



Politiche e servizi sociali

# EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI, DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IMMIGRAZIONE

La performance dei servizi sanitari

a cura di  
Margherita Giannoni

**PEHRG**  
Poverty and Equity in Health Research Group



Università di Perugia



Regione Umbria



**FrancoAngeli**



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI, DISUGUAGLIANZE DI SALUTE E IMMIGRAZIONE**

La performance dei servizi sanitari

a cura di  
Margherita Giannoni

**FrancoAngeli**

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*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 [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

## *Indice*

<b>Prefazione</b> , di <i>Alessandro Montrone</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b> , di <i>Margherita Giannoni</i>	»	11
Riferimenti bibliografici	»	15
<b>Parte prima</b>		
<b>Evidenze su equità e disuguaglianze di salute sperimentate dalla popolazione immigrata in Italia e negli USA</b>		
<b>1. La salute e l'accesso ai servizi sanitari degli immigrati ispanici negli Stati Uniti</b> , di <i>Luisa Franzini</i>	»	19
1. La popolazione ispanica negli Stati Uniti	»	19
2. Condizione socioeconomica degli ispanici negli Stati Uniti	»	21
3. Accesso ai servizi sanitari per gli ispanici negli Stati Uniti	»	22
4. Condizioni di salute degli ispanici negli Stati Uniti	»	25
5. Il paradosso epidemiologico ispanico: ipotesi sulle cause del paradosso	»	32
6. Conclusioni e paragoni con l'Umbria	»	35
Riferimenti bibliografici	»	36
<b>2. Rassegna di letteratura sulle disuguaglianze di salute e accesso ai servizi sanitari relative alla popolazione immi- grata in Italia</b> , di <i>Margherita Giannoni e Zahara Ismail</i>	»	39
1. Introduzione	»	39
2. Età evolutiva	»	40
3. La salute delle donne	»	42

4. Salute mentale	pag.	60
5. Infortuni sul lavoro	»	63
6. Malattie infettive	»	63
7. Immigrazione e ospedalizzazione	»	67
8. Anziani	»	68
9. Conclusioni	»	70
Riferimenti bibliografici	»	71
<b>3. L'esperienza del Centro di Riferimento della Regione Lazio dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà, di Aldo Morrone, Ottavio Latini, Daniele Didero, Anna Lisa Marini e Raffaele Di Palma</b>	»	76
1. Introduzione	»	76
2. Italiani	»	78
3. Stranieri irregolari	»	85
4. Stranieri regolari	»	95
<b>4. Misurare la performance dei servizi sanitari in termini di equità di accesso e uso dei servizi sanitari nelle Regioni italiane, di Margherita Giannoni</b>	»	106
1. Introduzione	»	106
2. Metodologia	»	110
3. Descrizione dei dati	»	111
4. Stima dei modelli econometrici	»	113
5. Il problema del mancato accesso ai servizi sanitari	»	116
6. Risultati per l'accesso alle visite dentistiche	»	121
7. Risultati per l'accesso alle visite mediche	»	123
8. Conclusioni	»	126
Appendice	»	128
Riferimenti bibliografici	»	135

### Parte seconda

#### Valutazione della performance dei servizi sanitari regionali e immigrazione: il caso della Regione Umbria

<b>5. Immigrazione in Umbria: evoluzione demografica e del mercato del lavoro, di Samuele Bini e Paola Federici</b>	»	139
1. Evoluzione demografica del fenomeno migratorio: un confronto tra l'Italia e la Regione Umbria	»	139

