

INCLASSIFICABILI

UN'INDAGINE CHE FA LUCE SU UN UNIVERSO SCONOSCIUTO:

I DATI SOCIO-SANITARI DI 8.000 PERSONE STRANIERE

NON IN REGOLA CON LE NORME DI SOGGIORNO

CHE SI SONO RIVOLTE AL NAGA TRA IL 2018 E IL 2022



INCLASSIFICABILI

Un'indagine che fa luce su un universo sconosciuto:
i dati socio-sanitari di 8.000 persone straniere
non in regola con le norme di soggiorno
che si sono rivolte al Naga tra il 2018 e il 2022

A cura di

Carlo Devillanova - Università Bocconi

Giulia Russo - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Naga



ASSOCIAZIONE NAGA

Organizzazione di Volontariato per l'Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti

Via Zamenhof, 7/A -20136 Milano | Tel: 0258102599

naga@naga.it - www.naga.it

www.facebook.com/NagaOnlus - www.instagram.com/associazionenaga

Il Naga è un'organizzazione di volontariato laica, indipendente e apartitica nata a Milano nel 1987 e iscritta ai registri del volontariato.

Per sostenere il Naga

Conto corrente bancario: Banca Popolare Etica, intestato a Naga Odv IT17 N0 50 180 16 00 00 00 11 24 10 72

Conto corrente postale: Naga Odv n. 19 42 82 00

Donazioni su www.naga.it/dona

©Naga in collaborazione con Università Bocconi

Creative Commons 4.0 BY-NC-SA. Attribuzione - Non commerciale

Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale. Significa che è possibile riprodurre l'opera, non a scopo commerciale, citando Naga e gli autori indicando se sono state fatte modifiche, e utilizzando la stessa licenza.

INDICE

INTRODUZIONE AL NAGA E AL CONTESTO IN CUI OPERA	5
IL CONTESTO SOCIOPOLITICO	6
L'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE ALLE CURE E IL RUOLO DEL NAGA	7
PERCHÉ UN'ANALISI DEI DATI?	8
FONTE E TIPOLOGIA DEI DATI	8
I DATI PRINCIPALI DEL RAPPORTO	
INTRODUZIONE	11
AREA GEOGRAFICA E NAZIONALITÀ	11
GENERE E ETÀ	11
ISTRUZIONE	11
PERMANENZA IN ITALIA	11
SITUAZIONE FAMILIARE	12
CONDIZIONE ABITATIVA	12
MERCATO DEL LAVORO	12
DATI CLINICI	13
ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO	15
DATI DEMOGRAFICI E SOCIOECONOMICI	
AREA GEOGRAFICA E NAZIONALITÀ	16
GENERE	18
ETÀ	19
ISTRUZIONE	21
PERMANENZA IN ITALIA	23
SITUAZIONE FAMILIARE	25
CONDIZIONE ABITATIVA	28
MERCATO DEL LAVORO	30
CONDIZIONE LAVORATIVA	30
TIPOLOGIA DI OCCUPAZIONE	34
PROFESSIONI IN ITALIA E NEL PAESE D'ORIGINE	34
DATI CLINICI	37
MOTIVI DELLA PRIMA VISITA	37
CATEGORIE DIAGNOSTICHE E GENERE	38
CATEGORIE DIAGNOSTICHE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	45
PATOLOGIE E DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE	51
DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	53

INTRODUZIONE AL NAGA E AL CONTESTO IN CUI OPERA

Il Naga (www.Naga.it) è un'associazione di volontariato laica, indipendente e apartitica nata a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere e tutelare i diritti delle cittadine e dei cittadini straniere/i, senza discriminazione alcuna.

Oltre 400 volontarie/volontari del Naga garantiscono assistenza sanitaria, legale e sociale gratuita alle persone straniere non in regola con le norme di soggiorno, a persone rom, richiedenti asilo, rifugiate e vittime della tortura. L'Associazione non si pone in alternativa o in concorrenza con i servizi sanitari pubblici, né desidera deleghe nell'ambito di un settore che rientra tra le funzioni preminenti dello Stato sociale. Il Naga anzi si propone di estinguersi come inevitabile conseguenza dell'auspicabile assunzione concreta e diretta delle responsabilità della tutela della salute di queste persone da parte degli organismi pubblici preposti.

Il Naga crede che la libera circolazione sia un diritto irrinunciabile delle persone e considera l'immigrazione un fenomeno strutturale e immanente della storia umana. Il Naga ritiene che i diritti debbano essere riconosciuti alle persone straniere a parità di condizioni con quelle italiane, a prescindere dallo status amministrativo: vigila quindi sulla concreta ed effettiva applicazione dei diritti già riconosciuti e si impegna per promuovere il riconoscimento dei diritti ancora negati. Tra questi, il Naga ritiene che il diritto alla salute per le cittadine e i cittadini straniere/i, anche se non in regola con le norme di soggiorno, sia imprescindibile e irrinunciabile e che debba essere garantito dal servizio sanitario pubblico.

Nei suoi 37 anni di attività, il contatto diretto e quotidiano con le persone straniere ha permesso ai volontari del Naga di interpretar-

ne i bisogni e di individuare risposte concrete. Su queste basi, la attività di assistenza socio-sanitaria del Naga si è sviluppata in maniera capillare e diversificata. Da un lato, i medici volontari dell'ambulatorio di Medicina Generale, che includono anche alcuni ambulatori specialistici, effettuano circa 10.000 visite all'anno per persone prive di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), diventando così i loro "medici di famiglia". Inoltre, il gruppo Medicina di Strada incontra centinaia di persone che vivono nelle aree dismesse della città o nei punti di aggregazione, come le stazioni ferroviarie, offrendo visite mediche con una clinica mobile, e il Gruppo Cabiria offre un servizio di prevenzione e riduzione del danno sanitario a centinaia di persone straniere che si prostituiscono in strada.

Accanto all'assistenza sociosanitaria, l'Associazione offre altresì tutela a centinaia di cittadine e cittadini stranieri che incontrano difficoltà amministrative, che hanno bisogno di assistenza legale e che si trovano in carcere e, dal 2001, le volontarie e i volontari del Centro Naga Har prestano assistenza nello svolgimento delle procedure di riconoscimento dello status di rifugiato a persone richiedenti asilo, rifugiate e vittime della tortura e sviluppano numerose attività formative e socializzanti. Infine, il Naga completa ed arricchisce la sua attività con azioni di denuncia e pressione sulle istituzioni, comunicazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla situazione socio-sanitaria delle persone straniere e sulle violazioni dei loro diritti, per mezzo di convegni, pubblicazioni di indagini, organizzazione di eventi e attività di ufficio stampa e attraverso la pubblicazione di rapporti come questo.

IL CONTESTO SOCIOPOLITICO

Questo Rapporto documenta la nostra attività sanitaria svolta tra il 2018 e il 2022, anni in cui il contrasto all'immigrazione irregolare è stato al centro dell'attività di governo, con un susseguirsi di provvedimenti legislativi emergenziali e securitari che hanno sempre più ridotto la fruizione dei diritti fondamentali dei migranti e hanno smantellato le già scarse forme di accoglienza ed integrazione.

A partire dal 2018, con i due decreti legge promossi dall'allora Ministro dell'Interno Matteo Salvini (DL 113/2018 e DL 53/2019 - i cosiddetti "decreti sicurezza") si è assistito ad una serie di interventi legislativi che hanno determinato una stretta senza precedenti sui diritti delle persone straniere che giungono in Italia e anche su quelle che già vivono e lavorano nel nostro paese. In sintesi, si è arrivati all'abolizione o limitazione di alcuni permessi, come quello per la protezione umanitaria e per la protezione speciale, allo smantellamento del diritto d'asilo e del relativo sistema di accoglienza SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), e alla criminalizzazione dei soccorsi in mare.

Come facilmente prevedibile, queste misure hanno determinato un aumento dei dinieghi alle richieste di asilo e un rafforzamento dell'uso di centri detentivi, con il risultato di portare all'irregolarità e alla marginalizzazione un sempre maggior numero di cittadine e cittadini straniere/i che fuggono dai loro paesi alla ricerca di un luogo dove poter costruire la propria vita.¹

In questo contesto, nel 2020 si è sviluppata la pandemia da COVID-19, che ha avuto nella Lombardia il suo epicentro. Le persone non in regola con le norme di soggiorno si sono trovate in una situazione di grave emergenza sanitaria, complicata da ostacoli e barriere alle cure già esistenti in ragione del loro status amministrativo. L'impossibilità infatti di ricevere l'assistenza primaria erogata dai medici di Medicina Generale ha impedito ogni intervento diagnostico e

terapeutico tempestivo. Al tempo stesso, la limitazione o chiusura del Pronto Soccorso, unico punto di riferimento pubblico per i migranti non in regola con le norme di soggiorno, ha di fatto impedito l'accesso alle cure per qualsiasi esigenza sanitaria. Infine, le condizioni abitative hanno reso problematica ogni forma di distanziamento e le restrizioni della mobilità cittadina hanno creato forti timori nei migranti, limitandone il ricorso all'assistenza sanitaria presso le organizzazioni di volontariato (OdV), che hanno faticosamente affrontato questa nuova emergenza. Nell'esperienza del Naga, il cui ambulatorio è sempre rimasto aperto, nei primi mesi della pandemia (marzo 2020) di fronte alla drastica riduzione del numero di accessi si è assistito ad un aumentato numero di persone con patologie respiratorie compatibili con COVID-19 (dal 12% pre-COVID al 27%).² L'intervento medico si è limitato al trattamento sintomatico, non essendo possibile eseguire test o tracciamenti.

Inoltre, le procedure per la vaccinazione anti COVID-19 per le persone straniere migranti sono state emesse tardivamente nella nostra Regione (estate 2021), con modalità difficilmente praticabili per quelle persone (prenotazioni online, lingua italiana, etc.) che hanno richiesto nella grande maggioranza dei casi l'aiuto fattivo delle OdV, con una inaccettabile deresponsabilizzazione delle istituzioni sanitarie. Le stesse difficoltà si sono presentate per l'ottenimento della certificazione verde (il cosiddetto Green Pass), necessario per la mobilità e spesso per l'attività lavorativa. Tutto ciò ha reso ancora più evidente quanto fosse e sia tuttora carente l'assistenza sanitaria fornita alle persone straniere non in regola con le norme di soggiorno, ancor più in situazioni di emergenza sanitaria: la pandemia, tra le sue conseguenze, ha avuto quella di accentuare le disuguaglianze tra queste persone e la popolazione così detta "normale".

1. Si vedano le seguenti fonti:

I "decreti sicurezza" sono un fallimento www.ilpost.it/2020/01/18/decreti-sicurezza-salvini-risultati/;

Openpolis, 2019. La sicurezza dell'esclusione (www.actionaid.it/app/uploads/2019/10/CentridItalia_2019.pdf)

Richiedenti asilo ed esiti in Italia, 2018 anno di "record" (www.viedifuga.org/richiedenti-asilo-ed-esiti-in-italia-2018-lanno-dei-record/)

2. Devillanova, C., Colombo, C., Garofoli, P., & Spada, A. (2020). Health care for undocumented immigrants during the early phase of the COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *European journal of public health*, 30(6), 1186-1188. [www.doi.org/10.1093/eurpub/ckaa205](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa205)

L'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE MIGRANTE ALLE CURE E IL RUOLO DEL NAGA

La legge italiana tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (Costituzione Italiana, art.32). Secondo l'art. 35 del Dlgs 286/1998 (il cosiddetto "Testo Unico sull'immigrazione"), alle cittadine e ai cittadini straniere/i presenti sul territorio nazionale anche se non in regola con le norme di soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare maggior danno per la salute, e le cure continuative. Tali cure sono fornite a titolo gratuito, come per i cittadini italiani, in caso di indigenza. Gli strumenti per l'erogazione di queste cure sono: l'assegnazione di un codice, il Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), l'eventuale dichiarazione di indigenza e il divieto di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza nelle strutture sanitarie.

Nei successivi atti giuridici e circolari vengono indicate le strutture di primo livello in cui è garantito l'accesso diretto e senza impegnativa alla popolazione migrante non in regola con le norme di soggiorno. Tra queste vengono citati i presidi della medicina territoriale, compresi quelli accreditati, le strutture ospedaliere e anche l'assegnazione del medico di Medicina Generale.

Tuttavia, va sottolineato che l'applicazione delle norme è rimessa alle singole Regioni e alla loro discrezionalità, con nocimento del principio di equità di accesso alle cure. La situazione è di particolare gravità nella regione Lombardia. In questa regione le persone extracomunitarie prive di regolare permesso di soggiorno, e quindi di tessera sanitaria, hanno il pronto soccorso come unico punto di accesso diretto al SSN, che risulta spesso non appropriato. Infatti, diversamente da quanto previsto in altre Regioni, non sono stati istituiti ambulatori territoriali con accesso libero senza prescrizione, né è permessa l'assegnazione del medico di Medicina Generale, fattori questi che limitano fortemente l'efficacia della presa in carico, soprattutto per coloro che sono affetti da patologie croniche. Allo stato attuale, in soli tre ospedali della Lombardia sono stati istituiti ambulatori che forniscono prestazioni di cure primarie, gestiti però da medici volontari. Due di questi si trovano a Milano (Ospedale Niguarda e

Ospedale San Paolo) e sono aperti un giorno alla settimana, generalmente su appuntamento. Nel corso degli anni, per colmare questo vuoto, oltre all'ambulatorio Naga sono stati fondati diversi ambulatori facenti capo al terzo settore.

Anche per alcune persone straniere comunitarie, in particolare rumene e bulgare (europee dal 2007), l'accesso alle cure è fortemente limitato. Infatti, queste persone, se non sono in possesso della tessera TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia) o di altra assicurazione e non hanno i requisiti per l'iscrizione al Sistema Sanitario Regionale, non hanno copertura sanitaria e possono accedere esclusivamente alle cure fornite a pagamento da ospedali e ambulatori privati. Nei fatti rientrano in questa fattispecie cittadini disoccupati, o più frequentemente lavoratori in nero, o famigliari a carico per i quali l'iscrizione volontaria risulta troppo esosa. Questa situazione è stata in parte sanata nella quasi totalità delle Regioni con l'assegnazione di un codice ENI (Europeo non Iscritto), simile al codice STP, che non è stato invece istituito in Lombardia. Quindi nella nostra Regione le prestazioni sanitarie vengono erogate a queste persone solo a pagamento, configurandosi come una grave discriminazione, anche rispetto a quelle persone extracomunitarie che hanno invece diritto all'accesso alle prestazioni erogate dal SSN, a titolo gratuito per gli indigenti, tramite il codice STP.

L'ambulatorio Naga cerca di contrastare le barriere che limitano nei fatti il diritto alla salute offrendo visite mediche di base e specialistiche ad accesso gratuito. Nel caso in cui siano necessari approfondimenti diagnostici e/o follow-up specialistici, le persone che hanno diritto all'assegnazione di un codice STP vengono inviati presso le strutture pubbliche (i sopraccitati ambulatori degli ospedali Niguarda e San Paolo) che possono emettere il codice e prescrivere gli accertamenti, in modo che questi siano eseguibili nelle strutture pubbliche o convenzionate, in regime di esenzione dal ticket in caso di indigenza. L'ambulatorio Naga cerca in questo senso di non sostituirsi al Sistema Sanitario Nazionale, che dovrebbe essere l'attore principale nel garantire l'universalità delle cure, come stabilito da suoi principi fondamentali (universalità, uguaglianza ed equità).

PERCHÉ UN'ANALISI DEI DATI?

Abbiamo deciso di eseguire quest'indagine perché il Naga non esaurisce il proprio "mandato" con la mera cura o presa in carico di bisogni sanitari, sociali o legali. Consideriamo componenti fondamentali e complementari all'assistenza le attività di formazione, documentazione, denuncia, testimonianza e pressione sulle Istituzioni. Nel corso dei suoi anni di attività, il Naga ha sempre posto l'accento sul fatto che le cittadine e i cittadini stranieri/i non in regola con le norme di soggiorno costituissero, nella stragrande maggioranza dei casi, una popolazione "normale", spesso inserita da anni nel tessuto sociale e lavorativo del paese, ma "separata" dagli altri cittadini dall'impossibilità di fruire di alcuni diritti fondamentali (tutele sul lavoro, assistenza sanitaria, casa), negati in ragione dello status amministrativo.

Nello specifico, l'Associazione si è posta l'obiettivo di far emergere i bisogni di salute e le condizioni di vita dei suoi utenti: i dati statistici ufficiali disponibili per la popolazione priva di permesso di soggiorno sul territorio nazionale sono scarsi e non prendono solitamente in considerazione né le condizioni ambulatoriali né l'associa-

zione tra condizioni cliniche e fattori non sanitari che influenzano lo stato di Salute, come il lavoro, la situazione abitativa ed il livello di istruzione, e che costituiscono i determinanti sociali di Salute. Il presente Rapporto prende in considerazione sia i dati clinici derivati dalle visite ambulatoriali che i dati di natura socio-economica sull'utenza dell'ambulatorio raccolti negli ultimi anni di attività; in quest'ottica, all'obiettivo di presentare tali dati in maniera semplice ma rigorosa si associa l'obiettivo di far emergere le caratteristiche della popolazione afferente, i suoi bisogni e le barriere che limitano il godimento del diritto alla salute, rendendo il presente Rapporto un insostituibile strumento di *advocacy*.

I dati che analizziamo e i risultati che proponiamo sono la fotografia del punto di osservazione del Naga. Tuttavia, vista la numerosità e il lungo periodo di osservazione pensiamo che questo Rapporto fornisca spunti interessanti per una riflessione più ampia sul fenomeno migratorio in Italia e sulla sua composizione in questo periodo storico, in cui lo stato di diritto e le garanzie internazionali sono profondamente minate dalla deriva populista.

Fonte e Tipologia dei Dati

Questo Rapporto analizza i dati contenuti nelle cartelle mediche del Naga relativi alle persone che sono state registrate da gennaio 2018 a dicembre 2022 (compresi), in continuità con il Rapporto precedente (2014-2017). L'analisi dei dati si è concentrata, in particolare, sulle caratteristiche demografiche (nazionalità, età, genere, istruzione), socioeconomiche (situazione abitativa, condizioni lavorative e situazione familiare), l'anzianità migratoria e le condizioni cliniche rilevate nel corso della prima visita, con l'obiettivo di descrivere la popolazione che ha fatto accesso per la prima volta all'ambulatorio nei cinque anni presi in considerazione. Nell'ultima parte del Rapporto viene effettuata un'analisi preliminare della possibile associazione tra le condizioni sanitarie rilevate e le caratteristiche demografiche e socio-economiche. La struttura ricalca quella dei rapporti precedenti.

Al momento della loro prima visita presso l'ambulatorio del Naga, per ciascuna persona viene compilata una cartella composta da due parti. La prima parte, contenente le informazioni demografiche e socio-economiche menzionate sopra, viene compilata dalle volontarie e

dai volontari non-medici del Naga e non viene aggiornata in occasione di eventuali successivi accessi. La seconda parte, contenente dati medici, viene invece compilata dal personale medico ed aggiornata ad ogni visita, utilizzando la classificazione ICD - 10 (*International Classification of Diseases - 10*). Dal 2020 i dati medici sono inseriti direttamente in una cartella elettronica, mentre prima venivano registrati su cartella cartacea.

Tuttavia, le diagnosi alla prima visita del 2018 sono state trascritte in formato elettronico. Non sono invece disponibili quelle relative all'anno 2019.

La nostra analisi utilizza soltanto i dati medici registrati nel corso del primo contatto, in modo da limitare il confronto ai dati demografici, socioeconomici e clinici dello stesso momento. Sono state eliminate le osservazioni per cui non è stata registrata una data di nascita e/o la diagnosi e sono stati incluse solo le persone provenienti dai cosiddetti Paesi ad elevata pressione migratoria, appartenenti cioè all'Europa centro-orientale, all'Africa, all'Asia, ad eccezione di Israele e Giappone, e all'America centro-meridionale.

