altri	636	702	1.338	231	178	409	162	192	354	68	150	218
Totale	1.025	1.418	2.443	397	371	768	255	347	602	134	412	546

### 8.2.1 Andamenti 2002-2013 delle principali cause di morte

Come già sottolineato in precedenza, a causa dei limiti relativi alle fonti statistiche dei dati e alle caratteristiche della popolazione immigrata, i tassi standardizzati sono stati calcolati soltanto per la fascia di età 20-64 anni e per il periodo 2002-2013. Di conseguenza solo per tale fascia di età e periodo è possibile fare confronti sull'andamento della mortalità nei tre gruppi di popolazione residente. Le **Figure 8.3-8.6** mostrano gli andamenti su scala semi-logaritmica per tutte le cause e per alcuni grandi gruppi di cause nei due sessi. Gli andamenti, rispetto a quelli presentati nella precedente pubblicazione ARS<sup>73</sup> appaiono diversi poiché è stato utilizzato uno standard differente caratterizzato da una distribuzione per età della popolazione più simile a quella della popolazione italiana: è lo standard europeo il cui utilizzo è stato recentemente suggerito da Eurostat.<sup>90</sup>

Esaminando l'andamento per tutte le cause (**Figura 8.3**), si osserva una riduzione dei tassi di mortalità negli italiani ed uno molto evidente nei PSA attorno al 2008 che successivamente risale, mentre nei PFP, nell'ultimo quinquennio, vi è un andamento al rialzo. Si osserva anche una differenza tra la mortalità per tutte le cause dei PFP e quella dei residenti italiani che tende a ridursi negli ultimi anni di osservazione sia negli

<sup>90</sup> EUROSTAT 2013. Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. EUROSTAT Methodologies and Working papers.

uomini sia nelle donne PFP. Il Rischio Relativo (RR) di morte negli immigrati PFP di sesso maschile rispetto agli italiani (il RR viene calcolato come rapporto tra il tasso standardizzato calcolato negli immigrati PFP e quello analogo calcolato per i cittadini italiani, per causa, sesso e triennio) mostra una crescita progressiva anche se risulta ancora molto inferiore a quello degli italiani (**Tabella 8.5**). Questo livello di mortalità, sempre inferiore negli immigrati PFP rispetto agli italiani, è presumibilmente da ascrivere al fatto che gli immigrati che riescono a raggiungere e prendere residenza in Italia siano in genere in buona salute (effetto “migrante sano”) e che, se si ammalano gravemente, tendono a tornare nel loro paese (effetto “salmone”), effetto che non pare confermarsi nei PSA per i quali, già a partire dal 2005, si osserva una flessione della mortalità che però poi risale negli ultimi anni. Dato che la flessione osservata nei PSA si è verificata a partire dai primi anni della crisi economica, possiamo supporre che abbia un legame con questo fenomeno. È possibile che alcuni PSA abbiano preferito, durante le ultime fasi della vita, tornare nel proprio paese di origine anche per motivi economici oltre che affettivi e culturali.

Pressoché analogo è l'andamento della mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (**Figura 8.4**) e per tumori (**Figura 8.5**). I RR sono crescenti nei maschi (**Tabella 8.5**), cioè si osserva una riduzione del divario tra italiani e immigrati PFP, maggiore nell'ultimo periodo.

**Tabella 8.5**  
Rischio Relativo di morte - PFP rispetto agli Italiani - Analisi per triennio, genere e principali grandi gruppi di cause - Anni 2002-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR

Grandi gruppi cause di morte	2002-2004	2005-2007	2008-2010	2011-2013
<b>Femmine</b>				
Tutte le cause	0,50	0,49	0,46	0,61
Tutti i tumori	0,52	0,41	0,41	0,51
M.sist. Circolatorio	0,71	0,99	0,52	0,94
Traumatismi ed avvelenamenti	0,86	0,72	1,20	1,30
<b>Maschi</b>				
Tutte le cause	0,45	0,49	0,50	0,66
Tutti i tumori	0,28	0,35	0,33	0,54
M.sist. Circolatorio	0,39	0,56	0,78	0,72
Traumatismi/avvelenamenti	1,00	0,91	1,15	0,97

Per quanto concerne la mortalità per traumatismi ed avvelenamenti (**Figura 8.6** e **Tabella 8.5**) si osserva un andamento altalenante nei PFP. In particolare, nelle donne PFP, rispetto alle italiane, si registra un tasso maggiore negli ultimi 5 anni che appare invertito rispetto ai primi anni di osservazione. I decessi registrati per cause violente nei PFP residenti sono complessivamente 546 di cui 412 uomini (75,5% del totale di

questi decessi) in larga parte di nazionalità albanese (**Tabella 8.4**). L'andamento della mortalità nei PSA non viene mostrato in **Figura 8.6** data l'esiguità dei decessi osservati (n. 87 nella fascia 65+ anni, 46 nella fascia 20-64 anni).

**Figura 8.3**

**Tassi standardizzati di mortalità (troncati 20-64 anni) per tutte le cause, per sesso e cittadinanza (PFPM, PSA e italiani) - per 100.000 residenti - Pop. standard Europea 2013 Anni 2002-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR**

