

# LA SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN ITALIA

**Alessio Petrelli**



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

**Firenze, 27 ottobre 2016**

Dal 2014 in INMP è attivo l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione dell'INMP (OENIP):

- Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata
- La Rete degli Studi Longitudinali Metropolitan
- WHIP Salute
- Documentazione scientifica su povertà e salute
- Collaborazione istituzionale con ISTAT

## Monitoraggio della salute della popolazione immigrata

- E' in corso di attivazione un sistema di monitoraggio della salute della popolazione immigrata basato su 36 indicatori, provenienti dai 2 progetti CCM 2006 e 2009, integrati con il contributo di un panel di esperti epidemiologi
- Gli indicatori coprono le seguenti aree tematiche:
  - ✓ Quadro socio-demografico, assistenza ospedaliera, salute materno-infantile, infortuni sul lavoro, malattie infettive, mortalità, assistenza territoriale, vaccinazioni, screening
- Il sistema di monitoraggio è in fase di attivazione con 8 Regioni e sarà progressivamente esteso con l'obiettivo di raggiungere la massima copertura nazionale possibile
- Al termine della fase di sperimentazione gli indicatori saranno pubblicati attraverso report e web

## Rete degli Studi Longitudinali Metropolitan

- Sistema di osservazione longitudinale di popolazione che include le coorti anagrafiche dei seguenti Comuni: Torino, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Venezia, Firenze, Prato, Livorno, Roma, Palermo, Catania e Siracusa (circa 6.000.000 di residenti)
- OENIP coordina le attività della rete per la valutazione e il monitoraggio della mortalità, dell'ospedalizzazione, della salute materno-infantile nella popolazione immigrata e, più in generale, delle disuguaglianze socio-economiche nella salute
- La prospettiva di riferimento è l'armonizzazione dei data base e la realizzazione di un archivio dati pooled nazionale



## **WHIP Salute**

Valorizzazione epidemiologica del sistema di osservazione Work History Italian Panel (WHIP-salute), che attraverso l'interconnessione delle basi dati INPS, INAIL, SDO e mortalità consente di descrivere gli effetti del lavoro sulla salute della popolazione.

## **Documentazione su povertà e salute**

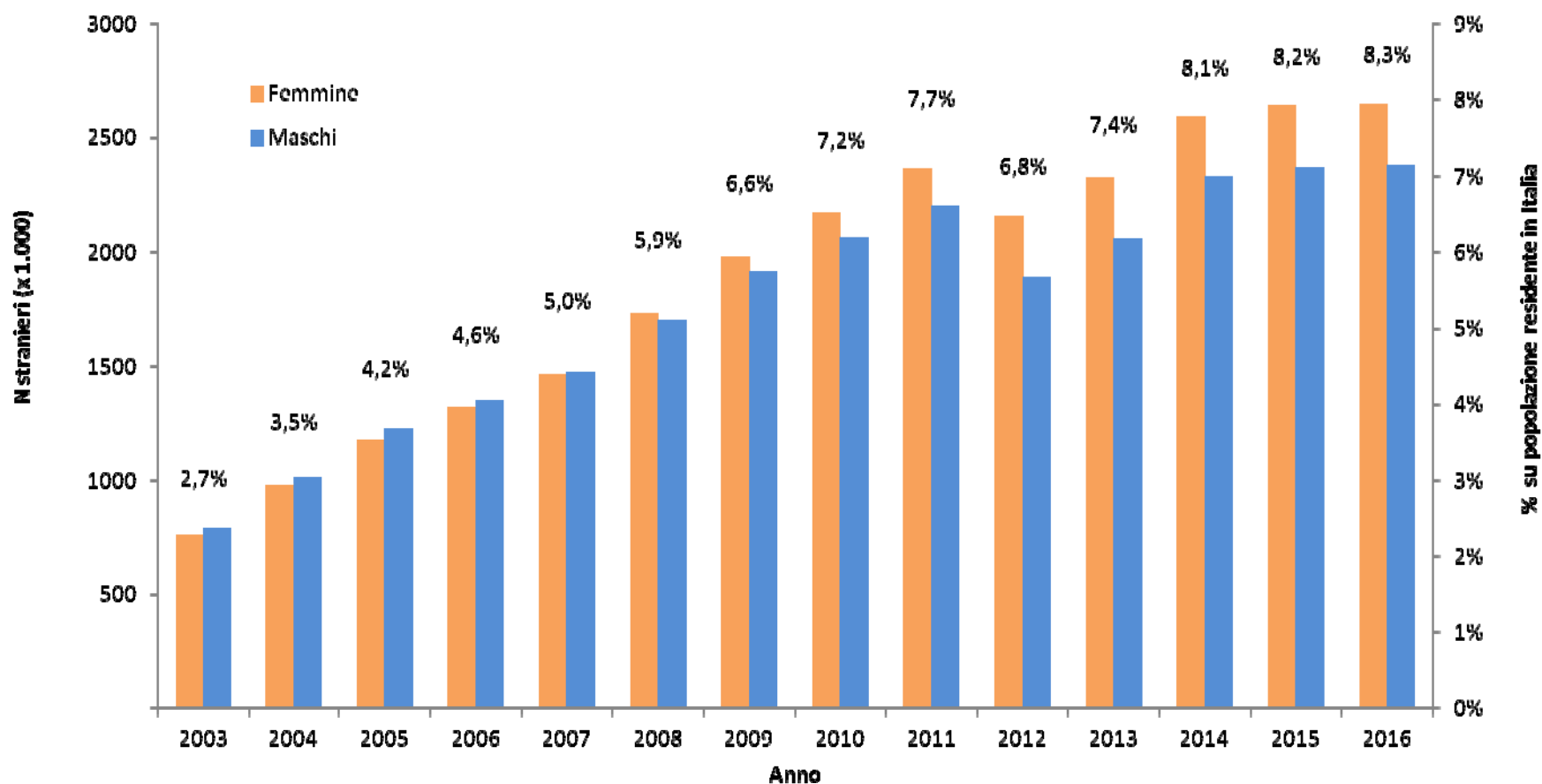
Sviluppare e mantenere il sito dedicato alle disuguaglianze di salute ([www.disuguaglianzedisalute.it](http://www.disuguaglianzedisalute.it)), attraverso l'implementazione e l'aggiornamento continuo dei contenuti del sito, in particolare sui temi riguardanti l'effetto della povertà sulla salute.

## Collaborazione istituzionale con ISTAT

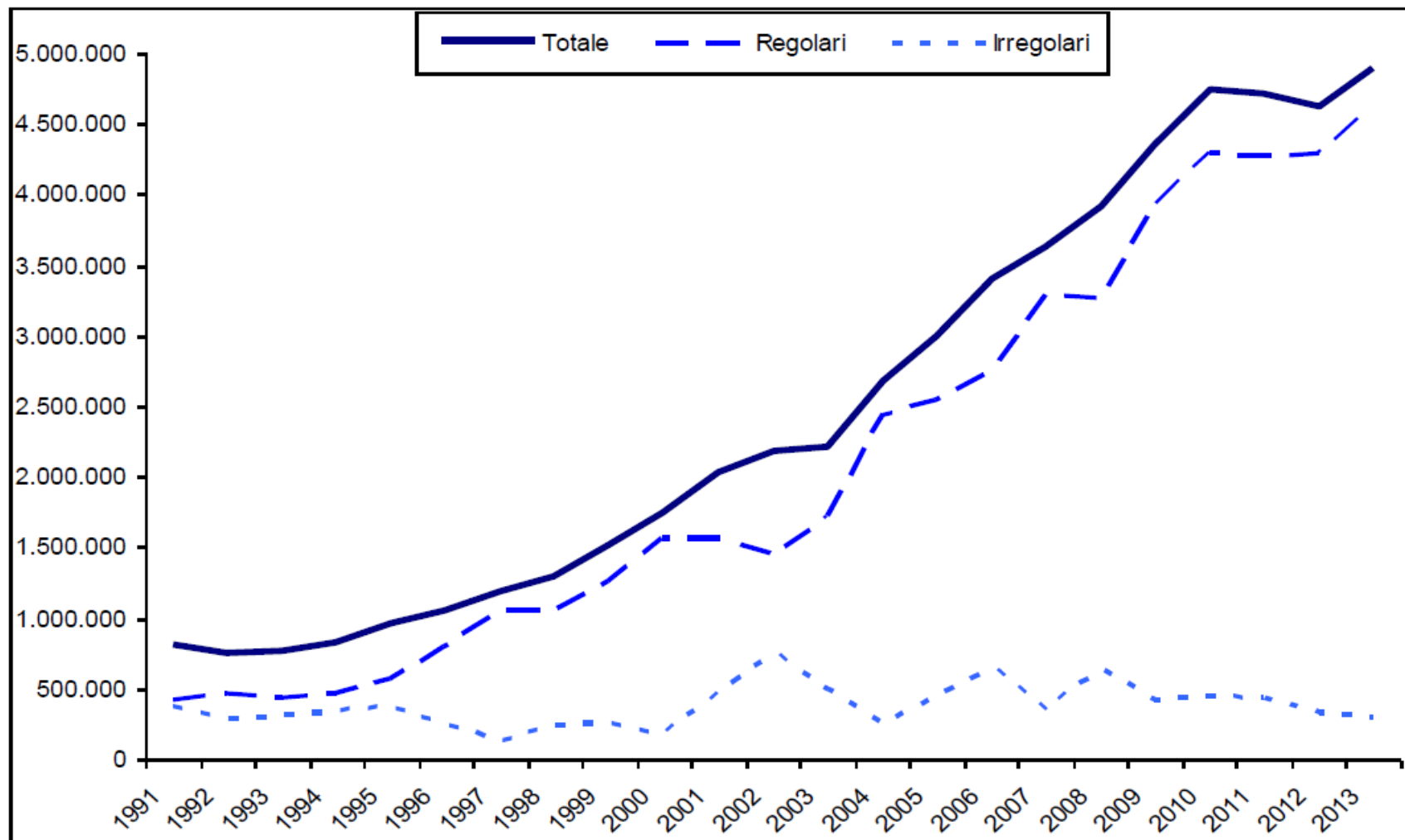
- Valorizzazione epidemiologica delle basi dati provenienti dalle indagini campionarie di interesse per lo studio per la valutazione dello stato di salute della popolazione immigrata e l'impatto della povertà sulla salute della popolazione
- Sviluppi longitudinali delle suddette indagini, attraverso l'interconnessione con il sistema informativo delle SDO e del registro nazionale di mortalità
- Progetto "Differenze socio-economiche nella mortalità", basato sul record linkage tra il censimento della popolazione e il registro di mortalità

## Numero di stranieri residenti in Italia per genere

In Italia il numero di immigrati regolari residenti è raddoppiato nell'ultimo decennio, passando da 1.5 milioni (2.7%) nel 2003 a 5 milioni (8.3%) nel 2016