Tra il 2018 e il 2022 il Naga ha ricevuto circa 8.000 nuove persone sprovviste di tessera sanitaria - che rappresentano circa un terzo degli accessi totali; la maggior parte di queste sono cittadine e cittadini prive/i di regolare permesso di soggiorno. Il presente Rapporto, pertanto, rappresenta una fonte di informazioni particolarmente ricca e unica sulle caratteristiche e sull'epidemiologia di queste persone nel conte-

sto della città di Milano, seppur potenzialmente limitata dal fatto che si tratta di rilevazioni effettuate non sulla popolazione migrante generale ma su una popolazione di per sé selezionata dal fatto di recarsi presso l'ambulatorio Naga. Un ulteriore eccezionale vantaggio dei dati Naga è che la rilevazione si estende ininterrottamente dal 2000, consentendo di studiare l'evoluzione nel tempo delle caratteristiche del campione.

I DATI PRINCIPALI DEL RAPPORTO

INTRODUZIONE

- L'utenza dell'ambulatorio Naga è costituita prevalentemente da persone straniere senza permesso di soggiorno e quindi non iscritte al Sistema Sanitario Nazionale (SSN).
- Il Rapporto analizza i dati raccolti dal Naga su 8.101 persone che si sono recate per la prima volta al Naga tra il 2018 e il 2022.
- Per l'analisi dei dati vengono presi in considerazione i seguenti ambiti: nazionalità, genere, situazione familiare, anzianità migratoria, livello di istruzione, situazione abitativa e condizione lavorativa. Inoltre vengono analizzati i dati clinici (diagnosi alla prima visita) per coloro che hanno fatto accesso nel 2018 e tra il 2020 e il 2022.
- Il Rapporto distingue tra cinque aree di origine: Est Europa, Asia, Nord Africa, Africa Subsahariana, America Latina. Inoltre, focalizza l'attenzione sui nove paesi dai quali proviene più del 70% dei nuovi utenti: Bangladesh, Egitto, El Salvador, Marocco, Perù, Romania e SriLanka e Ucraina.
- I nuovi utenti rappresentano poco più di un quarto delle visite eseguite presso l'Ambulatorio del Naga. Nel corso del periodo considerato, il numero di visite si è significativamente ridotto nel 2020 per poi aumentare nuovamente negli anni successivi alla pandemia da COVID-19.

AREA GEOGRAFICA E NAZIONALITÀ

- La maggior parte delle persone proviene dall'America Latina (31.5%), a differenza di quanto avvenuto tra il 2014 e il 2017, quando la maggior parte di pazienti proveniva dal Nord Africa. Il trend annuale, tuttavia, mostra dal 2020 un nuovo progressivo incremento percentuale di pazienti che provengono dal Nord Africa.
- Il Perù è il Paese d'origine più frequente complessivamente (19.7%) e per ogni anno, ad eccezione del 2021 in cui è superato dal Marocco (17.6% vs 15.4%).

GENERE E ETÀ

- La maggioranza dei pazienti è di genere maschile (61.3% nel periodo complessivo) e il divario tra i generi aumenta dal 2020 in poi.
- La distribuzione di genere, tuttavia, cambia a seconda dell'area di origine, con il genere maschile nettamente prevalente tra le persone provenienti dall'Africa Subsahariana (78.8%) e dal Nord Africa (90.5%), e il genere femminile più rappresentato nella popolazione di origine europea o proveniente dall'America Latina (60.1%).
- L'età mediana alla prima visita è 35 anni, e la classe di età più rappresentata è quella tra i 25 e i 34 anni, con un quadro sostanzialmente stabile negli anni considerati.
- La popolazione femminile risulta lievemente più anziana, con la classe di età più rappresentata 45-64 anni rispetto alla classe 25-34 anni nella popolazione maschile

ISTRUZIONE

- Quasi la metà delle persone (45%) dichiara un livello di istruzione corrispondente alla scuola superiore o più avanzata, mentre il 5.5% non è in possesso di un titolo d'istruzione. Tra le donne è più frequente un livello di istruzione superiore o universitario.
- Le persone provenienti dall'America Latina riferiscono un livello di istruzione superiore (scuola superiore o università) più frequentemente rispetto a coloro che provengono dall'Africa Subsahariana (62.5% vs 35.8%).

PERMANENZA IN ITALIA

- Più di un terzo della popolazione che si rivolge al Naga è di recente arrivo (35%) e più del 30% è arrivata in Italia da almeno 4 anni.
- La popolazione femminile risulta in genere più frequentemente di recente arrivo.
- Quasi metà della popolazione proveniente dall'America Latina è arrivata da meno di

un anno. Al contrario, quasi due terzi delle persone provenienti dall'Africa Subsahariana sono in Italia da più di 4 anni.

- Dal 2018 al 2022 la percentuale di arrivi recenti (meno di un anno) aumenta nei sottogruppi di persone provenienti dall'Asia (dal 16% al 33%) e dal Nord Africa (dal 17.8% al 44.7%) e si riduce nella popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana (dal 13.6% al 7.5%).

SITUAZIONE FAMILIARE

- Circa la metà della popolazione è celibe/nubile (50.8%), e tale condizione è più frequente nella popolazione maschile (56% vs 42.4%).
- La maggior parte delle persone provenienti da Africa del Nord, Africa Subsahariana e America Latina è celibe o nubile; in particolare, la maggioranza degli uomini proveniente da Nord Africa e Africa Subsahariana (60% e 54%) è celibe, mentre è nubile la metà o poco meno delle donne provenienti da Africa Subsahariana e America Latina (43% e 52%, rispettivamente).
- Per i singoli Paesi, il quadro risulta sovrapponibile all'area di provenienza, ad eccezione dell'Egitto, che presenta una percentuale di persone coniugate maggiore rispetto al Marocco (43.6% vs 23.5%)
- Quasi la metà della popolazione totale (e più del 60% delle donne) ha un figlio.

CONDIZIONE ABITATIVA

- La maggior parte delle persone vive in alloggi in affitto (incluso posto letto) o presso parenti (75.2%).
- Dal 2018 al 2022 aumenta la percentuale di persone senza fissa dimora (dal 17.7% al 22.6%); questa percentuale è di gran lunga maggiore nella popolazione maschile rispetto a quella femminile (27.3% vs 7.7% nel periodo 2018-2022) e nelle popolazioni provenienti dall'Africa Subsahariana (41%) e dal Nord Africa (35.7%) rispetto ad altre aree di provenienza. In queste regioni, dal 2018 al 2022, aumenta anche la percentuale di persone senza fissa dimora nella popolazione femminile.

MERCATO DEL LAVORO

- Più di metà della popolazione è disoccupata (54.9%), con un trend in aumento dal 2018 al 2022 (dal 42.9% al 58.6%).

▪ Nella popolazione maschile, la percentuale di disoccupati aumenta dal 2018 al 2021 e si riduce nel 2022.

▪ La popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana presenta la percentuale più elevata di soggetti disoccupati (62.3%), soprattutto nella popolazione maschile (fino all'81% nel 2022).

▪ Tra i singoli Paesi, la percentuale maggiore di disoccupati si registra tra le persone provenienti dalla Romania (fino all'81% nel 2021); questo dato potrebbe essere correlato ad un *bias* di selezione della popolazione rumena che accede al Naga, dal momento che al lavoro in regola è correlata la possibilità per i comunitari di iscriversi al SSR (e quindi di non avere necessità di accedere al Naga).

▪ La percentuale di soggetti disoccupati è maggiore tra coloro che sono arrivati in Italia più recentemente (67.8% dei soggetti arrivati da meno di un anno) e tra coloro arrivati in Italia da più di 4 anni (51.4%).

▪ Le fasce della popolazione con un livello di istruzione più basso presentano la maggior percentuale di soggetti disoccupati (60.6%), ma essere disoccupati è la condizione lavorativa più frequente per ogni livello di istruzione preso in considerazione.

▪ Nella popolazione femminile, al contrario che in quella maschile, si osserva una riduzione del tasso di disoccupazione per livelli di istruzione superiori.

▪ Tra gli occupati, la maggior parte riferiscono un'occupazione lavorativa saltuaria (59.8%).

▪ Gli uomini riferiscono più spesso un lavoro di tipo ambulante e più raramente un'occupazione permanente rispetto alle donne.

▪ Le percentuali maggiori di occupazione di tipo permanente si registrano per le popolazioni provenienti da Asia e America Latina (39% e 33%, rispettivamente).

▪ La maggior parte delle donne occupate svolge in Italia la professione di collaboratrice domestica (58.7%), mentre per la popolazione maschile la situazione è più eterogenea.

▪ Circa l'85% della popolazione era occupato nel Paese d'origine.

▪ Tra le professioni svolte nel Paese d'origine, la maggior parte delle donne svolgeva attività nel commercio e nei servizi (25.2%) e il 20% svolgeva attività con elevato livello di specializza-

zione; per la popolazione maschile, invece, circa il 40% svolgeva anche nel proprio Paese occupazioni elementari.

DATI CLINICI

- I dati clinici (diagnosi alla prima visita) sono disponibili per il 2018 e per il periodo 2020-2022 e sono codificati secondo l'*International Classification of Diseases* (ICD)10.
- Per la popolazione femminile la categoria diagnostica più rappresentata (17%) nel periodo complessivo non è correlata ad un preciso segno o sintomo ma a fattori che possono agire sullo stato di salute; all'interno di questa categoria il motivo di valutazione più frequente è la gestione della contraccezione. Le patologie dell'apparato genitourinario (13%) e quelle dell'apparato muscoloscheletrico (10%) costituiscono il secondo e il terzo gruppo di diagnosi più frequenti.
- Per la popolazione maschile la categoria diagnostica più frequente nell'intero periodo è quella relativa a patologie dell'apparato muscoloscheletrico (13%), seguita da traumi ed effetti di cause esterne (11%), patologie dell'apparato digerente (11%) e dell'apparato respiratorio (10%)
- In tutti gli anni considerati e nella popolazione totale, le patologie dell'apparato muscoloscheletrico e dell'apparato digerente risultano sempre tra le prime categorie diagnostiche per frequenza; le patologie dell'apparato respiratorio risultano anch'esse tra le categorie più frequenti per tutti gli anni, ma con una frequenza relativa inferiore (rispetto alle altre categorie) nel 2021. Tale dato potrebbe essere correlato a modifiche dei comportamenti individuali indotte dalla pandemia COVID-19.
- In tutti gli anni considerati e nella popolazione totale la frequenza delle malattie infettive è limitata (3- 5.5%). In questa categoria diagnostica spicca come patologia prevalente la scabbia (27-47%).
- Nella popolazione maschile, rispetto a quella femminile, risultano più frequenti i traumi (da 2 a 5 volte circa), le malattie della cute (fino a 2,5 volte), alcune malattie infettive e parassitarie (fino a più di 6 volte); al contrario, nella popolazione femminile sono più frequenti (fino a 2 volte) le malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.
- Le patologie croniche costituiscono il 7.6% delle diagnosi. In particolare, più di metà dei soggetti con patologie del sistema circolatorio è affetto da ipertensione arteriosa e più di metà delle persone con patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche è affetta da diabete mellito. Si segnalano inoltre 50 diagnosi di epilessia assegnate già alla prima visita, in patologia verosimilmente già nota.
- Le persone con età superiore ai 45 anni sono più frequentemente colpite da patologie del sistema circolatorio, dell'apparato muscoloscheletrico ed endocrino-metaboliche (35-46%); al contrario, traumi, patologie cutanee e infettive sono più frequenti nella popolazione più giovane.
- Nella popolazione da più tempo in Italia sono più frequenti le patologie croniche del sistema circolatorio, mentre la popolazione di più recente arrivo è più frequentemente colpita da patologia infettiva.
- Nella popolazione maschile, coloro che non possiedono un titolo di studio sono più frequentemente affetti da disturbi dell'apparato muscoloscheletrico (15.5% vs 12% circa dei soggetti con titolo di studio). Nella popolazione femminile, invece, le patologie endocrino-metaboliche, del sistema circolatorio, dell'apparato muscoloscheletrico e dell'apparato digerente sono più frequenti nelle donne che non hanno un titolo di studio; al contrario, le donne con un livello di istruzione maggiore si recano più frequentemente al Naga per servizi valutazione generale e counselling (soprattutto in merito alla contraccezione). Tali differenze potrebbero essere correlate ad attività lavorative, stili di vita e approcci alla salute diversi condizionati (anche) dal livello di istruzione.
- Tra le persone senza fissa dimora si osserva una frequenza maggiore di patologie cutanee rispetto alle altre condizioni abitative (12.1% vs 5.9-9.7%); nella stessa popolazione si osserva anche una maggior prevalenza di patologie respiratorie (10.3% vs 2.9-9.5%). La frequenza di queste patologie è non di molto inferiore nella popolazione che vive in affitto e/o presso parenti rispetto a quella che vive presso il datore di lavoro.
- Tra coloro che svolgono un'attività lavorativa di tipo ambulante, la percentuale di traumi è superiore rispetto a chi svolge altra attività lavorativa, saltuaria o permanente (10.3% vs 6.2-6.7%).

ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO

Tra il 2018 e il 2022, 8.101 persone hanno effettuato un primo accesso presso l'ambulatorio del Naga. Il numero di prime visite annue si è ridotto fino al 2020, per poi risalire nel 2021 e nel 2022 (Figura 1). La netta riduzione osservata nel 2020 può essere messa in relazione con le misure di distanziamento sociale in atto nel corso delle prime ondate della pandemia da COVID-19 che, insieme alla paura di ripercussioni legali, ha limitato la circolazione delle persone non in regola con le norme di soggiorno, ed è coerente con

quanto osservato in relazione ad altri ambulatori che operano nello stesso contesto urbano. L'incremento del numero di prime visite nel 2021 e 2022, invece, sembra essere in controtendenza rispetto al trend discendente che si osserva dal 2007, e potrebbe essere legato ad un inasprimento delle barriere di accesso al Sistema Sanitario Nazionale (ad es. l'aumento dei tempi necessari per la formalizzazione della domanda di asilo o per le procedure di regolarizzazione); ulteriori indagini sono necessarie per verificare questa ipotesi.



Figura 1: Andamento delle prime visite per anno

DATI DEMOGRAFICI E SOCIOECONOMICI

AREA GEOGRAFICA E NAZIONALITÀ

Tra le cinque aree geografiche (Europa, Asia, Nord Africa, Africa Subsahariana e America Latina), l'area di provenienza più rappresentata complessivamente nel periodo 2018-2022 è stata l'America Latina (31.5%, appendice, Tabella A1). Tale dato rileva una differenza rispetto a quanto riportato nel precedente Rapporto (2014-2017), in cui l'area di provenienza più comune era il Nord Africa. Quando si considerano i singoli anni (Figura 2; appendice, Tabella A1), tuttavia,

si nota un progressivo aumento percentuale delle persone provenienti dal Nord Africa, che nel 2022 superano quelle provenienti dall'America Latina (35.5% e 31.8% rispettivamente). Rispetto al precedente Rapporto, quindi, si nota dal 2020 un nuovo incremento della percentuale di persone provenienti dal Nord Africa, con una riduzione della porzione proveniente dall'Africa Subsahariana.

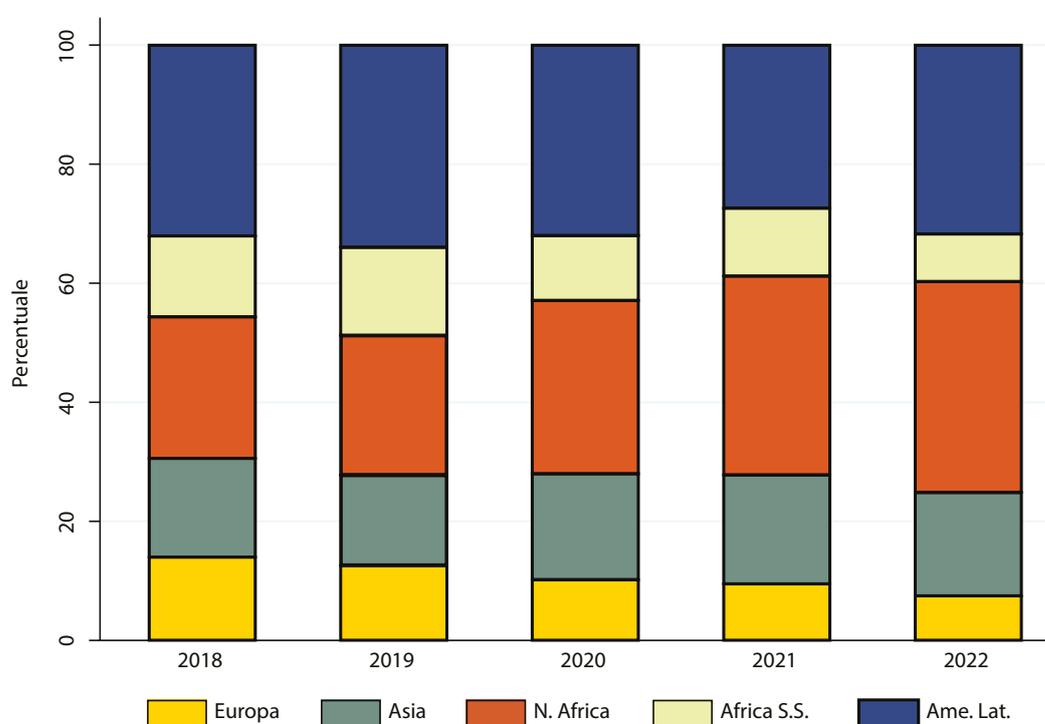


Figura 2: Area di provenienza per anno di visita (composizione percentuale)

Per quanto riguarda i singoli Paesi, sono stati considerati quelli da cui proviene almeno il 3% della popolazione afferente al Naga nel periodo 2018-2022 considerato complessivamente (e che coprono più del 70% della popolazione afferente all'ambulatorio). Tale criterio è stato sempre utilizzato per i grafici e le tabelle successivi, ogni volta che viene presa in considerazione la variabile "Paese di provenienza". In particolare, la Figura 3 riporta la distribuzione percentuale per anno dei 7 Paesi che raggiungono una prevalenza del 3% nel periodo 2018-2022 consi-

derato complessivamente: Bangladesh, Egitto, El Salvador, Marocco, Perù, Romania e Sri Lanka. Gli altri Paesi sono inclusi nella categoria residuale "Altri". Nella Tabella 1, in aggiunta ai Paesi già citati, sono inclusi anche i Paesi che raggiungono una prevalenza del 3% in almeno uno degli anni considerati: Albania, Algeria, Cina, Nigeria e Ucraina.

Il Perù è il Paese più rappresentato in tutti gli anni, con un picco che raggiunge il 21% nel 2020, ad eccezione del 2021, anno in cui è stato superato dal Marocco. Anche la percentuale di

persone provenienti dall'Egitto mostra un sostanziale aumento dal 2018 al 2022 (dal 8.6% al 14.4%), mentre si riduce dal 2021 al 2022 quella delle persone provenienti dal Banglade-

sh. Come nel precedente Rapporto, continua a ridursi la percentuale di persone provenienti dalla Romania e dall'Albania.

