

REGIONE PIEMONTE

**Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
Triennio 2018 - 2021**

Regione Piemonte

con il supporto dell'ASL Città di Torino

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino

Tesi di formazione specialistica in Medicina Generale

**“DIFFERENZE NEI BISOGNI DI SALUTE TRA
IMMIGRATI E POPOLAZIONE AUTOCTONA
AFFERENTE AD UNO STUDIO DI MEDICINA
GENERALE DI TORINO”**

Dott. Igor Nicola

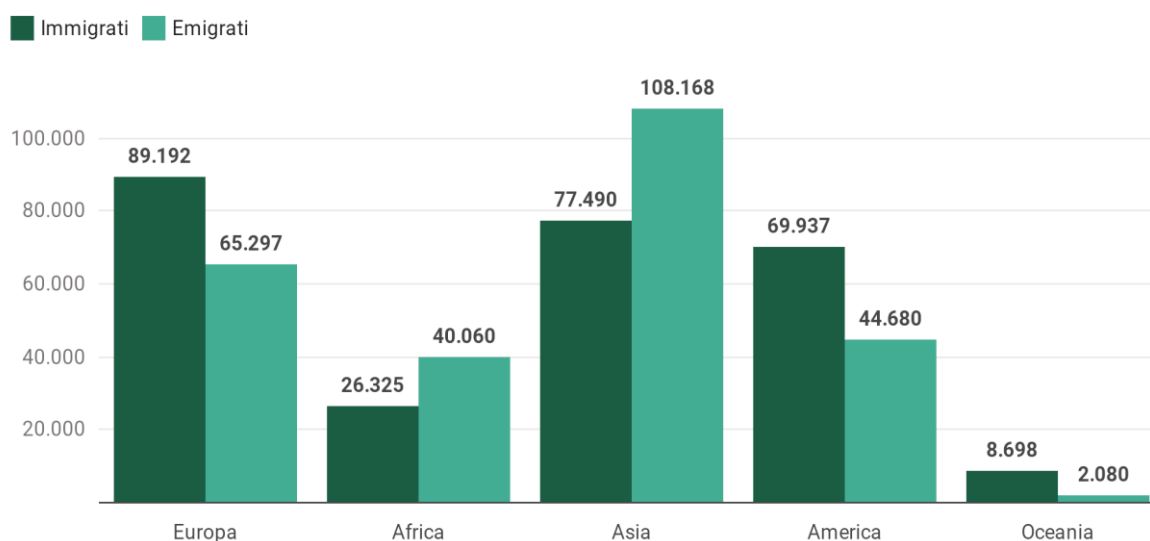
Sommario

Flussi migratori nel mondo.....	3
Flussi migratori in Italia.....	8
Le condizioni di salute degli immigrati in Italia.....	15
Accesso alla sanità pubblica.....	17
Principali rischi per la salute.....	22
Casistica.....	24
Materiali e metodi.....	24
Risultati.....	28
Discussione.....	44
Conclusioni.....	48
Limiti dello studio.....	49
Bibliografia.....	50

Flussi migratori nel mondo

Negli ultimi anni, il fenomeno dell'immigrazione ha assunto dimensioni sempre più considerevoli. Parlando di numeri e facendo riferimento ai dati del "Dossier statistico dell'immigrazione 2020", è noto come nel 2019 i migranti internazionali siano arrivati a 272 milioni, costituendo un rapporto pari a più di 1 ogni 30 abitanti della Terra (il 3,5% della popolazione mondiale, assumendo sia circa di 7,6 miliardi)[1]. Inoltre, si stima come negli ultimi anni ci sia stato un incremento esponenziale della popolazione immigrata, con una crescita pari ai 14 milioni ogni due anni (facendo riferimento al 2017, con 258 milioni e al 2015 e 244 milioni)[2]. A ospitarne il maggior numero è l'Europa (89,2 milioni), seguita nell'ordine dall'Asia (77,5 milioni), dall'America (quasi 70 milioni), dall'Africa (26,3 milioni) e dall'Oceania (8,7 milioni). Oltre 2 migranti su 5 (41,3%) sono insediati, dunque, nel Sud del mondo.

MONDO. Immigrati ed emigrati per continente



Dossier statistico immigrazione 2020

Si riconoscono vari tipi di migranti a seconda della causa di immigrazione.

In particolare, i migranti forzati, oggi circa 79,5 milioni (meno di 71 milioni l'anno precedente), sono raddoppiati in soli dieci anni.

I migranti forzati sono persone soggette ad un movimento migratorio caratterizzato da elementi di coercizione, generalmente violenta, derivati da calamità naturali o da cause umane, comprese le minacce alla vita e al sostentamento.

Tra costoro, il cui 40% è costituito da bambini, 26 milioni sono i rifugiati e 4,2 milioni i richiedenti asilo. Si aggiungono poi 24,9 milioni di migranti ambientali, che la pandemia da Sars-Cov 2 ancora in corso, rende particolarmente vulnerabili e che i cambiamenti climatici globali renderanno sempre più numerosi: vari studi ne paventano un aumento esponenziale fino a un numero compreso tra i 200 milioni e 1 miliardo entro il 2050.

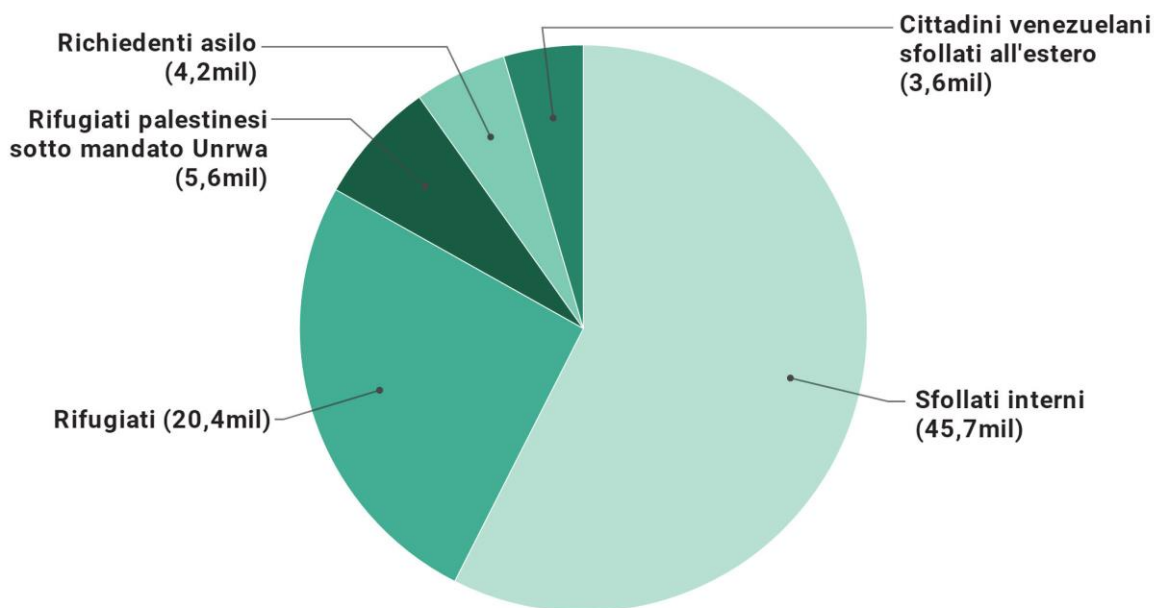
I migranti ambientali sono persone o gruppi di persone che, principalmente a causa di un cambiamento improvviso o progressivo dell'ambiente che influisce negativamente sulla loro vita o sulle loro condizioni di vita, sono obbligati a lasciare le loro case abituali, o scelgono di farlo, sia temporaneamente sia permanentemente, e si spostano all'interno del loro paese o all'estero.

A loro volta i migranti economici raggiungono circa 164 milioni e in diversi paesi del mondo rappresentano il 20% della forza lavoro.

I migranti economici sono invece persone che lasciano il proprio paese di origine per ragioni puramente economiche, che non sono in alcun modo collegate alla definizione di rifugiato, al fine di cercare di migliorare i propri mezzi di sostentamento e le proprie condizioni di vita.

MONDO. Migranti forzati per status giuridico

Totale: 79,5 milioni



Dossier statistico immigrazione 2020

Nonostante il contributo economico e lavorativo assicurato dai lavoratori immigrati, le condizioni sociali, quali il riconoscimento di diritti e qualità della vita, sono ad oggi scarse e minate dalla crescente esclusione e marginalizzazione socioeconomica, che nelle forme più gravi si concretizza in condizioni di sfruttamento e di sopravvivenza nei ghetti, nelle baraccopoli e nei campi profughi. Fenomeno rinominato dall'Onu, a scopo di denuncia "tsunami di xenofobia", a sostegno della tesi secondo la quale, la società tenda a riconoscere un capro espiatorio nella popolazione "diversa", in questo caso, quella migrante [1].

I dati statistici (denuncia ENAR), indicano infatti che tra gennaio e aprile 2020, le violazioni dei diritti fondamentali nei confronti dei cosiddetti *racialised group* siano state più di 190, solo in Europa.

Tra i vari fattori che alimentano le migrazioni internazionali resta ancora determinante la diseguale distribuzione delle risorse, e quindi il differenziale economico-produttivo, tra le diverse aree del mondo.

A smussare queste disuguaglianze contribuiscono anche le rimesse di 164 milioni di lavoratori emigrati, i quali, attraverso di esse, sostengono almeno 800 milioni di parenti che vivono nei paesi d'origine più poveri. Inoltre, al progressivo aumento dei migranti nel mondo si oppone una sempre più diffusa politica dei muri, dei porti chiusi e dei respingimenti a tutti i costi. Così, la chiusura dei canali di ingresso legali ha lasciato come ultima chance, a tante persone in fuga da guerre, persecuzioni e disastri ambientali, i cosiddetti "viaggi della morte" (o "della speranza", come vengono vissuti alla partenza), che prevedono l'attraversamento irregolare anche di più frontiere; viaggi, questi, in cui sono confluiti anche molti migranti economici, costretti, dalle stesse politiche di chiusura, a mescolarsi con quelli forzati (flussi misti) per tentare l'ingresso attraverso la richiesta d'asilo.

Secondo i dati del progetto "Missing migrants di Oim del 2019", il numero dei migranti che hanno perso la vita nel tentativo di superare i confini tra Stati, sia di 5.306; ai quali si aggiungono 1.772 migranti dispersi tra il 1° gennaio e il 15 settembre 2020.

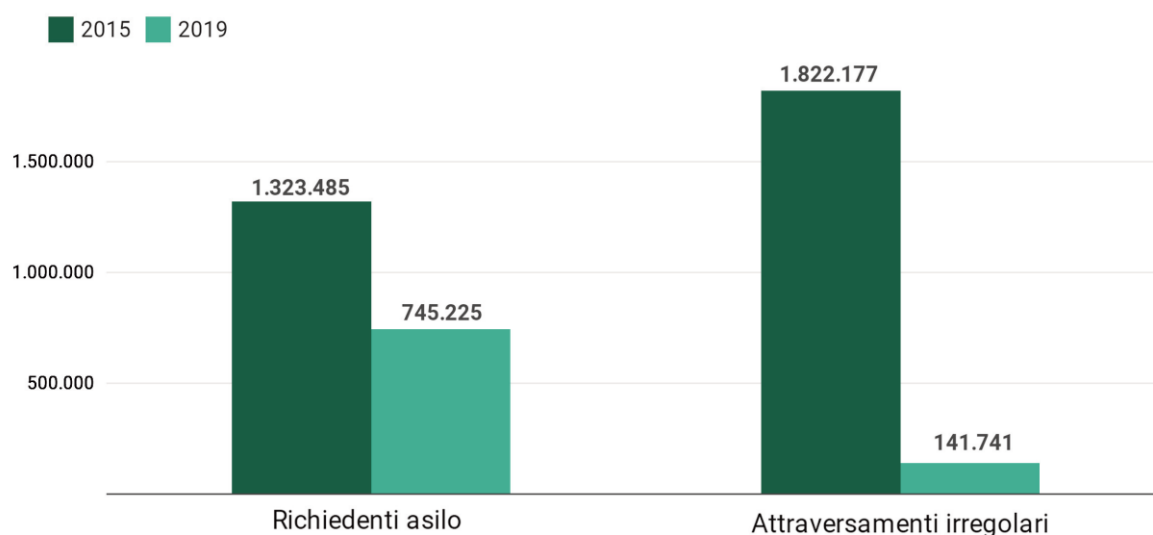
In particolare, nell'Ue (nei cui 28 Stati, a inizio 2019, risiedevano 41,3 milioni di stranieri, circa 3 milioni in più rispetto all'anno precedente, rappresentando l'8,0% della popolazione complessiva) il blocco delle vie d'ingresso legali, ottenuto anche con l'erezione di muri e l'uso della forza, ha determinato un crollo sia degli attraversamenti irregolari delle frontiere intercettati da Frontex (da 1.822.177, livello record registrato durante la crisi del 2015, a 141.741, livello minimo registrato nel 2019) sia delle richieste di asilo (quasi dimezzatesi tra il 2015 e il 2019, passando da 1.323.485 a 745.225).

I due terzi di queste ultime (circa mezzo milione) sono stati presentati in 4 paesi: Germania, Francia, Spagna e Grecia. L'Italia, quarta nel 2018 con circa 60mila domande, è scesa nel 2019 al sesto posto, con 43.800.

Per quanto concerne la prospettiva dell'immigrazione in Italia, occorre fare riferimento al ripristino dell'accordo italo-libico (febbraio 2017). In

questo caso, con l'Italia in prima fila per l'istituzione sia della cosiddetta "guardia costiera libica" sia – presso l'Organizzazione Marittima Internazionale, garante la stessa Ue – di una zona di mare cosiddetta "SAR" (Search And Rescue: ricerca e salvataggio), responsabile dell'esclusivo controllo dei guardacoste libici, investiti dall'autorità di intercettare i migranti che tentano la traversata verso Italia e riportarli negli stessi campi del paese nordafricano.

