

Indagine sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia

Dott.ssa Emanuela Forcella, Dott. Giovanni Baglio, Dott. Michele Grandolfo, Dott.ssa Angela Spinelli

Contesto

L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ha condotto nel 2004 un'indagine sul ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) tra le donne immigrate in Italia, con i seguenti obiettivi:

- approfondire le conoscenze sulle scelte riproduttive nella popolazione immigrata;
- individuare eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso all'IVG;
- evidenziare eventuali differenze nelle scelte riproduttive tra i gruppi di popolazione osservati;
- valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà incontrate dalle donne immigrate;
- fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi e per la prevenzione dell'IVG.

L'indagine è stata condotta in 4 regioni dove la prevalenza straniera è più alta (Lombardia, Lazio, Piemonte, Emilia-Romagna), sui gruppi maggiormente presenti sul nostro territorio e che presentavano un elevato ricorso all'IVG (Romania, Ucraina, Perù, Ecuador, Marocco, Nigeria, Cina).

È stato adottato un approccio quanti-qualitativo che ha previsto un'indagine campionaria con somministrazione di un questionario standard a un campione di 605 donne e la conduzione di interviste semi-strutturate a un gruppo ristretto di 43 donne. Questionari e interviste sono stati somministrati, nella lingua dell'intervistata, da mediatrici culturali previamente addestrate. L'utilizzo combinato dei metodi quantitativi e dei metodi qualitativi si è rivelato un ottimo strumento per indagare le conoscenze, i comportamenti e le attitudini delle donne straniere che ricorrono all'IVG. Le interviste hanno, infatti, permesso di approfondire e di comprendere meglio aspetti emersi dal questionario, in particolar modo per quanto riguarda le tematiche più delicate e complesse. Per quanto riguarda il profilo socio-demografico le donne intervistate erano in prevalenza giovani (32% sotto i 25 anni), coniugate o conviventi con il *partner* in Italia (48%), con figli nel 65% dei casi, di cui due terzi con almeno un figlio nel Paese di origine.

Il livello di istruzione è risultato, piuttosto, elevato: complessivamente, l'83% delle intervistate ha frequentato la scuola per almeno 9 anni e il 20% ha avuto accesso a studi universitari.

Poco più del 30% ha dichiarato di non svolgere attività lavorativa (casalinghe 7%, disoccupate 25%). Le donne occupate erano soprattutto *colf* o assistenti sociali.

La metà delle straniere ha dichiarato di essere arrivata in Italia da non più di due anni: l'immigrazione più recente ha riguardato l'Est-Europa, quella di più lunga data il Marocco e la Cina. Il 59% delle immigrate era in possesso di un regolare permesso di soggiorno; molte le presenze irregolari tra le donne nigeriane e rumene (rispettivamente 79% e 63%).

Lo studio qualitativo ha mostrato che, indipendentemente dalla provenienza, si trattava di donne emigrate principalmente a causa delle difficoltà economiche, con il miraggio di un lavoro e di una vita migliore per sé e per i propri familiari.

"Io sono venuta qui a lavorare perché al mio Paese non c'è lavoro e se lavoro là guadagno troppo poco che ai miei figli non basta neanche per comperare il latte da bere, cioè stando io qua non hanno la mia presenza e io soffro per questo, perché ho paura che mi dimentichino, ma hanno pasti tre volte al giorno, si vestono bene e quello che prima mangiavamo due volte al giorno e noi che eravamo poveri, loro mangiano 3 volte al giorno. Chiaro che non hanno né giocattoli né niente e io non voglio che loro soffrano quello che ho sofferto io quando ero bambina...perché io non ho avuto neanche una bambola nella mia vita, neanche una bambola, mia madre non mi ha mai comprato una bambola! Mai!" [Ecuador, 25 anni, separata, 2 figli].

Per molte di loro l'impatto con il nostro Paese non è stato privo di difficoltà: sono frequenti narrazioni che rivelano un assoluto smarrimento nell'arrivare in città sconosciute, senza alcuna idea sul da farsi, dove alloggiare, a chi rivolgersi per un lavoro.