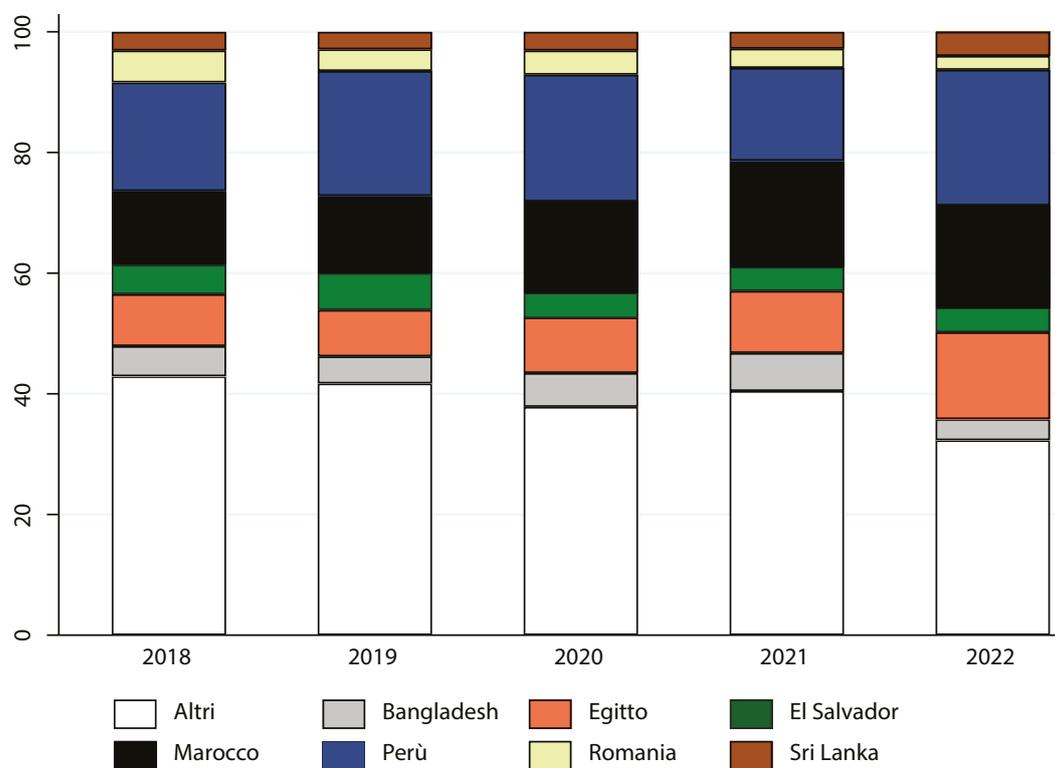


Figura 3: Paese di origine per anno di visita (distribuzione percentuale)

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Albania	3.1	2.9	1.8	2.1	1.9	2.4
Algeria	1	1.6	2.8	3.7	1.54	2
Bangladesh	5	4.5	5.6	6.3	3.5	4.8
Cina	1.6	0.6	4.1	4.6	2.3	2.5
Egitto	8.6	7.7	9.2	10.3	14.4	10.4
El Salvador	4.9	6.1	4.1	4	4.1	4.6
Marocco	12.2	12.8	15.1	17.6	16.9	15
Nigeria	2.6	4.6	2.9	3	1.2	2.7
Perù	18	20.7	21	15.4	22.5	19.7
Romania	5.3	3.6	4	3.2	2.3	3.6
Sri Lanka	3.1	2.9	3.1	2.8	4	3.3
Ucraina	3.1	3.2	2.4	2.6	1.5	2.5
Altri	31.5	28.8	23.9	24.4	23.86	26.5

Tabella 1: Paese di provenienza e anno di visita (distribuzione percentuale)

In grassetto: Singoli Paesi di provenienza con almeno il 3% della popolazione nel periodo 2018-2022 (vedi Figura 3)

GENERE

Il genere registrato in occasione della compilazione delle cartelle riflette quello dichiarato dalla persona. Solo dal 2020 è stata inclusa anche la possibilità di indicare un'identità di genere transgender (abbreviata, nelle tabelle e nelle figure a seguire, come "donne trans"). Nel periodo 2020-2022, 17 persone che hanno effettuato il primo

accesso al Naga hanno dichiarato identità transgender.

In media, più del 60% della popolazione è di genere maschile, con un divario tra genere maschile e femminile che aumenta dal 2020 in poi (Tabella 2). Il dato è coerente con quanto riportato nel precedente Rapporto.

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Donne	41.3	43.5	38.4	34.5	35.6	38.5
Uomini	58.7	56.5	61.3	65	64.1	61.3
Donne trans	0	0	0.4	0.5	0.3	0.2
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 2: Genere e anno di visita (distribuzione percentuale)

Si osservano importanti differenze nella distribuzione dei generi fra le singole aree di provenienza (Figura 4). Mentre la prevalenza del genere maschile è particolarmente spiccata nella popolazione proveniente da Africa Subsahariana (78.8%) e Nord Africa (90.5%), il genere femminile risulta quello più rappresentato se si considera la popolazione proveniente da Europa

(60.1%) e America Latina (68%).

Questa distribuzione si mantiene anche quando si considerano i singoli anni, con un crescente incremento del divario tra popolazione maschile e femminile per quanto riguarda il Nord Africa, in cui la popolazione femminile risulta del 15.7% nel 2018 e 4.6% nel 2022 (appendice, Tabella A2).

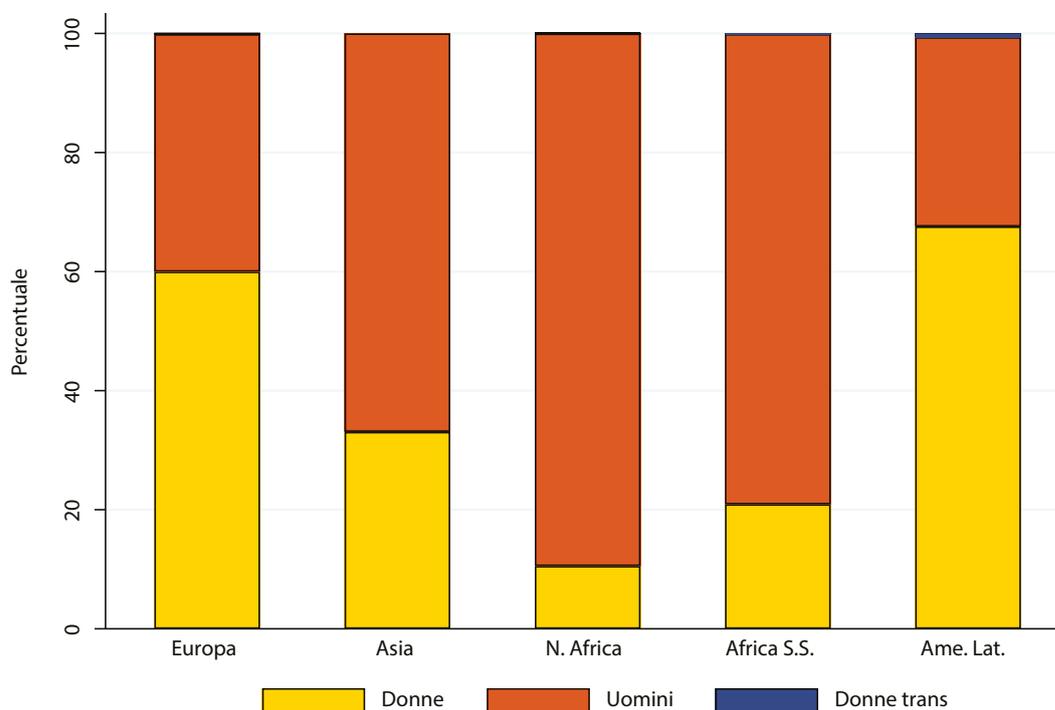


Figura 4: Genere per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

* Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans', che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020

** Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

Prendendo in considerazione i singoli Paesi (Figura 5; Tabella A3, appendice) si osserva come la distribuzione per genere rispecchi sostanzialmente quella dell'area di origine corrispondente, con alcune particolarità. Ad esempio, in contrasto con quanto riportato per la popolazione asiatica, la popolazione maschile proveniente da

Bangladesh supera il 90%. Per quanto riguarda la Romania, invece, si osserva una prevalenza solo moderata della popolazione femminile rispetto a quella maschile, in contrasto con la maggior presenza del genere femminile osservata nella popolazione proveniente dall'Europa.

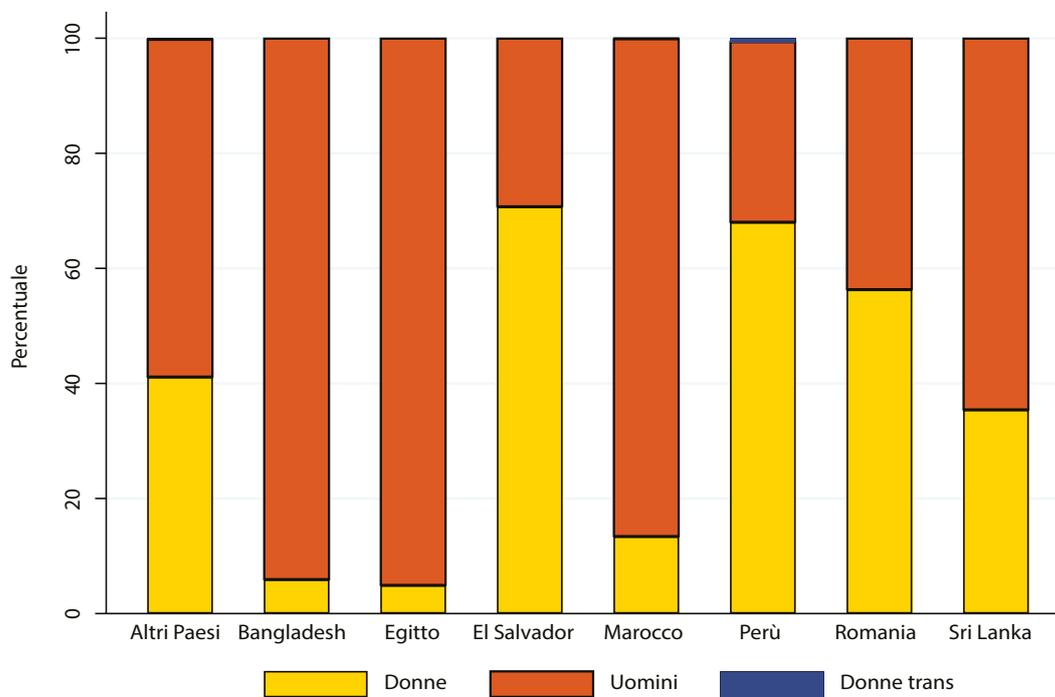


Figura 5: Genere per Paese di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

ETÀ

L'età mediana al momento della prima visita è di 35 anni, e la classe di età più frequente nel periodo 2018-2022 è quella tra i 25 e i 34 anni (Tabella 3).

La popolazione femminile risulta lievemente più anziana (età mediana 39 anni nella popolazione femminile, 33 in quella maschile).

La classe di età più frequente nella popolazione femminile è infatti quella tra i 45 e i 64 anni (31.8%), mentre nella popolazione maschile è quella tra i 25 e i 34 anni (36.5%) (Fig. 6). Il quadro risulta sostanzialmente stabile se si considera la distribuzione delle classi di età per genere nei singoli anni (Tabella A4, appendice).

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
anni 24≥	17.5	18.2	12.7	13.6	15.1	15.6
anni 25-34	32.3	31.4	31.7	32.3	34.2	32.6
anni 35-44	21.6	23	26	23.4	23	23.2
anni 45-64	24.5	23.1	24.8	24.9	23.4	24.1
anni e oltre 65	4.1	4.3	4.8	5.8	4.3	4.6
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 3: Classe di età per anno di visita (distribuzione percentuale)

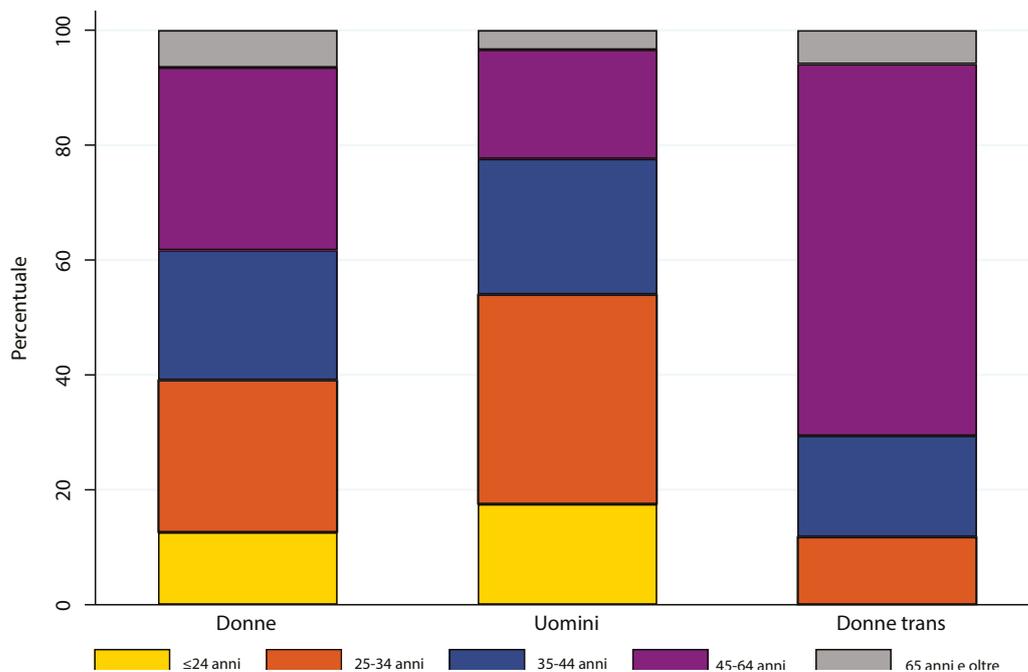


Figura 6: Classe di età per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

Se si considera l'area di provenienza (Figura 7), la popolazione proveniente da Nord Africa e Africa Subsahariana risulta più giovane (classe d'età più frequente 25-34 anni, rispettivamente il 39.9% e il 39.1%), mentre la popolazione proveniente dall'Europa centro-orientale ha nel 36 % dei casi un'età compresa tra i 45 e i 64 anni. Se si considerano i singoli anni, si osserva un progressivo incremento percentuale della fascia 45-64 anni della popolazione femminile proveniente

dall'Asia, dal Nord Africa e dall'Africa Subsahariana; in quest'ultima, in particolare, si passa dal 14% nel 2018 al 31% nel 2022.

Nella popolazione maschile si osserva invece un progressivo incremento della fascia 25-34 anni in quella proveniente dall'Africa Subsahariana, che raggiunge il 45.5% nel 2022. Un simile trend è osservabile anche nella popolazione proveniente dal Nord Africa (43.6 % nel 2022, Tabella A6, appendice).

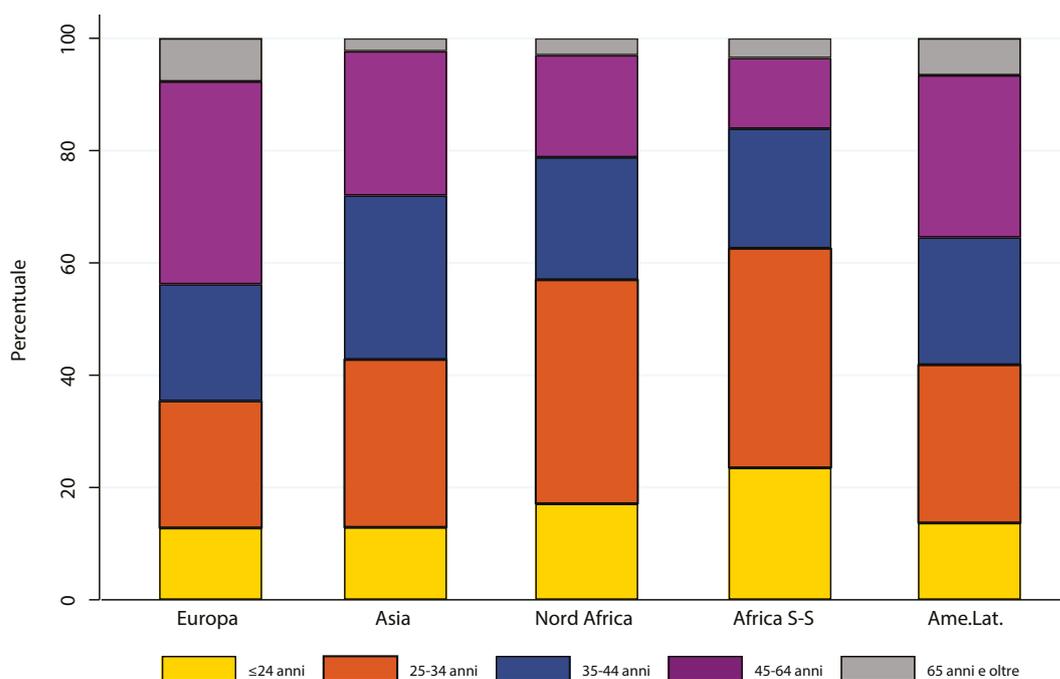


Figura 7: Classi di età per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

ISTRUZIONE

Il livello di istruzione corrisponde al grado di scolarizzazione dichiarato dalla persona. Il dato risulta mancante per 318 persone.

Più di un terzo degli utenti (36.3%) ha un livello di istruzione corrispondente a quello delle scuole superiori in Italia, e quasi un terzo alle scuole medie (Tabella 4). Solo il 5,5% non è in possesso di un titolo di istruzione, e meno del 15% riferisce un livello di istruzione assimilabile alle scuole elementari. Il dato, stabile rispetto al Rapporto precedente, deve essere interpretato anche considerando il fatto che il livello di istruzione potrebbe influire sulla stessa scelta di recarsi al Naga per richiedere supporto per problemi di salute, e non può essere considerato come valido per la popolazione migrante in generale.

Nella popolazione femminile (Figura 8) più della metà dei soggetti (55.3%) ha dichiarato un livello di istruzione pari a quello della scuola superiore o più avanzato, rispetto al 39,1% degli uomini. Il quadro si mantiene sostanzialmente stabile se si considera il precedente Rapporto e anche i singoli anni dal 2018 al 2022 (Tabella A7, appendice).

La distribuzione dei livelli di istruzione differisce a seconda dell'area di provenienza della popolazione: il 62,5% della popolazione proveniente dall'America Latina ha completato le scuole superiori o l'università, mentre l'istruzione elementare o l'assenza di titolo è la condizione più frequente in pazienti provenienti dall'A-

frica Subsahariana (35.8%) (Figura 9). Nei singoli anni la distribuzione percentuale dei livelli di istruzione per area di provenienza si mantiene sostanzialmente stabile, eccetto che per modeste fluttuazioni delle percentuali e un incremento più importante della percentuale di soggetti con livello di istruzione elementare o nullo nella popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana, che raggiunge il 45% nel 2021 (Tabella A8, appendice). Tra i singoli Paesi considerati (Figura 10), la percentuale più alta di soggetti che hanno completato studi superiori si osserva per coloro che provengono da El Salvador, Perù e Sri Lanka (Figura 9). È interessante notare che più del 50% della popolazione egiziana ha un livello di istruzione almeno superiore, mentre nella popolazione proveniente dal Marocco questa percentuale è solo del 28.5%.

La Tabella A9 (appendice), riporta le distribuzioni percentuali per singolo Paese per singolo anno. La percentuale di soggetti analfabeti è particolarmente elevata (superiore al 20%) tra le persone provenienti dalla Romania nel triennio 2019-2021. Il dato potrebbe essere influenzato da un *bias* di selezione del campione: i cittadini rumeni che si rivolgono al Naga sono infatti cittadini disoccupati, o più frequentemente lavoratori in nero o famigliari a carico, che non hanno assicurazione sanitaria né i requisiti per l'iscrizione al SSR. Il basso livello di scolarizzazione di questa popolazione potrebbe essere la spia di una più generale condizione di fragilità.