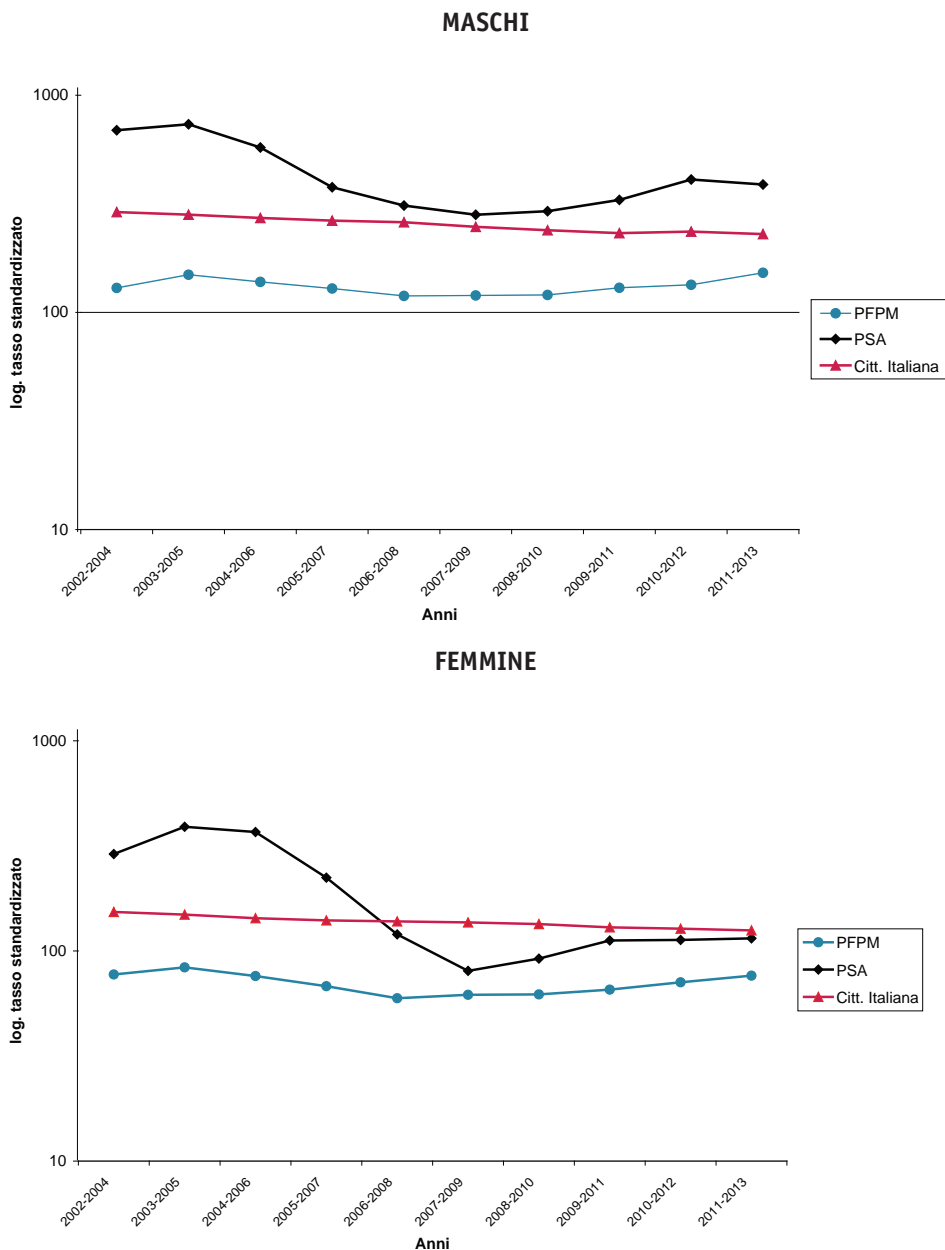
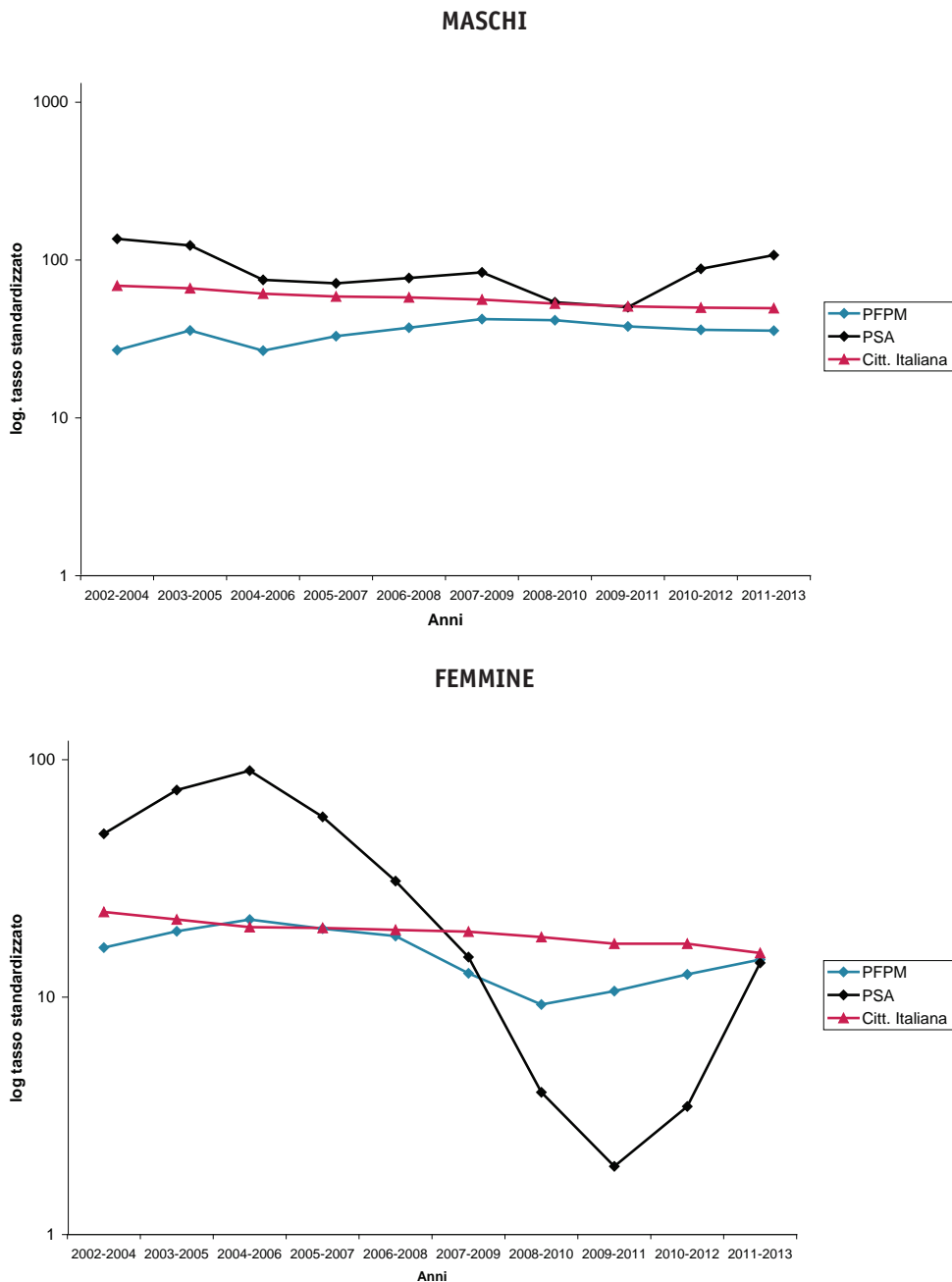