## Stima della presenza straniera in Italia, per status giuridico-amministrativo

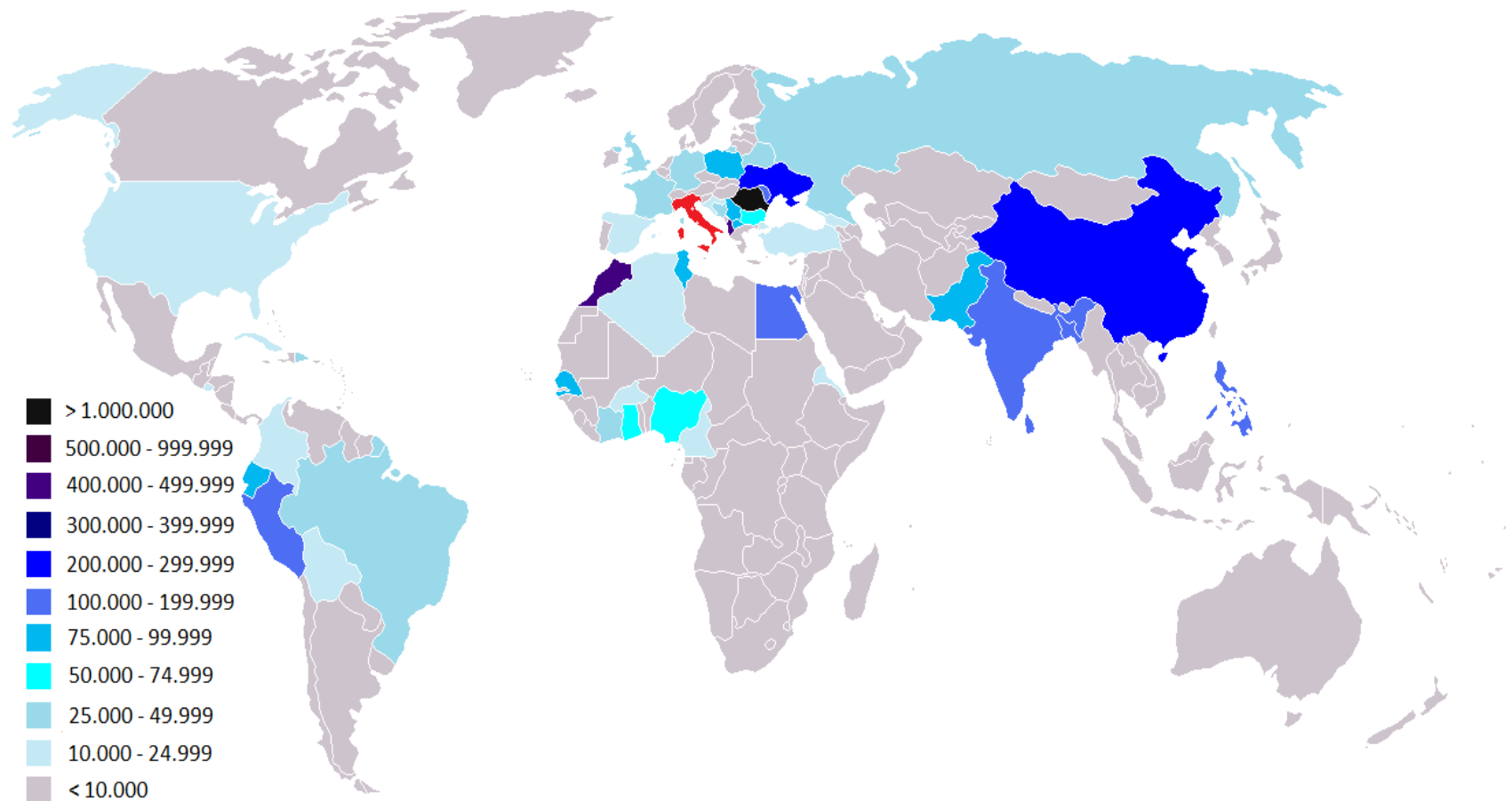


Fonte: ISMU su dati Ministero dell'Interno. 2015

La componente irregolare è ai minimi storici (**6%** del totale, pari a circa 300mila unità), sia per effetto delle più recenti sanatorie, sia per la minor forza attrattiva del mercato del lavoro nel nostro Paese.

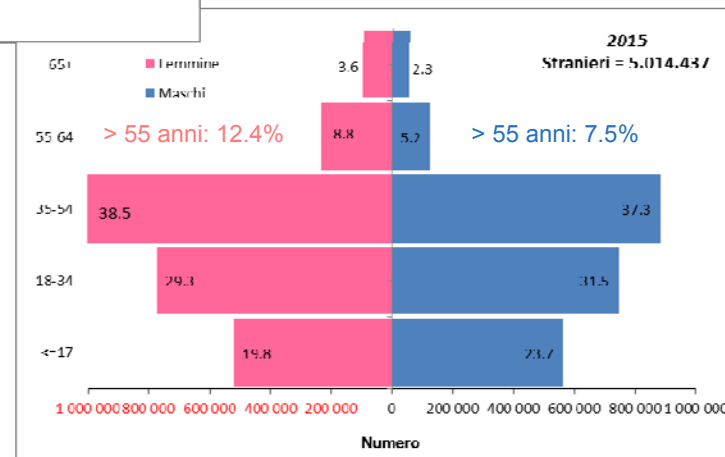
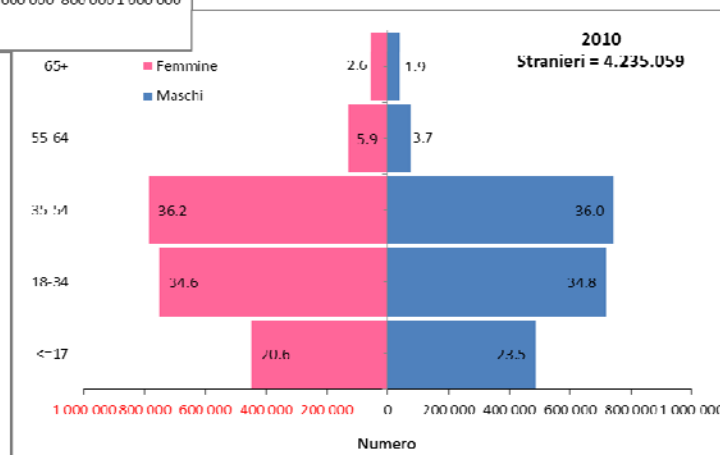
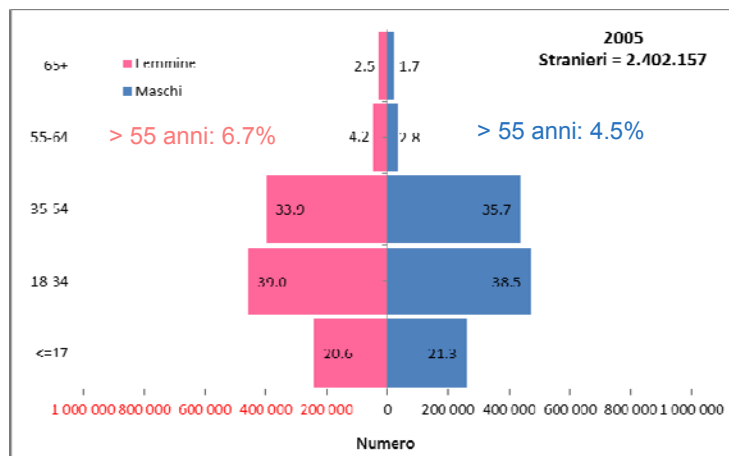


# Paesi di origine della popolazione straniera residente in Italia al 2014



Fonte: *Annuario statistico italiano 2015. Istat*

# Popolazione straniera residente in Italia per età e sesso



Fonte: demo.istat

## Il contesto di salute

- Al momento dell'arrivo nel Paese di destinazione, gli immigrati presentano condizioni di salute generalmente migliori rispetto a quelle delle popolazioni residenti, per il cosiddetto “healthy migrant effect” (Razum, 2000)
- Le esperienze internazionali evidenziano come tale vantaggio di salute tenda a perdersi nel tempo a causa di numerosi fattori, anche correlati agli stili di vita indotti dalle condizioni di deprivazione in cui spesso gli immigrati vengono a trovarsi (Acevedo-Garcia, 2010)

# La mortalità

Eur J Epidemiol  
DOI 10.1007/s10654-016-0177-z



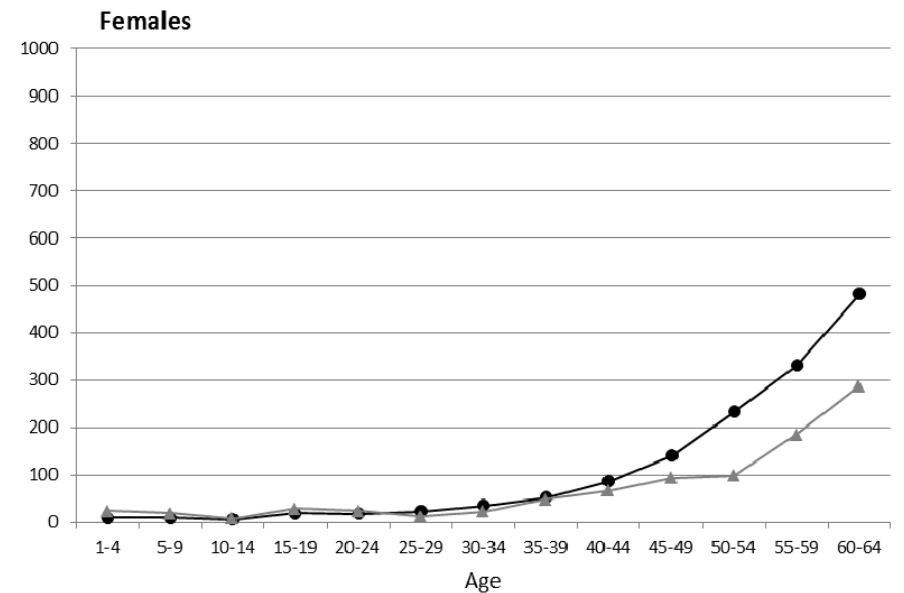
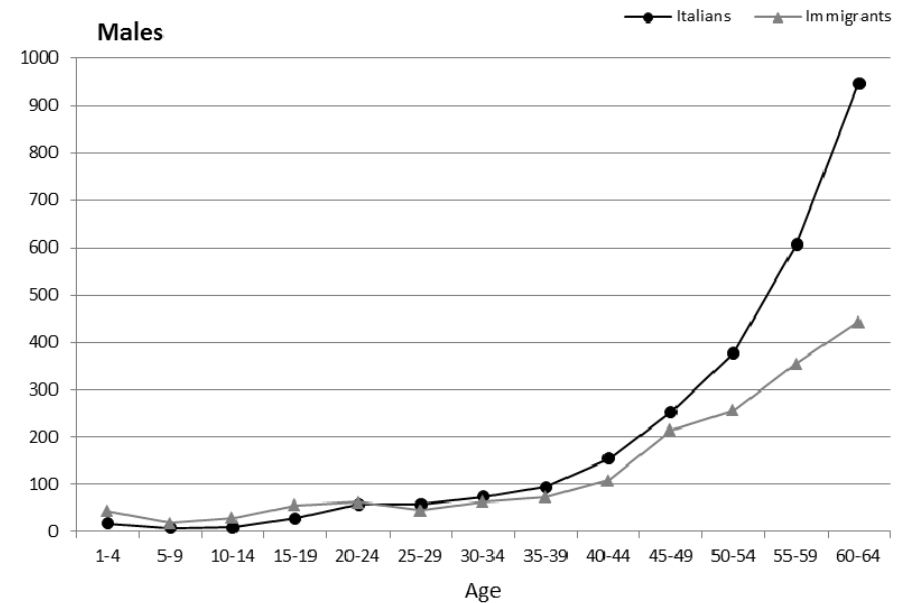
SOCIAL EPIDEMIOLOGY

## Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies

Barbara Pacelli<sup>1</sup> · Nicolás Zengarini<sup>2</sup> · Serena Broccoli<sup>3,4</sup> · Nicola Caranci<sup>1</sup> · Teresa Spadea<sup>2</sup> · Chiara Di Girolamo<sup>5,6</sup> · Laura Cacciani<sup>7</sup> · Alessio Petrelli<sup>8</sup> · Paola Ballotari<sup>3,4</sup> · Laura Cestari<sup>9</sup> · Laura Grisotto<sup>10</sup> · Paolo Giorgi Rossi<sup>3,4</sup> · The IN-LiMeS Group

Received: 14 June 2016 / Accepted: 16 June 2016  
© Springer Science+Business Media Dordrecht 2016

Tassi di mortalità generale età-specifici (x 100,000 anni-persona) per cittadinanza e genere. Età: 1–64. Torino e Reggio Emilia



# La mortalità

Mortalità per tutte le cause: anni-persona (PY), decessi e Mortality Rate Ratios (MRR)\* stimati con modelli di Poisson, per cittadinanza e genere. Età: 1-64. Torino e Reggio Emilia

Citizenship	Male			Female		
	PY	Deaths	MRR (95% CI)	PY	Deaths	MRR (95% CI)
Italians	4,210,156	10,107	1	4,210,845	5,806	1
Immigrants	568,085	519	0.82 (0.75-0.90)	557,478	268	0.71 (0.63-0.81)
Central and Eastern Europe	265140	242	0.85 (0.75-0.97)	294,262	131	0.63 (0.53-0.75)
North Africa	135761	114	0.74 (0.62-0.89)	82,997	40	0.84 (0.62-1.15)
Sub-Saharan Africa	53802	79	1.29 (1.03-1.61)	45,678	36	1.70 (1.22-2.36)
Central and South America	45502	34	0.63 (0.45-0.88)	69,713	28	0.51 (0.35-0.75)
Asia**	67521	50	0.64 (0.48-0.84)	64,527	33	0.73 (0.52-1.03)
Stateless	359	0	-	301	0	-

\* MRR aggiustati per anno di calendario, classi di età e città.

\*\* Israele e Giappone non sono state incluse poichè classificate come Paesi a sviluppo avanzato.