"Non conosco nessuno. L'agenzia che mi ha portato mi aveva promesso lavoro e mi aveva detto che una persona mi avrebbe aspettato a Milano. Di tutto questo niente, ho dovuto arrangiarmi da sola. Non sapevo dove andare, capivo poco la lingua, non sapevo che fare. [...] mi sono seduta in una piazza dove c'era una chiesa, ci sono entrata e mi sono messa a piangere perché non sapevo cosa fare, quando sono uscita c'era una suora e le ho chiesto di dirmi per favore dove potevo andare a dormire anche a pagamento perché avevo i soldi nella valigia, è lei che mi ha portato in un convento, sono stata lì quasi 15 giorni, fino a quando un giorno la suora mi ha chiesto se volevo andare a lavorare fuori Milano e io le ho detto di sì, sono andata a Genova per assi-

stere una coppia di anziani” [Perù, fidanzata, senza figli].

Il livello di conoscenza sulla fisiologia della riproduzione e sui metodi contraccettivi è risultato generalmente basso: la metà delle donne non è stata in grado di identificare il periodo fertile e il 44% è rimasta incinta nonostante l'uso di metodi anche di comprovata efficacia, ma usati scorrettamente. C'è, tuttavia, da sottolineare che tra coloro che non hanno usato precauzioni un terzo l'ha fatto perché pensava di non essere fertile. Il coito interrotto è risultato il metodo maggiormente utilizzato tra le donne dell'Est-Europa, mentre tra le donne del Sud-America la pillola e il preservativo risultano spesso aver fallito per un uso non corretto.

Anche dall'indagine qualitativa emerge una conoscenza dei metodi contraccettivi molto limitata, appresa soprattutto dalle amiche, “per sentito dire”, che si traduce spesso in un atteggiamento diffidente nei confronti della contraccezione.

“Usavo la pillola, però il mese prima avevo avuto problemi e non sono stata attenta a prenderle come si deve, mi sono accorta alla fine perché mi avanzavano delle pillole” [Perù, senza figli].

“A volte non li usavo, usare troppo i preservativi non va bene, vero? Non fa bene alle donne, l'ho sentito dire anche da altre persone” [Cina, fidanzata, senza figli].

“Mia cognata si era messa la T di rame (spirale) ma mi diceva che quella le si era incarnata con il tempo e quando se l'era tolta ha avuto un'emorragia e le ha fatto molto male [...] e comunque io ho paura di quella” [Ecuador, 25 anni, sposata, 1 figlio].

I problemi economici e l'aver già dei figli sono le motivazioni principali che hanno portato le donne a interrompere la gravidanza (39% e 28%, rispettivamente), a conferma di quanto già rilevato in altre indagini tra le straniere e, nel passato, tra le italiane.

“Non mi sembra di avere le condizioni sufficienti. Lui (mio marito) diceva “dove dormiamo noi può dormire anche lui, ora che abbiamo un letto grande”. Gli ho detto che il problema non è soltanto il letto...” [Romania, 23 anni, sposata, 1 figlio].

“Ho pensato anche che non abbiamo ancora messo da parte abbastanza soldi per offrire abbastanza a un bambino. Viviamo praticamente in una stanza. Certamente all'inizio avrebbe pure potuto vivere nella stessa stanza, ma dopo serve più spazio. Ora con il suo stipendio paghiamo affitto e viviamo noi. [...] lui non pensava all'IVG, però dopo gli ho spiegato che non è il momento adatto per avere un bambino, abbiamo soltanto una stanza. Il riscaldamento c'è, però per un bambino devi avere condizioni migliori” [Romania, 28 anni, convivente, senza figli].

Il 44% delle immigrate intervistate aveva già fatto ricorso all'IVG e nella metà dei casi almeno una IVG era stata effettuata in Italia.

Nella quasi totalità dei casi il documento per l'IVG è stato rilasciato da un consultorio pubblico e da un servizio IVG. In generale, le donne hanno dichiarato di essere soddisfatte dell'assistenza ricevuta, anche se alcune hanno lamentato lunghi tempi di attesa e mancanza di informazioni.

“Il problema era aspettare così tanto la mattina, essere qui dalle 7:00 per prendere un numero alle 8:00 per fare poi la prenotazione per le analisi e l'IVG. Poi altre mattine era un pò pesante aspettare 3, 4 ore per fare tutte le analisi. Ci si mette tanto tempo” [Romania, 18 anni, sposata, senza figli].

“Questo lavoro che faccio, cioè lavoro praticamente 10-12 ore al giorno, eh... quasi sempre sono a casa e posso uscire poco... ma di questo problema alla signora per la quale lavoro non le ho detto niente, allora io ho detto... avevo l'indirizzo e sono andata all'ospedale più vicino, ma lì c'erano una serie di analisi, di esami, ci voleva almeno una settimana dovendo andare di mattina o pomeriggio” [Perù, 44 anni, sposata, 3 figli].

