

IMMIGRATI

Dai dati disponibili, la presenza di cittadini stranieri in Piemonte si attesta intorno alle 94.000 persone (6.7% del totale delle presenze in Italia). Essi rappresentano il 2.2% della popolazione per la provincia di Torino e l'1.7% nel resto della regione.

Una quota oscillante tra il 20% e il 30% degli stranieri è irregolare, non iscrivibile dunque al Servizio Sanitario.

Oltre alle condizioni che minacciano la salute di tutti i soggetti deboli, gli immigrati sono esposti a fattori peculiari, quali malattie importate dal paese di origine, barriere culturali e linguistiche, sradicamento e mancanza di supporto familiare. Il patrimonio di salute della prima generazione, prevalentemente composta di giovani adulti sani, rischia di depauperarsi rapidamente.

Il grado di accesso ai servizi e la sua tempestività da parte degli stranieri sembra essere un fattore determinante in ordine all'efficacia della risposta assistenziale.

Le situazioni in cui si concentrano le disuguaglianze sono l'area materno-infantile, il lavoro e le situazioni di particolare emarginazione quali prostituzione, detenzione, dipendenze.

Un insieme coordinato di interventi pubblici e del volontariato, con il diretto coinvolgimento delle comunità straniere, si delinea come la strategia più opportuna per la salute straniera.

La storia dell'immigrazione nella nostra Regione, così come nel resto dell'Italia, è relativamente recente, se confrontata a quella degli altri Paesi europei. L'inizio dell'immigrazione di massa in Italia può essere fissato al 1989, quando si trattava di poco meno di mezzo milione di persone. Le previsioni demografiche ci dicono che continuando con il ritmo di 100.000 nuovi ingressi all'anno, arriveremo nel 2046 ad avere la stessa presenza quantitativa già oggi esistente in Francia, e la stessa incidenza sulla popolazione residente che hanno oggi Germania, Austria e Belgio, e la metà di quella svizzera. Del resto, senza l'apporto annuale di nuove presenze, nel 2046 la riduzione della popolazione non potrebbe essere più governata. Quasi la metà degli immigrati è costituita da vicini di casa: Paesi dell'Unione Europea, dei Balcani e del Nord Africa, anche se l'immigrazione è sostanzialmente una realtà policentrica (2).

Le persone attualmente presenti in Italia appartengono quasi tutte alla prima - alla seconda per alcuni gruppi - generazione di immigrati: basse sono ancora le percentuali di anziani e di bambini, molto probabilmente destinate ad aumentare nei prossimi anni. Il rapporto Censis 1999 individua i segnali di stanzialità e integrazione riportati in tabella 1(8).

Una storia recente

**Segnali di
integrazione**

Tabella 1. Caratteristiche del fenomeno migratorio in Italia rispetto a stanzialità e integrazione (Rapporto CENSIS 1999).

segnali di stanzialità: <ul style="list-style-type: none">• crescita immigrati con permesso di soggiorno• crescita ricongiungimenti familiari e numero famiglie• crescita numero minori• crescita numero di donne provenienti dai paesi a forte pressione migratoria• crescita numero persone coniugate• presenza di luoghi di culto
segnali di integrazione: <ul style="list-style-type: none">• matrimoni misti• nascite da almeno un genitore straniero• presenza di allievi extracomunitari nelle scuole• crescente e consistente domanda di manodopera extracomunitaria• forte impiego di donne immigrate extracomunitarie nei lavori domestiche e nella cura alla persona all'interno delle famiglie italiane• presenza di gruppi/associazioni di immigrati

Quello dell'immigrazione nel nostro paese è quindi fenomeno ancora embrionale: più del 30% riguarda le sole aree di Roma e Milano, e in dieci province si concentra più della metà (52,6%) dell'intero fenomeno. La graduatoria provinciale degli immigrati irregolari riguarda aree diverse, per cui non vi è una relazione significativa fra numerosità di immigrati in una certa zona e percentuale di irregolari presenti nella stessa. I risultati di un'indagine condotta dal Censis (1998) indicano, tuttavia, che nella maggior parte dei casi esaminati gli "irregolari" presentano evidenti caratteristiche di "regolarità", quali un'occupazione e un alloggio: l'irregolarità costituirebbe una circostanza transitoria, necessaria per arrivare ad ottenere il permesso di soggiorno.