2. Immigrati e mercato del lavoro: un confronto tra Italia e Umbria	pag. 149
Riferimenti bibliografici	» 164
Sitografia	» 165
<b>6. Spesa ospedaliera umbra: un confronto tra italiani e stranieri</b> , di <i>Margherita Giannoni</i> ed <i>Eleonora D'Urzo</i>	» 166
Riferimenti bibliografici	» 190
<b>7. Politiche sanitarie e sociali relative alla popolazione immigrata negli ultimi dieci anni</b> , di <i>Zahara Ismail</i> e <i>Paola Casucci</i>	» 192
1. Evoluzione delle politiche nazionali	» 192
2. Evoluzione in Umbria	» 197
3. Mediazione culturale	» 204
4. La mediazione culturale in Umbria	» 205
Riferimenti bibliografici	» 207
<b>8. La performance dei servizi sanitari della Regione Umbria in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri per la popolazione italiana e straniera (2007-2009)</b> , di <i>Margherita Giannoni</i> , <i>Zahara Ismail</i> , <i>Eleonora D'Urzo</i> , <i>Paola Federici</i> , <i>Paola Casucci</i> e <i>Ombretta Checconi</i>	» 209
1. Metodologia utilizzata nell'elaborazione del set di indicatori	» 209
2. Tasso standardizzato di ospedalizzazione	» 218
3. Bambini morti nei primi 28 giorni di vita ogni 1.000 parti addebitati all'Umbria	» 235
4. Ricovero per TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)	» 239
5. Tasso di dimissione per patologie psichiatriche	» 250
6. Tasso standardizzato di ricovero per diabete	» 262
7. Tasso standardizzato di ricovero per polmonite	» 268
8. Tasso standardizzato di ricovero per infarto	» 274
9. Tasso standardizzato di ricovero per HIV	» 280
10. Tasso standardizzato di ricovero per TBC	» 286
11. Tasso standardizzato di ricovero per malattie cardiovascolari	» 293
12. Tasso standardizzato di ricovero per interruzione volontaria di gravidanza (IVG)	» 299
13. Tasso di infortunio sul lavoro	» 304
Riferimenti bibliografici	» 306

<b>9. La performance dei servizi sanitari materno-infantili della Regione Umbria in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi: un confronto tra popolazione italiana e straniera (2008), di <i>Liliana Minelli e Manuela Chiavarini</i></b>	pag. 308
1. Metodologia utilizzata nell'elaborazione del set di indicatori	» 308
2. Percentuale di parti cesarei (NTSV)	» 309
3. Percentuale di donne con gravidanza a termine che hanno effettuato meno di 4 visite durante la gestazione	» 314
4. Epoca gestazionale della prima visita in gravidanza	» 318
Riferimenti bibliografici	» 322
<b>Conclusioni, di <i>Margherita Giannoni</i></b>	» 325
<b>Postfazione, di <i>Lamberto Briziarelli</i></b>	» 333

## *Prefazione*

di *Alessandro Montrone*\*

La salute è un bene inalienabile, nonché un diritto primario e universale dell'uomo; non a caso la sua tutela è uno dei principi fondanti della nostra Costituzione la quale, all'art. 32, stabilisce che “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Pertanto, l'accesso all'assistenza sanitaria pubblica deve essere assicurato a tutti, italiani e stranieri, perché si tratta di un diritto individuale e, al tempo stesso, collettivo: in questo quadro di carattere generale e, come tale, imprescindibile, si colloca la tematica di tutto rilievo affrontata in questo volume.

Nel nostro Paese, pur essendo presente un sistema sanitario pubblico, la piena e reale integrazione dell'immigrato si può realizzare solo a condizione che gli vengano garantite uguali opportunità di assistenza medica e di prevenzione delle malattie, assicurando quella “parità di trattamento” contemplata dallo stesso Testo Unico sulla immigrazione (D.Lgs. 286/98), dove si prevede, da un lato, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale al fine di fornire assistenza agli stranieri presenti regolarmente e stabilmente in Italia ma, dall'altro, si contempla anche la tutela degli “irregolari” con lo scopo di difendere, oltre al ricordato diritto fondamentale dell'individuo alla salute, lo stesso interesse della collettività ad accertare le condizioni di salute dei propri componenti.

Da una recente indagine del CENSIS<sup>1</sup> risulta, peraltro, come la grande maggioranza (oltre l'80%) degli italiani ritiene che sia doveroso garantire sempre e comunque agli stranieri (compresi i clandestini) i trattamenti e le cure del Servizio Sanitario Nazionale e alla domanda sul perché si dovrebbe assicurare la sanità anche agli immigrati irregolari il 65,2% degli intervistati risponde

\* Professore ordinario di Economia Aziendale – Dipartimento di Discipline Giuridiche e Aziendali dell'Università degli Studi di Perugia.

