

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di
Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

Laboratorio Sociologico

Ricerca empirica
ed intervento sociale

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

Direttore Scientifico: Costantino Cipolla

Laboratorio Sociologico approfondisce e discute criticamente tematiche epistemologiche, questioni metodologiche e fenomeni sociali attraverso le lenti della sociologia. Particolare attenzione è posta agli strumenti di analisi, che vengono utilizzati secondo i canoni della scientificità delle scienze sociali. Partendo dall'assunto della tolleranza epistemologica di ogni posizione scientifica argomentata, Laboratorio Sociologico si fonda su alcuni principi interconnessi. Tra questi vanno menzionati: la combinazione creativa, ma rigorosa, di induzione, deduzione e adduzione; la referenzialità storico-geografica; l'integrazione dei vari contesti osservativi; l'attenzione alle diverse forme di conoscenze, con particolare attenzione ai prodotti delle nuove tecnologie di rete; la valorizzazione dei nessi e dei fili che legano fra loro le persone, senza che queste ne vengano assorbite e – ultimo ma primo – la capacità di cogliere l'alterità a partire dalle sue categorie "altre". Coerentemente con tale impostazione, Laboratorio Sociologico articola la sua pubblicistica in sei sezioni: *Teoria, Epistemologia, Metodo; Ricerca empirica ed Intervento sociale; Manualistica, Didattica, Divulgazione; Sociologia e Storia; Diritto, Sicurezza e Processi di vittimizzazione; Sociologia e storia della Croce Rossa.*

Comitato Scientifico: Natale Ammaturo†; Ugo Ascoli (Ancona); Claudio Baraldi (Modena e Reggio Emilia); Leonardo Benvenuti, Ezio Sciarra (Chieti); Danila Bertasio (Parma); Giovanni Bertin (Venezia); Rita Biancheri (Pisa); Annamaria Campanini (Milano Bicocca); Gianpaolo Catelli (Catania); Bernardo Cattarinussi (Udine); Roberto Cipriani (Roma III); Ivo Colozzi, Stefano Martelli (Bologna); Celestino Colucci (Pavia); Raffaele De Giorgi (Lecce); Paola Di Nicola (Verona); Roberto De Vita (Siena); Maurizio Esposito (Cassino); Antonio Fadda (Sassari); Pietro Fantozzi (Cosenza); Maria Caterina Federici (Perugia); Franco Garelli (Torino); Guido Giarelli (Catanzaro); Guido Gili (Campobasso); Antonio La Spina (Palermo); Clemente Lanzetti (Cattolica, Milano); Emiliana Mangone (Salerno); Giuseppe Mastroeni (Messina); Rosanna Memoli (La Sapienza, Roma); Everardo Minardi (Teramo); Giuseppe Moro (Bari); Giacomo Mulè (Enna); Giorgio Osti (Trieste); Mauro Palumbo (Genova); Jacinta Paroni Rumi (Brescia); Antonio Scaglia (Trento); Silvio Scanagatta (Padova); Francesco Sidoti (L'Aquila); Donatella Simon (Torino); Bernardo Valli (Urbino); Francesco Vespasiano (Benevento); Angela Zanotti (Ferrara).

Corrispondenti internazionali: Coordinatore: Antonio Maturo (Università di Bologna) Roland J. Campiche (Università di Losanna, Svizzera); Jorge Gonzales (Università di Colima, Messico); Douglas A. Harper (Duquesne University, Pittsburgh, USA); Juergen Kaube (Academia Brandeburghese delle Scienze, Berlino, Germania); André Kieserling (Università di Bielefeld, Germania); Michael King (University of Reading, Regno Unito); Donald N. Levine (Università di Chicago, USA); Christine Castelain Meunier (Casa delle Scienze Umane, Parigi, Francia); Maria Cecília de Souza Minayo (Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasile); Everardo Duarte Nunes (Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, Brasile); Furio Radin (Università di Zagabria, Croazia); Joseph Wu (Università di Taiwan, Taipei, Taiwan).

Coordinamento Editoriale delle Sezioni: Giuseppe Masullo

Ogni sezione della Collana nel suo complesso prevede per ciascun testo la valutazione anticipata di due referee anonimi, esperti nel campo tematico affrontato dal volume. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

Sezione *Teoria, Epistemologia, Metodo* (attiva dal 1992). *Responsabile Editoriale*: Leonardo Altieri. *Comitato Editoriale*: Agnese Accorsi; Gianmarco Cifaldi; Francesca Cremonini; Davide Galesi; Francesco Gandellini; Ivo Germano; Maura Gobbi; Francesca Guarino; Silvia Lolli jr.; Alessia Manca; Emmanuele Morandi†; Alessandra Rota; Barbara Sena.

Sezione *Ricerca empirica ed Intervento sociale* (attiva dal 1992). *Coordinatore Scientifico*: Andrea Bassi; *Responsabile Editoriale*: Sara Sbaragli. *Comitato Editoriale*: Sara Capizzi; Teresa Carbone; Paola Canestrini; Carmine Clemente; David Donfrancesco; Laura Farneti; Ilaria Iseppato; Lorella Molteni; Paolo Poletti; Elisa Porcu; Francesca Rossetti; Alessandra Sannella.

Sezione *Manualistica, Didattica, Divulgazione* (attiva dal 1995). *Coordinatore Scientifico*: Linda Lombi. *Responsabile Editoriale*: Arianna Marastoni. *Comitato Editoriale*: Veronica Agnoletti; Flavia Atzori; Alessia Bertolazzi; Barbara Calderone; Raffaella Cavallo; Carmela Anna Esposito; Laura Gemini; Silvia Lolli sr.; Ilaria Milandri; Annamaria Perino; Fabio Piccoli.

Sezione *Sociologia e Storia* (attiva dal 2008). *Coordinatore Scientifico*: Nicola Strizzolo (Università di Udine) *Consiglio Scientifico*: Nico Bortoletto (Università di Teramo); Alessandro Bosi (Parma); Camillo Brezzi (Arezzo); Luciano Cavalli, Pietro De Marco, Paolo Vanni (Firenze); Sergio Onger, Alessandro Porro (Brescia); Carlo Prandi (Fondazione Kessler – Istituto Trentino di Cultura); Adriano Prosperi (Scuola Normale Superiore di Pisa); Renata Salvarani (Cattolica, Milano); Paul-André Turcotte (Institut Catholique de Paris). *Responsabile Editoriale*: Alessandro Fabbri. *Comitato Editoriale*: Barbara Baccarini; Roberta Benedusi; Elena Bittasi; Emanuele Cerutti; Pia Dusi; Giancarlo Ganzerla; Nicoletta Iannino; Riccardo Maffei; Vittorio Nichilo; Ugo Pavan Dalla Torre; Alessandra Pignatta; Ronald Salzer; Stefano Siliberti†; Paola Sposetti.

Sezione *Diritto, Sicurezza e processi di vittimizzazione* (attiva dal 2011). *Coordinamento Scientifico*: Carlo Pennisi (Catania); Franco Prina (Torino); Annamaria Rufino (Napoli); Francesco Sidoti (L'Aquila). *Consiglio Scientifico*: Bruno Bertelli (Trento); Teresa Consoli (Catania); Maurizio Esposito (Cassino); Armando Saponaro (Bari); Chiara Scivoletto (Parma). *Responsabili Editoriali*: Andrea Antonilli e Susanna Vezzadini. *Comitato Editoriale*: Flavio Amadori; Christian Arnoldi; Michele Bonazzi; Rose Marie Callà; Teresa Carlone; Dafne Chitos; Gian Marco Cifaldi; Maria Teresa Gammone; Veronica Moretti; Annalisa Plava; Antonia Roberta Siino.

Sezione *Sociologia e storia della Croce Rossa* (attiva dal 2013). *Direttori*: Costantino Cipolla (Bologna) e Paolo Vanni (Firenze). *Consiglio Scientifico*: François Bugnion (*presidente* - CICR), Roger Durand (*presidente* - Société “Henry Dunant”), Giuseppe Armocida (Varese), Stefania Bartoloni (Roma III), Paolo Benvenuti (Roma III), Fabio Bertini (Firenze), Paola Binetti (Campus Bio-Medico, Roma), Ettore Calzolari (Roma I), Giovanni Cipriani (Firenze), Franco A. Fava (Torino), Carlo Focarelli (Perugia; LUISS), Edoardo Greppi (Torino), Gianni Iacovelli (Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria, Roma), Giuseppe Palasciano (Bari), Jean-François Pitteloud (già CICR), Alessandro Porro (Brescia), Duccio Vanni (Firenze), Giorgio Zanchin (Padova). *Comitato Editoriale*: Filippo Lombardi (coordinatore), Massimo Aliverti, Nico Bortoletto, Luca Bottero, Virginia Brayda, Carolina David, Antonella Del Chiaro, Renato Del Mastro, Gerardo Di Ruocco, Boris Dubini, Alberto Galazzetti, Livia Giuliano, Laura Grassi, Veronica Grillo, Riccardo Romeo Jasinski, Pier Francesco Liguori, Maurizio Menarini, Maria Enrica Monaco, Gianluigi Nava, Marisella Notarnicola, Marcello Giovanni Novello, Raimonda Ottaviani, Isabella Pascucci, Francesco Ranaldi, Piero Ridolfi, Anastasia Siena, Calogera Tavormina, Silvana Valcavi Menozzi. *Segreteria Scientifica*: Alberto Ardisson (responsabile), Alessandro Fabbri (responsabile), Barbara Baccarini, Elena Branca, Giovanni Cerino Badone, Emanuele Cerutti, Alessandro D'Angelo, Carmela Anna Esposito, Simona Galasi, Sara Moggi, Paola Sposetti.

La salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti

Una prospettiva transfrontaliera

a cura di

Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis

LABORATORIO SOCIOLOGICO



FRANCOANGELI

Ricerca empirica
ed intervento sociale

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università degli Studi di Trieste.