# **LA SALUTE DURANTE LA CRISI GLOBALE**

## La salute nel periodo della crisi globale

- Gli effetti della crisi economica globale sulla salute sono complessi, non univoci ed eterogenei:
  - nei Paesi in via di sviluppo l'incremento della povertà non ha trovato mediatori nei sistemi di welfare, generando esiti di salute peggiori (Marmot, 2009)
  - nei Paesi sviluppati sono stati osservati effetti non sempre consistenti, talvolta pro-ciclici (Suhrcke, 2012), come risultante di minori consumi e maggiore protezione dei sistemi di welfare (Marmot, 2009)
  - incremento delle diseguaglianze socioeconomiche a sfavore delle fasce di popolazione più fragili ed esposte, come gli immigrati (Bacigalupe, 2014)
- Vi sono tuttavia robuste evidenze a supporto di un nesso causale tra perdita di occupazione e di risorse economiche e incremento dei disturbi mentali (Artacoz, 2004; Catalano, 2011) e dei suicidi (Toffolutti, 2014), in particolare tra gli stranieri (Bartoll, 2014)

# La salute percepita con i dati ISTAT

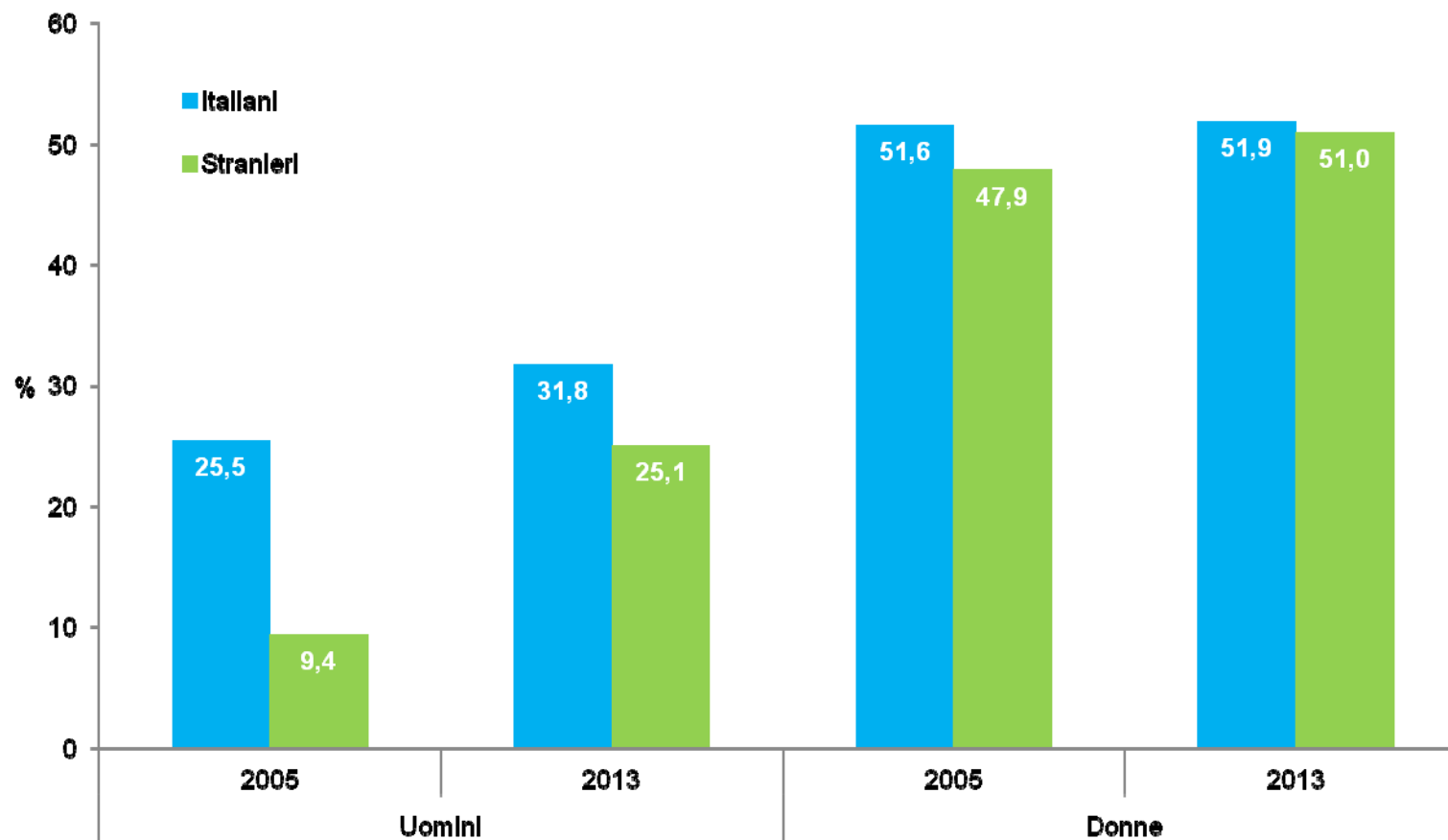
- Fonte dati: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (ISTAT) 2005 e 2012/2013
- Campione in studio: età compresa fra 18 e 64 anni
  - 2013: n=72.476, che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri)
  - 2005: n=80.661, che rappresentava una popolazione di 36.852.745 persone residenti in Italia (35.040.000 italiani e 1.812.745 stranieri)



# Analisi statistica

- Esiti di salute: salute percepita fisica (PCS) e mentale (MCS)
- PCS e MCS: indicatori sintetici su scala continua che rappresentano la sintesi dei punteggi del questionario SF-12, categorizzati in 2 livelli sulla base del primo quartile della distribuzione
- Per ciascuno degli esiti di salute in studio e per i due anni considerati è stata valutata la loro associazione con le seguenti variabili:
  - classe di età (18-34, 35-49, 50-64),
  - livello di istruzione (alto, medio, basso),
  - condizione professionale (occupato, non occupato),
  - risorse economiche percepite (ottime/adequate, scarse/insufficienti),
  - abitudine al fumo (mai fumato, fumato in passato, fumatore),
  - indice di massa corporea (normopeso, sottopeso, sovrappeso/obeso)
- Inoltre, sono stati costruiti modelli di regressione multivariata log-binomiale (PCS e MCS) aggiustati per tutte le covariate sopraelencate
- Schemi di analisi analoghi sono stati utilizzati anche per i risultati mostrati successivamente per altre misure di salute e ricorso ai servizi sanitari

## Il contesto socioeconomico: % non occupati

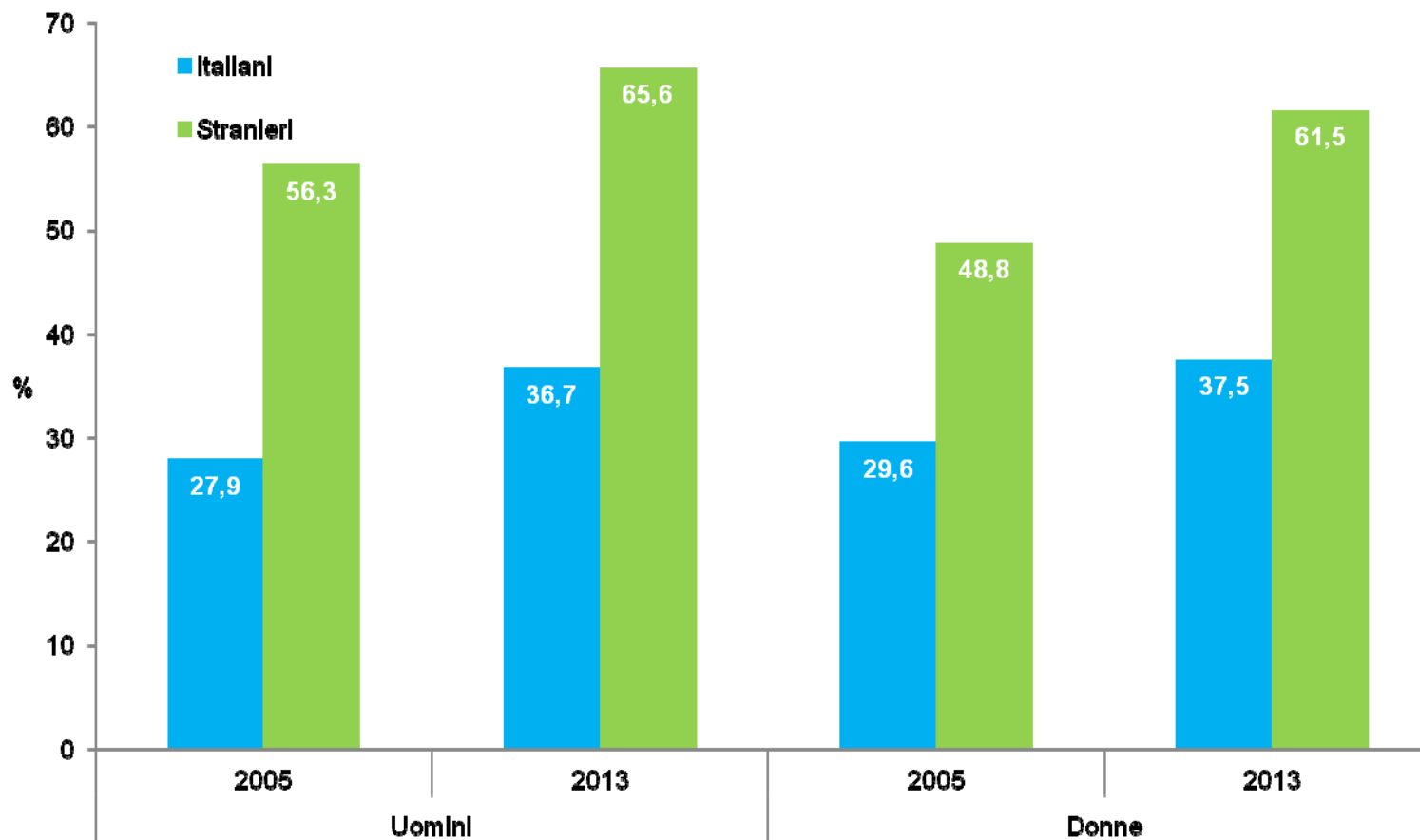


Aumentano i non occupati, soprattutto tra gli uomini stranieri

Fonte: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (ISTAT) 2005 e 2012/2013. Età: 18-64 anni

Elaborazione INMP su dati ISTAT

## Il contesto socioeconomico: % persone che dichiarano risorse scarse/insufficienti

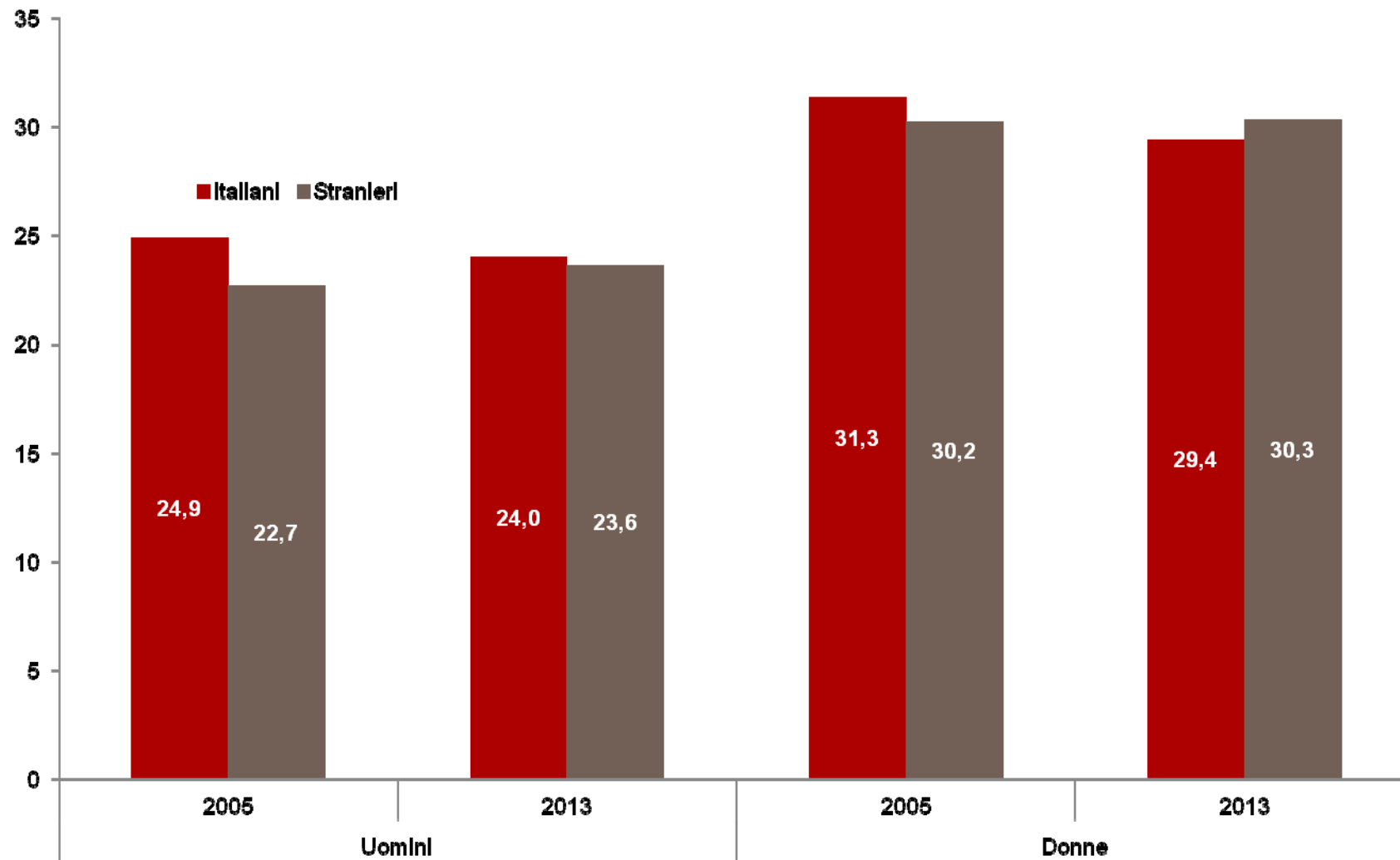


Molti più stranieri dichiarano risorse economiche insufficienti

Fonte: Indagine multiscopo sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari (ISTAT) 2005 e 2012/2013. Età: 18-64 anni