UNIONE EUROPEA. Richiedenti asilo e attraversamenti irregolari (2015-2019)



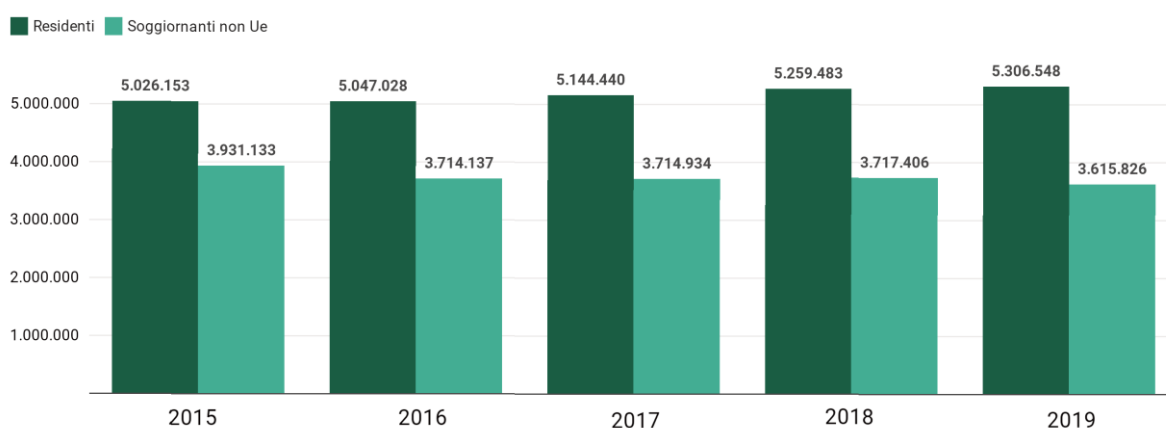
Dossier statistico immigrazione 2020

In entrambi i casi si tratta di una strategia di "esternalizzazione delle frontiere" europee che consente di aggirare il principio di non respingimento, sancito dal diritto internazionale, attraverso il finanziamento di Stati a cui viene delegato di impedire, anche con palesi violazioni dei diritti umani, il raggiungimento dei confini europei [1].

Flussi migratori in Italia

A fronte di un lievissimo aumento netto annuo di residenti stranieri in Italia, che a fine 2019 erano in totale 5.306.500 (appena 47.100 in più rispetto all'anno precedente: +0,9%), l'8,8% della popolazione complessiva del paese, i soli non comunitari regolarmente soggiornanti hanno conosciuto, per la prima volta dopo vari anni, una diminuzione del loro numero, calato di ben 101.600 unità (-2,7%) e giunto così a poco più 3.615.000 (erano 3.717.000 a fine 2018)[1].

ITALIA. Residenti stranieri e soggiornanti non Ue (2015-2019)



Dossier statistico immigrazione 2020

In maniera corrispondente a tale diminuzione, pare essere aumentata la presenza di non comunitari irregolari, i quali, stimati in 562.000 a fine 2018 (Ismu) e calcolato che – anche per effetto del Decreto “sicurezza” varato in tale anno – sarebbero cresciuti di ben 120-140.000 unità nei due anni successivi (Ispi), a fine 2019 erano già stimati in oltre 610.000

e a fine 2020 avrebbero plausibilmente sfiorato i 700.000 se, nel frattempo, non fosse intervenuta la regolarizzazione a farne emergere (almeno temporaneamente, in base al numero di domande presentate) circa 220.500, in stragrande maggioranza dal lavoro in nero domestico e solo in minima parte dal lavoro nero in agricoltura [2].

Così, dopo un lungo periodo in cui la crescita degli immigrati compensava significativamente la diminuzione naturale della popolazione italiana, si conferma il rapido declino demografico rilevato dal 2015, con una popolazione complessiva del paese diminuita di ben 551mila unità in soli 5 anni. Un declino che, per un verso, ha visto le nascite complessive attestarsi, nel 2019, a 420.000 (il numero in assoluto più basso negli ultimi 102 anni), a fronte di 634.000 decessi, per un rapporto di 66 neonati ogni 100 morti (era di 96 su 100 solo 10 anni fa); e per altro verso – benché ci si attenda che venga ulteriormente aggravato dagli effetti della pandemia Covid-19 – continuerebbe a essere più ampio senza l'apporto demografico della popolazione straniera, visto che il tasso di fecondità tra gli italiani (media di 1,22 figli per donna fertile) resta comunque più basso di quello straniero 1,89; era di 1,94 nel 2018), sebbene ormai entrambi al di sotto del livello di sostituzione (2,1)[1], [3].

Il rapporto tra i generi nella popolazione straniera è sostanzialmente equilibrato, con un leggero sbilanciamento a favore delle donne (51,9%), anche se la percentuale varia molto in funzione della cittadinanza di origine: ad esempio le donne rappresentano l'81% della popolazione russa in Italia, mentre costituiscono il 4,8% dei residenti maliani [3].

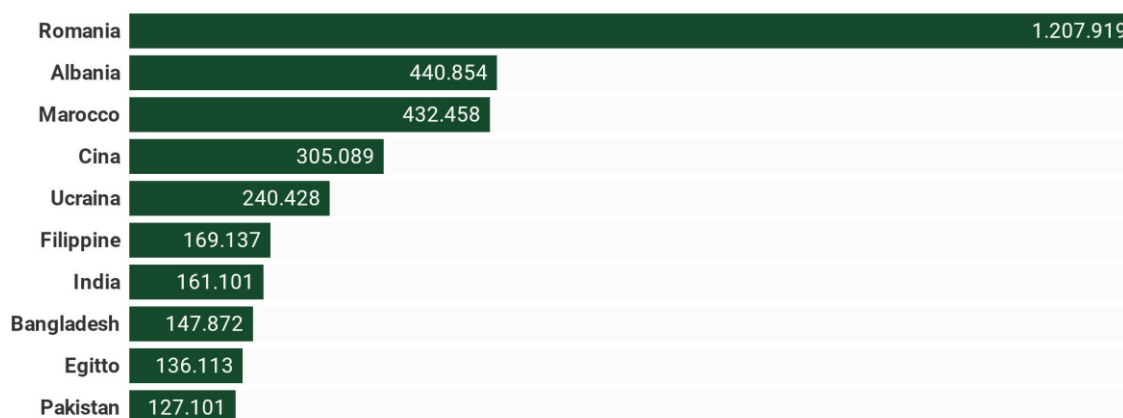
L'età media della popolazione straniera residente in Italia è di circa 35 anni (rispetto agli italiani che hanno una età media di circa 46 anni). In linea con la popolazione italiana, sono soprattutto gli uomini ad avere un'età media più giovane, circa 33 anni rispetto ai 37 delle donne. Un quinto degli stranieri residenti ha meno di 18 anni (quasi l'11% della

popolazione totale tra 0 e 17 anni), il 37% circa meno di 40 anni, solo il 5,5% ha più di 65 anni [3].

Dei poco più di 5 milioni di cittadini stranieri residenti in Italia, circa 2,5 milioni sono europei (di cui 1,5 milioni proviene da Paesi appartenenti all'UE), 1,1 milioni provengono dagli Stati africani (21,9%, soprattutto dai Paesi dell'Africa settentrionale e occidentale) e 1,1 milioni (21,3%) dall'Asia. Il continente americano conta circa 369mila residenti in Italia (7,4%), provenienti in prevalenza dal Centro-Sud America (7,4%).

La presenza straniera è maggiormente concentrata nelle Regioni del Centro-Nord (82,9%), e in particolare nel Nord-Ovest (33,9%). La Lombardia è la Regione che conta le maggiori presenze in valore assoluto (1 milione e 143 mila stranieri residenti, il 22,8% del totale), seguita dal Lazio (626mila, 12,5%), dall'Emilia-Romagna (538mila, 10,7%), dal Veneto (481mila, 9,6%) e dal Piemonte (406mila, 8,1%). L'Emilia-Romagna è anche la Regione in cui si riscontra l'incidenza più elevata di cittadini stranieri sulla popolazione (oltre 12 ogni 100 abitanti).

ITALIA. Residenti stranieri: primi dieci paesi di cittadinanza



Dossier statistico immigrazione 2020

Le politiche di impedimento e respingimento degli sbarchi, congiunte all'assenza, dal 2011, di una programmazione degli ingressi stabili di

lavoratori stranieri dall'estero e all'abolizione, dal 2018, dei permessi di protezione umanitaria, hanno determinato, nel 2019, non solo un ulteriore crollo del numero di migranti forzati sbarcati nel paese (11.471, di cui 1.680 minori stranieri non accompagnati: -50,9% rispetto ai totali 23.370 del 2018 e -90,4% rispetto ai 119.369 del 2017), confermando così la fine della cosiddetta "emergenza sbarchi"; ma anche uno svuotamento dei centri di accoglienza (i cui ospiti sono scesi da 183.800 nel 2017 a 84.400 a fine giugno 2020, per una fuoriuscita netta di quasi 100.000 persone in appena 2 anni e mezzo) e un drastico calo della percentuale di riconoscimento delle domande di protezione presentate in Italia (dal 32,2% del 2018 ad appena il 19,7% del 2019, la metà della media europea).

Due circostanze, queste ultime, che concorrono strutturalmente a ingrossare le fila già assai nutrite degli immigrati irregolari nel paese. Nel primo caso, perché molte delle persone estromesse dai centri di accoglienza, dopo il varo del Decreto "sicurezza" del 2018, erano richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria che, dispersi sul territorio, sono di lì a poco divenuti irregolari sia per le più ridotte possibilità di accedere a una forma di protezione sia per l'impossibilità di rinnovare quella umanitaria; e, nel secondo caso, perché l'aumentata quota di diniegati, congiunta all'alta probabilità di non poterne effettuare il rimpatrio a causa dei limitati accordi di riammissione con i paesi d'origine (appena 7.000 rimpatri effettuati nel 2019, il 30,1% dei 23.400 migranti irregolari intercettati nell'anno, solo di poco superiori ai 6.800 rimpatri del 2018), destina anche costoro al rilascio sul territorio in una situazione di irregolarità (dopo una inutile reclusione media di circa 60 giorni in un Cpr, su un limite massimo di 180 stabilito dal Decreto del 2018)[1].

In questo quadro si inserisce, in particolare, la situazione delicata dei minori stranieri non accompagnati (msna): calcolati in 17.800 all'interno dell'Ue a 28 Stati a fine 2019 (erano 19.800 nel 2018 e 95.200 nel 2015), a fine giugno 2020 in Italia la loro presenza nei centri di

accoglienza è scesa ad appena 5.016 (per il 95,3% maschi e per l'87,6% tra i 16 e 17 anni d'età), contro i 6.054 di fine 2019 e i 10.787 di fine 2017. Di contro, quelli allontanatisi dai centri e resisi irreperibili erano quasi 5.383 a fine 2019 (cui se ne sono aggiunti altri 215 nei primi 6 mesi del 2020).

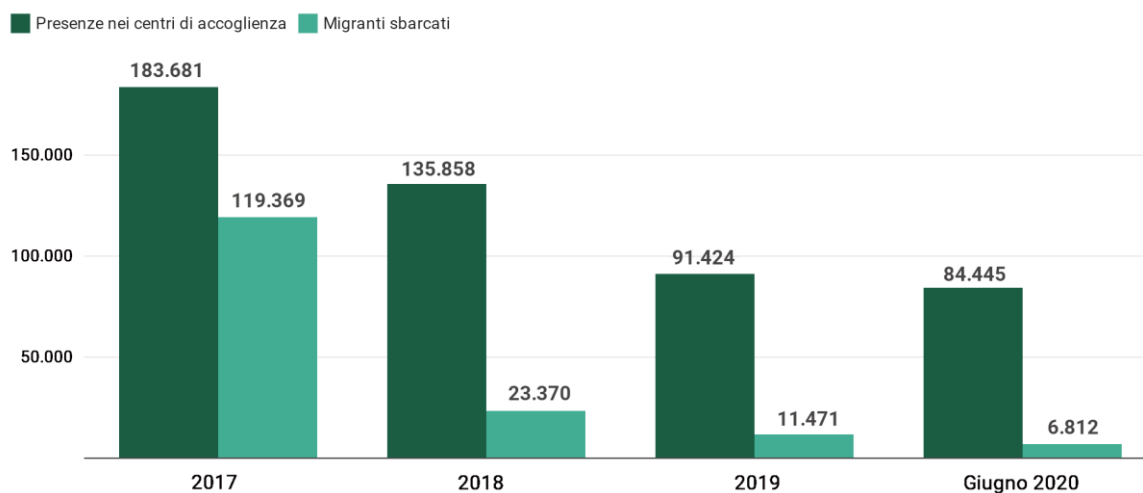
D'altra parte, l'enorme scarto numerico tra i meno di 11.500 migranti arrivati via mare nel 2019 e i 261.000 nuovi residenti stranieri provenienti dall'estero dà la misura dell'esagerata sovra-rappresentazione degli sbarchi nei media e nel dibattito pubblico e politico.

Una distorsione ottica che riguarda non solo gli arrivi via mare (che, pur saliti a 20.000 nei primi 8 mesi del 2020 – di cui 1.920 msna –, restano nell'ordine di pochissime decine di migliaia, come dal 2018 in poi), ma anche diverse altre caratteristiche dell'immigrazione nel paese, come:

- l'effettivo numero di richiedenti asilo, rifugiati e immigrati per motivi di protezione (in tutto circa 220mila alla fine del 2019: appena il 6,1% di tutti i soggiornanti non comunitari e lo 0,4% dell'intera popolazione del paese);
- le provenienze principali, tra cui resta preponderante quella europea, con 2.630.000 persone, il 49,6% di tutti i residenti stranieri, per il 60,3% costituita da comunitari, 1.586.000; seguono pressoché appaiate l'Africa, con 1.159.000 presenze pari al 21,8% del totale straniero, e l'Asia, con 1.123.000 e il 21,2%, mentre gli americani sono 391.000, il 7,4% di tutti i residenti stranieri in Italia, in stragrande maggioranza latinoamericani: 373.000). In particolare, su poco meno di 200 collettività estere, i più numerosi restano i romeni, che con 1 milione e 200mila persone coprono quasi un quarto di tutte le presenze, seguiti da albanesi e marocchini, con oltre 400mila cittadini ciascuno, dai cinesi, con poco più di 300mila, e dagli ucraini, con circa 240mila;

- le appartenenze religiose (la maggioranza assoluta, pari al 51,9% di tutti i residenti stranieri, è costituita da 2.749.000 cristiani, per oltre la metà ortodossi, 1.532.000, seguiti da 940.000 cattolici e 235.000 protestanti; i musulmani sono invece un terzo del totale: 1.764.000, pari al 33,2%).