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Nessun titolo	4.9	5.2	5.6	7.3	4.9	5.5
Scuole elementari	13.5	13.5	14.8	16.3	13.8	14.3
Scuole medie	31.8	30.6	30.8	30.2	30.9	30.9
Scuole superiori	34.9	36	36.7	34.9	38.3	36.3
Università	10.1	9.9	10.4	8.6	7.4	9.1
Dato Mancante	4.8	4.7	1.7	2.6	4.7	3.9
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 4: Istruzione per anno di visita (distribuzione percentuale)

* Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

** Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne rans', che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020

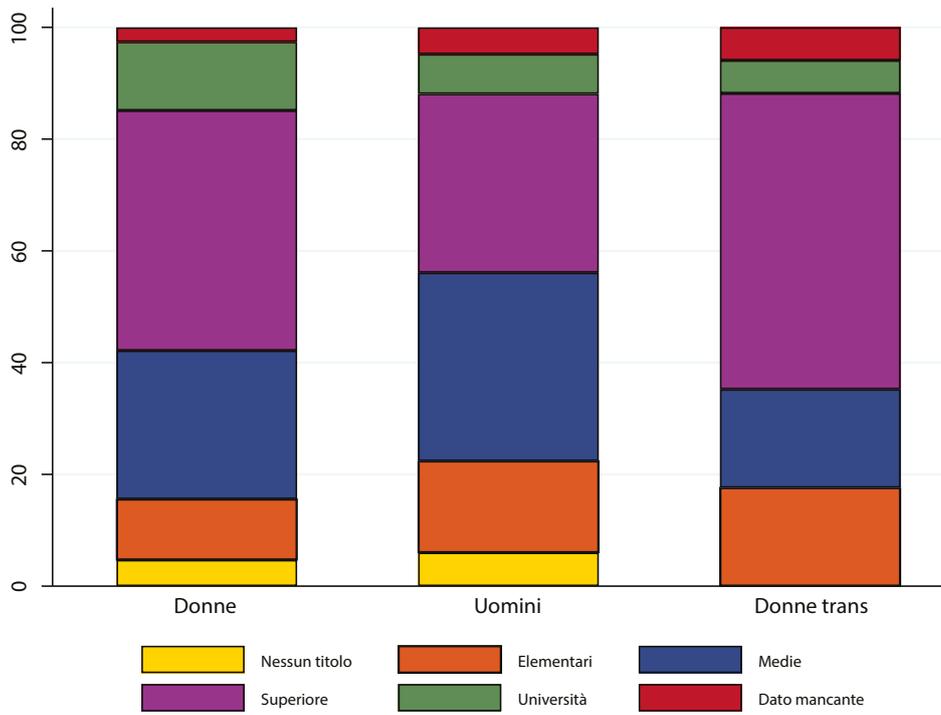


Figura 8: Istruzione per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

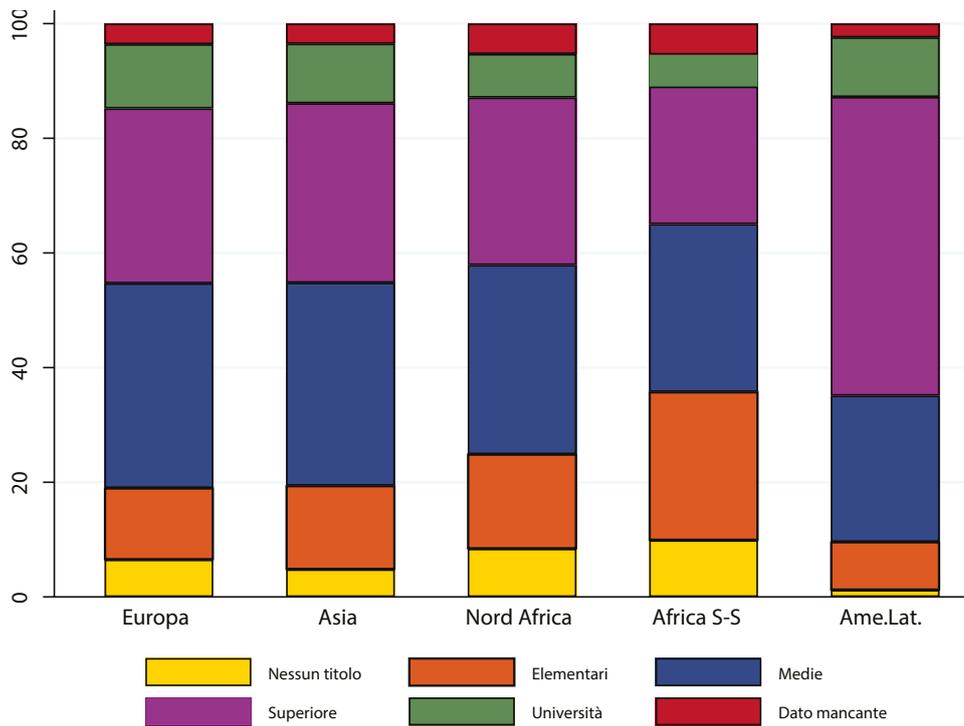


Figura 9: Istruzione per area di origine (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022**

* Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans,' che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020

** Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

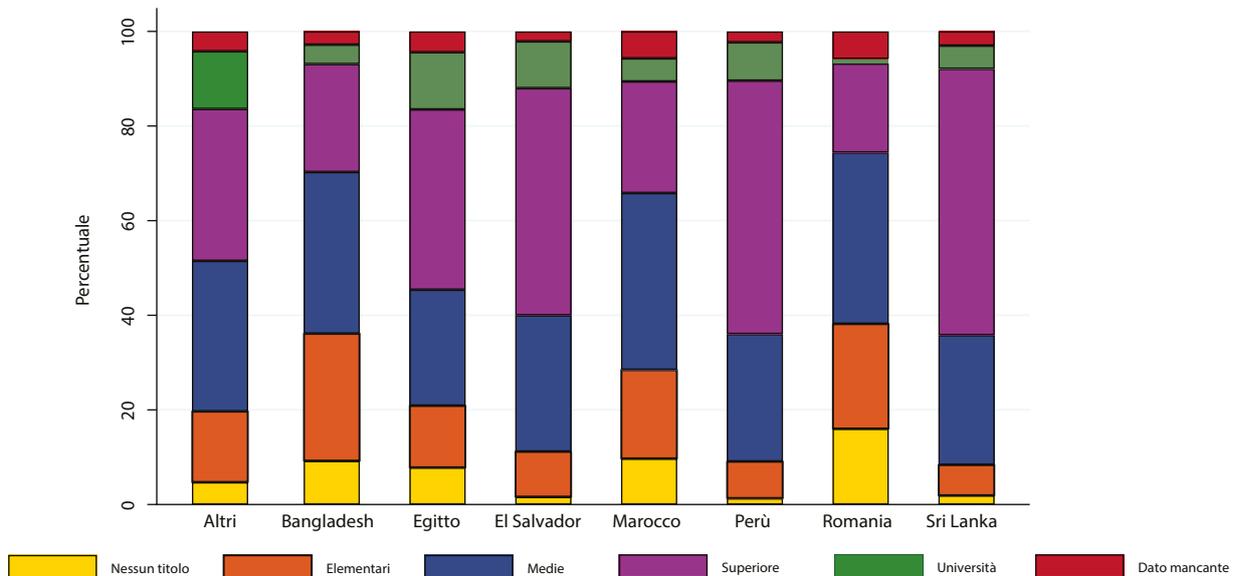


Figura 10: Istruzione per Paese di origine (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022**

PERMANENZA IN ITALIA

Il dato sulla permanenza in Italia alla data della visita è stato derivato dalla data di arrivo in Italia, che non è disponibile per 551 visite.

Più di un terzo della popolazione è di recente arrivo (meno di un anno nel 35%) e più del 30% era arrivata in Italia da almeno 4 anni, mentre sono meno rappresentate le categorie intermedie di permanenza in Italia. La distribuzione si mantiene sostanzialmente stabile dal 2018 al 2020 (Tabella 5). Nel 2021 si riduce temporaneamente la percentuale di soggetti di recente arrivo, probabilmente come effetto di quanto accaduto nel corso delle prime ondate della pandemia da COVID-19, cioè la riduzione degli

arrivi e il distanziamento sociale. In particolare, quest'ultimo potrebbe aver condizionato una minore affluenza di soggetti di recente arrivo, meno orientati in merito alla rete di supporto territoriale, e probabilmente meno affetti da patologie gravi, in ragione del cosiddetto *healthy migrant effect*, per il quale la popolazione migrante di recente arrivo presenta un profilo di salute migliore della popolazione del Paese ospite.³ La popolazione femminile risulta più frequentemente di recente arrivo nel periodo 2018-2022 (Figura 11) e nei singoli anni (eccetto che nel 2021 - Tabella A10, appendice).

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
anno 0-1	32.3	34.2	30.9	26.8	45.1	35
anni 1-2	13.5	11.1	13.2	12.5	5	10.5
anni 2-3	11.3	11.1	10.2	9.4	6.2	9.4
anni 3-4	6.9	8.1	6.8	6.8	5.5	6.7
o più anni 4	30.4	29.9	33.9	38.9	27.8	31.6
Dato mancante	5.5	5.5	5.1	5.6	10.4	6.8
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 5: Permanenza in Italia per anno di visita (distribuzione percentuale)

3: Moullan Y., Jusot F., Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?, *European Journal of Public Health*, Vol. 24, Supplement 1, 2014. Kennedy S., McDonald J-T., Biddle N., The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries, *SEDAP Research Paper*, 2006. Fennelly K., The "healthy migrant" effect., *Minn Med*, 2007.

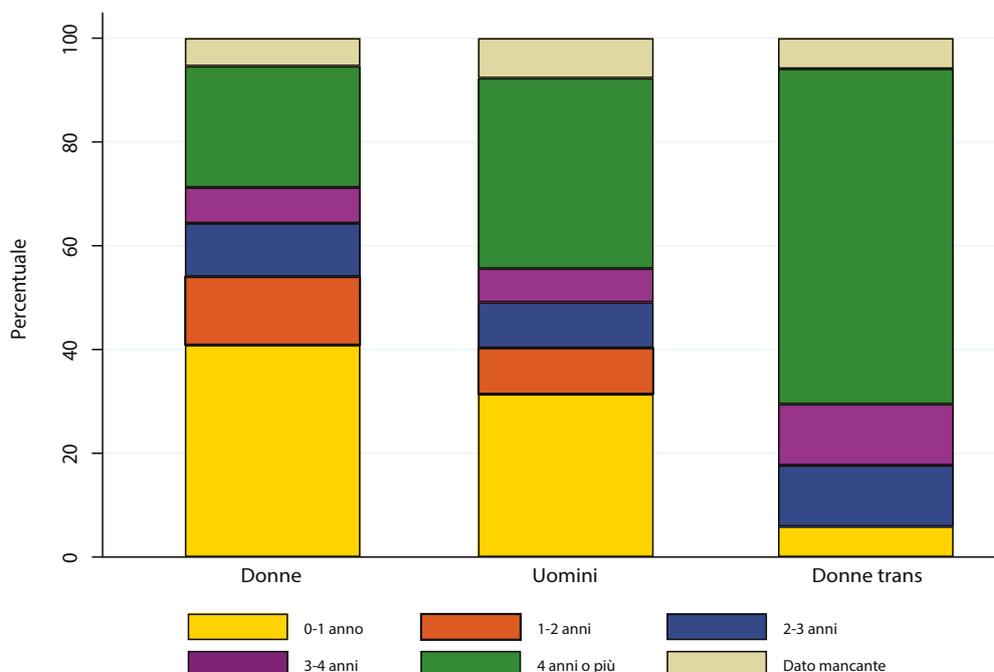


Figura 11: Permanenza in Italia per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

Si osserva una certa eterogeneità dell'anzianità migratoria tra aree di origine: nel periodo 2018-2022 quasi la metà della popolazione proveniente dall'America Latina era arrivata da meno di un anno (49.4%), con una stabilità nel corso del periodo considerato. Si è invece assistito ad un aumento dei recenti arrivi dall'Asia (dal 16% nel 2018 al 33% nel 2022) e dal Nord Africa (dal 17.8% nel 2018 al 44.7% nel 2022) ed una riduzione degli stessi dall'Africa Subsahariana

(13.6% nel 2018 al 7.5% nel 2022). Infine, un'anzianità migratoria elevata (> 4 anni) è presente tra le persone provenienti dall'Africa Subsahariana (65.7%). Per maggiori dettagli, si vedano la Figura 12 e le tabelle A11, A12 e A13 (appendice), che riportano la distribuzione delle categorie di permanenza in Italia nei singoli anni, per la popolazione totale e per la popolazione femminile e maschile considerata separatamente.

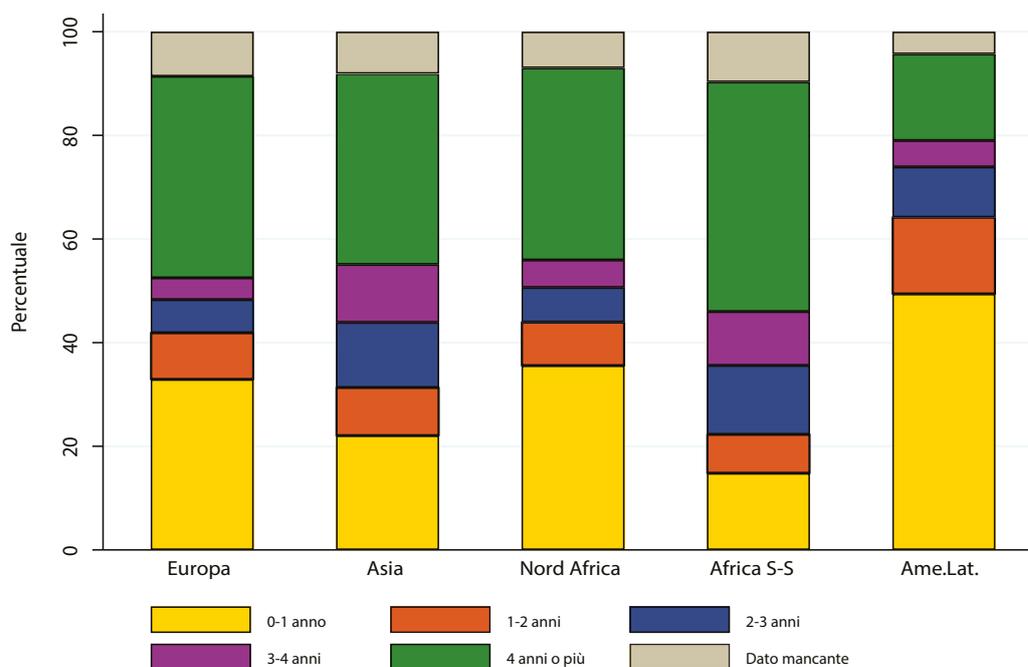


Figura 12: Permanenza per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022**

SITUAZIONE FAMILIARE

Sono state distinte quattro categorie: coniugati/e (comprendono anche i conviventi); celibi/nubili; separati/e (comprendono anche divorziati/e) e vedovi/e. Il dato non è disponibile per 150 visite.

Circa la metà della popolazione è celibe/nubile, e il quadro si mantiene sostanzialmente stabile nei singoli anni (Tabella 6). La percen-

tuale di donne nubili è inferiore a quella degli uomini celibi (42.4 vs 56% rispettivamente), con una maggiore percentuale di donne separate e vedove (13.5% e 5.9% rispettivamente - Figura 13) rispetto alla popolazione maschile; la distribuzione si mantiene sostanzialmente stabile se si considerano i singoli anni (Tabella A14, appendice).

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Coniugati/e	35.6	37.3	36.9	34.7	36.5	36.2
Celibi/Nubili	52.2	49.6	50.1	51.3	50.3	50.8
Separati/e	8.1	9	9.7	9.4	7.5	8.5
Vedovi/e	2.6	3.1	2.5	3	2.3	2.7
Dato mancante	1.4	1.1	0.9	1.7	3.3	1.9

Tabella 6: Stato civile per anno di visita (distribuzione percentuale)

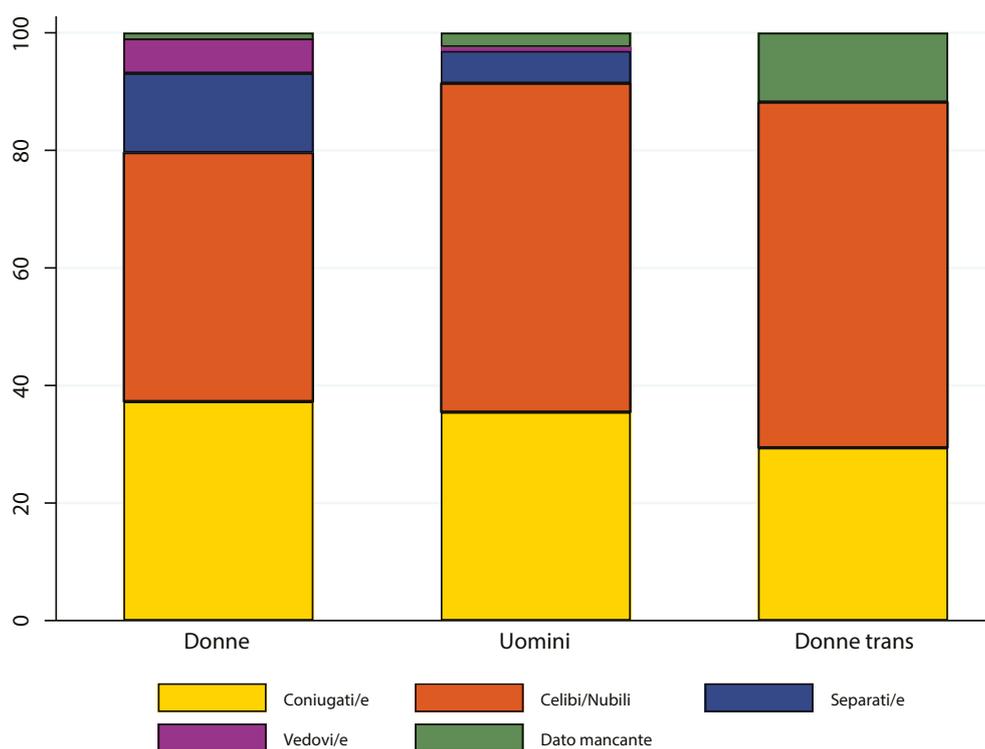


Figura 13: Stato civile per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

* Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans', che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020.

** Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

Si osserva una certa eterogeneità fra aree di provenienza (Figura 14). Poco meno della metà delle persone provenienti dall'Europa e dall'Asia è coniugata, mentre la maggior parte della popolazione proveniente da Africa del Nord, Africa Subsahariana e America Latina è celibe o nubile. Per quanto riguarda le differenze di genere, nella popolazione maschile sono celibi la maggioranza delle persone provenienti dal Nord Africa e dall'Africa Subsahariana (60% e 54%, rispettivamente), mentre in quella femminile sono nubili circa la metà delle provenienti dall'America latina e Africa Subsahariana (52 e 43%, rispettivamente). Il gruppo dei separati/e presenta percentuali più elevate nelle popolazioni provenienti dall'Europa e dall'America Latina (12.5% e 10.8%, rispettivamente). Questa distribuzione è perlopiù simile a quella osservata nel 2017. Le Tabella A15, A16 e A17 (appendice) riportano l'evoluzione negli anni della distribuzione delle categorie di stato civile per area di provenienza,

nella popolazione generale e separatamente in quella femminile e in quella maschile.

Se si considerano i singoli Paesi (Figura 15), la distribuzione risulta sostanzialmente sovrapponibile rispetto a quella dell'area geografica di riferimento, con l'eccezione di una percentuale di soggetti coniugati decisamente maggiore nella popolazione proveniente dall'Egitto rispetto a quella proveniente dal Marocco (43.6% e 23.5%, rispettivamente). La tabella A18 (appendice) riporta l'evoluzione negli anni della distribuzione percentuale delle categorie di stato civile per i singoli Paesi. A questo proposito, si rileva un aumento percentuale delle persone coniugate provenienti dalla Romania (dal 47.9 nel 2018 al 68.6 % nel 2022), considerando insieme entrambi i sessi. Poco meno di metà della popolazione ha almeno un figlio (Tabella 7). Il dato cambia, tuttavia, se si considera esclusivamente la popolazione femminile: più del 60% delle donne ha infatti almeno un figlio (Figura 16).