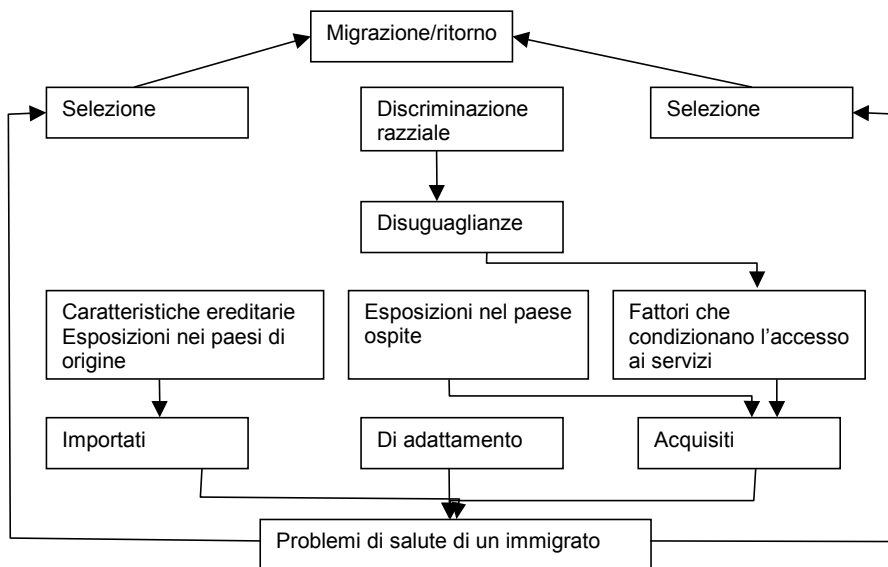
Oltre alle condizioni che minacciano la salute di tutti i soggetti deboli (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima), gli immigrati sono esposti a fattori peculiari (quadro epidemiologico del Paese di origine, barriere culturali e linguistiche, sradicamento e mancanza di supporto familiare, rischio di fallimento del progetto migratorio) (tabella 2). La prima generazione di immigrati è prevalentemente composta da giovani adulti in buone condizioni di partenza (il cosiddetto effetto migrante sano), il cui patrimonio di salute (figura 1) rischia di depauperarsi rapidamente per effetto della migrazione stessa o del difficile o mancato inserimento nella comunità ospitante (nella percezione collettiva quello dell'immigrazione è il quarto problema nazionale -26,6%- dati Censis, dopo disoccupazione, mafia e droga; il 48,3% degli italiani ritiene che una futura convivenza multietnica nel nostro paese sarebbe una fonte di conflitto sociale e, secondo una indagine della Fondazione Nord Est del febbraio 2000, il 46,1% ritiene l'immigrato pericoloso, contro una media europea del 28,4%).

**Un patrimonio di
salute che si
riduce
rapidamente**

Tabella 2. Principali fattori di rischio per la salute dell'immigrato (Geddes 1997) (1).

- disoccupazione o precarietà occupazionale
- inadeguatezza alloggiativa, sovraffollamento, carenze igieniche
- alimentazione insufficiente e/o sbilanciata
- diversità climatiche
- lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psicoaffettivo
- sradicamento culturale, diversità di costumi e valori
- difficoltà comunicative e di inserimento sociale
- fallimento o minaccia di fallimento del progetto migratorio
- discriminazione nell'accesso e/o nell'utilizzo dei servizi socio-sanitari

Figura 1. Storia di un problema di salute di uno straniero immigrato (Costa et al. 1999).



Ridotto e controllabile continua ad essere il rischio infettivo della popolazione ospite per importazione di agenti ad alta o media endemia nei paesi di provenienza.

Il grado di accesso ai servizi da parte degli immigrati può inoltre essere un fattore determinante in ordine all'efficacia della risposta assistenziale, soprattutto in termini di tempestività.

Quindi precarietà sociale, disparità culturale e diffusa impermeabilità del sistema sanitario appaiono le condizioni di rischio prioritarie per i cittadini stranieri.

Le situazioni in cui si concentrano le disuguaglianze sono l'area materno-infantile, il lavoro, specie sommerso (infortuni) e le situazioni di particolare emarginazione quali prostituzione, detenzione, dipendenze.

***Precarietà sociale,
disparità culturale,
barriere all'accesso***



***Gli strumenti
legislativi***

L'impianto legislativo sulla tutela sanitaria dei cittadini stranieri si è profondamente rinnovato negli ultimi anni, consentendo di affrontare in modo più organico l'intero spettro delle problematiche. Fondamentali sono:

- il D. l.vo 25.7.1998 n.286 Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, nel quale agli aspetti sanitari sono dedicati tre articoli:
 - art. 34 Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale;
 - art. 35 assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale;
 - art. 36 ingresso e soggiorno per cure mediche;
- il DPR 31.8.1999 n. 394 che ne è il regolamento di attuazione;
- la Circolare 24 marzo 2000 n.5 Indicazioni applicative del d. l.vo 25.7.1998 n.286 - Disposizioni in materia sanitaria (4).

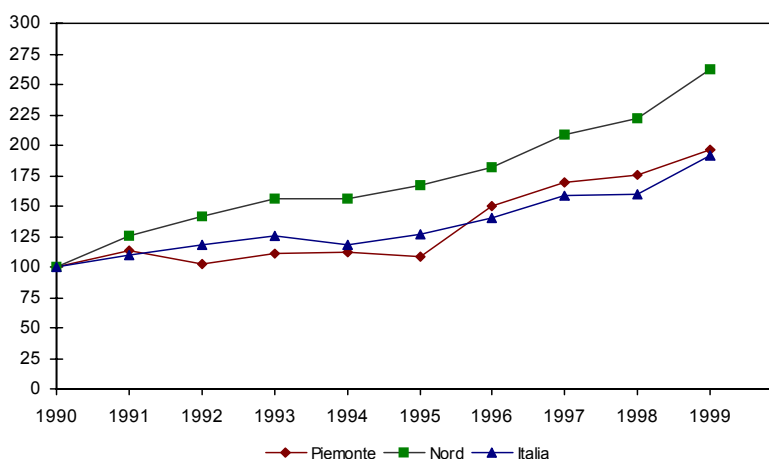
Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 inoltre, all'obiettivo IV, include gli stranieri immigrati fra i soggetti deboli, indicando i seguenti obiettivi specifici:

- "l'accesso all'assistenza sanitaria deve essere garantito a tutti gli immigrati, secondo la normativa vigente, in tutto il territorio nazionale";
- "la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione migrante":

***Grandezza del
fenomeno:
i denominatori***

Dai dati disponibili¹, la presenza di stranieri in Piemonte non presenta caratteristiche di emergenza: il numero di permessi di soggiorno in Piemonte nell'ultimo decennio è costantemente più basso della media del Nord, (figura 2), molto simile al profilo della media italiana.