ITALIA. Migranti sbarcati e presenze nei centri di accoglienza (2017-Giugno 2020)



Dossier statistico immigrazione 2020

Sono diversi gli indicatori che confermano uno stadio avanzato di radicamento territoriale e di inserimento organico degli stranieri nel tessuto sociale italiano, così da costituirne indubbiamente una componente strutturale; ma questa maturità di insediamento e convivenza si congiunge ad altrettanto durature e crescenti evidenze di fragilità e di emarginazione, oltre che di subordinazione alla componente italiana.

Un indubbio segnale di maturo radicamento è che il numero e l'incidenza dei matrimoni misti risulti in crescita (circa 23.900 nel 2018: +4,4% rispetto all'anno precedente, il 12,2% di tutti i 195.800 matrimoni celebrati nello stesso anno, contro una media del 9% degli anni precedenti) e che, già a inizio 2018, fossero ben 1.316.000 i minori, italiani o stranieri, con un background migratorio (immigrati loro stessi o i loro genitori). Per il 75% (991.000) si tratta di "seconde generazioni"

in senso proprio (nati in Italia da genitori stranieri), la maggior parte dei quali (circa 800.000) tuttavia stranieri anch'essi, complice un'anacronistica legge sulla cittadinanza, imperniata sullo jus sanguinis. Ne deriva che, benché gli stranieri che nel 2019 hanno acquisito la cittadinanza italiana (127.000) appaiano in crescita rispetto all'anno precedente (+14.500), tra loro sono ancora esclusi i 63.000 nuovi nati in Italia da coppie straniere, che rappresentano il 15% delle suddette 435.000 nascite complessive registrate nell'anno in Italia: neonati che hanno dunque contribuito a incrementare la presenza straniera pur senza essere propriamente "immigrati" [1].

Le condizioni di salute degli immigrati in Italia

Un articolo, pubblicato sul Bollettino di politica sanitaria Euro Observer, evidenzia una scarsa attenzione dell'Europa nei confronti delle politiche sanitarie rivolte agli immigrati. I problemi metodologici connessi allo studio della salute degli immigrati non sono pochi: se il ruolo dell'immigrazione nella diffusione delle epidemie è stato a lungo oggetto di interesse per la salute pubblica, poco si sa della salute degli stranieri, una volta che si stabiliscono nei Paesi ospitanti e interagiscono con il sistema sanitario locale.

L'approccio adottato da ogni Paese nella gestione delle politiche sulla salute degli immigrati dipende prima di tutto dalla tipologia di immigrazione che interessa il territorio considerato e, in secondo luogo, dal suo livello di benessere globale.

Le politiche sanitarie italiane rivolte agli immigrati sono, secondo Euro Observer, relativamente sviluppate, anche se gli autori nutrono dubbi sul buon esito dei piani attuati dal Governo italiano. Questo scetticismo viene imputato alla natura sempre più decentralizzata del sistema sanitario italiano e al fatto che la responsabilità della somministrazione di servizi e della fornitura di Livelli essenziali di assistenza ricada esclusivamente sulle Regioni.

In Italia le politiche di sanità pubblica connesse alla salute degli immigrati risalgono agli anni Novanta, la necessità di un accesso uniforme degli immigrati all'assistenza medica e sanitaria e l'estensione agli stranieri delle stesse vaccinazioni a cui era sottoposta la popolazione italiana vengono sancite con il Piano sanitario nazionale del triennio 1998-2000.

Nella pianificazione sanitaria nazionale in vigore è invece il contenimento dei divari strutturali e qualitativi esistenti tra i servizi di assistenza sanitaria delle diverse Regioni italiane a rappresentare un'assoluta priorità.

Come i cittadini italiani, infatti, anche gli immigrati regolari hanno accesso ai servizi forniti dal Servizio sanitario nazionale (S.S.N.), qualunque sia la loro condizione economica. Gli irregolari possono recarsi a centri di assistenza medica speciali del S.S.N., a condizione che vengano identificati e certificati come "stranieri temporaneamente presenti". Secondo la legge italiana, gli stranieri privi di documenti di identità hanno facoltà di accedere ai servizi sanitari senza temere di essere denunciati alle autorità. Con la certificazione di nome, data di nascita e nazionalità gli immigrati ricevono un numero di identificazione e un codice fiscale, grazie ai quali dispongono del diritto all'assistenza medica di base, al ricovero e al trattamento ambulatoriale[1], [2], [4]-[7].

Molti migranti sono impegnati nei cosiddetti lavori "3-D" (*dirty, dangerous and demanding*), ovvero *sporchi, pericolosi e impegnativi* e sono esposti a un maggior rischio di incidenti e problemi di salute rispetto ai colleghi non migranti. Sebbene molti Paesi abbiano politiche sanitarie che prevedono servizi per rifugiati e migranti, queste garanzie non risultano essere sempre attuate in modo efficace, e persistono ampie disparità tra gli indicatori di salute di rifugiati e migranti rispetto a quelli della popolazione generale nei Paesi ospitanti. Spesso la carenza di mediatori culturali e/o interpreti è uno degli ostacoli proprio all'accesso alle cure primarie.

Inoltre, i lavoratori migranti percepiscono discriminazioni sul posto di lavoro e gli alloggi temporanei che accolgono la popolazione migrante impiegata stagionalmente nel settore agricolo possono essere non sicure e insalubri [2], [4]-[8].

Eppure, la popolazione migrante non è intrinsecamente meno sana di quelle ospitanti, come evidenziato dalla revisione della letteratura: piuttosto, a gravare sulla loro salute è l'impatto concomitante e sfavorevole di fattori sociali, come il livello di istruzione, il reddito, la

disponibilità e qualità di alloggi, l'accesso ai servizi, le barriere linguistiche, culturali e legali.

L'iniziale vantaggio di salute degli immigrati rispetto ai nativi al momento dell'arrivo nel Paese ospitante, il cosiddetto "effetto migrante sano", è riferibile alla selezione dei più giovani e più sani all'origine del progetto migratorio. Tale patrimonio di salute in dotazione ai migranti tende, tuttavia, a depauperarsi una volta nel nostro Paese, per l'esposizione a condizioni di vita spesso deprivate e alle maggiori difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria. Inoltre, bisogna considerare che nel tempo la rilevanza dell'"effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali [2], [4], [7]-[9].

Accesso alla sanità pubblica

Il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) italiano è l'insieme di strutture e servizi che assicurano la tutela della salute e l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini italiani e stranieri, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione italiana.

Per i cittadini stranieri, comunitari e non, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) garantisce tutta l'assistenza sanitaria prevista dal nostro ordinamento e comporta parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dallo stesso S.S.N. ed alla sua validità temporale.

Per beneficiare delle prestazioni fornite dal S.S.N. occorre iscriversi e la Tessera Sanitaria è il documento che ne prova l'iscrizione.

La Tessera Sanitaria personale dà diritto a ricevere le seguenti prestazioni:

- Avere un Medico di famiglia (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS);
- Ricovero ospedaliero gratuito presso gli ospedali pubblici e convenzionati;

- Assistenza farmaceutica;
- Visite mediche specialistiche;
- Vaccinazioni;
- Esami strumentali e/o ematochimici;
- Farmaci;
- Assistenza riabilitativa e per protesi;
- Altre prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza.

L'iscrizione può essere **obbligatoria** o **volontaria** [2], [9]-[14].

Chi ha l'obbligo di iscriversi al S.S.N.:

- I cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno che svolgono regolare attività di lavoro subordinato, autonomo o che siano iscritti alle liste di collocamento;
- I cittadini stranieri regolarmente soggiornanti o quelli che abbiano chiesto il rinnovo del permesso di soggiorno per lavoro subordinato o autonomo, per motivi familiari, per asilo, per richiesta di asilo, per protezione speciale, per cure mediche/gravidanza (articolo 19, comma 2, lettera d-bis del T.U.286/98), per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza o per motivi religiosi;
- I familiari a carico (regolarmente soggiornanti) dei cittadini stranieri rientranti nelle categorie sopraindicate.
- **I minori stranieri non accompagnati**, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale e comunque tutti i minori indipendentemente dallo stato di regolarità del soggiorno, con conseguente diritto al Pediatra di Libera Scelta (PLS) da 0 a 14 anni e al Medico di Famiglia (MMG) da 14 a 18 anni.
- I detenuti stranieri per il periodo di detenzione, che siano o meno in possesso di regolare titolo di soggiorno, ivi compresi i detenuti

in semi-libertà o coloro che vengono sottoposti a misure alternative alla pena. I detenuti sono esclusi dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa (*ticket*).

- I cittadini stranieri in attesa di regolarizzazione possono comunque essere iscritti al Servizio sanitario nazionale con il codice fiscale provvisorio, presentando all'A.S.L. la ricevuta della domanda di regolarizzazione. In questo caso, non viene inviata automaticamente la tessera sanitaria, ma potrà essere rilasciato dall'A.S.L. solo un certificato sostitutivo, che contiene il numero identificativo della tessera sanitaria.

Non hanno obbligo di iscriversi al S.S.N. i cittadini stranieri non rientranti fra le suddette categorie, anche se devono assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di polizza assicurativa valida sul territorio italiano, anche per i familiari a carico [2], [9]–[15].

Dove ci si può iscrivere:

Per iscriversi al S.S.N. è necessario recarsi presso la A.S.L. del territorio in cui si è residenti, ovvero presso quella in cui si ha effettiva dimora (indicata nel permesso di soggiorno), muniti di: documento di identità personale, codice fiscale, permesso di soggiorno, autocertificazione di residenza o dimora (si considera dimora abituale l'ospitalità da più di tre mesi presso un centro d'accoglienza). Al momento dell'iscrizione si potrà poi scegliere il Medico di Famiglia (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) per eventuali minori a carico [2], [9]–[15].

Validità dell'iscrizione:

L'iscrizione al S.S.N. ha la stessa durata del permesso di soggiorno. **L'iscrizione non decade durante la fase di rinnovo del permesso di soggiorno** (art. 42 del DPR 394/99), pertanto può essere rinnovata anche presentando alla A.S.L. la documentazione comprovante la richiesta di rinnovo di permesso di soggiorno.

L'obbligo dell'A.S.L. di procedere alla cancellazione dell'anagrafe sanitaria dei cittadini stranieri sussiste solo dopo aver ricevuto dalla Questura la comunicazione del mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno, salvo che l'interessato comprovi di aver presentato ricorso contro i suddetti provvedimenti [2], [9]–[15].

A cosa si ha diritto:

Al momento dell'iscrizione si può scegliere il Medico di Famiglia (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS), il cui nome viene riportato sulla tessera sanitaria, al quale ci si può rivolgere gratuitamente. Nel momento in cui si è in possesso della richiesta per la prestazione sanitaria (*impegnativa* o *ricetta*), rilasciata dal proprio medico, è possibile effettuare la relativa prenotazione secondo le modalità definite dalla Regione in cui si è iscritti (es. tramite prenotazione telefonica o di persona al CUP regionale o ospedaliero).

Ogni visita specialistica comporta il pagamento di una quota di partecipazione alla spesa sanitaria (*ticket*) come avviene per i cittadini italiani.

Sono previste modalità di esenzione dal pagamento dei ticket per riconosciute specifiche condizioni di reddito, età, invalidità o patologie (come per i cittadini italiani). Il Tesserino di esenzione dal Ticket viene rilasciato presso gli sportelli della A.S.L.

Tutti i **minori figli di stranieri irregolari** (se nella fascia di età compresa fra 0 e 6 anni), sono esonerati dal ticket sanitario (quota fissa normalmente dovuta per l'accesso alle cure sanitarie) a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Anche le prestazioni sanitarie per i **minori stranieri non accompagnati** sono erogate in esenzione dal pagamento del Ticket sanitari. L'affidatario del minore ha il compito di svolgere le pratiche necessarie per l'accesso alle prestazioni sanitarie ordinarie, quindi anche all'iscrizione al S.S.N. e la richiesta di esenzione dal Ticket per insufficienza del reddito [2], [9]–[15].

Chi non ha diritto all'iscrizione obbligatoria al S.S.N.:

Gli stranieri che soggiornano regolarmente in Italia, per un periodo superiore a tre mesi, che non hanno diritto all'iscrizione obbligatoria, sono tenuti ad **assicurarsi** contro il rischio di malattia, di infortunio e per maternità, mediante la stipula di una polizza assicurativa privata, ovvero, con iscrizione volontaria al S.S.N. attraverso il pagamento di un **contributo forfettario annuale**.

Hanno diritto ad iscriversi **volontariamente** al S.S.N.:

- Gli studenti e le persone alla pari anche per periodi inferiori a tre mesi;
- Coloro che sono titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva e non svolgono alcuna attività lavorativa;
- Il personale religioso (non iscrivibile obbligatoriamente);
- Il personale diplomatico e consolare delle Rappresentanze estere operanti in Italia, con esclusione del personale assunto a contratto in Italia per il quale è obbligatoria l'iscrizione al SSR;
- Dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia;
- Stranieri che partecipano a programmi di volontariato;
- Genitori ultra sessantacinquenni con ingresso in Italia per ricongiungimento familiare, dopo il 5 novembre 2008;
- Tutte le altre categorie individuate per esclusione rispetto a coloro che hanno titolo all'iscrizione obbligatoria.

Non possono essere iscritti volontariamente al S.S.N. i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per cure mediche e per motivi di turismo (art. 36 del T.U. n. 286/98). In tal caso occorre provvedere al pagamento degli oneri relativi alle cure effettuate.

Se si è privi delle risorse economiche sufficienti saranno comunque assicurate le prestazioni ambulatoriali, ospedaliere urgenti o comunque essenziali, o continuative, per malattia o infortunio e i programmi di

medicina preventiva (per es. vaccinazioni), nei presidi sanitari pubblici o privati accreditati.

Stranieri irregolarmente presenti:

Non possono iscriversi al S.S.N. neanche gli stranieri irregolarmente presenti.

Il cittadino straniero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in Italia ha diritto, comunque, alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, anche se continuative, alle cure per malattia e infortunio nelle strutture pubbliche o private convenzionate. A tal fine, dovrà richiedere all'A.S.L. un tesserino chiamato "**STP**" (Straniero Temporaneamente Presente) valido sei mesi ed eventualmente rinnovabile. Può essere richiesto il rilascio di un tesserino STP senza indicati nome e cognome. Per ottenere un tesserino STP è necessario presentare all'A.S.L. la propria anagrafica e un'autodichiarazione di non possedere risorse economiche sufficienti.