In conclusione, sebbene il campione esaminato non può essere considerato rappresentativo di tutte le donne straniere presenti nel nostro Paese, i risultati ottenuti evidenziano che se da un lato ci sono dei determinanti comuni dovuti a una storia di immigrazione che lega queste donne, dall'altra esistono delle forti differenze per zona di provenienza che derivano dalla cultura di origine e che tendono a determinare le scelte sul piano procreativo. Certamente, donne che provengono da Paesi in cui l'IVG è usata molto frequentemente, ad esempio la Romania, raggiungendo valori di 5 donne l'anno che abortiscono ogni 100, necessitano di tempo e di appropriate opportunità per modificare le loro attitudini e i loro comportamenti riguardo la gestione della loro fecondità. Come determinanti del ricorso all'IVG, ci sono anche le condizioni di precarietà in cui queste donne vivono, mancanza di permessi di soggiorno, lavori non in regola, la solitudine e la mancanza di una famiglia con cui confidarsi e che sia di supporto, aspetti che spesso le accomunano.

Raccomandazioni

Lo studio ha evidenziato l'utilità di un approccio quanti-qualitativo e la necessità di promuovere l'offerta atti-

va di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. In particolare, come dimostrato da ciò che si è verificato in questi ultimi 25 anni nella popolazione italiana, è essenziale puntare sulla consapevolezza delle donne. Infatti, attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle loro scelte sulla salute riproduttiva. È necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il *counselling* sulla procreazione responsabile in ogni occasione di contatto, in particolare nell'assistenza al percorso nascita, ma soprattutto, attraverso l'offerta attiva dello screening con il *Pap-test* e cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari nell'attività di promozione della salute riproduttiva, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una diminuzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane.

Condizioni di salute e fattori di rischio della popolazione straniera residente in Italia

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Laura Iannucci, Dott.ssa Alessandra Tinto

Contesto

L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente, se confrontata con la realtà europea, ma in continua e rapidissima espansione. La presenza di stranieri residenti in Italia ha raggiunto rapidamente i livelli di altri Paesi europei come la Francia e il Regno Unito, sebbene si differenzi rispetto a questi, che hanno una storia di migrazione molto più lunga. Inoltre, una delle peculiarità della presenza straniera in Italia, è l'elevata eterogeneità dei Paesi di provenienza dei migranti. La conoscenza dei principali aspetti che caratterizzano questa popolazione ha recuperato molto terreno negli ultimi anni anche nell'ambito della statistica ufficiale. Malgrado ciò, le informazioni sulle condizioni di salute e su alcuni fattori di rischio per la salute degli stranieri nel nostro Paese sono ancora piuttosto frammentarie. L'analisi di tali fenomeni appare, invece, fondamentale per adeguare l'offerta di servizi alla domanda e ai bisogni di salute specifici di questa popolazione, tenuto conto che ormai la presenza straniera in Italia è da considerarsi una componente strutturale della nostra società. L'indagine sulle "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", 2005 dell'Istat, consente, per la prima volta, di colmare alcune di queste lacune, fornendo un quadro generale sullo stato di salute, gli stili di vita, i comportamenti preventivi e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia.

Dati e Metodi

In questo lavoro si presenta un *focus* sullo stato di salute riferito, alcuni fattori di rischio e la prevenzione femminile degli stranieri residenti tra i 15 e i 64 anni, evidenziando le differenze sia rispetto alla popolazione italiana, sia tra i principali gruppi di stranieri residenti, distinti per Paese di origine.

Nell'indagine realizzata dall'Istat nel 2005 su circa 60 mila famiglie, le persone straniere sono state individuate sulla base della cittadinanza riportata nel questionario e codificata in italiana, straniera o apolide. Complessivamente sono state intervistate 3.509 persone con cittadinanza straniera residenti in Italia. Per studiare la popolazione straniera rispetto alla nazionalità di appartenenza, non potendo disporre dell'informazione sulla specifica cittadinanza, si è reso necessario fare riferimento al Paese di nascita dell'intervistato¹. Per l'analisi condotta rispetto al Paese d'origine i cittadini stranieri sono stati accorpati secondo le principali aree geografiche, isolando comunque quei Paesi da cui proviene la quota più consistente di stranieri (Albania, Romania e Marocco)².