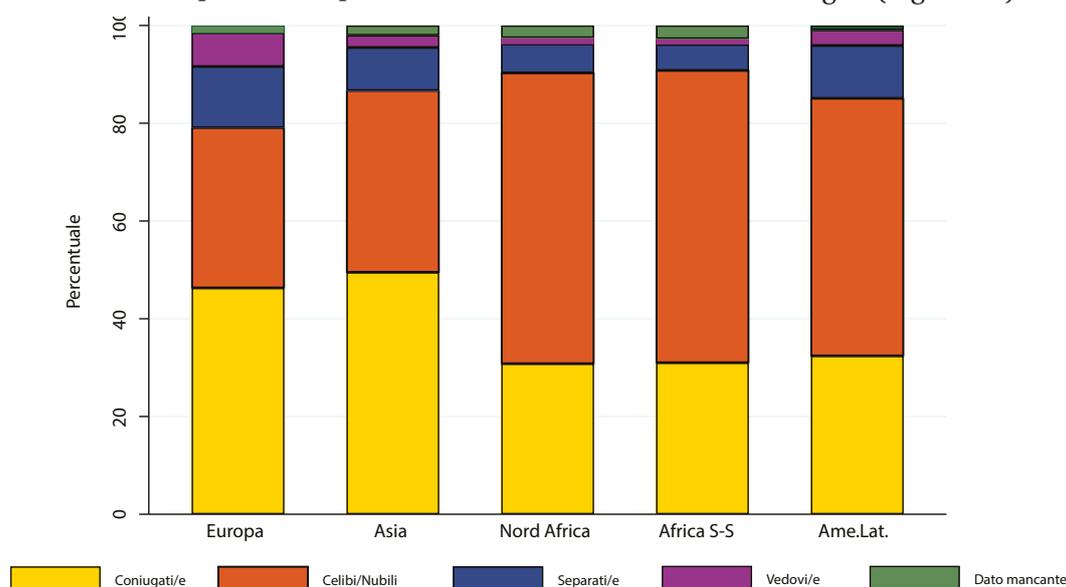


Figura 14: Stato civile per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
DATO MANCANTE	*52.4	45.1	0	0	0	50.4
NO FIGLI		3.33	47.6	52	51.4	
figlio 1	15.6	16.7	18.5	16.1	17.1	16.7
figli 2	15	17.5	16	15.4	15.7	15.9
figli 3	8.7	8.7	9.5	9.4	8.6	8.9
o più figli 4	8.3	8.6	8.4	7.1	7.2	7.9
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 7: Numero di figli per paziente per anno di visita (distribuzione percentuale)

Per il 2018 l'assenza di figli e la mancanza di informazioni in merito sono accorpate nella stessa categoria.

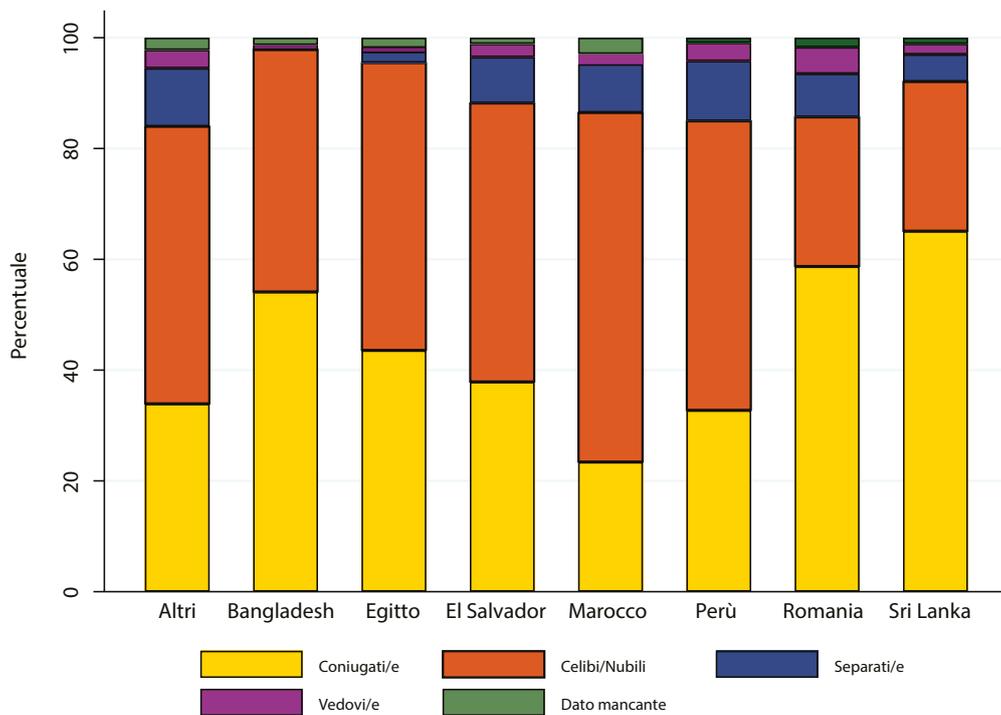


Figura 15: Stato civile per Paese d'origine (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

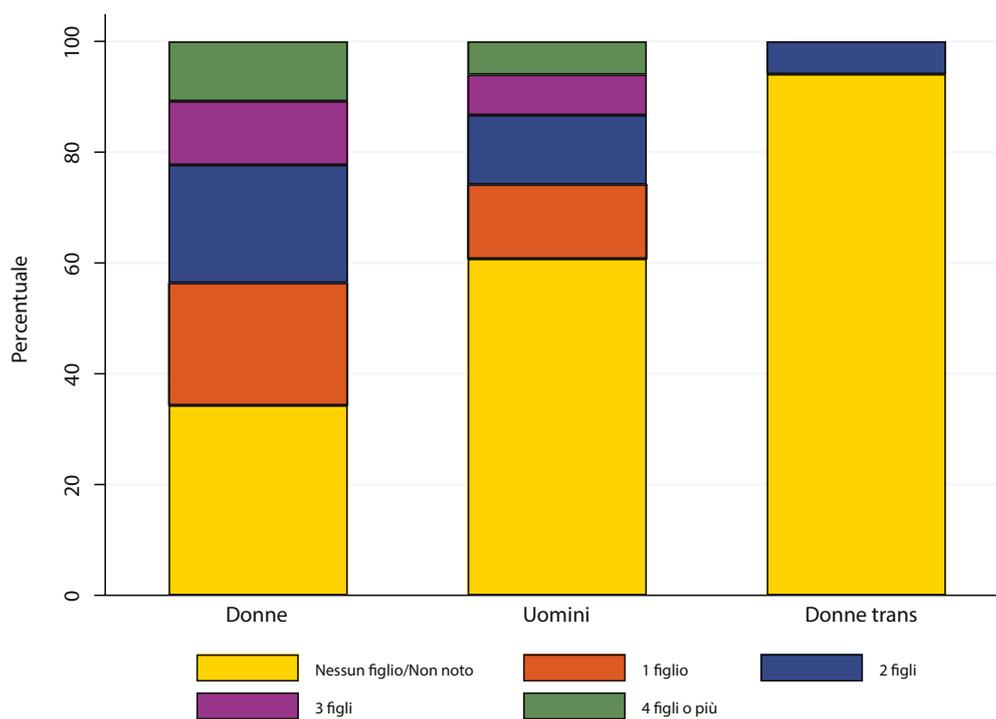


Figura 16: Numero di figli per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022** ^

*Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

** L'assenza di figli e la mancanza di informazioni in merito sono state accorpate in un'unica categoria per tutti gli anni, per permettere una sintesi delle informazioni riguardanti il periodo complessivo 2018-2022

^ Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans', che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020

CONDIZIONE ABITATIVA

Per quanto riguarda la condizione abitativa, sono state distinte tre categorie: 1) in affitto e/o presso parenti, che include chi affitta un posto letto o un appartamento, chi è ospite di amici o parenti, chi condivide con loro l'appartamento etc.; 2) presso il datore di lavoro, che include badanti, babysitter, collaboratori/collaboratrici domestici/he etc; 3) senza fissa dimora, che include coloro che dormono per strada, presso dormitori o in altre strutture di accoglienza temporanea. Il dato risulta mancante per 254 persone.

La maggior parte della popolazione inclusa nell'analisi vive in alloggi in affitto o presso parenti (Tabella 8). La percentuale delle persone senza dimora aumenta dal 2018 al 2022 (dal 17.7 % al 22.6%). La percentuale di individui senza fissa dimora è di gran lunga maggiore nella popolazione maschile rispetto a quella femminile (27.3% rispetto a 7.7%) (Figura 17). La distribuzione delle categorie di condizioni abitative nei singoli generi è sostanzialmente stabile negli anni (Tabella A20, appendice).

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
In affitto o da parenti	77.1	76.4	78.7	75.7	70.5	75.2
Presso il datore di lavoro	1.5	1.7	1.9	3.4	1.7	2
Senza dimora	17.7	19.8	17.9	19.2	22.6	19.7
Dato mancante	3.7	2.1	1.5	1.7	5.2	3.1
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 8: Condizione abitativa per anno di visita (distribuzione percentuale)

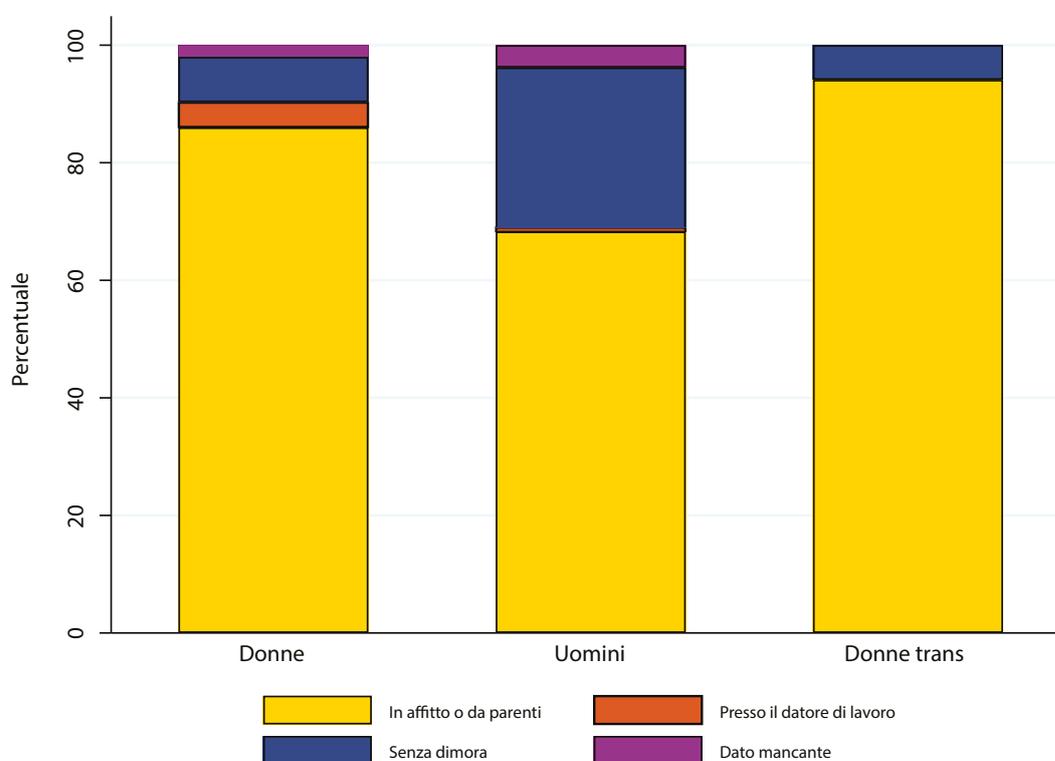


Figura 17: Condizione abitativa per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

La distribuzione delle condizioni abitative cambia a seconda dell'area di origine della popolazione (Figura 18). La percentuale più elevata di soggetti senza fissa dimora si osserva infatti nella popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana (41%) e dal Nord Africa (35.7%), mentre quella più bassa si osserva nelle persone provenienti dall'America Latina (3.5%). Le tabelle A21, A22 e A23 (appendice) mostrano l'evoluzione negli anni dal 2018 al 2022 della distribuzione

delle categorie inerenti alla condizione abitativa per area di provenienza nella popolazione totale e, separatamente, nella popolazione femminile e maschile. A questo riguardo, si evidenzia nella popolazione femminile, una percentuale relativamente elevata di soggetti senza fissa dimora (26.2% nel 2022) tra le donne provenienti dall'Africa Subsahariana ed un complessivo aumento tra quelle provenienti dal Nord Africa (dal 10.3% nel 2018 al 19.4 % nel 2022).

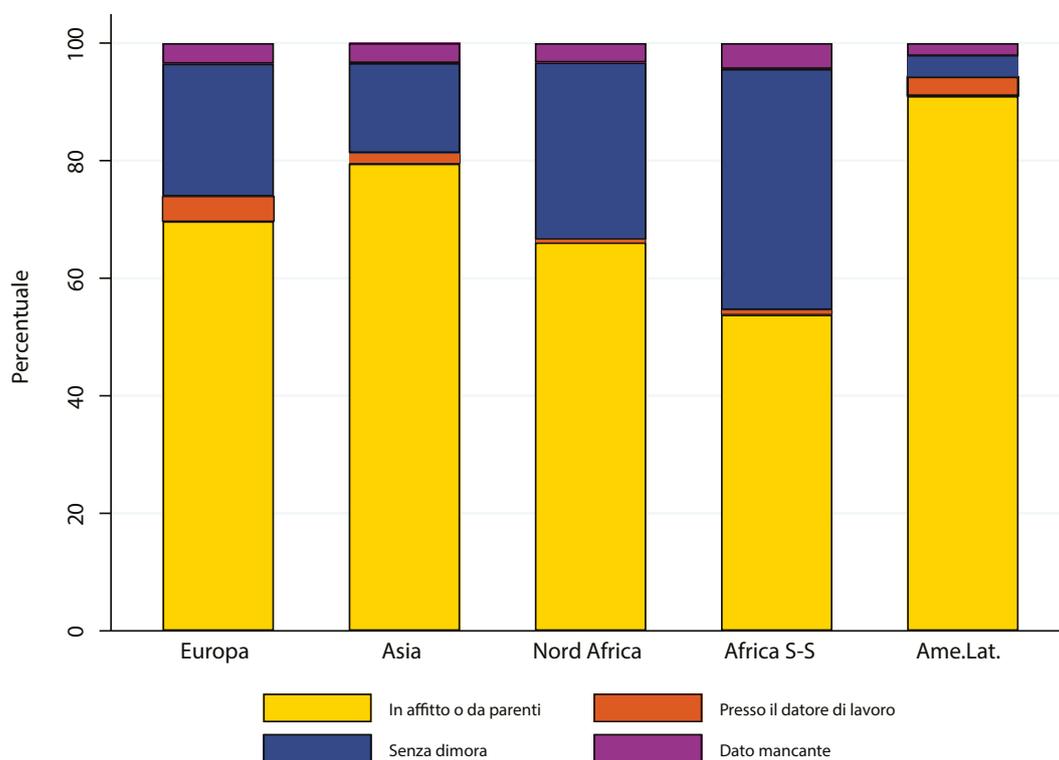


Figura 18: Condizione abitativa per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022**

* Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

** Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans' che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020.

MERCATO DEL LAVORO

I dati raccolti permettono di valutare anche l'inserimento della popolazione nel mercato del lavoro al momento del primo accesso. Per il presente report è stata valutata la condizione lavo-

rativa (o status occupazionale) e, per persone occupate, la tipologia di occupazione (misura della stabilità lavorativa).

CONDIZIONE LAVORATIVA

I dati raccolti consentono di identificare occupati, disoccupati ed inattivi, ovvero individui che non fanno parte della forza lavoro (nella nostra popolazione sono classificati in questa categoria studenti/esse e casalinghe). Il dato risulta mancante per 1.165 visite.

Più della metà degli utenti risulta disoccupato (54.9% nel periodo complessivo), con un trend in aumento dal 2018 al 2022 (dal 42.9% al 58.6%) (Tabella 9). Nella popolazione femminile le percentuali di disoccupazione si riducono

lievemente rispetto a quella maschile (51.3% vs 57.1%) ma aumentano quelle di inattività, (4.9% vs 1.2%) (Figura 19). La tabella A24 (appendice) mostra l'evoluzione negli anni della condizione lavorativa nei diversi generi. Nella popolazione maschile la percentuale dei soggetti disoccupati aumenta progressivamente dal 2018 al 2021, per poi ridursi nel 2022, forse in concomitanza con la ripresa delle attività lavorative dopo le prime ondate della pandemia da COVID-19.

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Occupati	29.8	33.5	26.3	24.3	26.6	28.1
Disoccupati	42.9	56.7	59.8	58.9	58.6	54.9
Inattivi	2.2	2.9	2.6	2.6	2.6	2.6
Dato mancante	25.1	6.9	11.2	14.3	12.2	14.4
Campione	1824	1471	1139	1451	2216	8101

Tabella 9: Condizione lavorativa per anno di visita (distribuzione percentuale)

La Figura 20 mostra la distribuzione della condizione lavorativa per area di provenienza. La percentuale più elevata di soggetti disoccupati si registra per la popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana (62.3%). Le Tabelle A25, A26 e A27 (appendice) riportano l'andamento della condizione lavorativa nei singoli anni dal 2018 al 2022 a seconda dell'area di provenienza, nella popolazione totale e rispettivamente in quella femminile e in quella maschile. Tra i soggetti provenienti dall'Africa Subsahariana vi è una percentuale di soggetti disoccupati più elevata nella popolazione femminile rispetto quella

maschile (nel 2022 81% e 59%, rispettivamente) mentre questa differenza appare meno evidente per i soggetti provenienti dalle altre aree.

Per quanto riguarda i singoli Paesi (Figura 21), le percentuali più elevate di disoccupazione si registrano per la popolazione rumena (fino quasi al 70% nel periodo complessivo 2018-2022 e fino quasi all'81% nel 2021 - Tabella A28, appendice). Questo dato deriva dal fatto che i cittadini rumeni che lavorano regolarmente hanno accesso al Servizio Sanitario Regionale (SSR) e quindi non si rivolgono al Naga per le cure mediche.