L'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione alle pubbliche autorità. In alcuni casi particolari (motivi di ordine pubblico o per altri motivi gravi) la Pubblica Autorità potrà comunque ottenere il referto, come può avvenire anche con i cittadini italiani [2], [9]-[15].

Principali rischi per la salute

Lo stato di salute psico-fisica della popolazione migrante è fortemente influenzato dalle seguenti variabili, responsabili della diversa incidenza di alcune patologie che si presentano più frequentemente rispetto alla popolazione nativa:

- Infortuni sul lavoro. Gli infortuni gravano principalmente sui lavoratori di sesso maschile, in quanto più spesso impegnati a svolgere lavori manuali e faticosi, a contatto con macchinari pesanti e/o per strada. Sono inoltre più spesso a contatto con

- sostanze tossiche, e spesso sono soggetti ad episodi di discriminazione razziale sul luogo di lavoro [16];
- Patologie osteo-muscolari. Sia per motivi legati alla situazione lavorativa, sia per condizioni di vita svantaggiose (alloggi di dimensioni ridotte, letti non idonei, mancanza di mezzi di spostamento, mancanza di corretto esercizio fisico) [16]–[19];
 - Malattie sessualmente trasmissibili. HIV, epatiti e varie malattie infettive come la sifilide sono frequenti nella popolazione migrante per mancanza di informazioni sulla prevenzione e contraccezione [5], [16];
 - Patologie cardiovascolari. L'aumento dell'incidenza può essere correlato sia a condizioni di ipertensione arteriosa rimasta incontrollata per lunghi periodi di tempo, sia ad un intrinseco rischio della popolazione migrante per tutte le patologie cardiovascolari [16]–[19];
 - Tumori. In questo caso, occorre sottolineare non l'aumento dell'incidenza di condizioni neoplastiche, ma principalmente un ritardo diagnostico, quindi associato a prognosi negative [5], [16];
 - Diabete mellito di tipo II. Estremamente più frequente negli immigrati per motivi socioeconomici (ridotta scelta di cibo), abitudini alimentari scorrette e diverse rispetto al Paese d'origine, tradizioni culturali e mancanza d'esercizio fisico. Inoltre molto spesso viene a mancare la compliance terapeutica, sia per scetticismo che per lunghi periodi di assenza dalle cure primarie [2], [5], [16]–[20];
 - Obesità. Per gli stessi motivi appena citati, l'obesità e/o un BMI fortemente sbilanciato sono frequenti, con una maggiore incidenza nel sesso femminile [16], [17];
 - Malattie infettive. Condizioni di vita caratterizzate da povertà, degrado, scarsa igiene, sovraffollamento e uno scarso accesso ai servizi clinici e di prevenzione possono favorire l'insorgenza e lo sviluppo di tali patologie. Spesso sono assenti le vaccinazioni che

in Italia vengono eseguite nei primi anni di vita. Pertanto patologie come morbillo, difterite, pertosse, epatite B o solo influenze e/o infezioni batteriche delle vie respiratorie e/o urinarie sono a rischio epidemico e potenzialmente invalidanti [5], [16], [17], [19], [21], [22];

- Patologie psichiatriche. Ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e schizofrenia sono disturbi molto frequenti nella popolazione migrante. Guerra, torture, i viaggi stessi per emigrare, lo shock di una nuova vita in un Paese estraneo, l'estrema solitudine a cui vanno incontro una volta residenti, le difficoltà legate alla situazione socioeconomica e le discriminazioni razziali sono le cause più frequenti [5], [16]–[19], [23], [24].

Casistica

Materiali e metodi

In questo studio abbiamo analizzato gli accessi in un ambulatorio di medicina generale situato nel quartiere di San Salvario, Torino. L'ambulatorio in questione si è ben prestato a questo studio in quanto il quartiere di San Salvario è da diversi anni esempio di multietnicità e meta di domicilio e/o residenza di diversi immigrati in cerca di casa e lavoro in Italia. Inoltre, da circa 10 anni ha subito una notevole rivalutazione, con un aumento delle attività commerciali (soprattutto di ristorazione) presiedute da immigrati, e una riduzione di attività legate allo spaccio e alla prostituzione

Sono stati presi in considerazione 1247 accessi nell'arco di 40 giorni, tra il mese di novembre 2021 e dicembre 2021 (Tab. 1). È stato scelto questo intervallo di tempo in quanto i mesi invernali, soprattutto prima delle festività natalizie, sono il periodo con maggiore frequentazione dell'ambulatorio di medicina generale.

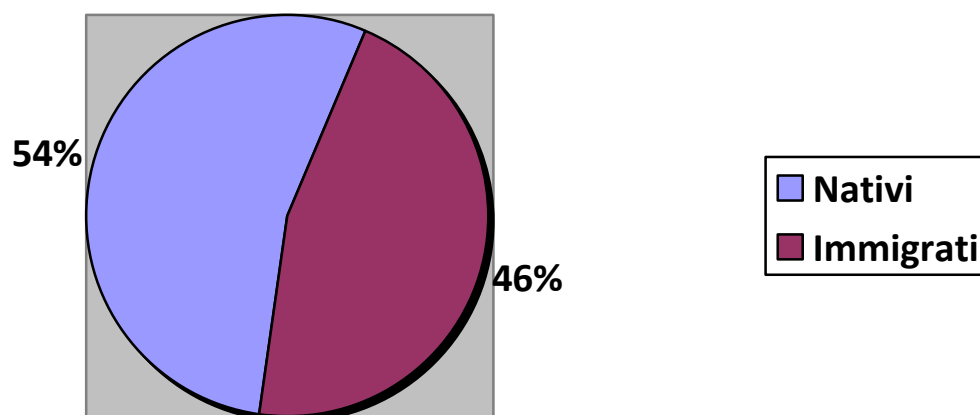
Per ogni accesso è stato individuato il motivo di visita tramite una valutazione ICD-9 delle prestazioni eseguite ed eventuali prescrizioni (esami ematochimici o radiologici, visite specialistiche, farmaci). Abbiamo anche considerato la richiesta di un eventuale certificato di malattia (o "mutua") a seguito della visita.

È stata inoltre analizzata la nazionalità del paziente, considerando come nativo un paziente nato in Italia, mentre come immigrato un paziente nato in un paese estero, sia facente parte dell'EU che extra-europeo.

È stata presa in considerazione anche la fascia d'età, usando come cut-off il compimento del sessantesimo anno d'età. È stato scelto questo cut-off in quanto recentemente per la campagna vaccinale anti-covid e antinfluenzale è stato decretato come determinante di fragilità per la salute.

I dati sono stati ottenuti tramite le funzionalità di data-mining e registrazione accessi del programma gestionale in uso nell'ambulatorio, *Medico2000*.

Fig. 1. Accessi da parte di nativi ed immigrati.



Sono stati registrati 571 accessi da parte di immigrati (Fig. 1), di cui 310 pazienti di sesso maschile (Fig. 2), ulteriormente divisi in 287

accessi di pazienti <60 anni e 23 di pazienti >=60 anni, e 261 pazienti di sesso femminile (Fig. 2), ulteriormente divisi in 212 accessi di pazienti <60 anni e 49 di pazienti >=60 anni. In totale 499 accessi di pazienti <60 anni (87.4%) e 72 di pazienti >=60 anni (12.6%) (Fig. 3).

Fig. 2. Suddivisione accessi relativi agli immigrati per genere.

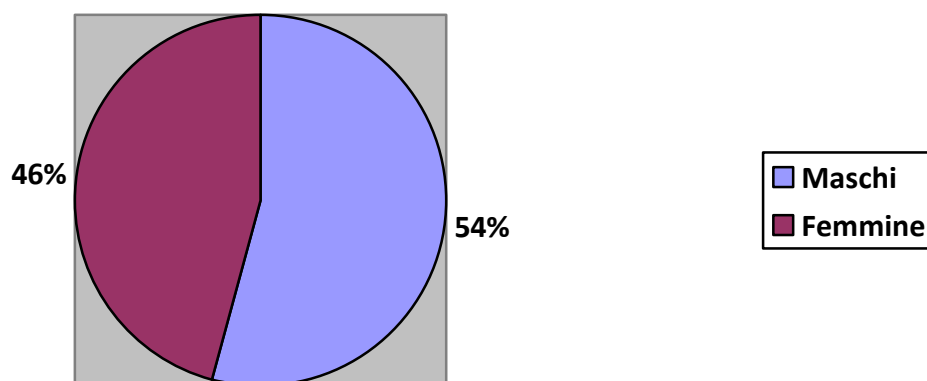
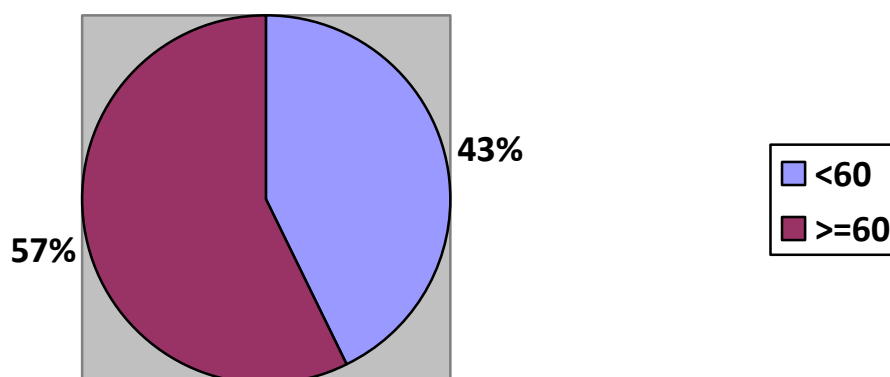


Fig. 3. Suddivisione accessi relativi agli immigrati per età



Sono stati registrati 676 accessi da parte di nativi (Fig. 1), di cui 336 pazienti di sesso maschile (Fig. 4), ulteriormente divisi in 143 accessi di

pazienti <60 anni e 193 di pazienti ≥ 60 anni, e 340 pazienti di sesso femminile (Fig. 4), ulteriormente divisi in 144 accessi di pazienti <60 anni e 196 di pazienti ≥ 60 anni. In totale 287 accessi di pazienti <60 anni (42.5%) e 389 di pazienti ≥ 60 anni (57.5%) (Fig. 5).

Fig. 4. Suddivisione accessi relativi ai nativi per genere.

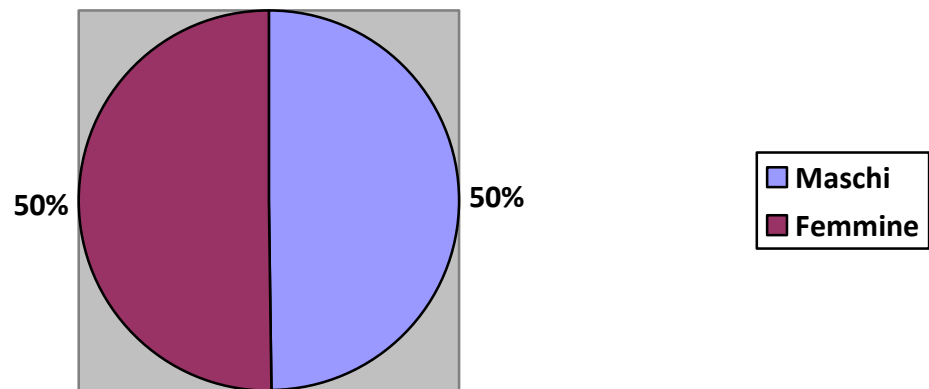
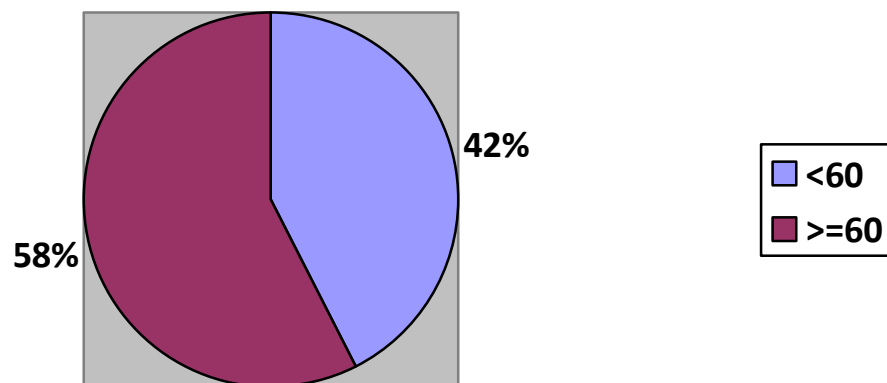


Fig. 5. Suddivisione accessi relativi ai nativi per età.



Alcuni pazienti presentavano multipli motivi all'accesso, e tutti sono stati presi in considerazione. Pertanto, risulterà un numero maggiore di motivazioni all'analisi epidemiologica (statistica?) rispetto al numero

reale di accessi eseguiti all'ambulatorio.

Inoltre, va menzionato che alcuni pazienti hanno effettuato multipli accessi, per lo stessa o anche altre motivazioni, nell'intervallo di tempo osservato. Pertanto, ogni accesso non corrisponde ad un singolo paziente diverso.

Tab. 1. Panoramica degli accessi registrati, con relative percentuali.

	IMMIGRATI n=571 (45.8%)		NATIVI n=676 (54.2%)		TOTAL E
	M n (%)	F n (%)	M n (%)	F n (%)	
N. Pazienti	310 (54.3%)	261 (45.7%)	336 (49.7%)	340 (50.3%)	1247
<60	287 (92.6%)	212 (81.2%)	143 (42.6%)	144 (42.4%)	786
>=60	23 (7.4%)	49 (18.8%)	193 (57.4%)	196 (57.6%)	471

Risultati

Da una prima osservazione abbiamo notato come gli accessi della popolazione nativa siano maggiori rispetto agli immigrati (54.2% vs 45.8%), bilanciati nella composizione di genere e lievemente sbilanciati verso un'età più alta, con 57.5% di pazienti con ≥ 60 anni.

Mentre per quanto riguarda gli accessi della popolazione immigrata si può notare un maggior afflusso di pazienti di genere maschile (54.3% vs 45.7%) e soprattutto un forte sbilanciamento verso un'età più giovane, con ben 87.4% di pazienti con <60 anni.

I motivi degli accessi sono stati analizzati e suddivisi secondo la classificazione ICD-9. Abbiamo ulteriormente evidenziato alcune sottocategorie di particolare interesse epidemiologico e/o sociale.