Figura 8.4

Tassi standardizzati di mortalità (troncati 20-64 anni) per malattie del sistema circolatorio, per sesso e cittadinanza (PFPM, PSA e italiani) - per 100.000 residenti - Pop. standard Europea 2013 - Anni 2002-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR



**Figura 8.5**

Tassi standardizzati di mortalità (troncati 20-64 anni) per tutti i tumori, per sesso e cittadinanza (PFPM, PSA e italiani) - per 100.000 residenti - Pop. standard Europea 2013  
Anni 2002-2013 – Fonte: ISPO su dati RMR

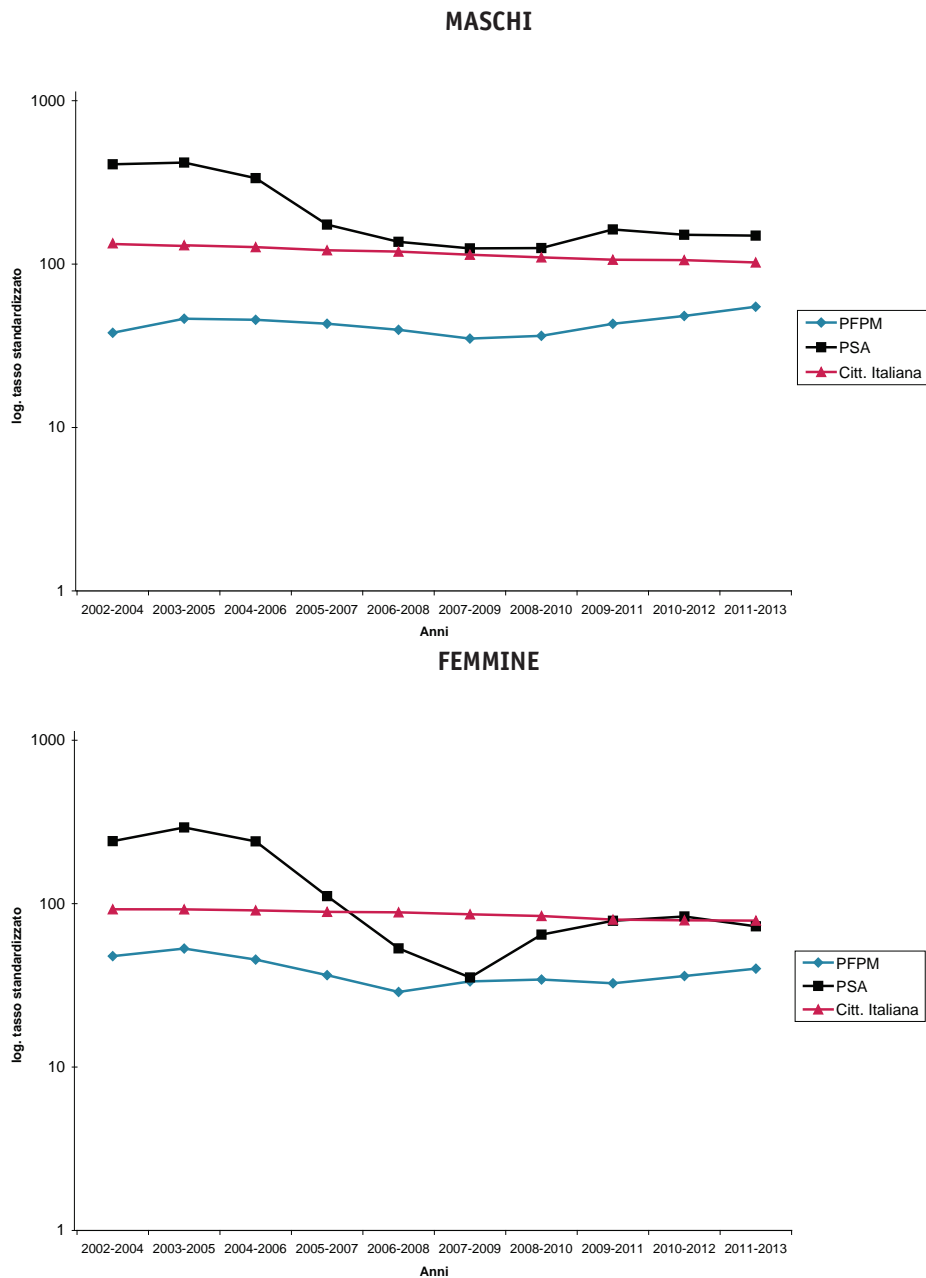
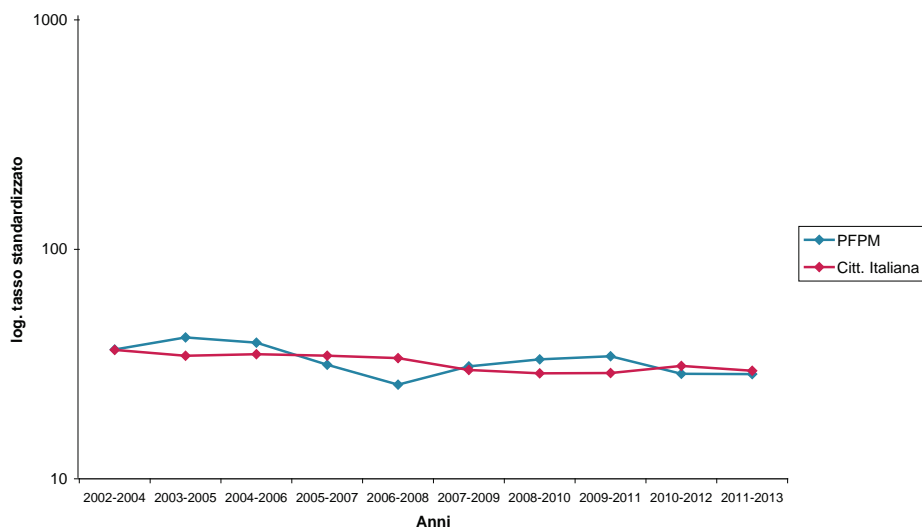


