



ORDINE  
MEDICI CHIRURGH  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

COMMISSIONE CULTURA

Coordinatore: Dott. Germano Bettoncelli

## Convegno

# MEDICINA DELLE MIGRAZIONI

## *Tra mito e realtà*

*Sala Conferenze Ordine Medici ed Odontoiatri - Via Lamarmora n. 167 (Palazzo il Diamante) - Brescia*

*La Medicina delle Migrazioni riveste oggi in Europa, ed in Italia in particolare, un interesse crescente sia in ambito clinico (diagnosi e terapia), ma anche in ambito di sanità pubblica (accesso alle cure, tutela della comunità ospite) ed etico (diritti umani). La tematica interessa dunque numerose figure sanitarie, dai medici di famiglia agli specialisti infettivologi, pediatri, ostetrici e ginecologi, uomini di sanità pubblica e microbiologi, oltre che naturalmente i responsabili delle politiche sanitarie. Obiettivo del convegno è dunque quello di creare un forum di discussione tra tutti coloro siano interessati ai molti aspetti della Medicina delle Migrazioni, alla epidemiologia del fenomeno migratorio, alle problematiche infettivologiche e non infettivologiche ed alla patologia del disagio, con attenzione particolare agli aspetti transculturali, normativi ed etici di un fenomeno che è destinato ad accompagnare il medico italiano nei prossimi decenni.*

**24 settembre 2016 – ore 8.00**

***Situazioni particolari: la donna migrante***

**Maria Rosa Schivardi**



**MEM-TP project final report**

*Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma*

© European Union, 2016

- ☐ **Sustainable health systems that provide high-quality health care can increase societal cohesion and boost economic growth by reducing inequalities and keeping people healthy and active longer.**
- ☐ **Migrants and ethnic minorities are among the most vulnerable groups, and often face considerable access barriers to good quality care. The linguistic, cultural and health needs of foreign-born individuals and ethnic minorities, such as the Roma, are frequently quite different from those of the native population. If the health system does not adequately meet these varied needs, inequalities will increase.**
- ☐ **Health professionals, both health managers and health service providers, have an important role in shaping a country's health system and in providing health services.**
- ☐ **Gender issues specific to migrant and ethnic minority populations pertinent to their health status (e.g. the issue of barriers for antenatal care, screening during pregnancy, female genital mutilation in immigrants from some African and Asian countries, early age pregnancies and multiple pregnancies in Roma populations, barriers for screening of cervical and breast cancer and family planning).....**

Donne migranti:

Da un punto di vista sanitario le donne sono per diverse ragioni più vulnerabili degli uomini.

Alcune di queste ragioni hanno la loro origine nel ruolo sociale della donna, specie nelle società tradizionali più povere e arretrate, altre riflettono le peculiari caratteristiche biologiche relative alla riproduzione, alla sessualità, ai rapporti di forza fra i generi....

Donne migranti:

Donne sole che migrano per motivi economici e spesso provvedono al mantenimento dell'intera famiglia nel paese di origine

Donne che migrano per raggiungere i coniugi

Donne in fuga da zone di guerra

Donne vittime di tratta

..... Panorama variegato e complesso

## Le cause di ricovero in ospedale dei migranti approdati a Lampedusa da gennaio 2011 a giugno 2014

Causes of hospitalisation of migrants arrived in Lampedusa (Southern Italy) from January 2011 to June 2014

Linda Pasta,<sup>1</sup> Leonardo Antonio Mesa Suero,<sup>1</sup> Enzo Massimo Farinella,<sup>2</sup> Gaetano Marchese,<sup>3</sup> Domenico Serravalle,<sup>3</sup> Nicolò D'Amico,<sup>4</sup> Maria Gabriella Filippazzo<sup>1</sup>

### RIASSUNTO

Questa è la sintesi di uno studio sulle ammissioni dei migranti negli ospedali in Sicilia dal gennaio 2011 al giugno 2014. I migranti arrivati a Lampedusa sono stati 49.000 nel 2011, 4.000 nel 2012, 15.000 nel 2013, 6.000 nel 2014; 378 pazienti che necessitano di ricovero in ospedale sono stati trasportati esclusivamente dall'aerocorso 118 in 6 ospedali siciliani: 203 nel 2011, 62 nel 2012, 95 nel 2013, 18 nel 2014. L'età media era 25 anni e le aree di provenienza più frequenti il Corno d'Africa, il Nord Africa, Siria e Nigeria. Le donne sono state ricoverate quasi esclusivamente per problemi ostetrico-ginecologici, con una prevalenza elevata di aborti (17/140 pazienti in stato di gravidanza), secondari al lungo viaggio; gli uomini soprattutto per fratture ossee, ustioni, disidratazione, malattie infettive, tentativi di suicidio e recentemente, per l'avvelenamento da CO tra le persone rinchiusi nelle stive delle barche. Le malattie infettive sono dovute principalmente a

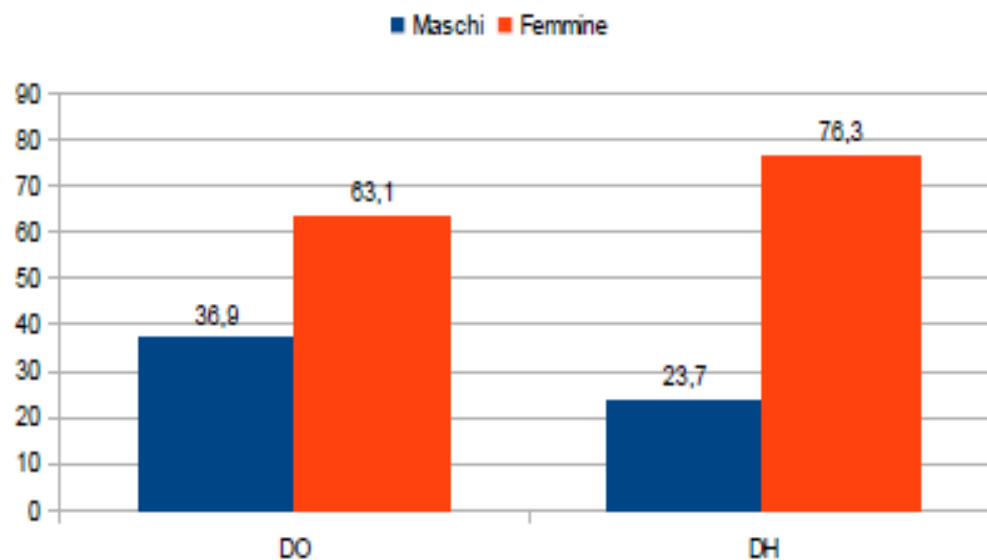


## I ricoveri in Lombardia

La numerosità dei ricoveri femminili è dovuta in maniera prevalente alle gravidanze, ai parti e agli aborti e a patologie connesse

I ricoveri relativi ai parti e agli aborti delle cittadine straniere si distribuiscono in maniera diversa in base alle aree di provenienza: tra le donne dell'America latina prevalgono le interruzioni di gravidanza rispetto ai parti mentre accade il contrario per le nordafricane; per le altre cittadinanze, i ricoveri per parto e per aborto si equivalgono.

### *degenze ordinarie e day hospital per genere, provenienze PFPM. Lombardia, 2010-2014*



*Fonte: elaborazione Ismu-Orim su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014*

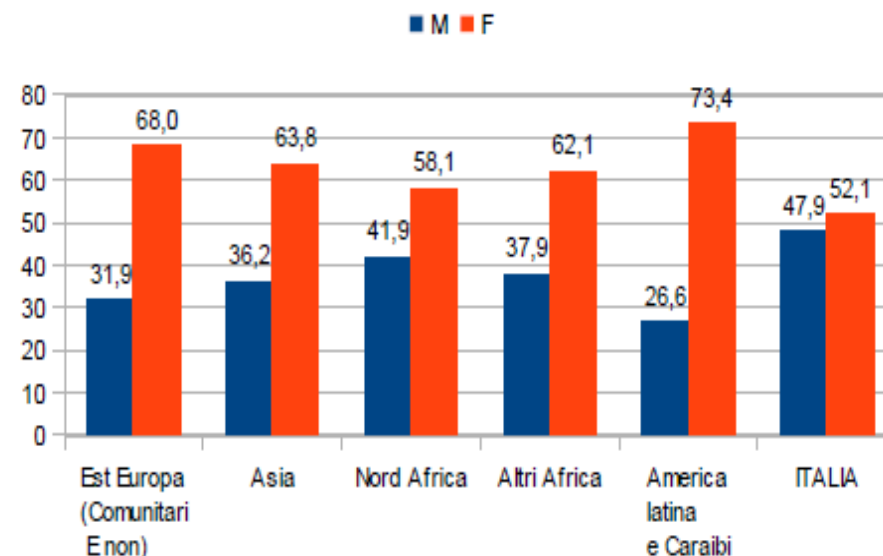
La distribuzione di genere indica una presenza femminile nei DO di 65.080 ricoveri (63,3%) e nei DH la prevalenza è ancora più netta (14.415 pari al 77,9%).

