

XXIV Congresso interregionale Siculo-Calabro

**L'INTEGRAZIONE DELLE POPOLAZIONI
PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE COLLETTIVA:
FOCUS SULLA SALUTE
DEI MIGRANTI IN ITALIA**



**Palermo 21 - 23 giugno 2013
Grand Hotel Piazza Borsa**



XXIV Congresso interregionale Siculo-Calabro

*L'integrazione delle popolazioni
per la promozione della salute collettiva:
focus sulla salute dei migranti in Italia*

Palermo 21 - 23 giugno 2013

Atti a cura di:

Prof. Francesco Vitale
Prof. Alessandra Casuccio
Dott. Claudio Costantino

© Euno edizioni
P.zza Margherita 6
94013 Leonforte (En)
Tel. 0935 905300 - Fax 0935 901672
www.eunoedizioni.it
info@eunoedizioni.it

ISBN: 978-88-97085-86-7

Sommario

Introduzione <i>Prof. Francesco Vitale</i>	p. 9
---	------

Sezione Prima

Inquadramento giuridico e politiche sanitarie per l'immigrato

1. Analisi preliminare delle cause di morte in soggetti di cittadinanza non italiana nel periodo 2005-2012	« 13
2. Le reti per la salute degli immigrati in Italia: una strategia obbligata	« 15
3. L'opinione dei Messinesi e dei Reggini sul fenomeno "immigrazione": una indagine conoscitiva	« 17
4. Strategie per il recupero delle donne migranti nei programmi di screening	« 19

Sezione Seconda

La malattia tra paese di origine e paese di immigrazione: offerta sanitaria nelle esperienze regionali

1. Ricorso degli immigrati alle cure ospedaliere: analisi dei ricoveri presso l'AOU "G. Martino" di Messina	« 23
2. Analisi della domanda di salute degli immigrati residenti nell'Asp di Ragusa attraverso la valutazione del ricorso all'assistenza ospedaliera	« 25
3. Prevenire l'errore in chemioterapia: strategie di implementazione di una procedura per la sicurezza	« 29
4. Organizzazione e offerta sanitaria: l'esperienza lombarda	« 31
5. Problematiche emergenti di sicurezza alimentare. Prodotti etnici e autenticità	« 35

6. Organizzazione e offerta sanitaria: l'esperienza Toscana	«	37
7. Prevenzione di infezioni al sito chirurgico: management di un sistema adattivo complesso	«	39
8. L'esperienza con le popolazioni immigrate nel territorio dell'unità operativa territoriale di Termini Imerese	«	41

Sezione Terza

Patologie emergenti e strategie di controllo

1. I tumori negli immigrati. Dati dei registri tumori	«	45
2. Malaria da importazione negli immigrati. “Visiting Friends and Relatives” (VFRs) di prima e seconda generazione in provincia di Palermo: un iceberg emergente?	«	47
3. Qualità microbiologica dell'acqua potabile distribuita presso alcune caserme dell'Esercito italiano nella città di Palermo	«	49
4. Sorveglianza sanitaria Centro di accoglienza (CDA) - Centro identificazione-espulsione (CIE) Pian del Lago - Caltanissetta: rapporto di sintesi 24 giugno 2011 - 30 aprile 2013	«	51

Sezione Quarta

Vaccinazioni nelle popolazioni migranti

1. La vaccinazione antirotavirus: criticità e prospettive	«	55
2. Vaccinazione in ambiente protetto	«	57
3. L'aderenza ai programmi vaccinali per la prima infanzia nella popolazione di origine straniera regolarmente residente. L'esperienza di quattro centri vaccinali nella città di Palermo	«	59

Sezione Quinta

La promozione della salute materno-infantile nel migrante

1. Gravidanza, nascite e immigrazione	«	63
2. Uso del web tra le gestanti italiane e straniere: impatto sulle attitudini sanitarie terapeutiche	«	65
3. Immigrati e salute: valutazione dell'accesso alle cure materno-infantili delle donne immigrate in Calabria	«	67
4. Stato socio-economico familiare, stili di vita e integrazione in un campione di adolescenti immigrati. Il progetto ASSO	«	69
5. Stili di vita e patologie cronico-degenerative in popolazioni immigrate di adolescenti e nei loro genitori. Il progetto ASSO	«	71

6. Parto e patologie dell'apparato riproduttivo nella popolazione migrante afferente all'ospedale « 73

Sezione Sesta

Il ben-essere degli immigrati tra assistenza e integrazione: ambiente di vita e di lavoro

1. Immigrati e salute: valutazione dell'accesso ai servizi sanitari della popolazione immigrata in Calabria « 77
2. Analisi delle pratiche di conformità igienico sanitaria degli alloggi dei migranti da parte dell'U.O.T di Prevenzione 2 del Dipartimento di Prevenzione dell'Asp 6 di Palermo: può la Sanità pubblica andare incontro ai bisogni di salute del migrante? « 79
3. Criticità su certificazioni igienico-sanitarie abitative in popolazioni immigrate: il punto di vista del tecnico della prevenzione « 81
4. Gli immigrati si adattano alle abitudini alimentari italiane? « 85
5. La sicurezza e la salubrità alimentare nelle differenze etniche « 87
6. Sovraffollamento carcerario: l'attuale condizione dei detenuti extracomunitari in Sicilia « 89
7. Xenobiotici e lavoratore migrante: il fattore etnico nell'identificazione di categorie di rischio. Un esempio ricavato dall'esposizione professionale a fenolo « 91
8. La Situazione di CIE e Cara in Sicilia e le problematiche igienico-sanitarie « 95

Introduzione

Carissimi Amici e Colleghi,

nella qualità di Presidente della Sezione Siciliana della SITI ho il gran piacere di ospitarVi durante il Congresso interregionale Siculo-Calabro che ha come cornice dell'evento la città di Palermo.

Per questo XXIV Congresso interregionale, alla cui organizzazione è coinvolta la mia Sezione insieme alla Sezione calabra presieduta dal Prof. Nobile, ho pensato di sviluppare l'evento attorno ad un unico tema centrale di grande attualità "L'integrazione delle popolazioni per la promozione della salute collettiva: focus sulla salute dei migranti in Italia".

Il motivo della scelta di tale argomento è stato dettato in primo luogo dall'importanza del tema dell'immigrazione, particolarmente nelle due regioni, Sicilia e Calabria, coinvolte dall'evento, ma anche perché si tratta di un fenomeno le cui sfaccettature e le cui ricadute investono molteplici campi che devono trovare punti di convergenza e integrazione per ottenere un'offerta di salute che risponda ai bisogni sanitari di popolazioni immigrate le cui realtà sociali, ambientali e sanitarie possono essere diverse non solo dalle realtà locali ma anche tra le stesse popolazioni migranti.

L'obiettivo è dunque quello di sviluppare il tema centrale dell'evento nelle sessioni che vedranno impegnati qualificati Relatori, partendo dal conoscere quali sono le sfide della salute dei migranti nel panorama europeo e nazionale, gli aspetti giuridici e normativi dei migranti, focalizzando l'attenzione alle politiche sanitarie per l'immigrato e quindi alle criticità legislative nell'ordinamento nazionale riguardo gli irregolari.

Seguiranno dunque le sessioni incentrate sugli aspetti prettamente sanitari della popolazione immigrata al fine di prevenire, monitorare e curare le principali patologie emergenti mettendo in atto relative strategie di controllo per queste popolazioni dal momento dell'arrivo, spesso clandestino, sino al loro inserimento possibile in una realtà sociale, economica, ambientale e particolarmente sanitaria. Naturalmente un posto di rilievo verrà dato agli aspetti pre-

ventivi legati alle vaccinazioni e alla prevenzione della salute materno-infantile del migrante. Infine, verrà anche affrontato il tema del benessere degli immigrati tra assistenza e integrazione, con focus particolari su ambiente di vita e di lavoro, problematiche igienico-sanitarie, sicurezza e salubrità alimentare nelle differenze etniche, e a conclusione il ruolo del tecnico della prevenzione, dell'infermiere e delle associazioni di volontariato in questo cammino verso un benessere sanitario a 360 gradi.

Sicuramente questo incontro è una sfida che porta con sé numerose ombre e qualche luce ma il nostro obiettivo è proprio quello di trovare dei percorsi di incontro verso i bisogni sanitari di queste popolazioni di migranti che sempre più rappresentano una ineludibile risorsa numerosa e variegata il cui impatto sanitario non può e non deve essere ignorato.

In ultimo e non ultimo, confido naturalmente nella speranza che la scelta di Palermo come cornice dell'evento possa contribuire alla partecipazione e al successo del congresso non solo in quanto il capoluogo siciliano è da sempre considerato la culla delle più antiche civiltà per la sua centralità nel Mediterraneo, ma la sua posizione strategica ha rappresentato un crocevia di popoli, lingue e religioni diverse che hanno lasciato segni tangibili del loro passaggio: Romani, Bizantini, Arabi e Normanni, Svevi e Francesi, Spagnoli e Austriaci di cui rimangono testimonianze architettoniche di straordinario valore.

La storia millenaria delle dominazioni che si sono succedute ha regalato alla città un notevole patrimonio artistico e architettonico, dai resti delle mura puniche alle ville liberty, passando per i templi greci, i teatri neoclassici, le chiese barocche e le residenze in stile arabo-normanno: un originale mix di decorazioni arabo-romanico-bizantine che non ha uguali in Italia. Spero che pur nel breve tempo del soggiorno in città, Voi tutti possiate ammirare e godere dei colori, dei profumi e dei sapori della nostra terra.

Auguro a tutti un proficuo convegno e un felice soggiorno,

Prof. Francesco Vitale

Sezione Prima

*Inquadramento giuridico
e politiche sanitarie per l'immigrato*

Analisi preliminare delle cause di morte in soggetti di cittadinanza non italiana nel periodo 2005-2012

*Casuccio N., Cusimano R., Mancuso A., Pitarresi A., Pinzone F. **

Introduzione

Una analisi specifica delle cause di morte dei soggetti residenti nella provincia di Palermo, ma aventi cittadinanza non italiana, non è mai stata condotta anche se tale gruppo di popolazione, in continua crescita, presenta un pattern di rischio differente da quello della popolazione generale.

Metodi

Tale analisi è stata condotta prendendo in esame tutte le schede di morte di soggetti nella provincia di Palermo nel periodo 2005-2012 presenti nell'archivio RENCAM (la copertura rispetto ai dati Istat è del 98% circa) della provincia di Palermo, confrontando le cause di morte (codificate con la versione ICD9 delle cause di morte) dei soggetti di cittadinanza italiana con quelle dei soggetti di cittadinanza non italiana, con l'esclusione dei soggetti residenti nei 15 paesi del nucleo storico della comunità europea, e dei soggetti residenti in USA, Canada, Giappone e Australia.

L'analisi statistica è stata condotta mediante la stima di due parametri: il Proportionate Mortality Ratio (PMR) e il Mortality Odds Ratio (MOR), in quanto non è disponibile il denominatore (popolazione residente) della popolazione con cittadinanza non italiana per il calcolo di tassi di mortalità . Per brevità viene qui presentata solo la prima analisi. I calcoli sono stati eseguiti con i software Open-Source OpenEpi vers. 3.01 e R vers. 2.15.0.

* U.O.C. di sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva, ASP di Palermo

Risultati

Sono stati individuati 320 soggetti deceduti nel periodo in considerazione di cittadinanza non italiana. Di tali deceduti 112 erano europei, 67 asiatici, 112 africani, 8 sudamericani, 21 apolidi. Gli uomini erano 184, le donne 136.

La distribuzione per classe di età alla morte è risultata la seguente: 0-14 anni: 22; 15-64: 254; 65 e oltre: 44.

La distribuzione per causa di morte è la seguente: malattie infettive: 7 (2%) , tumori: 61 (19%) , malattie apparato cardiovascolare: 76 (24%), malformazioni congenite ed altre cause perinatali : 7 (2%), malattie della gravidanza parto e puerperio: 1 (0.3), cause violente: 68 (24%), altre cause 108 (34%),

Il calcolo del PMR ha prodotto i seguenti risultati (vengono indicati solo quelli statisticamente significativi, tra parentesi i limiti di confidenza al 95%):

Uomini, 15 -64 anni , Cause violente PMR 2.14 (1.7-3.2), Donne, 15-64 anni, Tumori PMR 0.4 (0.2-0.6), Cause Violente PMR 4.2 (3.3.-7.9); inoltre un eccesso di mortalità si è registrato anche per Donne, 0-14 anni, Altre cause PMR 4.0 (1.2-9.6).

Discussione e conclusione

Dalla analisi emerge come il pattern di mortalità della popolazione non italiana differisca da quella della popolazione italiana per la fascia di età 15-64, con un maggiore impatto delle cause violente e delle malattie infettive (quest'ultimo non significativo); per quanto riguarda le altre due fasce di età non vi sono segni di grandi differenze.

Le reti per la salute degli immigrati in Italia: una strategia obbligata

Geraci S. *

Introduzione

L'Italia, nell'ambito della tutela della salute degli immigrati, si è caratterizzata dalla costruzione nel tempo di norme esplicitamente inclusive che sono nate sotto l'azione di *advocacy* di gruppi ed organizzazioni provenienti dal volontariato e dal privato sociale (e riunite dal 1990 all'interno di una specifica società scientifica: la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM, vera e propria *rete tematica nazionale*) che nel 1995, attraverso una proposta di legge condivisa dalla grande maggioranza delle forze politiche sia di governo che di opposizione, hanno avviato un processo normativo che attualmente garantisce a tutti gli immigrati presenti in Italia, anche coloro in condizioni di irregolarità, tutela sanitaria, accesso alle cure ed interventi di prevenzione.

Tra il 1998 ed il 2000 il corpo giuridico nazionale si rafforza e cominciano i primi studi di tipo epidemiologico di vasta scala e la riflessione su indicatori e politiche. Nello stesso periodo, con la riforma del titolo V della Costituzione, si avvia un processo di decentramento amministrativo che da una parte mantiene alcune competenze giuridiche e politiche a livello statale (come l'immigrazione e l'asilo) ed altre sono cedute alle Regioni (come l'organizzazione sanitaria). Ciò produce a livello locale una frammentarietà di politiche specifiche per la tutela sanitaria degli immigrati e a volte una forte disomogeneità nella garanzia di accesso ai servizi (sono stati censiti oltre 700 atti normativi prodotti dagli enti locali sul tema nel periodo considerato).

Risultati

In ambito scientifico si è però avviata un'alleanza culturale ed una collaborazione strutturata tra società civile, competenze professionali e mondo accademico e della ricerca, e ciò ha prodotto riflessioni e strumenti estremamente utili nella fase attuale di implementazione del sistema a livello locale. Al decentramento amministrativo si è risposto con la creazione di gruppi locali (Gruppi Im-

* Area sanitaria Caritas Roma, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

migrazione e Salute – GrIS, attivi nel Lazio, Trentino, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria, Sardegna, Calabria, Campania, Sicilia) che fanno della SIMM *una rete di reti* capace di dialogare con le diverse amministrazioni e “sorvegliare” una giusta interpretazione e denunciare, quando necessario, una interpretazione discriminatoria delle norme. Ciò ha fatto emergere la necessità di uniformare a livello nazionale l’approccio normativo, e su iniziativa della Regione Marche viene istituito, in sede di Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, il Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari” dove partecipano tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della Salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Si concretizza una *rete istituzionale in rete con altre reti* e si rappresenta una opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori.

Conclusioni

L’Italia in rapporto all’immigrazione, per la sua storia, per le trasformazioni sociali e politiche che sta attraversando, per la vivacità e la partecipazione del tessuto civile, per la capacità del lavoro di rete, può essere considerata un laboratorio di politiche sanitarie in divenire che possono riassumersi in tre direttive: dalla medicina alla salute, dalla delega alla partecipazione, dall’*advocacy* all’*empowerment*.

L'opinione dei Messinesi e dei Reggini sul fenomeno "immigrazione": una indagine conoscitiva

Giofrè M.E.[^], Stilo A. , Melcarne L.* , Cannavò G.[°],
Delia S.* , Ceccio C.* , Laganà P.**

Introduzione

L'immigrazione è spesso determinata dalla ricerca di una vita più dignitosa o da motivazioni politiche. In ogni caso, conduce quasi sempre ad un'esperienza segnata da forti difficoltà determinate dalla mancanza di un'adeguata accoglienza e dalla discriminazione. Il presente studio si è prefisso di conoscere l'opinione di un campione di popolazione dell'area dello Stretto di Messina riguardo al fenomeno "immigrazione". Il risultato può fornire una stima indiretta della qualità dell'accoglienza offerta agli immigrati in un'area geografica destinata ad una sempre più stretta conurbazione.

Materiali e Metodi

L'indagine è stata svolta nel periodo gennaio-aprile 2013 intervistando tramite un questionario anonimo un campione di messinesi e reggini scelti a caso tra le diverse fasce sociali e culturali. I questionari validi raccolti, ciascuno dei quali costituiti dalle medesime 25 domande a risposta chiusa, sono stati 400 di cui 141 di reggini (39% maschi 61% femmine) e 259 di messinesi (39% maschi 61% femmine). Le risposte sono state elaborate statisticamente con il software SPSS.