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Paola Sposetti

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione: INTEGRA e integrazione , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	pag.	7
A partire da Simmel e oltre: la sociologia dello straniero e le donne migranti , di <i>Giorgio Porcelli</i>	»	18
Salute riproduttiva nella società globale. Diritti e disuguaglianze , di <i>Lia Lombardi</i>	»	36
Il contrasto alla violenza contro le donne nel diritto comparato: profili costituzionali e criticità nell'attuazione della Convenzione di Istanbul , di <i>Serena Baladin</i>	»	53
Donne migranti e normalizzazione della violenza , di <i>Ignazia Bartholini</i>	»	63
La discriminazione istituzionale e la salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti , di <i>Mateja Sedmak e Zorana Medarić</i>	»	74
Conflitti di culture, diritti e tutela della salute nel contesto nazionale e internazionale , di <i>Davide Monego e Sara Tonolo</i>	»	94
I diritti e la conoscenza dei diritti da parte delle donne straniere , di <i>Teresa Tonchia</i>	»	106
Le donne straniere al confine orientale: un'analisi statistica delle principali caratteristiche socio-demografiche , di <i>Gabriele Blasutig, Blaž Lenarčič, Zorana Medarić, Mateja Sedmak e Moreno Zago</i>	»	113

Il percorso amministrativo per l'accesso alle cure di pazienti donne sprovviste d'iscrizione al Servizio sanitario nazionale , di <i>Barbara Fari</i>	pag.	134
Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo , di <i>Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis</i>	»	143
Analisi epidemiologica del trattamento ambulatoriale e ospedaliero di cittadine straniere nell'Ospedale di Postumia , di <i>Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak, Mirko Prosen, Sabina Ličen e Igor Karnjuš</i>	»	164
L'influenza della cultura patriarcale sulla salute sessuale e riproduttiva: una ricerca in ambito ospedaliero , di <i>Ornella Urpis</i>	»	172
Salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti e integrazione nella società in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Jana Čelhar, Jana Prosen e Martina Podobnik</i>	»	195
Uno sguardo antropologico alla salute delle donne migranti in area transfrontaliera , di <i>Roberta Altin e Veronica Saba</i>	»	214
Le prospettive dei lavoratori sanitari nel fornire assistenza alle donne migranti in Slovenia , di <i>Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš e Urška Bogataj</i>	»	228
Il lavoro in ospedale. Buone pratiche in campo sanitario , di <i>Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Laura Pomicino e Federica Scrimin</i>	»	241

Diagnosi, interventi e caratteristiche dei pazienti dell'ospedale Burlo Garofolo

di Giovanni Delli Zotti e Ornella Urpis*

1. Le caratteristiche della Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO)

Operare nell'ambito del progetto INTEGRA (Interreg Italia-Slovenia 2014-2020) ha offerto ai ricercatori l'opportunità di analizzare i dati sui ricoveri e le prestazioni ambulatoriali dell'ospedale materno-infantile IRCCS Burlo Garofolo di Trieste. Per quanto concerne i ricoveri, prima di procedere all'analisi, è opportuno illustrare alcune caratteristiche e criticità del database nel quale sono trascritte le informazioni contenute nella Scheda Dimissioni Ospedaliere (SDO). Nel seguito sono pertanto descritti i principali "campi" del tracciato dei file ricevuti dall'Ufficio per la gestione delle prestazioni sanitarie e Centro Unico di Prenotazione (CUP)¹, le aggregazioni di categorie e le nuove variabili derivate dalle informazioni originali.

Riguardo alla Divisione di dimissione, gli accorpamenti intervenuti nel 2014 sono stati applicati anche agli anni precedenti al fine della comparabilità dei dati. Per l'Italia il comune di nascita è stato categorizzato in aree (Trieste/Isontino/Resto FVG/Resto Italia), mentre per i nati all'estero si è conservata l'identità degli stati dai quali si registrano i più consistenti flussi di migranti, raggruppando gli altri in coerenti zone socio-politiche. Il luogo di nascita è stato anche dicotomizzato in "Italia/Estero" e analogamente si è proceduto con il campo "Cittadinanza".

Le variabili "stato civile", "istruzione" e "professione" si sono rivelate inutilizzabili perché per la maggior parte dei ricoveri l'informazione è assente. Si tratta di carenze poco comprensibili dal momento che le *Specifiche funzionali*

* Il lavoro è il frutto della collaborazione tra gli autori, ma ai fini di legge si precisa che i paragrafi 1 e 3 sono stati redatti da Giovanni Delli Zotti e i paragrafi 2 e 4 da Ornella Urpis (Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste).

¹ Gli Autori desiderano ringraziare Sandro Marigonda per la cordiale e competente collaborazione e l'Ospedale per aver messo a disposizione del progetto INTEGRA il database delle dimissioni negli ultimi 12 anni. Il lettore che ne fosse interessato potrà trovare nel sito di progetto del DiSPeS elaborazioni dei dati più dettagliate e aggiuntive rispetto a quanto consentito nell'economia del presente lavoro.

del Ministero della Sanità stabiliscono, e le più recenti disposizioni ribadiscono, l'obbligatorietà per il campo "istruzione", aggiunto alla scheda SDO con il D.M. 8 luglio 2010, n. 135, e del campo "stato civile", presente nella scheda SDO fin dalla sua introduzione con il Decreto 27 ottobre 2000, n. 380.

L'indisponibilità di queste informazioni nel data base per la grande maggioranza dei ricoveri non ha consentito di caratterizzare socialmente le donne ricoverate e di effettuare comparazioni con le analisi dei partner sloveni che hanno potuto disporre di informazioni complete riguardo a istruzione e stato civile delle pazienti. Queste carenze informative sono peraltro generalizzate, al punto che nel sito del Ministero della Salute la pagina che illustra caratteristiche e storia dell'introduzione della SDO si conclude con il paragrafo "*Limitazioni e cautele nell'utilizzo dei dati*" che segnala esplicitamente il problema: «la banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera, per quanto abbia un ricchissimo contenuto informativo e una copertura pressoché totale delle strutture ospedaliere italiane, ha comunque dei limiti e delle criticità nell'utilizzo, come ad esempio problemi di omogeneità della compilazione, problemi di completezza e accuratezza per alcune variabili (soprattutto nei primi anni) e variazione dei sistemi di classificazione nel corso degli anni»².

Tornando al tracciato della Scheda SDO, la data di dimissione è stata utilizzata per calcolare l'età alla dimissione. In un successivo campo è riportato il numero di giorni di degenza, seguito dai campi "Onere della degenza" (con scarsa variabilità, perché circa il 90% dei ricoveri è a carico del SSN) e "Ente debitore" (in grande maggioranza l'ASS di residenza).

In sei campi sono registrate in modo molto analitico le diagnosi che si sono poi aggregate in categorie identificate dalle prime tre cifre del codice e poi ulteriormente raggruppate nei 17 capitoli in cui è strutturata la *Classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM*³. In altri sei campi sono registrati gli interventi a cui è stato sottoposto il paziente, anch'essi poi aggregati in 17 categorie generali. In fase di elaborazione dei dati sono state create due variabili contando per ogni ricovero il numero di diagnosi e di interventi; sommando i due conteggi si ottiene un semplice indicatore di "complessità del ricovero" i cui valori possono variare da 1 (una sola diagnosi e nessun intervento) a 12 (tutti i campi "diagnosi" e "interventi" sono compilati).

In un successivo campo del database è riportato il "Codice DRG" (*Diagnosis Related Group*), seguito dal "Tipo di DRG" (Chirurgico/Medico/Non definito). I Codici DRG sono stati successivamente raggruppati all'interno delle MDC (*Major Diagnostic Category*).

² http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto. Il problema della corretta compilazione della scheda SDO è affrontato in questo volume nel capitolo di Barbara Fari.

³ <http://www.salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni2251allegato.pdf>. Usando gli stessi criteri sono state accorpate le diagnosi registrate utilizzando la *Classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie* (codici V).

Si segnala infine che le analisi del database hanno rilevato la frequente duplicazione di diagnosi simili all'interno della stessa scheda SDO imputabile all'attribuzione di un codice generale e di un codice più specifico alla stessa situazione diagnostica: un caso frequente è l'accoppiamento della diagnosi "650 - Parto normale" con "V270 - Parto semplice: nato vivo".

Altre anomalie riscontrate nei dati possono dipendere da errori nella registrazione delle informazioni o da una diversa applicazione dei criteri da parte della pluralità di operatori che contribuiscono alla compilazione delle schede SDO. Del resto, gli errori di compilazione sembrano davvero incidere in modo significativo sulla qualità delle informazioni, come si apprende dal più recente *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2017)*, nel capitolo "*Completezza e qualità della rilevazione SDO*" (Ministero della Salute, 2019)⁴.

2. L'analisi dei dati sui ricoveri

2.1. Caratteristiche generali dei pazienti e reparto di dimissione

L'ICCRS Burlo Garofolo di Trieste è un ospedale "materno-infantile" nel quale vengono ricoverati solo bambini (0-18 anni) e donne nei reparti di ostetricia e ginecologia le tabelle si riferiscono alle dimissioni dal 2006 al 2017. Le prime analisi si riferiscono all'intera casistica e altre, nel seguito, riguardano sottoinsiemi di ricoveri/pazienti di specifico interesse in questa sede⁵.