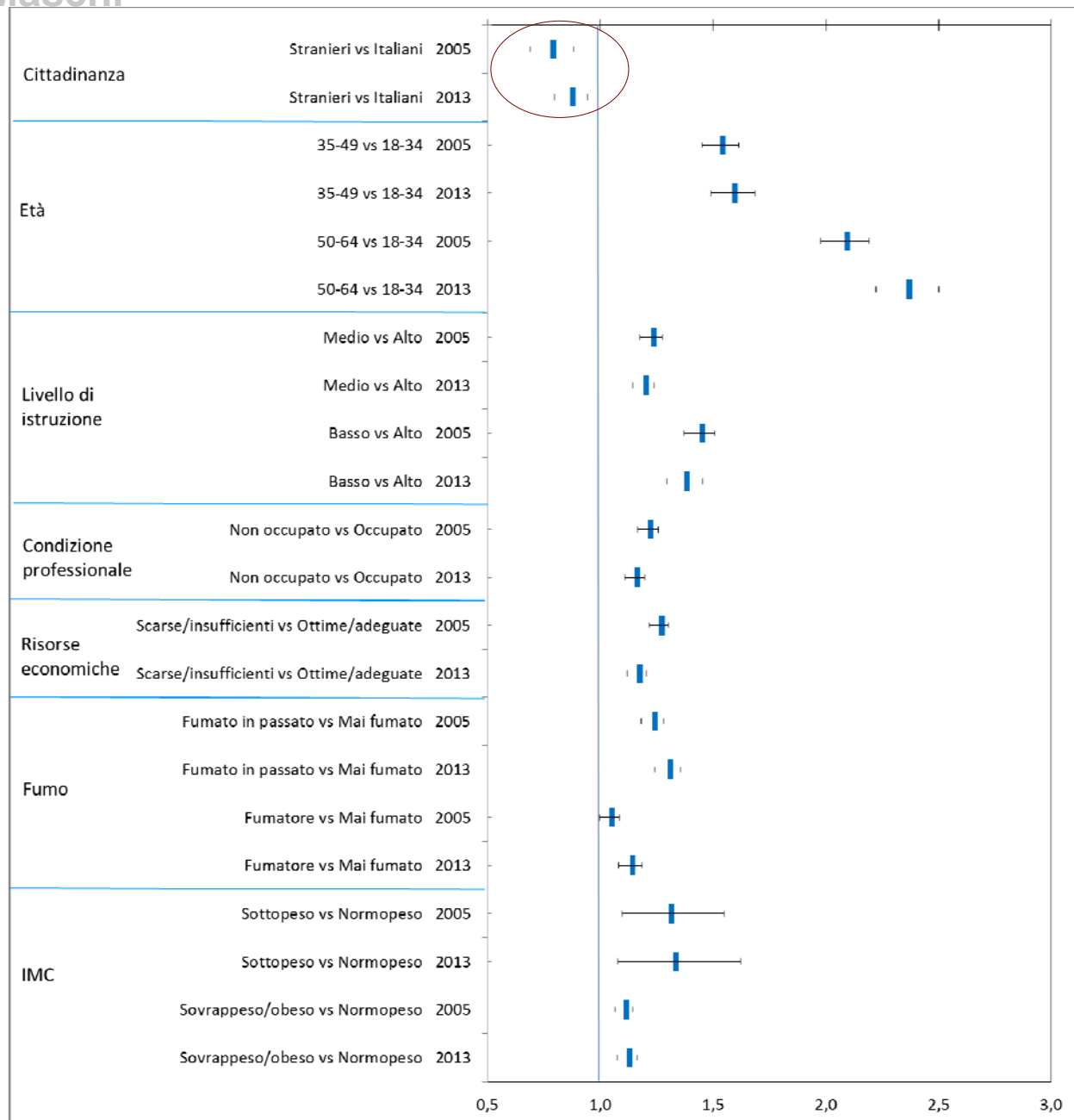
Elaborazione INMP su dati ISTAT

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



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

# PRR da modello log-binomiale: I quartile salute fisica percepita (PCS) - Maschi

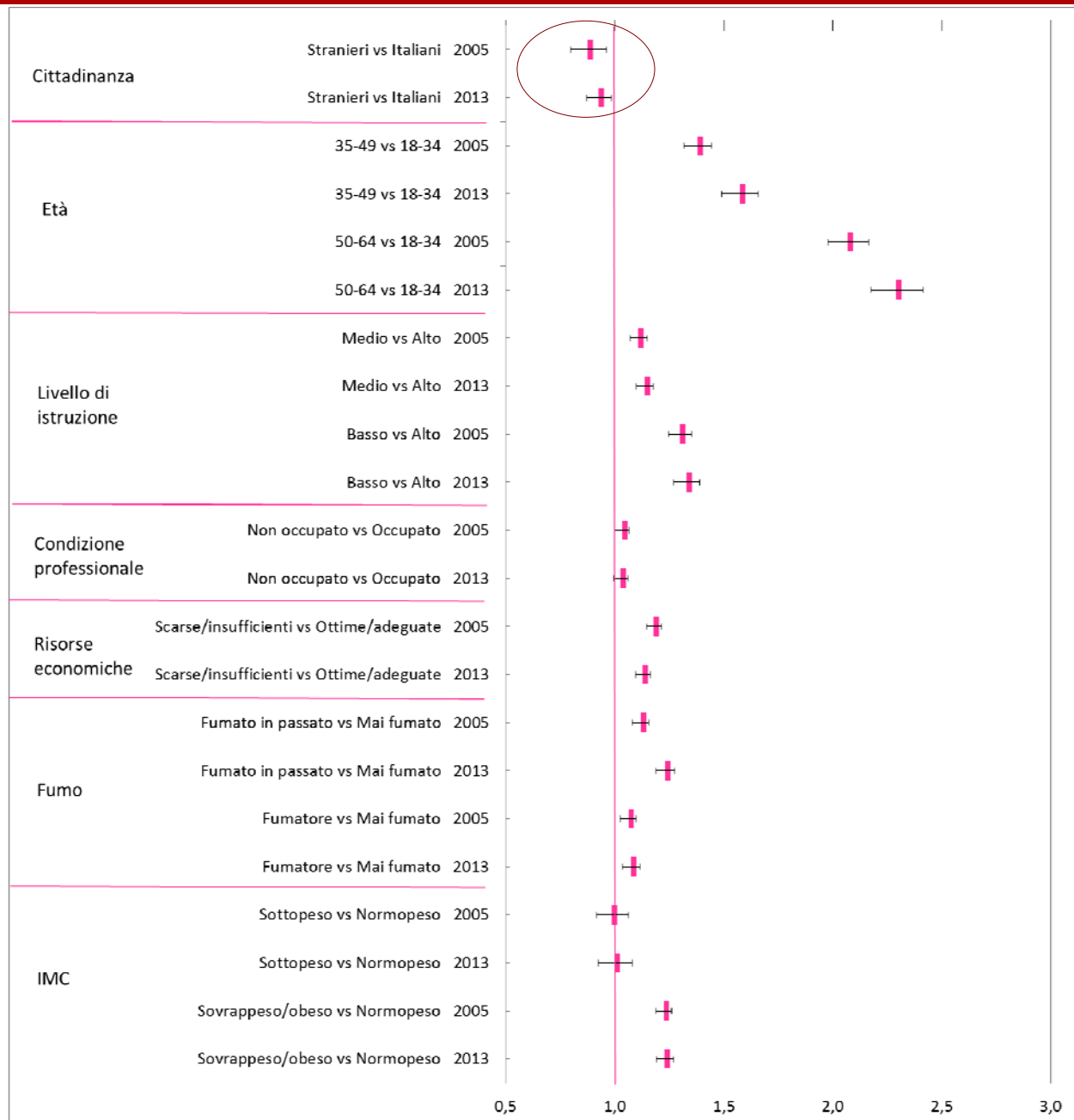


Nel periodo considerato la salute fisica degli stranieri tende ad avvicinarsi a quella degli italiani

Salute peggiore per posizione socioeconomica svantaggiata sia sulla dimensione culturale, che in quella occupazionale e materiale

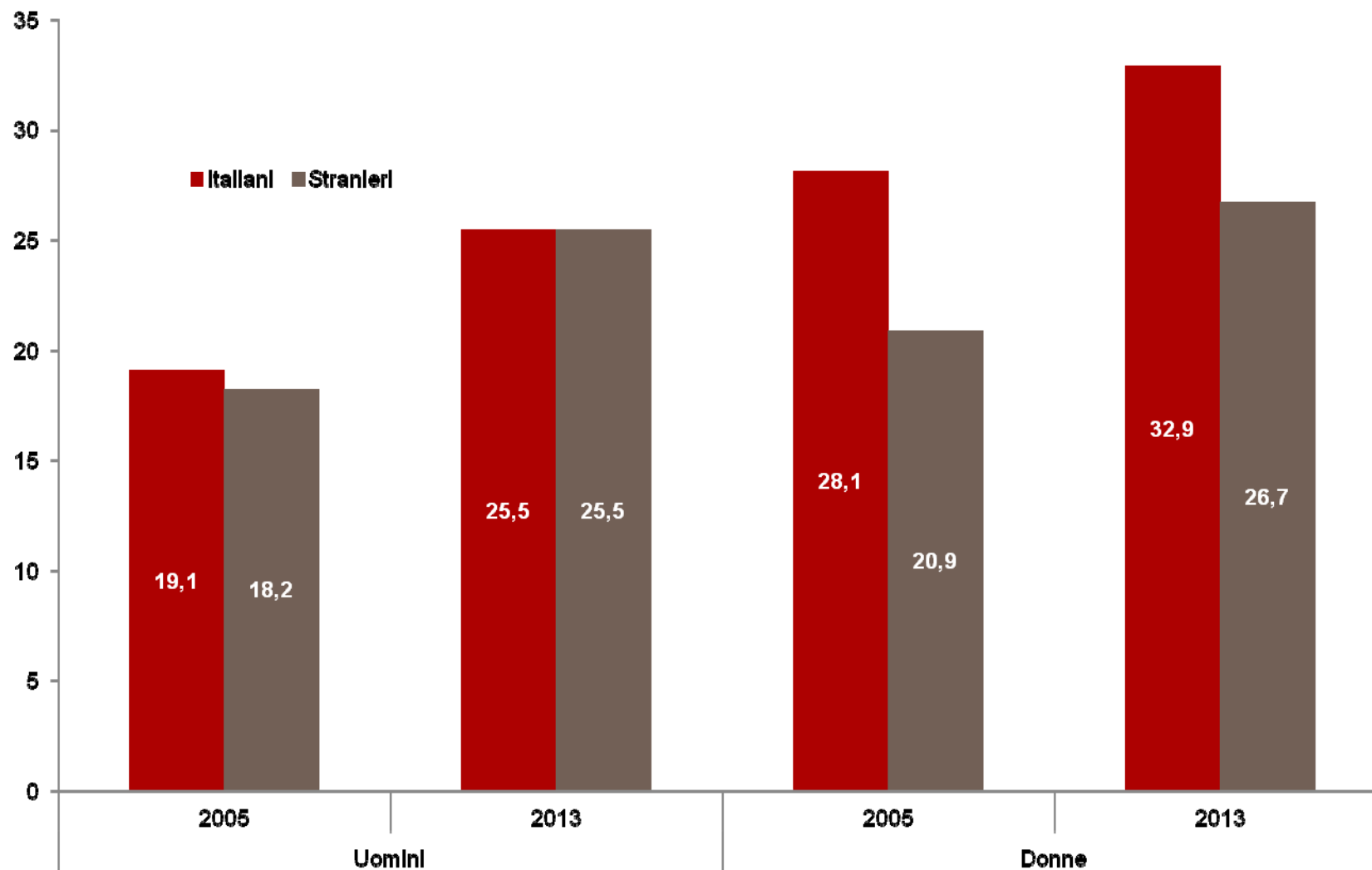
Salute peggiore associata a stili di vita insalubri