Risultati

I dati più rilevanti sono stati i seguenti: secondo il 28% dei reggini ed il 33% dei messinesi gli immigrati più numerosi in Italia sono i cinesi, mentre il 60 % dei

* Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali – Università di Messina

° Direzione Sanitaria AOU "G. Martino" Messina

^ Dottore di Ricerca in Igiene Applicata – Università di Messina

reggini ed il 47% dei messinesi afferma di incontrare gli immigrati prevalentemente in strada e sui mezzi di trasporto pubblici; il 100% dei reggini intervistati ed il 92% dei messinesi ritiene che il motivo della presenza degli immigrati in Italia sia la ricerca di un lavoro e che questo sia rappresentato dal settore dell'agricoltura secondo il 70% dei reggini ed il 40% degli uomini messinesi, mentre per il 48% delle donne messinesi questo è dato dalla collaborazione domestica. Il 52% dei reggini di entrambi i sessi ritengono, poi, che l'accesso al SSN dovrebbe essere disponibile a tutti gli immigrati, sia regolari che irregolari, mentre per il 59% dei messinesi solo agli immigrati regolari, inoltre, il 57% dei messinesi ed il 57% dei calabresi pensano che solo gli immigrati regolari dovrebbero accedere all'istruzione pubblica; il 31% dei messinesi di entrambi i sessi ed il 33% delle donne reggine pensano che sarebbe utile limitare gli sbarchi dei migranti sulle coste favorendo, con una comune strategia politica europea, i flussi verso altri paesi, invece il 33% degli uomini reggini ritiene che bisogna impedire gli sbarchi respingendo i natanti; infine, la gran parte dei soggetti intervistati (94% reggini e 77% messinesi) ha dichiarato che l'attuale crisi economica ha fatto aumentare il tasso di disoccupazione italiana di più rispetto a quella straniera, dal momento che gli immigrati sottraggono lavoro agli italiani (63% dei reggini e 49% dei messinesi) consentendo l'abbassamento dei salari (65% dei reggini ed il 50% messinesi).

Discussione e Conclusioni

Da questi dati appare che, nel campione di popolazione intervistato, la qualità dell'accoglienza degli immigrati presenta aspetti problematici dettati soprattutto da diffidenza, presumibilmente basata su una non chiara conoscenza del fenomeno o da semplice rifiuto pregiudiziale. Gli «immigrati» sono percepiti come «estranei» e visti come un male per l'organizzazione sociale-culturale-economica consolidata, specie se la propria condizione sociale è posta in dubbio per contingenze economiche che ne pregiudicano il futuro.

Strategie per il recupero delle donne migranti nei programmi di screening

Montesi M.P.; Misuraca A.*; Mihai M.^; Napoli M.T.^*

Introduzione

Lo screening organizzato è un programma di prevenzione che presuppone una presa in carico duratura. Necessita di anagrafe costantemente aggiornata, ma soprattutto richiede una certa “stabilità” della popolazione. Risponde perfettamente ai principi ispiratori del SSN: equità, solidarietà, universalità; permangono tuttavia delle fasce fragili. Sulla base di un’esperienza precedentemente compiuta con le donne ROM di Lamezia Terme ci rivolgiamo ora alle donne migranti, avendo l’opportunità di avvalerci di una mediatrice culturale. Le straniere sono indubbiamente svantaggiate per i seguenti motivi:

- Difficoltà a capire una lettera di invito scritta in italiano;
- Dati anagrafici spesso lacunosi;
- Spostamenti frequenti;
- Pregiudizi o scarsa conoscenza delle strategie di prevenzione;
- Comunicazione filtrata attraverso altre figure (mariti).

Un caso particolare sono le irregolari che, non essendo in anagrafe, per lo screening “non esistono”: per queste donne si devono approntare altre strategie che esulano dal programma di screening organizzato.

Materiali e Metodi

Sono state estratte dal software gestionale dello screening tutte le straniere invitate nel 2012, che non hanno risposto all’invito per Pap test o mammografia. Sono in tutto 284, di diverse nazionalità di origine.

Le persone sono contattate in questi modi:

- Telefonata da parte della mediatrice culturale, recuperando il numero dai dati già in possesso dall’Azienda Sanitaria;

*Centro screening – ASP di Catanzaro; ^ Rete Consultoriale - ASP Catanzaro

- Avvisi nei posti frequentati dai migranti (scuole, centri per l'impiego, consultori);
- Passa-parola attraverso familiari a loro volta contattate per lo stesso motivo.

La telefonata si svolge nel seguente modo:

- La mediatrice si presenta e chiede conferma dei dati anagrafici;
- Chiede se la persona ha ricevuto l'invito precedente:
 - No: la donna viene informata sullo screening e le si propone un appuntamento in data a sua scelta;
 - Sì: si chiede il motivo della mancata adesione e si propone un altro appuntamento, in data a sua scelta;
- Se c'è esitazione, la persona è ricontattata in seguito.

Risultati

Il progetto è ancora in corso per i tre screening oncologici, ma i dati principali riguardano il Pap test, che copre una fascia di età più ampia e più giovane (25-65 anni), mentre poche straniere sono nella fascia di età dai 50 ai 70 anni (mammografie e colon-retto). Solo il 34% ha fornito un numero di telefono all'Azienda Sanitaria e tra queste oltre la metà non rispondono o il numero risulta errato; 31% delle contattate accettano l'invito, 14% sono indecise. Solo l'1% rifiuta subito. Chi non ha risposto all'invito nel 2012 lo ha fatto perché fuori sede o per motivi di salute o perché non aveva ricevuto l'invito.

Discussione

Ci sono molte difficoltà a rintracciare le donne migranti, dato che cambiano frequentemente residenza e scheda telefonica o forniscono numeri falsi. Il recupero di almeno il 31% delle non rispondenti indica che sono necessarie specifiche iniziative di promozione della salute per spiegare le opportunità offerte dalla prevenzione oncologica e guadagnare la fiducia delle migranti.

Sezione Seconda

*La malattia tra paese di origine e paese di immigrazione:
offerta sanitaria nelle esperienze regionali*

Ricorso degli immigrati alle cure ospedaliere: analisi dei ricoveri presso l'Aou "G. Martino" di Messina

Melcarne L. – Cannavò G.° – Panagia P.° – Raffa R.° – Delia S.* – Laganà P.**

Introduzione

Uno degli aspetti più importanti di una completa integrazione sociale dei cittadini stranieri è quello che riguarda la reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Tuttavia, malgrado la normativa italiana preveda il diritto all'assistenza sanitaria per tutta la popolazione, italiana o immigrata, regolare o no, gli immigrati, specie quelli di recente arrivo nel nostro Paese, hanno difficoltà nell'accesso e nella fruizione delle cure. Al fine di individuare elementi utili per comprendere il fenomeno in questione, abbiamo analizzato l'afflusso di cittadini stranieri nella più grande realtà ospedaliera della città di Messina.

Materiali e Metodi

I dati per lo studio sono stati ricavati dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del triennio 2010-2012 e sono stati elaborati statisticamente con il software SPSS.

Risultati

Alcuni dei dati ricavati hanno mostrato che nei tre anni considerati il numero dei ricoveri degli immigrati si è mantenuto pressoché stabile: nel 2010 vi sono stati 104 ricoveri di cui 81 (77,9%) ORD e 23 (22,1%) DH; nel 2011 95 di cui 83 (87,4%) ORD e 12 (12,6%) DH; nel 2012 103 di cui 84 (81,6%) ORD e 19 (19,4%)DH; le nazionalità extracomunitarie più rappresentate sono state per entrambi i sessi: nel 2010 e 2011 quelle dello Sri-Lanka, nel 2012 quella albanese, mentre per le nazionalità comunitarie in tutto il periodo considerato è stata predominante quella rumena sia per le donne che per gli uomini. La maggior

* Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali – Università di Messina.

° Direzione Sanitaria AOU "G. Martino" Messina.

parte dei soggetti ricoverati aveva un'età compresa tra i 25 ed i 54 anni: 70,2% nel 2010; 54,7% nel 2011 e 56,3% nel 2012. La frequenza dei DRG riscontrati, nel triennio considerato, evidenzia una significativa maggiore prevalenza del DRG 381 (aborto con dilatazione e raschiamento) a carico del sesso femminile. Invece, la casistica assistenziale nel 2010-2011 ha visto prevalere le patologie dell'apparato osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, lesioni muscolari di origine lavorativa) e la sfera ostetrico-ginecologica (aborti/parti); mentre nel 2012 quelle respiratorie e tumorali.

Discussione e Conclusioni

Sebbene negli ultimi anni sia stata notevolmente approfondita la conoscenza epidemiologica della popolazione straniera, le informazioni sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari degli stranieri residenti nel nostro Paese sono ancora piuttosto frammentarie.

L'analisi di tali fenomeni appare fondamentale per adeguare l'offerta di servizi alla domanda ed ai bisogni di salute specifici di questa popolazione, tenuto conto che ormai la presenza straniera in Italia si va sempre più consolidando. Dai dati ottenuti e dalla revisione della letteratura di settore emerge che i fattori che incidono sulla salute degli stranieri, sono connessi alla sfera culturale del medico e del paziente, ossia al valore dato ai sintomi della malattia e al modo di presentarli, nonché alle forme di sostegno richieste e alle aspettative e attese d'assistenza. Le attese sui vari tipi di rimedi e cura, il pensare a dove, a chi e come richiedere aiuto, interferiscono sulla tempestiva e appropriata presentazione del problema di salute, sulla corretta definizione, diagnosi e cura, e sulla possibilità di una efficace adesione al trattamento, da parte del paziente straniero.

Analisi della domanda di salute degli immigrati residenti nell'Asp di Ragusa attraverso la valutazione del ricorso all'assistenza ospedaliera

Migliorino G. , Bonomo P.* , Amato V.°, Aliquò A.°*

Introduzione

Nella provincia di Ragusa il trend dell'immigrazione è in costante aumento : nel 2003 la popolazione degli immigrati residenti era costituita da un n° di 5896 (♂ n° 3808 e ♀ n°2088) e nel 2011 la popolazione straniera residente si è quadruplicata (n°20956 - ♂ 12241 e ♀ 8715). Dalla letteratura si rileva che le schede di dimissione ospedaliera (SDO) rappresentano una fonte fondamentale per lo studio dei problemi di salute degli immigrati e le differenze che sussistono da quelle degli autoctoni . Inoltre , vengono utilizzati nel valutare se i servizi offerti sono in grado di fornire le cure necessarie..

Metodi e strumenti

Le fonti informative utilizzate sono state le SDO dell'attività Ospedaliera dell'Asp di Ragusa degli anni 2011 e 2012 compresa l'ospedalità privata . La definizione di caso di popolazione immigrata è stata effettuata considerando la variabile *cittadinanza* , raggruppando in persone con cittadinanza di paesi con forte pressione migratoria ma presenti in Italia , con regolare permesso o titolo di soggiorno (PFPM regolari), assimilabili ai residenti ; i non residenti utilizzando la variabile residenza e un altro gruppo che è stato identificato sono gli immigrati provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA). Dai ricoveri selezionati sono stati esclusi quelli scaturiti dalla mobilità passiva . La fonte per risalire alla composizione delle Popolazioni è stata Demo-Istat . La stima della *domanda di salute* della popolazione PSA e PFPM è stata possibile esaminando i ricoveri dei soli residenti. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione , per i ricoveri Totali ed Ordinari nei residenti e per cittadinanza è stata utilizzata la standardizzazione diretta (I tassi di ricovero troncati a 64 anni).

* Direzione sanitaria P.O. Modica / Scicli , °Direzione Generale Asp Ragusa

Risultati

I risultati del presente studio, per quanto riguarda i ricoveri selezionati, rilevano che la percentuale dei ricoveri nella popolazione "PFPM" residente è stata uguale al 3,18 % (n=3762) del totale, per i non residenti lo 0,83 % (n= 985) e per la popolazione italiana il 95,52 %; nell'analisi sono stati inclusi anche i ricoveri dei parti normali.

La stima della variabile età, per quanto riguarda la mediana, stratificata per nazionalità, sesso e regime, in regime ordinario ha individuato delle differenze sostanziali tra le popolazioni indagate: nelle donne immigrate prevale la giovane età (27 anni e 26 anni) rispetto a 52 anni delle donne italiane; per gli uomini italiani l'età più anziana (62) rispetto ai PFPM residenti 26 anni e quelli non residenti 27 anni.

L'analisi della "provenienza" degli immigrati che fanno ricorso all'ospedalizzazione, mette in evidenza che la nazione con il numero più elevato è la Romania (n=1704) segue la Tunisia (n=1031), l'Albania (n=591). La città di Vittoria è il comune che ha la percentuale più alta di immigrati residenti (PFPM) che fanno ricorso all'ospedale (n°601). Il Presidio Ospedaliero più utilizzato dagli immigrati, in regime ordinario, è quello di Vittoria (n°1137 ricoveri).

Nei ricoveri ordinari degli Immigrati PFPM uomini residenti, le *classi di età* con percentuali più elevate sono la "*<1*", "*18-34*" e "*35-49*": nelle donne PFPM residenti la quantità più alta si riscontra nella *classe "18-34"* – e si è visto che il 56% di quest'ultima classe ricorre all'assistenza sanitaria per la gravidanza, parto e puerperio. Il tasso di ospedalizzazione sia per tutti i ricoveri che per quelli ordinari è inferiore negli immigrati residenti rispetto alla popolazione italiana, sia negli uomini che nelle donne.

Le cause del ricovero in regime ordinario, nella popolazione residente immigrata, negli uomini sono più frequenti i traumatismi ed avvelenamenti e nelle donne sono dovute a gravidanza, parto e puerperio.

I ricoveri urgenti degli uomini immigrati residenti, in regime ordinario, sono più elevati nelle classi più giovani.

Dall'analisi dei Day Hospital, nelle donne PFPM si rileva che il DRG in maggior misura identificato è il 381

(aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione) principalmente nelle classi di età "*>24-32*" e "*>32-40*"; per gli uomini quello più frequente è rappresentato dal DRG 162 (interventi per ernia inguinale e femorale età >17 anni senza cc).

Conclusioni

I risultati dello studio rilevano che la popolazione degli immigrati che fruisce dell'assistenza ospedaliera dell'Asp di Ragusa è più giovane rispetto a quella italiana. L'analisi del tasso di ospedalizzazione mostra che il ricorso all'ospedale dagli immigrati residenti è contenuto ed è più rappresentato in maggior misura da eventi fisiologici quali il parto o per mancanza di interventi di prevenzioni quali l'aborto e/o probabilmente dagli infortuni sul lavoro. Questa prima analisi rappresenta un punto di partenza per la descrizione della domanda di salute della popolazione immigrata in quanto andrebbero analizzati anche altri aspetti dei percorsi assistenziali come l'assistenza territoriale.

Un fatto da considerare è che il quadro epidemiologico della popolazione immigrata residente potrebbe cambiare e quindi sarebbe necessario realizzare un sistema di sorveglianza per rispondere ai bisogni di salute, stabilire programmi di prevenzione e attuare strategie di offerta attiva dei servizi migliorando l'informazione. Un altro aspetto di fondamentale importanza è l'appropriatezza dei flussi informativi ed il loro utilizzo.

Dott. Gaetano Migliorino Medico-epidemiologo
Dirigente Medico Direzione Sanitaria P.O. di Scicli Asp di Ragusa
e-mail g.migliorino@asp.rg.it
tel. 0932 446202
cell.333 7031148

Prevenire l'errore in chemioterapia: strategie di implementazione di una procedura per la sicurezza

Moro D., Mastretti A.**, Gardinali F.**, Tortorici A.**, Sacco M.**

Introduzione

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica determinano danni molto gravi anche alle dosi approvate. La possibilità di errore è presente in tutto il processo di gestione dei farmaci antineoplastici (approvvigionamento, immagazzinamento, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione). Pertanto, è necessario avere a disposizione indicazioni, condivise ed uniformi. Per questo è decisivo il ruolo della Direzione sanitaria nell' accrescere il grado di consapevolezza tra gli operatori sanitari e nell' implementare azioni di miglioramento tra le quali risultano di notevole rilevanza la garanzia di condizioni lavorative adeguate in termini sia di risorse strutturali sia gestionali. E' doveroso, quindi, nel contesto di una politica aziendale di prevenzione, prestare particolare attenzione ai fattori strutturali, ambientali, organizzativi, gestionali e al clima lavorativo e relazionale.

Materiali e metodi

La Direzione Sanitaria dell' Istituto di Cura Città di Pavia ha elaborato, nell'ambito del Processo di gestione del Farmaco, una Procedura che riporta tutte le indicazioni necessarie per evitare errori in terapia oncologica e garantire sicurezza e qualità delle cure. In essa sono descritte tutte le fasi della filiera del farmaco antineoplastico, con particolare attenzione nei confronti di prescrizione, preparazione e somministrazione, nelle quali è più stretto il legame tra paziente, operatore sanitario e farmaco.

Per aumentare la compliance da parte del personale sanitario si sono con-

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense. Unità di Igiene. Università degli studi di Pavia

**Istituto di Cura Città di Pavia, Gruppo Ospedaliero San Donato

dotte strategie di implementazione attraverso la creazione di apposita modulistica.

E' stata concepita ad hoc una *scheda giornaliera per la prescrizione/somministrazione* della chemioterapia.