Nella tab. 1 le 142.402 dimissioni registrate in dodici anni (le schede SDO sono disponibili in formato elettronico dal 2006) sono suddivise per genere e fascia d'età. Quanto al genere, i ricoveri di femmine sono 91,360 (64,2%) e quelli di maschi 51,042 (35,8%). La prima classe d'età è "fino a 28 giorni" (20.833 ricoveri - 14,6%) e riguarda i minori ricoverati a Neonatologia; il secondo valore soglia è 18 anni e riguarda i minori ricoverati di norma a Pediatria (67.986 ricoveri, 47,7%). Si sono poi usati come soglia il compimento di 30 anni (i 18-29enni sono 14.230, 10,0%) e di 40 anni (i 30-39enni sono 32.622, pari al 22,9%); le donne di 40 anni e più sono 6.731 (4,7%). Nella terza colonna della tabella si nota innanzitutto che la maggior parte dei ricoveri ha interessato minorenni, perché in quasi il 15% dei casi si è trattato di neonati, ai quali si aggiunge quasi il 50% che non ha compiuto 18 anni, per un totale che supera il 60%. Tra i minorenni si registra una leggera prevalenza di maschi, mentre nelle fasce d'età successive non si dovrebbero re-

⁴ http://www.salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni_2651_allegato.pdf.

⁵ È opportuno precisare che i dati riguardanti le patologie sono semplicemente descritti, perché per la loro interpretazione sarebbero necessarie competenze diverse da quelle possedute dagli autori.

gistrare ricoveri di maschi, trattandosi di un ospedale materno-infantile: ciononostante, nei dodici anni si sono registrate quasi 1.500 dimissioni di maschi di età superiore a 18 anni. La presenza di questi ultimi tra i 18-29enni potrebbe essere spiegata dal fatto che i pazienti non avevano compiuto i 18 anni al momento del ricovero; non è invece spiegabile la presenza di maschi tra i trentenni e tra i pazienti che alla dimissione avevano compiuto 40 anni o più (si può trattare di errori quali quelli riscontrati a proposito della registrazione del livello di istruzione o dello stato civile)⁶.

Tab. 1 – Dimissioni dall'Ospedale Burlo Garofolo per fascia di età e genere

	<i>Totale</i>	<i>% Femmine</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
Fino a 28 giorni	20.833	48,0	21,2	10,9
29 giorni-17 anni	67.986	43,0	75,9	32,0
18-29 anni	14.230	92,3	2,2	14,4
30-39 anni	32.622	99,1	0,6	35,4
40 anni e più	6.731	98,8	0,2	7,3
Totale	142.402	64,2	100,0	100,0

Tab. 2 – Divisione di dimissione per cittadinanza (italiana/(straniera)

	<i>Totale</i>	<i>% Stran.</i>	<i>Italiana</i>	<i>Straniera</i>
Ostetricia	25.773	21,3	16,4	29,0
Ginecologia	24.714	17,0	16,6	22,2
Neonatologia	22.100	6,3	16,8	7,4
Pediatria	24.891	7,8	18,6	10,3
Altra divisione	44.924	13,1	31,6	31,1
Totale	142.402	13,3	100,0	100,0

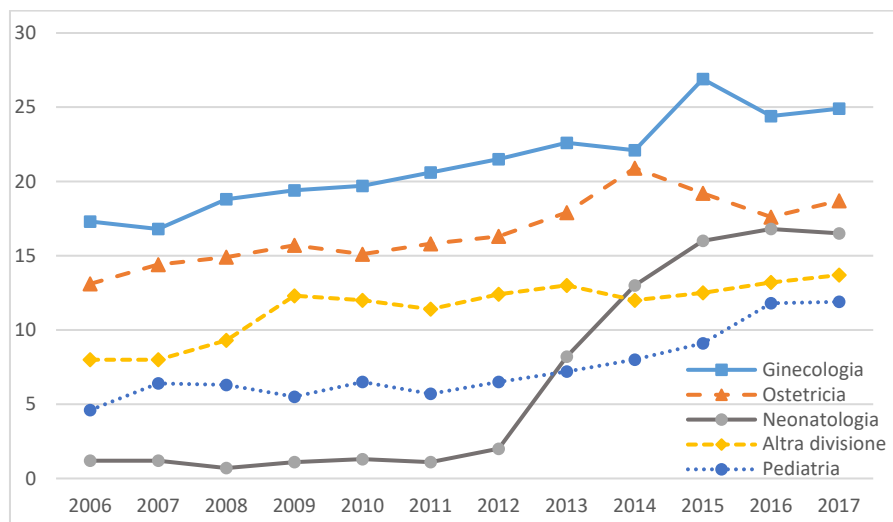
Nella tab. 2 la cittadinanza è dicotomizzata in italiana o straniera e la categorizzazione per reparto mantiene separate le divisioni di maggiore interesse in questa sede: sono dunque presenti Ostetricia, Ginecologia (compresi i ricoveri a Procreazione medicalmente assistita, passati dal 2015 al regime di prestazioni ambulatoriali). Sono poi mantenute autonome Neonatologia e Pediatria (compresi i ricoveri a Gastroenterologia pediatrica). La categoria residuale “altra divisione” comprende poco più del 30% dei ricoveri, mentre la quota di tutte le altre divisioni si colloca sotto il 20%, con il massimo a Ostetricia (18,1%) e il minimo a Neonatologia (15,5%).

Più interessanti per i nostri fini sono le percentuali di riga (nella parte sinistra della tabella) le quali mostrano che i ricoveri di stranieri incidono per il 13,3% sul totale con una ripartizione per reparto alquanto variabile: supera il 20% a Ostetricia e si arriva al 17% a Ginecologia, mentre la percentuale è molto più bassa a Pediatria (7,8%) e Neonatologia (6,3%).

⁶ Oltre alla prevalente assenza del dato, l'analisi ha mostrato numerosi errori di registrazione, rivelati da situazioni di palese incompatibilità (ad esempio, titoli di studio e condizioni di stato civile non congrue in relazione all'età del paziente).

L'incidenza di ricoveri di stranieri a Neonatologia e Pediatria può apparire sorprendentemente bassa, ma l'analisi longitudinale rivela che il dato complessivo occulta il fatto che la percentuale di bambini stranieri ricoverati a Neonatologia (limitata a 1/2% nei primi anni), cresce a partire dal 2013 in modo esponenziale (8%, rispetto al 2% dell'anno precedente), per arrivare all'attuale 16/17%. Con incrementi meno clamorosi, ma costanti, anche i ricoveri di bambini stranieri a Pediatria crescono da 5/6% a 12/13% (fig. 1).

Fig. 1 – Incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri per reparto e per anno



Il totale dei ricoveri è gradualmente diminuito da oltre 12.000 a circa 10.500 all'anno, anche se si deve tenere conto che oltre 400 ricoveri nella divisione PMA negli ultimi anni sono registrati come prestazioni ambulatoriali. La diminuzione è comunque dovuta al calo dell'utenza italiana, perché i ricoveri di stranieri aumentano invece da 1.400/500 nei primi anni agli attuali 1.800 circa; di conseguenza, la percentuale di stranieri nel complesso passa da circa 10% a più del 17%.

I valori assoluti (qui non riportati) sono interessanti anche per osservare che l'aumento di bambini stranieri a Neonatologia e Pediatria non è sufficiente a mantenere l'equilibrio demografico nella popolazione: 250 neonati stranieri in più non bastano infatti a compensare circa 500 bambini italiani in meno (i ricoveri multipli a Neonatologia nello stesso anno sono improbabili e dunque i ricoveri sostanzialmente corrispondono al numero di neonati).

La più elevata incidenza di ricoveri di pazienti straniera si registra attualmente a Ostetricia (da 19% a oltre 25%), ed è sopra la media anche a Ginecologia; la crescita a Neonatologia e Pediatria porterà però in pochi anni a un allineamento, come sta accadendo anche nell'insieme degli altri reparti, dove

i ricoveri di stranieri crescono complessivamente di circa il 5%. Una conferma di queste tendenze, e che il fenomeno migratorio si sta dunque “consolidando”, si ricava anche dall’aumento dell’incidenza di donne straniere tra le 30-39enni e tra quelle che hanno 40 o più anni.

2.2. Cittadinanza, paese di nascita e residenza

La suddivisione dei pazienti sulla base della cittadinanza è rilevante per diversi aspetti, quali il diritto all’assistenza sanitaria che, peraltro, in Italia è garantito a tutti. Non è così in Slovenia dove i pazienti stranieri, se non sono lavoratori o coniugati con un titolare di pieni diritti all’assistenza, possono contare solo sull’assistenza emergenziale. Se per il diritto all’assistenza è rilevante la cittadinanza (anche se non “necessariamente”), per altri aspetti è più utile tenere conto del luogo di nascita. Nascere in un determinato luogo può infatti comportare l’appartenenza a una cultura e risiedere in un ambiente che può influenzare significativamente la salute sessuale e riproduttiva. Non si può però generalizzare, perché alcune culture sono simili a quella italiana (o occidentale) e alcuni paesi possono essere molto simili all’Italia dal punto di vista “ambientale” (reddito, salubrità, abitudini e risorse alimentari, assistenza sanitaria, ecc.). Inoltre, l’“effetto territorio” può essere mitigato dalla cultura di appartenenza, che può essere influenzata se si risiede in un paese diverso da quello d’origine. In pratica, un italiano nato all’estero condivide l’appartenenza culturale con chi è nato in Italia, ma la sua salute può essere influenzata se nasce in un paese che presenta situazioni di particolare criticità. Per converso, uno straniero nato in Italia condivide l’ambiente in cui cresce con gli italiani e ciò può essere rilevante da tutti i punti di vista (se appartiene a una comunità non troppo refrattaria alla contaminazione culturale).

In pratica, può essere opportuno distinguere tra italiani nati in Italia e all’estero e stranieri nati all’estero o in Italia articolando, per alcune finalità, le provenienze dall’estero perché l’Italia è una sola (pur con qualche significativa differenziazione interna), mentre i paesi stranieri sono anche molto diversi tra loro.