Figura 2. Crescita della presenza di stranieri con permesso di soggiorno nell'ultimo decennio (1990=100) - Rapporto Caritas 1999.



Fonte: Rapporto Caritas

¹ I dati sulla presenza di stranieri immigrati contengono una componente di incertezza dovuta sia alle fluttuazioni della normativa sui permessi di soggiorno e sulla regolarizzazione, sia sulla modificazione dei flussi in relazione ad eventi politico-economici nei paesi di origine. In ogni caso, la fase post-regolarizzazione del 1999 dovrebbe essere stata contrassegnata da una quota di irregolarità contenuta, anche se in lento aumento, il che permette una maggior stabilità nei denominatori.

L'incremento rispetto al 1998 è dell'11,2 %, contro il 19,2% italiano. Complessivamente, il Piemonte accoglie a fine 1999 il 6,31% degli stranieri soggiornanti nel nostro Paese (la popolazione piemontese è il 7,44% di quella italiana).

La distribuzione nelle otto province (tabella 3) è disomogenea: Torino accoglie quasi il 60% degli stranieri, seguita da Alessandria e Novara con il 9%.

Tabella 3. Presenze straniere al 31/12/1999 nelle province piemontesi.

Provincia	n. soggiornanti registrati	Stima Caritas	% sul Piemonte
ALESSANDRIA	7.887	9.386	9%
ASTI	4.670	5.557	6%
BIELLA	3.588	4.270	5%
CUNEO	5.199	6.187	7%
NOVARA	6.826	8.123	9%
TORINO	44.848	53.369	56%
VERBANIA	2.291	2.726	3%
VERCELLI	3.760	4.474	5%
TOTALE PIEMONTE	79.069	94.092	100%
TOTALE NORD ITALIA	670.767	798.213	
TOTALE ITALIA	1.251.994	1.489.873	



Fonte: Rapporto Caritas 1999

Anche la presenza di irregolari non sembra essere omogenea: le istanze di regolarizzazione (1998) sono state nella provincia di Torino 19.379 (contro le 73.757 di Milano) ma nessuna delle altre province piemontesi compare tra le prime venti. Le stime effettuate dal CENSIS su dati del Ministero degli Interni sono riportate in tabella 4.

Tabella 4. Stranieri irregolari.

	Italia	Prov. di Torino	Resto Piemonte
Numero di stranieri (regolari + irregolari) su popolazione residente (x100)	1,8%	2,2%	1,7%
Numero di stranieri irregolari stimata su numero permessi di soggiorno (x 100)	22,6%	31,4%	19,1%

Fonte: CENSIS – aprile 1999

Per quanto riguarda la composizione per genere, i cittadini di sesso maschile rappresentano il 56.5% del totale dei permessi di soggiorno (BDIS 1997)

Il numero di stranieri avviati al lavoro in Piemonte è in costante crescita (tabella 5): per i tre quarti di essi la qualifica è di operaio generico, e per metà il settore è quello industriale. I maggiori incrementi percentuali

Il lavoro



riguardano cittadini provenienti dall'Europa dell'Est (Romania, Albania, Polonia) e, anche se con numeri assoluti ridotti, da Zaire e Perù.

Tabella 5. Stranieri avviati al lavoro per anno in Piemonte, confronto 1993/1999 - Numero e variazione percentuale.

Settore attività:	1993	1999	Variazione % rispetto al 1993
Agricoltura	758	2.594	+242
Industria	2.304	8.570	+271
Altre attività	2.084	5.507	+164
di cui:			
lavoro domestico	431	173	-59
pubblici esercizi	440	1.172	+166
Qualifica:			
Apprendisti	28	816	+514
Operai generici	4.026	12.014	+198
Operai qualificati	855	2.937	+243
Operai specializzati	136	491	+261
Impiegati	101	413	+309
Contratti particolari:			
Tempo parziale	605	1.254	+107
Tempo determinato	1.474	6.265	+325
Formazione lavoro	254	641	+152
Totale	5.146	16.671	+224

Fonte: Osservatorio Nazionale Mercato del Lavoro

Pur non essendo a oggi disponibili dati sull'incidenza dei fattori di rischio legati all'occupazione fra gli stranieri, è verosimile l'esistenza di un rischio di infortuni e malattie professionali simile o maggiore di quello presente per gli Italiani occupati negli stessi settori e qualifiche, anche alla luce di alcune caratteristiche del lavoro degli immigrati (2), che ha in genere un carattere di complementarietà rispetto all'occupazione italiana: una più accentuata mobilità territoriale, la prevalenza di impiego nelle piccole e medie imprese, nei lavori stagionali, nelle occupazioni pesanti disagiate e precarie, nel basso terziario tipicamente urbano e nelle occupazioni irregolari.