Dal momento che proprio la somministrazione rappresenta una fase particolarmente critica e l'utilizzo di personale competente/esperto può ridurre drasticamente l'incidenza di errore, è stata fornita agli operatori sanitari una **check list per la somministrazione del farmaco antineoplastico**. Tale strumento, creato con la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza, include le tre fasi "prima, durante e dopo la somministrazione del farmaco". All'interno di ciascuna fase sono sviluppati items che prevedono controlli da effettuare, con relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo. Le checklist sono state consegnate ai singoli professionisti per raccogliere osservazioni e suggerimenti al fine di rendere lo strumento il più possibile aderente al contesto specifico.

Inoltre, è stata redatta una versione aggiornata del **Prontuario Farmaceutico Interno**, con una sezione dedicata ai farmaci antineoplastici disponibili nella struttura, corredata di **scheda tecnica** e **scheda di valutazione di cancerogenicità** dei principi attivi chemioterapici.

Risultati

I risultati in termini di compliance nei confronti della procedura e di implementazione della checklist saranno valutati attraverso ispezioni interne e sedute di audit programmate.

Discussione e conclusioni

E' auspicabile che tale strategia sostenga sia i cambiamenti di sistema sia i cambiamenti dei comportamenti individuali, rafforzando standard per la sicurezza e processi di comunicazione implicati nella terapia oncologica.

Organizzazione e offerta sanitaria: l'esperienza lombarda

*Olivani P.**

Introduzione

La legislazione nazionale, descritta nei precedenti interventi, ha trovato ostacoli all'applicazione in alcuni ambiti regionali, soprattutto in Lombardia, oltre che in Calabria e in Basilicata.

Vediamo ora le principali inadempienze della legislazione sanitaria lombarda, rispetto a quella nazionale. Il riferimento legislativo per la regione Lombardia non è una legge vera e propria, ma una serie di circolari e delibere della Giunta Regionale della Sanità promulgate tra il 1999 ed il 2007.

Risultati

Secondo tali disposizioni per gli immigrati extracomunitari irregolari non sono previste prestazioni di medicina essenziale di base e vi sono gravi difficoltà prescrittive per la medicina essenziale specialistica. Per i neocomunitari che non hanno i requisiti per essere assistiti dal SSR, e bisognosi di prestazioni ambulatoriale per patologie indifferibili non è previsto alcun tipo di assistenza.

Vediamo quali possono essere le fragili e opinabili basi teoriche di tali inadempienze. La legge 15 marzo 1997 n. 59 riguarda la suddivisione delle responsabilità normative fra Stato e Regioni; secondo tale legge, per quanto concerne il nostro argomento, la competenza sull'immigrazione resta allo Stato, quella sulla sanità va alle Regioni. Però la legge costituzionale n.3, 18 ottobre 2001, "modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", afferma che *"la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente: spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato"*. Lo Stato, a tale scopo, si è dotato di alcuni strumenti, fra cui i LEA (livelli essenziali di assistenza) e gli accordi Stato-Regioni. I LEA, riguardo la salute dei migranti, sono espressi dal T.U. 286/98; i compiti di controllo sull'equità delle legislazioni sanitarie regionali sono delegati al Ministero della Salute. Tale diatriba fra Stato-Regione Lombardia si manifesta nella mancata applicazione, da parte della Regione, del comma

* NAGA - Milano

8 dell'art.43 d.P.R. 394/99 là dove afferma che] *“le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative, previste dall'art.35 comma 3 del T.U., possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi specifica esperienza”*. Questa mancata applicazione non deriva certo da ritardi o difficoltà amministrative; è opportuno ricordare che tale norma è applicata regolarmente nella quasi totalità delle altre Regioni.

Discussione

Sul piano pratico: in Lombardia, attualmente, per l'immigrato irregolare è possibile ottenere prestazioni di medicina essenziale di base esclusivamente tramite i “pronti soccorsi” o gli ambulatori delle associazioni di volontariato. Le prestazioni tramite pronti soccorsi risultano spesso inadeguate per i pazienti, essendo impossibile, in tali sedi, garantire la continuità delle cure; d'altra parte sono anche particolarmente costose per le finanze regionali. Gli ambulatori di medicina di base del volontariato (che nascono del tutto spontaneamente e quindi risultano anche poco controllabili) si trovano a fornire gratuitamente, oltre alla visita, anche le indagini diagnostiche e i farmaci con costi aggiuntivi che nel 2010 hanno superato i 3 € a visita. Da pochi mesi alcune ASL (in ottemperanza alla circolare regionale H1.2009.0003895 del 3 febbraio 2009) hanno offerto agli ambulatori del volontariato la possibilità di utilizzare il ricettario regionale. Esistono infine 2 o 3 ambulatori ospedalieri “dedicati” per gli irregolari, che funzionano poche ore alla settimana. Per quanto concerne la medicina essenziale specialistica, si lamenta che la Regione non abbia codificato una modalità di invio, certa e unitaria, da parte degli ambulatori di base del volontariato alle strutture specialistiche ospedaliere (attualmente, come si è detto, sono, per la gran parte, gli ambulatori del volontariato che suppliscono spontaneamente alla mancanza di strutture pubbliche dedicate alla medicina di base). Purtroppo è ancora presente l'invio “ad personam”, che comporta comunque una perdita di più del 60% dei pazienti che, inviati dagli ambulatori di base del volontariato, di fatto vengono respinti dalle amministrazioni delle strutture pubbliche specialistiche, in mancanza di disposizioni e di modulistica regionali (vedi ricerca Naga 2011: “STP”). Bisogna inoltre considerare che i pazienti inviati alla specialistica sono proprio i più gravi e a rischio.

Conclusioni

Questa tendenza a realizzare solo in parte quanto stabilito dalla legislazione nazionale, palese in Lombardia, ma avvertibile anche in altre regioni, ha determinato una netta presa di posizione della Conferenza Stato-Regioni, che ha puntualizzato, tramite un preciso Accordo, i principi della legislazione nazionale in tema di salute dei migranti, attualmente ancora disattesi. L'Accordo Stato-Regioni è stato siglato all'unanimità il 20 dicembre 2012; prevede l'attuazione da parte delle regioni di undici provvedimenti. Fra i più qualificanti:

- l'iscrizione obbligatoria al SSR dei minori stranieri, anche in assenza del permesso di soggiorno (con relativa assegnazione al pediatra di base),
- garanzia agli STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo fino alla possibile risoluzione dell'evento morboso,
- rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure,
- equiparazione dei livelli essenziali e organizzativi del codice STP al codice ENI;

estensione del tesserino codice ENI nelle regioni e province che non lo hanno ancora previsto.

In caso di ulteriore inadempienza della regione, il Governo Nazionale ha facoltà di subentrare alla Regione, dettando direttamente le disposizioni non promulgate, in base alle norme di potere sostitutivo, previste dall'art. 6 della legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3.

Problematiche emergenti di sicurezza alimentare. Prodotti etnici e autenticità

*Parisi S., Laganà P., Giofrè M.E., Minutoli E., Delia S.**

Introduzione

La crescente integrazione tra diversi Popoli nelle maggiori Aree geopolitiche ha portato negli ultimi decenni ad una diversificazione delle abitudini di vita.

Nello specifico settore della nutrizione è da registrare la crescente presenza di diversi prodotti etnici usati in pietanze di tipo piccante (piatti statunitensi, messicani...). Tuttavia, ricette del genere possono essere preparate con ingredienti assolutamente “non tradizionali” ed appartenenti a culture diverse.

In un’epoca storica come la presente, caratterizzata dalla crescente inquietudine del Consumatore medio di fronte al problema dell’Autenticità degli ingredienti, il semplice sospetto che un piatto possa essere realizzato anche con ingredienti “non autentici” fa da traino a decisioni gravi che includono anche il richiamo e/od il ritiro del prodotto alimentare: un problema di sicurezza alimentare, cui occorre rispondere in maniera multidisciplinare (medicina, chimica, microbiologia, ...) come indicato dal Piano Sanitario Regionale 2011-2013 (Regione Sicilia).

Con riferimento esclusivo ma non limitato ai casi sopra menzionati, è noto da tempo come sia possibile ed anche suggerita l’aggiunzione di salse tipiche del Nord Africa, come la celeberrima “Harissa”. È utile stabilire se le versioni pronte all’uso sul mercato siano identificabili ed igienicamente accettabili.

Metodi

Sono stati prelevati ed analizzati 12 differenti campioni di “Harissa” alimentare pastorizzata in scatola metallica. I risultati sono stati confrontati, dopo un periodo di 3 mesi con quelli delle salse originali. Per 2 lotti sui 6 di origine è stato usato olio di oliva vergine, mentre negli altri è stato usato olio d’oliva extra-vergine.

Di questi campioni si è voluto determinare il comportamento delle confezio-

* Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali, Sezione di Medicina Preventiva, Università di Messina

ni dopo 90 giorni con riferimento a possibili danneggiamenti. In contemporanea, si è valutata la persistenza colorimetrica dei campioni nel tempo grazie a tecniche di Imaging strumentale reperibili nella letteratura scientifica internazionale.

Risultati

I risultati hanno evidenziato, nella maggior parte dei casi, che il prodotto “Harissa” non determina danneggiamenti di sorta come bombaggi, arrugginimenti od altro. Peraltro, le fotografie digitali hanno mostrato come il colore sia rimasto sostanzialmente identico nel tempo (canale R). Tuttavia nei due casi segnalati con l’utilizzo di olio d’oliva vergine si sono avuti risultati in forte controtendenza.

Discussione e Conclusioni

Da quanto visto si può dedurre che:

- le conserve hanno irreversibilmente colorato lo smalto interno delle scatole dopo 3 mesi, con eventuale rischio di cessione di intermedi plastici ed inorganici all’alimento. Questo è un rischio igienico-sanitario prevedibile;
- la perdita di colorazione nel prodotto è stata molto più evidente nel prodotto ottenuto con olio d’oliva vergine; contestualmente, le scatole hanno assorbito molti più pigmenti con aumento del teorico rischio igienico-sanitario.

Si può concludere che un test colorimetrico semplice come quello presentato possa fornire un utile aiuto in sede di ispezione igienico-sanitaria di prodotti “Harissa” inscatolati, evidenziando differenze sostanziali all’interno della classe merceologica di prodotto, per non parlare dei confronti con altre salse simili ma non identiche.

Organizzazione e offerta sanitaria: l'esperienza Toscana

Ricci L.

Introduzione

L'immigrazione rappresenta per la Sanità Pubblica un grande impegno di analisi, di intervento e di ri-orientamento dell'attività. Nelle fasi iniziali del fenomeno è in particolare Igiene e Sanità Pubblica a confrontarsi con i relativi problemi di tipo igienico e di salute delle persone immigrate.

Materiali e metodi

Nell'intervento si descrivono dal punto di vista dell'Igiene e Sanità Pubblica, il primo servizio di salute a incontrare il fenomeno migratorio, i problemi affrontati, le modalità di comunicazione i servizi approntati e rivolti alle persone immigrate, prevalentemente extracomunitari, e comunitari dell'est Europa.R

Risultati

In Toscana la recente immigrazione si manifesta a partire dai primi anni '90. Nel 1993 la popolazione immigrata è di 45.414; nel 2010 è cresciuta di 7 volte : 364.152.

L'incidenza stranieri/popolazione, da 1,29 passa a 9.71. A Prato in particolare inizia anche prima, intorno al 90-91, con i primi nuclei di immigrati cinesi: 2937.

Nel 2010 gli immigrati sono 33.874; l'incidenza stranieri da 1,34, passa a 13,56. La più alta della Toscana. Addirittura nel comune di Prato l'incidenza supera il 17%, la città che a livello nazionale ha il più alto tasso immigratorio in rapporto alla popolazione.

Discussione

L'esperienza di Prato ha, si può dire, percorso i tempi in molti dei temi del rapporto fra immigrazione e salute in Toscana. Prato è anche nota nel mondo, per lo specifico e singolare alto rapporto fra popolazione e immigrati cinesi, che

ne fa la sede della più importante comunità cinese al di fuori della Cina. Ottimi i risultati in termini di adesione alle prestazioni di salute da parte della comunità immigrata, in particolare le vaccinazioni e gli screening per la profilassi delle malattie infettive (contatti TBC)

Conclusioni

Nell'ambito del governo della salute della comunità, unitariamente intesa, così come giusto in termini etici, umanitari e come riconosciuto dalla Costituzione del nostro Paese, la Sanità Pubblica deve adoprarsi insieme alle altre Istituzioni, perché la sanità venga percepita dall'immigrato come amica

Prevenzione di infezioni al sito chirurgico: management di un sistema adattivo complesso

Sacco M. , Mastretti A.** , Gardinali F.** , Moro D.**

Introduzione

L'evoluzione della fisica verificatasi nei secoli scorsi ha aperto la strada ad una visione nuova, in cui le proprietà di un sistema non sono date dalla semplice somma delle sue parti, ma nascono dall'interazione e dalla relazione tra i singoli componenti.

Si afferma così il concetto di sistema complesso caratterizzato da:

- una totalità integrata le cui proprietà non possono essere pari a quelle di parti più piccole;
- sistemi inseriti in altri sistemi;
- una trama inscindibile di relazioni (rete);
- dinamicità;
- imprevedibilità.

In letteratura esiste evidenza di come le idee e le logiche della teoria della complessità possano essere impiegate come maschera interpretativa in ambiti assai diversi, compreso quello sanitario, sia a livello clinico sia manageriale.

Focalizzando l'attenzione sulla problematica della prevenzione delle infezioni al sito chirurgico è possibile rintracciare le caratteristiche di un sistema complesso, e quindi sfruttare strumenti ad hoc nella fase di implementazione delle linee guida ministeriali. E' immediato infatti constatare come le strategie di prevenzione coinvolgano diversi sistemi, tutti complessi, adattivi ed interconnessi, che comprendono la sfera microscopica e quella macroscopica, l'ambiente fisico e la dimensione comportamentale.

Materiali e metodi

La strategia di implementazione delle linee guida per la prevenzione delle infezioni al sito chirurgico, alla luce della teoria dei sistemi complessi, si articola in

* Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Sperimentale e Forense. Unità di Igiene. Università degli studi di Pavia

**Istituto di Cura Città di Pavia, Gruppo Ospedaliero San Donato

una serie di interventi multidisciplinari, rivolti a personale medico ed infermieristico nella fase di preparazione all'intervento, nella fase chirurgica vera e propria e nel post-chirurgico. Gli interventi sono multisettoriali, abbracciando aspetti igienico-comportamentali (igiene delle mani, misure di precauzione standard), igienico-ambientali (sanificazione della sala operatoria, sterilizzazione strumentario chirurgico), aspetti di natura organizzativa (regolamentazione accesso in sala operatoria, checklist operatorie) e aspetti puramente clinici (profilassi antibiotica, gestione e medicazione della ferita). Inoltre sono definiti, accanto ad interventi generici, interventi specifici per singolo paziente, specifici per tipologia di intervento e differenziati in considerazione di variabili non prevedibili.

Risultati

L'efficacia della procedura sarà valutata:

- in termini di compliance da parte del personale sanitario mediante visite ispettive programmate e audit;
- attraverso il monitoraggio delle infezioni ospedaliere al sito chirurgico, segnalate su apposita scheda.

Discussione e conclusioni

Il principio di dinamicità che permea il sistema fa sì che il cambiamento sia una condizione inalienabile che costringe il sistema stesso a continui processi di adattamento. Questo presuppone un continuo monitoraggio delle diverse fasi di applicazione delle norme di prevenzione di infezione al sito chirurgico, al fine di poter intervenire con progressivi adattamenti che rendano le nostre istruzioni calzanti nei confronti del contesto in cui devono essere applicate. In quest'ottica riteniamo che l'approccio sistemico possa garantire prospettive costruttive per il management e la gestione del team di operatori sanitari.

L'esperienza con le popolazioni immigrate nel territorio dell'unità operativa territoriale di Termini Imerese

*Sutera A., Butera A., Geraci P., Marchica V.**

Introduzione

Il rapporto con le popolazioni immigrate e l' U.O.T.di Prevenzione di Termini Imerese risale al 1998 con l'istituzione di un Centro di accoglienza nel proprio territorio destinato a cittadini di provenienza nord Africana e del Kosovo.

Negli anni cittadini extra comunitari si sono rivolti all'U.O.per richieste di attestazione di igienicità dei propri alloggi nell'ambito di ricongiunzioni familiari e per i rinnovi dei permessi di soggiorno oltreché per le vaccinazioni dei minori.

Si è effettuata la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in soggetti ospiti presso strutture di accoglienza (Comunità Alloggio) territoriali.

Metodi

Con la collaborazione del personale sanitario operante presso l' U.O. (Assistenti Sanitari/Tecnici della Prevenzione), sono state analizzate le tipologie di accesso dei cittadini immigrati presso l'U.O.di Prevenzione e soddisfatte le richieste da parte di Enti/Associazioni operanti nell'ambito.

Risultati

I migranti che si sono rivolti all'U.O.sono stati prevalentemente di provenienza Africana, Albanese, Asiatica, Rumena (fino all'entrata nella Comunità Europea), di genere maschile, di età compresa tra i 25-35 anni e con un'occupazione nel settore agricolo, nel commercio e di collaborazione domestica. Le principali tipologie di accesso sono risultate: sopralluoghi per la verifica delle condizioni igienico sanitarie del Centro accoglienza e delle abitazioni; sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria (vaccinazioni pediatriche e adulti).

* ASP Palermo- U.O.T.di Prevenzione Termini Imerese

Conclusioni

Sia nel Centro di accoglienza che nelle attuali Comunità Alloggio sono state prescritte misure atte a prevenire l'insorgenza e l'eventuale diffondersi di malattie infettive e/o contagiose.