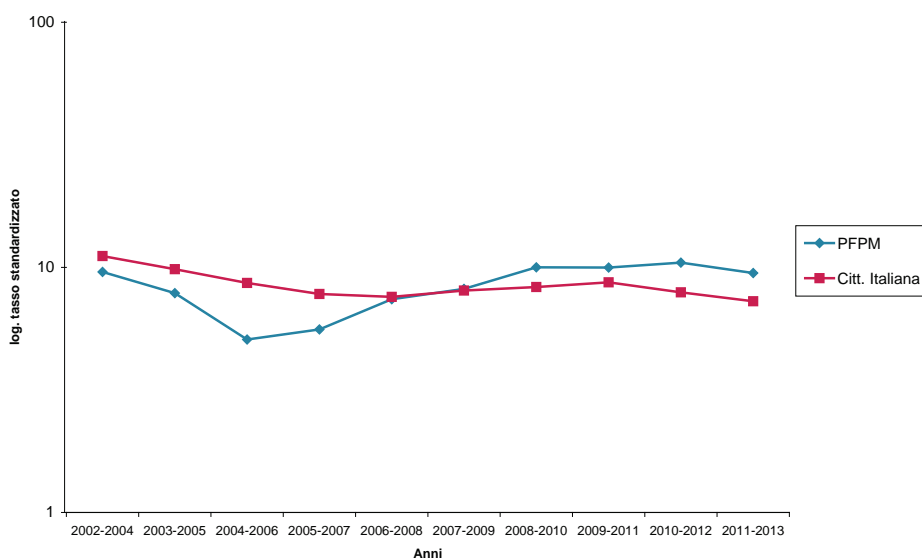
Figura 8.6

Tassi standardizzati di mortalità (troncati 20-64 anni) per traumatismi e avvelenamenti, per sesso e cittadinanza (PFPM e italiani) - per 100.000 residenti - Pop. standard Europea 2013 - Anni 2002-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR

## MASCHI



## FEMMINE



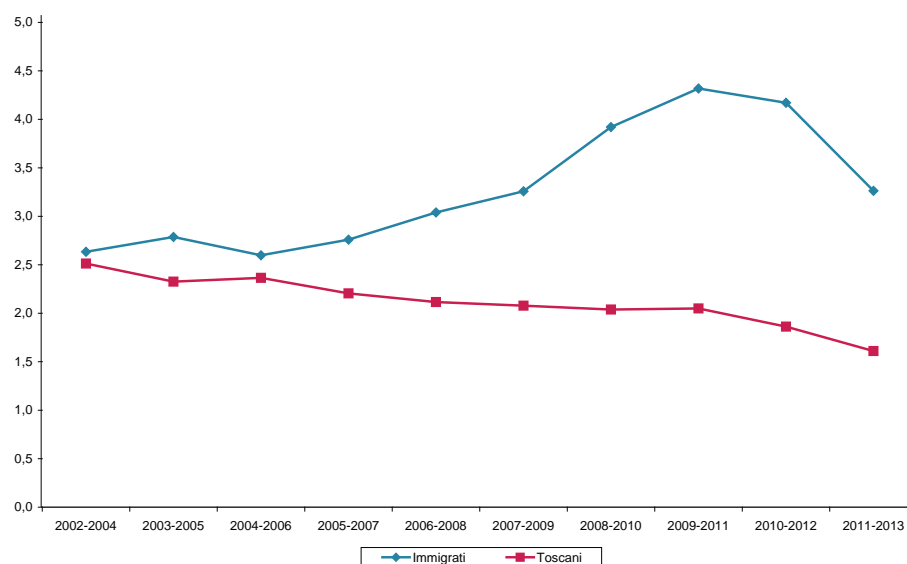


### 8.3 La mortalità nella fascia di età 0-14 anni

A parte va considerata la mortalità nell'infanzia e prima adolescenza, che come mostrato in **Tabella 8.3**, risulta percentualmente sempre più elevata nei PFPM e PSA rispetto agli italiani.