# PRR da modello log-binomiale – I quartile salute fisica percepita (PCS) - Femmine



Un pattern analogo si osserva tra le donne, seppur con gradienti più modesti

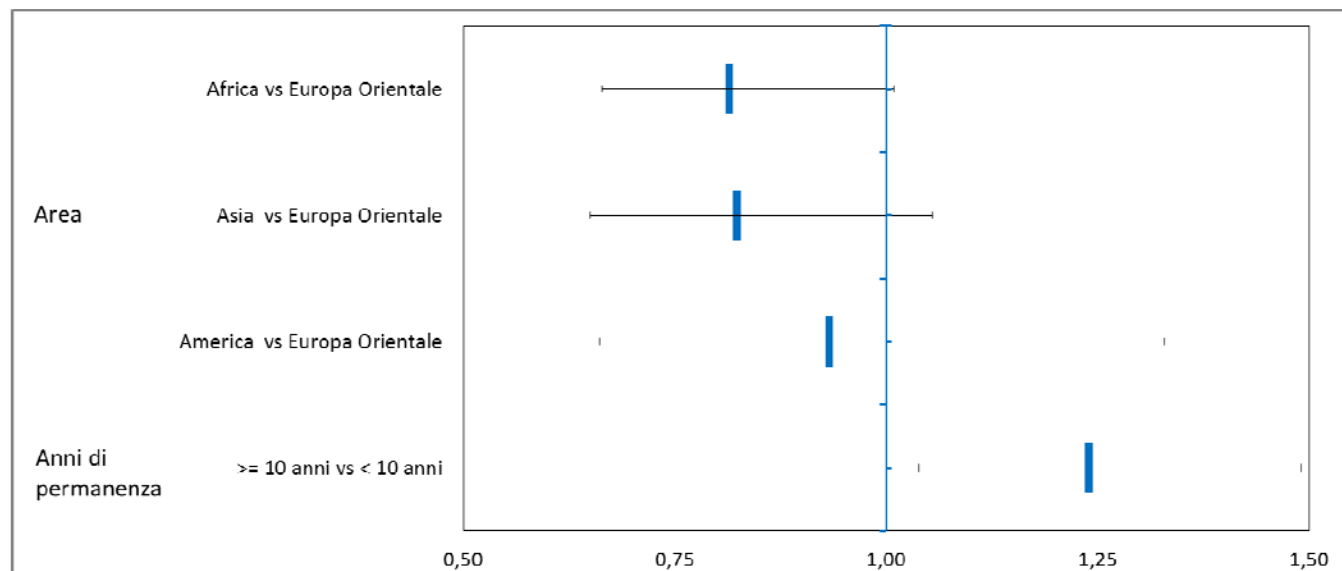
## Prevalenza standardizzata per età di salute mentale percepita cattiva (1° quartile MCS), per genere e cittadinanza



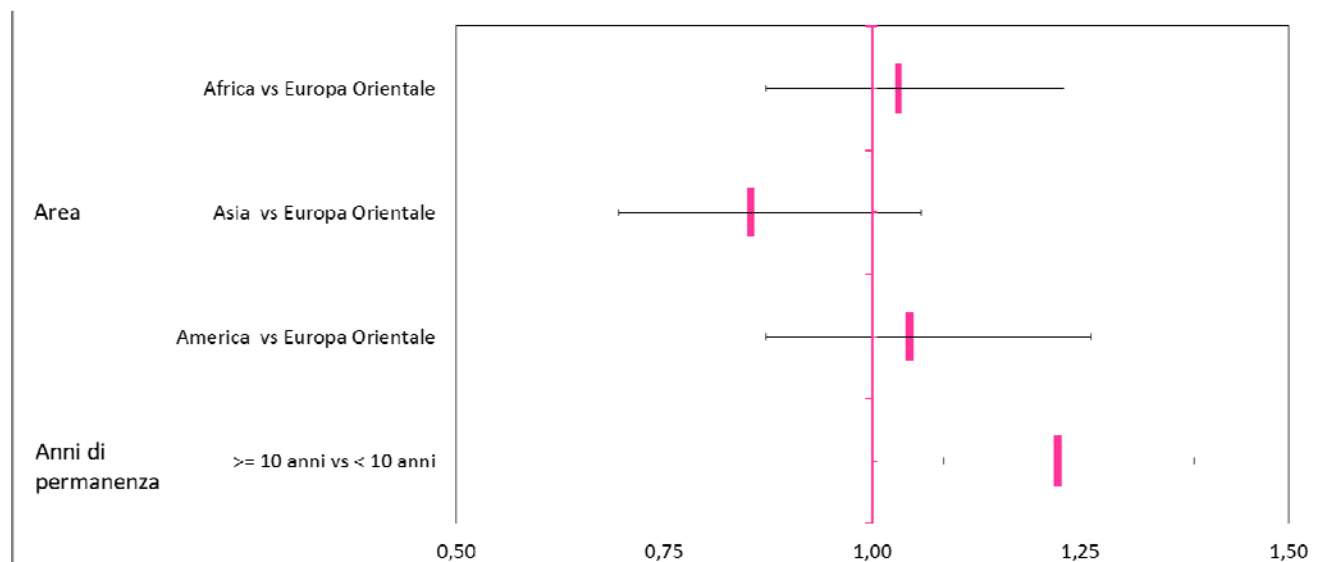
Peggiora la salute mentale percepita

# PRR da modello log-binomiale: solo stranieri – I quartile PCS. 2013

## Maschi




## Femmine



Gli stranieri in Italia da più di 10 anni percepiscono una salute peggiore



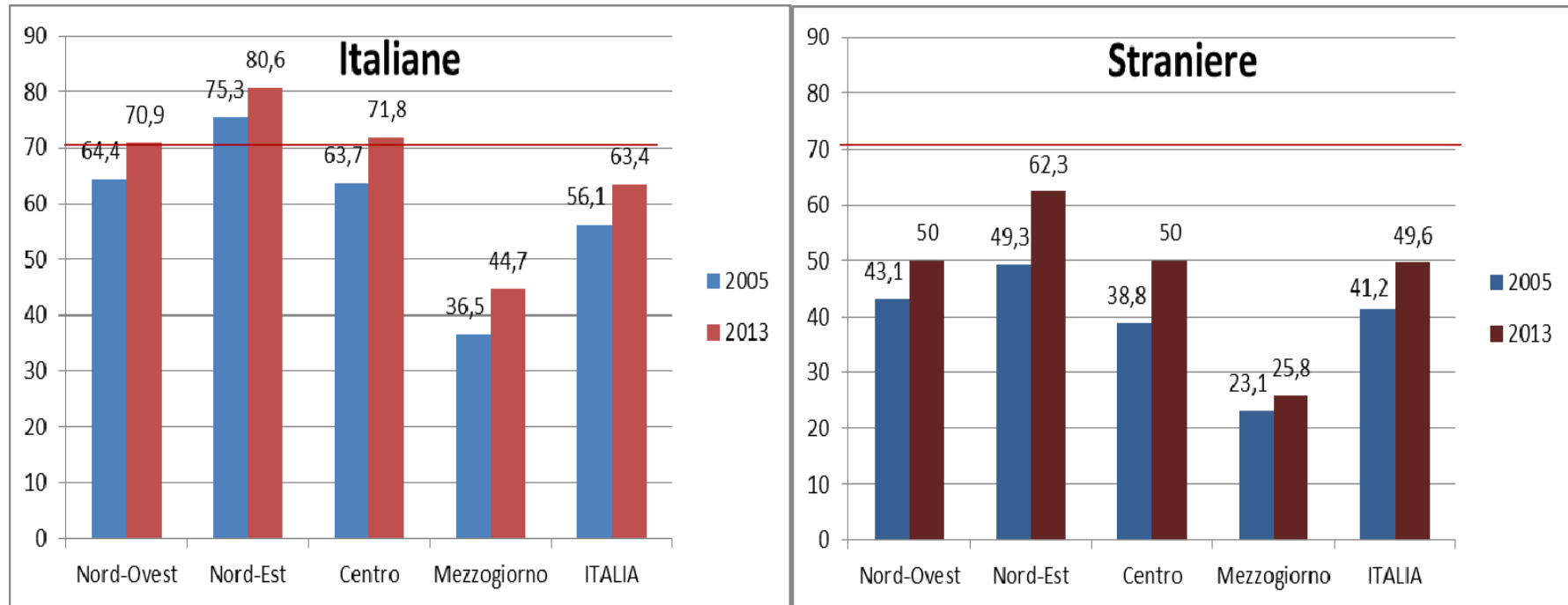
- 
- I risultati mostrati evidenziano una tendenza al deterioramento dello stato di salute della popolazione immigrata:

- per la **salute fisica percepita** si osserva un allineamento a quella della popolazione italiana
- per la **salute mentale percepita** aumenta in modo più marcato la quota di immigrati che dichiarano cattivo stato di salute
- la **condizione socioeconomica svantaggiata** esercita un ruolo indipendente dall'essere immigrato
- chi **risiede da più tempo in Italia** dichiara uno stato di salute globale peggiore rispetto a chi è arrivato più recentemente



# **L'ACCESSO AGLI SCREENING FEMMINILI**

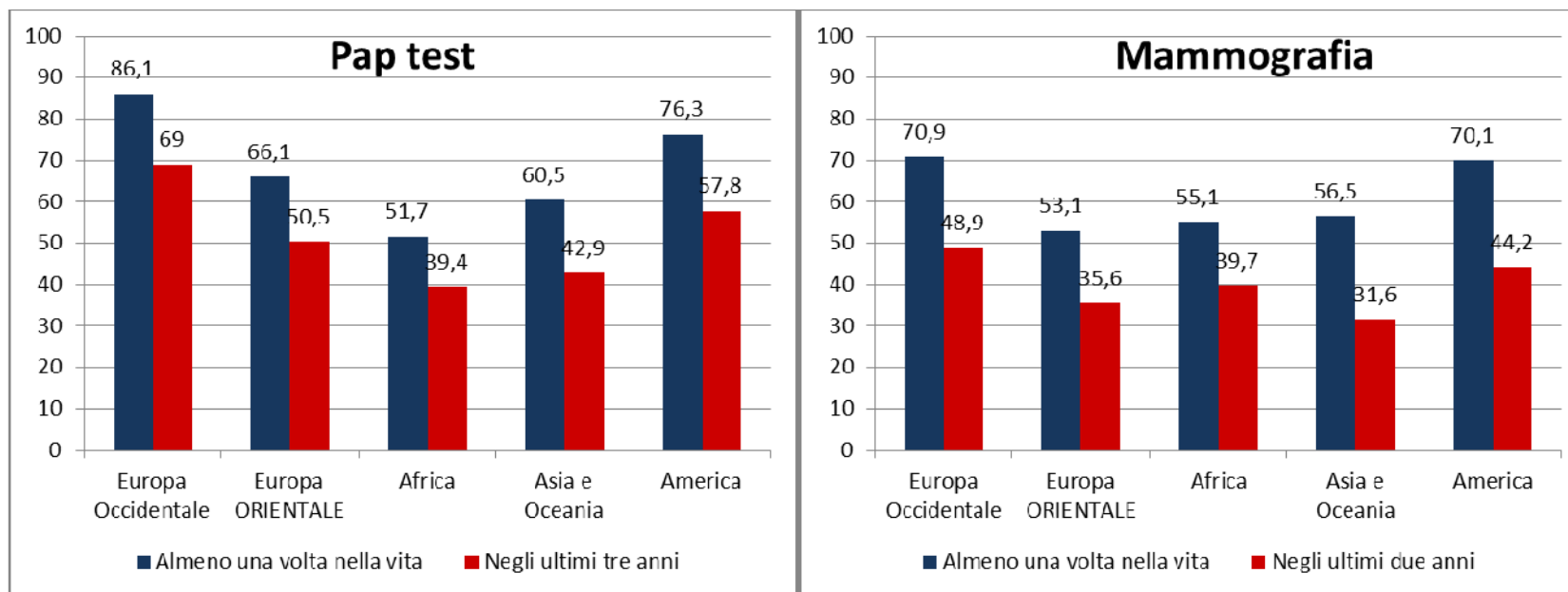
**Cittadine italiane e straniere di 25-64 anni che in assenza di sintomi o disturbi dichiarano di aver fatto ricorso al pap-test negli ultimi tre anni, per ripartizione**