<sup>1</sup> *È giusto curare tutti*, 25 febbraio 2010, [www.censis.it](http://www.censis.it).

asserendo che la tutela della salute è un diritto inviolabile, per cui curare tutti è un atto di solidarietà irrinunciabile, mentre altri reputano che ciò sia opportuno perché altrimenti si correrebbe il serio rischio di epidemie incontrollate (la pensa così poco più del 12% dei residenti al Sud, il 15,4% al Nord-Ovest, il 15,8% al Nord-Est e oltre il 19% al Centro). Infine, meno del 20% degli italiani è contrario a garantire l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale a clandestini e irregolari, adducendo le motivazioni che non pagano le tasse o che fanno aumentare in modo insopportabile i costi della sanità.

Tuttavia, nonostante la favorevole e, direi, illuminata posizione della gran parte degli italiani sulla questione, ad oggi l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari non può comunque considerarsi completo, paritario e soddisfacente, essendo caratterizzato da problematiche che spaziano dall'ignoranza della normativa vigente da parte dei potenziali assistiti e, nei casi peggiori, dalle stesse aziende sanitarie, fino a barriere di carattere culturale e religioso, quando non persino linguistico.

Ne emerge, allora, con evidenza la necessità di pensare un modo corretto ed equo di "fare assistenza sanitaria" muovendosi su più fronti, ognuno per le proprie competenze e responsabilità, ossia:

- individuare e "misurare" con opportuni indicatori le disuguaglianze nell'accesso alle cure che penalizzano i cittadini stranieri, correlando questa condizione di disagio a quelle che ne sono le determinanti;
- elaborare, da parte di chi è a ciò preposto per il suo ruolo pubblico, le politiche di fondo e le linee di intervento più specifiche per contrastare dette disuguaglianze.

Quindi, fermo restando il ruolo della politica sulle decisioni in merito alle priorità dei numerosi problemi da affrontare e alla scelta delle risorse da utilizzare e distribuire in funzione degli obiettivi da raggiungere, questo volume svolge una fondamentale funzione di supporto alle suddette decisioni, delineando con rigore un quadro, sia nazionale che internazionale, sulle disuguaglianze nell'accesso alla assistenza sanitaria per poi focalizzarsi sulla performance realizzata in materia nella nostra Regione, con una serie di analisi mirate e approfondite.

Si tratta, in altri termini, di un contributo alla organizzazione di una assistenza sanitaria che possa progressivamente divenire più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie, sempre e comunque con lo scopo ultimo di garantire un livello di assistenza in cui alla qualità si affianchi l'equità, per la reale promozione della salute nei confronti di tutti i cittadini, poiché, sempre usando le parole della nostra Costituzione, ognuno ha pari dignità sociale "senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali".

## *Introduzione*

di *Margherita Giannoni*\*

Questo contributo presenta i risultati principali di una serie di studi condotti dal gruppo di ricerca PEHRG (Poverty and Equity in Health Research Group) dell'Università degli Studi di Perugia in collaborazione con la Regione dell'Umbria, Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali e l'Istituto Nazionale per le malattie della Povertà e delle Popolazioni Migranti (INMP), sul tema delle disuguaglianze socio-economiche di salute e accesso ai servizi sanitari sperimentate dalle popolazioni fragili nel nostro paese, con particolare riferimento ai migranti.

In generale si osserva come, in questi ultimi anni, la povertà e l'esclusione sociale abbiano colpito in misura crescente tutti i paesi europei (Anderson e Huber, 2009), con una situazione che si sta aggravando a causa della forte crisi economica occorsa in quest'ultimo periodo. Da un lato, le famiglie devono affrontare i problemi derivanti da una contrazione dei redditi familiari disponibili, dall'altro i sistemi sanitari europei si trovano tutti a dover affrontare crescenti problemi di scarsità di risorse pubbliche (OECD, 2009).

A partire dal 2009 gli effetti negativi della crisi economica internazionale (crollo della produzione, degli investimenti, disoccupazione, ecc.) hanno prodotto una riduzione delle nuove assunzioni dall'estero, con conseguente riduzione dell'afflusso degli immigrati e licenziamenti di lavoratori stranieri, sempre di più costretti a lasciare il paese o ad entrare nell'irregolarità (Caritas, 2010). È noto come le crisi economiche colpiscano negativamente proporzionalmente di più le classi fragili di popolazione e, all'interno di quest'ultime, è noto come i migranti, sia regolari che irregolari, rappresentano una fascia particolarmente a rischio di povertà ed esclusione sociale.

\* Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università degli Studi di Perugia e Istituto MECOP – Università di Lugano (CH).

A livello internazionale, esiste una serie crescente di evidenze che segnala il permanere, se non l'aggravarsi, di diffuse disuguaglianze di accesso e utilizzazione dei servizi sanitari a sfavore dei migranti che mette in risalto come spesso i migranti non ricevano le cure più appropriate per i loro bisogni, traducendosi spesso in vere e proprie disuguaglianze di salute (Anderson e Huber, 2009). Inoltre, le evidenze disponibili dalla letteratura, sia economica che epidemiologica, segnalano come le disuguaglianze appaiano fortemente determinate da fattori socio-economici, quali il reddito, il livello di istruzione, l'appartenenza etnica, la zona geografica di residenza degli individui. Purtroppo, sempre di più, le disuguaglianze spesso si traducono in vere e proprie iniquità in base al reddito.

Come si tratterà più estesamente nel prosieguo del lavoro, analisi precedenti effettuate a livello dei paesi dell'OCSE e dell'Unione Europea calcolano indici di equità nell'uso dei servizi sanitari (visite mediche, specialistiche e dentistiche) evidenziando l'esistenza di problemi di equità in base al reddito soprattutto nell'uso delle visite specialistiche e dentistiche anche nel nostro paese.

In un contesto quale quello attuale di crisi economica globale, ci si può aspettare, quindi, che il problema si ponga non solo in maniera più grave per la popolazione residente autoctona, ma, ancora di più, per la popolazione migrante che è caratterizzata da livelli di reddito disponibile inferiori rispetto alla popolazione generale. Questo fatto potrebbe portare con maggiore probabilità a problemi di mancato accesso alle cure sanitarie da parte dei migranti ed aggravare il divario già esistente col resto della popolazione.

Se migliorare l'accesso alle cure da parte dei migranti può risultare di fondamentale importanza per abbattere le disuguaglianze di salute, allora risulta necessario identificare degli strumenti che a livello dei sistemi sanitari consentano di valutare la portata di tali problemi in tempo reale in modo da orientare le scelte dei *policy-makers*. In un sistema sanitario quale quello italiano, caratterizzato da un forte processo di decentramento delle scelte di allocazione delle risorse, di finanziamento dei servizi e della politica sanitaria a livello regionale, appare ancora più rilevante seguire la situazione a livello regionale e locale per evitare che si producano ulteriori disuguaglianze tra individui residenti nelle diverse Regioni, e quindi venga meno il criterio dell'equità nell'accesso alle cure che è a fondamento del Servizio Sanitario Nazionale non solo per gli italiani, ma anche per gli stranieri, che potrebbero rischiare di vedere aggravate le disuguaglianze già esistenti a loro sfavore rispetto agli italiani anche per il solo fatto di risiedere o vivere in una Regione piuttosto che in un'altra.

Questo contributo mira pertanto ad un duplice scopo. Da un lato, l'obiettivo è descrivere le disuguaglianze di salute e di accesso alle cure sperimentate

nel nostro paese dai cittadini stranieri, valutando, in particolar modo, il ruolo delle condizioni socio-economiche degli individui nella determinazione delle stesse ed inquadrando la tematica sia nel contesto nazionale che nei confronti con altri paesi, nel caso di specie gli USA, nonché le implicazioni di dette disuguaglianze in termini di politiche sanitarie.

Dall'altro lato, sulla base delle evidenze riscontrate, si vuol fornire ai *policy-makers* uno strumento concreto per combattere a livello regionale dette disuguaglianze in un contesto, quale quello caratterizzante il nostro paese, in cui con l'avvento del federalismo fiscale le responsabilità della gestione dell'assistenza sanitaria pubblica sono sempre più decentrate a livello regionale e locale. Ancora oggi infatti sia in Europa (Anderson e Huber, 2009) che nel nostro paese (Giannoni e Mladowsky, 2007) le informazioni statistiche circa la situazione socio-economica e le condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari da parte dei migranti appaiono piuttosto limitate, frammentate e non sistematiche, e questo è dovuto anche alla mancanza di ricerca sistematica in tal senso in grado di informare utilmente i *policy-makers*. Un esempio per il nostro paese è dato dalle stesse statistiche sulla presenza degli stranieri in Italia, dove le stime prodotte da soggetti istituzionali diversi non sempre coincidono (*ibid.*). Alla luce di queste considerazioni, il lavoro si articola come segue.