Riguardo alla mortalità infantile, cioè quella osservata nel primo anno di vita, la **Figura 8.7** mostra l'andamento negli immigrati PFPM rispetto agli italiani: si osserva una mortalità sempre superiore a quella degli italiani con un andamento temporale progressivamente in aumento dalla metà del primo decennio di questo secolo e che mostra un'inversione di tendenza nell'ultimo triennio. Il gap tra italiani e immigrati PFPM si allarga nel tempo anche in relazione alla riduzione del tasso di mortalità infantile osservata negli italiani.

**Figura 8.7**  
Tasso di mortalità infantile (<1 anno) - Confronto immigrati (PFPM+PSA)/italiani residenti in Toscana - Anni 2002-2013 - Fonte: ISPO su dati RMR



### 8.4 Conclusioni

Le condizioni di vita e di lavoro della popolazione immigrata, specialmente di quella proveniente dai Paesi a basso sviluppo economico, risultano solitamente a maggior rischio per la salute rispetto a quelle della popolazione autoctona, e ciò pare fortemente associato anche alla lunghezza del periodo di residenza nel Paese di accoglienza.<sup>91</sup> Di conseguenza, esaminando la mortalità degli immigrati in Toscana, ci si aspetterebbe che fosse più elevata di quella della popolazione toscana.

<sup>91</sup> Rasulo D, Spadea T, Onorati R, Costa G. 2012. The impact of migration in all-cause mortality: the Turin Longitudinal Study, 1971-2005. *Soc Sci Med* 74: 897-906.

Vi sono, però, variazioni temporali e limiti da considerare nella valutazione della mortalità degli immigrati.

Il primo limite riguarda gli immigrati di più vecchia data che potrebbero aver richiesto e ottenuto la cittadinanza italiana e non figurare più tra gli immigrati residenti. Questo potrebbe essere, ad esempio, il caso degli albanesi il cui flusso verso il nostro Paese è iniziato 25 anni fa. I nuovi cittadini che hanno acquisito la cittadinanza italiana o per trasmissione dai genitori o perché nati in Italia e che al compimento dei 18 anni hanno scelto proprio la cittadinanza italiana, dovrebbero comunque pesare poco sulla mortalità riguardando prevalentemente soggetti di età inferiore ai 20 anni, solitamente sani con una probabilità di morte molto bassa. In questo caso soltanto un'analisi per luogo di nascita dei cittadini italiani acquisiti, o ancor meglio uno studio longitudinale su questi, potrebbe descrivere bene i fenomeni sanitari degli immigrati osservabili attraverso la mortalità.

Un secondo limite che sempre deve essere tenuto presente, riguarda l'attendibilità dell'informazione. Nello specifico, le informazioni di mortalità più attendibili sono quelle relative agli immigrati regolarmente presenti (coloro che sono stati denominati "immigrati"), che peraltro sono la maggioranza, mentre sono frammentarie e poco valutabili quelle registrate negli immigrati non regolari (coloro che sono stati denominati "stranieri") che rappresentano la quota parte più vulnerabile della popolazione migrante.

Inoltre, quando si osserva la mortalità di popolazioni immigrate, devono essere tenuti in considerazione due fenomeni già in precedenza citati:

1. il primo concerne il fatto che le migrazioni sono un fenomeno selettivo anche in relazione allo stato di salute al momento di emigrare. Chi emigra, infatti, non è un rappresentante medio del paese da cui proviene, ma ha in genere uno stato di salute migliore rispetto a quello del paese di origine ed è proprio questo fattore a selezionarlo per l'emigrazione. Questo fenomeno è comunemente indicato come "effetto migrante sano";
2. il secondo, denominato "effetto salmone", evoca il comportamento dei salmoni che tornano nel luogo da cui sono partiti per depositare le uova allo scopo di morire; analogamente gli immigrati tornano nei paesi di origine più frequentemente se le loro condizioni di salute peggiorano.<sup>92</sup> Il ritorno, oltre a ragioni affettive, può avvenire anche per ragioni economiche e religiose relative ai riti funerari, alla sepoltura e al trasporto della salma. È noto, ad esempio, che chi proviene da Paesi musulmani ha riti funebri diversi da quelli praticati nei paesi di arrivo e la possibilità di poter operare i propri riti religiosi è limitata alle grandi città.<sup>93</sup>

<sup>92</sup> Colombo A., Santangelo F. 2007. Mortalità e cause di morte degli stranieri in Italia. In: Ministero dell'Interno. Primo rapporto sugli immigrati in Italia, Roma (In: [http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673\\_Rapporto\\_immigrazione\\_BARBAGLI.pdf](http://www1.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/15/0673_Rapporto_immigrazione_BARBAGLI.pdf)).

<sup>93</sup> Khlal M, Darmon N. Is there a Mediterranean migrants mortality paradox in Europe? *International Journal of Epidemiology* 2003;32:1115-8.

Questi due fenomeni impattano sulla mortalità facendoci osservare, in alcuni casi, differenze meno elevate, rispetto alle aspettative, tra la popolazione immigrata e autoctona.

I tassi di mortalità per tutte le cause negli immigrati PFPM in Toscana, dopo una tendenza alla riduzione nei primi anni di osservazione, negli ultimi anni mostrano un andamento in crescita probabilmente legato sia a una migliore stabilizzazione socio-economica di questa popolazione sia ai nuovi flussi migratori. Comunque solo un'analisi sulla durata del periodo di residenza potrebbe permetterci di capire le motivazioni alla base di tale fenomeno.

I livelli di mortalità dei residenti immigrati PFPM per tutte le cause, per le malattie del sistema circolatorio e per i tumori, sono più bassi rispetto a quelli dei cittadini italiani residenti. Negli ultimi anni, però, si osserva una riduzione di queste differenze: è probabile che la crescente stabilità della popolazione immigrata e la disponibilità di una buona assistenza sanitaria nel nostro Paese disincentivino il ritorno ai Paesi di origine in caso di grave malattia (ciò renderebbe ragione del primato del tasso di mortalità per tumori negli immigrati). D'altro canto il ritorno al Paese di provenienza, probabilmente, è più frequente in età avanzata o al momento del pensionamento.