Alcuni pazienti si sono presentati per più motivi degni di nota, pertanto alcuni accessi hanno 2 o 3 motivazioni correlate. Abbiamo quindi conteggiato tali accessi più volte ai fini del raccoglimento dati.

Tab. 2. Confronto dello stato di salute tra immigrati e nativi italiani, utilizzando i capitoli dell'ICD-9.

CAPITOLI ICD-9	NATIVI					IMMIGRATI				
	TOT.	M	F	<60	≥60	TOT.	M	F	<60	≥60
I	41	16	25	24	17	65	31	34	59	6
II	10	3	7	6	4	5	1	4	5	0
III	98	46	52	22	76	89	41	48	67	22
• 244	21	6	15	7	14	9	2	7	7	2
• 250.0	58	30	28	9	49	65	36	29	48	17
• 272	12	9	3	4	8	5	1	4	4	1
IV	7	3	4	1	7	8	3	5	6	2
V	37	16	21	13	24	21	8	13	19	2
VI	41	22	19	13	28	37	19	18	36	1
• 360	12	8	4	3	9	13	7	6	12	1
VII	149	74	75	34	115	64	43	21	44	20
• 401	97	46	51	28	69	33	21	12	21	12
VIII	80	41	39	60	20	36	24	12	32	4
• 487	51	22	29	43	8	21	13	8	20	1
• 491	15	11	4	5	10	-	-	-	-	-
• 493	14	8	6	12	2	15	11	4	12	3
IX	58	31	27	22	36	66	46	20	61	5
• 521	5	4	1	3	2	13	12	1	13	-
• 530.81	26	11	15	7	19	25	14	11	21	4
X	53	35	18	22	31	38	13	25	36	2
• 600	16	16	-	2	14	-	-	-	-	-
• 629.9	13	-	13	13	-	20	-	20	18	2
XI	6	-	6	6	-	6	-	6	6	-
XII	9	5	4	3	6	24	17	7	22	2
XIII	81	41	40	44	37	100	56	44	92	8
• 714	10	-	10	5	5	6	2	4	6	-
• 715	7	4	3	2	5	3	2	1	3	-
XVII	7	4	3	5	2	10	6	4	10	-

• 995.2	5	3	2	3	2	5	3	2	5	-
V58	7	4	3	4	3	-	-	-	-	-

LEGENDA TAB.2 :

I = Malattie infettive e parassitarie (001 - 139).

II = Tumori (140 -239).

III = Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240 - 279)

- 244 = Ipotiroidismo acquisito;
- 250.00 = Diabete mellito, tipo II o non specificato, non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni;
- 272 = Disordini del metabolismo dei lipidi.

IV = Malattie del sangue e organi emopoietici (280 - 289).

V = Disturbi mentali (290 - 319).

VI = Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320 - 389)

- 360 = Malattie del globo oculare.

VII = Malattie del sistema circolatorio (390 - 459)

- 401 = Ipertensione essenziale.

VIII = Malattie dell'apparato respiratorio (460 - 519)

- 487 = Influenza;
- 491 = Bronchite cronica;
- 493 = Asma.

IX = Malattie dell'apparato digerente (520 - 579)

- 521 = Malattie dei tessuti duri dei denti;
- 530.81 = Reflusso esofageo.

X = Malattie dell'apparato genitourinario (580 - 629)

- 600 = Iperplasia della prostata;
- 629.9 = Patologia non specificata degli organi genitali femminili.

XI = Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio.

XII = Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680 - 709).

XIII = Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710 - 739)

- 714 = Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie;
- 715 = Artrosi.

XVII = Traumatismi e avvelenamenti (800 – 999)

- 995.2 Altri effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici.

V58 = Altri e non specificati procedimenti e trattamenti ulteriori (terapia del dolore).

Inoltre, abbiamo analizzato gli accessi non strettamente legati a problemi di salute evidente, quindi classificati come indeterminati.

Questi ultimi sono legati ad una sopravvalutazione del problema da parte del paziente, piuttosto che ad una richiesta di misurazione pressoria risultata nel range della normalità, o ancora per richieste di informazioni e/o consigli personali o per familiari.

Per finire abbiamo anche definito gli accessi di tipo "burocratico", ovvero le richieste per certificati medici, come anamnestici ad uso personale, per la patente, per il porto d'armi, sportivo o di invalidità (Tab. 3).

Tab. 3. Confronto tra gli accessi non correlati ad uno stato di salute alterato tra immigrati e nativi italiani.

TIPO D'ACCESSO	NATIVI					IMMIGRATI				
	TOT.	M	F	<60	≥60	TOT.	M	F	<60	≥60
Indeterminati	21	9	12	8	13	14	8	6	13	1
Burocratici	12	8	4	8	4	13	8	5	9	4
• P. armi	2	2	-	2	-	-	-	-	-	-
• Patente	1	1	-	1	-	6	6	-	6	-

Si è visto come il maggior numero di accessi indeterminati sia della popolazione nativa, con 21 (63.6%) pazienti rispetto ai 14 (51.8%) pazienti immigrati. In questi ultimi prevale nettamente una popolazione giovane, con 13 (92.9%) pazienti <60 anni.

Per quanto riguarda la richiesta di certificati le due popolazioni sono sovrapponibili sia per numero di accessi che per bilanciamento d'età e di genere. Si nota però che gli unici 2 certificati per porto d'armi siano stati richiesti da nativi maschi <60 anni, mentre la quasi totalità di certificati anamnestici per patente siano stati richiesti da immigrati maschi <60 anni.

Per finire abbiamo analizzato le richieste di certificato di malattia (o "mutua") (Tab. 4). Le cause che hanno determinato una malattia sono state principalmente di tipo influenzale, infettivo o osteomuscolare.

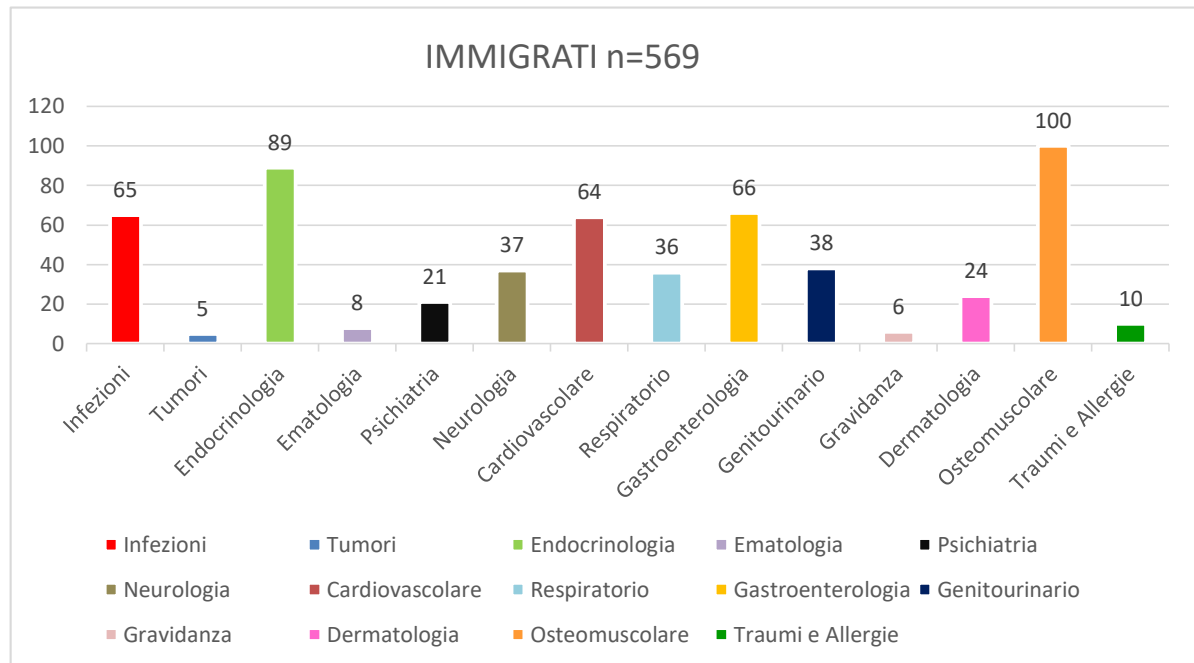
Tab. 4. Confronto tra le richieste di certificati di malattia tra immigrati e nativi italiani.

TIPO D'ACCESSO	NATIVI					IMMIGRATI				
	TOT.	M	F	<60	≥60	TOT.	M	F	<60	≥60
C. di malattia	58	27	31	52	6	48	31	17	48	-

58 (54.7%) pazienti nativi contro 48 (45.3%) pazienti immigrati hanno richiesto un certificato di malattia. Per quanto riguarda i nativi, si è osservato un lieve sbilanciamento verso il genere femminile, 31 F (53.4%) vs 27 M (46.6%), mentre nella popolazione immigrata, il genere più richiedente è stato quello maschile con 31 M (64.6%) vs 17 F (35.4%). Inoltre, in entrambe le popolazioni la fascia d'età più richiedente si è rivelata essere quella più giovane: fortemente marcata negli immigrati, con il 100% delle richieste di malattia da parte di pazienti <60 anni.

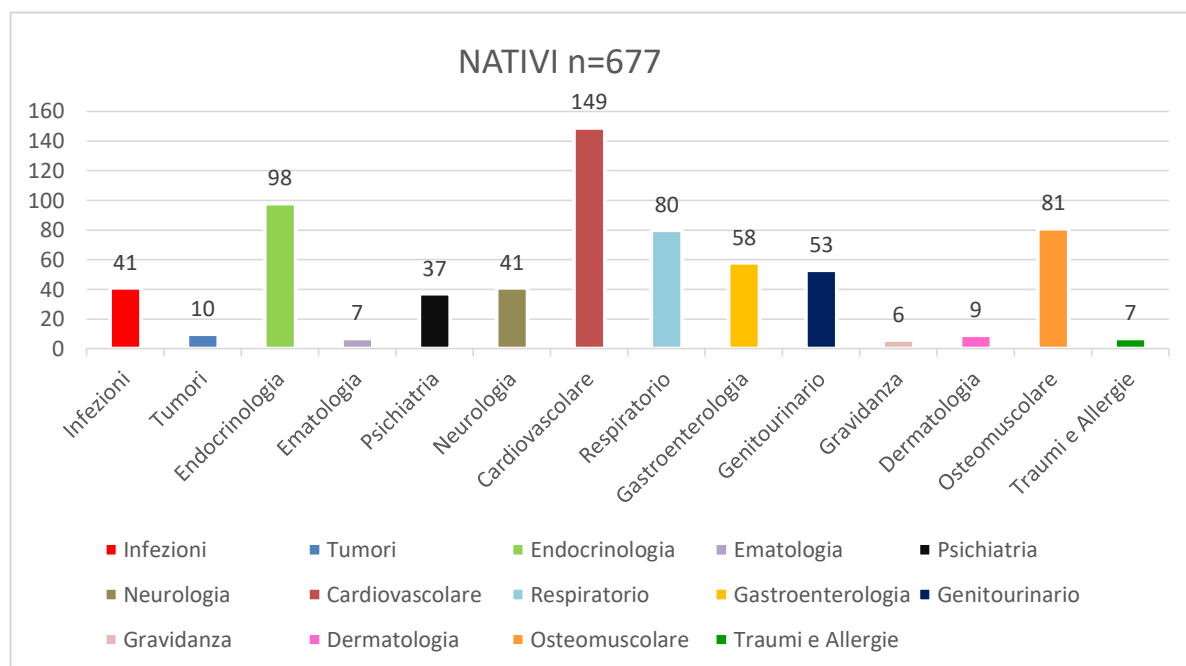
Per quanto riguarda la popolazione immigrata, vedi dal grafico in Fig.6, si può notare un maggior numero di accesso per motivi, in ordine, di tipo infettivo [I] (65 accessi), gastroenterologico [IX] (66 accessi), dermatologico [XII] (24 accessi), osteomuscolare [XIII] (100 accessi) e traumatico [XVII] (10 accessi).

Fig. 6. Suddivisione degli accessi della popolazione immigrata per capitoli ICD-9.



Al contrario per quanto riguarda la popolazione nativa (Fig. 7.) è stato osservato un maggior numero di accessi in ambulatorio per motivi di tipo tumorale [II] (10 accessi), endocrinologico e metabolico [II] (98 accessi), psichiatrico [V] (37 accessi), neurologico [VI] (41 accessi), cardiovascolare [VII] (149 accessi), respiratorio [VIII] (80 accessi) e dell'apparato genito-urinario [X] (53 accessi).

Fig. 7. Suddivisione degli accessi della popolazione nativa per capitoli ICD-9.



In entrambe le popolazioni, gli accessi legati alla gravidanza [XI] (6 vs 6 accessi) e per motivi ematologici [IV] (8 vs 7 accessi) sono stati i medesimi in termini di numeri assoluti.