Nel caso di accesso da parte di immigrati già presenti da più anni nel territorio locale non sono stati riscontrati rilevanti problematiche in merito alla comprensione della lingua italiana, da parte del personale operante nell'U.O.

Nell'arco degli anni è aumentato il numero e la tipologia di interventi a favore della popolazione immigrata.

Nel caso degli immigrati delle Comunità Alloggio l'evidenza della non conoscenza della lingua italiana renderebbe necessario l'intervento di un mediatore linguistico culturale.

Sezione Terza

Patologie emergenti e strategie di controllo

I tumori negli immigrati. Dati dei registri tumori

*Crocetti E.**

Introduzione

In Italia esiste una rete di registri tumori di popolazione, rappresentata dall'Associazione Italiana registri Tumori (Airtum, www.registri-tumori.it), che nel complesso interessa quasi il 50% dei residenti. La popolazione residente, nel corso degli ultimi decenni si sta caratterizzando sempre di più per la presenza di cittadini immigrati da altri Paesi, questa quota nel 2011 rappresentava il 6.7% del totale (demo.istat.it). Questo cambiamento sociale può presentare anche delle implicazioni sanitarie che i registri tumori possono contribuire a documentare.

Materiali e metodi

Almeno due sono gli aspetti di interesse, il primo relativamente a rischi particolarmente elevati per specifiche patologie tumorali di sottogruppi nella popolazione immigrata, quantificabile attraverso la valutazione dell'incidenza in questa fascia di popolazione, l'altro relativo a possibili difficoltà di accesso della popolazione immigrata ai servizi del sistema sanitario italiano, misurabile attraverso lo studio dell'iter diagnostico-terapeutico, ad esempio valutando lo stadio alla diagnosi o le modalità diagnostiche in riferimento all'accesso a programmi di screening organizzato. La misura del primo aspetto, il rischio, richiede di riferire il numero dei casi alla popolazione che li ha espressi. Per quanto riguarda gli immigrati è necessario definirli usando o un carattere giuridico, quale la cittadinanza, oppure la nazionalità, ovvero il Paese di origine, che maggiormente rappresenta quelle caratteristiche culturali e comportamentali che accomunano le persone che provengono dalla stessa realtà. Questo per esemplificare come l'attività di registrazione e valutazione dei tumori negli immigrati presenti anche aspetti peculiari di metodo che devono essere considerati, non ultimo che la quota di 'irregolari' è per definizione più difficilmente quantificabile, e lo è in modo differenziale fra numeratore e denominatore.

* Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Firenze; Segretario Airtum

Risultati

Gli immigrati sono generalmente giovani ed in buona salute, quindi con livelli di frequenza oncologica relativamente modesti. Anche al netto dell'effetto età, la popolazione immigrata mostra livelli di incidenza complessivamente più bassi rispetto ai nati in Italia. D'altra parte esistono esempi di tumori che proprio nella popolazione immigrata, soprattutto da alcune aree del globo, mostrano un'incidenza più elevata dei nativi italiani. E' questo, ad esempio, il caso del tumore della cervice uterina per il quale le donne immigrate, che rappresentano circa il 50% del totale della popolazione immigrata, hanno un rischio più elevato rispetto alle native in Italia, se provenienti da aree centro o sud americane o dell'est europeo. Questo è dovuto, considerando l'eziologia della malattia, alla diversa prevalenza dell'HPV nei Paesi di provenienza rispetto all'Italia ed anche ad una diversa disponibilità di programmi di diagnosi precoce.

Discussione

I registri tumori collaborano tradizionalmente con i programmi di screening e da questa collaborazione è stato possibile valutare, per il tumore della cervice uterina, la minore partecipazione ai programmi di screening e la maggiore presenza di lesioni in sottogruppi della popolazione immigrata. Nel corso del tempo il processo di inserimento sociale corrisponde anche ad una riduzione di questi aspetti differenziali. L'immigrazione avviene da Paesi estremamente lontani e non solo geograficamente dall'Italia ed fra loro. Le politiche sanitarie devono tenerne conto di questa eterogeneità e delle specifiche caratteristiche ed esigenze.

Malaria da importazione negli immigrati “Visiting Friends and Relatives” (VFRs) di prima e seconda generazione in provincia di Palermo : un iceberg emergente?

Casuccio A. , Immordino P.* , Casuccio N.** , D’Angelo C***

Introduzione

Il settanta per cento dei casi di malaria importati in Italia si verifica in immigrati, generalmente con un quadro clinico meno severo, dovuto alla cosiddetta semimmunità o premonizione. Tuttavia, la premonizione può essere progressivamente persa dopo un lungo periodo di non esposizione.

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo al fine di valutare la prevalenza dei casi di malaria verificatisi negli ultimi 15 anni nel territorio dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo e lo scenario epidemiologico della malaria nel nostro territorio.

Metodi

Sono stati raccolti i dati riportati nei registri delle schede di notifica di malattie infettive di Classe III relative ai casi di malaria riscontrati nella provincia di Palermo nel periodo 1998-2013.

Sono stati analizzati i seguenti dati: anno di ricovero, diagnosi e specie del microrganismo isolato, sesso, età, nazionalità, attività lavorativa, paese straniero visitato nei due mesi precedenti, durata e motivazione del soggiorno all’estero, data e luogo di inizio dei sintomi, terapia, eventuale chemioprophilassi eseguita, decesso.

I dati sono stati raccolti in Excel e elaborati mediante software IBM SPSS v.20.

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno-Infantile “G.D’Alessandro”, Università degli Studi di Palermo.

** Dipartimento di Prevenzione, U.O.C. di sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva, ASP 6, Palermo.

Risultati

Nel periodo preso in considerazione nello studio sono stati notificati 67 casi di malaria (62.7% da *P.falciparum*). La distribuzione mensile e annuale dei casi era variabile, con oltre il 50% degli episodi che si verificavano nel periodo primaverile-autunnale. La maggior parte dei casi provenivano da paesi dell'Africa occidentale (principalmente Costa D'Avorio e Ghana) e dall'Asia (Sri Lanka).

Analizzando le motivazioni del viaggio, nel 77.6% dei casi si trattava di immigrati "Visiting Friends and Relatives" (VFRs) che nel 64.2% avevano nazionalità extracomunitaria. Dei 24 pazienti cittadini italiani il 48.5% viaggiavano per lavoro e il 35.7% erano ≤ 18 anni figli di immigrati in visita ai paesi di origine.

Circa il 90% dei soggetti erano sottoposti a terapia (corrispondente al ceppo di plasmodio isolato) e si registravano 2 decessi tra i VFRs. Non risultavano casi sottoposti a precedente chemioprolifassi.

Discussione

Dallo studio condotto si confermano i dati presenti in letteratura circa il maggior rischio di malaria tra i VFRs. Tra i pazienti di nazionalità italiana emerge il rischio riconducibile alla attività lavorativa ma soprattutto desta interesse che il 37.5% dei casi è rappresentato da minorenni cittadini italiani in visita ai paesi di origine dei genitori.

Il nostro studio dimostra che i soggetti VFRs sono ad alto rischio di contrarre la malaria, e che tra questi il rischio è aumentato nei soggetti più giovani (under 18). Questi spesso hanno una minore percezione del rischio sanitario e possono altresì avere un ridotto accesso ai servizi sanitari per motivi socio-economici, culturali e burocratici.

Conclusioni

Emerge la necessità di approntare opportune strategie sia a livello di informazione e comunicazione del rischio, che di offerta sanitaria al fine di poter migliorare il livello di assistenza preventiva nei confronti dei migranti di prima generazione e della seconda generazione di nazionalità italiana.

Qualità microbiologica dell'acqua potabile distribuita presso alcune caserme dell'Esercito italiano nella città di Palermo

Maida C.M., Tramuto F.

Introduzione

Il riscontro di un aumento del numero di epidemie correlate al consumo di acqua potabile nei paesi industrializzati ha portato, negli ultimi anni, ad una maggiore attenzione verso le problematiche connesse alla presenza di microrganismi patogeni nelle risorse idriche, anche potabilizzate. Tuttavia, è da ritenere che l'incidenza delle patologie idrodifuse nei paesi industrializzati sia certamente sottostimata, per l'assenza di un sistema di sorveglianza organizzato per patologie di questa natura e per la natura a volte asintomatica delle infezioni causate da basse concentrazioni di microrganismi nell'acqua.

Lo scopo del presente studio è stata la valutazione della qualità microbiologica dell'acqua potabile distribuita presso cinque caserme dell'Esercito Italiano nella città di Palermo durante un periodo complessivo di dieci anni.

Materiali e Metodi

Sono stati effettuati prelievi con cadenza trimestrale, sia nel pozzo dal quale viene emunta l'acqua distribuita che presso le caserme. Sono stati considerati per le analisi gli indicatori di contaminazione fecale, *P. aeruginosa* ed i valori di concentrazione di cloro libero, secondo le indicazioni del D.L. 31/2001, oltre che alcuni indicatori di contaminazione ambientale (batteri Gram negativi ossidasi positivi).

Risultati

Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo

In nessun campione prelevato presso il pozzo di distribuzione è stata rilevata contaminazione di natura fecale e nonostante il 97,4% di questi campioni non abbia mostrato tracce di disinfettante residuo, solamente in un campione è stata rilevata la presenza di *P. aeruginosa* (5 ufc/100ml). Tuttavia, il 18,4% dei campioni ha mostrato presenza di batteri Gram negativi ox+ (range 6,7-650 ufc/100ml; media 385,6 ufc/100ml) prevalentemente del tipo *Aeromonas spp*, *Pseudomonas stutzeri* e *Alcaligenes haemolyticus*. Presso le utenze finali delle caserme, il 73,7 % dei campioni ha mostrato concentrazioni di cloro libero inferiori ai limiti raccomandati dal D.Leg 31/2001 (0,2-0,4 mg/l) e nel 21 % di questi è stato isolato *P. aeruginosa* con una concentrazione media di 5 ufc/100ml (range 1-20 ufc/100ml). Una certa contaminazione ambientale è stata riscontrata nel 34,2 % dei campioni con valori medi di concentrazione di 72,6 ufc/100ml (range 2-604 ufc/100ml) ascrivibile principalmente a *Achromobacter xylosoxidans*, *Alcaligenes spp*, *Aeromonas spp*, *Comomonas spp*, *Pseudomonas putida*, *Pseudomonas fluorescens*. In nessun campione prelevato presso le caserme è stata evidenziata contaminazione di natura fecale.

Discussione e conclusioni

Il dato principale che emerge dal monitoraggio è la scarsa concentrazione di cloro libero sia nell'acqua che dal pozzo viene canalizzata verso le utenze finali che presso le caserme, determinando possibili fenomeni di contaminazione e proliferazione microbica durante il tragitto e la distribuzione finale. Infatti, sebbene in concentrazioni non elevate, in alcuni campionamenti è stato isolato *P. aeruginosa*, microrganismo opportunisto per l'uomo la cui presenza deve essere esclusa ai sensi del D.Leg 31/2001.

Efficaci interventi di prevenzione dovrebbero basarsi sul controllo dei rischi di contaminazione e sulla presenza di efficaci sistemi di trattamento e clorazione delle acque adeguati al tipo di risorsa da utilizzare.

Sorveglianza sanitaria Centro di accoglienza (CDA) - Centro identificazione-espulsione (CIE) Pian del Lago - Caltanissetta: rapporto di sintesi 24 giugno 2011 - 30 aprile 2013

Iacono F.; Bonura A*, Milisenna R.*, Diforti M.*, Palermo M.**; Santamaria A.M.***, Cipolla C.****

Introduzione

La rilevazione precoce di qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica, cui dare una risposta tempestiva e appropriata, ha l'obiettivo di controllare e minimizzare gli effetti negativi degli stessi. La sorveglianza dello stato di salute degli immigrati, rilevabile mediante la rilevazione dei dati di sorveglianza del CDA- CIE Pian del Lago di Caltanissetta, come da Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa Settentrionale, rappresenta la condizione indispensabile.

Metodi

I dati raccolti sono stati trasmessi in tempo reale dal Responsabile Sanitario della Struttura di Accoglienza al Referente ASP Caltanissetta e da questi, previa valutazione, agli organi competenti (Assessorato Salute-Regione Sicilia, Ministero Salute-Ufficio V, Istituto Superiore Sanità-CNESPS). L'analisi dei dati raccolti per un numero totale di n.676 giornate, effettuata mediante rilevazione degli stessi con l'Allegato 2 del Protocollo operativo (n.1593 schede rilevazione), ha permesso di elaborare indicatori di principale interesse divisi per 13 sezioni di malattie e 7 classi di età sulla popolazione media sotto sorveglianza/ die, divisa anche per fasce di età e percentuale.

* Asp 2 Caltanissetta.

** Assessorato regionale alla Salute – Dipartimento Attività sanitarie e Osservatorio epidemiologico - Regione Sicilia

*** Centro di accoglienza – Centro identificazione ed espulsione di Pian del lago (CI)

Risultati

Il personale coinvolto, conformemente agli obiettivi prefissati, secondo i principi di efficacia ed efficienza, ha identificato le azioni, il controllo delle malattie segnalate ed eventuali azioni di prevenzione finalizzate alla profilassi della comunità e relativi contatti, in una popolazione media pro/die di 506 persone (range 242-949), il cui 96,2 % di età 15-44 anni; il personale addetto, infatti, ha dovuto affrontare con appropriatezza, rispetto dei tempi, uso di procedura omologa, l'esecuzione di eventuali provvedimenti, i cui risultati hanno evidenziato l'incidenza delle malattie di seguito segnalate:

1. Infezione respiratoria con febbre: casi n.25, di cui n. 2 diagnosi di tubercolosi non bacillifera
2. Sospetta Tubercolosi polmonare: casi n.0
3. Diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi: casi n.0
4. Gastroenterite (diarrea, vomito) senza la presenza di sangue: casi n.31
5. Malattia febbrile con rash cutaneo: nessun caso
6. Meningite, encefalite o encefalopatia/delirio: nessun caso
7. Linfadenite con febbre: nessun caso
8. Sindrome botulino-simile: nessun caso
9. Sepsi o shock non spiegati: nessun caso
10. Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato: nessun caso
11. Ittero acuto: nessun caso
12. Infestazioni: casi n.2 (diagnosi di Scabbia)
13. Morte da cause non determinate: nessun caso

Discussione e conclusioni

Tale sorveglianza sindromica non ha sostituito la notifica obbligatoria di MI, segnalata, come da normativa vigente. L'indagine epidemiologica è stata effettuata da personale del Servizio Igiene Sanità Pubblica, come da Circ.n.4-13/3/1998 "Misure di Profilassi per esigenze di Sanità Pubblica". Gli immigrati del CDA-CIE, meritevoli di ricovero ospedaliero sono stati trasferiti nei PP.OO. vicini. Il presente lavoro dimostra che, nel periodo coperto da questo rapporto, le 58 sindromi notificate sono state: Infezione respiratoria con febbre(43.1%), Gastroenterite senza la presenza di sangue(53.4%), Infestazioni(3.4%).

Sezione Quarta

Vaccinazioni nelle popolazioni migranti

La vaccinazione antirotavirus: criticità e prospettive

*Franco E.**

La gastroenterite acuta (AGE) è una delle più comuni patologie dei bambini di tutto il mondo. I Rotavirus (RV) sono una delle principali cause di AGE nei bambini al di sotto dei cinque anni di età e sono la più frequente causa di diarrea severa. Tutti i bambini vengono infettati da RV entro i tre anni e la frequenza degli episodi di gastroenterite da RV (RVGE) è più elevata nella fascia di età compresa tra i 6 e i 24 mesi quando la gravità del quadro clinico è maggiore. Nei paesi in via di sviluppo la RVGE continua a rappresentare una importante causa di mortalità. Nei paesi industrializzati la mortalità è bassa grazie alla disponibilità di adeguate cure mediche, ma l'impatto economico è considerevole per la Sanità Pubblica e per le famiglie in termini di costi diretti e indiretti relativi a: ospedalizzazioni, assistenza nei dipartimenti di emergenza e nei pronto soccorso, trattamenti domiciliari. Inoltre i costi associati alle infezioni nosocomiali da RV rappresentano una parte rilevante dei costi associati alle ospedalizzazioni per RV nei paesi industrializzati. Oltre all'aspetto economico non vanno trascurati la riduzione della qualità della vita per i bambini affetti e l'impatto emotivo per le famiglie.

La RVGE è una malattia prevenibile tramite vaccinazione. Sono disponibili due vaccini orali viventi attenuati. Entrambi sono risultati immunogeni ed efficaci in particolar modo contro le forme di GE moderata/grave indotte da diversi sierotipi di RV, con meccanismo simile a quello indotto dall'infezione naturale. Possono essere somministrati in associazione agli altri vaccini dell'età pediatrica. I vaccini sono sicuri e il rischio di invaginazione intestinale successiva alla prima somministrazione viene ritenuto trascurabile rispetto al rischio dell'infezione.

La vaccinazione universale dei neonati contro le infezioni da RV è raccomandata dalle associazioni scientifiche, ma adottata in un numero limitato di paesi industrializzati dove studi di costo efficacia hanno dimostrato che è vantaggiosa se vengono considerati i costi indiretti mentre i risultati sono contrastanti quando viene valutata la prospettiva del Terzo Pagante.