Nella prima parte del testo si cerca di inquadrare il tema della valutazione delle disuguaglianze di salute e di uso e accesso ai servizi sanitari sperimentate dai migranti nelle Regioni italiane, innanzi tutto tentando dei confronti con realtà che hanno sperimentato prima del nostro paese forti problemi legati alle migrazioni. A tale scopo nel primo capitolo vengono analizzati lo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati ispanici negli Stati Uniti. Questo al fine di effettuare un confronto con la situazione italiana, in particolare con i risultati ottenuti per la Regione Umbria in Italia riportati più avanti nella seconda parte del presente volume. Passando al caso italiano, il secondo capitolo presenta una rassegna sistematica dei principali problemi di salute e di accesso ed uso dei servizi sanitari nel nostro paese, considerando le principali evidenze disponibili in letteratura e pubblicate sulle banche dati bibliografiche internazionali. Il terzo capitolo descrive l'esperienza del Centro di Riferimento della Regione Lazio dell'Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e per il Contrasto delle Malattie della Povertà (INMP – Roma). Il lavoro riporta i dati relativi al ricorso da parte degli stranieri irregolari alle strutture sanitarie dell'istituto in oggetto.

Il quarto capitolo presenta i risultati di un'analisi dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera in Italia. L'obiettivo di questa parte del lavoro è di compiere una analisi delle problematiche del mancato

accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata nelle diverse aree d'Italia, confrontando altresì la situazione nazionale con le evidenze disponibili a livello europeo. In particolare vengono calcolati indici di equità in base al reddito relativi al mancato accesso alle visite dentistiche e mediche nel 2007, confrontando la situazione della popolazione straniera con quella della popolazione generale nelle diverse aree geografiche del nostro paese.

Nella seconda parte si riportano i risultati principali per il periodo 2007-2009 della ricerca condotta dal PEHRG (Poverty and Equity in Health Research Group) mirante ad identificare un sistema di indicatori preposti al monitoraggio a livello territoriale (regionale-locale) e temporale delle disuguaglianze di salute e dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari sperimentate dalla popolazione straniera, nonché a definire una metodologia atta a misurare indicatori di appropriatezza dei servizi sanitari pubblici erogati dalle Regioni italiane alla popolazione immigrata. Tale lavoro riprende e continua le analisi condotte precedentemente dal PEHRG per il periodo 2005-2007 a livello sperimentale sui dati della Regione Umbria. Per questa ragione, al fine di introdurre l'analisi successiva, il quinto capitolo analizza l'evoluzione recente dei flussi migratori ed la situazione del mercato del lavoro confrontando l'Umbria con il resto del paese. Tale Regione è infatti caratterizzata da una importante e crescente quota di stranieri regolari, con una presenza maggiore degli stessi rispetto alla media nazionale.

Il sesto capitolo riporta un'analisi della spesa ospedaliera Umbra confrontando l'andamento che questa ha assunto negli ultimi cinque anni tra cittadini italiani e stranieri. L'obiettivo è di verificare se è vero quanto spesso si afferma, che i ricoveri degli stranieri "costano" al servizio sanitario più di quelle degli italiani.

Al fine di inquadrare la misurazione della performance delle strutture sanitarie nel contesto politico-istituzionale regionale, il settimo capitolo riporta una ricognizione delle politiche sanitarie e sociali intraprese in Umbria negli ultimi dieci anni a favore della popolazione immigrata.

Nell'ottavo capitolo si riportano le schede degli indicatori sviluppati unitamente ad una loro prima stima per il periodo 2007-2009 effettuata utilizzando i dati amministrativi messi a disposizione dalla Regione Umbria sui ricoveri nelle ASL della Regione, ovvero dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e sul percorso materno-infantile (CEDAP).

Infine, nell'ultimo capitolo, vengono riportate alcune considerazioni finali.