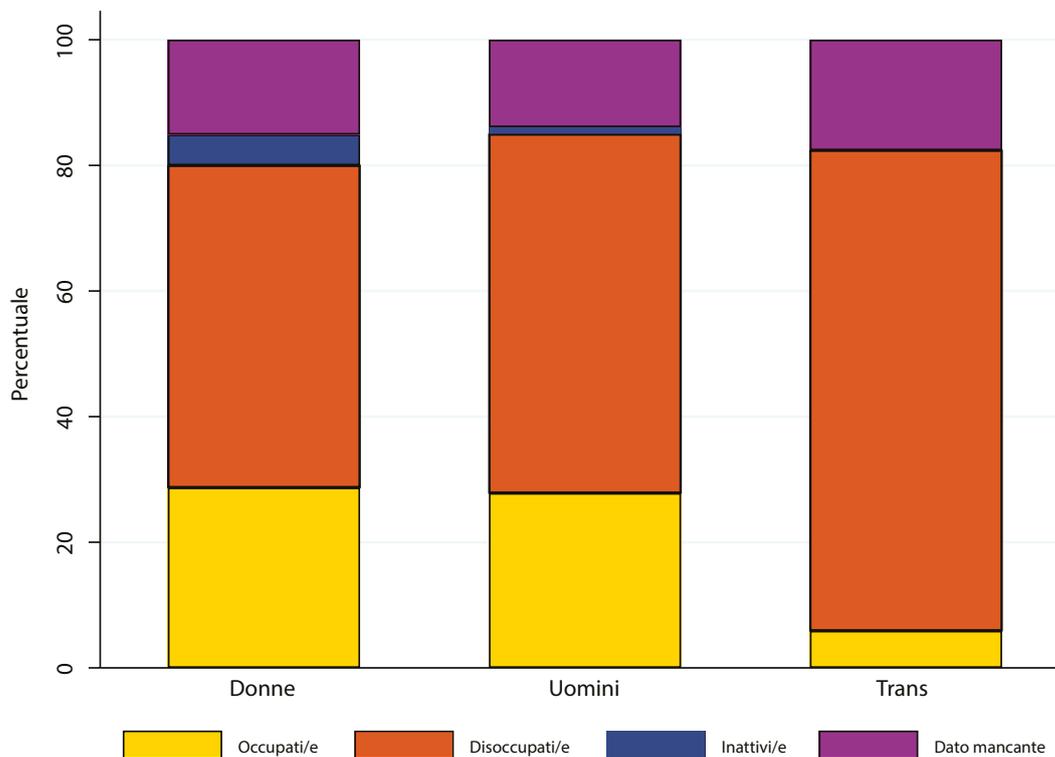


Figura 19: Condizione lavorativa per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

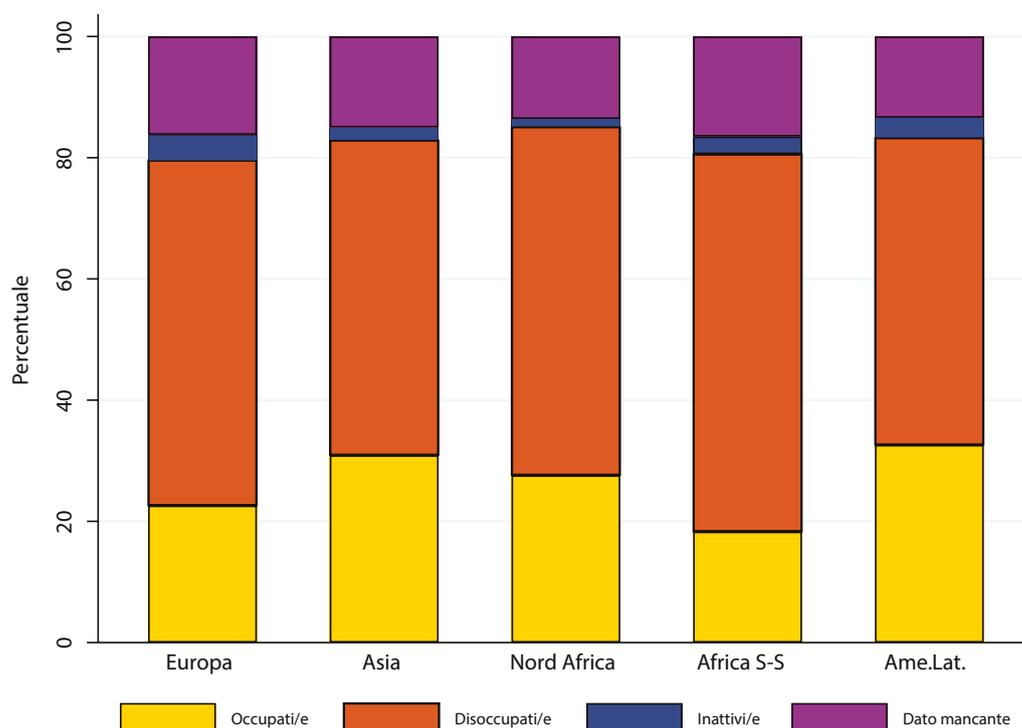


Figura 20: Condizione lavorativa per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022**

* Escluse 3 osservazioni per cui non è stato registrato il dato sull'area di origine.

** Per semplicità espositiva, viene utilizzata l'espressione 'periodo complessivo (2018-2022)' anche per la categoria 'Donne trans', che tuttavia viene registrata solo a partire dal 2020.

Se si considera la permanenza (Tabella 10) la percentuale di persone disoccupate è maggiore tra coloro che sono recentemente arrivati in Italia, probabilmente in relazione ad una scarsa integrazione nel primo periodo di permanenza. Tale percentuale si riduce per le persone con

maggiore anzianità migratoria (da 1 a 4 anni di permanenza in Italia), ma torna ad aumentare per le persone che sono presenti in Italia da più di 4 anni. La Tabella A29 (appendice) mostra i dati sulla condizione lavorativa per tempo permanenza in Italia e per anno di visita.

	anno 0-1	anni 1-2	anni 2-3	anni 3-4	anni +4	dato mancante
Occupati	16.1	38	38.9	40.7	33.2	23.6
Disoccupati	67.8	44	42.4	43.8	51.4	49.9
Inattivi	3.3	2.6	3.3	2.9	1.3	3.4
dato mancante	12.8	15.4	15.4	12.5	14	23
Campione	2833	852	759	543	2563	551

Tabella 10: Condizione lavorativa per tempo di permanenza in Italia (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022

In relazione al livello di istruzione, le maggiori percentuali di disoccupazione si osservano nelle fasce della popolazione con livello di istruzione più basso (60.6%); tuttavia, essere disoccupati è la condizione più frequente per ogni livello di istruzione preso in considerazione, dato che i disoccupati tra le persone con

istruzione superiore o universitaria risultano attorno al 50% (Tabella 11). Le tabelle A30, A31 e A32 (appendice) riportano l'andamento negli anni della condizione lavorativa in Rapporto al livello di istruzione, nella popolazione generale e nella popolazione maschile e femminile considerate separatamente.

	Nessun titolo	Scuole elementari	Scuole medie	Scuole superiori	Università	Dato mancante
Occupati	18	24.5	29.8	31.4	28.3	12.3
Disoccupati	64	59.2	56.3	52.7	50.2	47.5
Inattivi	3.1	3.2	1.6	2.8	4.3	1.3
Dato mancante	14.8	13.1	12.4	13.1	17.2	39
Campione	445	1157	2503	2939	739	318

Tabella 11: Condizione lavorativa per livello di istruzione (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022

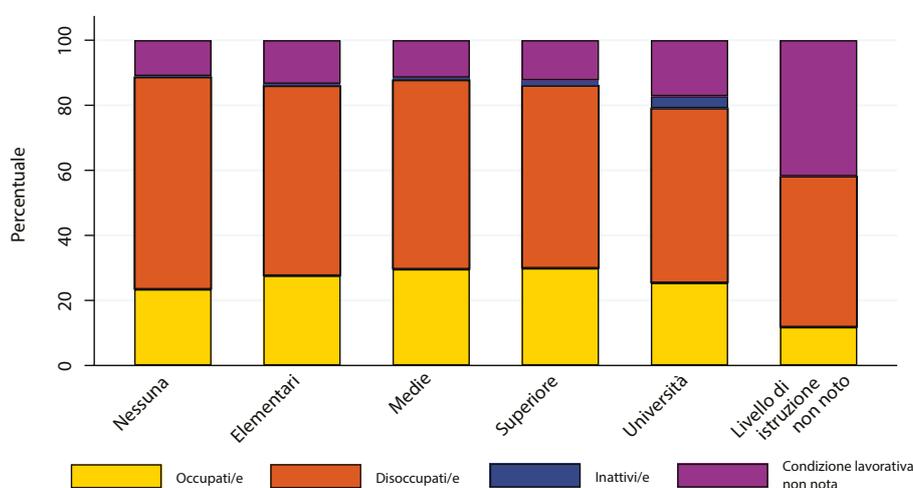


Figura 22: Condizione lavorativa per livello di istruzione (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022 - popolazione FEMMINILE

Se insieme al livello di istruzione si prende in considerazione il genere, si può notare che la popolazione femminile con livello di istruzione superiore mostra tassi di occupazione lievemente superiori rispetto alla corrispondente popolazione maschile (Figura 22 e Figura 23). Inoltre, mentre nella popolazione femminile il tasso di disoccupazione tra la popolazione con istruzio-

ne superiore (48% per le medie superiori e 47% per l'Università) risulta ridotto rispetto a quello delle donne con istruzione elementare (60%), questa differenza non si osserva nel sesso maschile, che rimane attorno al 55% per tutti i livelli di istruzione, da elementare ad universitario (Tabelle A33, appendice).

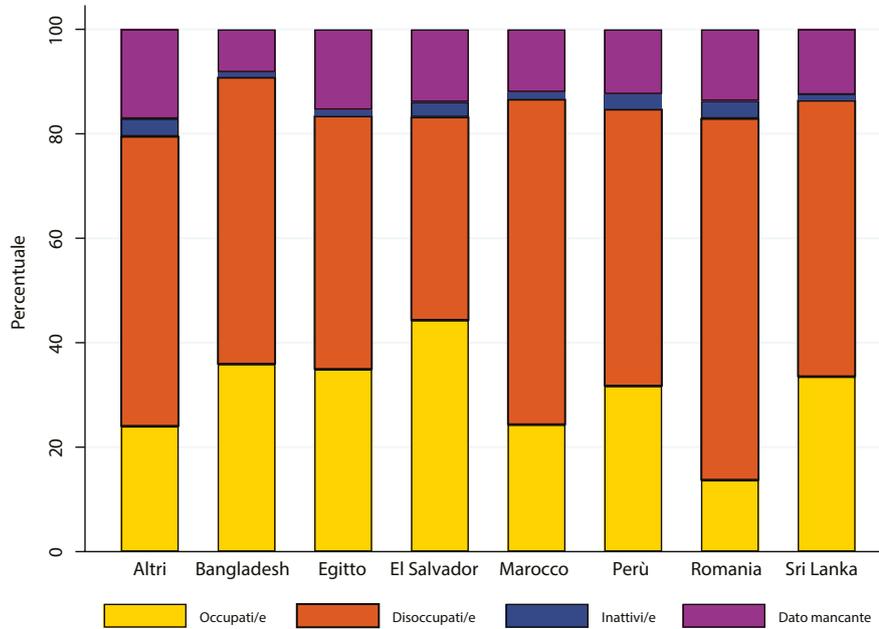


Figura 21: Condizione lavorativa per Paese di origine (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022*

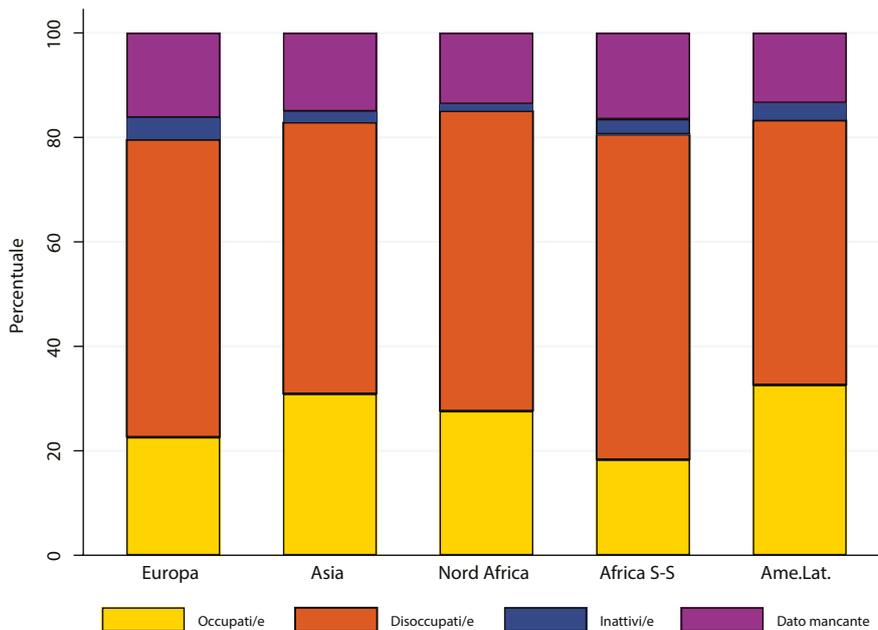


Figura 23: Condizione lavorativa per livello di istruzione (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022 - popolazione MASCHILE

TIPOLOGIA DI OCCUPAZIONE

A chi dichiara di essere occupato, viene chiesta la tipologia di occupazione, che distingue tra tre categorie (ambulante, saltuaria e permanente) e permette una valutazione seppur grossolana della stabilità lavorativa.

La maggior parte della popolazione occupata riferisce un'occupazione saltuaria, nel periodo complessivo 2018-2022 e nei singoli anni (Tabella 12).

La distribuzione per genere evidenzia minori percentuali di occupazione permanente nella popolazione maschile rispetto a quella femminile (24.5% vs 38.5%, rispettivamente),

mentre la tipologia di lavoro ambulante è quasi interamente associata al genere maschile (16.7% vs 0.2%). La Tabella A34 (appendice) riporta la distribuzione della tipologia di occupazione per anno e per genere.

Per quanto riguarda la distribuzione delle tipologie di occupazione per area di origine, le percentuali maggiori di occupazione di tipo permanente si osservano per coloro che provengono da Asia (39%) e America Latina (33%). La Tabella A35 (appendice) riporta l'evoluzione del tipo di occupazione nel corso degli anni dal 2018 al 2022 considerati singolarmente.

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
Ambulante	9.2	7.7	13.7	10.5	11.2	10.2
Permanente	26.2	29.8	26	33.2	33.9	30
Saltuaria	64.6	62.5	60.3	56.3	54.9	59.8
Campione	543	493	300	352	590	2278

Tabella 12: Tipologia di occupazione per anno (distribuzione percentuale)

PROFESSIONI IN ITALIA E NEL PAESE D'ORIGINE

I dati in merito alla professione svolta in Italia e nel Paese d'origine vengono altresì richiesti al momento della prima visita e sono stati poi codificati secondo la Classificazione Standard Internazionale delle Occupazioni (*International Standard Classification of Occupation, ISCO*⁴). La distribuzione delle professioni in Italia, distinta per genere, è raffigurata in Figura 24. La maggior parte delle donne in attività lavorativa svolge la professione di collaboratrice domestica, mentre per gli uomini la composizione in termini di attività lavorative è più eterogenea, con un quarto degli occupati che lavorano nel settore manifatturiero. Il quadro è molto simile a quanto riportato nel precedente Rapporto per l'anno 2017, ove però per il genere maschile la professione più frequente riguardava l'ambito delle attività commerciali e dei servizi.

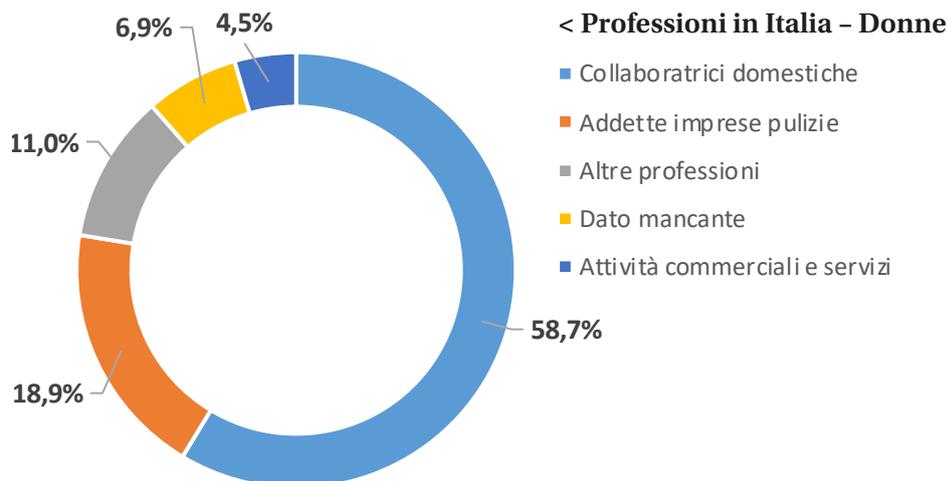
La Figura 25 fornisce invece un quadro della distribuzione delle professioni nella popolazione femminile e maschile nel Paese d'origine. Poco meno dell'85% delle persone hanno dichiarato un'occupazione nel Paese d'origine. La categoria più rappresentata è quella nelle attività commerciali e dei servizi (25.2%) per le donne, con quasi il 20% che nel proprio Paese svolgeva una mansione con elevato livello di specializzazione (professioniste, tecniche e impiegate), mentre quasi il 40% degli uomini svolgeva nel Paese d'origine occupazioni elementari, cioè caratterizzate da mansioni semplici e, spesso, da un considerevole sforzo fisico (ad es. lavoro in agricoltura, nell'ambito delle pulizie o nelle miniere). Tuttavia, una percentuale non trascurabile di loro svolgeva lavori qualificati nel paese di origine.

Pagina seguente, in alto - Figura 24: Tipologia di professione per genere in Italia, 2018-2022*

Pagina seguente, in basso - Figura 25: Tipologia di professione per genere nel Paese d'origine, 2018-2022*

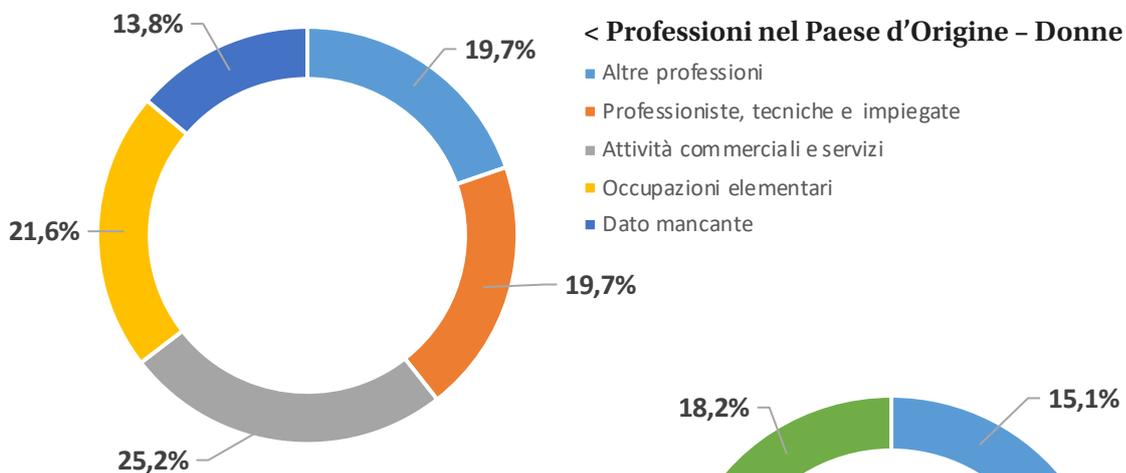
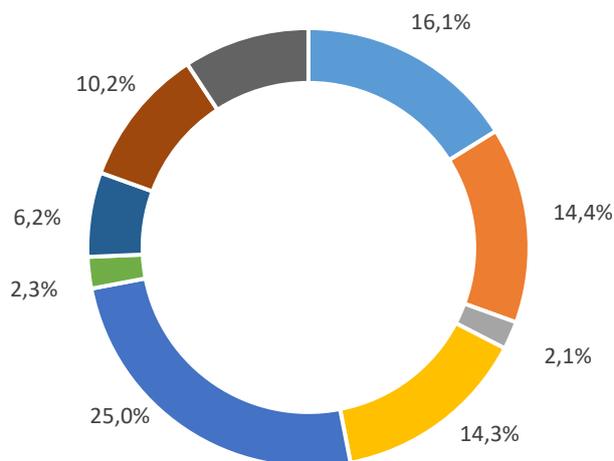
* Sono considerati solo i soggetti occupati: 1236 donne e 1897 uomini

4. <https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>



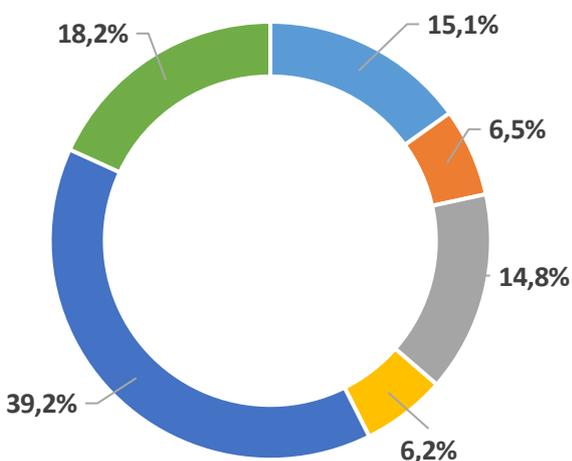
Professioni in Italia — Uomini >

- Altre professioni
- Attività commerciali e servizi
- Artigiani
- Venditori ambulanti
- Operai settore manifatturiero
- Magazzinieri/Facchini
- Collaboratori domestici
- Addetti imprese pulizie
- Dato mancante



Professioni nel Paese d'Origine - Uomini >

- Altre professioni
- Professionisti, tecnici e impiegati
- Attività commerciali e servizi
- Artigiani e relativi commercianti
- Occupazioni elementari
- Dato mancante



L'obiettivo di questa seconda parte del Rapporto è di esaminare i dati clinici delle persone che si sono recate al Naga nel periodo 2018 e 2020-2022 e analizzare la correlazione fra le loro condizioni sanitarie e le loro caratteristiche demografiche e socioeconomiche. La particolare composizione della popolazione afferente all'ambulatorio Naga, che comprende persone che non hanno accesso alle prestazioni di Medicina di base garantite dal SSN in quanto privi di tessera sanitaria, fa sì che i dati clinici raccolti costituiscano una preziosa fonte di informazione sull'universo dell'immigrazione irregolare e rappresentano una vasta banca dati sulle condizioni mediche degli immigrati privi di permesso di soggiorno non ospedalizzati. Infatti, la letteratura relativa all'utilizzo di servizi di assistenza sanitaria a tutt'oggi disponibile riguarda essenzialmente gli immigrati regolari, mentre per gli immigrati non in regola con le norme di soggiorno gli studi esistenti utilizzano le informazioni contenute nelle schede di dimissioni ospedaliere, data la sostanziale preclusione all'accesso alla medicina di base.