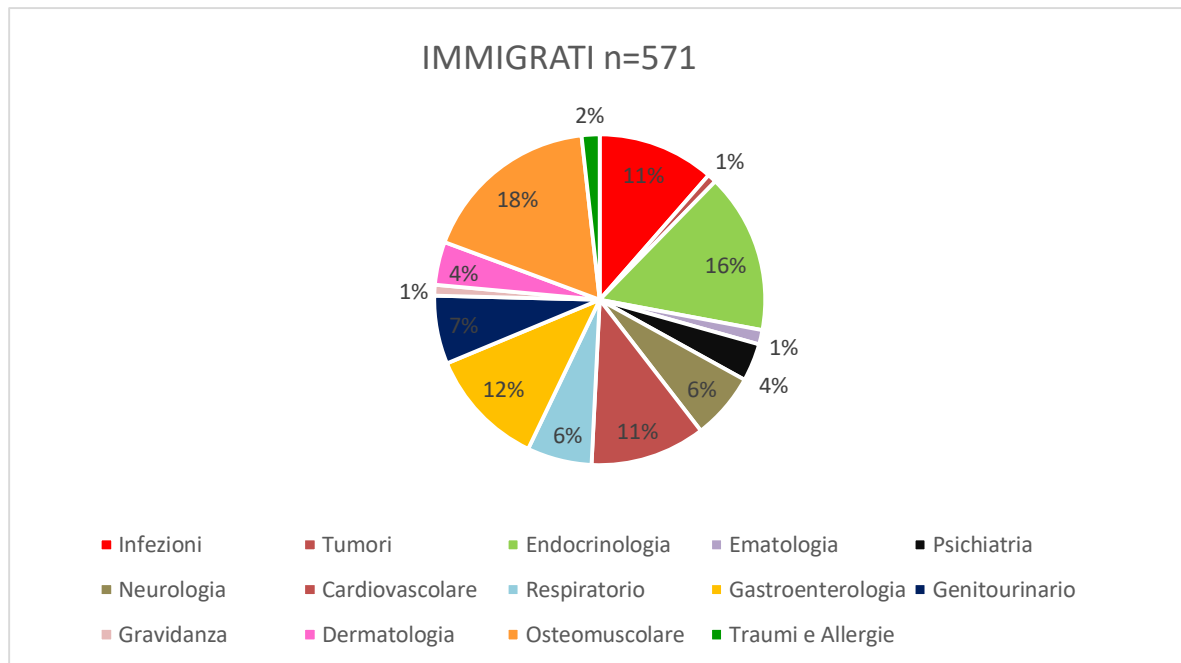
Focalizzandoci sulla popolazione immigrata, di seguito sono elencate le principali motivazioni d'accesso in ordine di maggior frequenza (Fig. 8):

1. Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (XIII) → 18% ($n=100$);
2. Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (III) → 16% ($n=89$);
3. Malattie dell'apparato digerente (IX) → 12% ($n=66$);
4. Malattie del sistema circolatorio (VII) → 11% ($n=64$);
5. Malattie infettive e parassitarie (I) → 11% ($n=65$).

Mentre le motivazioni d'accesso meno frequenti sono state:

Tumori (II) → 1% ($n=5$); Malattie del sangue e organi emopoietici (IV) → 1% ($n=8$); Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (XI) → 1% ($n=6$).

Fig. 8. Percentuali degli accessi della popolazione immigrata per capitoli ICD-9.

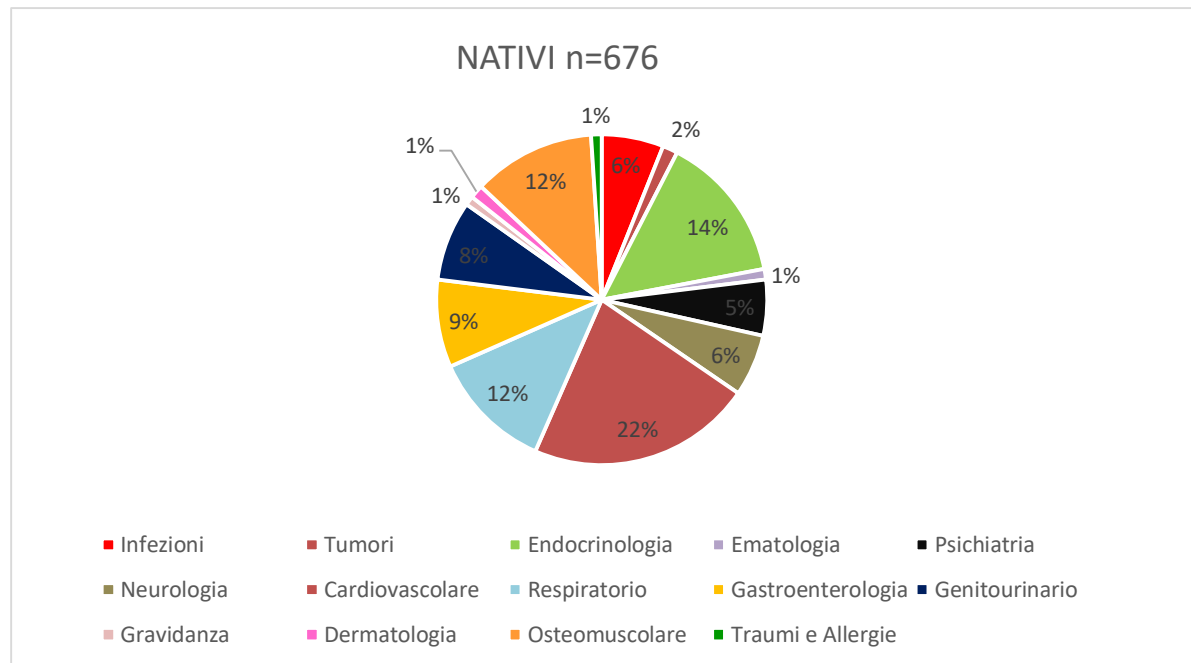


Per quanto riguarda la popolazione nativa, invece, le motivazioni d'accesso sono state, in ordine di frequenza (Fig. 9):

1. Malattie del sistema circolatorio (VII) → 22% ($n=149$);
2. Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (III) → 14.5% ($n=98$);
3. Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (XIII) → 12% ($n=81$);
4. Malattie dell'apparato respiratorio (VIII) → 12% ($n=80$).

Il minor numero di accessi è stato registrato per le seguenti motivazioni: malattie del sangue e degli organi emopoietici (IV) → 1% ($n=7$); complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (XI) → 1% ($n=6$); traumatismi e avvelenamenti (XVII) → 1% ($n=7$) e infine malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (XII) → 1% ($n=9$).

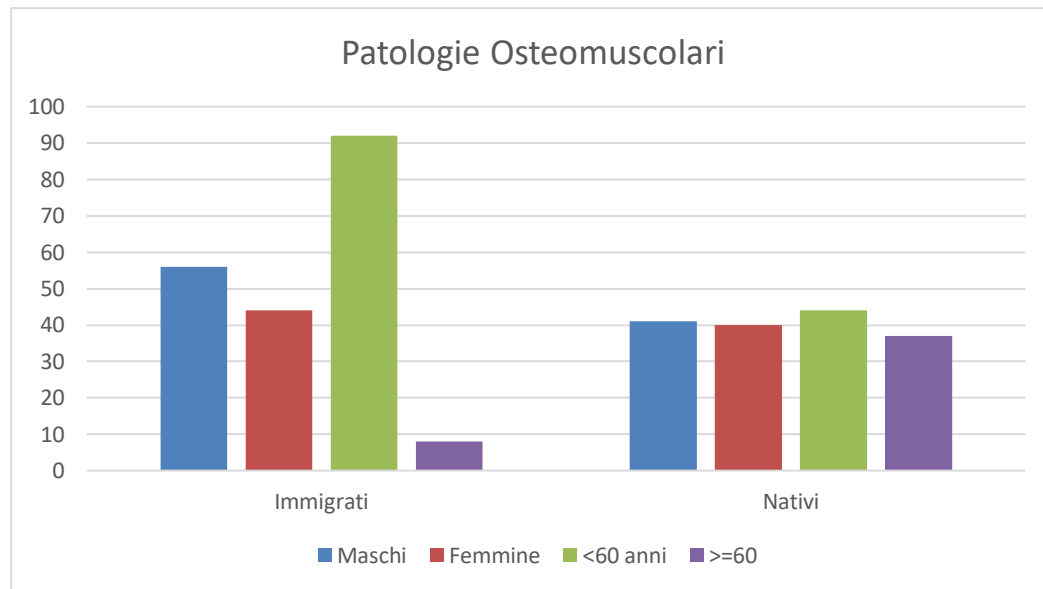
Fig. 9. Percentuali degli accessi della popolazione nativa per capitoli ICD-9.



Vale poi la pena di osservare più nel dettaglio i principali capitoli di maggior incidenza negli accessi effettuati sia dalla popolazione nativa sia da quella migrante.

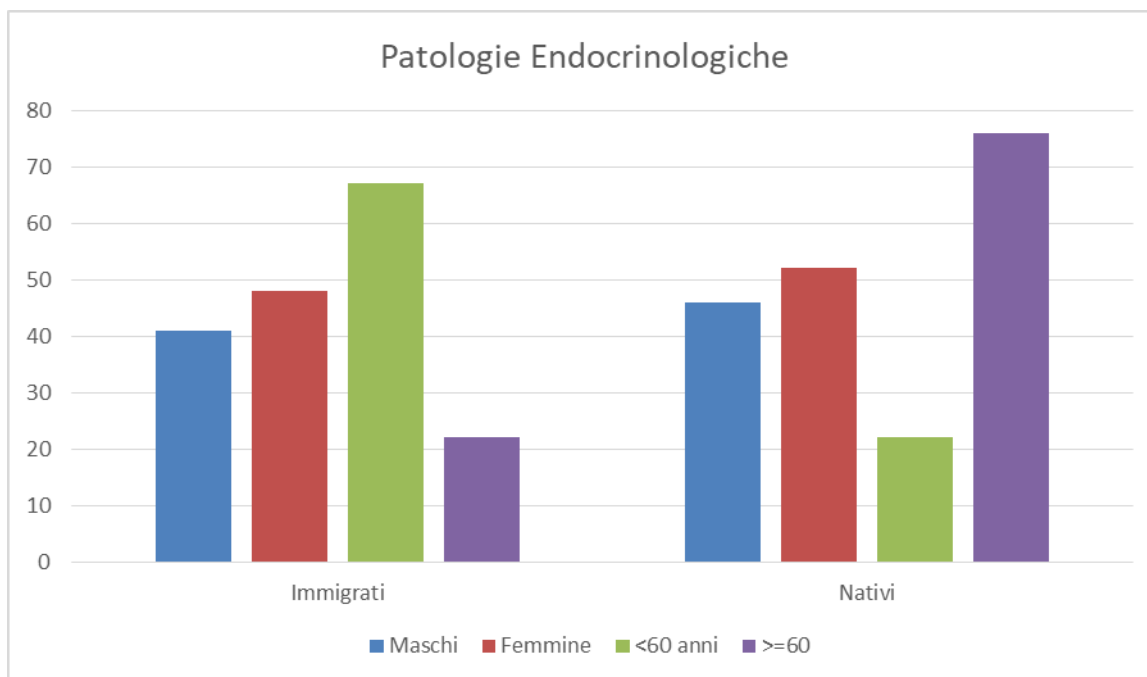
Per quanto riguarda le Patologie osteomuscolari (XIII) (Fig. 10) possiamo notare come vi siano stati 81 (12%) accessi da parte della popolazione nativa vs 100 (18%) da parte della popolazione immigrata. Le visite sono bilanciate per genere nei nativi, mentre si denota una prevalenza maschile, 56 M (56%) vs 44 F (44%), negli immigrati. Inoltre, mentre nei nativi si nota solo un lieve aumento della frequenza nella fascia d'età più giovane, 44 (54.3%) vs 37 (45.7%), negli immigrati tale tendenza è molto più esasperata, con 92 (92%) accessi di paziente <60 anni e solo 8 (8%) di pazienti ≥60 anni.

Fig. 10. Confronto tra immigrati e nativi per patologie osteomuscolari.



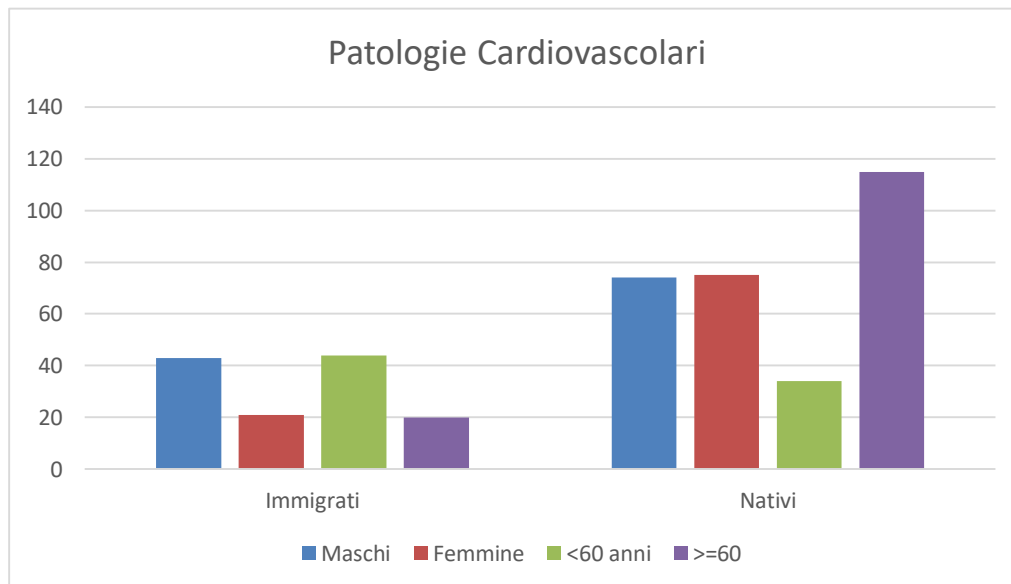
Osservando invece le malattie del sistema endocrino (III) (Fig. 11), si rileva come vi siano stati 98 (14.5%) accessi della popolazione nativa vs 89 (15.6%) della popolazione immigrata. Per quanto riguarda il genere non vi è un particolare sbilanciamento in nessuna popolazione, 46 M (47%) vs 52 F (53%) nei nativi, 41 M (46%) vs 48 F (54%). Si mostra invece un'inversione di tendenza sull'età, con una maggiore incidenza nella popolazione più anziana nativa avendo 76 (77.6%) pazienti ≥60 anni, ed invece una maggior incidenza nella fascia d'età più giovane negli immigrati con 67 (75.3%) pazienti <60 anni.

Fig. 11. Confronto tra immigrati e nativi per patologie endocrinologiche.



Per le Malattie del sistema cardiovascolare (VII) (Fig. 12) sono stati effettuati 149 (22%) accessi da parte dei nativi vs 64 (11.3%) da parte degli immigrati. Mentre per i nativi non vi è sbilanciamento di genere, per gli immigrati si denota una maggiore incidenza maschile, con 43 (67.2%) accessi M vs 21 F (32.8%). È di nuovo presente un'inversione di tendenza legata all'età, con una maggiore prevalenza di pazienti più anziani nei nativi, 115 (77.2%) pazienti ≥ 60 anni, e una maggior prevalenza nella fascia d'età più giovane negli immigrati, 44 (68.8%) pazienti <60 anni rispetto a 20 (31.2%) con ≥ 60 anni.