La popolazione femminile straniera è percentualmente importante in Regione Lombardia e la sua presenza nei ricoveri rimane preponderante per le ragioni legate alla riproduzione e alla salute riproduttiva.

## *degenze ordinarie e day hospital per genere, provenienze PFPM. Lombardia, 2010-2014*

Riguardo alla distribuzione di genere per macro aree di provenienza, la presenza femminile nei ricoveri è superiore a quella maschile per tutte le aree, comprese quelle a maggior connotazione migratoria maschile, come il Nord Africa e Altri Africa; la percentuale relativa alla componente femminile latino-americana è ancora più marcata (73,4%).

La distribuzione di genere tra le cittadinanze italiane mostra un maggiore equilibrio tra le due componenti.



Fonte: elaborazione Ismu-Orim su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014



## Numero delle gravidanze in Regione Lombardia anno 2014 (variazione percentuale rispetto al 2013)

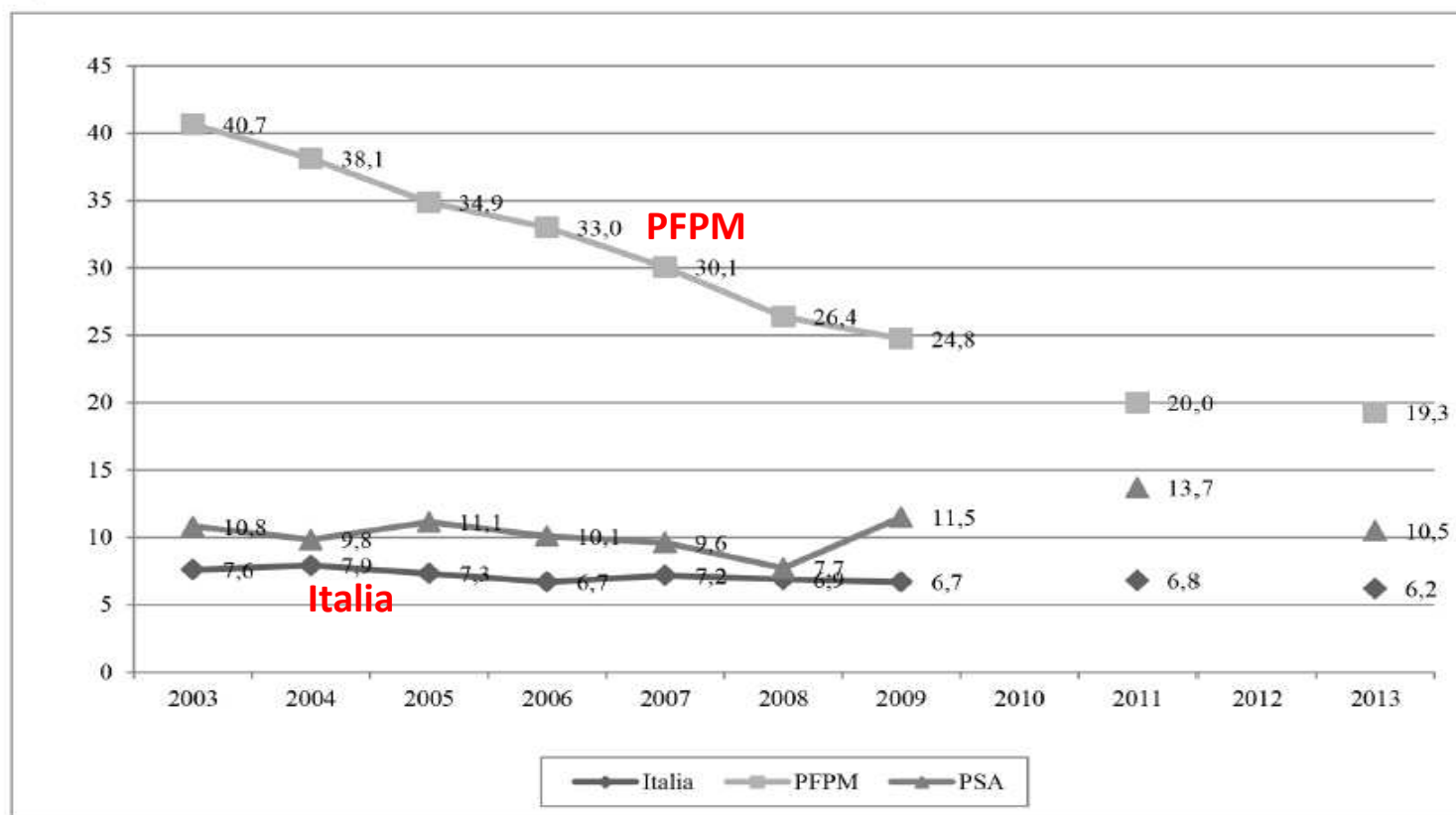
	Totale	Donne italiane	Donne straniere	Donne straniere irregolari
<b>Numero gravidanze totali</b>	114.888			
<b>Numero parti</b>	85.797 (-2.24%)	<b>62.413 (-2%)</b>	<b>23.384 (-0.9%)</b>	<b>441</b>
<b>Numero aborti</b>	29.091 (-5.83%)	<b>18.861 (-4.8%)</b>	<b>10.230 (-1.2%)</b>	<b>620</b>

La diminuzione sia per i parti che per gli aborti è risultata più consistente a carico delle donne italiane

## Dati relativi a abortività in Regione Lombardia anno 2014

	Tasso di abortività (n° IVG x 1.000 donne età fertile)	Rapporto di abortività (n° IVG x 1000 nati vivi)	Tasso di ricovero x aborto (n°ricoveri x aborto x 1.000 donne età fertile)
<b>Donne italiane</b>	<b>5.2</b>	<b>189.2</b>	<b>10.2</b>
<b>Donne straniere</b>	<b>17.1</b>	<b>556.5</b>	<b>25.6</b>
<b>Donne straniere irregolari</b>	<b>15.7</b>	<b>3735.5</b>	<b>21.6</b>
<b>Globale RL</b>	<b>7.6</b>		
<b>Globale Italia (2013)</b>	<b>7.6</b>		