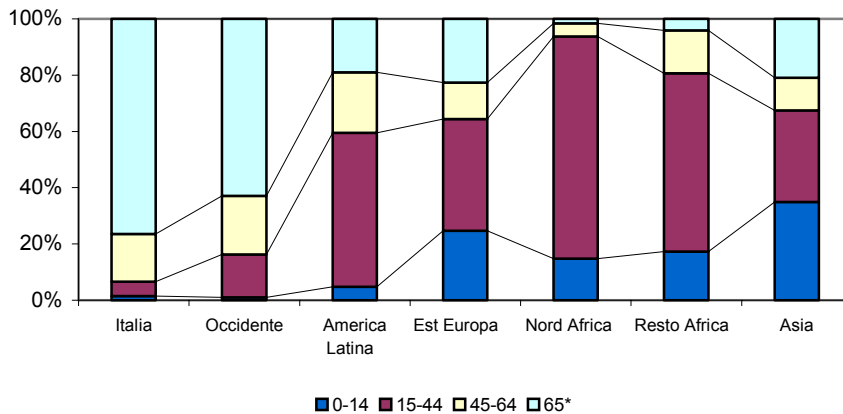


Il ritardo con cui sono state attuate misure idonee a garantire un'adeguata possibilità di accesso all'assistenza sanitaria agli immigrati ha prodotto un'invisibilità diffusa di questa nuova utenza nei flussi informativi sanitari: le informazioni di cui disponiamo sono sporadiche e spesso non omogenee.

Per quanto riguarda la mortalità, non sono attualmente disponibili dati di fonte ISTAT che riguardino l'intero territorio regionale. I dati per la città di Torino, tratti dallo Studio Longitudinale Torinese, riferiti al periodo 1990-98 confermano alcune caratteristiche peculiari: pochi decessi (752 nell'intero periodo, di cui il 55,1% di non residenti), per il 63% di maschi, concentrati nelle fasce d'età giovani (figura 3), con alcune differenze rispetto al resto della popolazione per quanto riguarda le cause.

I problemi di salute: la mortalità

Figura 3. Mortalità proporzionale per classi di età e cittadinanza (morti occasionali o residenti) tra i cittadini italiani e stranieri a Torino - Anni 1990/1998.

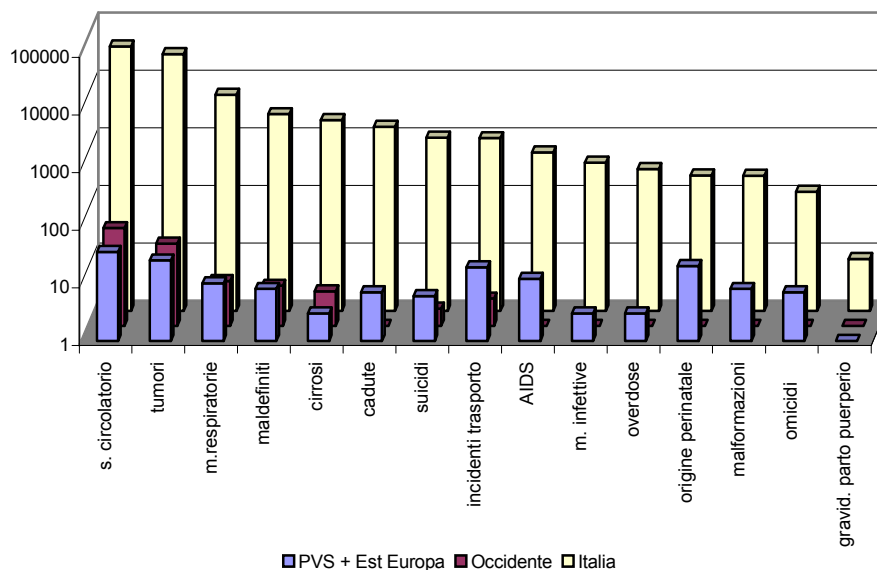


Maschi e giovani

Va sottolineato come, pur contribuendo alla mortalità complessiva per lo 0,46%, gli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione demografica costituiscano il 5,4% dei morti tra 0 e 14 anni e il 4,8% di quelli tra 15 e 44 anni, fatto che è da ricollegarsi in primo luogo alla età media giovane, ma che potrebbe contenere (le informazioni non sono sufficienti per affermarlo) indizi di una maggior esposizione ad alcuni rischi (incidenti, violenza, malattie respiratorie tra i bambini).

Confrontando la proporzione di decessi per alcune cause fra cittadini italiani e stranieri (figura 4), risulta evidente la relativa maggior frequenza di incidenti di trasporto e patologie perinatali.

Figura 4. Numero di morti per cittadinanza e per alcuni grandi gruppi di cause a Torino nel periodo 1990-1998 (dati SLT, morti occasionali e residenti).



Natimortalità e basso peso alla nascita

Per quanto riguarda il primo anno di vita, non sono attualmente disponibili stime dei tassi di mortalità infantile per i bambini stranieri nati o residenti in Piemonte, ma i dati relativi a natimortalità e basso peso alla nascita (tabella 6) disegnano un quadro più sfavorevole rispetto ai figli di genitori italiani: nascere da entrambi i genitori stranieri fa aumentare il tasso di natimortalità del 43% e del 30% la percentuale di nati vivi di basso peso.

Tabella 6. Alcuni indicatori neonatali derivati dagli archivi ISTAT relativi agli anni 1995/1996 - Nati in Piemonte.