Tab. 3 – Cittadinanza e luogo di nascita per periodo

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17		Donne età feconda	
Italiani nati in Italia	85,4	83,3	79,9	83,0	118.129	74,8	36.867
Italiani nati all'estero	3,9	3,8	3,7	3,8	5.368	5,4	2.677
Stranieri nati in Italia	2,0	3,2	6,0	3,6	5.186	,2	95
Stranieri nati all'estero	8,7	9,8	10,5	9,6	13.719	19,6	9.675
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	142.402	100,0	49.314

La tab. 3 evidenzia, come era prevedibile, che in maggior parte i ricoverati sono italiani nati in Italia (83%); gli italiani nati all’estero sono il 3,8%, gli

stranieri nati in Italia il 3,6% e quelli nati all'estero quasi il 10%. Come si è notato analizzando i ricoveri per reparto, le situazioni in rapida evoluzione rischiano di essere occultate considerando solo i dati complessivi; si sono pertanto aggregati i ricoveri in periodi quadriennali e in tal modo diventa evidente il fenomeno più appariscente: la triplicazione della quota di stranieri/e nati/e in Italia. I valori in tabella consentono inoltre di calcolare facilmente che nel complesso solo il 4,4% dei pazienti di cittadinanza italiana è nato all'estero, mentre più di un quarto degli stranieri (27,3%) ricoverati al Burlo è nato in Italia (oltre un terzo, se si considera solo l'ultimo periodo).

I dati visti fin qui si riferiscono all'intera casistica ma, per renderla più omogenea e rispondente alle finalità del presente lavoro, che riguarda principalmente la salute sessuale delle donne migranti, si è deciso di concentrare il seguito dell'analisi ai ricoveri di donne in "età feconda" (14-43enni); un sottoinsieme pari a poco più di un terzo del totale. Come si nota nella parte destra della tab. 3, tra le donne in età feconda è inferiore di quasi dieci punti la quota di ricoveri di italiane nate in Italia e più alta (esattamente di dieci punti) quella delle straniere nate all'estero. Le situazioni "ibride" si riducono a meno del 6% e, visto che è marginale la quota di straniere nate in Italia, si tratta quasi esclusivamente di nate all'estero, italiane per "*ius sanguinis*", matrimonio, residenza o altro motivo che consente l'acquisizione della cittadinanza italiana.

Tab. 4 – Percentuale di stranieri nati in Italia e italiani nati all'estero per anno

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17		Donne età feconda	
<i>Nati in Italia di cittadinanza straniera</i>							
Trieste	1,8	3,2	8,3	4,2	2.736	0,2	54
Isontino	3,8	6,9	10,0	6,8	542	-	
Resto Friuli VG	5,0	6,3	7,0	6,1	1.457	0,1	5
Resto Italia	0,9	1,5	2,9	1,7	451	0,4	36
<i>Nati all'estero di cittadinanza italiana</i>							
Europa Occidentale	55,1	49,7	43,4	49,8	932	42,4	492
Slovenia	84,7	79,1	83,5	82,4	665	56,9	149
Croazia	53,5	53,2	55,8	54,1	487	22,5	85
Romania	8,6	7,8	6,3	7,5	154	6,5	103
Serbia Montenegro	20,4	24,3	27,4	23,6	759	22,1	533
Albania	16,4	14,2	19,4	16,9	211	22,5	138
Resto Balcani	4,1	6,3	3,3	4,6	74	4,8	13
Ex-Urss	25,4	28,0	25,5	26,3	432	5,8	10
America Latina	43,9	47,1	49,6	47,0	833	18,6	173
USA Australia	76,1	61,0	50,0	63,4	189	45,0	586
Marocco	6,4	15,8	15,2	13,1	38	67,2	92
Africa Islamica	10,9	8,4	12,1	10,3	59	8,4	63
Resto Africa	21,7	27,1	22,3	23,8	212	14,3	72
Turchia	7,5	16,3	9,3	12,1	25	9,5	16
Asia Islamica	17,3	17,8	6,1	10,8	44	9,9	22
Cina	1,6	0,7	7,8	3,1	15	1,4	6
Bangladesh	0,0	1,7	1,9	1,6	5	1,7	4
Resto Asia	39,1	40,0	44,7	41,2	206	34,3	106

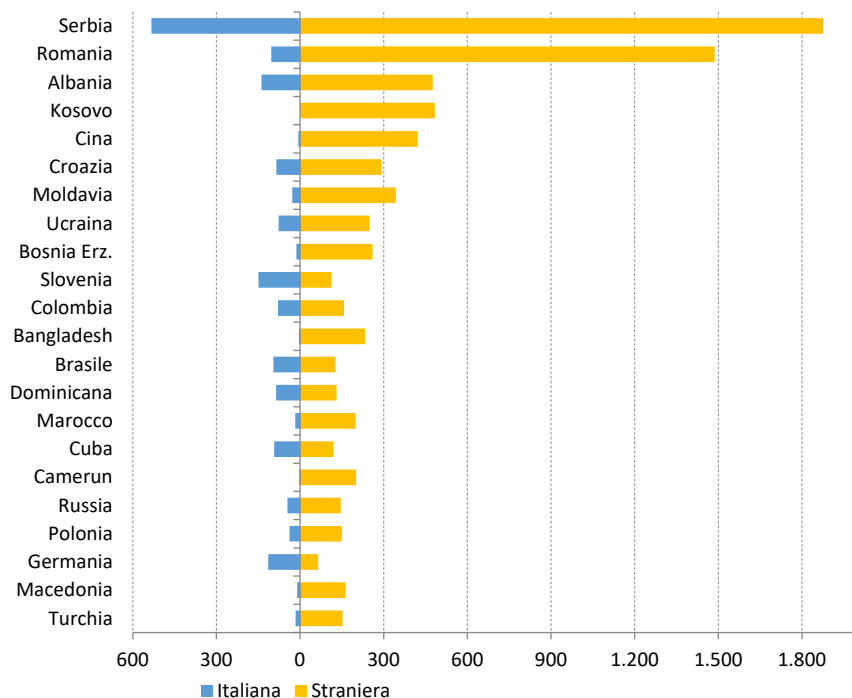
L'analisi per luogo di nascita mostra che poco meno del 50% è nato a Trieste, il che non è sorprendente perché l'Ospedale ha sede a Trieste e sono molti numerosi i ricoveri a Neonatologia e Pediatria. Più interessante è notare che tra i nati a Trieste gli/le stranieri/e passano da 1,8% a 8,3%, con valori un po' più alti nell'Isontino e più bassi nel resto del Friuli-VG e nelle altre regioni, dove non si raggiunge il 3% nell'ultimo periodo, segno che gli stranieri sono meno inclini al c.d. "turismo sanitario" (tab. 4).

È poi interessante osservare che sono italiani/e il 50% dei nati in Europa occidentale, l'80% dei nati in Slovenia e gli italiani nati in Croazia crescono nel periodo da oltre il 50% a circa due terzi. Sono (diventati) italiani circa il 20% dei nati in Serbia, Albania, Ex-Unione Sovietica, Africa Islamica e resto dell'Africa, con qualche oscillazione dovuta al fatto che l'attribuzione della cittadinanza agli immigrati è proceduta a "ondate". Nelle altre aree o paesi la percentuale di cittadini italiani è molto più bassa e solo in alcuni casi raggiunge il 10% negli ultimi anni (Balceni, Turchia, Cina). Secondo il paese, sono figli/e di matrimoni misti, stranieri/e che hanno ottenuto la cittadinanza italiana o figli/e di italiani residenti all'estero (in particolare nelle Americhe e in Australia, dove gli italiani superano il 60%). Osservando anche in questo caso le colonne sulla destra, che si riferiscono ai soli ricoveri di donne in età feconda, si nota innanzitutto la sparizione o quasi delle straniere nate in Italia. Quanto alla situazione inversa (italiane nate all'estero), gli scostamenti più evidenti sono la diminuzione di circa 30 punti delle italiane nate in Slovenia, Croazia e America Latina e, su livelli più bassi, in ex-Urss e Usa-Australia (20 punti in meno), nel resto dell'Africa e nel resto dell'Asia (meno di 10 punti). Al contrario, crescono in termini relativi le quote di (ora) italiane nate in Albania ma, più di tutto, di quelle che sono nate in Marocco (si tratta peraltro di una casistica alquanto limitata).

La fig. 2, dove sono rappresentati i paesi che contano fino a 150 ricoveri nel periodo 2006-2017, mostra che le provenienze da paesi non finora citati sono poco numerose, se si tiene conto che i dati si riferiscono a ricoveri nell'arco di 12 anni. Utilizzando le percentuali si perderebbe l'informazione relativa alla consistenza numerica dei diversi gruppi e pertanto le presenze sono rappresentate in valore assoluto. In tal modo la lunghezza complessiva delle barre consente di apprezzare la numerosità e la contrapposizione dei segmenti di individuare i paesi dove i cittadini italiani (o divenuti tali) sono una presenza nulla o marginale (Kosovo, Cina, Bosnia, Bangladesh, Camerun e Macedonia) o, invece, significativa o prevalente (Serbia, Slovenia, Germania, Brasile, Repubblica Dominicana e Cuba). Il grafico consente anche di notare la maggiore proporzione di italiane nate in Serbia, rispetto alla Romania. Si tratta evidentemente di italiane "diventate", vista la scarsa o nulla emigrazione italiana verso quei paesi, e la differenza può dipendere dal fatto che le rumene sono comunque cittadine europee. Nel caso della Germania la

numerosità è molto più bassa e probabilmente le italiane sono in maggioranza nate in famiglie di italiani emigrati e residenti in quel Paese.