MOTIVI DELLA PRIMA VISITA

I dati clinici sono stati analizzati per un campione di popolazione che comprende 6.630 persone che hanno effettuato la prima visita presso l'ambulatorio Naga nel 2018 o dal 2020 al 2022, mentre non sono disponibili i dati clinici per il 2019. L'accesso all'ambulatorio è libero e gratuito. Si segnala, tuttavia, che per mancanza di personale e apparecchiature adeguate non vengono generalmente visitate le persone che giungono al Naga solamente per patologie odontoiatriche o disturbi visivi, che vengono quindi indirizzate ad altre strutture presenti sul territorio milanese.

Tutti i nuovi utenti del Naga vengono sottoposti ad uno screening per la possibile presenza di tubercolosi, che verrà poi ripetuto an-

In merito alle condizioni di salute delle persone migranti nei Paesi di destinazione, la letteratura ha ampiamente dimostrato l'esistenza del cosiddetto 'healthy migrant effect'⁵: gli immigrati appena arrivati nel Paese ospitante tendono ad essere più sani dei cittadini originari della medesima età, genere e altre caratteristiche socioeconomiche. Questo risultato è stato spiegato, fra l'altro, attraverso l'auto-selezione dei migranti, secondo cui sono soprattutto gli individui più sani a migrare.

Infine, poiché i migranti che necessitano di cure mediche si auto-selezionano recandosi al Naga, nel nostro campione alcune caratteristiche socioeconomiche possono determinare la probabilità di essere osservati all'interno del campione stesso. Per esempio, per la medesima gravità della sintomatologia un individuo occupato può riscontrare maggiori difficoltà di un disoccupato o inattivo nel recarsi al Naga durante l'orario d'apertura. Questo fatto deve essere tenuto ben in mente nel leggere e interpretare le correlazioni fra le condizioni sanitarie dei migranti e le loro caratteristiche socioeconomiche.

nualmente. I medici volontari del Naga possono effettuare unicamente degli accertamenti preliminari relativi a tale malattia, basati sulla presenza di segni e fattori di rischio per malattia tubercolare. Per chiare ragioni di salute pubblica, le persone in cui vi sia anche un minimo sospetto clinico vengono indirizzati al Centro Regionale di Tubercolosi di Villa Marelli presso l'Ospedale Niguarda Ca' Granda, per effettuare ulteriori esami. Nel triennio 2020-2022 (il dato è disponibile da dicembre 2019) quasi l'85% dei pazienti e delle pazienti non presentava alla prima visita segni o fattori di rischio, e meno del 4% è stato inviato al Centro di Villa Marelli per ulteriori accertamenti.

5. Moullan Y., Jusot F., Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries?, *European Journal of Public Health*, Vol. 24, Supplement 1, 2014. Kennedy S., McDonald J-T., Biddle N., *The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries*, SEDAP Research Paper, 2006. Fennelly K., *The "healthy migrant" effect.*, *Minn Med*, 2007.

Per la presente analisi vengono considerate le diagnosi alla prima visita, fatte dal personale medico che visita le pazienti e i pazienti e compila le cartelle, codificate secondo la clas-

sificazione ICD-10. Per facilità espositiva, le diagnosi sono state raggruppate sulla base dei capitoli della stessa classificazione, riportati di seguito come “categorie diagnostiche”:

- I. Alcune malattie infettive e parassitarie
- II. Tumori
- III. Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario
- IV. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
- V. Disturbi psichici e comportamentali
- VI. Malattie del sistema nervoso
- VII. Malattie dell'occhio e degli annessi oculari
- VIII. Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide
- IX. Malattie del sistema circolatorio
- X. Malattie dell'apparato respiratorio
- XI. Malattie dell'apparato digerente
- XII. Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo
- XIII. Malattie dell'apparato muscoloscheletrico
- XIV. Malattie dell'apparato genitourinario
- XV. Gravidanza, parto e puerperio
- XVI. Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale
- XVII. Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche
- XVIII. Segni, sintomi e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio, non classificati altrove
- XIX. Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne
- XX. Cause esterne di morbosità e mortalità
- XXI. Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (nei grafici che seguono questa categoria viene indicata come “check-up”)
- XXII. Codici per scopi speciali

Nei grafici vengono riportate solo le categorie diagnostiche con frequenza del 3% o superiore nella popolazione totale o nel sottogruppo di popolazione (raggruppata per genere o per anno) preso in considerazione, mentre per le diagnosi con frequenza inferiore è stata creata una cate-

goria residuale (“Altro”).

Il confronto con i dati del 2017 contenuti nel precedente Rapporto non è possibile in considerazione dell'applicazione, in quell'occasione, di un criterio di raggruppamento delle diagnosi almeno in parte diverso.

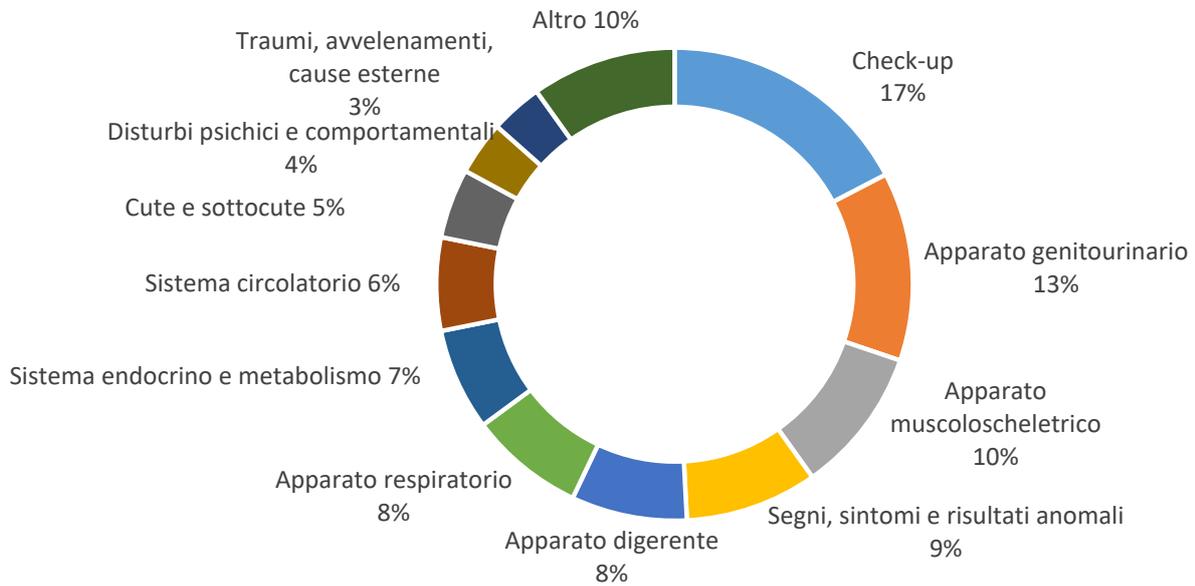
CATEGORIE DIAGNOSTICHE E GENERE

La Figura 26 riporta le categorie diagnostiche più frequenti per genere nel periodo per cui sono disponibili dati clinici considerato complessivamente.

Nella popolazione femminile, il 17% delle prime visite sono state eseguite per ragioni non legate ad una patologia o ad un sintomo, ma a fattori che possono agire sullo stato di salute (“check-up”, nella figura). Nell'ambito di questa categoria diagnostica, il motivo di valutazione più frequente ha riguardato la gestione della contraccezione. Le altre due categorie diagnostiche più frequenti nella stessa popolazione sono risultate essere quelle correlate a patologie dell'apparato genitourinario (13%) e all'apparato muscoloscheletrico (10%). La categoria

diagnostica più frequentemente associata alla popolazione maschile è invece quella che raggruppa le patologie dell'apparato muscoloscheletrico (13%), seguita da traumi e effetti di cause esterne (11%), patologie dell'apparato digerente (11%) e dell'apparato respiratorio (10%). A prescindere delle tematiche prettamente femminili, la diversa distribuzione delle categorie diagnostiche nei due generi è probabilmente associata alle diverse condizioni sociali (incluse quelle abitative) e lavorative, che possono aumentare il rischio di insorgenza di alcune condizioni patologiche. Le Tabelle A36 e A37 (appendice) riportano la frequenza nei singoli anni di tutte le categorie diagnostiche, incluse quelle con frequenza inferiore al 3%.

Categorie diagnostiche - Donne (N = 2481)



Categorie diagnostiche - Uomini N = 4132

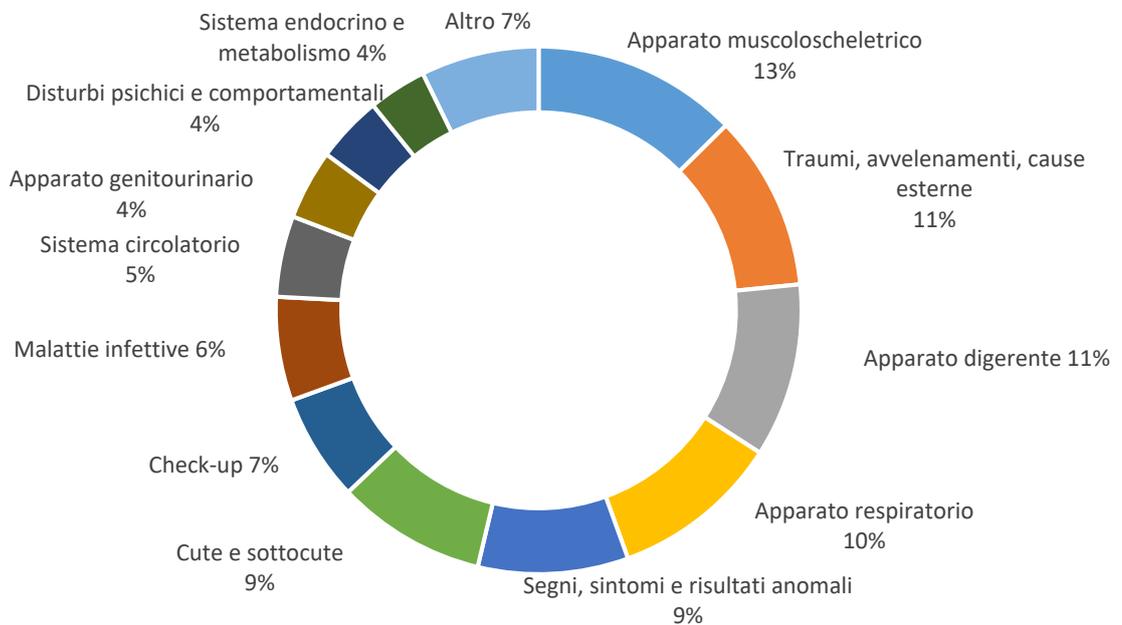


Figura 26: Categorie diagnostiche più frequenti per genere (distribuzione percentuale), periodo complessivo (2018 e 2020-2022)

Le Tabelle 13, 14, 15 e 16 riportano, in ordine decrescente di frequenza, le categorie diagnostiche più frequenti per ogni anno considerato e, per ognuna, le diagnosi più frequenti. Categorie e diagnosi più frequenti sono state calcolate prendendo in considerazione la popolazione nella sua totalità; per ognuna di esse vengono riportate le frequenze (assolute e percentuali) anche nella popolazione maschile e femminile. Considerando le categorie diagnostiche che raggruppano patologie con un correlato clinico definito (escludendo quindi la categoria XVIII e la categoria XXI), in quasi tutti gli anni risulta sostanzialmente costante la presenza, tra le prime cinque categorie, delle patologie respiratorie (X), delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico (XIII) e delle patologie dell'apparato digerente (XI). Va comunque segnalato che le patologie del sistema respiratorio non sono tra le cinque più frequenti nell'anno 2021. Tale dato potrebbe essere indicativo, da un lato, di un'incidenza inferiore di patologie delle vie respiratorie nel 2021 in questa popolazione come conseguenza del diffuso utilizzo delle mascherine come per indicazioni per la pandemia COVID-19 in corso. D'altro canto, il dato potrebbe anche essere condizionato da un cambio nelle modalità di ricerca di assistenza sanitaria, per cui nel 2021 questa popolazione si è rivolta al Naga meno frequentemente in caso di affezioni respiratorie, attribuendole a verosimili infezioni da COVID-19 ed evitando di rivolgersi agli operatori sanitari per paura di essere sottoposti a valutazione con tampone (e quindi di essere rintracciati).

Se consideriamo la frequenza percentuale delle categorie diagnostiche riportata per il sesso maschile e femminile, ed escludendo alcune tematiche e patologie tipicamente femminili, quali la gestione della contraccezione nella categoria XXI (Fattori influenzanti lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari) e le patologie vaginali nell'ambito della categoria XIV (Malattie dell'apparato genitourinario), vi sono alcune categorie diagnostiche che si confermano avere

una diversa frequenza tra i sessi in tutto l'arco di tempo preso in considerazione (Tabelle 13-16). In particolare, nella popolazione maschile risultano nettamente più frequenti rispetto a quella femminile i traumatismi (da 2 a 5 volte circa), le malattie della cute (fino a circa 2,5 volte) e alcune malattie infettive e parassitarie (fino a più di 6 volte) mentre nelle donne si osserva un aumento (fino a circa 2 volte) delle malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche.

Una menzione particolare meritano le diagnosi che riguardano patologie croniche, che nel loro insieme rappresentano circa il 7.6% delle diagnosi assegnate alla prima visita nel periodo considerato (2018 e 2020-2022). In particolare, se consideriamo i soggetti con patologie del sistema circolatorio, l'ipertensione arteriosa è presente in più del 50% di loro in tutti gli anni considerati, con leggera prevalenza nel genere femminile. Più rara la presenza di cardiopatia ischemica (11% e 12% nella popolazione maschile nel 2020 e 2021 rispettivamente, in aggiunta ad alcuni singoli casi in quella femminile). Ugualmente elevata risulta la frequenza di diabete mellito tra persone affette da patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche in tutti gli anni considerati (più del 50% della categoria diagnostica). Benché numericamente limitato a 50 pazienti, è di particolare gravità ed allarmante il riscontro alla prima visita di epilessia, condizione patologica che se non trattata può condurre a crisi comiziali, con esito anche fatale (Tabelle 13-16). Tutte queste rientrano tra le patologie per cui sono necessarie "cure essenziali e urgenti, ancorché continuative", cui le persone migranti prive di permesso di soggiorno hanno diritto ad accedere all'interno del SSN grazie al codice STP.

In tutti gli anni considerati e nella popolazione totale la frequenza delle malattie infettive è limitata (3- 5.5% nella intera casistica). In questa categoria spicca come patologia principale la scabbia (27-47%), di gran lunga più frequente nella popolazione maschile.

Note alle Tabelle seguenti:

** Per la categoria diagnostica, la frequenza percentuale nel sesso maschile, femminile e nella popolazione totale è calcolata rispettivamente sul totale delle prime visite effettuate per individui di sesso maschile, femminile o sulla popolazione totale.*

Per le singole diagnosi, la frequenza percentuale nel sesso maschile, femminile e nella popolazione totale è calcolata rispettivamente sul totale delle prime visite effettuate per individui di sesso maschile, femminile e per la popolazione totale con diagnosi pertinente alla categoria diagnostica in questione.

^ Non sono stati riportate separatamente nella tabella le persone che si sono identificate come donne trans (17 in tutta la popolazione inclusa nello studio), ma sono state incluse nella popolazione totale.

CATEGORIE DIAGNOSTICHE (ICD-10) DIAGNOSI PIÙ FREQUENTI	FREQUENZA, N (%) * #		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE [^]
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	127 (11.9)	63 (8.4)	190 (10.4)
J11 INFLUENZA, VIRUS NON IDENTIFICATO	40 (31.5)	20 (31.8)	60 (31.6)
J31 RINITE CRONICA, NASOFARINGITE E FARINGITE CRONICA	30 (23.6)	18 (28.6)	48 (25.3)
J40 BRONCHITE, NON SPECIFICATA COME ACUTA	20 (15.8)	6 (9.5)	26 (13.7)
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	83 (7.8)	104 (13.8)	187 (10.3)
Z30 MISURE CONTRACCETTIVE	0	37 (35.6)	37 (19.8)
Z48 FOLLOW UP DI ALTRI TRATTAMENTI CHIRURGICI	34 (41)	2 (1.9)	36 (19.3)
Z02 VISITE MEDICHE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI PER SCOPI AMMINISTRATIVI	30 (36.1)	4 (3.9)	34 (18.2)
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	137 (12.8)	47 (6.2)	184 (10.1)
S40 TRAUMATISMO SUPERFICIALE DELLA SPALLA E DEL BRACCIO	25 (18.3)	20 (42.6)	45 (24.5)
T74 SINDROMI DA MALTRATTAMENTO	34 (24.8)	5 (10.6)	39 (21.2)
S80 TRAUMATISMO SUPERFICIALE DELLA GAMBA	24 (17.5)	9 (19.2)	33 (17.9)
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO	110 (10.3)	66 (8.8)	176 (9.7)
M54 DORSALGIA	55 (50)	30 (45.5)	85 (48.3)
M17 GONARTROSI	29 (26.4)	24 (36.4)	53 (30.1)
M25 ALTRI DISTURBI ARTICOLARI, NON CLASSIFICATI ALTROVE	9 (8.2)	8 (12.1)	17 (9.7)
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	126 (11.8)	43 (5.7)	169 (9.3)
K30 DISPEPSIA FUNZIONALE	39 (31)	12 (27.9)	51 (30.2)
K08 ALTRI DISTURBI DEI DENTI E DELLE LORO STRUTTURE DI SOSTEGNO	26 (20.6)	1 (2.3)	27 (16)
K29 GASTRITE E DUODENITE	9 (7.1)	9 (20.9)	18 (10.7)
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	43 (4)	117 (15.5)	160 (8.8)
N39 ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO URINARIO	18 (41.9)	21 (18)	39 (24.4)
N76 ALTRE INFIAMMAZIONI DELLA VAGINA E DELLA VULVA	0	22 (18.8)	22 (13.8)
N92 MENORRAGIA, POLIMENORREA E METORRAGIA	0	16 (13.7)	16 (10)
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	70 (6.5)	54 (7.1)	124 (6.8)
R10 DOLORE ADDOMINALE E PELVICO	24 (34.3)	23 (42.6)	47 (37.9)
R05 TOSSE	16 (22.9)	8 (14.8)	24 (19.4)
R07 DOLORE ALLA GOLA E DOLORE TORACICO	14 (20)	5 (9.3)	19 (15.3)
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	85 (7.9)	37 (4.9)	122 (6.7)
L23 DERMATITE ALLERGICA DA CONTATTO	17 (20)	13 (35.1)	30 (24.6)
L29 PRURITO	22 (25.9)	1 (2.7)	23 (18.9)
L51 ERITEMA ESSUDATIVO POLIMORFO	4 (4.7)	6 (16.2)	10 (8.2)
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	61 (5.7)	56 (7.4)	117 (6.4)
I10 IPERTENSIONE ARTERIOSA ESSENZIALE (PRIMARIA)	26 (42.6)	37 (66.1)	63 (53.9)
I87 ALTRI DISTURBI DELLE VENE	17 (27.9)	12 (21.4)	29 (24.8)
I48 FIBRILLAZIONE ATRIALE E FLUTTER	10 (16.4)	4 (7.1)	14 (12)
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	65 (6.1)	38 (5)	103 (5.7)
F10 DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI ALCOL	18 (27.7)	8 (21.1)	26 (25.2)
F41 ALTRI DISTURBI D'ANSIA	11 (16.9)	11 (29)	22 (21.4)
F33 DISTURBO DEPRESSIVO RICORRENTE	8 (12.3)	6 (15.8)	14 (13.6)
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	37 (3.5)	50 (6.6)	87 (4.8)
E11 DIABETE MELLITO DI TIPO 2	29 (78.4)	26 (52)	55 (63.2)
E03 ALTRO IPOTIROIDISMO	2 (5.4)	8 (16)	10 (11.5)
E04 ALTRO TIPO DI GOZZO NON TOSSICO	2 (5.4)	4 (8)	6 (6.9)
VI MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	38 (3.6)	30 (4)	68 (3.8)
G44 ALTRE SINDROMI CEFALALGICHE	22 (57.9)	23 (73.3)	44 (64.7)
G40 EPILESSIA	11 (29)	2 (6.7)	13 (19.1)
G43 EMICRANIA	1 (2.6)	5 (16.7)	6 (8.8)
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	45 (4.2)	14 (1.9)	59 (3.2)
B36 ALTRE MICOSI SUPERFICIALI	11 (24.4)	4 (28.6)	15 (25.4)
B24 MALATTIA DA VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA (HIV) NON SPECIFICATA	8 (17.8)	2 (14.3)	10 (17)
B86 SCABBIA	9 (20)	1 (7.1)	10 (17)
ALTRE CATEGORIE DIAGNOSTICHE	43 (4)	35 (4.6)	78 (4.3)
H60 OTITE ESTERNA	10 (23.3)	5 (14.3)	15 (19.2)
H61 ALTRI DISTURBI DELL'ORECCHIO ESTERNO	6 (14)	4 (11.4)	10 (12.8)
H10 CONGIUNTIVITE	6 (14)	1 (2.9)	7 (9)