## Tasso (standardizzato per 1000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza



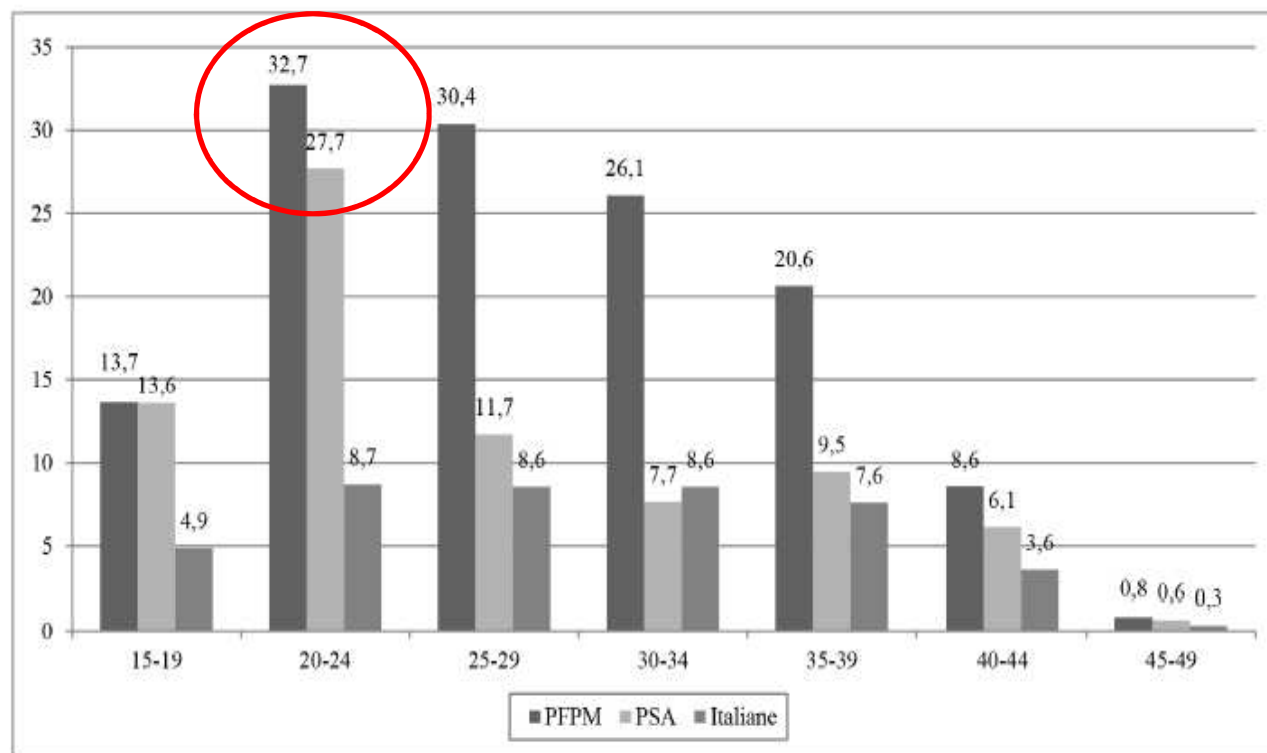
Il **33,5%** delle IVG del 2013 ha riguardato **donne con cittadinanza straniera**: si conferma la diminuzione (seppur lieve) iniziata nel **2012** di questa quota di IVG. L'aumento percentuale osservato fino al 2009 è, in gran parte, giustificato dall'aumento della popolazione straniera in Italia.

La maggioranza di queste donne proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

I tassi di abortività volontaria tra le donne con cittadinanza straniera restano ancora elevati (circa il triplo rispetto alle donne italiane).

La classe di età alla quale corrispondono i valori più elevati dei tassi è la classe 20-24 anni, indifferente dalla cittadinanza.

Tasso (specifico per 1000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza-anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

## I ricoveri in Lombardia

Nel complesso si osserva l'esistenza di significative disuguaglianze di salute tra popolazione italiana e straniera.

A questo si aggiungono le conseguenze correlate al basso livello di istruzione e alle peggiori condizioni economico-sociali che caratterizzano la popolazione immigrata più di quella autoctona.

Le donne con un basso livello di istruzione raggiunto hanno un tasso di ricovero decisamente più elevato di quelle con livello di istruzione elevato.

## Ricoveri per endometriosi e infezioni pelviche - Regione Lombardia anno 2014

	n° ricoveri endometriosi	n° ricoveri infezioni	Tasso ricoveri endometriosi	Tasso ricoveri infezioni	Differenza %
<b>Donne italiane</b>	<b>1.821</b>	<b>1.907</b>	<b>98,4</b>	<b>103,1</b>	<b>5</b>
<b>Donne straniere</b>	<b>200</b>	<b>423</b>	<b>46,7</b>	<b>98,8</b>	<b>52</b>
<b>Donne straniere irregolari</b>	<b>2021</b>	<b>2.330</b>	<b>88,7</b>	<b>102,3</b>	<b>14</b>

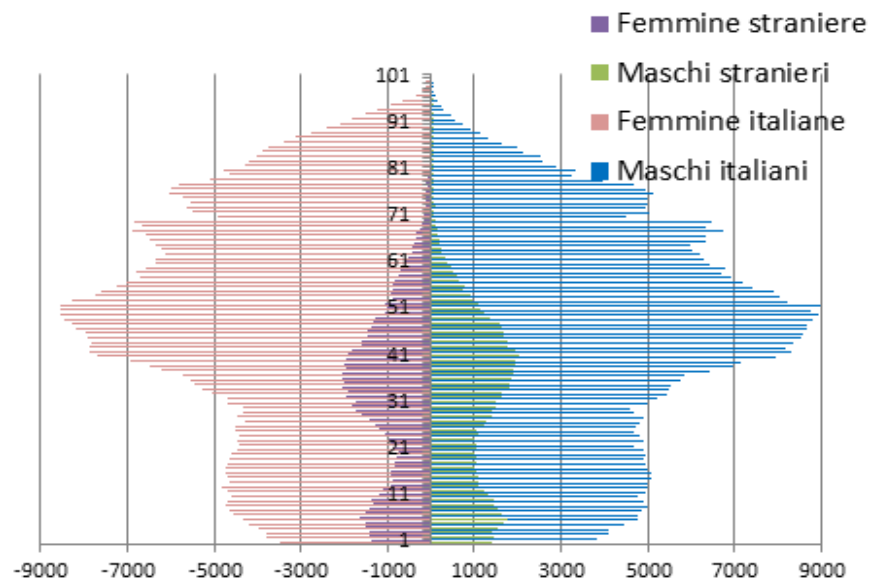
Il tasso di ricovero per endometriosi e per le infiammazioni e infezioni di utero e annessi è abbastanza simile nella popolazione femminile italiana con una differenza di 5 punti percentuali. Nella popolazione femminile straniera tale differenza risulta più elevata con una differenza di 52 punti percentuali.

Questo dato suggerisce l'ipotesi che le donne straniere siano portatrici di maggiori fattori di rischio legati alle condizioni precarie e agli stili di vita.

## **La salute materno-infantile**

La salute materno-infantile rappresenta un'area prioritaria della salute pubblica non solo perché gravidanza, parto e patologie connesse sono la prima causa di ricovero per le donne, ma perché gli indicatori di salute materno-infantile sono riconosciuti tra i più adeguati per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria di un paese e rappresentano un importante strumento per valutare lo stato di salute di una popolazione

WHO



## ANALISI DELL'EVENTO NASCITA NELL'ASL DI BRESCIA

PERIODO 2003-2013

Progetto curato dall'Osservatorio  
Epidemiologico ASL Brescia

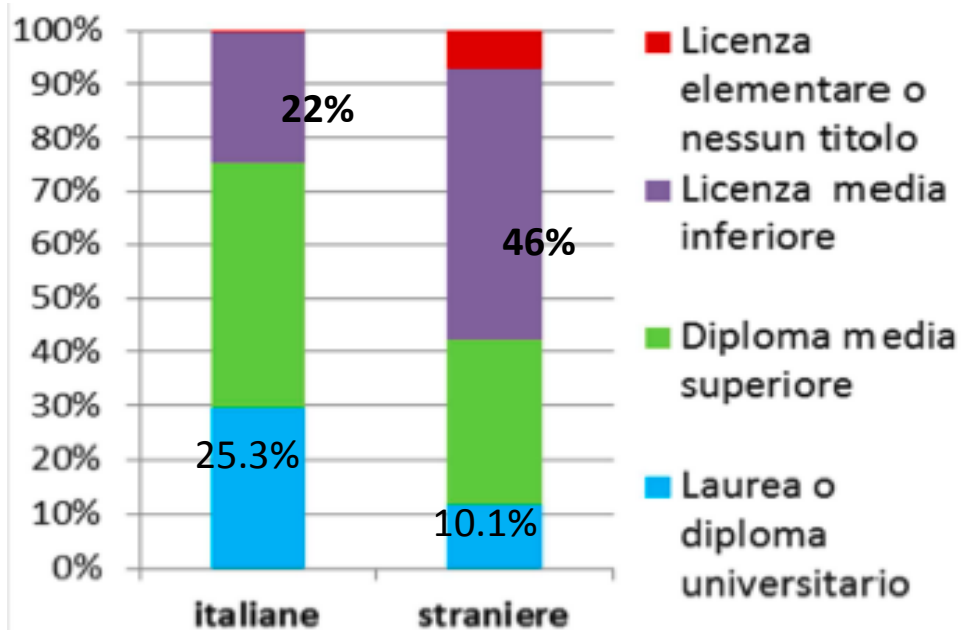
dicembre 2014

### Caratteristiche donne gravide - Provincia Brescia anno 2014

natalità	9,2 (8,5 Italia)
Madri cittadinanza italiana	65,1% (6439)
Madri cittadinanza straniera	34,9% (3459)
Età media al parto italiane	33 anni
Età media al parto straniere	30,1 anni



## scolarità



**Caratteristiche donne gravide  
Provincia Brescia**

### Storia professionale:

- ❖ sono occupate il 78,0% delle italiane rispetto al 22,4% delle straniere
- ❖ solo il 15,2% delle italiane sono casalinghe contro il 70,9% delle straniere

**Caratteristiche donne  
gravide  
Provincia Brescia**

## Storia riproduttiva

indicatore	italiane	straniere	totale	Delta straniera vs italiane
% primigravide	55,3%	39,1%	49,6%	-29%
N medio parti precedenti	0,57	0,98	0,71	71%
N medio nati vivi	0,59	0,98	0,72	68%
% nati morti/nati vivi	0,85%	1,88%	1,34%	121%
% cesarei su parti precedenti	13%	22%	16%	67%
N medio aborti spontanei	0,22	0,24	0,22	11%
N medio IVG	0,03	0,07	0,05	117%

## Consanguineità fra le madri straniere:

- 1,7% ha un partner cugino di primo grado, percentuale 11 volte più elevata rispetto alle italiane.
- donne Pakistane hanno maggior frequenza di consanguineità con un primo cugino (24/302 pari al 8,0%), seguite dalle donne Egiziane (4/99 pari al 4.0%) e Marocchine (14/504 pari al 2.8%).