L'ospedalizzazione è il principale costo della patologia da RV e numerose condizioni cliniche sono state associate con un maggior rischio di ricovero e complicanze e un recente studio olandese ha mostrato che la vaccinazione selettiva di neonati a rischio è altamente costo-efficace. I bambini delle popolazioni mi-

* Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione – Università di Roma Tor Vergata

granti presentano spesso situazioni di rischio e potrebbero essere il target di campagne mirate di vaccinazione antirotavirus in attesa che questa possibilità di prevenzione venga estesa a tutti i neonati

Vaccinazione in ambiente protetto

*Grenci A.**, *Buscarino P.**, *Gramaglia G.**, *Bosco G.***,
*Geraci G.***, *Todaro D.***, *Zambuto A.****

Introduzione

I vaccini stimolano l'organismo a produrre attivamente una risposta immunitaria e lo rendono capace di resistere alle infezioni. Con le vaccinazioni vengono evitati nel mondo, ogni anno, non meno di tre milioni di decessi nei bambini di età inferiore a 5 anni, ed almeno 400.000 casi di polio paralitica, malattia di cui è prossima la totale eradicazione in tutto il mondo, al pari di quanto già avvenuto per il vaiolo. Purtroppo non è possibile evitare i rari rischi connessi principalmente alla somministrazione della 1^a dose del vaccino. Generalmente tali reazioni avverse solo raramente sono gravi, mentre più frequentemente sono di lieve o moderata entità.

Reazioni Locali:

dolore, gonfiore, arrossamento nella sede di iniezione solitamente di lieve o moderata entità tutte con regressione spontanea.

Reazioni sistemiche:

- più comuni: febbre, rash cutaneo, pianto insistente, convulsioni febbrili (tutte prevenibili con terapia specifica);
- molto rare e gravi: encefalite, sindrome di Guillan Barré, piastrinopenie, shock anafilattico.

Obiettivo

Garantire l'immunizzazione dei soggetti con reazioni sistemiche gravi eseguendo le vaccinazioni in ambiente protetto.

- Per ambiente protetto si intende una struttura ospedaliera in cui sia possibile:
- attuare il primo intervento farmacologico e rianimatorio in caso di reazioni con personale medico ed infermieristico;

* U.O Pediatria P.O. Agrigento.

** Dipartimento di Prevenzione ASP Agrigento.

*** Direttore Sanitario aziendale ASP Agrigento.

- fronteggiare reazioni allergiche gravi fino all'eventuale intervento di medici anestesisti- rianimatori.

Vaccinare in ambiente protetto tutti i soggetti che presentano:

- pregressa anafilassi da vaccino o da qualunque altra causa (farmaco, alimento o veleno di imenotteri, etc);
- asma persistente grave.

Materiali e metodi

Come vaccinare in ambiente protetto

Praticare approfondita anamnesi personale (aspetto immuno-allergico) ed eventuale esecuzione di test allergici (PRIST, RAST). La storia di allergia familiare non controindica la vaccinazione.

Qualora l'allergene responsabile della precedente reazione allergica (tests cutanei: PRICK, PATCH) fosse un "componente o contaminante" del vaccino, si sostituisce il preparato con uno equivalente che non lo contenga:

- se il vaccino responsabile è un polivalente si procede alla somministrazione dei singoli vaccini;
- se è il vaccino stesso si procede alla somministrazione attraverso dosi scari crescenti (desensibilizzazione- vaccinazione).

Conclusioni

Dal 01/01/2009 al 31/12/2012 sono stati eseguite 72 vaccinazioni in ambiente protetto per le seguenti principali patologie: allergie ai farmaci, grave ipotonia generalizzata ed epilessia, asma bronchiale, encefalopatia epilettica, convulsione febbrile dopo vaccinazione, episodio di perdita di coscienza dopo vaccinazione, etc.

Tutto ciò ha permesso di eseguire le vaccinazioni, in sicurezza, riducendo il rischio relativo alle reazioni post-vaccinali.

L'aderenza ai programmi vaccinali per la prima infanzia nella popolazione di origine straniera regolarmente residente. L'esperienza di quattro centri vaccinali nella città di Palermo

Napoli G, Restivo V*, Costantino C*, D'Angelo C§, Firenze A^, Patanè M°, Zambito A°, Amodio E^, Calamusa G^*

Introduzione

Il raggiungimento di livelli sufficienti di copertura vaccinale nell'intera popolazione costituisce uno degli obiettivi fondamentali della Sanità Pubblica in tutti i Paesi del mondo, risultando necessario al fine di prevenire importanti malattie infettive oggi evitabili. Le strategie di intervento sulle popolazioni immigrate e, in generale, sulle fasce marginali delle società, costituiscono il campo più difficile in cui vengono messe alla prova anche le strategie vaccinali consolidate. L'obiettivo del presente studio è di confrontare le proporzioni di vaccinati, per i cicli primari dell'infanzia, nei bambini di origine italiana e quelli di origine straniera, in quattro centri vaccinali della città di Palermo, valutando -in questo modo- l'adesione al programma vaccinale da parte della popolazione straniera, regolarmente residente sul territorio italiano e che si è presentata spontaneamente almeno una volta presso i centri interessati.

Materiali e metodi

Dagli archivi (uno cartaceo, tre informatizzati) di quattro centri vaccinali distribuiti su tutta l'area geografica della città di Palermo, sono stati estratti i record della coorte di nascita 2010. E' stata calcolata la proporzione di vaccinati

^ Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo.

* Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro" – Università degli Studi di Palermo.

§ Responsabile U.O.S. Profilassi delle malattie infettive - U.O.C di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - Dipartimento di Prevenzione, Azienda sanitaria provinciale di Palermo.

° Dirigente medico U.O.T. di Prevenzione - U.O.C di Sanità Pubblica, Epidemiologia e Medicina Preventiva - Dipartimento di Prevenzione, Azienda sanitaria provinciale di Palermo.

suddivisi in bambini di origine italiana e bambini di origine straniera, per tutte le singole dosi di vaccino offerte secondo il calendario regionale. Sono stati considerati di origine straniera i figli di entrambi i genitori stranieri (extracomunitari oppure comunitari dell'Europa dell'Est). Le schede da cui è risultato un trasferimento, alla data del 31 dicembre 2012, ad altro centro vaccinale sono state escluse. La significatività delle differenze di proporzioni di vaccinati di origine italiana e vaccinati di origine straniera, è stata testata per l'ipotesi di uguaglianza (test Chi quadrato bidirezionale oppure –ove necessario- test esatto di Fisher bidirezionale, livello di fiducia 95%). Le proporzioni di vaccinati sono state misurate al secondo anno di vita (operativamente al 31 dicembre 2012).

Risultati

Nei quattro centri vaccinali, si sono contati complessivamente 2205 bambini registrati nell'anno di nascita 2010, dopo avere escluso 83 schede di soggetti trasferiti. I bambini italiani sono risultati il 93,0% (2051 assistiti); i bambini stranieri il 7,0% (154 assistiti), range dal 5,1 al 8,2% nella coorte dei singoli centri. Al secondo anno di vita, i bambini di origine straniera risultano vaccinati in proporzioni significativamente inferiori per la maggior parte delle dosi (dal 81,2% per la III anti-pneumococco al 93,5% della II esavalente; differenze dal -7,2% per la III esavalente al -4,8% della II esavalente). Per la I anti-varicella la differenza è di -5,7%, ma non statisticamente significativa. Nessuna differenza per la I esavalente (100%); differenza non rilevante – invece – per la I anti-pneumococco (99,4%; differenza -0,1%). Il vaccino anti-meningococco è l'unico a raggiungere proporzioni maggiori negli stranieri (63%; differenza +10,8%, $p=0,01$).

Conclusioni

Ampi sono i margini di miglioramento dei programmi vaccinali rivolti all'utenza dai quattro centri vaccinali della città di Palermo, in quanto le proporzioni rilevate di vaccinati corrispondono a coperture che non soddisfano gli obiettivi nazionali prefissati. I risultati nei bambini di origine straniera sono, per tutte le dosi, tranne che per l'anti-meningococco, inferiori, in media, del 5,2% rispetto a quelli della popolazione italiana. Tale gap potrebbe essere recuperato in un contesto di sforzo di massimizzazione dell'efficacia generale della strategia vaccinale. L'esperienza prodotta dai centri arruolati suggerisce –comunque– di riporre particolari cura e attenzione nella pratica vaccinale al fine di ottenere la migliore adesione al calendario regionale da parte della popolazione di origine straniera regolarmente residente e già agganciata al sistema sanitario.

Sezione Quinta

La promozione della salute materno-infantile nel migrante

Gravidanza, nascite e immigrazione

Avventuroso E., Laganà P.*, Melcarne L.*, Stilo A.*, Pizzo A.°, Delia S.**

Introduzione

Negli ultimi anni si è potuto osservare, sia a livello internazionale e nazionale che regionale, il crescente aumento del numero delle donne nei flussi migratori che ha comportato un progressivo aumento della componente femminile della popolazione straniera. La gran parte di loro è in buona salute e nel pieno della vita riproduttiva e questo, in molti Stati europei, si è tradotto in un incremento delle nascite, infatti più del 10% dei parti nei Paesi Europei riguarda donne immigrate. L'obiettivo della nostra indagine è stato quello di raccogliere informazioni da donne immigrate in Sicilia e Calabria riguardo il periodo della gravidanza e le nascite occorse nel nostro territorio.

Materiali e metodi

E' stato somministrato un questionario anonimo, articolato con domande chiuse, mirate a raccogliere oltre ad alcuni parametri anagrafici e sociali, anche quelli prettamente attinenti il periodo della gravidanza, il parto ed il postpartum. L'indagine ha coinvolto donne che si sono rivolte all'Ambulatorio dedicato agli stranieri dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia dell'AOU di Messina e di un Consultorio su territorio calabrese. I dati raccolti sono stati elaborati con il Software Statistical Package for Social Science (SPSS).

Risultati

Sono state intervistate 165 donne, di cui 58 (35%) in gravidanza e 107 (65%) entro 1 anno dal parto, provenienti dai Paesi dell'Asia orientale (39%), dai Paesi dell'Est Europa (31%) e dal Nord Africa (24%). La maggior parte di esse ricadeva tra i 16 ed i 40 anni (79%). La ricerca di un lavoro è il motivo principale che le

* Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali – Università di Messina

° Dipartimento Materno Infantile - Università di Messina

spinge a lasciare il proprio paese (64%), seguito dal ricongiungimento familiare (27%) e da quello politico (8%). Dal punto di vista legale il 75% era in possesso o in attesa del permesso di soggiorno, l'11% aveva la cittadinanza italiana, il 13% erano rifugiate e senza permesso di soggiorno. Le strutture pubbliche sono quelle a cui ci si rivolge preferibilmente (81%) senza incontrare difficoltà (77%), sia per i controlli medici routinari, che per la maggior parte dei casi vengono effettuati una volta al mese (45%), che per urgenze insorte durante la gravidanza (28%). Il 43% delle donne ha partorito, tra la 37^a e la 40^a settimana, neonati con un peso tra 1.6 e 2.5 Kg nel 27% e tra 2.6 e 3.5 Kg nel 53% dei casi. Notevole il fatto che ben il 69% delle donne immigrate lavoratrici conosce i propri diritti e che l'88% dichiara di voler riprendere il proprio lavoro non appena possibile. Il 50% interrompe l'attività lavorativa prima di compiere il 6° mese di gravidanza.

Conclusioni

E' essenziale garantire a tutte le donne e ai loro figli la piena equità di accesso ai servizi durante la gravidanza e il parto, senza differenze di etnia e status sociale, con pari dignità e garanzia di sicurezza. La legge numero 40 del 1998 e altri documenti programmatici sull'immigrazione e la sanità, assicurano ad ogni donna italiana o straniera l'assistenza sanitaria, economica e sociale, il sostegno psicologico e la parità di trattamento in ambito lavorativo.

Uso del web tra le gestanti italiane e straniere: impatto sulle attitudini sanitarie e terapeutiche

Giugno S., Sinatra I., Carubia L, Marchese V.,
Saorin L., Vitale F., Torregrossa M.V*.*

Introduzione

Negli ultimi anni si è osservato un incremento della ricerca di informazioni riguardanti la salute tramite Internet, fenomeno noto come e-Health. Da numerosi studi è emerso che questo fenomeno si riscontra, prevalentemente, nelle donne di giovane età e si può presupporre che la condizione di gravidanza possa determinare una maggiore motivazione alla consultazione del web. Tale studio, pertanto, si è prefisso l'obiettivo di stimare la prevalenza delle gestanti che utilizzano il web per ottenere informazioni concernenti la gravidanza e/o il nascituro, di valutare l'impatto di Internet sulle scelte sanitarie delle gravide ed infine di analizzare le possibili differenze tra italiane ed immigrate nel campione di popolazione preso in esame.

Metodi

Lo studio è stato effettuato somministrando alle gestanti reclutate nelle sale d'attesa e negli ambulatori di tre diverse tipologie di strutture ospedaliere di Palermo (pubblico, privato e pubblico-privato) un questionario che mirava ad indagare la condizione socio-economica delle intervistate, il loro accesso alla rete per delucidazioni inerenti la gestazione, il parto, il nascituro ed, infine, la possibile influenza di tali informazioni sulle proprie scelte in ambito sanitario.

Risultati

Sono state intervistate 239 gestanti di età compresa tra 17 e 42 anni di cui 223 di nazionalità italiana e 16 migranti. Di queste 8 erano europee (Belgio, Francia, Svezia, Romania, Ucraina, Germania e Lussemburgo) ed 8 extracomuni-

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno infantile "G. D'Alessandro", Università degli studi di Palermo.

tarie (Equador, Marocco, Tunisia, Nigeria, Sri Lanka e Seychelles).

L'età media era di 29.7 anni (± 5.9) tra le italiane e 29.9 (± 5.1) tra le straniere.

Le migranti utilizzano Internet in percentuale maggiore rispetto alle italiane (87.5% migranti ed 80.3% italiane; p value=0.66) anche per nozioni riguardanti la gravidanza e/o il nascituro (81.3% migranti e 74% italiane; p value= 0.63).

Il livello di istruzione è significativamente correlato all'utilizzo di Internet per informazioni riguardanti la gravidanza tra le italiane (p value < 0.001) e non tra le migranti (p value= 0.41).

Emerge, inoltre, una maggiore attitudine a modificare positivamente lo stile di vita come : dieta, peso, sport, fumo, alcool; (OR=0.27, CI 95% 0.07-0.99) in seguito alla consultazione del web tra immigrate (46%) ed italiane (19%).

Nessuna gravida straniera ha cambiato ospedale o ha modificato una terapia in seguito alla consultazione di Internet, 7 gestanti italiane hanno cambiato ospedale ed 1 ha modificato la terapia in seguito alla consultazione del web.

Discussioni e conclusioni

Considerata l'elevata prevalenza del fenomeno e-Health sia tra le gestanti italiane che straniere, ed il maggiore utilizzo dei motori di ricerca generici rispetto a siti istituzionali per la consultazione di informazioni riguardanti la gravidanza, si rende necessario un corretto utilizzo del web ed un efficace sistema di valutazione dell'attendibilità delle informazioni fornite dalla rete, affinché le gestanti non vengano fuorviate nei comportamenti e nelle scelte terapeutiche e sanitarie inerenti la gravidanza.

I risultati suggeriscono, inoltre, l'importanza dell'utilizzo di Internet come strumento di prevenzione e corretta educazione agli stili di vita da assumere in gravidanza, soprattutto tra le gestanti straniere.

Immigrati e salute: valutazione dell'accesso alle cure materno-infantili delle donne immigrate in Calabria

*Larosa E., Caligiuri E., Biafore A.D., Micò R., Zucco R., Lotito F. **

Introduzione

Nel corso dell'ultimo decennio la popolazione straniera residente in Italia è pressochè triplicata; il confronto con i precedenti censimenti mostra una progressiva femminilizzazione della popolazione straniera. Lo scopo del presente studio è stato acquisire informazioni relative all'accesso alle cure materno-infantili da parte della popolazione femminile immigrata residente nel territorio calabrese ponendo particolare attenzione alle possibili variabili che condizionano l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari dedicati, per ottenere informazioni utili al miglioramento dell'erogazione dei servizi sanitari con ricadute positive per tutte le utenti.

Metodi

È stato reclutato un campione di donne immigrate di età ≥ 18 anni, soggiornanti in Italia da almeno 12 mesi, che hanno portato a termine almeno 1 gravidanza nel nostro Paese. La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un questionario, somministrato tramite intervista, orientato alla raccolta delle informazioni socio-anagrafiche e relative alla salute materno-infantile.

Risultati

Su un totale di 503 donne immigrate contattate, 123 soddisfavano i criteri di inclusione nello studio. Tra queste, 90 avevano partorito almeno un figlio in Italia. Con riferimento agli indicatori di assistenza in gravidanza, il 94.3% delle immigrate è stata seguita principalmente da un ginecologo di struttura pubblica. Il 15.3% è stata visitata per la prima volta dopo il 3° mese di gravidanza e il 12.9% ha eseguito meno di 3 ecografie. Solo il 27.1% del campione ha seguito un corso di accompagnamento alla nascita ed il 16.5% ha affermato di aver avuto diffi-

* Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro

coltà ad essere seguita durante la gravidanza, con un range compreso tra il 10% nelle asiatiche ed il 55% nelle africane. Relativamente agli indicatori di assistenza al post-partum, il 79.8% delle intervistate ha effettuato il controllo ginecologico entro 12 mesi dal parto ed il 69.7% ha allattato il proprio bambino esclusivamente con latte materno. Infine, nel gruppo di indicatori dei livelli di conoscenza, si evidenzia che il 56.2% non ricorda di essersi sottoposta ad alcuna metodica di diagnosi prenatale; il 54.1% non ha ricevuto informazioni sui metodi di contraccezione. Il 54.5% delle intervistate era a conoscenza dell'esistenza dei consultori familiari e il 49.4% di esse li ha utilizzati dopo la dimissione ospedaliera.