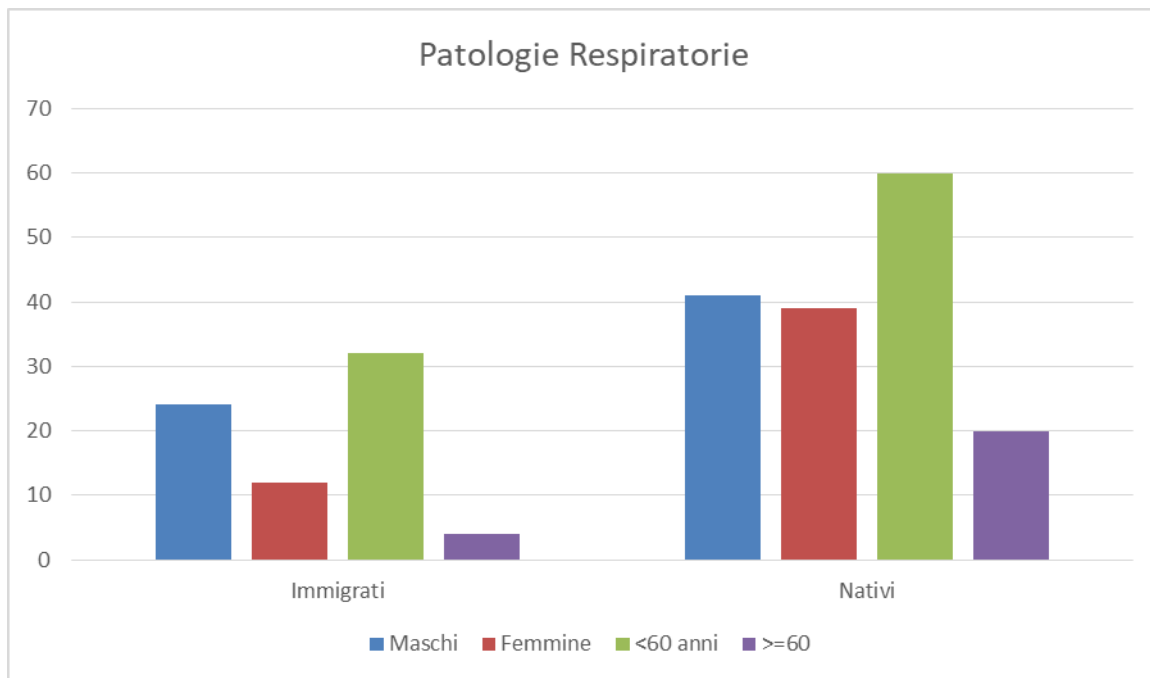
Fig. 12. Confronto tra immigrati e nativi per patologie



Gli accessi per le Malattie dell'apparato respiratorio (VIII) (Fig. 13) sono stati 80 (11.8%) per i pazienti nativi e 36 (6.3%) per gli immigrati. Bilanciati per genere nella popolazione nativa, ma con un aumento del sesso maschile, 24 M (66.7%) vs 12 F (33.3%), nella popolazione immigrata.

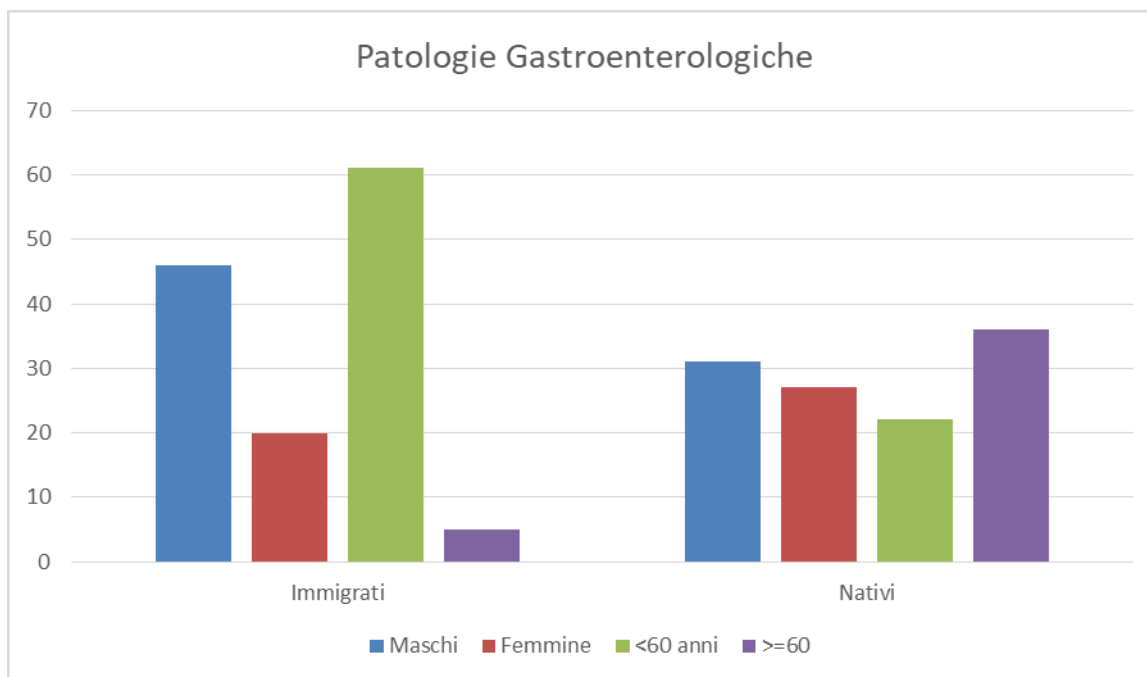
In entrambe le popolazioni si può descrivere un aumento d'incidenza nella fascia d'età più giovane, con 60 (75%) pazienti <60 anni nativi e 32 (88.9%) pazienti <60 anni immigrati.

Fig. 13. Confronto tra immigrati e nativi per patologie respiratorio



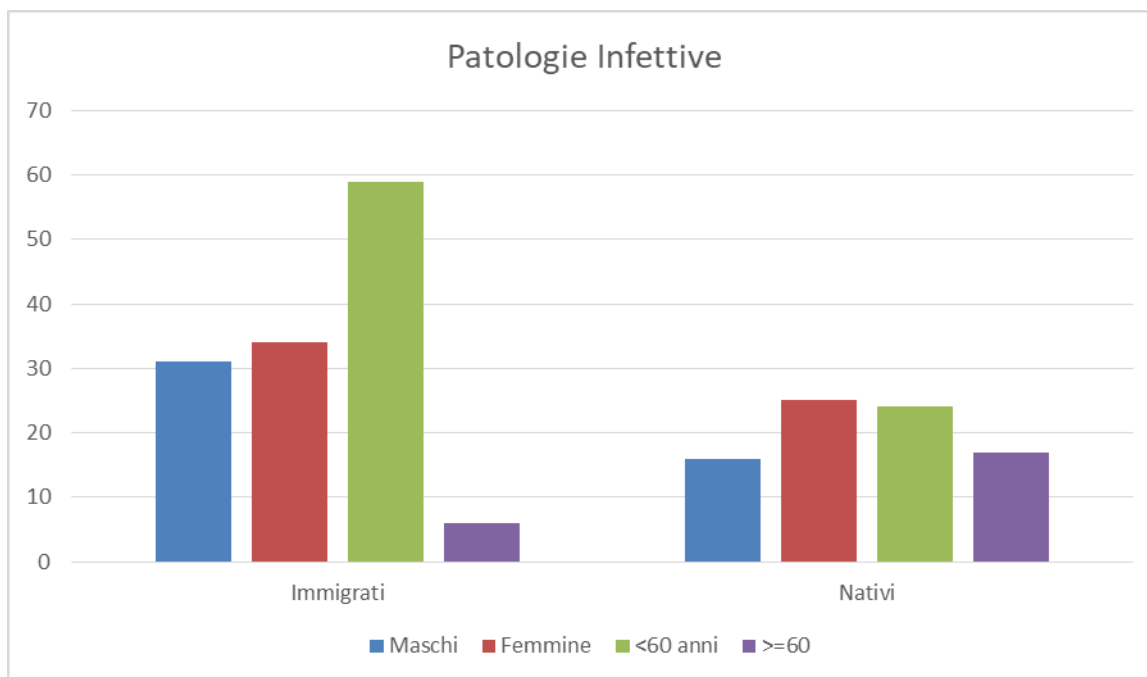
Per quanto riguarda le Malattie dell'apparato digerente (IX) (Fig. 14) invece vi sono stati 58 (8.6%) accessi dei nativi, contro 66 (11.6%) accessi degli immigrati. È presente un lieve sbilanciamento di genere in senso maschile nei nativi, 31 M (53.5%) vs 27 F (46.5%), mentre è molto più marcato negli immigrati, con 46 (69.7%) maschi e 20 (30.3%) femmine. Anche questa volta si può notare un'inversione di tendenza legata all'età, con un aumento nella popolazione più anziana nei nativi, 36 (62.1%) pazienti ≥60 anni e 22 (37.9%) pazienti <60 anni, ed invece un forte aumento nella fascia d'età più giovane negli immigrati, con 61 (92.4%) paziente <60 anni e solo 5 (7.6%) ≥60 anni.

Fig. 14. Confronto tra immigrati e nativi per patologie gastroenterologiche.



Infine, per quanto riguarda le Malattie infettive (I) (Fig. 15), gli accessi registrati sono stati 41 (6.1%) per i nativi e ben 65 (11.4%) per la popolazione immigrata. In questo caso si può notare uno sbilanciamento di genere femminile, 16 M (39%) vs 25 F (61%), soltanto nella popolazione nativa. Mentre in entrambe le popolazioni è presente un aumento di incidenza nella popolazione più giovane, maggiormente negli immigrati con 59 (90.7%) pazienti <60 anni e a seguire nei nativi con 24 (58.5%) pazienti <60 anni.

Fig. 15. Confronto tra immigrati e nativi per patologie infettive.



Andando ad analizzare ulteriormente gli accessi per sottocategorie dei principali capitoli dell'ICD-9, si possono osservare dei trend più specifici:

- **Ipotiroidismo acquisito** (244). 21 (3%) accessi da parte dei nativi vs 9 (1.5%) da parte degli immigrati. Importante sbilanciamento verso il genere femminile sia nella popolazione nativa, con 15 (71.4%) accessi, sia nella popolazione immigrata, con 7 (77.8%).
- **Diabete mellito, tipo II o non specificato, non definito se scompensato, senza menzione di complicazioni** (250.00). 58 (8.6%) di accessi da parte dei nativi vs 65 (11.4%) da parte degli immigrati. Inoltre, è presente anche un grosso divario tra l'età di incidenza, con 49 (84.5%) di questi accessi da parte dei nativi che presentavano ≥ 60 anni vs 48 (73.9%) di questi accessi da parte degli immigrati che presentavano < 60 anni.
- **Disordini del metabolismo dei lipidi** (272). 12 (1.8%) di accessi da parte dei nativi vs 5 (0.9%) da parte degli immigrati.

- **Influenza** (487). 51 (7.5%) di accessi da parte dei nativi vs 21 (3.7%) da parte degli immigrati. Inoltre, in quest'ultimi vi è uno sbilanciamento verso il genere maschile con 13 (62%) accessi rispetto a 8 (38%) di genere femminile.
- **Bronchite cronica** (491). Forte sbilanciamento nei confronti dei nativi, in quanto oltre ai loro 15 (2.2%) accessi non si sono presentati immigrati per questo motivo.
- **Asma** (493). Accessi bilanciati tra le popolazioni caratterizzati in entrambe da uno sbilanciamento nella fascia d'età più giovane. Una maggior frequenza di genere tra la popolazione immigrata per 11 (73.3%) accessi maschili rispetto a solo 4 (26.7%) femminili.
- **Malattie dei tessuti duri dei denti** (521). 5 (0.7%) accessi da parte dei nativi vs 13 (2.3%) accessi da parte degli immigrati. Quest'ultimi poi fortemente sbilanciati verso il genere maschile, con 12 M (92.3%) vs 1 F (6.7%), e con tutti e 13 (100%) gli accessi nella fascia d'età giovane.
- **Iperplasia della prostata** (600). Forte sbilanciamento nei confronti dei nativi, in quanto oltre ai loro 16 (2.4%) accessi non si sono presentati immigrati per questo motivo. 14 (87.5%) di loro, inoltre, nella fascia d'età più avanzata.
- **Patologia non specificata degli organi genitali femminili** (629.9). 13 (1.9%) accessi da parte dei nativi vs 20 (3.5%) accessi da parte degli immigrati. In entrambe le popolazioni la quasi totalità delle visite riguardava la fascia d'età più giovane.
- **Artrosi** (715). 7 (1%) accessi da parte dei nativi vs 3 (0.5%) accessi da parte degli immigrati. Inoltre, 5 (71.4%) accessi della popolazione nativa presentavano ≥ 60 anni, mentre tutti gli accessi della popolazione immigrata presentavano < 60 anni.

A termine di questa analisi di dati abbiamo reputato interessante riportare alcune osservazioni non inseribili nelle varie tabelle, ma comunque significative:

- Dei 15 tumori riscontrati, 11 erano di origine ginecologica e 4 di origine urologica maschile;
- Per le motivazioni genitourinarie sono state eseguite 5 visite per disfunzione erettile, per 5 uomini immigrati <60 anni;
- Per le motivazioni genitourinarie sono state eseguite 7 visite per richieste di contraccettivi, 4 per donne immigrate <60 anni e 3 per donne native <60 anni;
- Si sono presentati 2 casi di sifilide, entrambi in donne immigrate <60 anni;
- Sono stati riscontrati 3 casi di obesità, tutti e 3 per donne immigrate <60 anni.
- Sono stati inviati in Pronto Soccorso 3 pazienti, una donna immigrata <60 anni ed una donna nativa <60 anni per dolore toracico, una donna nativa <60 anni per crisi ipertensiva.
- I paesi d'origine, EU ed extra-EU, più rappresentati dalla popolazione immigrati sono: Romania, Albania, Ucraina, Egitto, Marocco, Pakistan, Bangladesh, India, Costa d'Avorio, Nigeria, Cina.

Discussione

Dai dati raccolti possiamo quindi osservare come, in accordo con la letteratura, gli accessi nel nostro ambulatorio di medicina generale siano stati lievemente superiori per la popolazione nativa rispetto a quella immigrata. Inoltre, appare evidente che i pazienti afferenti siano in generale più anziani per quanto riguarda i nativi e al contrario, come la popolazione immigrata sia principalmente caratterizzata da un'età più giovane. Mentre i nativi italiani sono omogeneamente distribuiti tra

genere maschile e femminile, la popolazione migrante si distingue tramite un maggior afflusso di pazienti di genere maschile [18], [19].