Nel lavoro sono state considerate solo le persone tra i 15 e i 64 anni di età, senza distinzione territoriale, per problemi di stabilità delle stime.

Risultati e Discussione

Dall'analisi dei dati emerge il quadro di una popolazione straniera residente, generalmente, in migliori condizioni di salute rispetto all'analoga popolazione italiana; ciò sia misurando lo stato di salute con indicatori di percezione, sia analizzando le informazioni raccolte su aspetti considerati meno soggettivi (malattie prevalenti e limitazioni nelle attività quotidiane) (Grafico 1) (3).

Confrontando i tassi standardizzati per età e genere della popolazione straniera tra i 15 e 64 anni, l'80% dei cittadini stranieri si dichiara in buone condizioni di salute³, contro il 71,4% degli italiani. Si osservano marcate differenze di genere a vantaggio degli uomini, tra i quali, sia per gli stranieri che per gli italiani residenti, la quota di coloro che dichiarano buone condizioni di salute è di circa il 10% più alta rispetto alle donne (Grafico 1).

La quota di persone che ha dichiarato almeno una patologia in forma acuta nelle quattro settimane precedenti l'intervista, confrontata standardizzando per età e genere, è più alta tra gli italiani (27% contro il 22,8%), sia per gli uomini che per le donne (Grafico 1). Sia per i cittadini stranieri che per quelli italiani, si tratta prevalentemente di patologie che colpiscono l'apparato respiratorio (9,7% per gli uomini e 11% per le don-

¹Tale informazione può essere considerata una buona "proxy" della nazionalità di appartenenza, tenuto conto delle peculiarità della presenza di stranieri residenti in Italia soprattutto di prima generazione. Per i minorenni con cittadinanza straniera nati in Italia, il Paese di origine attribuito è stato il Paese di nascita dei genitori stranieri se entrambi dello stesso Paese o quello della madre se di Paesi di nascita differenti.

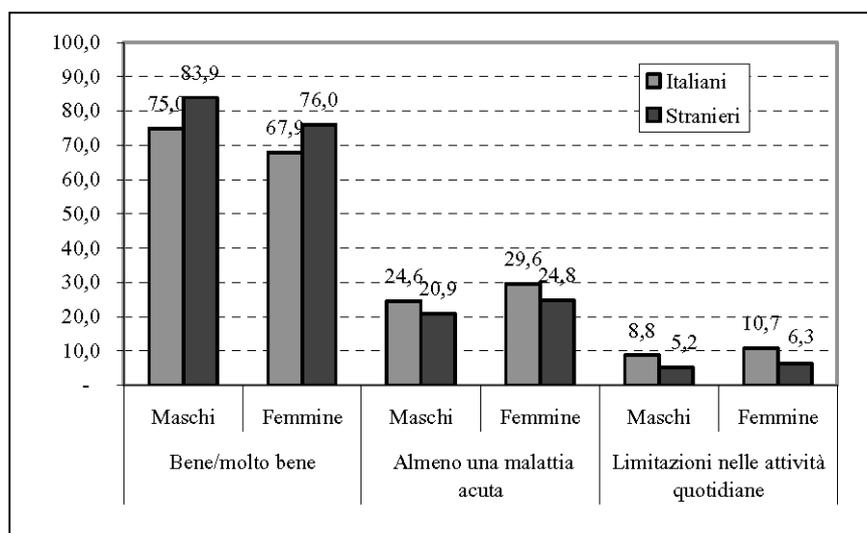
²Si precisa che poiché l'indagine è stata effettuata prima dell'ingresso nell'UE di Romania e Bulgaria, è stata utilizzata la classificazione dei Paesi UE a 25 e la Bulgaria è stata inclusa tra i Paesi europei non appartenenti all'UE.

³L'indicatore globale della percezione di salute raccomandato dall'OMS (7), valuta in modo sintetico lo stato di salute, nella più ampia prospettiva di benessere psico-fisico e sociale.

ne straniere), seguono le malattie del sistema osteomuscolare (3,5% per gli uomini e 4,1% per le donne straniere), quelle dell'apparato digerente e denti (2,3% tra gli uomini e 3,9% tra le donne straniere), quelle del sistema nervoso (1,3% tra gli uomini e 3,7% tra le donne straniere) e i traumatismi (3,8% tra gli uomini e 1,1% tra le donne straniere).