I traumatismi e avvelenamenti rappresentano una causa di morte molto frequente negli immigrati PFPM. In Italia il primato di questi decessi è a carico dei cittadini provenienti dal Marocco e dall'Albania, e lo stesso accade in Toscana. Si pensi, inoltre, che tra questi eventi vi sono anche i suicidi e gli omicidi legati alla malavita o a situazioni di forte disagio sociale ed economico.

Un aspetto che necessita di essere monitorato nel tempo è la mortalità infantile negli immigrati PFPM, indicatore notoriamente correlato negativamente sia con le condizioni ambientali, sanitarie e sociali del Paese di origine, nonché con quelle del Paese ospitante dove, di fatto, gli immigrati rappresentano la parte di popolazione più vulnerabile. La mortalità nel primo anno di vita degli immigrati PFPM in Toscana ha mostrato una forte crescita fino a tutto il primo decennio del XXI secolo per poi decrescere presumibilmente per una maggiore integrazione all'interno della società italiana e per la maggiore capacità di poter usufruire del servizio sanitario pubblico. Ci auguriamo che possa sempre più avvicinarsi a quella dei bambini con cittadinanza italiana.

I tassi di mortalità negli immigrati PSA in Toscana, dopo un primo periodo di sostanziale eccesso rispetto a quelli calcolati per gli italiani, hanno mostrato una flessione consistente a partire dal 2005-2006 raggiungendo il valore più basso nel 2008, proprio negli anni della crisi economica. Una possibile interpretazione può essere ricondotta al ritorno nel Paese di provenienza degli immigrati più anziani o gravemente malati.

In generale lo studio della mortalità degli immigrati, anche in Toscana come in Italia, ha messo in evidenza problematiche specifiche di questa popolazione che derivano

sia dalle situazioni preesistenti, osservate nei Paesi di origine, sia dalle condizioni di vita e lavoro che hanno nel Paese di accoglienza. Inoltre non dobbiamo dimenticare che continuare a monitorare e studiare la mortalità degli immigrati, significa anche continuare a monitorare lo stato di salute di una delle parti più vulnerabili della popolazione residente in Toscana.

È presumibile che negli anni a venire si osserveranno ancora ulteriori variazioni, poiché, come in precedenza descritto, dal 2004 le immigrazioni non sono più prevalentemente per lavoro ma per ricongiungimenti familiari con una crescita notevole delle donne e dei residenti richiedenti permessi di asilo e protezione umanitaria.<sup>94</sup>

La mortalità degli stranieri in Toscana, a differenza di quella osservata in altre regioni italiane quali Sicilia, Sardegna, e Puglia (tutte regioni di sbarco), non risente dell'effetto morti in mare i cui dati peraltro sono ancora frammentari.<sup>95</sup> Dato che sta aumentando la numerosità degli stranieri temporaneamente alloggiati in Toscana, potrebbero palesarsi effetti sanitari secondari dovuti alle loro condizioni di vita durante il viaggio dal proprio paese d'origine.

---

<sup>94</sup> ISTAT, 2015 Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza. Anni 2014-2015. Report 22/10/2015.

<sup>95</sup> <http://missingmigrants.iom.int/>; <https://www.bordedeaths.org/>



**Allegato**

**Scheda  
di visita individuale**



**ALLEGATO 1**  
**REGIONE TOSCANA - SCHEDA DI VISITA INDIVIDUALE**

Al referente zona-distretto

Al referente UF Igiene e Sanità Pubblica

Ho visitato in data \_\_\_\_\_

Il/la Sig.: \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Ospitato/a nella struttura \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

Data di arrivo in Italia \_\_\_\_\_

Paese di Origine \_\_\_\_\_ data di partenza dal Paese di origine \_\_\_\_\_

Paesi attraversati--- \_\_\_\_\_

Data di arrivo alla Struttura \_\_\_\_\_

Proviene da altra Struttura(se si indicare quale) \_\_\_\_\_

Ha notizia di malattie nel compagni di viaggio ?Se Si Specificare \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Non sono stati rilevati problemi

Sono stati rilevati i seguenti problemi \_\_\_\_\_

Sono stati rilevati i seguenti problemi di interesse per la collettività : \_\_\_\_\_

scabbia,

pediculosi,

tubercolosi

affezioni del tratto gastroenterico.

Ha già effettuato trattamenti o è attualmente in trattamento (se si indicare quali e la motivazione)

\_\_\_\_\_ )

Sono necessari ulteriori accertamenti \_\_\_\_\_

Se si specificare quali \_\_\_\_\_

Eventuali altri provvedimenti adottati o da adottare /Terapia\_ \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_





## **Appendice**

### **Suddivisione della popolazione straniera in base alla provenienza**



---

## PSA

Andorra, Austria, Belgio, Danimarca, Faer Oer(Isole), Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lussemburgo, Man (Isola), Principato Di Monaco, Normanne (Isole), Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Svezia, Svizzera, Stato Della Città Del Vaticano, Christmas (Isola), Corea del Sud, Giappone, Israele, Mayotte (Isola), Isola Della Riunione, Sant'Elena, Anguilla (Isola), Antille Olandesi, Bermuda (Isole), Canada, Cayman (Isole), Groenlandia, Guadalupa, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saint Pierre Et Miquelon (Isole), Stati Uniti d'America, Turks E Caicos (Isole), Vergini Americane (Isole), Vergini Britanniche (Isole), Isole Falkland, Guaiana Francese, Australia, Cook (Isole), Isola di Guam, Maquarie (Isola), Isole Marianne, Isole Midway, Niue (Isola), Norfolk (Isole), Nuova Caledonia (Isole), Nuova Zelanda, Pitcairn (Isola), Polinesia Francese, Samoa Americane (Isole), Isole Tokelau, Isole Wallis e Futuna

## PFPM

**Unione Europea:** Bulgaria, Malta, Polonia, Romania, Ungheria, Estonia, Lettonia, Lituania, Croazia, Slovenia, Slovacchia, Repubblica Ceca, Cipro.