Cittadinanza dei genitori	Numero di nati	Nati morti	Tasso di natimortalita' x 1.000	Nati vivi di basso peso (< 2500 G)	% di nati vivi di basso peso
entrambi italiani	64.303	274	4,2	3.851	6,0
entrambi extracomunitari	1.830	11	6,0	142	7,8
misti	1.830	9	3,9	130	7,1
totale	68.257	294	4,9	4.123	6,1

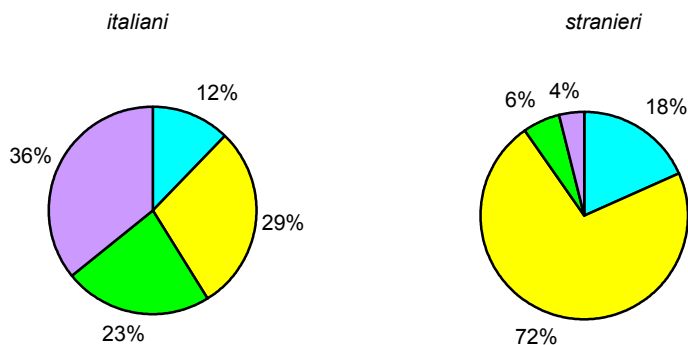
I ricoveri

I ricoveri di cittadini stranieri hanno rappresentato nel 1998 il 19,2 per 1.000 del totale dei ricoveri (contro una proporzione del 18,5 per il Nord Italia e del 16,6 su tutto il Paese) e nel 1999 il 24,9 per 1.000. Di questi, più del 60% sono di sesso femminile (l'inversione di prevalenza rispetto alla popolazione presente è spiegata dalla quota di ricoveri legati a gravidanza e parto); la fascia di età più rappresentata (figura 5) dalle donne è quella 18-44 anni (72% del totale dei ricoveri contro il 29% tra le italiane), seguita dalle minori di 18 anni (18% contro 12% per le italiane); anche per quanto riguarda gli uomini i ricoveri si concentrano nelle fasce di età giovani, in

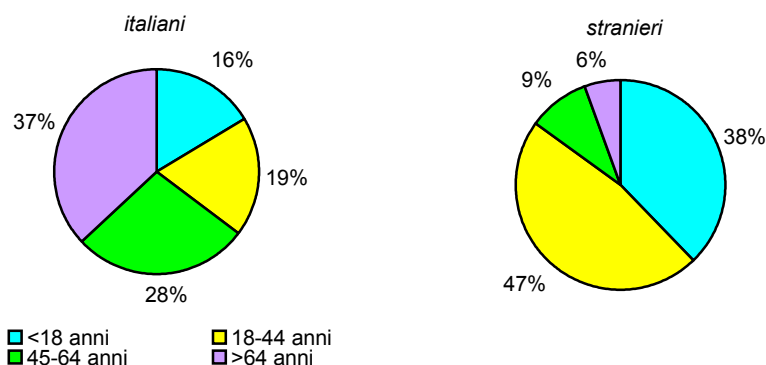
accordo con quanto evidenziato rispetto alla composizione per età della popolazione immigrata. Nella fascia di età più elevata più della metà sono soggetti provenienti dai paesi occidentali (UE, USA, ecc.)

Figura 5. Ricoveri di cittadini italiani e stranieri - Composizione per fascia di età - anno 1998.

Donne



Uomini



■ <18 anni ■ 18-44 anni
■ 45-64 anni ■ >64 anni

La provenienza dei cittadini stranieri ricoverati (tabella 7) rispecchia il peso relativo delle diverse comunità: da notare il consistente aumento dei soggetti provenienti dall'Europa dell'Est, e, grazie alla miglior compilazione delle schede di dimissione, la decisa diminuzione dei soggetti di origine sconosciuta.



Tabella 7. Ricoveri ospedalieri stranieri: totali per sesso e per area di provenienza - Anni 1997 e 1998.

Ricoveri	1997		1998	
	14.541		17.434	
	Uomini 5.561	Donne 8.980	Uomini 6.534	Donne 10.900
Africa	1.582 (10,9%)		2.353 (13,5%)	
Maghreb	3.311 (22,8%)		4.962 (28,5%)	
Europa Est	2.698 (18,5%)		4.776 (27,4%)	
America Latina	1.019 (7,0%)		1.410 (8,1%)	
Occidente	1.462 (10,0%)		1.710 (9,8%)	
Medio Oriente	120 (0,9%)		174 (1,0%)	
Asia	644 (4,4%)		812 (4,7%)	
Apolidi	1.534 (10,5%)		1.021 (5,8%)	
Origine sconosciuta	2.261 (15,5%)		116 (0,7%)	

*Nei bambini
patologie
respiratorie e HIV*

Per quanto riguarda le ragioni dell'ospedalizzazione, la figura 6 mette a confronto le prime 5 cause di ospedalizzazione fra cittadini italiani, stranieri con residenza in Italia (e quindi in possesso di un permesso di soggiorno) e soggetti cui è assegnato il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente, privo di permesso di soggiorno valido² nelle fasce di età inferiore ad un anno, 1-14 e 15-44 anni. Nel primo anno, di vita per i bambini stranieri, soprattutto se non regolari (e quindi con codice STP) è più frequente il ricovero, fra le patologie non collegate al periodo neonatale, per malattie dell'apparato respiratorio, di quello digerente e di competenza otorinolaringoiatrica, possibili segnali di una maggior esposizione a fattori di rischio abitativi e di un minore o più tardivo accesso all'assistenza primaria.

Anche per i bambini da 1 a 14 anni, la maggior percentuale di ricoveri è legata a patologie dell'apparato respiratorio, con una notevole differenza rispetto agli italiani.