La quota di stranieri tra i 15 e 64 anni con limitazioni non temporanee (che durano da almeno sei mesi) nelle attività quotidiane, sia gravi che non gravi, è esigua (5,2% rispetto a 8,8% tra gli italiani per gli uomini e 6,3% rispetto a 10,7% per le donne), a conferma che anche considerando altri tipi di indicatori, le persone straniere residenti in Italia godrebbero di migliori condizioni di salute.

Grafico 1 - Tassi standardizzati di prevalenza (per 100) di alcuni indicatori di salute della popolazione di 15-64 anni per cittadinanza e genere - Anno 2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", 2005.

La chiave di lettura di tale vantaggio potrebbe risiedere nelle caratteristiche stesse della popolazione straniera residente in Italia: migranti di prima generazione, che lasciano il proprio Paese soprattutto per un progetto di lavoro e, quindi, con un buon capitale di salute ("healthy migrant effect") (2, 4, 5). A ciò va aggiunta l'ipotesi del comportamento rilevato in altri studi sulla popolazione migrante, secondo cui le persone che non godono più di buona salute tornano al loro Paese d'origine ("salmon bias effect") (1). Infine, è opportuno tener conto che la popolazione straniera reclutata nell'indagine è quella residente, dunque probabilmente più stabile e integrata rispetto alla popolazione straniera non regolarizzata, e che sono forse più disponibili a partecipare all'indagine le famiglie con stranieri maggiormente integrate, che hanno risolto per esempio i problemi di lingua. Tale vantaggio potrebbe, quindi, ridursi se si includessero nel collettivo anche gli stranieri non ancora "regolari", meno integrati e in condizioni di vita complessivamente più precarie.

Tuttavia, si osservano, per alcune nazionalità, situazioni di criticità che andrebbero approfondite e monitorate: è il caso ad esempio degli stranieri di origine marocchina, che evidenziano rispetto ad altri stranieri e agli stessi italiani una peggiore salute percepita. Infatti, la quota più bassa di stranieri che si dichiara in buono stato di salute si registra tra le persone provenienti dal Marocco (75,7% gli uomini e 54,8% le donne), più bassa anche rispetto agli stranieri che provengono dal resto dei Paesi africani.

Anche considerando alcuni indici sintetici che misurano aspetti più specifici della salute, come quelli legati alla sfera mentale e relazionale⁴, nella popolazione proveniente dal Marocco si registra, sia per gli uomini che per le donne, il più basso valore dell'indice di salute mentale e di vitalità, entrambi fortemente correlati al disagio di tipo mentale di ansiosità o depressione.

⁴Si tratta, in particolare, di quattro indici sintetici: indice di stato fisico, indice di stato psicologico, indice di salute mentale e indice di vitalità. Tali indici vengono calcolati partendo dalle informazioni rilevate mediante i questionari armonizzati a livello europeo dell'SF12 e dell'SF36 (6).

Con riferimento agli stili di vita e alla prevenzione, per gli stranieri emergono comportamenti che evidenziano la forte eterogeneità di questa popolazione, sia in termini di differenze culturali, che di genere. Tra i fattori di rischio per la salute sono stati analizzati l'eccesso di peso e l'abitudine al fumo, entrambi noti agli epidemiologi come fattori di rischio di morti precoci evitabili. Analizzando i tassi standardizzati per età e genere, si registrano, complessivamente, nella popolazione straniera di 18-64 anni prevalenze di eccesso di peso molto simili a quelle stimate nella popolazione italiana di tale fascia d'età, con pressoché analoghe differenze di genere. Considerando, invece, il Paese di provenienza, emergono specificità in parte dovute a fattori culturali e in parte allo *status* sociale. Tra gli uomini, la maggioranza degli albanesi presenta problemi di eccesso di peso (55%); tra le donne, invece, sono quelle di origine marocchina a registrare prevalenze più alte, quasi il 53% è in soprappeso o obesa, seguite dalle donne provenienti dagli altri Paesi africani (49%) (Tabella 1).