## Controlli in gravidanza

		% visite di controllo in gravidanza					% con visita oltre 12a settimana	P value Chi quadro
	n. donne	nessuna	1 -4	oltre 4	non indicato	P value		
<b>totale</b>	9.898	0,8%	42,5%	56,5%	0,2%		10,0%	
<b>cittadinanza</b>								
italiane	6.439	0,4%	42,3%	57,2%	0,2%	<0,001	5,2%	<0,001
straniere	3.459	1,7%	42,9%	55,2%	0,1%		19,1%	
<b>età madre</b>								
<20 anni	95	1,1%	38,9%	60,0%	0,0%	=0,01	18,1%	<0,001
20-29	3.408	1,2%	40,7%	58,0%	0,2%		12,9%	
30-39	5.758	0,6%	43,3%	56,0%	0,1%		8,1%	
>40 anni	637	1,3%	46,2%	52,4%	0,2%		11,0%	
<b>titolo di studio</b>								
Laurea o diploma univ.	2.471	0,4%	47,3%	52,2%	0,1%	<0,001	5,3%	<0,001
Dipl. media superiore	4.072	0,6%	40,4%	58,8%	0,2%		7,7%	
Licenza media inferiore	3.058	1,4%	40,7%	57,7%	0,2%		15,4%	
Licenza elementare o nessun titolo	296	2,7%	49,7%	47,6%	0,0%		28,5%	
<b>decorso gravidanza</b>								
fisiologico	9.462	0,8%	43,5%	55,5%	0,1%	<0,001	10,0%	0,3
patologico	436	0,7%	21,6%	77,3%	0,5%		11,6%	

## Analisi logistica multivariata per il periodo 2003-14 per alcuni indicatori

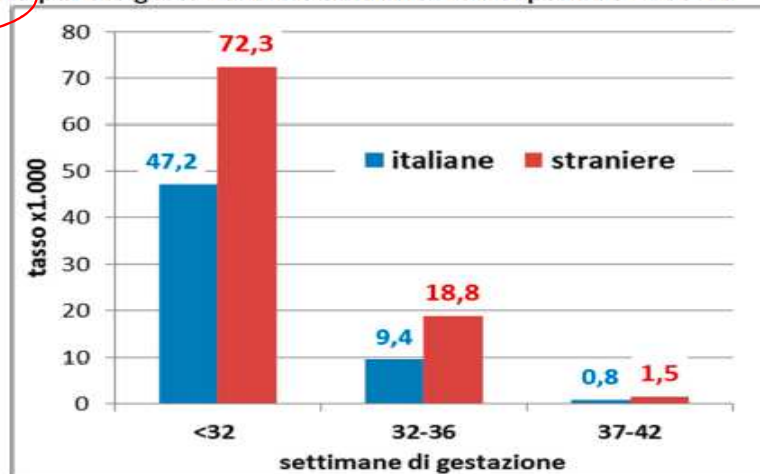
variabile dipendente la **prematurità** e variabili indipendenti anno del parto, età, titolo di studio, cittadinanza della madre:

- ☐ più frequente nelle mamme straniere (+20%;  $P<0,0001$ )
- ☐ associata ad età della madre più elevata (+3% per anno di età;  $P<0,0001$ )
- ☐ associata a bassa scolarità della madre (+4,5% per ogni livello scolare in meno;  $P<0,0001$ )

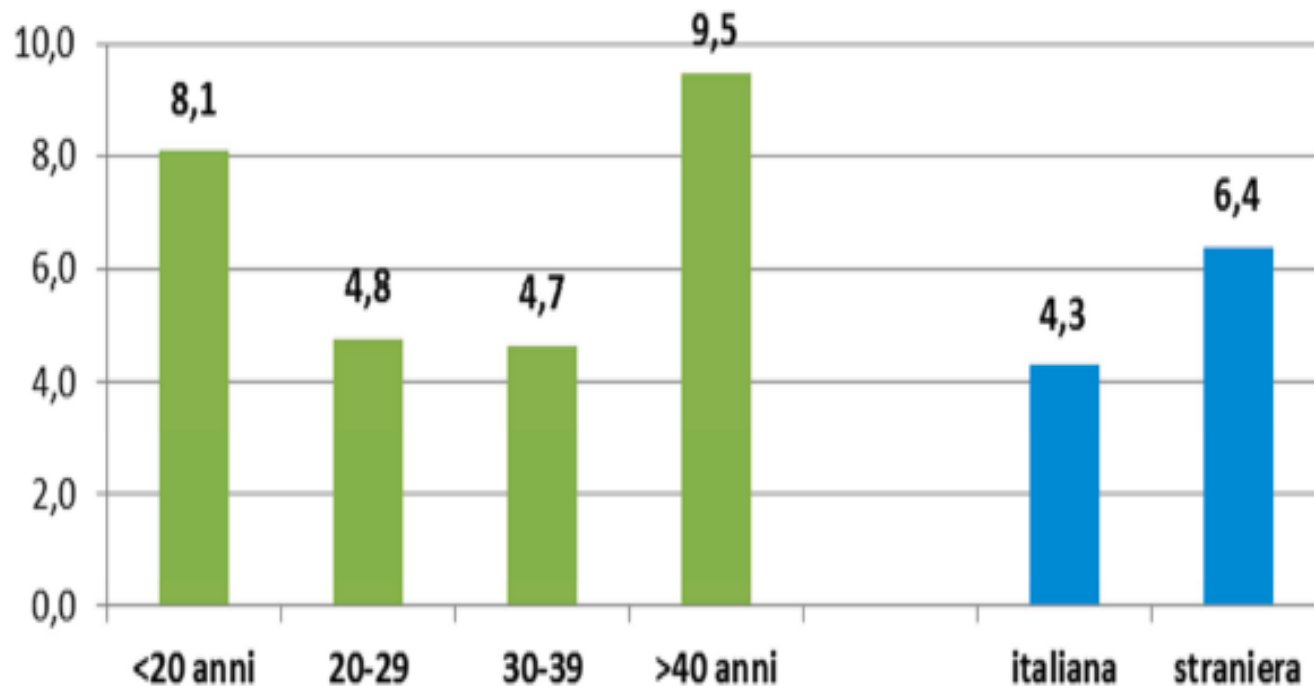
variabile dipendente l'espletamento del parto con **taglio cesareo** e variabili indipendenti anno del parto, presentazione feto, età, titolo di studio, cittadinanza della madre :

- più frequente nelle mamme straniere (+12%;  $P<0,0001$ )
- associata ad età della madre più elevata (+5% per anno di età;  $P<0,0001$ )
- associata a bassa scolarità della madre (+7% per ogni livello scolare in meno;  $P<0,0001$ )
- Correlata in modo molto forte a presentazioni fetali anomale (Odds ratio=39;  $P<0,0001$ )