**Altri Paesi Europei:** Albania, Ucraina, Russia, Bosnia-Erzegovina, Repubblica Di Macedonia, Moldova, Bielorussia, Serbia, Montenegro, Kosovo, Turchia.

**Africa del Nord:** Algeria, Egitto, Libia, Marocco, Sudan, Tunisia, Repubblica del Sudan del Sud.

**Africa Sub-Sahariana:** Angola, Costa D'avorio, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Repubblica del Congo, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tome E Principe, Seychelles, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Repubblica Sudafricana, Swaziland, Tanzania, Togo, Uganda, Repubblica Democratica Del Congo (Ex Zaire), Zambia, Zimbabwe, Eritrea.

**Asia:** Afghanistan, Arabia Saudita, Bahrein, Bangladesh, Bhutan, Myanmar (Ex Birmania), Brunei, Cambogia, Sri Lanka, Cina, Corea Del Nord, Emirati Arabi Uniti, Filippine, Territorio Di Gaza, Giordania, India, Indonesia, Iran, Iraq, Kuwait, Laos, Libano, Maldive, Malaysia, Mongolia, Nepal, Oman, Pakistan, Qatar, Singapore, Siria, Thailandia, Vietnam, Yemen, Kazakistan, Uzbekistan, Armenia, Arzbaigian, Georgia, Kirghizistan, Tagikistan, Taiwan, Turkmenistan.

**America:** Cocos (Isole), Antigua E Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Panama Zona Del Canale, Costa Rica, Cuba, Dominica, Repubblica Dominicana, El Salvador, Giamaica, Grenada, Guatemala, Haiti, Honduras, Messico, Nicaragua, Panama, Santa Lucia, Saint Vincent E Grenadine, Saint Kitts E Nevis, Argentina, Bolivia, Brasile, Cile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perù, Suriname, Trinidad E Tobago, Uruguay, Venezuela, Isola Di Pasqua

**Altro:** Timor Orientale, Figi, Irian Occidentale, Kiribati, Marshall, Micronesia Stati Federati, Nauru, Palau, Papua Nuova Guinea, Salomone (Isole), Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.



## I precedenti numeri della collana dei Documenti ARS

- 87) *Rapporto sull'uso di farmaci in Toscana* (maggio 2016)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 86) *L'impianto valvolare aortico transcateretere in Toscana - Rapporto 2009-2013* (febbraio 2016)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 85) *Le interruzioni volontarie di gravidanza* (febbraio 2016)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 84) *L'utilizzo di antibiotici e l'antibiotico-resistenza in Toscana - Secondo report della Rete di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza in Toscana* (ottobre 2015)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 83) *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico* (aprile 2015)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 82) *La Cardiocirurgia in Toscana - Rapporto 2005-2013* (dicembre 2014)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 81) *Rete di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza in Toscana (SART) - Dati 2013* (dicembre 2014)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 80) *Il terzo settore e i nuovi scenari del bisogno - Questioni di rete, partecipazione e identità* (settembre 2014)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 79) *Le malattie infettive in Toscana - Anni 1994-2011* (settembre 2014)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 78) *La salute dei bambini e dei ragazzi in Toscana* (maggio 2014)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 77) *Dal consumo integrato alla marginalità sociale: lo stato delle dipendenze patologiche in Toscana* (maggio 2014)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 76) *Prima e dopo la Centottanta. Appunti e spunti per la salute mentale - Raccolta di scritti editi e inediti* (dicembre 2013)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 75) *Osservare gli esiti per partecipare al loro miglioramento* (novembre 2013)  
Osservatorio Qualità ed Equità

- 74) *La salute di genere in Toscana* (novembre 2013)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 73) *Rapporto: Crisi economica, stato di salute e ricorso ai servizi in Toscana* (ottobre 2013)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 72) *Nascere in Toscana - Anni 2008-2011* (settembre 2013)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 71) *La salute dei detenuti in Toscana* (giugno 2013)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 70) *Il reprocessing in endoscopia digestiva: criticità e strumenti per la sicurezza del percorso* (febbraio 2013)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 69) *Il percorso riabilitativo delle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e dei loro familiari alla luce dell'approccio delle capability di Amartya Sen - Rapporto di ricerca* (dicembre 2012)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 68) *La salute mentale in Toscana: aggiornamenti e sviluppi* (novembre 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 67) *Il profilo di salute degli anziani in Toscana* (settembre 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 66) *Indagine europea sui consumi alcolici e sui possibili danni ad essi correlati: rapporto sullo studio Standardizing Measurement of Alcohol-Related Troubles - SMART* (agosto 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 65) *Gli anziani in Toscana con ictus e frattura di femore: epidemiologia, ospedalizzazione e riabilitazione* (aprile 2012)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 64) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani - I risultati delle indagini EDIT 2005 - 2008 - 2011* (dicembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 63) *L'epidemiologia della salute mentale* (novembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 62) *La demenza in Toscana* (settembre 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia

- 61) *La fase pilota del progetto "Assistenza continua alla persona non autosufficiente in Toscana"* (luglio 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 60) *L'epidemiologia degli incidenti balneari in Toscana* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 59) *Individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 58) *Immigrazione e salute in Toscana* (giugno 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 57) *La prevenzione della disabilità nell'anziano fragile: i progetti pilota* (aprile 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 56) *Medicine complementari, discipline bio-naturali e del benessere nella popolazione toscana* (febbraio 2011)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 55) *Progetto CORIST-TI - Controllo del rischio infettivo in Sanità in Toscana - Terapia Intensiva* (dicembre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 54) *Implantologia protesica dell'Anca in Toscana - Indicatori di attività e qualità dell'assistenza* (dicembre 2009 - aggiornato a ottobre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 53) *Dossier EBP e obesità* (novembre 2010)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 52) *Polmonite acquisita in ospedale (HAP) e Polmonite da ventilazione assistita (VAP)* (dicembre 2009 - aggiornato a novembre 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 51) *Qualità, Equità e Sicurezza in RSA - Un Progetto regionale in Toscana* (dicembre 2009 - aggiornato a luglio 2010)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 50) *Il bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana: i risultati dello studio epidemiologico BiSS* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 49) *L'epidemiologia degli incidenti stradali in Toscana* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia



- 48) *La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 47) *Progetto SApErE - Fase 2 - Rapporto finale di ricerca* (dicembre 2009)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 46) *III Convegno nazionale sul monitoraggio degli incidenti stradali* (dicembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 45) *Nascere in Toscana - Anni 2005-2007* (novembre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 44) *Guida, bevande alcoliche e traumi stradali nei pronto soccorso dell'area fiorentina* (ottobre 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 43) *La salute mentale degli adulti e la tutela della salute mentale nell'infanzia e adolescenza* (febbraio 2009)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 42) *Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione - Metodi di sorveglianza e ipotesi di lavoro* (dicembre 2008)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 41) *Comportamenti a rischio e stili di vita dei giovani toscani: i risultati delle indagini EDIT* (novembre 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 40) *Il Progetto SApErE - Fase II. Strumenti e metodi di lavoro: risultati preliminari (Workshop Summary)* (luglio 2008)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 39) *Malattie croniche degli anziani in Toscana: stime di popolazione attuali e proiezioni future* (giugno 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 38) *Indicatori per le cure sanitarie* (aprile 2008)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 37) *I ricoveri pediatrici in Toscana* (dicembre 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 36) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Chirurgia dell'anca - Rapporto RIPO-T* (dicembre 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 35) *Indicatori di attività e qualità dell'assistenza in Cardiocirurgia - Rapporto 1997-2005* (dicembre 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità

- 34) *Anziani in Toscana: dati demografici e stime di demenza e non autosufficienza* (giugno 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 33) *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida - Volume I - Manuale d'uso per le aziende* (luglio 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 32) *Progetto SApErE - Il percorso di cura dell'ictus nelle parole dei pazienti e dei loro familiari* (giugno 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 31) *Prevenzione e trattamento delle infezioni correlate al Catetere Venoso centrale (CVC)* (maggio 2007)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 30) *Il consumo di tabacco in Toscana: le prevalenze, le conseguenze sulla salute e le azioni di contrasto* (maggio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 29) *L'epidemiologia dell'AIDS in Toscana* (aprile 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 28) *Risposta alle acuzie e ricovero psichiatrico - La ricerca PROGRES-Acuti* (marzo 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 27) *Valutazione Economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili* (marzo 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 26) *Atti II Workshop nazionale - Osservatori per gli incidenti stradali: dai dati alle azioni* (gennaio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 25) *Essere mamma informata: allattamento al seno e SIDS* (gennaio 2007)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 24) *L'assistenza ospedaliera e riabilitativa agli anziani in Toscana: ictus e frattura di femore* (giugno 2006)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 23) *La Cardiologia interventistica in Toscana* (maggio 2006)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 22) *La Cardiocirurgia in Toscana* (maggio 2006)  
Osservatorio Qualità ed Equità

- 21) *Nascere in Toscana - Anni 2002-2004* (febbraio 2006)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 20) *Dossier Fidippide - Valutazione di efficacia del Programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni* (dicembre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 19) *Registro regionale toscano dell'infarto miocardico acuto - Primo rapporto* (ottobre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 18) *Lo stato delle tossicodipendenze in Toscana* (ottobre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 17) *Mortalità per traumatismi e avvelenamenti in Toscana* (settembre 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 16) *Assistenza di fine vita e cure palliative* (maggio 2005)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 15) *L'infortunistica stradale in Toscana* (maggio 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 14) *Analisi di bilancio delle AUSL toscane 1998-2002* (aprile 2005)  
Osservatorio di Economia sanitaria
- 13) *L'alcol in Toscana. Tra moderazione ed eccesso* (aprile 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 12) *Il Percorso Nascita - Risultati dello studio in Toscana* (marzo 2005)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 11) *Ricoverarsi a Firenze. La georeferenziazione come strumento di analisi della mobilità* (settembre 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 10) *Indicatori di qualità dell'assistenza agli anziani* (agosto 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 9) *Nascere in Toscana - Anno 2001* (maggio 2004)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 8) *Medicine non convenzionali in Toscana Progetto di studio* (ottobre 2003)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 7) *La Cardiologia invasiva in Toscana - I* (luglio 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità

- 6) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Dialisi* (giugno 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 5) *Progetto Indicatori di Qualità - Fase pilota - Gestione Tecnologie sanitarie* (giugno 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 4) *Valutazione di impatto sanitario del Piano provinciale di gestione dei rifiuti urbani e assimilati ATO N. 6. Fase di screening - I* (maggio 2003)  
Osservatorio di Epidemiologia
- 3) *La Neurochirurgia in Toscana* (aprile 2003)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 2) *La Cardiocirurgia in Toscana - I* (dicembre 2002)  
Osservatorio Qualità ed Equità
- 1) *Programmazione dei servizi per gli anziani in Toscana* (settembre 2002)  
Osservatorio di Epidemiologia