Il consumo di tabacco è un'abitudine meno diffusa nel complesso della popolazione straniera adulta rispetto a quella italiana: sia per gli uomini (29,0% contro il 32,3% tra le persone di 18-64 anni) che per le donne (14,9% contro 20,9%). Se, invece, si analizza la diffusione di tale abitudine rispetto alla diversa nazionalità d'origine, risultano nette differenze legate, verosimilmente, a fattori culturali che evidenziano differenze di genere. In particolare, è tra gli uomini di origine albanese che si registra la più alta prevalenza di fumatori (43,4%) contro appena il 3,4% delle donne della stessa nazionalità. Analoghe differenze si riscontrano nella popolazione di origine marocchina o proveniente da altri Paesi africani. Tra le donne sono, invece, le rumene che fanno registrare la quota più alta di fumatrici (29,9%). Gli stranieri provenienti dai Paesi europei non Unione Europea (UE) si caratterizzano per la quota più elevata di forti fumatori (cioè coloro che fumano 20 o più sigarette al giorno) tra gli uomini (25,2%), seguita dagli uomini di origine albanese e rumena (21,1% e 18,1%).

Tabella 1 - Tassi standardizzati (per 100) di persone adulte (18-64 anni) per eccesso di peso e abitudine al fumo, per cittadinanza, Paese d'origine e genere - Anno 2005

Cittadinanze e Paesi d'origine	Eccesso di peso			Fumatori		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Italiani	50,6	29,2	39,9	32,3	20,9	26,6
Stranieri	48,7	32,5	40,8	29,0	14,9	22,1
- Albania	55,5	37,3	47,9	43,4	3,4	26,6
- Marocco	47,0	52,6	49,4	34,3	0,9	20,2
- Romania	64,8	28,8	45,9	39,8	29,9	34,6
- Altri UE	39,3	22,6	27,6	29,4	24,3	25,8
- Altri Europa non UE*	50,4	28,7	38,4	37,3	23,5	29,7
- Altri Africa**	45,6	49,0	47,0	30,3	4,8	20,0
- Asia orientale	31,9	12,9	22,7	22,1	7,5	15,0
- Asia occidentale e centro-meridionale	39,9	34,5	37,9	16,9	2,4	11,5
- America centro-meridionale	50,2	34,2	40,3	25,7	15,5	19,4
- America settentrionale/Oceania	54,7	14,1	29,0	25,4	20,6	22,4

* Escluse Romania e Albania.

** Escluso Marocco.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari", 2005.

Le pratiche di prevenzione dei tumori femminili sono meno diffuse tra le donne straniere rispetto alle italiane. Infatti, hanno fatto ricorso al *Pap test* almeno una volta nella vita solo la metà delle donne straniere (51,6% vs 71,8% per le italiane) considerando le fasce d'età raccomandate dalle Linee Guida sulla prevenzione dei tumori femminili (25-64 anni), per le quali sono previste nella maggior parte delle regioni programmi specifici di prevenzione. Le differenze sono meno accentuate tra le più giovani fino ai 34 anni.

La propensione a sottoporsi al *Pap test* risulta particolarmente bassa tra le donne provenienti dal Marocco o dal resto dell'Africa, nonché tra quelle di origine albanese, con quote di ricorso rispettivamente del 33,5%, 32,5% e 37% (tassi standardizzati per età). Rispetto alle modalità di accesso, non si evidenziano differenze significative tra donne italiane e straniere nel confrontare i tassi controllati per età: il 18,3% (rispetto al 20% delle italiane) tra quante hanno effettuato almeno un controllo accede attraverso programmi di screening e circa il 41%, sia delle italiane che delle straniere, si sottopone a *Pap test* di propria iniziativa. Tuttavia, andando nel dettaglio delle singole provenienze, i programmi di screening tramite *Pap test* attivati dalle ASL catturano in proporzione maggiore le donne straniere che più raramente effettuano tali controlli, vale a dire le donne di origine albanese (nel 47,5% dei casi) e quelle di origine marocchina (nel 32% dei casi). Anche riguardo alla pre-

venzione del tumore al seno si registrano prevalenze più basse per le donne straniere: il 42,9% dichiara di essersi sottoposta almeno ad una mammografia nel corso della vita contro il 73,1% delle italiane di 50-64 anni.

Conclusioni

Le più favorevoli condizioni di salute che si registrano nella popolazione straniera residente in Italia rispetto a quella italiana, sulla base delle informazioni raccolte con l'indagine del Sistema Multiscopo, costituiscono un patrimonio di salute che andrebbe preservato. Ricadute positive anche sul sistema sanitario potrebbero dipendere dalla promozione di adeguate politiche di tutela e prevenzione della salute, garantendo ancora la sostanziale equità del Servizio Sanitario Nazionale. Tutto ciò, tenuto conto di una peculiarità dell'immigrazione in Italia: la notevole eterogeneità etnica della popolazione straniera residente in Italia, caratterizzata da un ampio spettro di specificità culturali, biologiche e sociali.