*Gravidanza, parto
e puerperio*

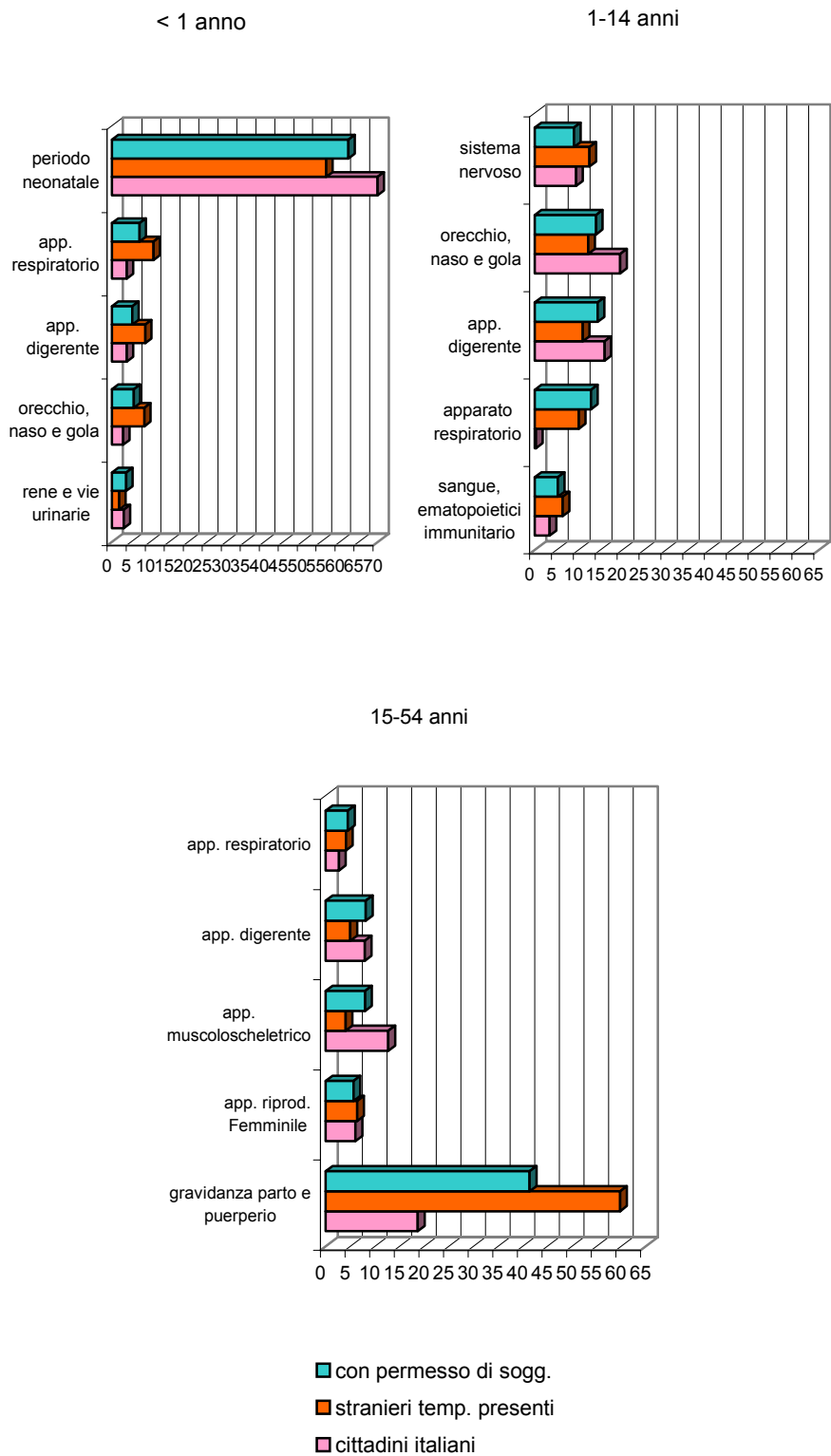
Va segnalato per gli stranieri di questa fascia di età il problema dei ricoveri per infezioni da HIV/AIDS, che, pur rappresentando una piccola quota delle ospedalizzazioni (1,83% degli STP e 2,96% dei regolari), costituiscono però il 28% del totale delle schede di dimissione per questa patologia.

*Il problema
delle IVG*

Nella fascia 15-54 anni la maggior parte dei ricoveri delle cittadine straniere è legato a gravidanza, parto e puerperio; particolarmente importante (in accordo con i dati nazionali) si dimostra il problema delle interruzioni volontarie di gravidanza e delle complicazioni ad essa correlate. (cfr. cap. Salute materno-infantile).

² Questa quota è sottostimata, in quanto non tutti presidi ospedalieri, tanto di ASL quanto di ASO, hanno registrato come tali i soggetti STP.

Figura 6. Prime 5 cause di ricovero (MDC) per soggetti di età inferiore ad un anno, 1-14 anni e 15-54 anni nel 1999 - Valori percentuali.



***L'accesso di
primo livello:
i Centri ISI***

La Regione Piemonte ha affrontato già a partire dal 1996 il problema dell'accesso degli stranieri irregolari all'assistenza sanitaria, approvando, a carattere sperimentale, misure organizzative e modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria a stranieri temporaneamente presenti, prevedendo presso le ASL individuate (1,4,5,11,12,13,14,15,19), l'istituzione di un Centro Informazione Salute Immigrati (ISI), al fine di:

- assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni in attuazione di quanto disposto a livello nazionale;
- assicurare il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici, con gli interventi di medicina preventiva che si rendano opportuni e l'attivazione dei procedimenti di legge per il recupero delle somme dovute per le prestazioni fruite (4).