! Natimortalità per età gestazionale e cittadinanza nel periodo 2003-13

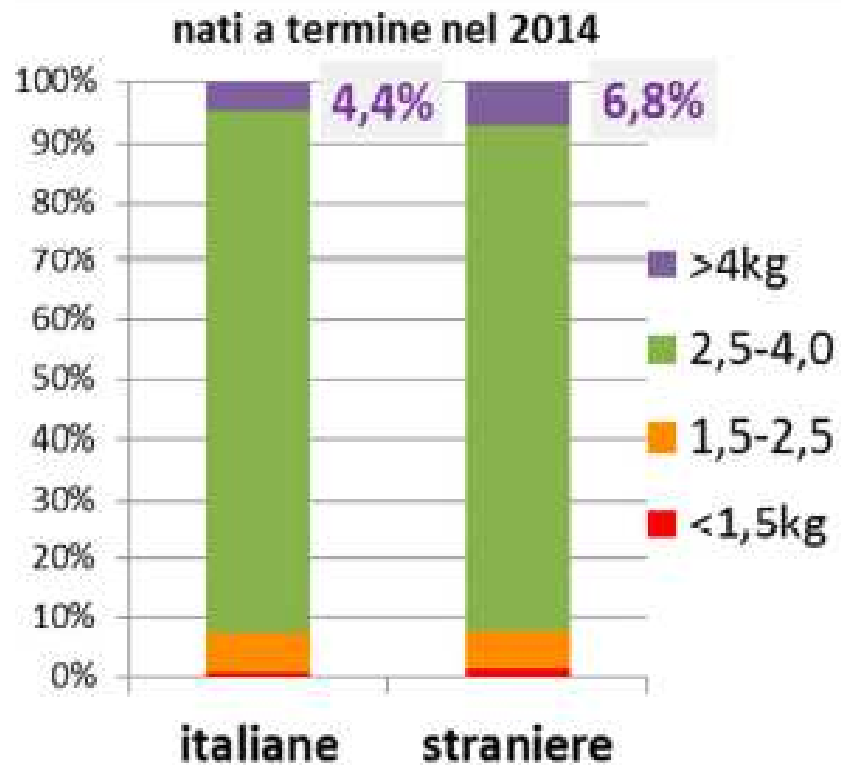


Tasso di malformazioni rilevate alla nascita per età e cittadinanza della madre

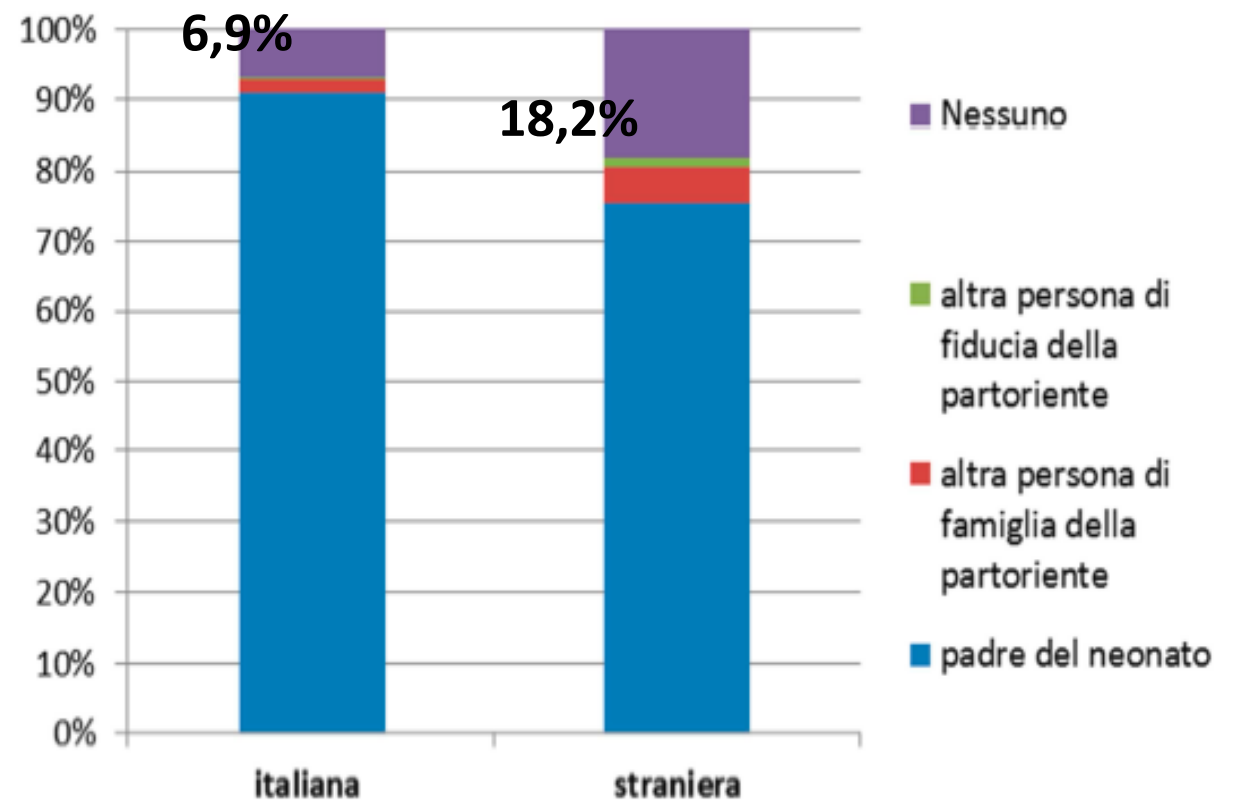


- variabile dipendente presenza di **malformazioni** e variabili indipendenti anno del parto, età, titolo di studio, cittadinanza della madre, presenza di consanguineità tra cugini primi:
- ✓ più frequente nelle mamme straniere (Odds Ratio=1,5 ; $P<0,0001$ ).
  - ✓ più frequente in presenza di consanguineità (Odds Ratio=3,2; $P<0,0001$ ).
  - ✓ associata alle fasce d'età estreme della madre (Odds Ratio=2,0; $P<0,0001$ ).
  - ✓ non associata alla scolarità della madre e all'anno.
  - ✓ più frequente sesso maschile (Odds Ratio=1,4 ; $P<0,0001$ ).

## Peso alla nascita



## Presenza di persona di fiducia al parto



## **La prevenzione oncologica**

I programmi di screening organizzati (cervice uterina, mammella e colon retto), possono essere strumenti di equità e facilitazione di accesso ai servizi sanitari in quanto percorsi di prevenzione gratuiti rivolti a tutta la popolazione bersaglio, con invito attivo di tutta la popolazione target.

Sebbene in maniera variabile tra i programmi, si osserva una riduzione delle differenze di adesione per quanto riguarda il grado di istruzione, lo stato civile, la cittadinanza e le difficoltà economiche riferite, rispetto alla prevenzione su iniziativa personale.



## Adesione all'invito per lo screening cervicale per paese di nascita

	Donne nate in Italia	Donne nate all'estero
<b>invitate</b>	2.895.259	470.922
<b>aderenti</b>	1.283.136	185.833
<b>adesione corretta</b>	<b>46,9 %</b>	<b>42,2 %</b>
<b>inviti inesitati</b>	24.374 (0.8%)	18.342 (3,9%)

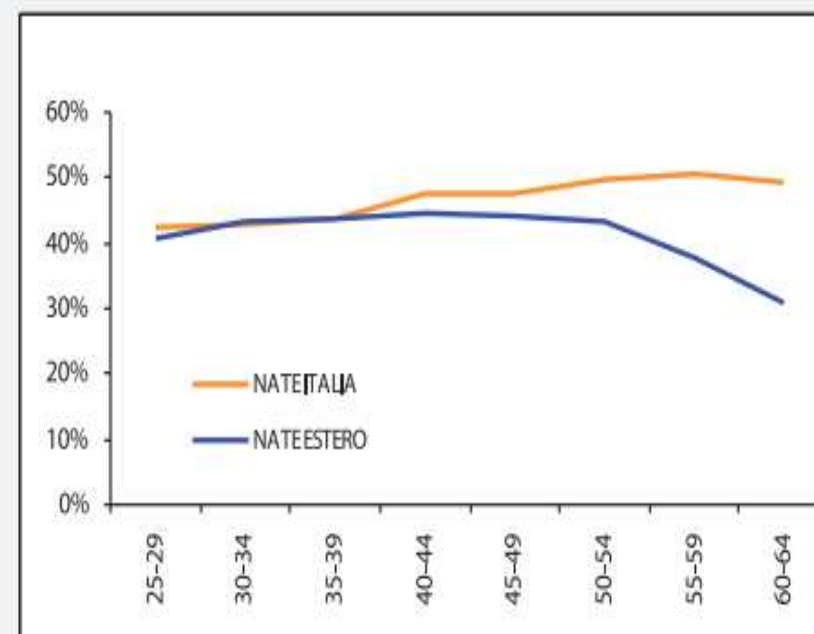
Il trend dell'adesione corretta per età mostra una sostanziale sovrapposizione sino ai 40 anni; nelle classi d'età superiori si osserva un aumento progressivo nelle nate in Italia, molto accentuato oltre i 60 anni.