Pur tenendo ben presenti i limiti dello strumento di rilevazione dell'indagine, non specificamente tarato per cogliere le differenze di salute della popolazione straniera, i risultati analizzati ci consentono di fornire per la prima volta a livello nazionale un'ampia panoramica sul profilo epidemiologico e su alcuni comportamenti preventivi e stili di vita della popolazione straniera residente in Italia. Sono, comunque, in programma ulteriori approfondimenti sulle condizioni di vita della popolazione straniera tramite indagini campionarie di popolazione condotte dall'Istat, in particolare un'indagine in programma per il 2010, supportata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, consentirà di fornire stime almeno a livello di grandi aree geografiche.

Riferimenti bibliografici

- (1) Abrahido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS et al. The latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health* 1999; 1.543-1.548.
- (2) Costa G. La salute degli immigrati come costruzione sociale, *Immigrazione in Piemonte*. Ires Piemonte, Torino, Contributi di Ricerca 210/2007; 113-128.
- (3) Istat (2008) Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia, *Statistiche in breve*, 11 dicembre 2008.
- (4) Marmot MG, Adelstein AM, Bulusu L. OPCS Immigrant mortality in England and Wales 1970-78: Causes of death by country of birth. London: HMSO.
- (5) Nazroo J., (2003) The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination and racism, *American Journal of Public Health*, 2003, 93, 2, 277-284.
- (6) Ware John E, C.D. Sherbourne, The MOS 36-I short form health survey (Sf36): conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30: 473-81.
- (7) WHO Health Interview Survey: Towards International harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Publications, European series n. 58 1996.

Politiche regionali sulla salute degli immigrati

Dott. Salvatore Geraci, Dott.ssa Manila Bonciani, Dott.ssa Barbara Martinelli

Contesto

I nuovi bisogni socio-sanitari della popolazione straniera hanno reso evidenti i limiti del tradizionale sistema di *Welfare* e l'impossibilità, per lo Stato e le Amministrazioni locali, di rispondere con azioni predefinite. Nonostante il processo d'integrazione socio-sanitaria della popolazione immigrata abbia subito negli anni importanti evoluzioni, nelle politiche sanitarie nazionali e locali esistono ancora degli ambiti di ambiguità.

Le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali in favore dei cittadini immigrati sono spesso carenti di azioni di coordinamento tra le competenze degli assessorati coinvolti rendendo l'operato delle regioni non sempre efficiente rispetto alla complessità del fenomeno. Se già per lo straniero regolare esistono difficoltà di accesso e fruizione ai servizi sanitari del Paese ospitante, che sono correlate a problemi di carattere culturale ed organizzativo, lo *status* di irregolarità giuridica influenza ancor di più la piena esplicazione del diritto alla salute. Dall'analisi degli atti normativi regionali, sebbene si evidenzino in alcune regioni ambiti di eccellenza, nel complesso sono ancora presenti divari strutturali e qualitativi tra i servizi di assistenza sanitaria agli stranieri nelle diverse regioni.

Facendo seguito al Rapporto Osservasalute del 2005, evidenziamo le novità intercorse negli anni successivi.

Benchmark. Normativa Nazionale

D. Lgs. n. 286/98: "Testo unico sull'immigrazione" e relativo Regolamento d'attuazione DPR n. 394/99 con le modifiche apportate dal DPR 334/04.

Vengono identificate tre tipologie d'assistenza per i cittadini stranieri:

- Stranieri regolarmente soggiornanti (assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) art. 34 T.U.);
- Stranieri irregolari (assistenza per gli stranieri non iscritti al SSN art. 35 T.U.);
- Stranieri che entrano in Italia per cure mediche (ingresso e soggiorno per cure mediche art. 36 T.U.).

D. Lgs n. 30/2007: "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri". Conseguenze sull'assistenza sanitaria.

Legge n. 94/2009: "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica".

Descrizione delle novità

Sebbene la politica sull'immigrazione sia di competenza nazionale e le politiche nazionali non abbiano smesso di svolgere un importante ruolo di benchmark, con la progressiva decentralizzazione del SSN sanitario, sono ormai le regioni che grazie alla loro autonomia organizzativa ed economica, hanno la competenza esclusiva nella regolamentazione e gestione delle attività destinate alla tutela della salute dell'individuo e, pertanto, dello straniero, nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi nazionali.