Fig. 2 – Nati all'estero 2006-2017 per cittadinanza (italiana/straniera)



Tab. 5 – Paese/zona di nascita dei pazienti stranieri per periodo

	2006-09	2010-13	2014-17	2006-17	
Trieste	8,0	11,2	21,9	14,5	2.736
Resto Italia	10,8	13,2	14,3	13,0	2.450
Europa Occidentale	10,2	8,5	6,3	8,1	1.529
Romania	9,8	11,5	9,0	10,1	1.900
Serbia Montenegro	19,0	12,8	8,9	13,0	2.452
Albania	6,6	4,9	5,2	5,5	1.040
Resto Balcani	6,3	9,4	8,1	8,0	1.521
Ex-Urss	6,6	6,2	5,9	6,2	1.173
Americhe e Oceania	6,5	5,6	4,9	5,6	1.050
Africa Islamica	5,1	5,4	4,2	4,9	919
Resto Africa	3,3	3,1	2,1	2,8	524
Asia islamica	1,9	2,3	4,1	2,9	543
Resto Asia	6,1	5,9	5,1	5,6	1.068
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	18.905

Tornando all'analisi per periodo di dimissione, la tab. 5 rappresentata la ripartizione dei ricoveri dei soli pazienti stranieri secondo il paese/zona di nascita (con qualche ulteriore aggregazione rispetto alla tab. 4). I dati mostrano, come sopra anticipato, che, a partire da meno del 20%, negli ultimi anni la quota di stranieri nati a Trieste e nel resto d'Italia è ormai oltre il 35% (raggiunge quasi il 40% nel 2017). Di conseguenza, calano le quote di stranieri nati all'estero, in particolare in Serbia (da quasi il 20% a meno del 9%).

Osservando i totali in fondo alla tab. 6 si nota che in grande maggioranza (82,9%) sono stati ricoverati pazienti residenti in FVG (57,1% a Trieste e 25,8% nel resto della Regione), cui si aggiunge il 14,5% che risiede nel resto d'Italia (poco meno del 10% in Veneto). Solo il 2,6% dei pazienti è residente all'estero (2,6%), ma questa percentuale oscura differenze rilevanti tra i pazienti italiani che risiedono all'estero (come è lecito attendersi solo 0,3% dei casi) e i pazienti stranieri, tra i quali la quota di residenti all'estero non è per nulla trascurabile.

Tab. 6 – Cittadinanza dei pazienti per residenza

	<i>Regione FVG</i>	<i>Resto Italia</i>	<i>Paese di cittadinanza</i>	<i>Altro estero</i>	<i>Non rilevata</i>	<i>Totale</i>
Italia	83,5	16,1	-	0,3	0,0	123.497
Resto EU	75,4	3,0	18,5	2,7	0,3	1.038
Slovenia	70,8	2,3	25,7	1,2	0,0	171
Croazia	78,8	1,4	18,8	0,0	1,1	664
Romania	81,5	4,3	12,1	0,1	2,0	2.696
Serbia Montenegro	86,0	0,7	10,8	0,9	1,5	3.281
Albania	63,9	5,6	30,0	0,4	0,1	1.712
Kossovo	77,2	1,8	18,4	2,2	0,3	1.210
Bosnia Erzegovina	87,3	2,2	9,0	0,0	1,5	457
Macedonia	83,6	7,4	9,0	0,0	0,0	580
Ex-Urss	66,9	2,4	28,8	0,6	1,2	1.231
America Latina	76,9	6,1	15,6	0,4	1,0	987
USA Australia	46,2	1,3	50,0	1,3	1,3	158
Marocco	86,8	10,2	2,4	0,4	0,2	463
Africa Islamica	78,8	6,2	13,2	1,2	0,5	1.096
Resto Africa	86,4	1,4	11,5	0,1	0,6	722
Turchia	90,9	1,1	8,0	0,0	0,0	275
Asia Islamica	63,3	4,2	31,9	0,6	0,0	474
Cina	85,9	6,1	7,2	0,7	0,1	707
Bangladesh	90,5	4,4	4,8	0,0	0,3	608
Resto Asia	83,5	5,3	9,6	0,3	1,3	375
Totale	82,9	14,5	2,1	0,4	0,1	142.402

La situazione è alquanto variabile e, a conferma che si tratta di presenze sul territorio occasionali o transitoria, si vede (tab. 6) che mantengono la residenza nel proprio paese metà dei cittadini del Nord America o Australia. Percentuali assai elevate si registrano anche per albanesi, cittadini di paesi dell'ex-Urss e di paesi dell'Asia islamica (intorno al 30%). Si può parlare di “transfrontalierato sanitario” per più di un quarto di cittadini sloveni e quasi

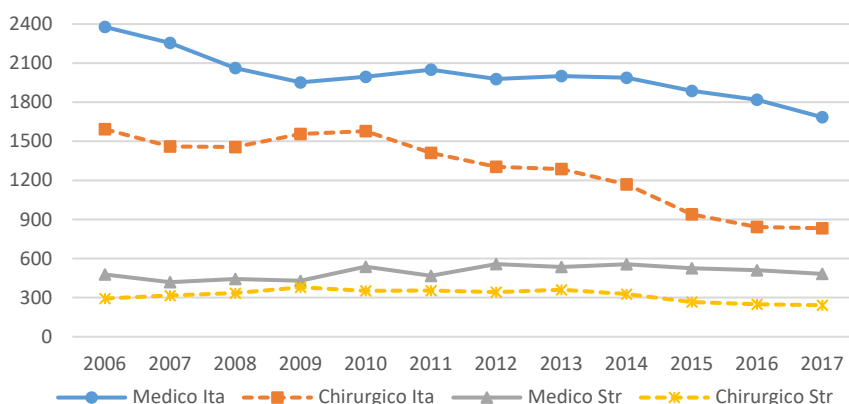
un quinto di croati. Percentuali significative si registrano anche per cittadini provenienti da paesi più lontani geograficamente e in questo caso si può trattare (almeno in parte) di immigrazione recente che non ha trovato ancora uno stabile inserimento in Italia.

Anche se per la maggior parte dei pazienti l'ASS di afferenza indica in linea di massima su chi ricade la spesa, l'esame della distribuzione della variabile "onere della degenza" mostra che in oltre il 98% dei casi ricade sul Sistema Sanitario Nazionale. Per un residuale 1% ricade sul paziente e per meno dell'1% si tratta di pazienti supportati dal paese di provenienza (convenzionato con il SSN) e, per la maggior parte, sostenuti dal SSN perché indigenti.

2.3. Diagnosi e interventi

Limitandoci ai ricoveri di donne in età feconda, passiamo ora all'analisi delle diagnosi secondo il sistema di classificazione DRG (*diagnosis-related-group*), a partire dal raggruppamento sintetico in DRG chirurgici (circa il 40%) e medici (poco più del 60%), con un'incidenza di pazienti straniere che in entrambi i casi è pari al 20% nell'intero periodo. La quota di cittadine straniere mostra una significativa crescita nel tempo, analoga a quella evidenziata dalle linee che rappresentano nella fig. 1 i ricoveri a Ginecologia e Ostetricia (dove le pazienti sono prevalentemente in età feconda): per entrambi i DRG, con minime oscillazioni, la quota di stranieri passa infatti da circa 15% nel 2006 a 22% nel 2017. Nella fig. 3 i ricoveri sono rappresentati in valore assoluto, per mostrare come l'incremento sia tale solo in termini relativi, perché i ricoveri di paziente straniera si mantengono su un livello pressoché costante, mentre calano notevolmente i ricoveri di donne italiane.

Fig. 3 – Ricoveri di donne in età feconda per tipo di DRG e cittadinanza (val. assoluti)



Prima di mostrare in maggiore dettaglio i motivi dei ricoveri, notiamo che il modesto maggior costo medio dei ricoveri di donne straniere si riduce nel tempo, invertendosi nell'ultimo periodo, mentre la durata media del ricovero è leggermente superiore per le pazienti straniere, ma la differenza si riduce a causa del leggero aumento della durata dei ricoveri delle pazienti italiane (tab. 7). Segnaliamo infine che, mentre i ricoveri per DRG di tipo medico hanno un costo medio che si aggira su 1.800 euro, il DRG di tipo chirurgico hanno un costo medio che sfiora i 3.000, pur in presenza di una durata media in entrambi i casi di poco superiore a 3 giorni.

Tab. 7 – Giorni di degenza e costo medio per cittadinanza (Italiana/straniera)

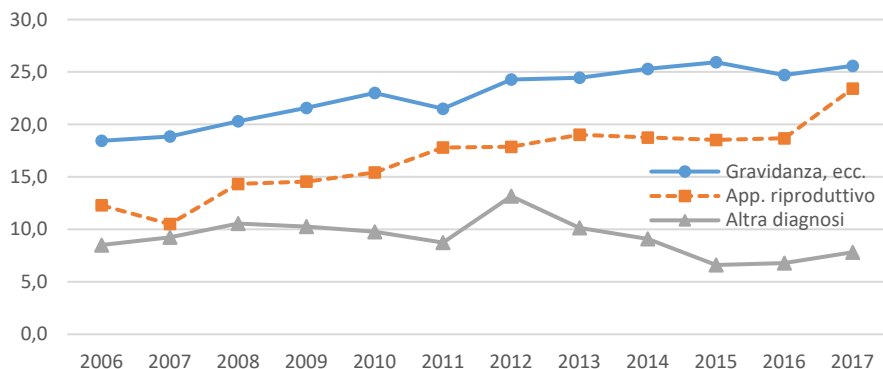
		2006-09	2010-13	2014-17	2006-17	
Giorni di degenza	Italiana	2.83	2.97	3.07	2.95	39.544
	Straniera	3.30	3.22	3.25	3.25	9.770
Importo della degenza	Italiana	2.116	2.292	2.179	2.195	39.544
	Straniera	2.227	2.308	2.124	2.223	9.770

Entrando nel merito delle categorie di diagnosi principali (MDC), la tab. 8 mostra, tra le categorie di maggiore interesse per i ricoveri di donne in età feconda, che “gravidanza, parto e puerperio” conta nel complesso per il 71%; il resto è quasi equamente ripartito tra le diagnosi riguardanti l’“apparato riproduttivo femminile” e l’insieme delle altre diagnosi (tab. 8). Nella categoria principale si nota una notevole divaricazione: tra le pazienti straniere i ricoveri per gravidanza pesano per l’81%, percentuale che si riduce al 68,5% per le pazienti italiane. La quota residuale di poco più del 30% nel caso delle italiane è quasi equamente ripartita tra malattie dell’apparato riproduttivo e altri tipi di diagnosi; la quota di meno del 20% che residua per le pazienti straniere è invece ripartita asimmetricamente con una netta prevalenza (12,5) dei ricoveri per malattie dell’apparato riproduttivo sui ricoveri per altri tipi di diagnosi (6,5%). Usando le percentuali per riga (ponendo cioè uguale a 100 il tipo di diagnosi), si nota analogamente che l’incidenza delle straniere (nel complesso poco meno del 20%) è pari al 22,6% per le gravidanze, scende al 16,3% tra i ricoveri per malattie dell’apparato riproduttivo e si contrae a meno del 10% nel resto delle diagnosi.