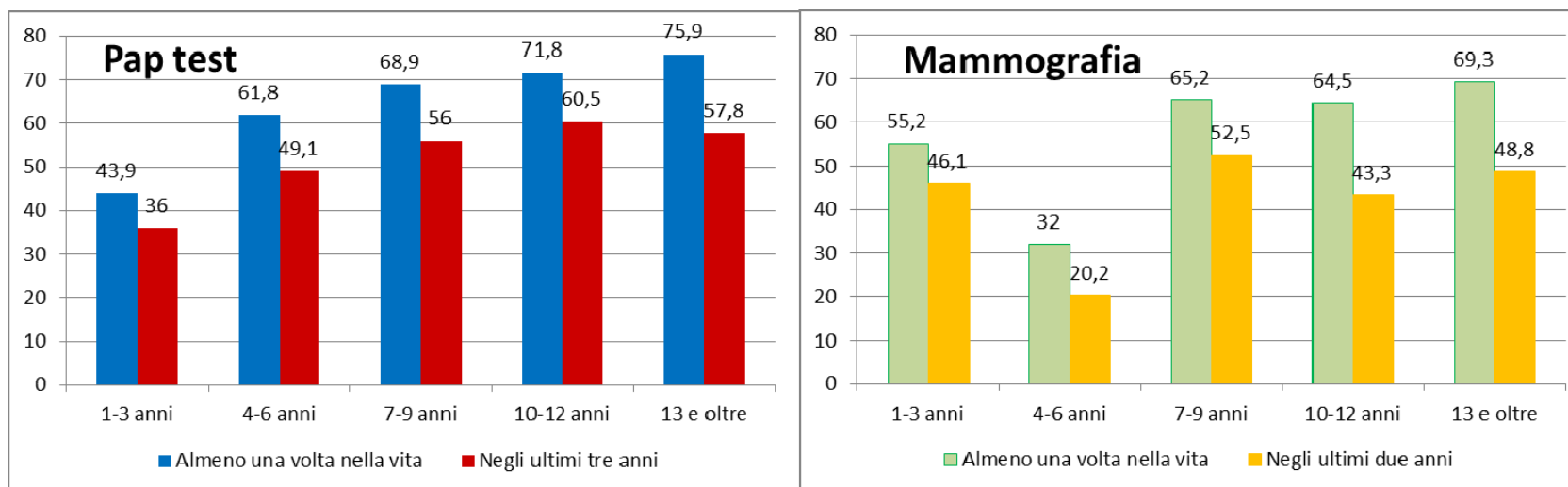
- Copertura tra le italiane superiore ovunque
- Forte incremento della prevalenza per le straniere al **Nord** e al **Centro** nella copertura per il Pap-test; incremento modesto nel **Mezzogiorno**.
- Le differenze fra le italiane e le straniere per la copertura con Pap Test in generale diminuiscono, ma nel **Mezzogiorno** invece si ampliano.
- Le stime per il Pap-test nelle regioni del **Mezzogiorno** rimangono inferiori alla media nazionale e alla soglia di "accettabilità" stabilita dal GISCI, sia per le donne italiane che per le donne straniere.

# Le differenze di accesso agli screening femminili. Anno 2013

## Copertura per area di provenienza



## Copertura per durata di permanenza in Italia




# Mancata copertura del PAP test nei tre anni precedenti l'intervista. Modello logistico multilivello

Variabile		OR aggiustati	95% CI	
<b>Individuale</b>				
<b>Classi di età</b>	25-34	1		
	35-44	0.69	0.64	0.75
	45-54	0.53	0.49	0.57
	55-64	1.01	0.93	1.09
<b>Cittadinanza</b>	Straniera	1		
	Italiana	0.59	0.54	0.65
<b>Titolo di studio</b>	Scuola dell'obbligo	1		
	Diploma	0.89	0.84	0.95
	Laurea	0.86	0.79	0.93
<b>Risorse economiche percepite</b>	Scarse, Assolutamente insufficienti	1		
	Ottime, adeguate	0.80	0.76	0.85
<b>Condizione lavorativa</b>	Non occupato	1		
	Dirigente, Imprenditore, Libero professionista	0.93	0.76	1.15
	Quadro, Impiegato	0.74	0.65	0.86
	Operaio, Apprendista, Altro	0.85	0.76	0.95
	Lavoratore in proprio, Coadiuvante, Socio cooperativa	0.87	0.81	0.94
	CoCoCo, Prestazione d'opera occasionale	0.78	0.73	0.84
<b>Motivi che impediscono di praticare hobbies o interessi</b>	Altri motivi	1		
	Troppo occupata	0.84	0.79	0.89
<b>Fumo</b>	Non fumatore	1		
	Ex-fumatore	0.73	0.69	0.78
	Fumatore	0.93	0.87	0.99
<b>Attività fisica</b>	Non ne fa	1		
	Svolge attività fisica	0.86	0.82	0.91
<b>Controllo del peso</b>	Di rado o mai	1		
	Si controlla il peso periodicamente	0.80	0.76	0.84
<b>Visite mediche di prevenzione nelle ultime 4 settimane</b>	Nessuna visita	1		
	Altri motivi	0.70	0.66	0.75
	Visita di prevenzione	0.57	0.52	0.63
<b>Esami medici di prevenzione generale</b>	Nessun tipo di controllo	1		
	1 o 2 controlli	0.71	0.62	0.80
	Tutti i controlli	0.54	0.50	0.58
<b>Ricorso alle terapie non convenzionali</b>	Mai o oltre i tre anni	1		
	Almeno una negli ultimi tre anni	0.71	0.65	0.77
<b>Contestuale</b>				
<b>Estensione inviti round temporale 2011-13</b>	Entro la mediana	1		
	Oltre la mediana	0.47	0.32	0.70
<b>Effetto random</b>				
		<b>Estimate</b>	<b>Standard error</b>	<b>P-value</b>
$\alpha_i$ , regioni		0.21	0.066	<0.01
ICC- Coefficiente di correlazione intraclasse (p)		0.06		

# Mancata copertura della mammografia nei due anni precedenti l'intervista. Modello logistico multilivello

Variabile		OR aggiustati	95% CI	
<b>Individuale</b>				
<b>Classi di età</b>	50-59	1		
	60-69	1.34	1.24	1.44
<b>Cittadinanza</b>	Straniera	1		
	Italiana	0.45	0.37	0.54
<b>Titolo di studio</b>	Scuola dell'obbligo	1		
	Diploma	0.92	0.85	1.01
	Laurea	0.77	0.68	0.88
<b>Risorse economiche percepite</b>	Scarse, assolutamente insufficienti	1		
	Ottime, adeguate	0.81	0.75	0.87
<b>Condizione lavorativa</b>	Non occupato	1		
	Dirigente, Imprenditore, Libero professionista	0.68	0.44	1.06
	Quadro, Impiegato	1.01	0.80	1.27
	Operaio, Apprendista, Altro	0.98	0.83	1.16
	Lavoratore in proprio, Coadiuvante, Socio cooperativa	0.91	0.80	1.03
	CoCoCo, Prestazione d'opera occasionale	0.81	0.73	0.91
<b>Motivi che impediscono di praticare hobbies o interessi</b>	Altri motivi	1		
	Troppo occupata	0.87	0.80	0.96
<b>Fumo</b>	Non fumatore	1		
	Ex-fumatore	0.85	0.78	0.92
	Fumatore	1.00	0.91	1.09
<b>Attività fisica</b>	Non ne fa	1		
	Svolge attività fisica	0.73	0.68	0.78
<b>Controllo del peso</b>	Di rado o mai	1		
	Si controlla il peso periodicamente	0.75	0.70	0.80
<b>Visite mediche di prevenzione nelle ultime 4 settimane</b>	Nessuna visita	1		
	Altri motivi	0.66	0.61	0.71
	Visita di prevenzione	0.64	0.57	0.71
	Nessun tipo di controllo	1		
<b>Esami medici di prevenzione generale</b>	1 o 2 controlli	0.70	0.55	0.89
	Tutti i controlli	0.50	0.42	0.59
<b>Ricorso alle terapie non convenzionali</b>	Mai o oltre i tre anni	1		
	Almeno una negli ultimi tre anni	0.82	0.73	0.92
<b>Contestuale</b>				
<b>Estensione inviti round temporale 2010-11</b>	Entro la mediana	1		
	Oltre la mediana	0.50	0.36	0.70
<b>Effetto random</b>				
		<b>Estimate</b>	<b>Standard error</b>	<b>P-value</b>
$\alpha_{i, regioni}$		0.136	0.045	<0.01
ICC- Coefficiente di correlazione intraclassa ( $\rho$ )		0.040		

- 
- Le differenze tra italiane e straniere sono ancora forti e stimolano la riflessione sulle modalità di riduzione delle differenze
  - La copertura delle donne immigrate rispecchia, con criticità maggiori, quella delle donne italiane: dove è bassa la copertura delle italiane è bassa anche quella delle straniere. Programmi di screening buoni sono più accessibili per tutti
  - L'effetto della permanenza in Italia è evidente, soprattutto per il Pap test
  - Il basso stato socioeconomico è fortemente penalizzante per le straniere, più che per le italiane (dati non mostrati)

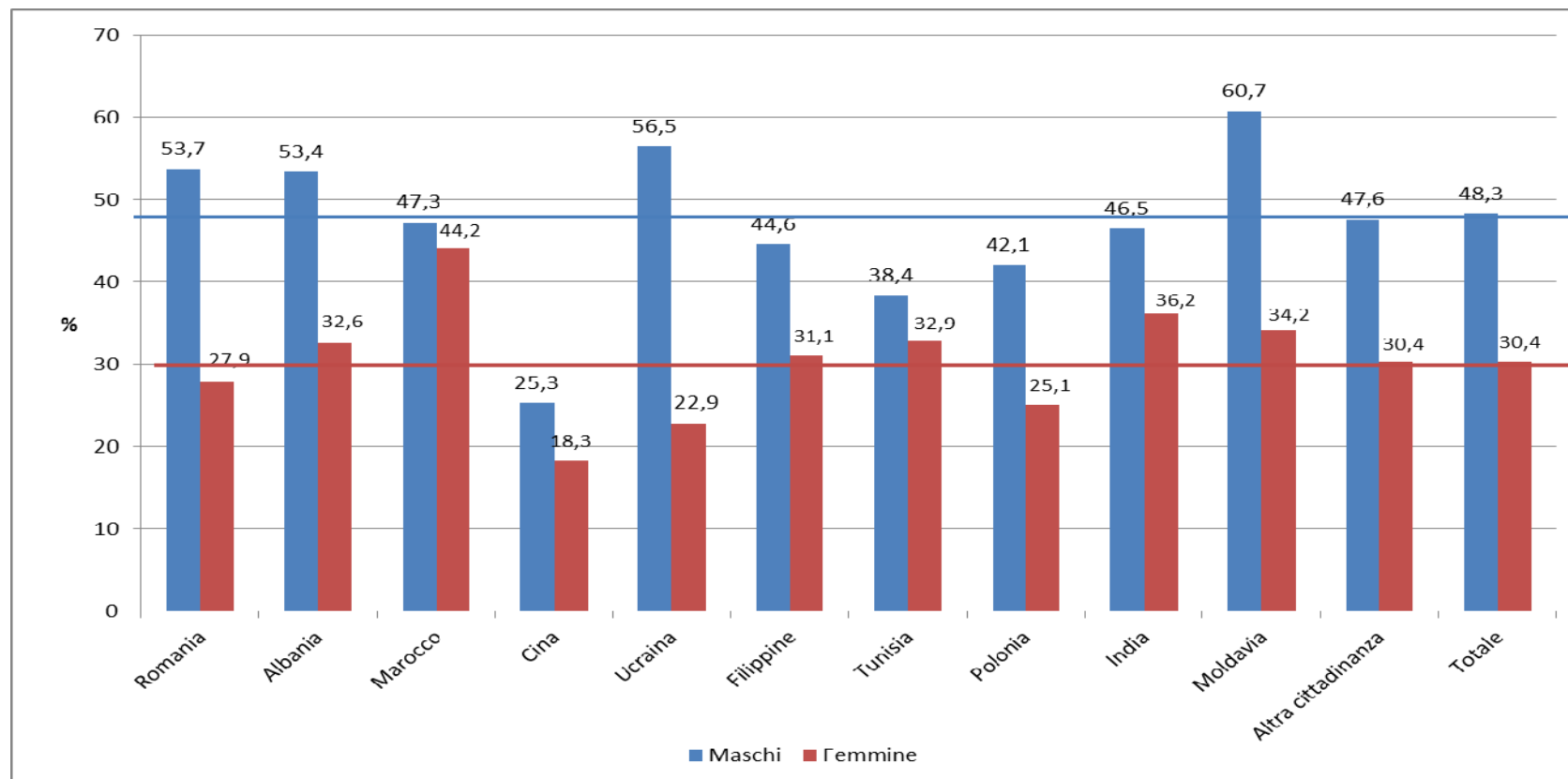


# **SOVRAPPESO E OBESITA'**



# Cittadini stranieri (18-64 anni) in sovrappeso/obesità per cittadinanza e genere

Prevalenze standardizzate per età. Popolazione di riferimento: stranieri residenti in Italia al Censimento 2011