Nel corso del 1999 e del 2000 sono stati pertanto attivati in ogni provincia – e per la città di Torino presso le ASL1 (ove il Centro è aperto dal 1995 per iniziativa autonoma della ASL ed ha costituito modello per la sperimentazione regionale) e 4 – Centri ISI con compiti di:

- informazione, promozione della salute e formazione permanente;
- organizzazione dell'erogazione delle prestazioni (accoglienza, assistenza medica di base e invio ove occorra ai servizi territoriali e specialistici ospedalieri);
- raccolta e trasmissione dati epidemiologici ed economici;
- rapporti con le associazioni di volontariato e rappresentative delle realtà etnico-culturali interessate.

I Centri, previsti dunque come porta di accesso al Servizio Sanitario Nazionale per gli stranieri cosiddetti "temporaneamente presenti" (irregolari e/o in attesa di regolarizzazione, privi comunque della possibilità di iscriversi al SSN), si avvalgono dell'opera di mediatori culturali, selezionati in base alle etnie maggiormente rappresentate ed alle principali lingue veicolari.

I dati provenienti dai centri ISI (tabella 8) documentano per l'anno 2000 circa 10.000 passaggi stimati in tutta la Regione (non sono ancora disponibili le informazioni complete relative al quarto trimestre ed in parte anche al terzo) durante il 2000, l'80% dei quali nell'area metropolitana torinese.

Il livello di istruzione degli utenti ISI è medio-basso, con un'apprezzabile presenza sia di un gruppo di soggetti che si definiscono analfabeti (il 5,21%), sia di un 4,28% di laureati. La distribuzione per sesso vede una prevalenza di donne. Minoritaria è anche la condizione di coniugato, in cui si trova mediamente il 30% dei soggetti, mentre la quota restante è sola in quanto celibe, separato, divorziato o vedovo.

Per quanto riguarda le fasce di età, l'80% dei soggetti si concentra nella fascia dei giovani adulti (in accordo con la composizione per età degli immigrati di prima generazione): lievi variazioni si notano fra i centri.

I Paesi di origine hanno la distribuzione di figura 7. I Paesi a forte pressione demografica rappresentano la quasi totalità delle provenienze; di questi, i gruppi più numerosi sono rappresentati dall'Est Europa, seguito da

Africa Sub-sahariana e Maghreb, con qualche variazione locale.

Figura 7. Provenienza degli utenti Centri ISI Regionali e Ambulatorio CRI Torino.

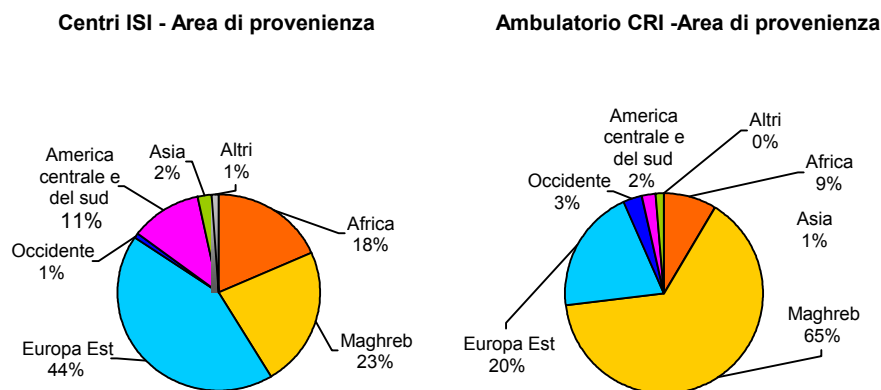


Tabella 8. Numero di accessi ai Centri ISI - Anno 2000.

Aziende sanitarie	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre	Totale 2000*
ASL1-TORINO	1.552	1466	1.500*	6.018
ASL4-TORINO	515	514	565	2.159
ASL5 COLLEGNO-ORBASSANO	22	26	59	166
TOTALE.PROV. TO	2.089	2.006	2.124	8.343
ASL11-VERCELLI	17	34	27	105
ASL12-BIELLA	m.i.	m.i.	m.i.	m.i.
ASL 13- BORGOMANERO	39	57	47	190
ASL14-DOMODOSSOLA-OMEGNA-VERBANIA	26	20	67	180
ASL15- CUNEO	134	120	107	468
ASL 19- ASTI	189	189	285	948
TOTALE REGIONE	2.494	2.426	2.657	10.234

*dati stimati

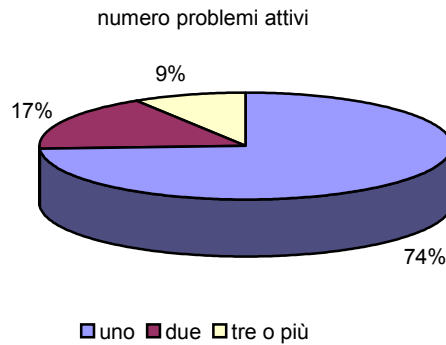
Fonte: Sistema Informativo Regionale ISI – Elaborazione CSI

Quasi i due terzi dei soggetti ha un lavoro, per la maggior parte a bassa qualifica e con caratteristiche di precarietà.

Si presentano al centro per la maggior parte (74%) con un problema di salute attivo; una quota importante di soggetti però presenta al momento del contatto due o più problemi diversi (figura 8).