Tab. 8 – MDC selezionati per cittadinanza (Italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Gravidanza, parto e puerperio	34.991	22,6	68,5	81,0
Apparato riproduttivo femminile	7.492	16,3	15,9	12,5
Altra o non codificata	6.831	9,3	15,7	6,5
Totale	49.314	19,8	39.544	9.770

Fig. 4 – Incidenza donne straniere in età feconda per MDC e cittadinanza



Anche la fig. 4, che rappresenta l'incidenza delle pazienti straniere sui ricoveri, mostra che il dato generale può occultare, almeno in parte, un fenomeno in netta evoluzione. L'incidenza delle straniere tra i ricoveri per gravidanza è infatti pari al 22,6% nell'intero periodo, ma si passa da 18,4% nel 2006 all'attuale 25,6%. Ancor più netto è l'aumento tra i ricoveri per malattie dell'apparato riproduttivo, dove si passa da meno del 15% a quasi il 20% negli ultimi anni, con un netto incremento al 23,4% nel 2017. Nel frattempo, l'incidenza delle donne straniere tra le "altre diagnosi" rimane sostanzialmente stabile, con una tendenza alla riduzione.

Esaminando in maggiore dettaglio l'articolazione per DRG (Diagnosis Related Group) delle MDC (Major Diagnostic Category) più rilevanti ai fini del presente lavoro, notiamo che, tra le patologie dell'apparato riproduttivo, l'incidenza delle pazienti straniere è più elevata della media nel caso di infezioni (28,4%), laparoscopia (25,2%) e disturbi mestruali (20,0%) (tab. 9).

Tab. 9 – DRG – Apparato riproduttivo femminile per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Interventi su utero e annessi	5.197	15,1	70,4	64,2
Interventi su vagina, cervice e vulva	328	17,1	4,3	4,6
Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	135	25,2	1,6	2,8
Occlusione endoscopica delle tube	180	12,8	2,5	1,9
Interventi per neoplasie maligne	663	16,9	8,8	9,2
Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	176	28,4	2,0	4,1
Disturbi mestruali e altri dell'apparato riproduttivo	813	20,0	10,4	13,3
Totale	7.492	16,3	100,0	100,0

Nell'ambito dei ricoveri per "gravidanza, parto e puerperio", dove l'incidenza delle pazienti straniere è in generale del 22,5%, si nota un'incidenza ancor più elevata per tutti i tipi di aborto (in particolare quelli con dilatazione e raschiamento), per le minacce di aborto e i falsi travagli. Tra i parti, sia cesarei che vaginali, l'incidenza delle donne straniere è maggiore nei casi in

cui siano presenti complicanze e/o comorbidità (CC)⁷. Analoga differenza si nota riguardo alle “altre diagnosi preparto”, per le quali si registra una maggiore incidenza di straniere in caso di presenza di complicazioni mediche.

Tab. 10 – DRG - Gravidanza, parto e puerperio per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Parto cesareo con CC	648	24,4	1,8	2,0
Parto cesareo senza CC	3.788	19,8	11,2	9,5
Parto vaginale con CC	614	23,1	1,7	1,8
Parto vaginale senza CC	14.373	20,6	42,1	37,4
Parto vaginale con sterilizzazione e/o altro	342	22,5	1,0	1,0
Parto vaginale con altro intervento	24	29,2	0,1	0,1
Postparto e postaborto senza intervento chirurgico	298	24,5	0,8	0,9
Postparto e postaborto con intervento chirurgico	150	16,0	0,5	0,3
Gravidanza ectopica	315	19,7	0,9	0,8
Minaccia di aborto	893	24,9	2,5	2,8
Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.658	23,0	4,7	4,8
Aborto con dilatazione e raschiamento	6.253	26,5	17,0	20,9
Falso travaglio	422	24,9	1,2	1,3
Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	2.635	28,7	6,9	9,5
Altre diagnosi preparto senza complicaz. mediche	2.578	20,9	7,5	6,8
Totale	34.991	22,6	100,0	100,0

Tab. 11 – DRG – Ricoverati in neonatologia per cittadinanza (italiana/straniera)

	Totale	% Stran.	Italiana	Straniera
Neonati morti o trasferiti a strutture assist. acuti	59	10,2	0,3	0,5
Gravemente immaturi o distress respiratorio	256	8,2	1,2	1,7
Prematurità con affezioni maggiori	950	9,1	4,5	6,9
Prematurità senza affezioni maggiori	623	8,0	3,0	4,0
Neonati a termine con affezioni maggiori	1.748	7,4	8,4	10,4
Neonati con altre affezioni significative	2.162	10,0	10,0	17,4
Neonato normale	14.827	5,0	72,7	59,1
Totale	20.625	6,0	100,0	100,0

Per concludere quest’analisi dei ricoveri è utile esaminare anche la categoria MDC “periodo neonatale” che non riguarda ovviamente le donne in età fertile, ma i loro figli ricoverati a Neonatologia. I dati della tab. 11 mostrano in modo inequivocabile la maggiore criticità delle nascite nel caso degli stranieri, anche solo osservando che l’incidenza dei neonati figli di donne straniere (6% nell’intero periodo) è inferiore (5%) nella DRG “neonato normale”. In tutti gli altri casi è invece superiore, con un’incidenza ancor più elevata nel caso dei “neonati con altre affezioni significative”, tra i prematuri

⁷ La sigla CC (Complicazioni e Comorbidità) indica “l’insieme di condizioni cliniche, determinate in modo specifico per ciascuna diagnosi principale, insorte rispettivamente, durante il ricovero o in precedenza ad esso e che prolungano la durata della degenza di almeno un giorno nel 75% dei casi” ([http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano &id=3669&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3669&area=ricoveriOspedali&menu=vuoto)).

e anche tra i gravemente immaturi. Detto altrimenti, le percentuali per colonna nella parte destra della tabella mostrano che sono classificati come normali quasi i tre quarti dei parti delle donne italiane e solo meno del 60% dei parti delle donne straniere.

3. Dai ricoveri ai pazienti

Per stimare la numerosità e il tipo di utenza che accede a una struttura ospedaliera è necessario passare dai dati esaminati finora, nei quali l'unità di analisi è il ricovero, a un database nel quale l'unità di analisi è il paziente. Per realizzare il nuovo database è necessario scegliere un codice che consenta di identificare univocamente i pazienti e si deve poi decidere quali altre informazioni associare a ognuno dei casi. La procedura non presenta problemi per le caratteristiche dei pazienti che rimangono stabili, che sono però ben poco numerose, visto che tra un ricovero e l'altro rimangono in pratica immutati solo il luogo e la data di nascita. Il problema non si pone se il paziente è stato ricoverato una sola volta, ma in caso di ricoveri multipli possono mutare cittadinanza, residenza, stato civile e, ovviamente, reparto di dimissione, diagnosi, interventi, ecc. In tali casi si deve ad esempio decidere se registrare la cittadinanza al primo o all'ultimo ricovero, ma può essere consigliabile registrare entrambe perché, confrontando le due situazioni, si può ottenere un'utile informazione aggiuntiva (l'eventuale cambio di cittadinanza).

Prendendo in considerazione la divisione di dimissione all'ultimo ricovero (in caso di ricoveri multipli), procedendo all'aggregazione si vede che i 142.402 ricoveri si riferiscono a 83.043 pazienti che sono stati ricoverati in media poco meno di due volte nell'arco dei 12 anni. Se si devono però analizzare i dati in prospettiva longitudinale, insorge un problema non banale: se un paziente è "assegnato" all'anno dell'ultima dimissione, i suoi eventuali ricoveri precedenti non verrebbe considerato. Usando invece la divisione di dimissione al primo ricovero il problema permarrrebbe, ma i pazienti si ridimensionerebbero negli ultimi anni, mentre nel primo anno il loro numero sarebbe simile a quello dei ricoveri (un po' minore, perché un paziente ricoverato più volte nello stesso anno verrebbe conteggiato una volta sola)⁸.

È dunque ragionevole conteggiare il paziente una volta sola se ricoverato più volte nello stesso anno, ma considerarlo nuovamente se ricoverato in un anno diverso. In questo modo si ridimensiona anche il problema del cambiamento delle caratteristiche del paziente: ad esempio, l'età aumenta al massimo di un anno. Inoltre, mentre aggregare i ricoveri effettuati in 12 anni non

⁸ Operando su un arco temporale più esteso il problema diventerebbe ancor più paradossale, dovendo ad esempio decidere se classificare una paziente come neonata o, diversi anni più tardi, come donna ricoverata per partorire.

ha giustificazioni pratiche o “teoriche”, la periodizzazione anno per anno è supportata dal Ministero della Salute che la utilizza per il “*Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero*”⁹. Del resto, le strutture ospedaliere, come la maggior parte delle istituzioni, usano l’anno come unità temporale per allocare le risorse, rendicontare le attività, ecc.