Discussione e conclusioni

I risultati dello studio consentono di delineare il quadro generale in cui le donne immigrate si trovano a vivere la propria esperienza di maternità, che assume particolare rilevanza se confrontato con i dati relativi alla situazione delle donne italiane in gravidanza. Sebbene, si evidenzia un miglioramento dell'assistenza in gravidanza e puerperio, con una netta riduzione del divario italiane/straniere in alcuni degli indicatori considerati, molto resta ancora da fare. È importante continuare a lavorare nell'ottica di una pianificazione delle attività, migliorando l'appropriatezza nel percorso nascita, privilegiando la promozione dell'allattamento al seno e l'informazione sui metodi di procreazione responsabile. Tale processo di valutazione e aggiustamento degli interventi passa anche attraverso la corretta formazione degli operatori sanitari, nonché un ripensamento dell'organizzazione interna del servizio, sulla base delle dimostrate esigenze della sua potenziale utenza, in raccordo con le strutture del volontariato e del privato sociale.

Stato socio-economico familiare, stili di vita e integrazione in un campione di adolescenti immigrati. Il Progetto ASSO

Morici M., Di Pasquale M.*, Alessi N.***, Amodio E.*, Mammina C*, Tabacchi G.**

Introduzione

Il tema dell'immigrazione e dell'integrazione di stranieri in Italia suscita sempre maggiore attenzione da parte degli operatori sanitari. Il notevole incremento della partecipazione dei figli degli immigrati al sistema scolastico rappresenta un generatore di integrazione con la società autoctona, il cui grado può essere misurato attraverso un monitoraggio periodico utile all'adozione di politiche sociali aderenti ai bisogni delle vecchie e nuove generazioni di stranieri. Il Progetto ASSO (Adolescenti e Sistemi di Sorveglianza per la prevenzione dell'Obesità) si inserisce in questo contesto fornendo un importante strumento web-based per la sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti. Lo scopo del presente lavoro consiste nel valutare le condizioni sociali della famiglia e alcuni indicatori del grado di integrazione degli studenti immigrati di scuole secondarie superiori attraverso un confronto con i coetanei italiani.

Metodi

E' stato selezionato un campione di 626 studenti, ai quali attraverso il software web-based "ASSO-NutFit" sono stati somministrati dei questionari per rilevare i seguenti aspetti: paese di provenienza, condizioni familiari, attività motoria e sedentaria. I dati sono stati elaborati su STATA MP/12.1.

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute «G. D'Alessandro» – Sezione di Igiene Università degli Studi di Palermo, Via del Vespro 133, Palermo.

** Istituto per le Tecnologie Didattiche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Via Ugo La Malfa 153, Palermo

Risultati

Il 4,47% del campione è rappresentato da studenti immigrati, di cui il 71,5% nato in Italia, e di cui la maggior parte possiede un genitore migrante e l'altro italiano (71,43%). I paesi di provenienza includono per il 46,43% aree economicamente svantaggiate (America latina, Asia/Oceania, Africa, Europa dell'Est). Confrontando immigrati con italiani, non sono state riscontrate particolari differenze per: tipologia familiare (la più diffusa ha nucleo di 4 persone); titolo di studio di padre e madre; attività motoria (5,4h/die in media vs 5,03). Stratificando per paesi di provenienza poveri e ricchi, nessuna differenza significativa è stata riscontrata. Il *Family Affluence Scale* (FAS) è basso nel 38,79% degli italiani e solo nel 3,57% degli immigrati. Una significatività è stata riscontrata nell'occupazione di padre e madre: è maggiore il numero di padri disoccupati immigrati, e di padri e madri immigrati che fanno lavori manuali. Piccole differenze significative sono state trovate per: lettura (30,77% vs 50,64%); pratica di attività sportiva settimanale (5,74 h/settimana in media vs 4,55); aiuto ai genitori nel loro lavoro (42,31% vs 25,88).

Discussione

Le caratteristiche del nucleo familiare, titolo di studio e agiatezza economica indicano una sovrapposizione dello stile degli immigrati con quello della popolazione autoctona. Il FAS indica come sia ormai superata la visione stereotipa dell'immigrato povero e disagiato e si affacci una nuova figura che compra e spende per beni di prima necessità e voluttuari. Fa eccezione la tipologia di lavoro: i nostri risultati confermano come la prima generazione di immigrati sia disposta a fare lavori manuali, spesso anche in mancanza di un'alternativa valida, nonostante il titolo di studio elevato. Le piccole differenze riscontrate nella lettura fanno parte di aspetti culturali e in alcuni casi possono essere indice della presenza di un disagio linguistico.

Conclusione

Il presente studio permette una riflessione sulle condizioni familiari degli adolescenti immigrati e su alcune modalità di integrazione presenti. Il Progetto ASSO, con i suoi strumenti dà la possibilità di guardare a possibili scenari futuri ed analizzare il ruolo della scuola in questo processo.

Stili di vita e patologie cronicodegenerative in popolazioni immigrate di adolescenti e nei loro genitori. Il Progetto ASSO

Tabacchi G., Di Pasquale M.*, Morici M.*, Alessi N**, Amodio E*, Mammina C.**

Introduzione

L'obesità e le patologie cronicodegenerative rappresentano un problema di salute pubblica anche nelle popolazioni immigrate, che tendono ad assimilare i propri stili di vita a quelli del paese ospitante. Poiché le patologie maggiormente analizzate su queste popolazioni sono quelle infettive, si dispone di scarse informazioni sulle malattie cronicodegenerative. Il Progetto ASSO (Adolescenti e Sistemi di Sorveglianza per la prevenzione dell'Obesità) si propone come valido strumento di sorveglianza per analizzare su adolescenti immigrati e genitori le condizioni di salute e i fattori che portano allo sviluppo di tali patologie.

Metodi

Dopo aver somministrato i questionari del software web-based "ASSO-Nut-Fit" a un campione di 626 studenti, sono stati analizzati con STATA MP/12.1 i dati sui seguenti aspetti relativi a genitori e figli: presenza di sovrappeso/obesità, patologie cronicodegenerative, allergie/intolleranze; pratiche di allattamento e svezzamento; uso di integratori e farmaci. I risultati ottenuti da studenti immigrati e italiani sono stati confrontati.

Risultati

Il 4,47% del campione è rappresentato da studenti immigrati. Dai questionari emerge una maggiore percentuale di ragazzi immigrati allattati esclusivamente al seno (92,86% vs 80,43%), mentre lo svezzamento avviene in tempi sovrapp-

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute «G. D'Alessandro» – Sezione di Igiene Università degli Studi di Palermo, Via del Vespro 133, Palermo.

** Istituto per le Tecnologie Didattiche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Via Ugo La Malfa 153, Palermo.

ponibili. Le patologie dichiarate dagli studenti immigrati sono riferite esclusivamente ad allergie e intolleranze; per i coetanei italiani, oltre al 28,94% di allergie, e al 25% di intolleranze, sono state dichiarate malattie cardiovascolari e disturbi associati (15,78%), e obesità (22,37%). Secondo i dati misurati dal team ASSO il 17,85% degli immigrati risulta sovrappeso/obeso, dato sovrapponibile a quello degli italiani (17,73%). Una maggiore percentuale di genitori italiani è affetta da patologie (61,04% vs 53,57%), di cui le più diffuse sono disturbi del sistema cardiovascolare (53,06% vs 33,33%), diabete (46,94% vs 60%), obesità (13,06% vs 13,33%) e intolleranze (13,06% vs 6,67%); significativamente maggiore è la prevalenza di tumori nei genitori immigrati (26,67% vs 9,39%). I genitori italiani sono maggiormente sovrappeso/obesi rispetto agli immigrati (60,99% vs 42,85% dei padri; 33,33% vs 24,99% delle madri). Solo il 3,57% degli studenti immigrati consuma farmaci, contro il 6,52% degli italiani. La percentuale di studenti immigrati che fa uso di integratori è maggiore di quella degli italiani (14,29% vs 9,87%).

Discussione

I bambini immigrati allattati esclusivamente al seno sono di più rispetto ai bambini italiani, come dimostrato in precedenti indagini. Il fatto che le patologie croniche si registrino solo per gli studenti italiani può essere legato a una maggiore attenzione dei genitori allo stato di salute dei figli, o ad una effettiva assenza di patologie nei ragazzi immigrati. Da sottolineare che in più della metà dei genitori immigrati si hanno patologie croniche, prima fra tutte il diabete e a seguire i tumori, confermando l'importanza dell'attenzione da rivolgere a tali patologie negli immigrati. Ciò vale anche per l'obesità presente in un'elevata percentuale dei padri immigrati. Il sovrappeso e l'obesità, tipiche patologie del benessere, sono presenti in percentuali simili tra gli studenti, indicando una probabile assimilazione degli stili di vita.

Conclusione

L'insorgere di problemi connessi al presentarsi di patologie cronicodegenerative nella popolazione immigrata invita a sviluppare politiche di integrazione, favorire l'accessibilità ai servizi e accrescere azioni di promozione della salute.

Parto e patologie dell'apparato riproduttivo nella popolazione migrante afferente all'ospedale

Caliò R.[^], Talarico F. , Ciocci M.R.[°], Fava G.[°], Iritano C.[°], Lavorato A.[°], Rotella M.E.[°], Raffaele G.**

Introduzione

Il fenomeno migratorio determina scenari nuovi nell'ambito dei bisogni di salute. I cittadini immigrati, infatti, presentano alcune peculiarità nell'ambito dei determinanti di accesso ai servizi ospedalieri ed anche specifiche esigenze informative, come emerge da questa ricerca condotta nell'anno 2011 presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro.

Materiali e metodi

Gli stranieri che risiedono a Catanzaro al 1° gennaio 2011 sono 2.550 e rappresentano il 2,7% della popolazione residente. Nell'anno 2011 il totale dei pazienti immigrati ricoverati in regime ordinario presso l'Azienda Ospedaliera di Catanzaro è pari a 553, che corrispondono al 2,6 % di tutti i ricoveri ordinari (21.532). Nella metà dei casi (227) il motivo del ricovero è stato legato alla gravidanza, al parto o a patologie dell'apparato riproduttivo, sui quali è stato focalizzato il presente lavoro. Da tale sottogruppo è stato estratto un campione di 36 donne (pari al 15,8% del totale), al quale è stato somministrato un questionario relativo all'esperienza di salute presso l'ospedale.

Risultati

Le utenti del campione considerato si sono rivolte al nostro servizio sociale in numero pari a 118 (52% del totale), manifestando evidenti necessità di caratteristiche sociali.

Per quanto riguarda le diagnosi di dimissione, il parto normale rappresenta

[^] Tirocinante, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio

[°] Servizio Sociale, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio

*Direzioe Medica di Presidio, Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio

la prima diagnosi con 100 casi, pari al 44%, mentre al secondo posto si colloca il parto cesareo con 38 diagnosi (17%), il parto complicato da minacce di parto prematuro è al terzo con 23 casi (10%), quindi l'aborto, 15 casi pari al 6,6%, mentre la patologia tumorale uterina è presente in 12 donne (5,3%) e la patologia ovarica in 10 (4,4%). Le rimanenti patologie costituiscono una miscellanea di 28 casi (12,4%).

Per quanto riguarda i dati del questionario emerge che, sulle 36 donne intervistate, 32, pari all'89%, dichiarano di aver incontrato problemi linguistici nello spiegare i propri bisogni. Tali problemi sono stati evidentemente superati nella maggior parte dei casi, in quanto in base ai risultati della domanda successiva (*Il personale sanitario/amministrativo ha saputo venire incontro alle esigenze degli utenti in modo professionale?*) emerge che in 26 casi (72,2 %) tale risposta è affermativa, in 7 casi (19,5%) è stata utilizzata un'altra lingua comunque compresa dalla persona immigrata, in 3 circostanze (8,3%) è stato necessario l'intervento del mediatore linguistico. Anche rispetto alla domanda successiva (*Le indicazioni fornite sono state comprese?*), il numero di risposte positive è pari a 33 (91,7 %), mentre le risposte negative sono solo 3 (8,3 %) dei casi. Infine 31 donne (pari al 87% del campione) riconoscono l'utilità di un opuscolo informativo sull'accesso ai servizi tradotto nelle principali lingue della comunità di immigrati.

Discussione e conclusioni

Gravidanza e patologie dell'apparto riproduttivo rappresentano la principale causa di ricovero ospedaliero della comunità di immigrati presenti in Catanzaro, i quali manifestano anche rilevanti necessità di tipo sociale nell'approccio all'ospedale. La percezione complessiva che emerge del tipo di relazione tra le donne immigrate e il servizio ospedaliero è sostanzialmente positiva, pur con l'esigenza di rendere più accessibili i contenuti informativi.

Sezione Sesta

*Il ben-essere degli immigrati tra assistenza e integrazione:
ambiente di vita e di lavoro*

Immigrati e salute: valutazione dell'accesso ai servizi sanitari della popolazione immigrata in Calabria

*Bianco A.**, *Larosa E.***

Introduzione

I flussi migratori diretti verso il nostro Paese costituiscono uno degli eventi sociodemografici di maggior rilievo degli ultimi decenni del Novecento, con importanti ripercussioni sull'utilizzo dei servizi sanitari. Lo scopo del presente studio è stato acquisire informazioni relative all'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata residente nel territorio calabrese ponendo particolare attenzione alle possibili variabili in grado di condizionarne la fruibilità.

Metodi

È stato reclutato un campione di soggetti immigrati di età ≥ 18 anni, soggiornanti in Italia da almeno 12 mesi, anche grazie alla collaborazione di associazioni di volontariato no-profit. La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un questionario, somministrato tramite intervista, orientato alla raccolta di informazioni socio-anagrafiche, sugli stili di vita e comportamenti a rischio, sulla partecipazione a programmi di prevenzione e screening e di dati sull'accesso ai servizi sanitari dislocati sul territorio ed ospedalieri.

Risultati

Sono state effettuate 961 interviste. L'età media dei soggetti inclusi nello studio è pari a 37.8 anni (± 10.7) e un terzo (33.1%) svolge attività di domestico/a, colf o badante. Il 72.8% soggiorna in Italia da 3 anni o più (media 6.7 ± 5.8 anni) e il 42.5% vi giunge dall'Africa. La maggior parte dei partecipanti (86.3%) dichiara di essere immigrato regolare. Relativamente allo stato di salute, il 61.8% afferma di non essere affetto da patologie croniche. Nel gruppo degli indicatori di prevenzione si osserva che il 92.3% degli intervistati dichiara di aver

*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro.

** Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi "Magna Græcia" di Catanzaro.

sottoposto i propri figli alle vaccinazioni previste per l'infanzia. Tra le donne eleggibili, il 39.1% e il 34.9% afferma di aver eseguito, a scopo di screening, il pap-test e la mammografia. Solo il 4.5% e il 5.7% dei soggetti eleggibili dichiara di essersi sottoposto, rispettivamente, alla ricerca del sangue occulto nelle feci e alla sigmo/colonscopia per la diagnosi precoce del carcinoma del colon-retto. Con riferimento all'accesso ai servizi sanitari, il 77.4% degli intervistati dichiara di essere iscritto nei registri del SSN e, tra questi, il 73.3% si è recato dal medico di medicina generale (MMG) almeno una volta nell'ultimo anno. Durante il periodo di permanenza in Italia, il 38.1% e il 37% degli intervistati hanno effettuato almeno una visita dallo specialista e dall'odontoiatra. Il 46.6% ha dichiarato di aver effettuato almeno un accesso al pronto soccorso durante l'intero periodo di soggiorno nel nostro Paese e, rispettivamente, il 22.4% e il 3.1% hanno avuto necessità di almeno un ricovero in regime ordinario o di day-hospital. La maggior parte dei partecipanti si dichiara soddisfatto dell'assistenza sanitaria erogata dai principali servizi del SSN (medico di medicina generale 87.1%, specialista 86.4%, pronto soccorso/struttura ospedaliera 62.2%).

Discussione e Conclusioni

L'indagine ha permesso di delineare un quadro della condizione del migrante in Calabria, letta dal punto di vista della salute e del rapporto con i servizi sanitari e consente di enucleare un set di informazioni che possono rappresentare un riferimento per l'elaborazione di adeguate strategie di intervento sulla comunità migrante. E' emerso che una quota importante di migranti che vivono nella Regione ed in possesso di un regolare permesso di soggiorno, in presenza di un problema di salute si rivolge al MMG, che rappresenta una figura di riferimento, in grado di soddisfare i bisogni sanitari espressi dall'utente. I risultati dello studio, pertanto, inducono a pensare che in Calabria siano state attuate misure orientate a ridurre le barriere culturali, linguistiche ed informative che potrebbero ostacolare le minoranze etniche nell'accesso ai servizi sanitari. Tuttavia emerge chiaramente la necessità di rinforzare un'azione di *advocacy* affinché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali, in particolare preventivi, in un'ottica di equità e giustizia sociale ed a garanzia di una salute senza esclusioni.