Fra le nate all'estero i due terzi delle donne screenate hanno meno di 45 anni (rispetto al 47% delle nate in Italia).

## SURVEY GISCI DONNE MIGRANTI NEI PROGRAMMI DI SCREENING CERVICALE maggio 2014

38 programmi locali+ programma regionale Piemonte

Trend per età dell'adesione corretta per paese di nascita (Italia vs Estero).

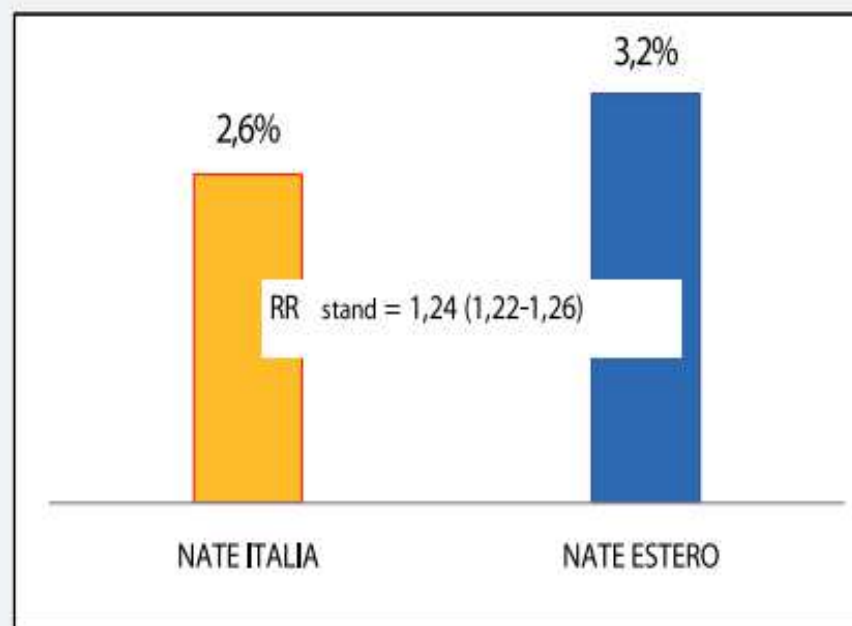




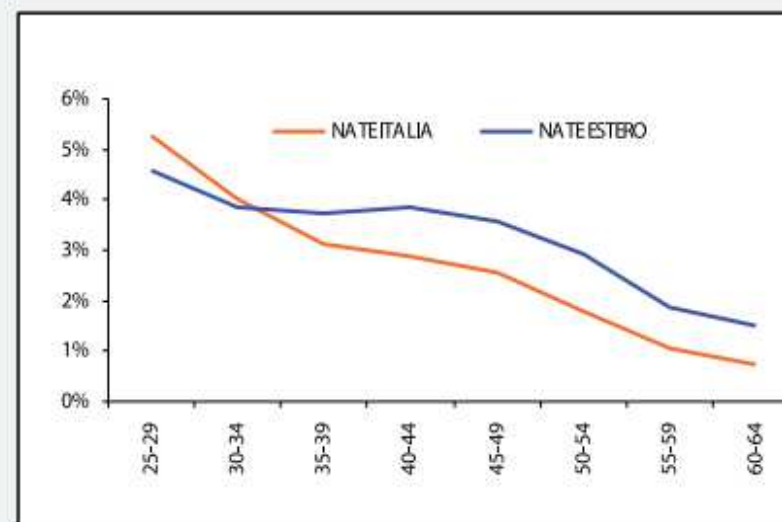
Quota di citologie ASC-US+ su 100 donne screenate:

- ❖ 2,6% nelle donne nate in Italia
- ❖ 3,2% nelle nate all'estero.
- ❖ RR (standardizzato per età) = 1,24 (IC95%: 1,22-1,26)

Tasso ASC-US+ per paese di nascita (Italia vs Estero). Rischio Relativo.



k: Distribuzione per età della percentuale di donne ASC-US+, per paese di nascita (Italia vs

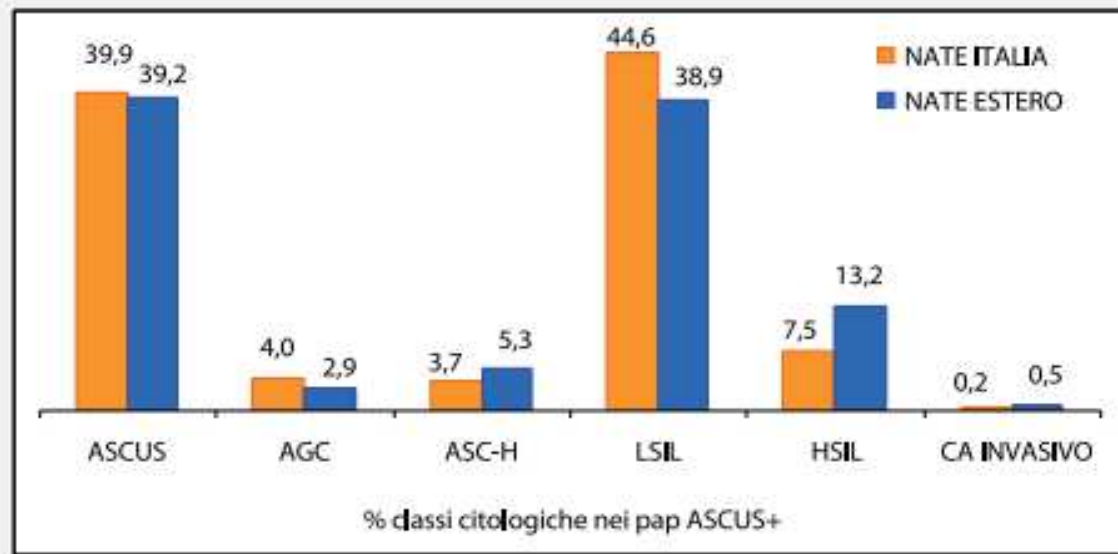


maggiore prevalenza di alterazioni citologiche nelle donne straniere:

- la proporzione di donne al primo passaggio di screening è maggiore rispetto alle italiane
- maggiore prevalenza di alterazioni citologiche nelle donne di età >34 anni

La distribuzione delle classi citologiche sul totale delle lesioni ASCUS+ mostra una maggior percentuale di lesioni più gravi (ASC-H, HSIL e cancri invasivi) nelle donne nate all'estero rispetto alle nate in Italia.

Distribuzione delle classi citologiche, nelle donne ASC-US+, per paese di nascita (Italia



RR standardizzati:

rischio aumentato

- 2,6 volte x ca invasivo,
- 1,7 volte per lesioni HSIL

L'adesione alla colposcopia è alta e simile nei due gruppi: 90,3% nate in Italia vs 89,6% nate all'estero.

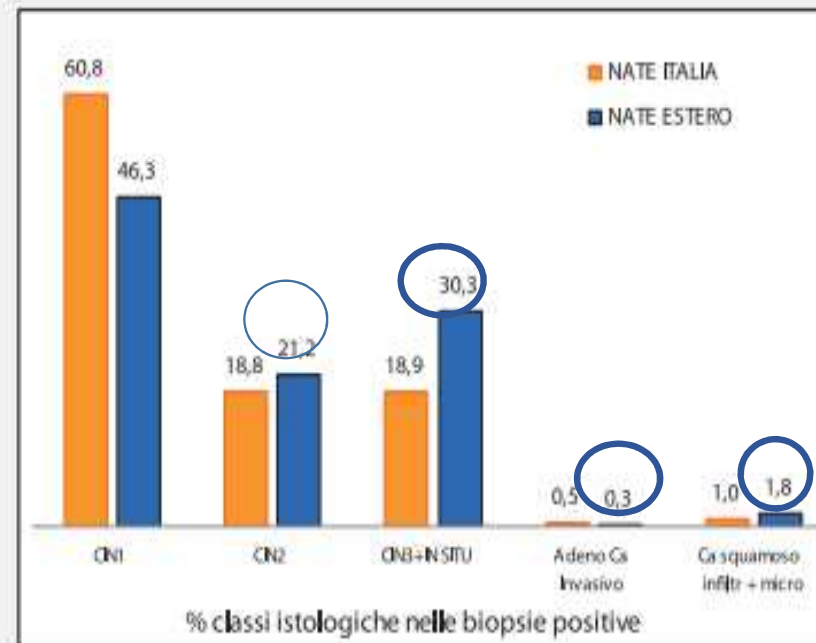
Una volta intercettate nel programma di screening le donne straniere aderiscono al percorso suggerito e non trovano particolari difficoltà a seguirlo

Lesioni istologiche CIN2+ :

- nel 39,2% delle nate in Italia
- nel 53,7% delle nate all'estero.