Operando in questo modo si ottengono i dati della tab. 12, dalla quale si nota che gli 83.043 pazienti unici dell’aggregazione nell’arco dei 12 anni diventano 117.690 pazienti (non unici) nell’aggregazione anno per anno. La tabella poi mostra, analogamente a quanto si è visto usando come unità di analisi il ricovero, che l’incidenza degli stranieri, nel complesso del 12,3%, arriva al 16,6% a Ginecologia e a quasi il 21% a Ostetricia. Guardando alle percentuali per colonna si vede che poco meno del 30% delle pazienti straniere è stato ricoverato a Ostetricia, percentuale che quasi si dimezza per le italiane.

Tab. 12 – Divisione di dimissione con re-immissione dei pazienti anno per anno

	<i>Totale</i>	<i>% Stran.</i>	<i>Italiana</i>	<i>Straniera</i>
Ostetricia	20.244	20,8	15,5	29,2
Ginecologia	20.975	16,6	16,9	24,1
Neonatologia	21.353	6,0	19,4	8,9
Pediatria	19.826	7,2	17,8	9,8
Altra divisione	35.292	11,5	30,3	28,0
Totale	117.690	12,3	103.226	14.464

Passando dai ricoveri ai pazienti, un’informazione che non presenta ambiguità di interpretazione è il numero di ricoveri collezionati dal paziente nel periodo usato per l’aggregazione. Ovviamente, il numero medio di ricoveri (poco meno di due nei 12 anni) scende se l’accorpamento è fatto anno per anno e si conferma una piccola divaricazione tra pazienti italiani (1,2) e stranieri (1,3). Anche il numero medio di diagnosi è più elevato per i pazienti stranieri (2,1) rispetto agli italiani (1,9) e il numero medio di interventi (3,1), rispetto a quello degli italiani (2,7). Di conseguenza, per gli stranieri è più elevato anche il numero medio di giorni di degenza (5,0), rispetto a quello degli italiani (3,7).

In prospettiva longitudinale, il numero medio di ricoveri nell’anno tende a scendere per entrambi i gruppi (permanendo una leggera divaricazione). Il numero di diagnosi sale per entrambi, ma un po’ meno per gli stranieri. Al contrario, scende il numero medio di interventi e questo calo sembra strutturale, perché condiviso da entrambi i gruppi. Il numero medio di giorni di degenza, pur con qualche oscillazione, rimane sostanzialmente stabile.

⁹ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Assistenza,%20ospedale%20e%20territorio&area=ricoveriOspedalieri.

4. Le prestazioni ambulatoriali dei pazienti stranieri

Anche nel caso delle prestazioni ambulatoriali l'unità di analisi utilizzata è la prestazione e non il paziente, che spesso è ricorso ai servizi più volte in ognuno degli anni considerati. Visto che le prestazioni ambulatoriali sono molto più numerose dei ricoveri, si è deciso di limitare l'analisi alle prestazioni erogate ai soli pazienti stranieri in un più ristretto arco temporale (4 anni). L'analisi della casistica completa mostra che nel 2017 le prestazioni salgono a oltre 40mila, mentre nei tre anni precedenti erano stabilizzate intorno a 33/34mila, e ciò può essere dovuto alla riclassificazione di prestazioni registrate in precedenza come ricoveri in day hospital o day surgery. Le prestazioni ambulatoriali erogate ai maschi salgono da meno del 20% a 35% nel 2017, con una notevole accelerazione nell'ultimo anno. Il mutamento è conseguenza dell'incremento dei ricoveri a Neonatologia e Pediatria: i bambini, che comprendono quote pressoché paritarie di maschi e femmine, dopo il ricovero continuano a essere assistiti ambulatorialmente dalla struttura.

Tab. 13 – Paese o area di cittadinanza

	2014	2015	2016	2017
Europa occidentale	8,4	9,6	8,5	7,1
Slovenia	2,6	2,6	2,1	1,6
Croazia	4,0	4,0	3,6	1,9
Romania	17,0	18,5	16,3	16,5
Serbia Montenegro	13,6	13,5	15,2	14,6
Albania	5,4	5,0	5,6	3,7
Kosovo	7,5	6,7	7,9	6,0
Bosnia Erzegovina	2,3	2,0	1,0	1,7
Macedonia	1,9	3,0	2,1	1,8
Ex-Urss	5,5	6,1	4,7	9,0
America Latina	5,7	5,6	5,7	6,8
USA Australia	0,4	0,1	0,2	0,4
Marocco	1,9	1,9	2,0	2,1
Africa Islamica	5,1	4,0	5,2	6,8
Resto Africa	4,1	3,0	4,1	4,2
Turchia	1,8	1,7	2,3	2,2
Asia Islamica	2,8	3,3	3,8	3,6
Cina	5,1	4,1	4,0	3,0
Bangladesh	3,2	3,6	3,7	4,9
Resto Asia	1,7	1,7	2,0	2,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
	23.079	22.476	21.336	16.624

Ciò detto sinteticamente per l'insieme delle prestazioni, al fine di operare su dati più omogenei concentreremo ora l'analisi solo su quelle erogate a donne in età fertile, analogamente a quanto fatto nella seconda parte dell'analisi sui ricoveri, e l'effetto di questa selezione è alquanto sorprendente. La tab. 13 mostra infatti che le prestazioni scendono drasticamente, da

23/21mila a meno di 17mila nel 2017, a conferma che è probabilmente intervenuto di recente qualche drastico mutamento organizzativo che ha forse interessato principalmente i pazienti minorenni.

Tab. 14 – Cittadinanza dei pazienti stranieri per residenza

	<i>Italia</i>	<i>Paese di cittadinanza</i>	<i>Altro Paese</i>	<i>Totale</i>
Resto UE	85,7	13,1	1,2	7.095
Slovenia	20,9	78,7	0,4	1.891
Croazia	89,7	10,0	0,3	2.920
Romania	97,2	2,6	0,2	14.293
Serbia Montenegro	96,1	3,1	0,8	11.854
Albania	94,0	5,3	0,7	4.162
Kosovo	97,5	2,4	0,1	5.931
Bosnia Erzegovina	96,1	3,0	0,9	1.479
Macedonia	96,9	2,7	0,3	1.834
Ex-Urss	92,3	6,0	1,7	5.126
America Latina	96,1	2,8	1,2	4.912
USA Australia	88,0	10,1	1,9	208
Marocco	99,9	0,1	0,0	1.637
Africa Islamica	96,4	3,6	0,0	4.329
Resto Africa	94,0	5,2	0,9	3.182
Turchia	99,5	0,5	0,0	1.675
Asia Islamica	93,1	6,9	0,0	2.800
Cina	98,6	1,4	0,0	3.452
Bangladesh	98,7	0,4	0,9	3.147
Resto Asia	92,7	6,9	0,4	1.588
Totale	93,3	6,1	0,6	83.515

Il maggior numero di prestazioni è stato erogato a rumene (circa il 17% del totale), serbe (14/15%) e, con notevole distacco, kosovare (6/7%) e albanesi (5%, ma in notevole calo nell'ultimo anno). È in crescita la quota delle prestazioni ambulatoriali a bengalesi (quasi il 5% nel 2017) e, con percentuali inferiori (3% nel 2017), a cinesi (in significativo calo) e marocchine (in leggera crescita). La tabella mostra inoltre un significativo calo di prestazioni erogate a slovene e croate e, passando alle aggregazioni di stati, un significativo aumento nell'ultimo anno di prestazioni a pazienti dell'ex-Urss.

Il 93,3% delle prestazioni ambulatoriali è stato erogato a stranieri che risiedono in Italia, con una tendenza al calo accentuatasi nell'ultimo anno (tab. 14). Il resto è stato erogato a donne che mantengono la residenza nel loro paese di origine (6,1%) o in un altro paese estero (0,6%). Anche se si tratta di percentuali residuali, è interessante esaminare questo fenomeno che presenta significative differenziazioni. Quasi l'80% delle slovene (con un brusco calo nell'ultimo anno) usufruisce dei servizi ambulatoriali del Burlo mantenendo la residenza in Slovenia e ovviamente il fenomeno si spiega con la vicinanza geografica e l'appartenenza della Slovenia alla UE. Quest'ultima spiegazione vale anche per le cittadine di altri paesi UE, ma anche la vicinanza geografica ha il suo peso, se si considera che la quota di residenti

in Croazia è molto più bassa di quella slovena (10%), ma più elevata di quella delle cittadine della Romania (2,6%).

Mantiene la residenza nel proprio paese anche il 10% dei pazienti del gruppo “USA-Australia” e la spiegazione in questo caso può essere diversa (stranieri in transito o presenti temporaneamente in Italia). La casistica in questo caso è alquanto ridotta, ma la spiegazione può avere una valenza più generale: per alcuni gruppi mantenere la residenza all'estero si può infatti forse considerare un indicatore di “propensione al rientro” che nel 2017 si riscontra in particolare per albanesi e cittadine dell'Ex-Urss (ucraine). Si può però anche trattare di immigrate *ad-hoc* (per usufruire della struttura) e dunque di “turismo sanitario”. Per gli arrivi più recenti e/o da paesi lontani (a eccezione di quelli di immigrazione ormai stabilizzata in Italia, quali Marocco, Cina e Bangladesh) la spiegazione più probabilmente risiede nel fatto che non c'è stato sufficiente tempo per il trasferimento della residenza o per l'accertamento del diritto alla permanenza in Italia.

Preso atto che oltre il 90% delle pazienti straniere del Burlo ha la residenza in Italia, si può osservare che per le prestazioni ambulatoriali la quota di “turismo sanitario” è inferiore a quella registrata per i ricoveri, presentando valori significativi solo per pazienti provenienti dal Veneto (circa 2%). Le prestazioni ambulatoriali a cittadini stranieri residenti in altre regioni è limitato all'1,2% e si tratta presumibilmente di visite o accertamenti in vista di un successivo ricovero.