Analisi delle pratiche di conformità igienico sanitaria degli alloggi dei migranti da parte dell'U.O.T. di Prevenzione 2 del Dipartimento di Prevenzione dell'ASP 6 di Palermo: può la Sanità pubblica andare incontro ai bisogni di salute del migrante?

Costantino C., Ruggieri G.**, Provenzale G.**, D'Agostino E.***

Background

Tra le attività principali del Dipartimento di Prevenzione Medico vi è quella di valutare le richieste di idoneità abitativa e di conformità igienico sanitaria della popolazione migrante ai fini del rilascio del permesso di soggiorno (D.P.R. 394/99) e ai fini del ricongiungimento familiare (Legge 94/09).

Il Comune di Palermo è quello che presenta la maggiore migrazione in entrata in Regione Sicilia con 28.227 residenti stranieri accertati (4,3% della popolazione totale) di cui oltre 22 mila provenienti da paesi extra Europei. Tra le aree a maggiore densità abitativa da parte dei migranti ricade quella di pertinenza dell'U.O.T. di Prevenzione Palermo 2, di cui il presente studio ha l'obiettivo di monitorare il triennio di attività 2010-2012.

Materiali e metodi

Sono stati presi in considerazione i dati raccolti tra il mese di Gennaio 2010 ed il mese di Dicembre 2012. Sono state prese in esame le richieste di idoneità abitativa provenienti dai quartieri di Palermo della U.O.T. Palermo 2 (Cuba-Calatafimi, Zisa, Altarello, Mezzomonreale-Villa Tasca, Boccadifalco) e di alcuni comuni della Provincia (Altofonte, Belmonte Mezzagno, Monreale, Piana degli Albanesi, Santa Cristina Gela). I dati sono stati caricati su un file Excel 5.0. Le analisi statistiche sono state condotte con il software Epi Info v3.5.1.

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile "G. D'Alessandro"- Università degli Studi di Palermo - Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva.

** Unità Operativa Territoriale di Prevenzione Palermo 2 – Dipartimento di Prevenzione Medico Azienda Sanitaria Provinciale 6 di Palermo.

Risultati

Le richieste pervenute sono 880. La maggioranza dei richiedenti sono uomini (n=573; 65,1%), con un'età media di 39,3 anni ($\pm 10,4$). Il 70,8% delle richieste aveva come motivazione il rilascio del permesso di soggiorno. Il restante 30% (n=257) era indirizzato ad ottenere il ricongiungimento familiare con parenti ancora residenti nella nazione di origine. Il 97,4% delle pratiche esaminate ha ottenuto l'idoneità da parte della U.O.T. Palermo 2. Le principali ragioni di non idoneità sono l'altezza insufficiente dei locali (48%) e la scarsa superficie fenestrata (39%). Il tempo medio trascorso tra la ricezione della pratica (data di protocollo in entrata) e l'espletamento del parere è di 14,8 giorni.

Lo Sri Lanka è la nazione maggiormente rappresentata (30,3%), seguita dal Bangladesh (13,5%), dal Marocco (12,4%).

L'85% dei richiedenti possiede un'occupazione (51% collaboratore domestico, 12% commerciante, 10% operaio).

Discussione

Il disbrigo delle pratiche di idoneità igienico sanitaria degli alloggi dei migranti è una delle più misconosciute e importanti pratiche di Sanità Pubblica atte ad evitare sovraffollamenti pericolosi per la trasmissione di patologie emergenti o riemergenti (TBC, patologie infettive vie respiratorie, scabbia,...) legate a gravi carenze igienico-sanitarie. La totalità degli alloggi presi in esame sono peraltro in locazione e ciò, congiuntamente al fatto che i migranti hanno una regolare occupazione, rappresenta un fondamentale volano per l'economia locale.

Infine, la regolarizzazione dei cittadini stranieri extra UE permette di mantenere in pareggio il saldo migratorio, ripristinando la piramide dell'età con l'ingresso di popolazione giovane, attiva (lavorativamente) e prolifica (saldo demografico positivo).

Conclusioni

In conclusione, appare un trattamento certamente sperequativo quello che richiede le certificazioni di idoneità igienico sanitaria esclusivamente per i cittadini extraUE e non per i cittadini italiani che spesso risiedono nel medesimo stabile, in interni o piani differenti. D'altronde, in un'ottica nazionale che prevede una legislazione fin troppo "attenta" al fenomeno immigratorio (Legge Bossi-Fini et al.), risulta fondamentale il ruolo del medico di sanità pubblica nel rendere, sempre nel rispetto delle norme specifiche in materia, più agevole e più rapido il processo di ottenimento del permesso di soggiorno e del disbrigo delle pratiche di ricongiungimento familiare al cittadino extraUE.

Criticità su certificazioni igienico-sanitarie abitative in popolazioni immigrate: il punto di vista del tecnico della prevenzione

*Iacono G.**

Introduzione

Le “certificazioni igienico-sanitarie abitative” attestano l’abitabilità dell’alloggio ed il numero di persone che esso può ospitare.

L’accertamento dei requisiti, finalizzato al rilascio, rappresenta una delle attività del tecnico della prevenzione.

Dette certificazioni vengono richieste dagli immigrati al fine di ottenere il rilascio di:

- permesso di soggiorno (per lavoro)
- carta di soggiorno
- nulla osta al ricongiungimento familiare

La normativa di riferimento è il Testo Unico sull’immigrazione e successive modificazioni ed integrazioni (D.lgs 25 luglio 1998, n. 286 modificato dalla L. 30 luglio 2002, n. 189 conosciuta anche come la legge Bossi-Fini).

Materiali e metodi

Il rilascio viene richiesto ai comuni o alle aziende Sanitarie nei casi in cui i comuni non abbiano provveduto a munirsi di appositi regolamenti. La mancanza di regolamento comporta che il comune debba richiedere il certificato di abitabilità oltre che tutte le certificazioni di idoneità degli impianti. Tale prassi comporta una oggettiva impossibilità di poter rilasciare il certificato. Come è noto gran parte del patrimonio immobiliare italiano è sprovvista del cosiddetto certificato di abitabilità.

* Tecnico Prevenzione

Risultati

L'esperienza dell'ASP di Ragusa prevede che a corredo della domanda venga richiesto di presentare:

- copia documento di identità del richiedente;
- contratto di locazione o titolo di proprietà;
- visura catastale dell'immobile;
- pagamento ticket.

Mediamente ogni anno vengono rilasciati circa 300 – 550 certificati. Si è registrato un picco nell'anno 2007 nel quale sono stati rilasciati oltre 800 certificati.

Per circa il 10% degli immobili per i quali viene richiesto il rilascio del certificato viene espresso parere di non idoneità.

Le principali criticità sono dovute:

- motivi strutturali;
- numero di persone superiore al numero consentito;
- non conformità circa la destinazione d'uso dei vani.

Discussione

Criticità che mettono in evidenza le precarie condizioni di vita di queste persone che spesso hanno difficoltà a trovare alloggi dignitosi in quanto troppo onerosi o perché i proprietari rifiutano di concedere in affitto i loro immobili perché scottati da precedenti esperienze negative. (danni causate da persone poi partite senza preavviso) In tutti questi casi l'operatore (tecnico della prevenzione) si trova lottato tra il dare ascolto al cuore impietosito dalla consapevolezza che il rifiuto del certificato significa per l'immigrato il mancato ottenimento del permesso di ricongiungimento familiare e il dovere professionale che gli impone il controllo sul rispetto dei requisiti.

Altra criticità che il personale operante avverte, date le scarse competenze professionali sulla lettura delle mappe catastali, è la certezza della ubicazione del fabbricato nei casi di immobili ubicati fuori dei centri abitati il che lascia il dubbio di certificare un alloggio diverso. In questi casi si fa fede alla dichiarazione del richiedente o dell'accompagnatore. A mio parere sarebbe più opportuno invece che a fare tali accertamenti fossero professionisti quali geometri o ingegneri degli uffici tecnici comunali.

L'opportunità che detti certificati vengano rilasciati dai competenti uffici comunali appare anche evidente dall'analisi della modifica apportata, dalla legge n. 94 del 15 Luglio 2009, all'art. 29 comma 3 D.lgs 25 luglio 1998 n. 286.

L'art. 29 modificato così recita: *lo straniero che richiede il ricongiungimento deve dimostrare la disponibilità di un alloggio conforme ai requisiti igienico-sanitari, nonché di idoneità abitativa, accertati dai competenti uffici comunali e*

quindi la certificazione igienico-sanitaria rilasciata dalle ASP, citata nell'art. 29 precedentemente alla modifica, non è più alternativa al certificato rilasciato dal comune.

Gli Immigrati si adattano alle abitudini alimentari Italiane?

Laganà P., Santoro G.*, Parisi S.°, Lo Prinzi M.L.^, Avventuroso E.*, Delia S.**

Introduzione

Negli ultimi anni il fenomeno dell'immigrazione è aumentato parecchio e la nostra nazione sta assumendo le caratteristiche di un Paese multietnico, con i problemi tipici dei migranti e delle minoranze. Le abitudini alimentari rappresentano sicuramente un potente indicatore della qualità dell'inserimento sociale degli immigrati e del livello di apertura/chiusura delle relazioni interetniche. Obiettivo dell'indagine è stato quello di valutare la complessa tematica dell'alimentazione all'interno del fenomeno migratorio

Materiali e metodi

E' stato somministrato un questionario anonimo sulle abitudini alimentari del paese di origine e su quelle, eventualmente, acquisite in Italia, a soggetti immigrati che, nel periodo marzo-maggio 2013, si trovavano nella città di Messina. I dati raccolti sono stati elaborati con il Software Statistical Package for Social Science (SPSS).

Risultati

L'indagine è stata condotta su un campione di 121 soggetti immigrati di cui 52 uomini (43%) e 69 donne (57%), provenienti per lo più dall'Asia Orientale (49%) e dai paesi dell'Est Europa (37%), di età compresa tra 18 e 65 anni. Il 46% degli intervistati è in possesso di diploma di scuola secondaria, il 10% di laurea. La maggior parte ha trovato in Sicilia impiego come badante/colf/babysitter (41%) e risiede nella nostra regione da oltre 5 anni (72%).

Tra gli aspetti più rilevanti: il 48% degli uomini ed il 60% delle donne afferma

* Dipartimento di Scienze Biomediche e delle Immagini Morfologiche e Funzionali – Università di Messina.

° Dottore di Ricerca in Igiene Applicata – Messina.

^ Consulente Nutrizionale – Libero Professionista – Palermo.

di aver mutato le proprie abitudini alimentari venendo in Italia, anche se le donne sono più restie ai cambiamenti: solo il 4%, contro il 14% degli uomini, dichiara di aver totalmente modificato le proprie abitudini. Viene evidenziato un forzato adattamento alle abitudini alimentari locali (74% donne e 64% uomini) dovuto al fatto di vivere in casa con i datori di lavoro (68% uomini, 59% donne). Tornano alle proprie abitudini, soprattutto nei giorni festivi e la domenica, il 66% sia degli uomini che delle donne. Interessante riflettere sul "desiderio" del 97% degli intervistati (92% uomini ed il 100% delle donne) di far conoscere le proprie preparazioni alimentari agli italiani; notevole il fatto che il 54% degli uomini ed il 38% delle donne lo abbia già fatto, testimoniando la volontà di una ulteriore prova di integrazione nel contesto ospitante.

La colazione è il pasto più simile a quello italiano (nel 90% degli intervistati), mentre generalmente pranzo e cena sono un misto di alimenti italiani e xenici.

Per quanto riguarda le bevande consumate durante i pasti, quelle maggiormente segnalate sono state le bibite gassate (31% dei casi); da evidenziare che al di fuori dei pasti ben 29 soggetti (il 17% degli uomini ed l'8% delle donne) consuma superalcolici.

Conclusioni

L'alimentazione è una consuetudine fortemente associata alla cultura ed alla tradizione popolare: i piatti tipici e le memorie alimentari rispecchiano il vissuto di un popolo. Risulta molto difficile sradicare le proprie origini, che riaffiorano ad ogni occasione.

Per molti immigrati che arrivano in Italia consumare i nostri prodotti si traduce in un vero e proprio shock alimentare. Dopo qualche anno di permanenza, però, perdono le loro abitudini, come il piatto unico a base di cereali e legumi o il consumo di pesce e, da come risulta della nostra indagine, aumenta il consumo di carne e carboidrati (pasta e pizza). Ecco spiegato l'incremento delle malattie tipiche del benessere occidentale, come obesità, diabete e patologie cardiovascolari e neuro-degenerative.

La sicurezza e la salubrità alimentare nelle differenze etniche

Prof Antonino Nastasi

La popolazione italiana negli ultimi due decenni ha progressivamente acquisito abitudini alimentari sempre più distanti dai modelli preesistenti in un contesto di un cambiamento più vasto dello stile di vita.

Le variabili indipendenti che sono alla base di questo fenomeno sono da individuare nei nuovi aspetti socio-demografici della società, quali l'invecchiamento della popolazione, la diversa tipologia della famiglia in termini di entità numeriche e di organizzazione e la multiethnicità.

Da qualche anno, come confermato nell'ultimo report dell'Istat "Italia in cifre 2012", la popolazione italiana presenta un saldo naturale negativo (nel 2008 pari a 6.868 unità), che è ampiamente colmato dalla natalità fra i residenti di nazionalità non italiana nonché dal loro movimento indotto. L'attesa di vita nel 2011 è, rispettivamente, di circa 79 anni e di 84 anni per il sesso maschile e femminile e l'indice di vecchiaia medio di 144. Questo quadro è ulteriormente reso negativo dalle proiezioni che stimano un indice di vecchiaia per il 2065 di 265 con una contrazione della popolazione totale che raggiungerebbe numerosità non dissimile da quella odierna. Un altro dato di interesse è che oggi la somma delle famiglie composte da uno solo e da due componenti supera il 50% del totale delle famiglie italiane.

Se l'invecchiamento della popolazione italiana contribuisce al fenomeno delle diete "su misura" per questo tipo di popolazione, ad esempio cibi con reali o presunte funzioni terapeutiche, il nuovo modello di famiglia, con una significativa presenza dei *single* ma anche in rapporto all'emancipazione femminile, ha favorito il maggior consumo di alimenti fuori casa ed il consumo di cibi precotti. Quest'ultimo aspetto è molto legato anche allo spostamento stagionale di popolazione che in Italia per motivazioni turistiche e di globalizzazione ha assunto dimensioni notevoli. Infine le comunità etniche, progressivamente organizzate e integrate, hanno realizzato attività nel settore alimentare e nella ristorazione, in linea con le loro tradizioni, con un aumento dell'offerta indirizzata sia ad una popolazione conterranea ma anche ai consumatori italiani che sempre più apprezzano queste "diversità". E' una realtà nell'offerta alimentare in Italia la presenza di ristoranti maghrebini, cinesi, giapponesi o messicani, così come è divenuta una consuetudine consumare, ad esempio, il *sushi* o altre specialità orientali, co-

me il *kebab* o il *couscous* e altri tipici del bacino del Mediterraneo, o le insalate piccanti messicane. Accanto all'eterogenea presenza sul territorio italiano di un'offerta alimentare dipendente dalla prevalenza di alcune etnie, emergono problemi non solo in termini di sicurezza ma anche di salubrità alimentare. Nel 2010 vi sono state ben 28 allerta alimentari nel territorio dell'EU in connessione all'importazione di prodotti alimentari provenienti da Paesi extracomunitari destinati ad attività di ristorazione etnica presente sul nostro territorio nazionale

Si pone, quindi, la necessità di una sorveglianza più mirata del Dipartimento di prevenzione che privilegi, più che l'azione repressiva che rimane in ogni caso necessaria, attività complementari di vigilanza e controllo. Inoltre, è importante che la sanità pubblica sfrutti appieno le opportunità che il terreno dell'alimentazione offre in termini educativi, culturali, preventivi e di promozione della salute dell'alimentazione.

Sovraffollamento carcerario: l'attuale condizione dei detenuti extracomunitari in Sicilia

Savì T., Mazzola C., Milone L.**

Introduzione

Il sovraffollamento delle carceri oggi rappresenta una realtà meritevole di riflessioni, rappresentando una vera e propria emergenza sotto il profilo amministrativo, politico e sociale.

L'aumento della popolazione carceraria riguarda anche la quota extracomunitaria, che secondo le più recenti statistiche, rese dal Ministero della Giustizia, costituisce circa 1/3 dei detenuti in totale, di cui gran parte di religione musulmana, dato da tenere in debita considerazione.

Metodi

Secondo dati Istat del 2011, la media in Italia è pari a 146 detenuti su 100 posti: la situazione peggiore si registra in Puglia, con 182 detenuti presenti ogni 100 posti, la migliore in Trentino Alto Adige con 72 detenuti. Il problema del sovraffollamento è minore per le detenute.

I detenuti stranieri provengono per la maggior parte dall'Africa (50,4%), in particolare dal Marocco e dalla Tunisia, e dall'Europa (38,4%).

Risultati

Sulla base dei dati emersi dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, al 31 Marzo 2013 la situazione in Sicilia vede un numero di detenuti pari a 7.081, di cui 1.279 stranieri, a fronte di una capienza regolamentare massima di 5.559 persone mentre in Calabria ne sono stati registrati 2.879, di cui 395 stranieri, su una capienza regolamentare di 2.151.