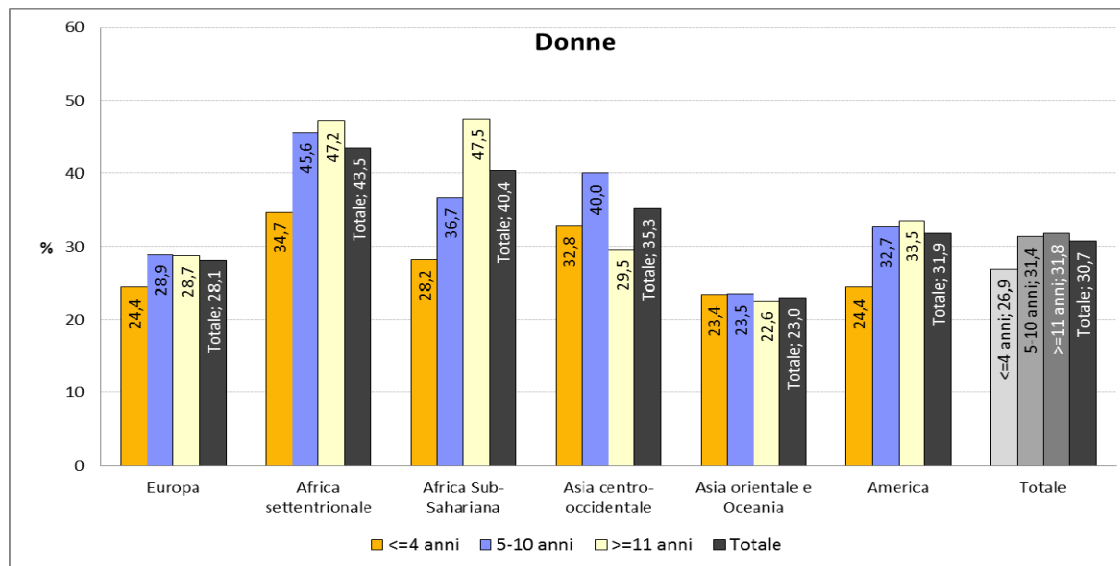
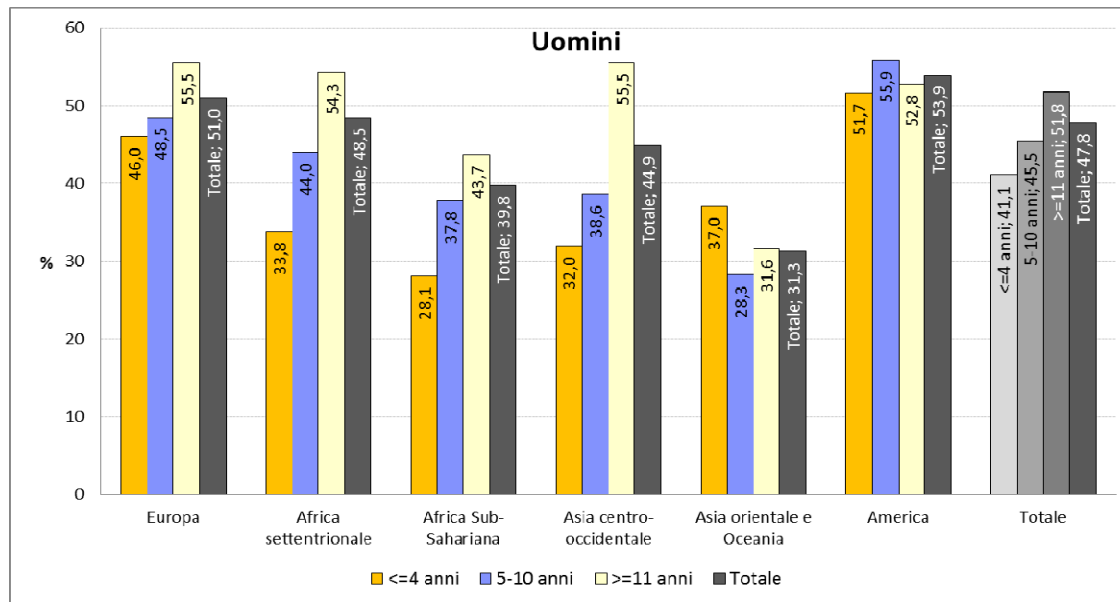
Prevalenze di **uomini in sovrappeso/obesità** superiori alla media tra **romeni** (sovra 43%; ob 11%), **albanesi** (sovra 45%; ob 9%), **ucraini** (sovra 43%; ob 14%), **moldavi** (sovra 55%; ob 5,7%)

Prevalenze più basse tra cinesi, tunisini, polacchi


Tra le **donne**, prevalenze più alte tra **marocchine** (sovra 33%; ob 11%), **indiane** (sovra 30%), **moldave** (sovra 29%), tunisine (ob 12%), **albanesi** (sovra 25%; ob 10%)

Prevalenze più basse tra cinesi, ucraine e polacche

## Cittadini stranieri (18-64 anni) in sovrappeso/obesità per anni di permanenza e area di provenienza



- Si osserva un'associazione diretta tra prevalenze di sovrappeso/obesità e anni di permanenza in Italia, che induce a ritenere che per gli immigrati vi è un aumento del rischio di sovrappeso/obesità al permanere in Italia
- L'associazione sembra essere più evidente tra gli uomini
- Pattern diversi tra uomini e donne per gli immigrati originari dell'Asia orientale e dell'America

- 
- I livelli di prevalenza di stranieri in sovrappeso/obesità sono ormai simili a quelli degli italiani
  - La permanenza in Italia determina un aumento di rischio, specialmente tra i giovani
  - Per le fasce di età superiori a 35 anni è ipotizzabile che i livelli di sovrappeso osservati siano almeno in parte dovuti alla prevalenza nei paesi di origine
  - Le differenze per area geografica suggeriscono spazi per iniziative di prevenzione mirate



# **LA VACCINAZIONE ANTI-INFLUENZALE**

# Copertura vaccinale anti-influenzale

**Popolazione di studio:** anziani ( $\geq 65$  anni) e adulti (18-64 anni) affetti da patologie croniche


Rapporto di coperture vaccinali anti-influenzale (RCV)

	Non vaccinati N (%)	Vaccinati N (%)	RCV (IC 95%)	RCV <sup>b</sup> (IC 95%)	RCV <sup>c</sup> (IC 95%)	RCV <sup>d</sup> (IC 95%)
<b>Cittadini Italiani</b>	24.628 (59,8)	16.535 (40,2)	1	1	1	1
<b>Immigrati</b>	735 (83,1)	150 (16,9)	0,42 (0,36-0,49)	0,71 (0,61-0,81)	0,74 (0,64-0,85)	0,78 (0,68-0,90)
Durata permanenza < 10 anni	270 (88,2)	36 (11,8)	0,29 (0,22-0,40)	0,52 (0,39-0,71)	0,54 (0,40-0,73)	0,58 (0,43-0,78)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	465 (80,3)	114 (19,7)	0,49 (0,42-0,58)	0,79 (0,68-0,92)	0,83 (0,71-0,97)	0,88 (0,75-1,02)
<b>Europa occidentale</b>	52 (63,4)	30 (36,6)	0,91 (0,68-1,21)	0,91 (0,70-1,19)	0,97 (0,75-1,26)	1,00 (0,78-1,29)
Durata permanenza < 10 anni	9 (81,8)	2 (18,2)	0,45 (0,13-1,56)	0,53 (0,16-1,73)	0,55 (0,17-1,79)	0,53 (0,17-1,70)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	43 (60,6)	28 (39,4)	0,98 (0,74-1,31)	0,96 (0,73-1,25)	1,02 (0,78-1,33)	1,07 (0,84-1,37)
<b>Europa orientale</b>	369 (85,0)	65 (15,0)	0,37 (0,30-0,47)	0,68 (0,55-0,85)	0,71 (0,58-0,89)	0,76 (0,62-0,94)
Durata permanenza < 10 anni	158 (88,3)	21 (11,7)	0,29 (0,20-0,44)	0,57 (0,38-0,84)	0,59 (0,40-0,87)	0,62 (0,42-0,92)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	211 (82,7)	44 (17,3)	0,43 (0,33-0,56)	0,76 (0,59-0,97)	0,79 (0,62-1,02)	0,85 (0,67-1,09)
<b>Africa</b>	148 (90,8)	15 (9,2)	0,23 (0,14-0,37)	0,38 (0,23-0,61)	0,38 (0,24-0,62)	0,41 (0,26-0,67)
Durata permanenza < 10 anni	52 (92,9)	4 (7,1)	0,18 (0,07-0,46)	0,26 (0,10-0,66)	0,26 (0,10-0,66)	0,29 (0,11-0,75)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	96 (89,7)	11 (10,3)	0,26 (0,15-0,45)	0,46 (0,26-0,80)	0,47 (0,27-0,82)	0,49 (0,28-0,85)
<b>Asia e Oceania</b>	82 (80,4)	20 (19,6)	0,49 (0,33-0,72)	1,01 (0,71-1,43)	1,09 (0,77-1,54)	1,12 (0,79-1,57)
Durata permanenza < 10 anni	19 (86,4)	3 (13,6)	0,33 (0,12-0,97)	0,84 (0,32-2,16)	0,80 (0,30-2,12)	0,86 (0,33-2,27)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	63 (78,7)	17 (21,3)	0,53 (0,35-0,81)	1,04 (0,72-1,51)	1,16 (0,81-1,67)	1,16 (0,81-1,67)
<b>America</b>	84 (80,8)	20 (19,2)	0,48 (0,32-0,71)	0,78 (0,54-1,13)	0,83 (0,57-1,20)	0,86 (0,60-1,24)
Durata permanenza < 10 anni	32 (84,2)	6 (15,8)	0,39 (0,19-0,82)	0,72 (0,36-1,43)	0,78 (0,39-1,54)	0,88 (0,45-1,74)
Durata permanenza $\geq 10$ anni	52 (78,8)	14 (21,2)	0,53 (0,33-0,84)	0,81 (0,52-1,26)	0,84 (0,54-1,31)	0,85 (0,55-1,32)

<sup>b</sup> RCV aggiustato per sesso, età e area di residenza.