Gli accessi

Figura 8. Numero di problemi di salute attivi negli utenti dei centri ISI al momento del primo contatto - Anno 2000.



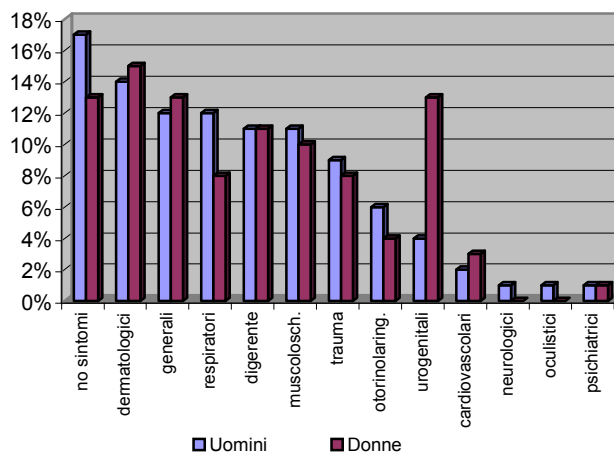
L'utilizzo dei mediatori culturali

In molte realtà aziendali (territoriali ed ospedaliere) si sta anche sperimentando con buoni risultati l'utilizzazione dei mediatori culturali per i rapporti con tutti i gruppi di stranieri che accedono ai servizi, compresi quelli regolarmente iscritti al SSN, in particolare per le situazioni relative ai minori ed ai ricoveri ospedalieri.

Il volontariato

Un importante ruolo viene ricoperto dalle associazioni di volontariato, che con proprie strutture offrono possibilità di prestazioni sanitarie di base e specialistiche agli immigrati, spesso in raccordo con gli ISI e/o con altre strutture pubbliche. Nel segno di un maggior coordinamento e di un miglior utilizzo delle risorse sono stati avviati anche tavoli di confronto e di collaborazione: un'iniziativa di questo genere, promossa dall'ASO S. Giovanni Battista della città di Torino ha per esempio prodotto un prontuario del profilo di tutte le offerte di assistenza sanitaria, pubbliche e del no-profit, presenti in Torino. La rete di assistenza delle organizzazioni di volontariato sul territorio piemontese offre più strutture di assistenza sanitaria gratuita per stranieri; si riporta a titolo esemplificativo l'attività svolta nell'anno 1999 dall'ambulatorio stranieri della Croce Rossa Italiana, sede di Torino, confrontata per il bacino di utenza con la media dei Centri ISI (figura 7 e figura 9) (3).

Figura 9. Cause di presentazione secondo il sesso presso Ambulatorio CRI Torino - 1° semestre 1999.



Il profilo di malattia non si discosta sostanzialmente da quello segnalato per altri centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato (Caritas Roma 2000).

Si stanno sperimentando in Piemonte anche servizi di tipo specialistico indirizzati specificamente a cittadini stranieri; due esempi significativi sono l'ambulatorio immigrati dell'ospedale Amedeo di Savoia della ASL 2, specializzato in malattie infettive (tabella 9) ed il Centro Franz Fanon della ASL1, dedicato alle patologie di tipo psichiatrico collegate al processo migratorio.

***Ambulatori
specialistici***

Tabella 9. Accessi Ambulatorio Malattie infettive Ospedale Amedeo di Savoia ASL 2 - Anni 1996/1999.

	1996	1997	1998	1999	totale
Nuovi pazienti	113	134	145	148	540
Sesso M/F	57/56	73/61	74/71	70/78	274/266
Africa	57	60	56	68	241
Maghreb	34	37	35	29	135
Europa Est	15	26	44	33	118
America centrale e del Sud	6	10	7	15	38
Asia	1	1	3	3	8
Numero visite	207	250	276	287	1020

Fonte: Ambulatorio immigrati Ospedale Amedeo di Savoia

In sintesi, si sta definendo un insieme, non ancora compiutamente coordinato, di interventi pubblici e del volontariato, rivolti sia alla prevenzione primaria che all'assistenza: il suo completamento, con il diretto coinvolgimento delle diverse comunità presenti, si delinea come la strategia più opportuna per la tutela della salute dei cittadini stranieri (5, 6).



Bibliografia

1. Geddes M, Berlinguer G (a cura di). La salute in Italia - Rapporto 1997, Ediesse, Roma, 2000.
2. Caritas Roma: Immigrazione - Dossier statistico 2000. Anticipazioni, 2000 (<http://www.chiesacattolica.it/caritasroma>).
3. Croce Rossa Italiana, Comitato Provinciale di Torino, Ambulatorio "Carla Verdi Raseri" - Indagine sui bisogni socio-sanitari dei pazienti assistiti nel 1° semestre 1999 - Rapporto ad uso interno a cura del dott. Giorgio Visca - per gentile concessione.
4. Gruppo di lavoro permanente in materia statistica della Prefettura di Torino (a cura di). Osservatorio Interistituzionale sugli Stranieri in Provincia di Torino. Rapporto 1999. Città di Torino, 2000.
5. Ministero della Sanità. Relazione sullo stato sanitario del paese. Anno 1999. Roma, 2000.
6. Geraci S (a cura di). Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni. Caritas di Roma. Edizioni Anterem, Roma, novembre 2000.
7. Geraci S, Marceca M. Le politiche regionali per la promozione della salute degli immigrati. ASI 2001 gen.1-2 (37-41).
8. Censis . XXXIII Rapporto sulla situazione sociale del Paese – 1999. F. Angeli ed, 1999.