Si osserva che dopo l'emanazione del Testo Unico sull'immigrazione del 1998, ad oggi solo 6 regioni (Abruzzo, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia - però già abrogata -, Lazio, Liguria, Toscana) hanno emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione con specifiche sezioni sull'accessibilità ai servizi sanitari. A livello più strettamente operativo, invece, la maggior parte delle regioni (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Valle d'Aosta e Veneto) evidenziano un'attenzione specifica e a volte diffusa alla salute degli stranieri, nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali.

Riportiamo in allegato una tabella riassuntiva sulle leggi regionali sull'immigrazione e sui Piani Sanitari Regionali.

Un riferimento particolare va alla Legge n. 94 del 15 luglio 2009, sulle "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica". L'introduzione del reato di ingresso e/o soggiorno illegale pur condizionando, comunque, l'accesso alle cure essendo reato perseguibile d'ufficio, obbliga i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia qualora ne vengano a conoscenza (art 361 e 362 cp). Per la sanità prevale il divieto di segnalazione contenuto nella norma non abrogata del D. Lgs 286/98 art. 35, comma 5, ma ciò lascia ancora estrema discrezionalità ed incertezza di corretta applicazione.

Riteniamo, infine, importante segnalare l'ambito dei cittadini comunitari, che costituiscono un gruppo di inte-

resse centrale nell'analisi delle attuali politiche regionali da quando, già nel 2004 con l'entrata di alcuni nuovi Paesi nell'Unione Europea ed in seguito nel 2007 con l'entrata della Romania e la Bulgaria, si sono verificate diverse problematiche in merito all'assistenza sanitaria di questi nuovi cittadini. A livello nazionale, infatti, è mancata una tempestiva azione politica che intervenisse nel chiarire quale assistenza fosse garantita a questa popolazione nel caso fosse sprovvista di copertura sanitaria: il primo atto ufficiale è la Circolare del Ministero della Salute del 3 agosto 2007 su "Applicazione direttiva n. 38 del 2004 e D. Lgs 30 del 2007" e l'atto, comunque, non tutela completamente i cittadini comunitari sprovvisti di assicurazione sanitaria o dei requisiti necessari all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale. Molte regioni si sono, quindi, attivate e hanno provveduto ad emanare delle norme locali, prevedendo la garanzia delle prestazioni essenziali ai sensi dell'art. 1, comma 2 del D. Lgs 286/98, la possibilità di effettuare l'iscrizione volontaria e l'introduzione del Codice ENI (Europeo Non in regola) per i cittadini comunitari sprovvisti di copertura sanitaria. La nota informativa del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 19 febbraio 2008 su "Precisazioni concernenti assistenza sanitaria ai cittadini comunitari dimoranti in Italia" ribadisce la competenza regionale per l'assistenza sanitaria ed il diritto a cure indifferibili ed urgenti (comprese cure minori, maternità ed IVG), profilassi, diagnosi e cura malattie infettive.

Riportiamo in allegato una tabella riassuntiva, delle note e circolari emanate dalle Regioni sull'assistenza ai comunitari.

Tabella 1 - *Leggi regionali sull'immigrazione e Piani Sanitari Regionali o delle Province Autonome*

Regioni	Legge regionale sull'immigrazione	Piano Sanitario Regionale/Provinciale vigente
Abruzzo	n. 46/2004	2008-2010
Basilicata	n. 21/1996	-
Calabria	n. 17/1990	2007-2009
Campania	n. 3/1997 (n. 33/1994)	2002-2004
Emilia-Romagna	n. 5/2004	2008-2010
Friuli-Venezia Giulia	n. 5/2005 (abrogata)	2006-2008
Lazio	n. 5/2008	2008-2010
Liguria	n. 7/2007	2009-2011
Lombardia	n. 38/1988	2007-2009
Marche	n. 2/1998	2007-2009
Molise	-	2008-2010
Piemonte	n. 64/1989	2007-2010
Puglia	n. 26/2000	2008-2010
Sardegna	n. 46/1990	2006-2008
Sicilia	n. 55/1980	Atto indirizzo 2007-2009 Legge n. 5 del 14/4/2009: "Norme di riordino del Servizio Sanitario Regionale"
Toscana	n. 29/2009	2008-2010
Trento	L.P. n. 13/1990	2007-2009
Bolzano-Bozen	-	-
Umbria	n. 18/1990	2009-2011
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	n. 51/1995	2006-2008 (prorogato fino 2010)
Veneto	n. 9/1990	2007-2009