In conclusione chi scrive desidera ringraziare tutti i colleghi che hanno partecipato alla realizzazione dell'opera dell'Università degli Studi di Perugia (Facoltà di Economia, Dipartimento di Economia, Finanza e Statistica e Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica), dell'Università del Texas (School of Public Health), nonché i dirigenti e il personale dell'Assessorato alla Sanità e

Servizi Sociali della Regione Umbria che hanno supportato la ricerca e partecipato alla redazione del volume.

Si ringrazia il Dipartimento di Economia Finanza e Statistica dell'Università di Perugia ed il CdL in Economia e Amministrazione delle Imprese della Facoltà di Economia dell'Università di Perugia con sede a Terni, l'Istituto MECOP dell'Università della Svizzera Italiana, il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica dell'Università di Perugia, per il supporto allo svolgimento della ricerca presso le rispettive sedi. Si ringrazia l'INMP per l'incarico al PEHRG ad effettuare la più ampia ricerca sull'analisi delle disuguaglianze sperimentate dalle popolazioni migranti nelle Regioni d'Italia nel cui ambito si colloca la metodologia di sviluppo di indicatori di performance applicata in questo rapporto alla Regione Umbria.

L'attività di studio relativa alla presente pubblicazione è stata finanziata in parte dalla Regione Umbra, Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali (progetto *PEHRG – Poverty and Equity in Health Research Group*) e in parte dall'INMP – Istituto Nazionale per le Malattie della Povertà e delle Popolazioni Migranti (Progetto: *Valutazione e quantificazione della salute e delle iniquità nell'accesso ai servizi sanitari sperimentate dalla popolazione migrante e fragile nelle Regioni italiane*). La responsabilità di quanto riportato nel volume rimane degli autori.

### **Riferimenti bibliografici**

- Caritas/Migrantes (ed.), *Immigrazione – Dossier Statistico 2009*, Caritas/Migrantes, Roma.
- Giannoni M., Mladowsky P. (2007), “Migrant Health Policy in Italy”, *Euroobserver*, 4: 5-7.
- Huber M., Anderson Stanciole E. (2009), *Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe*, Policy Brief, European Centre for Social Policy and Research, Vienna.
- OECD (2009), *International Migration Outlook 2009*, OECD, Paris.



*Parte prima*

*Evidenze su equità e disuguaglianze di salute  
sperimentate dalla popolazione immigrata  
in Italia e negli USA*



# *1. La salute e l'accesso ai servizi sanitari degli immigrati ispanici negli Stati Uniti*

di *Luisa Franzini\**

## **1. La popolazione ispanica negli Stati Uniti**

La popolazione ispanica negli USA è costituita da individui di origine Messicana, Portoricana, Cubana, dell'America Centrale o provenienti dall'America del Sud o, in ogni caso, di madrelingua spagnola. Si può affermare che gli ispanici sono un'etnia, non una razza. Infatti, soggetti di origine ispanica possono essere di qualsiasi razza. In questo capitolo, con il termine "bianchi" si indicano i soggetti di razza bianca e di etnia non-ispanica e mentre con il termine "neri" ci si riferisce a soggetti di razza nera e di etnia non-ispanica.

Tra il 1980 e il 2008, la percentuale di ispanici nella popolazione Americana è più che raddoppiata (Day, 1996; Riche, 2000). L'aumento delle popolazioni ispaniche e asiatiche è dovuto per lo più all'immigrazione. Queste popolazioni sono quelle caratterizzate dal più elevato numero di immigrati. Negli USA il 12,6% della popolazione è immigrata (US Census Bureau, 2010). Circa il 47% degli immigrati sono ispanici ed il 40% della popolazione ispanica è immigrata. Il tasso di immigrazione degli ispanici varia a seconda del paese di origine: fra i messicani il 40% sono immigrati, mentre il 61% dei cubani, il 70% dei sudamericani, e solo l'1% dei portoricani sono immigrati. Anche la popolazione asiatica ha un'alta percentuale di immigrati. Infatti, il 67% della popolazione asiatica proviene da paesi diversi dagli Stati Uniti (US Census Bureau, 2010). Si prevede una continua crescita delle popolazioni ispaniche e asiatiche, che raggiungeranno rispettivamente il 25% e l'8% della popolazione nel 2050 (Day, 1996).

\* Management, Policy, and Community Health Division, University of Texas School of Public Health (US).