➤ La probabilità di identificare una lesione CIN3+ nelle screenate nate all'estero è doppia rispetto alle screenate nate in Italia

Distribuzione per lesione istologica peggiore e per paese di nascita (Italia vs Estero).



E' plausibile che le donne nate all'estero possano non avere eseguito in precedenza test di prevenzione o che li abbiano eseguiti in maniera incostante.

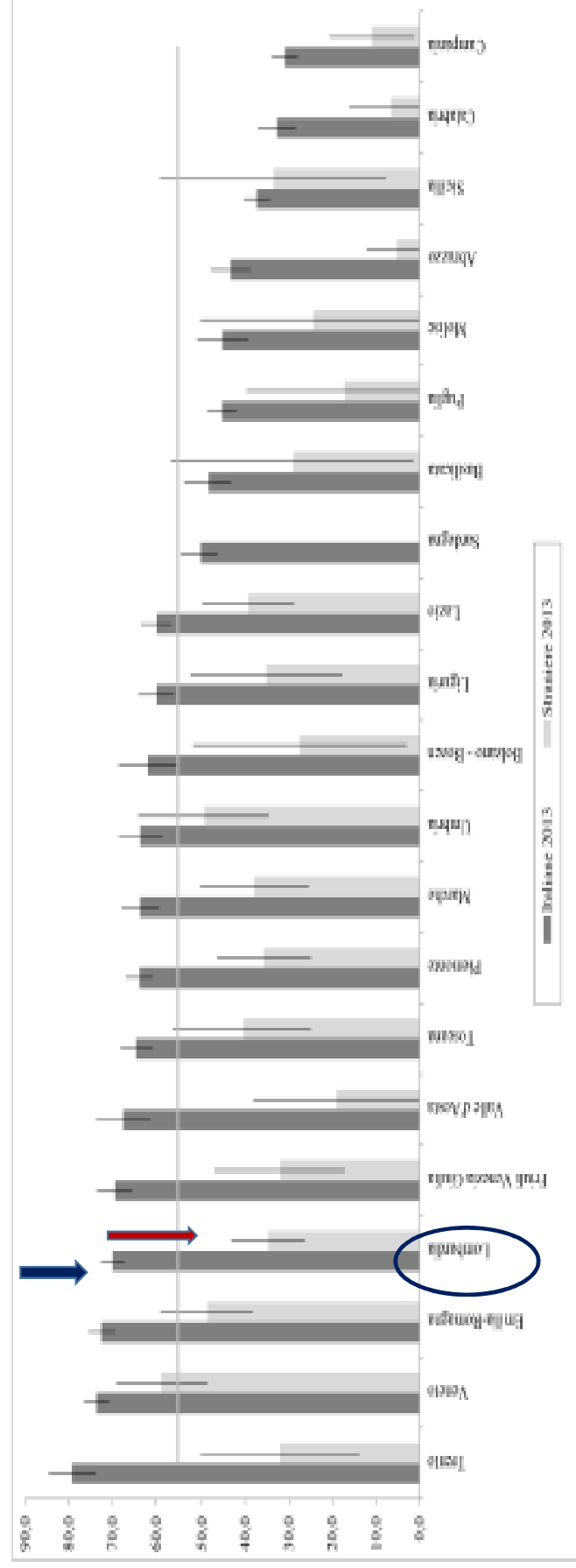
L'eccesso di rischio può essere in parte anche dovuto a una più alta prevalenza di HPV nelle donne immigrate, sia attuale, sia nei paesi d'origine.

Fonte: Indagine ISTAT «Salute e Ricorso ai Servizi Sanitari», 2013

- ❖ Nel confronto fra l'indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2013 e l'Indagine del 2005 è stato riscontrato un incremento di prevalenza maggiore nelle donne straniere nell'adesione ai programmi di screening, per quanto la copertura per le donne italiane rimanga più alta.
- ❖ Tra le straniere, emerge come le *donne provenienti dall'America centro-meridionale siano più sensibili al tema della prevenzione oncologica*: è più diffuso, infatti, il ricorso ai test di screening e anche più precoce è l'accesso rispetto alle donne di altre aree geografiche.
- ❖ *Le donne africane presentano le prevalenze più basse* tra le donne straniere nel ricorso allo screening citologico e, similmente alle donne asiatiche, accedono con maggiore ritardo.
- ❖ Tra le *donne asiatiche* residenti in Italia si registra, inoltre, la più bassa prevalenza di ricorso alla mammografia (28,6%).

Per entrambi gli screening si osserva un'associazione diretta fra gli anni di permanenza in Italia e il ricorso alla prevenzione: risulta, infatti, evidente che all'aumentare del tempo vissuto in Italia cresce il ricorso agli screening

**Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine italiane e straniere di età 50-69 anni che dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia negli ultimi 2 anni in assenza di sintomi o disturbi per regione - Anno 2013**



Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

## Esecuzione degli esami di prevenzione oncologica

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine straniere di età 25-64 e 50-69 anni che hanno fatto ricorso al Pap-test e alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi per alcune variabili - Anno 2013

	Pap-test (25-64 anni)			Mammografia (50-69 anni)		
	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 3 anni	Età media al primo Pap-test	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 2 anni	Età media alla prima mammografia
<b>Area di provenienza</b>						
Africa	51,7	39,4	34,6	55,1	39,7	50,3
America centro-meridionale	75,2	58,2	29,6	65,8	41,3	48,5
Asia	58,8	42,2	34,8	54,2	28,6	43,3
Europa centro-orientale	66,1	50,5	33,2	53,1	35,6	50,3
<b>Anni di permanenza*</b>						
<5	51,2	39,6		39,1	28,0	
6-8	64,5	47,8		48,7	29,5	
9-11	69,0	54,5		59,1	41,3	
>12	72,4	53,5		65,9	41,5	
<b>Cittadinanza partner*</b>						
Italiana	77,2	67,4		69,4	48,6	
Straniera	63,3	48,8		55,2	37,1	
<b>Totale donne straniere</b>	<b>65,5</b>	<b>49,6</b>	<b>33,0</b>	<b>56,7</b>	<b>37,1</b>	<b>48,8</b>
<b>Totale donne italiane</b>	<b>80,1</b>	<b>63,4</b>	<b>29,7</b>	<b>80,9</b>	<b>56,8</b>	<b>43,8</b>

\*Test for trend  $p < 0.001$ .

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

Il gruppo delle straniere, benché eterogeneo al suo interno, è maggiormente coperto in termini di prevenzione oncologica:

- se vive al Centro-Nord,
- se ha un'istruzione elevata
- Se ha provenienza europea o Sud americana
- Se vive in Italia da molti anni
- Se ha un coniuge italiano

.....in conclusione

Se per certi indicatori il tempo di permanenza in un paese straniero può migliorare alcuni comportamenti e conseguenti esiti di salute, dall'altro è stato osservato che può comportare un deterioramento della salute, specie per le donne per le quali l'essere migrante è fattore di rischio indipendente dalle condizioni socioeconomiche.

Caroline Berchet, Florence Jusot Immigrants' Health Status and Use of Healthcare Services: A Review of French Research Caroline Berchet, Florence Jusot Questions d'économie de la santé 172,2012 1-7

Lert F., Melchior M., Ville I. (2007). "Functional limitations and overweight among migrants in the Histoire de Vie study". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 55 (6), pp. 391-400 .