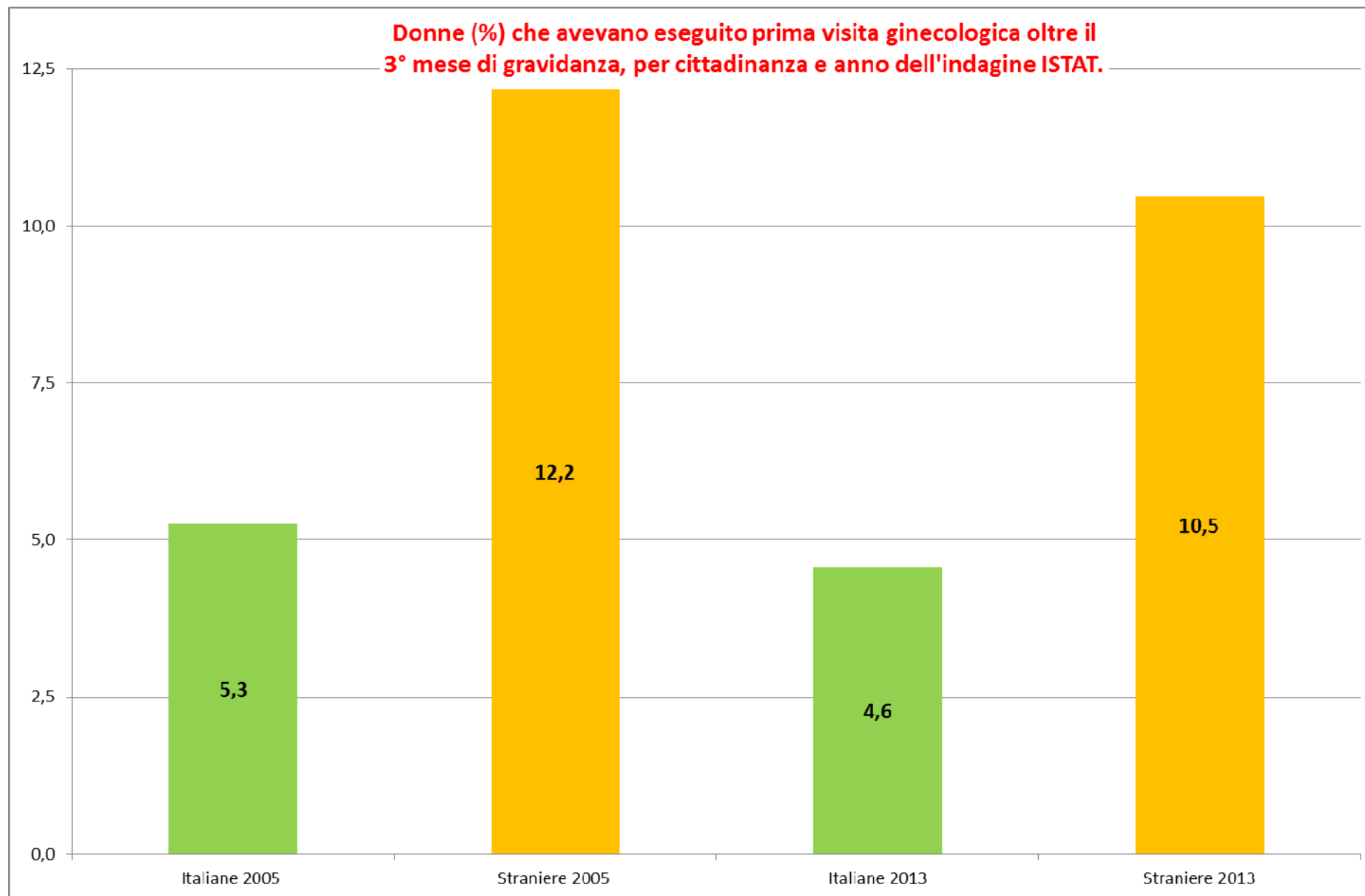
<sup>c</sup> RCV aggiustato per sesso, età, area di residenza, titolo di studio, condizione occupazionale, tipologia familiare e risorse economiche.

<sup>d</sup> RCV aggiustato per sesso, età, area di residenza, titolo di studio, condizione occupazionale, tipologia familiare, risorse economiche e indice di utilizzo dei servizi sanitari.

- 
- CVI complessiva = 39,7% (< del 75% raccomandato) - probabile riflesso dell'aumento dell'esitazione vaccinale negli ultimi anni
  - Immigrati mostrano una minore CVI rispetto agli Italiani. Per quelli di lunga permanenza tali differenze sono spiegate dal diverso profilo socio-demografico, ad eccezione degli africani
  - Tali risultati sono coerenti con quelli di PASSI e con altri studi su vaccinazioni pediatriche, che mostrano una minore copertura tra gli immigrati rispetto alle popolazioni autoctone

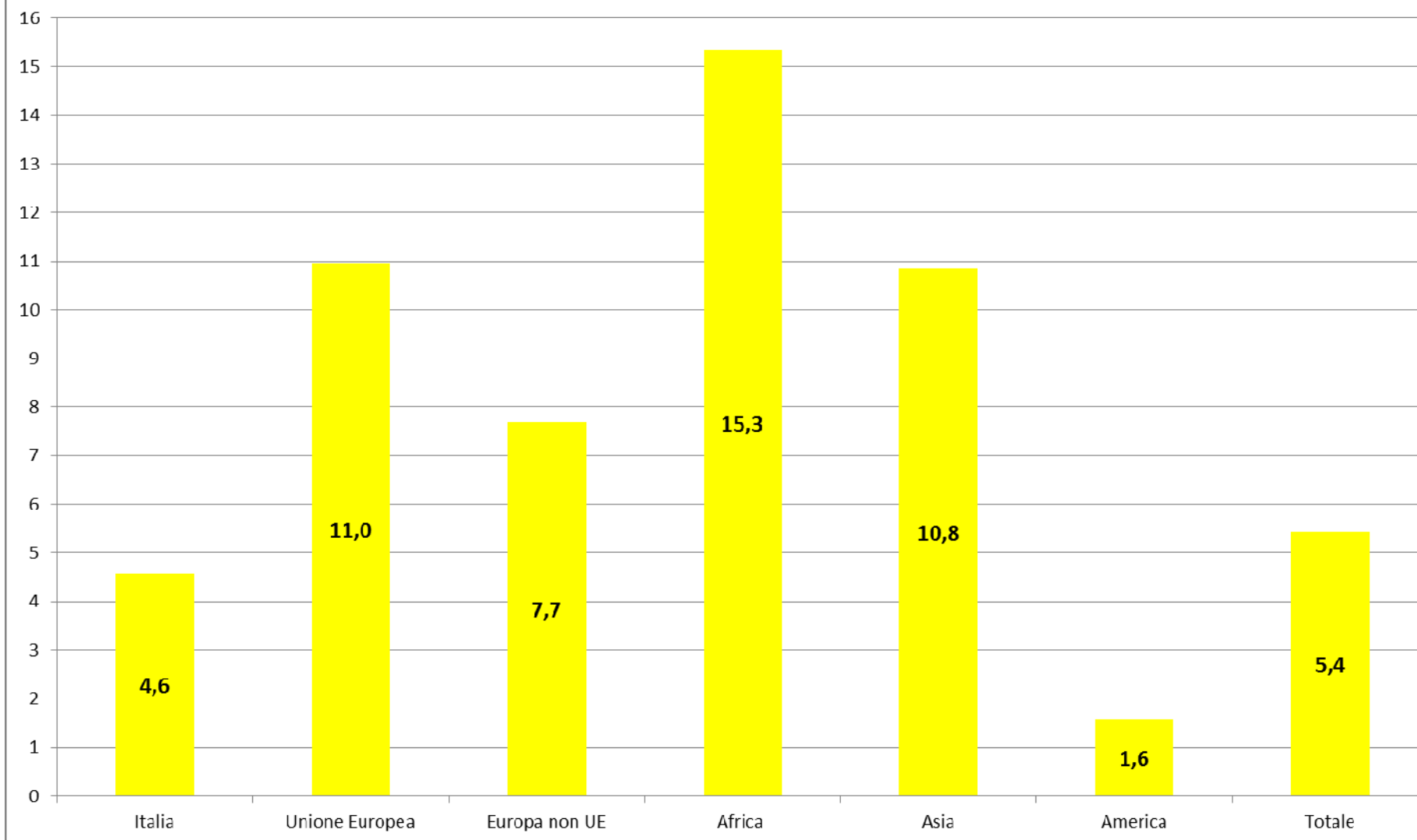


# LA GRAVIDANZA





**Donne (%) che avevano eseguito prima visita ginecologica oltre il 3° mese di gravidanza, per area di provenienza. ISTAT 2013**





# **LA RINUNCIA A VISITE ED ESAMI SPECIALISTICI**

# Rinuncia a visite ed esami specialistici e fattori potenzialmente correlati

		Italiani		Stranieri		p value	Totale	
		n	%	n	%		n	%
<b>Campione</b>		67,295	92.9	5,181	7.1		72,476	100
<b>Rinuncia a visite specialistiche negli ultimi 12 mesi</b>	Totale	5,780	8.6	531	10.2	<.0001	6,311	8.7
	Motivi economici	3,514	60.8	379	71.4	<.0001	3,893	61.7
	Lista d'attesa lunga	1,585	27.4	113	21.3	<.0005	1,698	26.9
	Scomodita'	334	5.8	34	6.4	n.s.	368	5.8
	Motivi personali o altro (lavoro, figli)	1,417	24.5	140	26.4	n.s.	1,557	24.7
<b>Rinuncia a esami specialistici negli ultimi 12 mesi</b>	Totale	3,580	5.3	348	6.7	<.0001	3,928	5.4
	Motivi economici	2,232	62.3	261	75.0	<.0001	2,493	63.5
	Lista d'attesa lunga	1,046	29.2	79	22.7	<.01	1,125	28.6
	Scomodita'	192	5.4	15	4.3	n.s.	207	5.3
	Motivi personali o altro (lavoro, figli)	811	22.7	81	23.3	n.s.	892	22.7
<b>Età</b>	18-34	18,589	27.6	2,019	39.0		20,608	28.4
	35-49	24,978	37.1	2,227	43.0	<.0001	27,205	37.5
	50-64	23,728	35.3	935	18.0		24,663	34.0
<b>Sesso</b>	Maschi	33,355	49.6	2,302	44.4	<.0001	35,657	49.2
	Femmina	33,940	50.4	2,879	55.6		36,819	50.8
<b>Ripartizione</b>	Nord-Ovest	14,234	21.2	1,570	30.3		15,804	21.8
	Nord-Est	12,993	19.3	1,448	27.9		14,441	19.9
	Centro	11,518	17.1	1,178	22.7	<.0001	12,696	17.5
	Sud	19,856	29.5	748	14.4		20,604	28.4
	Isole	8,694	12.9	237	4.6		8,931	12.3
<b>Morbosità cronica</b>	Nessuna	37,615	55.9	3,663	70.7	<.0001	41,278	57.0
	Almeno 1 condizione	29,680	44.1	1,518	29.3		31,198	43.0
<b>Livello di istruzione</b>	Alto	35,422	52.6	2,142	41.3		37,564	51.8
	Medio	26,530	39.4	2,471	47.7	<.0001	29,001	40.0
	Basso	5,343	7.9	568	11.0		5,911	8.2
<b>Condizione professionale</b>	Occupato	38,455	57.1	3,129	60.4		41,584	57.4
	In cerca di lavoro/non occupato	28,108	41.8	2,021	39.0	<.0001	30,129	41.6
	Inabile al lavoro	732	1.1	31	0.6		763	1.1
<b>Risorse economiche percepite</b>	Ottime/adequate	42,087	62.5	1,950	37.6	<.0001	44,037	60.8
	Scarse/insufficienti	25,208	37.5	3,231	62.4		28,439	39.2

## Conclusioni

- Il fenomeno della migrazione in Italia inizia ad entrare in una fase di consolidamento e stabilizzazione
- Il vantaggio di salute della popolazione immigrata inizia a ridursi, anche a causa della crisi economica
- La permanenza in Italia favorisce l'accesso al sistema sanitario, ma determina stili di vita peggiori
- La crisi economica e le misure di politica sanitaria conseguentemente adottate potrebbero essere all'origine dell'incremento di iniquità nella rinuncia alle cure
- Le differenze nella copertura vaccinale anti-influenzale, l'aumento del sovrappeso, soprattutto tra i giovani, e le differenze di accesso agli screening segnalano la necessità di rafforzare gli interventi di prevenzione mirati alla riduzione delle iniquità negli stili di vita e nell'accesso alla diagnosi precoce, che coinvolgano tutti gli attori del SSN, ma anche promuovendo un ruolo attivo per le comunità
- L'utilizzo di messaggi comunicativi efficaci, tradotti nelle principali lingue e culturalmente orientati, e il ricorso ai mediatori culturali possono contribuire a ridurre le barriere linguistiche e culturali
- Il livello socioeconomico, diversamente da quanto si osserva in altri paesi europei, è un predittore indipendente dello stato di salute degli immigrati
- Sarà importante monitorare lo stato di salute delle seconde generazioni: nel 2015 il 14,8% dei nati vivi in Italia (n=485.000) aveva entrambi i genitori stranieri

# Ringraziamenti

Ringraziamenti sinceri a tutti coloro che stanno contribuendo alla costruzione

dell'OENIP:

- tutti i colleghi delle strutture di epidemiologia e IRP dell'INMP
- ISTAT
- tutti i colleghi dei centri di epidemiologia del Piemonte, PA Trento, PA Bolzano, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata e Sicilia
- tutti gli epidemiologi della rete degli studi longitudinali metropolitani
- Massimo Fabiani e Silvia Declich dell'ISS
- AGENAS