Il nostro studio si colloca in accordo con i lavori riportati in letteratura, in quanto le patologie per le quali sono stati registrati il maggior numero di accessi nella popolazione immigrata sono state quelle di tipo osteomuscolare, endocrinologico, dermatologico, gastroenterologico ed infettivo. In particolare, rispetto alla popolazione nativa e quindi in numero assoluto, si sono presentati più pazienti immigrati per motivi osteomuscolari, dermatologici, gastroenterologici ed infettivi [16]–[19]. In merito a queste motivazioni, è possibile avanzare alcune ipotesi per l'analisi di quest'ultime:

1. Per quanto riguarda le malattie osteomuscolari bisogna tenere presente che la popolazione immigrata è più frequentemente impegnata in lavori fisicamente faticosi ("3 D"), rispetto ai nativi. Inoltre, a causa degli orari o delle scarse possibilità economiche, si può ipotizzare che i pazienti immigrati abbiano meno possibilità di fare esercizio fisico correttamente. Anche le condizioni domiciliari stringenti e riposo non ottimale possono contribuire al perdurare di tali condizioni [16], [19].
2. Le malattie dermatologiche possono essere attribuite a professioni che comportano il contatto con sostanze tossiche, oppure al cambiamento climatico-ambientale caratterizzato da maggior inquinamento rispetto al paese d'origine. Tra altre possibili cause, si possono ipotizzare l'utilizzo di prodotti più sintetici per pulizia personale, per l'ambiente domestico e per gli effetti personali. Questi ultimi infatti possono determinare l'insorgenza di dermatiti aspecifiche, orticarie ecc. Inoltre, un possibile Bias del maggior accesso può essere attribuito alla difficoltà di riconoscere alcune lesioni generalmente di facile diagnosi per i pazienti di un'etnia con pelle più chiara piuttosto che in etnie con pelle scura. Per tale motivazione, spesso possono essere necessarie più visite

ambulatoriali, di solito seguite da successivo invio allo specialista, a causa dei segni dermatologici molto più sfumati [16].

3. Per ciò che concerne l'ambito gastroenterologico, l'adozione di una dieta occidentale, molto diversa rispetto al paese d'origine, caratterizzata da un maggiore apporto di carboidrati può essere responsabile di diversi disturbi gastrointestinali, primo tra tutti il reflusso gastrointestinale. Complici anche il cambiamento delle abitudini alimentari e delle quantità di cibo assorbite, è frequente che i pazienti immigrati siano sovrappeso o obesi e di conseguenza ipertesi e/o diabetici [16]-[19].

Di probabile imputazione a scarse possibilità economiche, inoltre, è frequentemente assente un'igiene orale corretta, il che comporta la formazione di carie e/o lesioni che vengono spesso trascurate.

4. Per quanto riguarda le malattie infettive, la promiscuità domiciliare, le condizioni igieniche spesso insufficienti e/o mancanza di conoscenze adeguate in ambito di contraccezione e delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) sono spesso causa di piccole epidemie nelle comunità immigrate [5]. Inoltre, a causa di mancato o incompleto calendario vaccinale, è più frequente che i pazienti immigrati divengano bacini d'infezione per malattie ormai considerate rare in occidente [16], [17], [19], [21].

Andando ad osservare nel dettaglio alcune sottocategorie dei capitoli ICD-9 III (Endocrinologia) e IX (Gastroenterologia) si possono notare alcuni dati interessanti:

- Per quanto le patologie endocrinologiche siano più frequenti nella popolazione nativa, l'incidenza di Diabete Mellito di Tipo II è risultata maggiore tra gli immigrati. Non solo, mentre nei nativi italiani tale patologia è prerogativa di un'età avanzata, nei pazienti immigrati risulta colpita la fascia d'età più giovane, con la maggior parte dei pazienti <60 anni, e tra loro molti anche <50

anni. Questi dati sono infatti concordanti con la letteratura [2], [5], [16]–[20].

- Per quanto riguarda l'ambito odontoiatrico, indicizzato sotto quello gastroenterologico nell'ICD-9, il nostro studio ha evidenziato una maggiore richiesta ai servizi specialistici da parte dei pazienti immigrati, piuttosto che dei nativi. Inoltre, mentre questi ultimi erano principalmente costituiti da una popolazione anziana, l'età dei pazienti immigrati si è rivelata nettamente inferiore [17]–[19].

I risultati delle nostre osservazioni sono in parte contrastanti rispetto ad alcuni lavori presenti in letteratura. Diversamente da altri studi che hanno evidenziato una maggiore incidenza di malattie cardiovascolari nella popolazione immigrata, il nostro lavoro, non ha individuato una maggior frequenza di accesso per tali patologie negli immigrati rispetto alla popolazione nativa. Nonostante ciò, risulta comunque tra le patologie più frequenti presentate dalla popolazione migrante. [16], [18], [19].

Inoltre, diversamente da come riportato da altri studi che riferiscono profonda diffidenza dalla donna immigrata a farsi visitare e controllare durante una gravidanza e una generica ignoranza in ambito di contraccezione, nel nostro lavoro, i dati a nostra disposizione depongono per un iniziale interesse da parte delle donne immigrate in età fertile alla contraccezione, oltreché alla possibilità di farsi seguire per una gravidanza a rischio [16].

Anche per quanto riguarda i disturbi della salute mentale i dati osservati si discostano dalla letteratura. Diversi studi, infatti, descrivono come tra la popolazione immigrata le patologie psichiatriche siano significativamente aumentate rispetto ai nativi. Questa tendenza invece non è stata evidenziata dal nostro studio, che anzi ha riscontrato un'incidenza inferiore rispetto a pazienti nativi italiani. A tale proposito però, va sottolineato che gli accessi dei pazienti nativi sono stati eseguiti prevalentemente per motivazioni quali depressione, agitazione

psicomotoria in un contesto di demenza vascolare interessante pazienti più anziani. Al contrario, le motivazioni d'accesso dei paziente immigrati sono state imputate a problematiche di ansia, attacchi di panico, depressione e in alcuni casi di schizofrenia in pazienti più giovani [5], [16]–[19], [23], [24].

Infine, ci si è ritrovati in parzialmente d'accordo con la letteratura per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmissibili (MST), che le classifica come importante componente delle patologie infettive (I) che affliggono gli immigrati. Nel nostro studio sono stati effettuati due accessi per sifilide da parte di donne immigrate in età fertile. Pertanto pur essendo un'infezione infrequente in paesi occidentali, e quindi degna di nota, si è verificata in una quantità piuttosto esigua di casi rispetto all'insieme di tutte le malattie di tipo infettivo [16].

Conclusioni

Questo studio ha permesso di fotografare le differenze sullo stato di salute tra popolazione nativa italiana ed immigrati sia europei, che extracomunitari, in ambito della medicina generale. I dati raccolti durante la nostra indagine hanno permesso di estrapolare evidenze in merito alla quantità degli accessi sul servizio territoriale, riguardo alle disparità di genere, età e in relazione alle patologie/motivazioni di accesso più frequenti, mediante confronto tra pazienti nativi ed immigrati.

Questo lavoro si basa sull'osservazione dello stato di salute della popolazione immigrata esclusivamente nell'ambito della medicina territoriale, diversificandosi pertanto da altri studi con un maggior numero di pazienti e patologie più complesse, eseguiti in ambito ospedaliero o addirittura in centri dediti alla prima accoglienza di rifugiati o richiedenti asilo [5], [6], [24], [25].

In ambito europeo sono molto pochi, oltreché datati, gli studi che focalizzano l'attenzione sull'ambulatorio del MMG, motivo per cui il

nostro studio assume una rilevanza che seppure contenuta in termine di campione statistico, diventa significativa nell'arricchire le nozioni in tema dell'immigrazione nell'ambito della medicina territoriale [18], [19]. L'intento di questo lavoro si basa infatti sulla descrizione della medicina territoriale in Italia e ormai, anche in continente Europeo, come ad esempio in Norvegia, Spagna e Grecia, sia sempre più influenzata dai fenomeni migratori, in quanto la popolazione immigrata ne costituisce una parte consistente e in continua crescita [18], [19], [24].

Limiti dello studio

Le limitazioni del nostro studio sono da imputare principalmente al numero di pazienti ($n= 1247$) e allo scarso quantitativo di tempo preso in considerazione (40 giorni tra novembre 2021 a dicembre 2021), seppur in mesi invernali, quindi caratterizzati da un quantitativo di accessi notevoli (circa *60/die*).

Inoltre, l'obbligo di utilizzo del sistema ICD-9, imposto dai programmi gestionali in uso in Italia, è risultato fortemente semplicistico e limitante. Il sistema ICD-11, oltre che più nuovo ed aggiornato, si sarebbe prestato sicuramente meglio per istituire la tabella di raccolta dati. Per ultimo, va segnalato un possibile bias per quanto riguarda gli accessi legati alla popolazione migrante di sesso femminile, in quanto, l'ambulatorio medico in questione è gestito da due medici di sesso maschile, fattore che per una buona parte di donne extracomunitarie, specie se di religione musulmana, potrebbe aver comportato un minor accesso per motivazioni etiche-sociologiche. Secondo queste ultime, infatti, sovente le pazienti donne immigrate si sentirebbero a loro agio con un medico anch'esso di sesso femminile e in caso non fosse possibile, ciò basterebbe per farle desistere dal recarsi in ambulatorio.

Bibliografia

- [1] Centro Studi e Ricerche IDOS e Centro Studi CONFRONTI, «DOSSIER STATISTICO IMMIGRAZIONE 2021». 2020.
- [2] EpiCentro, «Migranti e salute». <https://www.epicentro.iss.it/migranti/> (consultato 30 agosto 2022).
- [3] EpiCentro, «Migranti e salute i numeri in Italia». <https://www.epicentro.iss.it/migranti/numeri-italia> (consultato 30 agosto 2022).
- [4] EpiCentro, «Salute dei migranti: un nuovo report OMS». <https://www.epicentro.iss.it/migranti/world-report-health-of-refugees-and-migrants-2022> (consultato 30 agosto 2022).
- [5] Y. Ciftci e D. N. Blane, «Improving GP registration and access for migrant health», *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 72, n. 715, pagg. 56–57, feb. 2022, doi: 10.3399/bjgp22X718301.
- [6] C. Kang, L. Tomkow, e R. Farrington, «Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK», *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 69, n. 685, pagg. e537–e545, ago. 2019, doi: 10.3399/bjgp19X701309.
- [7] D. L. Spitzer, S. Torres, A. B. Zwi, E. N. Khalema, e E. Palaganas, «Towards inclusive migrant healthcare», *BMJ*, pag. l4256, set. 2019, doi: 10.1136/bmj.l4256.
- [8] EpiCentro, «Le condizioni di salute degli immigrati in Europa». <https://www.epicentro.iss.it/globale/eurObserver> (consultato 30 agosto 2022).
- [9] G. Cerrina Feroni, A c. di, *Sistemi sanitari e immigrazione: percorsi di analisi comparata*. Torino: G. Giappichelli, 2019.
- [10] «ASSISTENZA SANITARIA PER CITTADINI STRANIERI», *Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo di Roma*, 8 giugno 2008. http://www.prefettura.it/roma/contenuti/Assistenza_sanitaria_per_cittadini_stranieri-4940.htm (consultato 30 agosto 2022).
- [11] A. Luzi, G. Pasqualino, L. Pugliese, e et al, «L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative.» Not Ist Super Sanità, 2013.
- [12] «Salute». <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-norme/Dettaglio-norma/id/12/Salute> (consultato 30 agosto 2022).
- [13] «Come si fa a curarsi in Italia? Gli stranieri possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale?» <https://integrazionemigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/2641/Come-si-fa-a-curarsi-in-Italia-Gli-stranieri-possono-isciversi-al-Servizio-Sanitario-Nazionale> (consultato 30 agosto 2022).
- [14] «Cittadini stranieri: accesso all'assistenza sanitaria», *Servizi Territoriali ASST Milano*. <https://www.serviziterritoriali-asstmilano.it/servizi/cittadini-stranieri-accesso-allassistenza-sanitaria/> (consultato 30 agosto 2022).

- [15] «Accesso al servizio sanitario nazionale per i cittadini non comunitari». Consultato: 30 agosto 2022. [Online]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_118_allegato.pdf
- [16] World Health Organization, *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: World Health Organization, 2022. Consultato: 29 agosto 2022. [Online]. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360404>
- [17] ISTAT, «CITTADINI STRANIERI: CONDIZIONI DI SALUTE, FATTORI DI RISCHIO, RICORSO ALLE CURE E ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI», 2014.
- [18] M.-A. Muñoz, E. Pastor, J. Pujol, J. L. Del Val, S. Cordero, e E. Hermerosilla, «Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multilevel analysis of a large clinical database in Catalonia», *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 18, n. 2, pagg. 100–106, giu. 2012, doi: 10.3109/13814788.2012.656085.
- [19] E. Diaz, L.-A. Gimeno-Feliu, A. Calderón-Larrañaga, e A. Prados-Torres, «Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: A nationwide cross-sectional study», *Scand. J. Prim. Health Care*, vol. 32, n. 4, pagg. 232–240, dic. 2014, doi: 10.3109/02813432.2014.982368.
- [20] C. C. Hogenhuis, L. Grigoryan, M. Me Numans, e T. J. M. Verheij, «Differences in antibiotic treatment and utilization of diagnostic tests in Dutch primary care between natives and non-western immigrants», *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 16, n. 3, pagg. 143–147, set. 2010, doi: 10.3109/13814788.2010.505266.
- [21] EpiCentro, «Malattie infettive e accesso alle vaccinazioni tra i migranti». <https://www.epicentro.iss.it/migranti/InfettiveIntro> (consultato 30 agosto 2022).
- [22] N. Agabiti *et al.*, «Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan», *Epidemiol. Prev.*, vol. 43, n. 5-6S1, pagg. 1–80, nov. 2019, doi: 10.19191/EP19.5-6.S1.112.
- [23] I. Tarricone, «La consulenza psichiatrica in medicina generale». 2010.
- [24] E. Teunissen *et al.*, «Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: A qualitative exploration», *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 22, n. 2, pagg. 119–125, apr. 2016, doi: 10.3109/13814788.2015.1136283.
- [25] A. K. Zurmati, A. De Sutter, e P. Decat, «Primary healthcare for refugees: The Ponton experience», *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 23, n. 1, pagg. 181–182, ott. 2017, doi: 10.1080/13814788.2017.1331011.