Tab. 15 – Strutture di accoglienza

	2014	2015	2016	2017	Totale
Immunopatologia e terapia cellulare	31,8	32,2	30,4	22,2	24.731
Virologia e Sierologia Infettivologica	26,0	26,0	28,6	6,8	19.095
Clinica ostetrica e ginecologica	12,5	14,0	16,1	23,1	13.331
Diagnostica ecografica	7,7	8,7	9,5	14,0	8.084
Centro Prelievi Burlo	9,2	8,8	8,2	11,8	7.814
Procreazione medicalmente assistita	1,9	2,1	2,9	6,8	2.659
Microbiologia	6,9	3,9	,3	,4	2.573
Genetica medica	1,3	1,1	1,4	2,0	1.206
Radiologia a indirizzo pediatrico	,6	,5	,5	2,2	718
Cardiologia	,5	,4	,5	2,1	655
Patologia ostetrica	,8	,8	,0	1,4	594
Anestesia e rianimazione	,0	,3	,4	1,8	457
Ortopedia pediatrica	,1	,3	,3	,5	244
Neuropsichiatria infantile	,1	,1	,2	,7	230
Altra struttura	,5	,7	,7	4,1	1.124
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	83.515
	23.079	22.476	21.336	16.624	

Nella tab. 15, dove le strutture sono ordinate secondo il totale di prestazioni erogate nel quadriennio, si nota chiaramente che nell'ultimo anno è intervenuto qualche drastico mutamento organizzativo. Infatti, anche se le per-

centuali annullano il notevole calo di prestazioni nel 2017, è evidente il ridimensionamento di Immunopatologia e ancor più di Virologia, superate entrambe da Clinica ostetrica e ginecologica (Virologia anche da Diagnostica ecografica e dal Centro prelievi). A parte Microbiologia (che si ridimensiona anch'essa drasticamente), crescono quasi tutte le altre strutture e in particolare Procreazione medicalmente assistita, in prosecuzione con quanto si era notato tra i ricoveri (finché l'attività si è svolta in regime di day hospital).

Le prestazioni ambulatoriali sono raggruppate nella tab. 16 in "macro" categorie, tra le quali spiccano le prestazioni di laboratorio che nel 2017 pesano per poco meno di metà delle prestazioni, ma in precedenza assommavano anche a più di tre quarti del totale. Nell'ultimo anno crescono invece notevolmente le prestazioni nella categoria "anamnesi, valutazione, consulto e visita", che da 12/15% balzano nell'ultimo anno al 27%. Analogamente, le procedure radiologiche passano da meno del 10% a 17% nel 2017 e aumentano similmente anche gli interventi ostetrici. Si può comunque presumere che queste modificazioni, improvvise e di notevole entità, siano attribuibili a una riclassificazione, oltre che alla già segnalata trasformazione in ambulatoriali di prestazioni precedentemente erogate in regime di day hospital.

Tab. 16 – Prestazioni ambulatoriali raggruppate in macro categorie

	2014	2015	2016	2017	Totale
Intervento ostetrico	1,8	2,6	4,1	7,9	3.178
Procedura radiologica	8,2	8,3	9,8	17,2	8.704
Anamnesi, valutazione, consulto e visita	12,5	14,5	14,9	27,0	13.811
Prestazione di laboratorio	77,0	73,9	70,7	46,5	57.219
Altra procedura non operatoria	,5	,6	,6	1,4	603
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	83.515
	23.079	22.476	21.336	16.624	

Come i ricoveri, le prestazioni ambulatoriali non si traducono direttamente in pazienti perché ognuno di essi può avere usufruito di più prestazioni; inoltre, come si è visto, non è facile assegnare i pazienti a categorie socialmente rilevanti perché la maggior parte delle caratteristiche personali si modificano saltuariamente (cittadinanza, residenza, stato civile, ecc.) o con continuità (età). Come per i ricoveri, l'aggregazione delle prestazioni ambulatoriali è fatta anno per anno: ciò inflaziona un po' il numero di singoli pazienti, ma consente la comparazione dei dati anno per anno.

Passando ai risultati, le pazienti straniere in età feconda che hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali (circa 1.700 all'anno nei primi tre anni) salgono a 1900 nel 2017. All'aumento dei pazienti curiosamente corrisponde un calo nel numero di prestazioni, al punto che il numero medio, pressoché stabile fino al 2016 intorno a 13 all'anno, scende a meno di 9 nel 2017. Scende anche il numero massimo di prestazioni erogate a un singolo paziente nello stesso anno (da 141/120 a 102 nel 2017) e la stabilità della mediana mostra che il calo dipende (anche) dalla diminuzione dei casi più estremi

(141 prestazioni in un anno significa ricorrere alle prestazioni ambulatoriali ogni due o tre giorni).

La ripartizione secondo la cittadinanza (tab. 17) non si discosta molto da quella già vista per quanto concerne le prestazioni e conferma che ai primi posti si collocano romeni e serbi (assieme contano per circa il 30% del totale), kosovari (meno del 10%) e albanesi (meno del 7%). Pur nell'ambito di un calo generalizzato del numero medio di prestazioni, la tabella consente di notare una certa variabilità legata alla provenienza; guardando solo al 2017, si nota un numero medio di prestazioni meno elevato per sloveni, croati e macedoni e più elevato per i pazienti di cittadinanza latinoamericana, del Bangladesh, dell'Ex-Urss e dell'Africa sub-sahariana non islamica.

Tab. 17 – Pazienti (%) e numero medio di prestazioni per paese/area di cittadinanza

	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Resto UE	6,1	5,7	5,8	6,4	9,0	10,3	8,9	5,0
Slovenia	3,6	4,2	2,0	1,5	4,6	3,7	5,5	4,8
Croazia	3,6	3,6	3,2	2,6	8,4	7,7	7,2	4,6
Romania	16,6	16,5	16,0	15,5	7,6	7,9	7,3	5,6
Serbia Montenegro	15,8	15,2	14,3	14,3	7,2	7,0	7,3	6,0
Albania	7,1	6,8	7,6	6,7	8,1	7,4	7,0	6,1
Kosovo	7,6	6,9	8,1	9,3	9,9	7,3	7,2	5,8
Bosnia Erzegovina	2,9	2,8	2,7	2,6	6,8	6,3	5,0	5,3
Macedonia	2,7	3,2	2,9	3,0	7,1	8,1	7,1	4,7
Ex-Urss	5,5	6,2	5,6	5,7	8,3	7,3	6,9	7,8
America Latina	4,0	3,9	4,1	3,5	10,4	9,5	8,2	8,6
USA Australia	,5	,4	,4	,6	6,0	2,1	4,2	3,8
Marocco	2,7	3,1	3,1	3,0	6,6	5,8	5,6	5,7
Africa islamica	5,1	5,0	5,5	6,1	8,2	6,8	7,2	6,2
Resto Africa	3,1	2,5	2,7	2,4	10,0	8,7	9,5	7,9
Turchia	1,5	1,6	1,5	1,7	9,1	9,3	9,6	6,7
Asia islamica	2,1	2,7	3,9	5,0	10,0	8,3	7,9	6,3
Cina	3,8	4,1	4,3	4,1	9,0	7,1	6,5	4,9
Bangladesh	3,8	3,8	4,3	3,8	7,2	6,9	7,2	7,6
Resto Asia	1,8	1,7	1,9	2,1	7,3	6,9	8,0	6,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	8,0	7,5	7,3	6,0
	4.251	4.460	4.596	6.770				

Riferimenti bibliografici

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2007), *Classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf.
 Direzione generale della programmazione sanitaria (2019), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2017)*, Ministero della Salute, Roma, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2831_allegato.pdf.

Il volume raccoglie le esperienze interdisciplinari di ricercatori ed esperti che hanno partecipato al progetto europeo Interreg Italia-Slovenia *"INTEGRA - Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva"*.

Il lavoro ha esplorato un tema poco osservato negli studi del fenomeno migratorio, la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti che provengono da culture con una forte impronta patriarcale.

La permanenza dei rapporti diseguali fra i sessi, il mantenimento di pratiche tradizionali nocive alla salute e i matrimoni combinati sono tutti fenomeni che portano a nuove sfide e implicano politiche adeguate per l'integrazione sociale. Si impone dunque una riflessione sulle diverse realtà di convivenza, sul funzionamento dei servizi socio-sanitari e sulla cooperazione fra i paesi per la condivisione delle buone pratiche.

L'intento principale è di offrire strumenti teorici e metodologici per l'analisi dei fenomeni migratori partendo dai bisogni di salute delle donne per svelare il mondo della complessità sociale.

Giovanni Delli Zotti è professore ordinario di Sociologia presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. È docente di corsi di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e di Sociologia. Ha coordinato gruppi di ricerca in alcuni progetti europei (Children's Voices, Eduka, EUth) ed è stato recentemente coordinatore scientifico del progetto INTEGRA. Ha al suo attivo pubblicazioni nel campo della metodologia della ricerca sociale e su valori, giovani e studenti, salute e società. Tra i lavori recenti : *Tecniche grafiche di analisi e rappresentazione dei dati* (2010), *Children's voices. Etnicità e bullismo nella scuola* (2014) e *Working on Epidemiological Data: Problems Encountered and Lessons Learned* (2019).

Ornella Urpis è abilitata al ruolo di professore associato in Sociologia generale ed è titolare di un contratto d'opera per la ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Trieste. Ha collaborato con le Aziende sanitarie e con l'ospedale Burlo Garofolo per i programmi di formazione e di ricerca sulle mutilazioni dei genitali femminili e sulla violenza di genere. Fra le recenti pubblicazioni: *Sexual and Reproductive Health as an Indicator of Social Integration in Migrant Communities* (2019); *Le voci degli operatori socio sanitari, l'ascolto delle comunità straniere e dei mediatori culturali* (2018); *La diversità culturale nelle società complesse e le nuove strategie di integrazione* (2018).