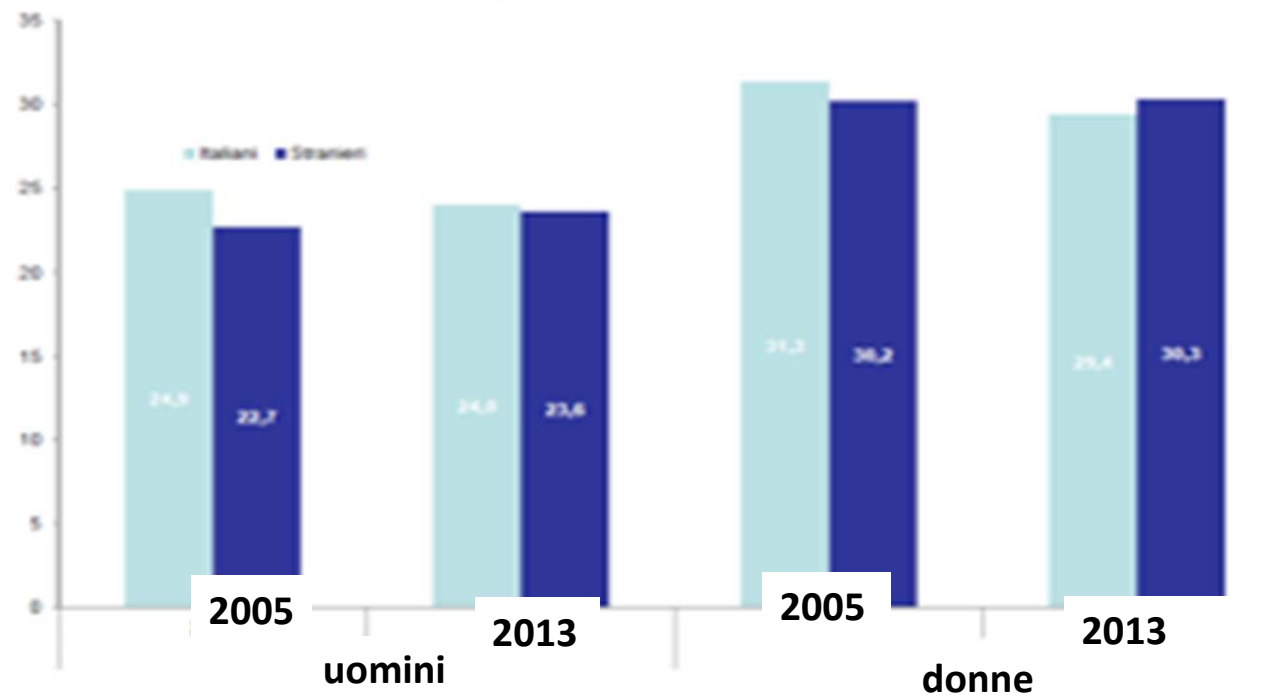
Beauchemin C., Hamelle C., Simon P. (2010). "Trajectories and Origin: Survey on population diversities". *NED Working Paper*, 168.

Leclerc F.B., Jensen L., Biddlecom A.E. (1994). "Health care utilisation, family context and adaptation among immigrants to the United States". *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), pp. 370- 84.

Zambrana R.E., Ell K., Dorrington C., Wachsmen L., Dee H. (1994). "The relationship between psychosocial status of immigrant Latino mothers and use of emergency pediatric services". *Health and Social Work*, 19 (2), pp. 93-102.



Prevalenza standardizzata per età di salute fisica percepita cattiva (1° quartile PCS), per genere e cittadinanza



Condizioni di salute fisica percepita che tendono a divenire sovrapponibili tra italiani e stranieri

## **Accesso ai servizi sanitari**

Gli immigrati sono una popolazione che dimostra di avere ancora problemi nell'accesso ordinario ai servizi sanitari ma che progressivamente tende a utilizzarli, anche se tale utilizzo riguarda soprattutto gli aspetti della cura e meno quelli della prevenzione.

In ambito sanitario, inoltre, non si può parlare di immigrati come di una popolazione omogenea, in quanto sia l'accesso che l'occorrenza di specifiche problematiche di salute sono condizionate dall'appartenenza culturale e, più specificatamente, dalla competenza linguistica, dalla condizione sociale e dall'approccio delle persone alla salute e alla malattia.

## Accesso ai servizi sanitari

Il non sapere la lingua del paese ospite si correla più frequentemente con un senso di cattivo stato di salute, un uso più basso dei servizi sanitari e la percezione di maggiori ostacoli nell'accesso

Le barriere burocratiche e linguistico-culturali, la difficoltà di comprensione delle comunicazioni del personale sanitario, le attitudini discriminatorie nel settore di assistenza alla salute si aggiungono agli altri fattori di rischio di tipo socio-economico.

La letteratura suggerisce disparità nello stato di salute e nell'uso dei servizi sanitari legato alla relazione professionisti della salute e pazienti immigrati

Operatori:

- atteggiamenti discriminatori
- pregiudizi sulle capacità di comprensione e sull'abilità di rispettare le indicazioni terapeutiche

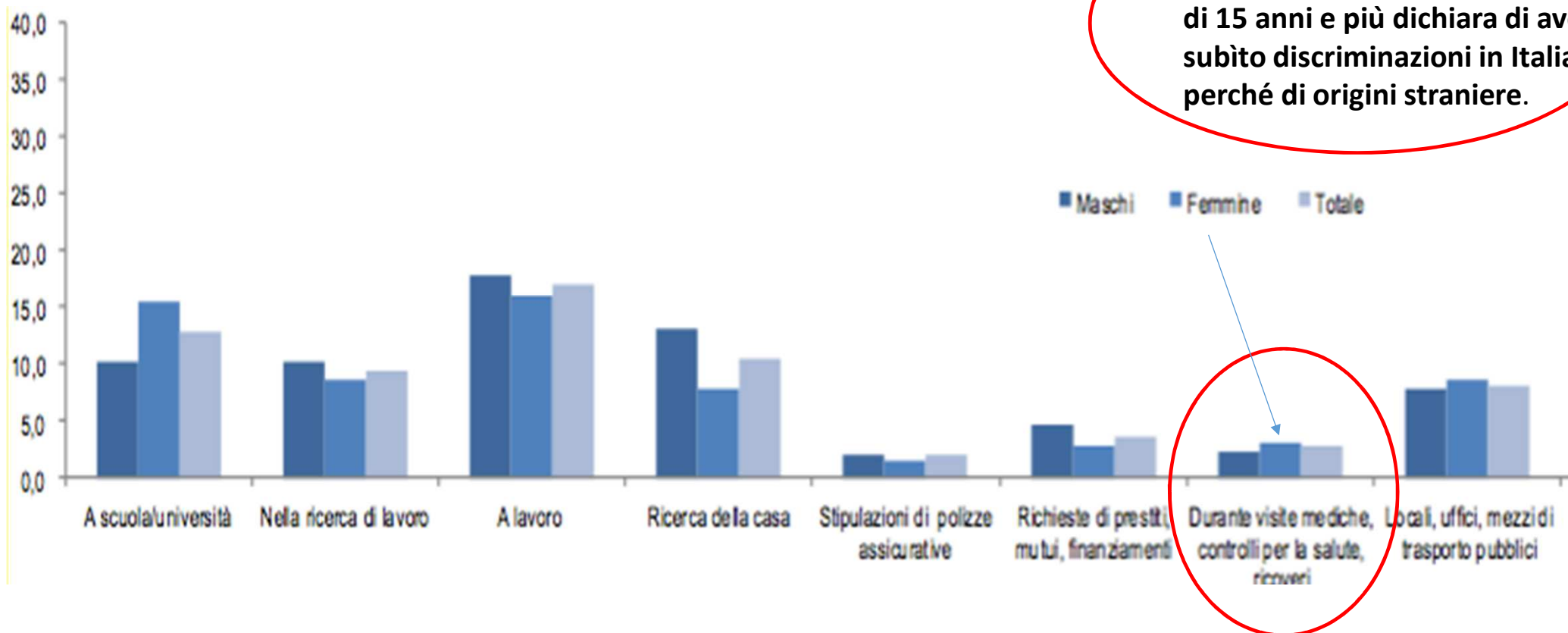
Pazienti:

- scarsa comprensione della lingua
- diversità nella rappresentazione culturale della malattia
- diversa visione del rapporto medico paziente

>>> >>>> >>>> difficoltà diagnostiche e trattamenti inappropriati

CITTADINI STRANIERI DI 15 ANNI E PIÙ CHE DICHIARANO DI ESSERE STATI DISCRIMINATI PERCHÉ STRANIERI (a), PER SINGOLO AMBITO DI DISCRIMINAZIONE E GENERE.

Anno 2011–2012, per 100 persone con le stesse caratteristiche.



**Il 29,1% delle persone straniere di 15 anni e più dichiara di aver subito discriminazioni in Italia perché di origini straniere.**