Dalla relazione del Garante per la tutela dei Diritti dei Detenuti per la Regio-

*Dipartimento di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi dell'Università di Palermo - Sezione di Medicina Legale - Policlinico "P. Giaccone", Palermo

ne Sicilia (2010) emergono alcuni casi di suicidi, di cui 3 extracomunitari, 321 casi di autolesionismo (circa il 10% dei dati nazionali) e 29 casi di aggressione nei confronti della Polizia Penitenziaria.

A ciò deve aggiungersi un grave problema sanitario nelle carceri, derivante da patologie infettive, per cui in atto 2 detenuti su 3 sono affetti da malattie infettive tra le quali spiccano l'epatite C (28%), la TBC latente (20%), l'epatite B (7%) e l'HIV (4% circa).

Ciò pone il grave problema dell'inadeguata assistenza sanitaria, dovendosi rilevare la mancata attuazione del DPCM del 2008 che prevede il trasferimento al SSN delle competenze in materia di Sanità Penitenziaria.

Discussione

Nel carcere, la condizione di "immigrati" dei detenuti stranieri, nel senso di mancata appartenenza al contesto sociale in cui si ritrovano, viene esasperata dalle scadenti condizioni in cui vivono, costretti in spazi limitati, caratterizzate da regole ferree e logiche estranee alla propria cultura.

Senza il valido appoggio di una guida spirituale e di un adeguato supporto socio-sanitario, in un momento così complesso, il detenuto extracomunitario può sentirsi vuoto e privo di ogni stimolo a continuare la propria vita, tanto da commettere persino il suicidio quale gesto estremo di disperazione, assolutamente vietato, peraltro, secondo il credo islamico, allineandosi per questo ai dati già pubblicati dal DAP circa il drammatico fenomeno del suicidio in carcere (63 suicidi nel 2011, di cui 38 italiani e 25 stranieri).

Conclusione

In considerazione di quanto fin qui riportato riteniamo auspicabili alcuni interventi, da parte delle Autorità preposte, nel fornire un sostegno adeguato per la popolazione extracomunitaria presente in carcere ai fini di una maggiore integrazione con la restante popolazione carceraria, a partire dal rispetto delle abitudini di vita (alimentari e religiose in particolare) e dall'attivazione delle previste norme circa la salute del cittadino detenuto (DPCM del 2008).

Xenobiotici e lavoratore migrante: il fattore etnico nell'identificazione di categorie di rischio. Un esempio ricavato dall'esposizione professionale a fenolo

*Riccò M., Veronesi L., Signorelli C.**

Introduzione

Il fenolo è un composto aromatico estesamente utilizzato come reagente nell'industria chimica: elevate esposizioni professionali (concentrazione urinaria > 300 mg/g creatinina) sono state associate ad incremento del rischio specifico per patologie respiratorie e neoplasie ematologiche. Precedenti studi clinici suggeriscono che il 99% del fenolo sia escreto entro 24 h, non manifestando quindi fenomeni di bioaccumulo. Poiché la sua escrezione è determinata dall'azione congiunta degli emuntori epatico e renale, polimorfismi individuali o di popolazione a carico di suddetti metabolismi possono determinare categorie di soggetti ipersensibili, meritevoli di particolare attenzione sanitaria.

Materiali e metodi

Ventuno lavoratori professionalmente esposti a fenolo (età media $37,4 \pm 12,5$ anni, tutti maschi, nessun fumatore) sono stati sottoposti a valutazione della concentrazione urinaria con raccolta in tre tempi (inizio del turno di lavoro, fine turno, fine settimana lavorativa) nell'ambito della sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex D.Lgs 81/2008. Nella popolazione esposta, 12 erano di origine africana (Etiopia) e 9 italiani, similari per età e indice di massa corporea, con identica attribuzione mansionaria nello stesso ambiente lavorativo. I dati di concentrazione urinaria sono stati quindi sottoposti a confronto statistico tramite ANOVA per misure ripetute, e ANOVA a due vie, con test post hoc di Bonferroni. Tutte le analisi sono state eseguite su GraphPad Prism 5.0c.

Risultati

* Dipartimento di Scienze Biomediche, Biotecnologiche e Traslazionali, Università degli Studi di Parma, Via Volturno n.39 – I-43123

In generale, tutti i lavoratori presentavano esposizione fenolo inferiori ai valori limite ACGIH (250 mg/g creatinina) e BAT-DFG (300 mg/g creatinina), con valore medio di $9,9 \pm 8,2$ mg/g creatinina a inizio turno; $46,8 \pm 28,3$ mg/g creatinina a fine turno; $43,1 \pm 28,3$ mg/g creatinina a fine settimana lavorativa, rilevandosi quindi un significativo incremento fra inizio a fine turno ($p < 0.0001$) e inizio turno e fine settimana lavorativa ($p < 0.0001$), ma non fra fine turno e fine settimana lavorativa ($p > 0,05$). Applicando un'analisi ANOVA a 2 vie, considerando quindi il fattore origine etnica, i soggetti di etnia africana presentavano un incremento maggiore sia fra inizio e fine turno che fra inizio turno e fine settimana lavorativa dei soggetti di origine italiana, a fronte di valori iniziali simili (rispettivamente $46,7 \pm 27,8$ vs $25,1 \pm 16,3$ mg/g creatinina e $44,9 \pm 21,7$ vs $19,1 \pm 13,4$ mg/g creatinina, $p = 0,0136^*$).

Discussione

Specificità biometriche legate all'etnia di riferimento sono argomento ben noto in ambito medico-occupazionale: la correzione dei valori sperimentalmente ricavati degli esami spirometrici è pratica ormai quotidiana. Ugualmente noto ma tuttora poco indagato nella pratica quotidiana è l'impatto dell'etnia sugli esami laboratoristici, in particolare sulla funzionalità di emuntori (quello epatico e renale) criticamente influenzati da polimorfismi genetici degli enzimi di detossificazione degli xenobiotici. Il caso qui proposto suggerisce che particolari gruppi etnici possano presentare una tossicodinamica specifica che, pure non esponendo i soggetti a livelli di concentrazione biologica attualmente ritenuti pericolosi per la salute, non può essere trascurata all'atto della definizione del rischio.

Conclusioni

Il caso qui proposta suggerisce che il medico competente, nell'approcciarsi a lavoratori di origine straniera ed in particolare nell'esposizione a xenobiotici non possa trascurare il fattore etnico nella definizione delle categorie di particolare rischio.

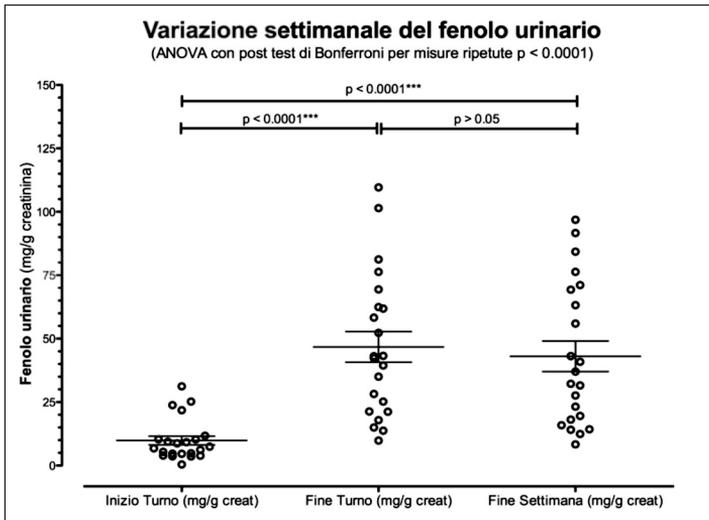


Figura 1. Concentrazione urinaria del fenolo, con valutazione della variazione all'interno del turno ed rispetto alla fine della settimana di esposizione. I tre tempi dell'osservazione sono stati confrontati tramite ANOVA per campioni ripetuti con test post-hoc di Bonferroni.

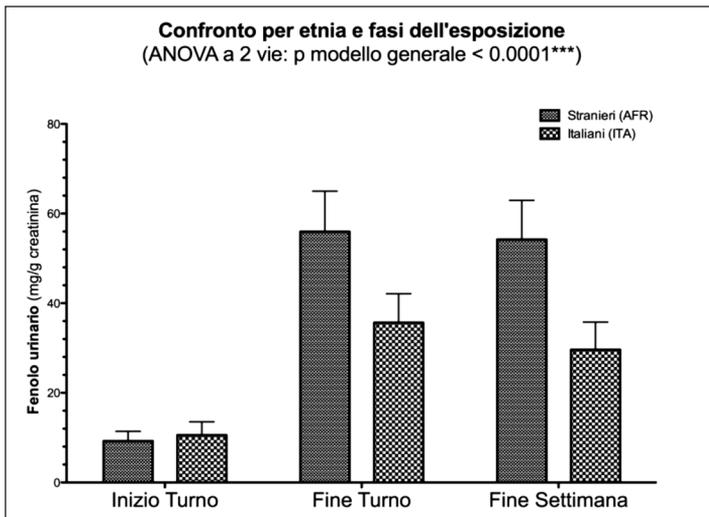


Figura 2. Valutazione dell'andamento della concentrazione del fenolo urinario rispetto ai tre tempi dell'osservazione ed al gruppo di lavoratori considerato. In generale, l'ANOVA a 2 vie (modello generale: $p < 0,0001$) ha rilevato un significativo incremento sia per italiani e stranieri rispetto all'inizio turno di lavoro, e quindi una variazione dipendente dall'etnia di riferimento ($p = 0,0165$).

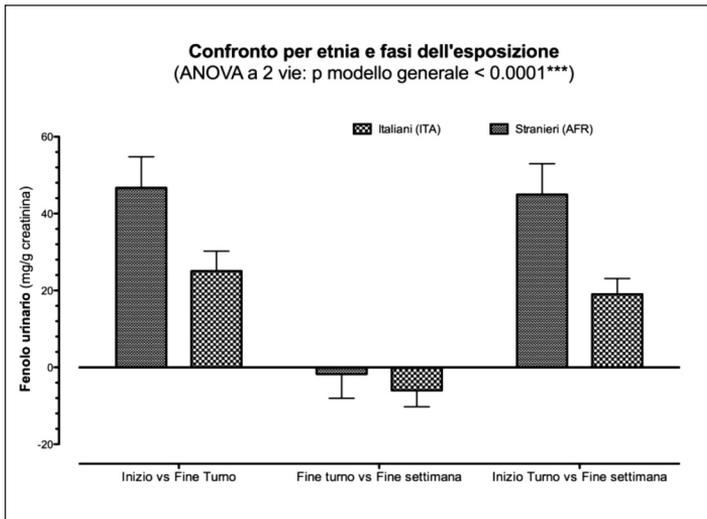


Figura 3. Valutazione della variazione della concentrazione del farnolo urinario rispetto ai tre tempi dell'osservazione ed al gruppo di lavoratori considerato. In generale, l'ANOVA a 2 vie (modello generale: $p < 0.0001$) ha rilevato un significativo incremento sia per italiani e stranieri rispetto all'inizio turno di lavoro, e quindi una variazione dipendente dall'etnia di riferimento ($p < 0,0136$).

La Situazione di CIE e Cara in Sicilia e le problematiche igienico-sanitarie

*Firenze A., Aleo N., Restivo V.**

Introduzione

Gli immigrati che approdano sulle coste italiane, vengono smistati in diverse strutture per fornire loro una prima assistenza (Centri di Primo Soccorso e Assistenza, Centri di Accoglienza; Centri Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) ; Centri Identificazione Espulsione (CIE).

I CARA secondo la definizione fornita dal Ministero dell'Interno (D.P.R. 303/2004 - D.Lgs. 28/1/2008 n.25): "sono strutture nelle quali viene inviato e ospitato per un periodo variabile di 20 o 35 giorni lo straniero richiedente asilo privo di documenti di riconoscimento o che si è sottratto al controllo di frontiera, per consentire l'identificazione o la definizione della procedura di riconoscimento dello status di rifugiato".

I CIE sono strutture destinate al trattenimento, convalidato dal giudice di pace, degli stranieri extracomunitari irregolari e destinati all'espulsione. Tali centri si propongono di evitare la dispersione degli immigrati irregolari sul territorio e di consentire la materiale esecuzione, da parte delle Forze dell'ordine, dei provvedimenti di espulsione emessi nei confronti degli irregolari.

L'arrivo di un elevato numero di immigrati nelle coste siciliane in tempi relativamente brevi, richiede alle Autorità Sanitarie un importante impegno per identificare e gestire tempestivamente possibili eventi che riguardano lo stato di salute della popolazione immigrata. Per tali motivi, il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le Regioni, hanno attivato un sistema di sorveglianza sindromica che è stato mantenuto per tutta la durata dell'emergenza umanitaria. L'obiettivo principale della sorveglianza sindromica è stato di rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica ed organizzare una risposta tempestiva e appropriata.

* Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute Materno-Infantile "G. D'Alessandro" - Università degli Studi di Palermo

Metodi

L'obiettivo di questo studio è stato quello di descrivere lo stato di salute degli ospiti di un CARA e di due CIE siciliani.

A tal fine è stato selezionato un campione di immigrati presenti in un CARA ed in due CIE della Sicilia occidentale nel periodo 2012-2013. Tutti i dati sono stati raccolti dal sistema telematico che i centri adottano, nei quali vengono registrate le informazioni di ciascun ospite: nazione di provenienza, stato civile, età, sesso, istruzione, professione, religione, stato socio-economico e dati di tipo sanitario (patologie, disabilità, ricoveri, condizioni croniche). Successivamente l'analisi dei dati è stata eseguita con il software statistico STATA per windows (versione 11.2 MP stataCorp, College station, TX, USA).

Risultati

I soggetti analizzati nel CARA e nel CIE sono rispettivamente 598 e 281.

Le diagnosi più frequenti negli ospiti del CARA sono state: i disturbi post-traumatici da stress nel 16.9% (CI95%: 13.9-19.9) e la depressione nel 7.6% (CI95%: 5.6-9.8) dei casi. La diagnosi d'ipertensione si è rilevata nello 0.67% (CI95%: 0.1-1.3) degli ospiti.

I Paesi di provenienza degli ospiti del CARA sono stati: Afghanistan 13.7%, Eritrea 12.3%, Pakistan 11.3%, Gambia 8.6%, Bangladesh 8.3%, Nigeria 7.8% ed altri Paesi 38.0%.

Il numero mediano di visite agli ambulatori del CARA è stato di 7 (IQR: 2-16).

All'analisi multivariata la diagnosi di depressione, la provenienza dal Pakistan ed il più elevato numero di visite agli ambulatori sono tutti fattori di rischio per la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress.

Con la stessa metodica di analisi, i fattori di rischio per la depressione sono costituiti da: disturbo post-traumatico da stress, ipertensione, la provenienza dal Pakistan ed il numero più elevato di visite presso gli ambulatori del CARA.

Le diagnosi più frequenti tra gli ospiti dei CIE sono state, anche in questo caso: i disturbi post-traumatici da stress nel 27.9% (CI95%: 20.1- 34.3) e la depressione nel 18.1% (CI95%: 14.7- 21.2) dei casi. La diagnosi di diabete si è rilevata nello 0.5% (95% CI: 0.1-0.9) degli ospiti.

I Paesi di provenienza degli ospiti del CIE sono stati: Tunisia 87.7%, Marocco 2.4%, Algeria 1.4%, Bangladesh 1.3%, Egitto 1.3%, Ghana 1.3%, Senegal 0.2% ed altri Paesi 4.4%.

All'analisi multivariata la maggiore permanenza all'interno del CIE, la diagnosi di depressione, la provenienza dalla Tunisia sono tutti fattori di rischio per la diagnosi di disturbo post-traumatico da stress. Con la stessa metodica di analisi, i fattori di rischio per la depressione sono costituiti da: disturbo post-traumatico da stress e provenienza dalla Tunisia.

Discussione

L'immigrato quando giunge nel Paese di arrivo deve fronteggiare diverse situazioni: apprendere una nuova lingua, adattarsi alle regole e norme sociali spesso sconosciute, adeguarsi ad una nuova cultura con valori diversi da quella della propria origine. Lo sforzo di adattamento, peraltro, viene spesso affrontato in una posizione di debolezza legata alla perdita di "status" nella gerarchia sociale e dalla perdita del ruolo all'interno della comunità. Questa fase di esclusione sociale, soprattutto all'interno del CIE, per la stessa tipologia di residenza, restrittiva più che di accoglienza, può determinare la comparsa della sintomatologia post traumatica o della sintomatologia depressiva, in questi soggetti.

Questi disturbi risultano essere più frequenti delle malattie infettive a rapida diffusione (come riportato dai sistemi di sorveglianza sindromica) all'interno dei CARA e dei CIE e ciò suggerisce la necessità per i "decision maker" di un'organizzazione dei servizi assistenziali psichiatrici più appropriata (es. metodiche di screening per l'identificazione dei soggetti a rischio, sostegno di psicoterapia) al fine di fronteggiare tali patologie che possono avere conseguenze anche sulla popolazione siciliana che ospita tali centri.

XXIV Congresso interregionale Siculo-Calabro

Palermo 21 - 23 giugno 2013

Grand Hotel Piazza Borsa

Patrocini:



Regione Siciliana
Presidenza



Evento organizzato da:



In collaborazione con:



Regione Siciliana
Assessorato alla Salute

Con il supporto non condizionante di:

