

CAPITOLO 6

Fattori associati al ricorso a visite mediche: confronto tra cittadini italiani e stranieri residenti in Italia

Factors associated to medical visits: comparison among Italians and immigrants resident in Italy

Anteo Di Napoli,¹ Monica Perez,² Alessandra Rossi,¹ Daniele Spizzichino,² Laura Iannucci,² Lidia Gargiulo,² Daniela Panaccione,² Concetta Mirisola,¹ Alessio Petrelli¹

¹ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

² Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Anteo Di Napoli; dinapoli@inmp.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare il ruolo di fattori potenzialmente associati al ricorso a visite mediche da parte della popolazione immigrata residente in Italia, effettuando un confronto con la popolazione italiana.

DISEGNO: studio trasversale basato sul campione rappresentativo della popolazione residente in Italia dell'indagine Multiscopo Istat 2013 "Salute e ricorso ai servizi sanitari".

SETTING E PARTECIPANTI: lo studio è stato condotto su un campione di cittadini nella fascia di età 18-64 anni (72.476 individui) che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri) nel 2013.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: è stato utilizzato come outcome l'indicatore sul ricorso a visite mediche, costruito a partire dal quesito «Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia, pediatra, o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?». A partire da tale outcome, utilizzando il quesito «Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?», sono stati costruiti due ulteriori variabili di esito, per valutare separatamente il ricorso a visite mediche per «malattie o disturbi» e per «controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi». Per ciascun outcome è stato costruito un modello di regressione logistica, considerando come variabili indipendenti informazioni relative al livello socioeconomico e di condizione di salute dell'intervistato.

RISULTATI: il 21,4% degli stranieri (18-64 anni) residenti in Italia ha fatto ricorso a visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista, percentuale inferiore al 27,0% registrato tra i cittadini italiani. I risultati dei modelli di regressione logistica hanno mostrato che, tenendo conto delle caratteristiche socioeconomiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati, gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica, sia nel caso in cui si valutino visite motivate da qualche pro-

blema di salute (OR: 0,80; IC95% 0,73-0,87), sia quando la visita medica è effettuata con finalità di tipo preventivo (OR: 0,72; IC95% 0,64-0,82).

CONCLUSIONE: gli immigrati residenti tendono a manifestare i problemi di salute delle fasce di popolazione autoctona più svantaggiate al crescere della loro permanenza nel Paese ospitante, presumibilmente per la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano". In tale ottica, essi vanno considerati come più vulnerabili in termini di salute, e un'attenzione particolare deve essere dedicata alla prevenzione. Il minore ricorso alla medicina di base o specialistica potrebbe indicare la presenza di disuguaglianze di salute. Pertanto, eventuali barriere che influenzano un accesso equo all'assistenza sanitaria devono essere rimosse, tenendo conto dell'eterogeneità delle popolazioni immigrate, caratterizzate da specificità culturali e orientamenti diversi anche nei confronti del sistema sanitario.

Parole chiave: visite mediche, prevenzione, immigrati, uso dei servizi sanitari, livello socioeconomico, Italia

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate the role of factors potentially associated with the use of medical visits by the immigrant population living in Italy, making a comparison with the Italian population.

DESIGN: cross-sectional study based on the representative sample of the population residing in Italy considered in the Survey "Health and use of health services" conducted by the Italian National Institute of Statistics (Istat) in 2013.

SETTING AND PARTICIPANTS: the study was conducted on a sample of citizens aged 18-64 years (72,476 individuals) representing a population of 37,290,440 residents in Italy (33.9 million Italians and 3,390,440 foreigners) in 2013.

MAIN OUTCOME MEASURES: an indicator on the use of medical visits has been used as an outcome, based on people who had replied affirmatively to the question: «In the last

four weeks, have you been examined by the family doctor, by the pediatrician, or by medical specialists, as an eye doctor, dentist, etc.?». Starting from this outcome, the question «Can you indicate the main reason of the visits made in the last 4 weeks?» was used to build two additional outcome variables for separately evaluating the use of medical examinations for "diseases or disorders" from the use of medical examination for "health check in the absence of diseases or disorders". For each outcome, a logistic regression model was fitted, considering as independent variables information related to socioeconomic status and to the respondent's health condition.

RESULTS: 21.4% of foreigners (18-64 years) living in Italy used medical visits during the four weeks before the interview, a percentage lower than the one recorded among Italian citizens (27.0%). Taking into account the socioeconomic characteristics, lifestyle and health status of respondents, the results of logistic regression models showed that foreigners have a lower probability than Italians to make a medical examination, both for visits motivated by any health problems (OR: 0.80; 95%CI 0.73-0.87), and in case of medical examination carried out for preventive purposes (OR: 0.72; 95%CI 0.64-0.82).

CONCLUSION: the more the time living in the host Country increases, the more immigrants residing in Italy tend to have the same health problems of the most disadvantaged groups of the autochthonous population, maybe because of the deterioration of the so-called "healthy immigrant effect". In this context, they should be considered as more vulnerable in terms of health, and special attention must be paid to prevention. The lower use of medical visits highlights inequities in access to services. In order to reduce health inequalities, barriers that affect equitable access to health care should be removed, taking into account the heterogeneity of these sub-groups, characterized by different cultures and attitudes towards the health system.

Keywords: medical visits, prevention, immigrants, use of health services, socioeconomic status, Italy

INTRODUZIONE

I crescenti flussi migratori che hanno interessato l'Italia a partire dagli anni Novanta, prima prevalentemente per motivazioni economiche, poi anche per la richiesta di protezione internazionale da parte di persone in fuga dai conflitti successivi alle cosiddette "primavere arabe", hanno determinato un forte incremento della presenza di cittadini stranieri, trend che proseguirà nei prossimi anni, secondo le previsioni demografiche Istat.¹

All'1 gennaio 2016 la presenza straniera in Italia ha raggiunto l'8,3% della popolazione residente, una quota molto rilevante, che presenta caratteristiche di salute e di accesso ai servizi sanitari diverse da quelle della popolazione italiana, e con cui il servizio sanitario nazionale (SSN) deve confrontarsi. In particolare, appare centrale il tema della promozione della salute degli immigrati, determinata da una molteplicità di fattori che agiscono e interagiscono nel tempo, a partire da quelli sperimenta-

ti nel Paese di origine, come per esempio l'esposizione ad agenti infettivi o la presenza di scarse condizioni igieniche, piuttosto che la carente qualità dei sistemi sanitari, nonché il clima di violenza e repressione presente in alcuni contesti geopolitici di provenienza che influenza le condizioni psicofisiche. Altri fattori di rischio per la salute fisica e mentale agiscono durante il percorso migratorio (fame, violenza, razzismo, separazione dalla famiglia e rischi dovuti alle condizioni di viaggio) e infine nel Paese ospitante. Nell'evoluzione dello stato di salute degli immigrati vanno quindi distinte le condizioni immediatamente successive all'arrivo, che possono determinare condizioni di isolamento e segregazione a causa del sentirsi straniero, della separazione dalla famiglia, degli episodi di razzismo e discriminazione e dei problemi di lingua e di comprensione, da quelle che continuano o insorgono quando la permanenza diventa stabile, spesso caratterizzata da condizioni di maggiore deprivazione, e che

possono indurre a stili di vita insalubri, come una dieta povera di vegetali e frutta, fumo, abuso di alcol, o all'insorgenza di problemi di salute mentale per il persistere di condizioni di discriminazione e razzismo.²⁻⁴ Inoltre, seppure più giovani e inizialmente più sani degli italiani, gli immigrati sono più esposti al rischio di alcune malattie, come quelle a trasmissione sessuale, e ad alcune forme tumorali, in particolare quelle a eziopatogenesi infettiva (per esempio della cervice uterina, dello stomaco, del fegato e del pancreas) principalmente a causa di pregresse esposizioni nei Paesi di origine.

La presa in carico dei bisogni di salute della popolazione straniera è dunque particolarmente complessa, in quanto i fattori di rischio per la salute possono agire in modo differenziato tra le molteplici comunità straniere che caratterizzano l'immigrazione in Italia, anche a causa delle differenze nell'attitudine a rapportarsi con il sistema sanitario, non solo rispetto ai cittadini italiani, ma anche tra le singole comunità di provenienza, per aspetti culturali, religiosi, linguistici. Pur in presenza di un sistema sanitario di tipo universalistico, come quello italiano, le difficoltà culturali e linguistiche possono costituire barriere all'accesso ai servizi. La diversa o carente alfabetizzazione sanitaria nonché della percezione dello stato di salute/malattia possono influenzare negativamente la partecipazione alle attività di prevenzione primaria (come le vaccinazioni o l'adozione di stili di vita salubri) e secondaria (screening).^{2,5-8}

La promozione della salute attraverso strumenti di prevenzione primaria e secondaria potrebbe consentire di modificare comportamenti a rischio orientandoli verso stili di vita più salubri o agevolare la diagnosi precoce delle malattie. Tuttavia, va considerato che oltre all'adesione ad attività di prevenzione primaria e secondaria, il mancato ricorso all'assistenza da parte di persone che riferiscono problemi di salute può rappresentare un indicatore importante della presenza di eventuali barriere all'accesso al servizio sanitario.

Lo studio condotto ha l'obiettivo di valutare il ruolo di alcuni fattori potenzialmente associati al ricorso a visite mediche da parte della popolazione immigrata, effettuando un confronto con la popolazione italiana.

MATERIALI E METODI

I dati utilizzati ai fini dello studio provengono dall'indagine Multiscopo Istat 2013 "Salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta su un campione nazionale di 49.811 famiglie residenti in Italia, per un totale di 119.073 individui. L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto, intesa come insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi. Il periodo di riferimento va da luglio 2012 a giugno 2013.⁹

Ai fini del presente studio è stato selezionato il campione di età compresa fra 18 e 64 anni (72.476 individui) che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri) nel 2013. Lo status di immigrato è stato definito in base alla cittadinanza. Come variabile di esito è stato utilizzato l'indicatore sul ricorso a visite mediche costruito utilizzando il quesito «Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia,

pediatra, o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?». A partire da tale outcome, utilizzando il quesito «Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?», sono stati costruiti due ulteriori variabili di esito, per valutare separatamente il ricorso a visite mediche per «malattie o disturbi» e per «controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi».

La distribuzione delle caratteristiche del campione tra italiani e stranieri è stata confrontata attraverso test del chi-quadrato. Sono stati costruiti tre modelli di regressione multivariata per valutare i fattori associati alla probabilità di ricorrere a visite mediche, indipendentemente dal motivo della visita, in presenza di malattie o disturbi, oppure per controllo di salute. La probabilità di ricorso a visite mediche (indipendentemente dal motivo) è stata stimata attraverso un modello di regressione log-binomiale al fine di tenere conto dell'elevata frequenza della variabile di esito. Invece i modelli che avevano come esito il motivo delle visite (salute o controlli) sono stati per omogeneità costruiti entrambi come di tipo logistico, pur essendo la prevalenza di visite effettuate per motivi di salute di poco superiore al 10%. Come variabili indipendenti sono state scelte le seguenti informazioni relative a caratteristiche sociodemografiche e di condizione di salute dell'intervistato: cittadinanza, genere, età, livello di istruzione, condizione occupazionale, risorse economiche percepite, indice di massa corporea (IMC), abitudine al fumo, area di residenza in Italia. Inoltre nei tre modelli di regressione è stata inserita, come variabile indipendente indicativa dello stato di salute dell'intervistato, l'informazione relativa alla presenza di almeno una delle seguenti gravi patologie croniche: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza renale, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, demenze senili. Nei tre modelli di regressione l'associazione di ogni singola variabile indipendente con la variabile di esito è valutata controllando simultaneamente per gli effetti di tutte le altre variabili indipendenti considerate. Inoltre, sono state effettuate analisi stratificate per sottogruppi specifici di popolazione.

RISULTATI

Nella **tabella 1** (p. 43) è presentato il confronto tra cittadini italiani e stranieri rispetto alla distribuzione delle motivazioni del ricorso a una visita medica, delle caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute. I cittadini stranieri fanno complessivamente meno ricorso a visite mediche, sia generiche sia specialistiche. Nel campione studiato è più frequente la prevalenza di donne tra i cittadini stranieri, che sono più rappresentati nelle classi di età più giovani rispetto agli italiani. Circa l'80% degli stranieri risiede nelle regioni settentrionali e centrali, nelle quali vive meno del 60% dei cittadini italiani. Rispetto agli italiani, gli stranieri presentano meno frequentemente un elevato livello di istruzione e risorse economiche riferite come ottime o adeguate, ma la percentuale di chi si dichiara occupato è lievemente più alta degli italiani. È maggiore anche la percentuale di stranieri che dichiara di non aver mai fumato, mentre gli italiani sono più spesso ex fumatori. I cittadini ita-

Tabella 1. Ricorso a visite mediche, caratteristiche sociodemografiche e cliniche, per cittadinanza. Istat, 2012-2013.
Table 1. Use of medical visits, sociodemographic and clinical characteristics, by citizenship. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI		p-value
		n.	%	n.	%	
		67.295	92,9	5.181	7,1	
Visite nelle ultime 4 settimane	si	18.184	27,0	1.108	21,4	<0,01
- per malattie/disturbi	si	9.560	14,2	627	12,1	<0,01
- per controllo dello stato di salute in assenza di malattie/disturbi	si	5.181	7,7	290	5,6	<0,01
- per prescrizione di ricette	si	5.410	8,0	280	5,4	<0,01
- per certificati o atti amministrativi	si	829	1,2	34	0,7	<0,01
- per altro	si	932	1,4	54	1,0	<0,05
Sesso	maschi	33.355	49,6	2.302	44,4	<0,01
	femmine	33.940	50,4	2.879	55,6	
Età	18-34	18.589	27,6	2.019	39,0	<0,01
	35-49	24.978	37,1	2.227	43,0	
	50-64	23.728	35,3	935	18,0	
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	14.234	21,2	1.570	30,3	<0,01
	Italia Nord-Est	12.993	19,3	1.448	27,9	
	Italia centrale	11.518	17,1	1.178	22,7	
	Italia Sud e Isole	28.550	42,4	985	19,0	
Livello di istruzione	alto	35.422	52,6	2.142	41,3	<0,01
	medio/basso	31.873	47,4	3.039	58,7	
Condizione professionale	occupato	38.455	57,1	3.129	60,4	<0,01
	non occupato	28.840	42,9	2.052	39,6	
Risorse economiche	ottime/adequate	42.087	62,5	1.950	37,6	<0,01
	scarse/insufficienti	25.208	37,5	3.231	62,4	
IMC	normopeso/sottopeso	39.698	59,0	3.097	59,8	ns
	sovrappeso/obeso	27.597	41,0	2.084	40,2	
Abitudine al fumo	mai fumatore	35.516	52,8	3.193	61,6	<0,01
	fumatore attuale	17.295	25,7	1.215	23,5	
	ex fumatore	14.484	21,5	773	14,9	
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	si	21.563	32,0	1.053	20,3	<0,01
	no	45.732	68,0	4.128	79,7	
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	61.105	90,8	4.822	93,1	<0,01
	si	6.190	9,2	359	6,9	

liani dichiarano più frequentemente degli stranieri di svolgere nel tempo libero attività fisica moderata o rilevante, mentre non si rilevano differenze tra i due gruppi rispetto alla distribuzione dell'indice di massa corporea. Da rilevare, infine, come la prevalenza di persone che riferisce di soffrire di almeno una grave patologia cronica sia più alta tra gli italiani rispetto ai cittadini stranieri.

Nella **tabella 2** (p. 44) sono presentati i risultati del modello di regressione log-binomiale nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica indipendentemente dal motivo, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, nonché degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Si osserva che gli stranieri hanno una probabilità di effettuare una visita medica inferiore rispetto agli italiani. La probabilità è invece maggiore per

le donne, le persone di età più avanzata, per chi riferisce risorse economiche scarse/insufficienti e per i non occupati. Inoltre, rispetto a un residente nel Nord-Ovest la probabilità è maggiore per chi risiede nel Nord-Est e inferiore nel Sud e nelle Isole. Le persone in sovrappeso o obese, i fumatori o gli ex fumatori e soprattutto coloro i quali riferiscono almeno una malattia cronica grave hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita medica.

Nella **figura 1** (p. 45) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica in presenza di malattie o disturbi, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica per

Tabella 2. Fattori associati alla probabilità di effettuare una visita medica. *Prevalence rate ratio* (PRR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Istat, 2012-2013.
Table 2. Factors associated to probability of using a medical visit. *Prevalence rate ratios* (PRR) and 95% confidence intervals (95%CI). Istat, 2012-2013.

		PRR	IC95%
Cittadinanza	italiani	1,00	
	stranieri	0,81	0,77-0,86
Sesso	maschi	1,00	
	femmine	1,45	1,42-1,49
Età	18-34	1,00	
	35-49	1,20	1,16-1,25
	50-64	1,34	1,30-1,39
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	
	Italia Nord-Est	1,09	1,05-1,12
	Italia centrale	1,02	0,99-1,06
	Italia Sud e Isole	0,89	0,87-0,92
Livello di istruzione	alto	1,00	
	medio/basso	0,94	0,92-0,97
Condizione professionale	occupato	1,00	
	non occupato	1,02	0,99-1,04
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	
	scarse/insufficienti	1,07	1,04-1,09
IMC	normopeso/sottopeso	1,00	
	sovrappeso/obeso	1,09	1,06-1,12
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	
	fumatore attuale	1,04	1,01-1,07
	ex fumatore	1,23	1,19-1,26
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	
	no	0,99	0,96-1,02
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	
	sì	1,80	1,75-1,85

qualche problema di salute (OR: 0,80; IC95% 0,73-0,87). La probabilità è maggiore per le donne (OR: 1,49; IC95% 1,42-1,56), le persone di 50-64 anni (OR: 1,40; IC95% 1,31-1,49) e 35-49 anni (OR: 1,30; IC95% 1,22-1,38) rispetto a chi ha 18-34 anni. Rispetto a un residente nel Nord-Ovest, si è osservata una probabilità più elevata di ricorrere a visite mediche per chi risiede nel Nord-Est (OR: 1,16; IC95% 1,08-1,23) e minore per un residente nell'Italia meridionale e insulare (OR: 0,81; IC95% 0,76-0,86). È più probabile ricorrere a una visita medica in presenza di problemi di salute tra le persone che riferiscono risorse economiche scarse/insufficienti (OR: 1,21; IC95% 1,15-1,26). I soggetti in sovrappeso o obesi (OR: 1,07; IC95% 1,02-1,12), i fumatori (OR: 1,11; IC95% 1,05-1,17), gli ex fumatori (OR: 1,29; IC95% 1,23-1,37) e, soprattutto, coloro i quali riferiscono di essere affetti almeno da una malattia cronica grave (OR: 2,45; IC95% 2,30-2,61) hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita medica in caso di problemi di salute. Nella **tabella 3** (p. 45) sono presentati i risultati di due modelli di regressione logistica effettuati rispettivamente per italiani e stranieri. Nel confronto tra i due gruppi, OR significativamente più elevati di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute sono osservati tra le persone straniere con al-

meno una cronicità grave; inoltre risultano più elevati gli OR tra gli stranieri residenti nel Nord-Est, tra le donne e gli ultracinquantenni italiani.

Nella **figura 2** (p. 46) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica di tipo preventivo (OR: 0,72; IC95% 0,64-0,82). Tale probabilità è maggiore per le donne (OR: 1,86; IC95% 1,75-1,98), le persone di 50-64 anni (OR: 1,21; IC95% 1,12-1,32) e 35-49 anni (OR: 1,09; IC95% 1,01-1,18) rispetto a chi ha 18-34 anni. Una probabilità minore di ricorrere a una visita di controllo si è osservata tra chi possiede un titolo di studio medio-basso invece che alto (OR: 0,85; IC95% 0,80-0,90) e tra chi fa abitualmente attività fisica nel tempo libero (OR: 0,93; IC95% 0,87-0,99). Gli ex fumatori (OR: 1,35; IC95% 1,26-1,45) e soprattutto coloro i quali riferiscono di soffrire almeno di una malattia cronica grave (OR: 1,86; IC95% 1,71-2,02) hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita di controllo con finalità di prevenzione.

Figura 1. Odds ratio e intervallo di confidenza al 95% di effettuare una visita medica per motivi di salute. Istat, 2012-2013.
Figure 1. Odds Ratios and 95% confidence intervals of using a medical visit for any health problems. Istat, 2012-2013.

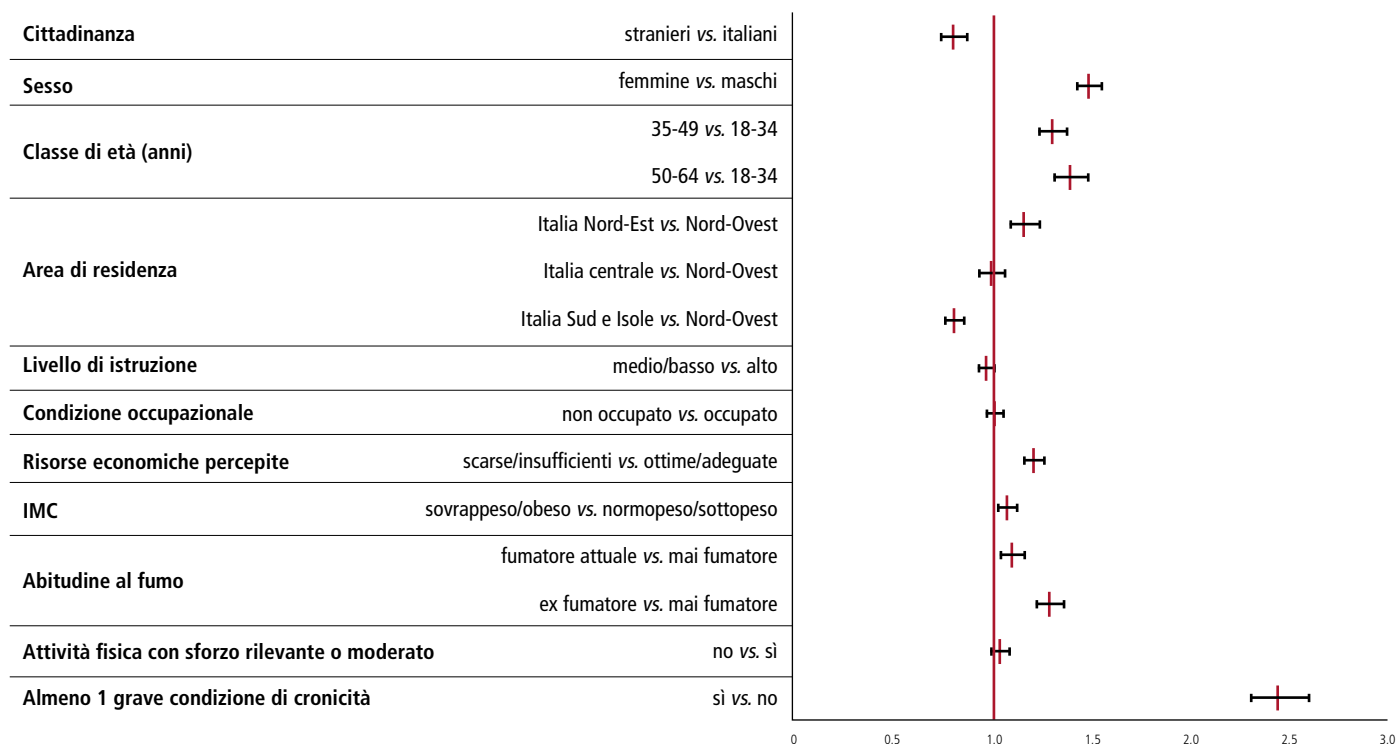
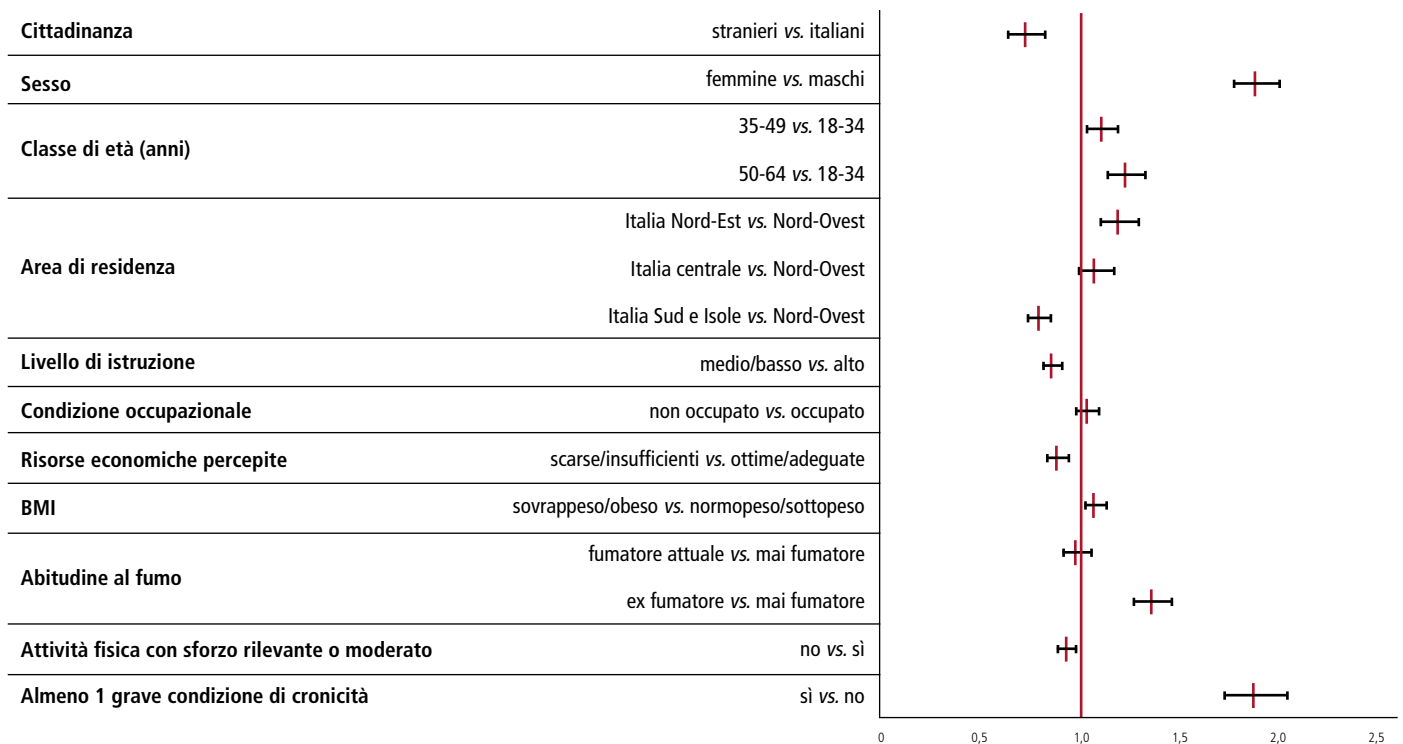


Tabella 3. Odds ratio (OR) e intervallo di confidenza al 95% (IC95%) di effettuare una visita medica per motivi di salute: modelli per italiani e stranieri. Istat, 2012-2013.
Table 3. Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) of using a medical visit for any health problems: models by Italians and foreigners. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sesso	maschi	1,00	-	1,00	-
	femmine	1,50	1,43-1,58	1,30	1,08-1,57
Età	18-34	1,00	-	1,00	-
	35-49	1,29	1,21-1,38	1,35	1,10-1,65
	50-64	1,41	1,32-1,50	1,19	0,92-1,53
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	-	1,00	-
	Italia Nord-Est	1,14	1,07-1,22	1,32	1,06-1,64
	Italia centrale	0,98	0,92-1,06	1,06	0,83-1,35
	Italia Sud e Isole	0,81	0,76-0,86	0,78	0,59-1,02
Livello di istruzione	alto	1,00	-	1,00	-
	medio/basso	0,98	0,93-1,03	0,86	0,72-1,03
Condizione professionale	occupato	1,00	-	1,00	-
	non occupato	0,99	0,95-1,04	1,16	0,97-1,39
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	-	1,00	-
	scarse/insufficienti	1,21	1,15-1,26	1,22	1,02-1,47
IMC	normopeso/sottopeso	1,00	-	1,00	-
	sovrappeso/obeso	1,07	1,02-1,12	1,13	0,95-1,36
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	-	1,00	-
	fumatore attuale	1,11	1,05-1,17	1,00	0,80-1,24
	ex fumatore	1,29	1,22-1,37	1,27	1,00-1,61
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	-	1,00	-
	no	1,04	0,98-1,09	1,04	0,83-1,30
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	-	1,00	-
	sì	2,40	2,26-2,56	3,36	2,60-4,31

Figura 2. Odds ratio e intervalli di confidenza al 95% di effettuare una visita medica per finalità preventive. Istat, 2012-2013.
Figure 2. Odds Ratios and 95% confidence intervals of using a medical visit for preventive purposes. Istat, 2012-2013.



La **tabella 4** (p. 47) illustra i risultati di due modelli di regressione logistica effettuati rispettivamente per italiani e stranieri. Nel confronto tra i due gruppi si osservano OR più elevati di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute, seppure in assenza di significatività statistica, tra le donne straniere, tra gli stranieri con almeno una cronicità grave o non occupati e tra gli italiani ultracinquantenni o residenti nel Nord-Est.

DISCUSSIONE

I risultati del presente studio mostrano che gli stranieri residenti in Italia hanno effettuato una visita medica nelle quattro settimane precedenti l'intervista dell'indagine Multiscopo Istat sulla salute 2012-2013 in misura inferiore rispetto ai cittadini italiani (21,4% vs. 27,0%). Anche tenendo conto delle caratteristiche demografiche, di stato socioeconomico e relative agli stili di vita, e a parità di condizioni di morbosità cronica, la probabilità di effettuare una visita medica, indipendentemente dal motivo, da parte degli stranieri è inferiore rispetto agli italiani (PRR: 0,81). Tale risultato si conferma anche quando si consideri come outcome il ricorso a una visita medica specificamente per malattie o disturbi (OR: 0,80), oppure se la visita sia stata motivata da un controllo preventivo dello stato di salute (OR: 0,72). L'interpretazione di questi risultati non è univoca e diverse sono le ipotesi che si possono proporre per supportarli. Se da un lato i dati confermano precedenti osservazioni,¹⁰ una revisione sistematica sull'uso dei servizi sanitari da parte degli immigrati in Europa, inclusa la medicina generale, ha mostrato una tendenza maggiore da parte della popolazione immigrata ad accedere alla medicina di base.¹¹ Differenze nello stato di salute,¹² nelle condizioni socioeconomiche,¹³ la presenza di barriere linguistiche,

in particolare per i cinesi,¹⁴ sono state proposte come ulteriori possibili spiegazioni.

Uno studio recente condotto in Catalogna ha mostrato come l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati dipenda dall'area di origine. Latino-americani, nordafricani, africani sub-sahariani fanno ricorso a visite mediche più degli spagnoli, a differenza di quelli provenienti dai Paesi dell'Europa orientale e dall'Asia, che invece ricorrono al medico in misura minore.¹⁵ Ci sono stati studi in cui, invece, è stato segnalato un maggiore utilizzo delle cure primarie da parte degli immigrati rispetto ai nativi.^{16,17} Studi canadesi hanno evidenziato l'importanza di politiche atte a superare le barriere all'accesso ai servizi di cura primari da parte dei migranti, poiché in grado di incrementarne l'utilizzo a livelli pari o superiori a quello dei nativi,^{6,18} in analogia a quanto osservato anche come risultato di azioni mirate alle fasce più disagiate dal punto di vista socioeconomico.^{6,19} Una delle ipotesi più accreditate spiega il differente accesso a visite mediche in funzione di fattori legati alla condizione socioeconomica degli individui, primo fra tutti il titolo di studio, che rappresenta un importante determinante delle condizioni di salute, anche tra gli immigrati.² È noto come un grado di scolarizzazione più elevato abbia un impatto positivo sullo stile di vita degli individui, favorendo la consapevolezza dei benefici derivanti dall'adottare comportamenti più salutari e appropriate forme di prevenzione per la salute.²⁰ Il livello di istruzione è un importante determinante sociale delle condizioni di salute, anche tra gli immigrati.² Nel nostro studio un livello di istruzione più basso e la minore disponibilità di risorse economiche sono risultati essere associati a un minore ricorso a visite con finalità di prevenzione, senza differenze tra italiani e stranieri. Invece, la propensione a effettuare visite per motivi di salute è risulta-

Tabella 4. Odds ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%) di effettuare una visita medica per finalità preventive: modelli per italiani e stranieri. Istat, 2012-2013.
Table 4. Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) of using a medical visit for preventive purposes: models by Italians and foreigners. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sesso	maschi	1,00	–	1,00	–
	femmine	1,84	1,73-1,96	2,34	1,75-3,15
Età	18-34	1,00	–	1,00	–
	35-49	1,12	1,03-1,21	0,84	0,63-1,11
	50-64	1,24	1,14-1,35	1,06	0,75-1,48
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	–	1,00	–
	Italia Nord-Est	1,20	1,11-1,31	0,93	0,68-1,26
	Italia Centrale	1,07	0,98-1,17	0,94	0,68-1,30
	Italia Sud e Isole	0,80	0,74-0,86	0,70	0,47-1,01
Livello di istruzione	alto	1,00	–	1,00	–
	medio/basso	0,84	0,79-0,90	0,98	0,77-1,26
Condizione professionale	occupato	1,00	–	1,00	–
	non occupato	1,01	0,95-1,08	1,39	1,08-1,79
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	–	1,00	–
	scarse/insufficienti	0,89	0,83-0,94	0,76	0,59-0,98
BMI	normopeso/sottopeso	1,00	–	1,00	–
	sovrappeso/obeso	1,07	1,00-1,14	0,96	0,74-1,24
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	–	1,00	–
	fumatore attuale	0,98	0,91-1,06	0,80	0,56-1,12
	ex fumatore	1,34	1,25-1,44	1,64	1,20-2,24
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	–	1,00	–
	no	0,93	0,87-1,00	0,88	0,65-1,20
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	–	1,00	–
	sì	1,84	1,69-2,01	2,10	1,43-3,00

ta essere maggiore tra chi riferisce scarsità o insufficienza di risorse economiche, senza differenze tra italiani e stranieri. Questo risultato potrebbe suggerire che chi ha minori disponibilità economiche si rivolge al medico solo quando avverte una necessità legata a malattie o disturbi. L'ipotesi alternativa potrebbe essere un migliore stato di salute delle persone di più elevato livello socioeconomico, che invece ricorrono maggiormente a visite di controllo in quanto più consapevoli dei benefici della prevenzione.

L'analisi stratificata per cittadinanza del ricorso a visite mediche tra le persone che riferiscono almeno una cronicità grave ha mostrato una propensione più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani, marcatamente quando la visita era dovuta a malattie o disturbi (OR: 3,36 *vs.* OR: 2,40) e in modo più lieve quando era legata a un controllo. Tale differenza suggerisce che il recarsi dal medico, pur in presenza di una cronicità, può dipendere da altri fattori, per esempio la disponibilità di tempo e barriere informali di tipo logistico.⁸ Tale ipotesi sembrerebbe supportata dai risultati sulla condizione occupazionale, che mostrano un odds di visite di controllo tra i non occupati superiore rispetto a chi ha un'occupazione solo tra gli stranieri, e che potrebbe trovare spiegazione in relazione a una minore disponibilità di tempo da dedicare alla propria salute per visite di prevenzione tra i

lavoratori stranieri, spesso vincolati da orari di lavoro che lasciano meno tempo da dedicare a se stessi rispetto a un italiano.⁸ Va inoltre considerato che verosimilmente gli stranieri sono meno inseriti in contesti professionali in cui le visite di controllo fanno parte delle procedure organizzative del lavoro.

I residenti nel Nord-Est si recano a fare una visita medica se hanno problemi di salute più di quelli del Nord-Ovest, e tra gli stranieri più che tra i cittadini italiani, al contrario dei residenti al Sud e nelle Isole, specie se italiani. Questo risultato è consistente, ma solo parzialmente, con l'ipotesi che la propensione al ricorso a visite mediche possa risiedere nell'eterogeneità territoriale nell'organizzazione dei servizi sanitari. Infatti, ci si aspetterebbe che laddove i servizi sanitari funzionano meglio, il beneficio ricada in egual modo sugli italiani e sugli stranieri.^{8,21,22} Nel complesso, le donne ricorrono più degli uomini a visite mediche, a conferma di una maggiore attenzione e sensibilità alla tutela della propria salute, anche attraverso il ricorso a forme diverse di prevenzione:²¹ la probabilità di effettuare una visita medica è maggiore se la finalità è il controllo della salute rispetto alla presenza di malattie o disturbi. Il tasso di fecondità delle donne immigrate, come è noto, è più elevato delle italiane, tra le quali non cambia la probabilità di ricorso al medico in funzione della motivazione. Pertanto, tenendo conto che la quota mag-

giore di donne che fa ricorso a visite in assenza di disturbi o sintomi si registra in corrispondenza della fascia di età riproduttiva, mentre si riduce nelle classi di età più avanzate, si può presumere che tale osservazione sia effetto dei controlli previsti durante la gravidanza.⁸ Infatti, escludendo dall'analisi le visite effettuate per motivo ostetrico-ginecologico (dati non mostrati), si riduce la probabilità per le straniere rispetto alle italiane di ricorrere a una visita, sia per malattie o disturbi (OR: 0,73; IC95% 0,65-0,81), sia per controllo (OR: 0,64; IC95% 0,52-0,77). Il risultato è in linea con l'ipotesi che spiega un più elevato utilizzo dei servizi primari da parte delle immigrate per visite durante e dopo la gravidanza, e con la maggiore necessità di accedere alla prevenzione (vaccinazioni o screening), in particolare tra chi è arrivato più di recente.^{6,8}

Tra gli uomini, invece, la quota di chi si rivolge a forme di prevenzione primaria come quelle qui considerate cresce con l'avanzare dell'età, probabilmente per la consapevolezza di un maggior rischio di peggioramento delle proprie condizioni di salute.⁸

La più elevata probabilità di una visita medica, in particolare se di controllo, tra gli ex fumatori piuttosto che tra i fumatori attuali, potrebbe essere invece spiegata dalla trasversalità del disegno dello studio, per cui gli ex fumatori potrebbero essere tali proprio in relazione a uno stato di salute già problematico.

A nostra conoscenza, questo è il primo studio ad aver analizzato i fattori associati alle differenze di accesso a visite mediche da parte della popolazione immigrata in Italia. Tuttavia presenta alcuni limiti, che devono essere segnalati. Abbiamo analizzato il ricorso a visite mediche nelle ultime 4 settimane: tale intervallo temporale potrebbe non essere sufficiente a fornire una stima attendibile della frequenza di uso dell'assistenza di base o specialistica. Comunque, non vi sono elementi per ipotizzare che una eventuale sottostima possa risultare differenziale tra italiani e immigrati e per i fattori considerati nello studio; i risultati dei modelli multivariati possono quindi ritenersi sufficientemente affidabili. Un altro importante limite dello studio è la mancanza di stratificazioni per area di provenienza. Come è noto, la salute e il ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata sono fortemente eterogenei a seconda dei Paesi di origine.

Tuttavia, i dati utilizzati non disponevano di sufficiente potenza per consentire tale livello di stratificazione nelle analisi. Infine, il mix di accesso a prestazioni sanitarie può differire tra cittadini stranieri e italiani, e il bisogno di cure sanitarie essere soddisfatto mediante il ricorso ad altri servizi sanitari territoriali, come l'accesso al consultorio familiare o quello, non sempre appropriato, ai servizi di emergenza (pronto soccorso).

CONCLUSIONI

I servizi sanitari europei si stanno solo lentamente adattando al fabbisogno assistenziale dei migranti, essendo stati a lungo focalizzati principalmente sulle malattie infettive, alle quali indubbiamente i migranti possono essere stati esposti durante il percorso migratorio, ma che costituiscono un problema del tutto residuale in termini complessivi di sanità pubblica.²

In generale, gli immigrati residenti tendono a manifestare i problemi di salute delle fasce di popolazione più svantaggiate del Paese ospitante: con la durata della permanenza si osserva infatti la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano". Lo scemare di tale effetto con la durata della permanenza è stato osservato anche in altri contesti, come conseguenza di alcune cause, tra cui il minore accesso ai servizi sanitari.²³⁻²⁵ Le popolazioni immigrate, in tale ottica, vanno considerate come un gruppo più vulnerabile in termini di salute, tenendo conto tuttavia che si tratta di gruppi molto eterogenei tra loro, ciascuno con i propri specifici problemi.^{2,8}

Una maggiore propensione alla prevenzione, per esempio nel caso dello screening oncologico per tumore al seno e della cerchia uterina, è associata alla presenza di italiani in famiglia, presumibilmente perché gli stranieri che vivono con italiani sono agevolati nel processo di integrazione e nell'accesso all'assistenza sanitaria.²⁶

Garantire equità di accesso a livelli di assistenza appropriati per gli immigrati è fondamentale, in quanto si è dimostrato che una efficace capacità di presa in carico e di risposta del sistema sanitario già al primo contatto è in grado di ridurre le disuguaglianze di salute.^{6,27-29}

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Istat. *Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065, Dicembre 2011*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/48875>
2. Spallek J, Zeeb H, Razum O. Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health* 2010;10:92. doi:10.1186/1471-2458-10-92.
3. Associazione italiana di oncologia medica (AIOM). *Problematiche oncologiche nei migranti: dall'emergenza alla gestione*. Atti del Congresso nazionale AIOM, Bologna, 5-7 novembre 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.aiom.it/aiom-servizi/congresso-nazionale-AIOM/xiii-aiom-2011/1,1903,1>
4. Mandolini D, Di Napoli A, Costanzo G, Perez M, Petrelli A. Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscope Istat sugli stranieri. Atti del XXXIX Congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia. Milano, 27-30 ottobre 2015:204(O). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epidemiologia.it/xxxix-congresso-dell'associazione-italiana-di-epidemiologia>
5. Reeske A, Spallek J, Razum O. Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany - an analysis of the 2005 Microcensus. *Int J Equity Health* 2009;8:26. doi:10.1186/1475-9276-8-26.
6. van Oort FV, van der Ende J, Crijnen AA, Verhulst FC, Mackenbach JP, Joung IM. Determinants of daily smoking in Turkish young adults in the Netherlands. *BMC Public Health* 2006;6:294.
7. Bhopal RS, Humphry RW, Fischbacher CM. Changes in cardiovascular risk factors in relation to increasing ethnic inequalities in cardiovascular mortality: comparison of cross-sectional data in the Health Surveys for England 1999 and 2004. *BMJ Open* 2013;3(9):e003485. doi:10.1136/bmjopen-2013-003485.
8. Istat. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++30%2Fgen%2F2014++Testo+integrato.pdf (ultimo accesso: 17.02.17).
9. Istat. *Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Disponibile all'indirizzo: <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0071201> (ultimo accesso: 17.02.17).
10. Gargiulo L, Iannucci L. Le condizioni di salute dei cittadini stranieri. In: De Rose A, Strozza S (eds). *Associazione italiana per gli studi di popolazione. Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica*. Bologna, Il Mulino, 2015:104-107.
11. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review. *Eur J Public Health* 2010;20(5):555-63. doi:10.1093/eurpub/ckp195.
12. Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosén M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health* 2001;11(2):147-52.
13. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immi-

- grants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998;52(5):298-304.
14. Sproston KA, Pitson LB, Walker E. The use of primary care services by the Chinese population living in England: examining inequalities. *Ethn Health* 2001;6(3-4):189-96.
 15. Muñoz MA, Pastor E, Pujol J, Del Val JL, Cordero S, Hermosilla E. 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* 2012;18(2):100-106. doi:10.3109/13814788.2012.656085.
 16. Lanting LC, Bootsma AH, Lamberts SW, Mackenbach JP, Joung IM. Ethnic differences in internal medicine referrals and diagnosis in the Netherlands. *MC Public Health* 2008;8:287. doi:10.1186/1471-2458-8-287.
 17. Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A. Is there equity in use of health-care services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand J Public Health* 2012;40(3):260-70. doi:10.1177/1403494812443602.
 18. Newbold B. The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethn Health* 2009;14(3):315-36. doi:10.1080/13557850802609956.
 19. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007;7:41.
 20. Grossman M. e Kaestner R. Effects of education on health. In: Behrman JR, Stacey N (eds). *The social benefits of education*. Michigan (MA), University of Michigan Press, 1997.
 21. Osservatorio nazionale sulla salute della donna. *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane. Libro bianco 2009*. Milano, Franco Angeli, 2009.
 22. Francovich L, Giorgi Rossi P, Gargiulo L et al. Screening cervico-vaginali e mammografi-
ci in Italia: livelli di copertura e differenze socio-economiche (2012-2013). In: Costa G, Cialesi R, Migliardi A et al (eds). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto superiore di sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):129-37.
 23. Choi J. Prevalence of overweight and obesity among US immigrants: results of the 2003 New Immigrant Survey. *J Immigr Minor Health* 2012;14(6):1112-18.
 24. Muggah E, Dahrouge S, Hogg W. Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada. *BMC Fam Pract* 2012;13:128. doi:10.1186/1471-2296-13-128.
 25. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health* 2010;9(1):27. doi:10.1186/1475-9276-9-27.
 26. Francovich L, Gargiulo L, Giordani B, Giorgi Rossi P, Petrelli A. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere. Convegno "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT". Roma, 5 maggio 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/content/download/25682/172492/file/La%20prevenzione%20dei%20tumori%20femminili%20nelle%20donne%20straniere.pdf> (ultimo accesso: 17.02.17).
 27. Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(2):77-83.
 28. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1613-27.
 29. Miedema B, Hamilton R, Easley J. Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician* 2008;54(3):335-36.