Tabella 13: Categorie diagnostiche principali: distribuzione per genere e diagnosi principali - ANNO 2018

CATEGORIE DIAGNOSTICHE (ICD-10) DIAGNOSI PIÙ FREQUENTI	FREQUENZA, N (%) * #		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE [^]
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCELETTRICO	91 (13)	47 (10.8)	138 (12.1)
M54 DORSALGIA	37 (40.7)	11 (23.4)	48 (34.8)
M25 ALTRI DISTURBI ARTICOLARI, NON CLASSIFICATI ALTROVE	13 (14.3)	5 (10.6)	18 (13)
M19 ALTRE ARTROSI	6 (6.6)	5 (10.6)	11 (8)
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	87 (12.4)	43 (9.8)	130 (11.4)
J11 INFLUENZA, VIRUS NON IDENTIFICATO	17 (19.5)	9 (20.9)	26 (20)
J02 FARINGITE ACUTA	17 (19.5)	8 (18.6)	25 (19.2)
J20 BRONCHITE ACUTA	10 (11.5)	6 (14)	16 (12.3)
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	84 (12)	45 (10.3)	130 (11.4)
K29 GASTRITE E DUODENITE	31 (36.9)	18 (40)	49 (37.7)
K30 DISPEPSIA FUNZIONALE	7 (8.3)	6 (13.3)	14 (10.8)
K59 ALTRI DISTURBI INTESTINALI DI TIPO FUNZIONALE	6 (7.1)	3 (6.7)	9 (6.9)
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	78 (11.1)	37 (8.5)	115 (10.1)
R51 CEFALEA	18 (23.1)	5 (13.5)	23 (20)
R10 DOLORE ADDOMINALE E PELVICO	10 (12.8)	12 (32.4)	22 (19.1)
R52 DOLORE NON CLASSIFICATO ALTROVE	14 (18)	2 (5.4)	16 (13.9)
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	39 (5.6)	68 (15.6)	107 (9.4)
Z30 MISURE CONTRACCETTIVE	0	26 (38.2)	26 (24.3)
Z03 OSSERVAZIONE ED ESAME PER SOSPETTO DI MALATTIE E CONDIZIONI	7 (18)	9 (13.2)	16 (15)
Z01 ALTRE VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI SOGGETTI ASINTOMATICI O PER I QUALI NON VIENE RIPORTATA ALCUNA DIAGNOSI	0	12 (17.7)	12 (11.2)
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	30 (4.3)	64 (14.7)	95 (8.3)
N30 CISTITE	7 (23.3)	10 (15.6)	17 (17.9)
N76 ALTRE INFIAMMAZIONI DELLA VAGINA E DELLA VULVA	0	11 (17.2)	11 (11.6)
N91 AMENORREA, OLIGOMENORREA ED IPOMENORREA	0	11 (17.2)	11 (11.6)
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	51 (7.3)	24 (5.5)	75 (6.6)
L30 ALTRE DERMATITI	6 (11.8)	2 (8.3)	8 (10.7)
L02 ASCESSO CUTANEO, FORUNCOLO E FAVO	4 (7.8)	2 (8.3)	6 (8)
L08 ALTRE INFEZIONI LOCALI DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	4 (7.8)	2 (8.3)	6 (8)
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	55 (7.9)	11 (2.5)	66 (5.8)
T78 EFFETTI AVVERSI NON CLASSIFICATI ALTROVE	3 (5.5)	2 (18.2)	5 (7.6)
S61 FERITA APERTA DEL POLSO E DELLA MANO	4 (7.3)	0	4 (6.1)
S81 FERITA APERTA DELLA GAMBA	4 (7.3)	0	4 (6.1)
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	50 (7.1)	8 (1.8)	58 (5.1)
B86 SCABBIA	17 (34)	2 (25)	19 (32.8)
B36 ALTRE MICOSI SUPERFICIALI	8 (16)	1 (12.5)	9 (15.5)
B49 MICOSI NON SPECIFICATA	4 (8)	0	4 (6.9)
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	35 (5)	20 (4.6)	55 (4.8)
I10 IPERTENSIONE ESSENZIALE (PRIMITIVA)	18 (51.4)	13 (65)	31 (56.4)
I25 CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	4 (11.4)	1 (5)	5 (9.1)
I15 IPERTENSIONE SECONDARIA	3 (8.6)	0	3 (5.5)
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	22 (3.1)	23 (5.3)	46 (4)
E13 ALTRO TIPO DI DIABETE MELLITO SPECIFICATO	11 (50)	7 (30.4)	18 (39.1)
E11 DIABETE MELLITO TIPO 2	4 (18.2)	3 (13)	8 (17.4)
E66 OBESITÀ	2 (9.1)	4 (17.4)	6 (13)
ALTRE CATEGORIE DIAGNOSTICHE	78 (11.1)	47 (10.8)	124 (10.9)
F41 ALTRI DISTURBI D'ANSIA	11 (14.5)	0	11 (8.9)
D25 LEIOMIOMA DELL'UTERO	0	7 (14.9)	7 (5.7)
G40 EPILESSIA	6 (7.9)	1 (2.1)	7 (5.7)

Tabella 14: Categorie diagnostiche principali: distribuzione per genere e diagnosi principali - ANNO 2020

CATEGORIE DIAGNOSTICHE (ICD-10) DIAGNOSI PIÙ FREQUENTI	FREQUENZA, N (%) * #		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE [^]
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO	146 (15.5)	53 (10.6)	199 (13.7)
M54 DORSALGIA	54 (37)	22 (41.5)	76 (38.2)
M25 ALTRI DISTURBI ARTICOLARI, NON CLASSIFICATI ALTROVE	17 (11.6)	6 (11.3)	23 (11.6)
M19 ALTRE ARTROSI	13 (8.9)	5 (9.4)	18 (9.1)
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	74 (7.9)	115 (23)	189 (13)
Z03 OSSERVAZIONE ED ESAME PER SOSPETTO DI MALATTIE E CONDIZIONI	27 (36.5)	18 (15.7)	45 (23.8)
Z00 VISITA MEDICA GENERALE ED ANALISI DI PERSONE ASINTOMATICHE O PER LE QUALI NON VIENE RIPORTATA ALCUNA DIAGNOSI	31 (41.9)	13 (11.3)	44 (23.3)
Z30 MISURE CONTRACCETTIVE	0	33 (28.7)	33 (17.5)
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	114 (12.1)	41 (8.2)	156 (10.8)
K29 GASTRITE E DUODENITE	37 (32.5)	12 (29.3)	49 (31.4)
K30 DISPEPSIA FUNZIONALE	8 (7.0)	6 (14.6)	14 (9)
K64 EMORROIDI E TROMBOSI PERIANALE	14 (12.3)	0	14 (9)
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	50 (5.3)	71 (14.2)	122 (8.4)
N02 EMATURIA RICORRENTE E PERSISTENTE	18 (36)	9 (12.7)	28 (23)
N30 CISTITE	9 (18)	8 (11.3)	17 (13.9)
N76 ALTRE INFIAMMAZIONI DELLA VAGINA E DELLA VULVA	0	8 (11.3)	8 (6.6)
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	93 (9.9)	26 (5.2)	119 (8.2)
L30 ALTRE DERMATITI	21 (22.6)	4 (15.4)	25 (21.0)
L29 PRURITO	14 (15.1)	0	14 (11.8)
L20 DERMATITE ATOPICA	8 (8.6)	0	8 (6.7)
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	69 (7.3)	42 (8.4)	111 (7.7)
R10 DOLORE ADDOMINALE E PELVICO	12 (17.4)	17 (40.5)	29 (26.1)
R51 CEFALEA	16 (23.2)	6 (14.3)	22 (19.8)
R07 DOLORE ALLA GOLA E DOLORE TORACICO	12 (17.4)	3 (7.1)	15 (13.5)
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI E ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	92 (9.8)	9 (1.8)	102 (7)
T92 SEQUELE DI TRAUMATISMI DELL' ARTO SUPERIORE	9 (9.8)	2 (22.2)	11 (10.8)
T78 EFFETTI AVVERSI NON CLASSIFICATI ALTROVE	7 (7.6)	2 (22.2)	10 (9.8)
S61 FERITA APERTA DEL POLSO E DELLA MANO	5 (5.4)	0	5 (4.9)
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	71 (7.5)	22 (4.4)	93 (6.4)
J02 FARINGITE ACUTA	12 (16.9)	8 (36.4)	20 (21.5)
J45 ASMA	12 (16.9)	3 (13.6)	15 (16.1)
J11 INFLUENZA, VIRUS NON IDENTIFICATO	11 (15.5)	1 (4.6)	12 (12.9)
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	50 (5.3)	34 (6.8)	84 (5.8)
I10 IPERTENSIONE ESSENZIALE (PRIMITIVA)	25 (50.0)	23 (67.7)	48 (57.1)
I25 CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	6 (12.0)	1 (2.9)	7 (8.3)
I82 ALTRE FORME DI EMBOLIA E TROMBOSI VENOSE	2 (4.0)	1 (2.9)	3 (3.6)
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	32 (3.4)	41 (8.2)	73 (5)
E13 ALTRO TIPO DI DIABETE MELLITO SPECIFICATO	9 (28.1)	7 (17.1)	16 (21.9)
E11 DIABETE MELLITO DI TIPO 2	8 (25.0)	5 (12.2)	13 (17.8)
E10 DIABETE MELLITO DI TIPO 1	6 (18.8)	6 (14.6)	12 (16.4)
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	60 (6.3)	3 (0.6)	64 (4.4)
B86 SCABBIA	16 (26.7)	0	16 (25.0)
B36 ALTRE MICOSI SUPERFICIALI	12 (20.0)	2 (66.7)	14 (21.9)
B49 MICOSI NON SPECIFICATE	3 (5)	0	4 (6.3)
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	35 (3.7)	16 (3.2)	53 (3.7)
F41 ALTRI DISTURBI D'ANSIA	12 (34.3)	5 (31.3)	18 (34.0)
F29 PSICOSI NON ORGANICA NON SPECIFICATA	3 (8.6)	1 (6.3)	4 (7.6)
F20 SCHIZOFRENIA	1 (2.9)	2 (12.5)	3 (5.7)
ALTRE CATEGORIE DIAGNOSTICHE	57 (6)	28 (5.6)	86 (5.9)
G40 EPILESSIA	6 (10.5)	1 (3.6)	7 (8.1)
H10 CONGIUNTIVITE	7 (12.3)	0	7 (8.1)
D25 LEIOMIOMA DELL'UTERO	0	6 (21.4)	6 (7)

Tabella 15: Categorie diagnostiche principali: distribuzione per genere e diagnosi principali - ANNO 2021

CATEGORIE DIAGNOSTICHE (ICD-10)	FREQUENZA, N (%) * #			
	DIAGNOSI PIÙ FREQUENTI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE ^
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO		175 (12.3)	81 (10.3)	257 (11.6)
M54 DORSALGIA	71 (40.6)	27 (33.3)	98 (38.1)	
M25 ALTRI DISTURBI ARTICOLARI, NON CLASSIFICATI ALTROVE	27 (15.4)	13 (16.1)	40 (15.6)	
M17 GONARTROSI	14 (8.0)	7 (8.6)	21 (8.2)	
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE		165 (11.6)	90 (11.4)	255 (11.5)
R52 DOLORE NON CLASSIFICATO ALTROVE	55 (33.3)	21 (23.3)	76 (29.8)	
R51 CEFALEA	28 (17)	15 (16.7)	43 (16.9)	
R10 DOLORE ADDOMINALE E PELVICO	17 (10.3)	19 (21.1)	36 (14.1)	
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI		75 (5.3)	143 (18.1)	219 (9.9)
Z30 MISURE CONTRACCETTIVE	0	61 (42.7)	61 (27.9)	
Z03 OSSERVAZIONE ED ESAME PER SOSPETTO DI MALATTIE E CONDIZIONI	26 (34.7)	21 (14.7)	47 (21.5)	
Z01 ALTRE VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE ED ESAMI DI SOGGETTI ASINTOMATICI O PER I QUALI NON VIENE RIPORTATA ALCUNA DIAGNOSI	1 (1.3)	34 (23.8)	35 (16.0)	
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		145 (10.2)	66 (8.4)	211 (9.5)
J02 FARINGITE ACUTA	29 (20)	14 (21.2)	43 (20.4)	
J11 INFLUENZA, VIRUS NON IDENTIFICATO	27 (18.6)	12 (18.2)	39 (18.5)	
J45 ASMA	17 (11.7)	10 (15.2)	27 (12.8)	
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE		116 (8.2)	66 (8.4)	183 (8.3)
K29 GASTRITE E DUODENITE	27 (23.3)	23 (34.9)	50 (27.3)	
K59 ALTRI DISTURBI INTESTINALI DI TIPO FUNZIONALE	10 (8.6)	6 (9.1)	16 (8.7)	
K30 DISPEPSIA FUNZIONALE	6 (5.2)	8 (12.1)	14 (7.7)	
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE		162 (11.4)	21 (2.7)	183 (8.3)
S61 FERITA APERTA DEL POLSO E DELLA MANO	19 (11.7)	0	19 (10.4)	
S81 FERITA APERTA DELLA GAMBA	11 (6.8)	0	11 (6)	
S01 FERITA APERTA DELLA TESTA	9 (5.6)	1 (4.8)	10 (5.5)	
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO		150 (10.6)	31 (3.9)	182 (8.2)
L30 ALTRE DERMATITI	19 (12.7)	6 (19.4)	25 (13.7)	
L29 PRURITO	20 (13.3)	3 (9.7)	23 (12.6)	
L02 ASCESSO CUTANEO, FORUNCOLO E FAVO	12 (8.0)	1 (3.2)	13 (7.1)	
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO		54 (3.8)	68 (8.6)	123 (5.6)
N30 CISTITE	8 (14.8)	16 (23.5)	24 (19.5)	
N39 ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO URINARIO	10 (18.5)	3 (4.4)	13 (10.6)	
N76 ALTRE INFIAMMAZIONI DELLA VAGINA E DELLA VULVA	0	9 (13.2)	9 (7.3)	
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE		108 (7.6)	15 (1.9)	123 (5.5)
B86 SCABBIA	56 (51.9)	2 (13.3)	58 (47.2)	
B49 MICOSI NON SPECIFICATE	6 (5.6)	3 (20.0)	9 (7.3)	
B36 ALTRE MICOSI SUPERFICIALI	7 (6.5)	1 (6.7)	8 (6.5)	
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE		57 (4.0)	59 (7.5)	117 (5.3)
E13 ALTRO TIPO DI DIABETE MELLITO SPECIFICATO	20 (35.1)	20 (33.9)	40 (34.2)	
E11 DIABETE MELLITO DI TIPO 2	14 (24.6)	6 (10.2)	20 (17.1)	
E10 DIABETE MELLITO DI TIPO 1	9 (15.8)	5 (8.5)	14 (12)	
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO		59 (4.2)	48 (6.1)	107 (4.8)
I10 IPERTENSIONE ESSENZIALE (PRIMITIVA)	29 (49.2)	27 (56.3)	56 (52.3)	
I83 VARICI (VENOSE) DEGLI ARTI INFERIORI	4 (6.8)	3 (6.3)	7 (6.5)	
I51 COMPLICANZE E DESCRIZIONI MAL DEFINITE DI CARDIOPATIA	4 (6.8)	2 (4.2)	6 (5.6)	
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI		48 (3.4)	29 (3.7)	77 (3.5)
F41 ALTRI DISTURBI D'ANSIA	14 (29.2)	13 (44.8)	27 (35.1)	
F10 DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI ALCOL	6 (12.5)	1 (3.5)	7 (9.1)	
F51 DISTURBI DEL SONNO NON ORGANICI	4 (8.3)	2 (6.9)	6 (7.8)	
ALTRE CATEGORIE DIAGNOSTICHE		107 (7.5)	72 (9.1)	179 (8.1)
G40 EPILESSIA	17 (15.9)	6 (8.3)	23 (12.9)	
G44 ALTRE SINDROMI CEFALALGICHE	10 (9.4)	1 (1.4)	11 (6.2)	
H10 CONGIUNTIVITE	9 (8.4)	2 (2.8)	11 (6.2)	

CATEGORIE DIAGNOSTICHE E CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Le Figure 27 e 28 e le Tabelle A38 e A39 (appendice) riportano la distribuzione di frequenza delle categorie diagnostiche più frequenti per area di provenienza separatamente nella popolazione maschile e nella popolazione femminile. Nella popolazione maschile (Figura 27 e Tabella A38) la frequenza delle malattie dell'apparato muscoloscheletrico (XIII) è sostanzialmente omogenea nelle diverse aree di origine (11.9-13.7%), mentre altre categorie diagnostiche presentano una maggiore eterogeneità di distribuzione. Ad esempio, le patologie respiratorie (X) risultano più frequenti nella popolazione asiatica (13.9% rispetto a 8.6-11.9%), mentre le patologie del sistema circolatorio (IX) sono meno frequenti nella popolazione Nord-africana (3.6% rispetto a 4.9-7.7%) e i traumi (XIX) sono diagnosticati più frequentemente nella popolazione proveniente dall'Africa Subsahariana e dal Nord Africa (14.4 e 12.1%) rispetto al resto della popolazione (7.3-9.6%). Tra le categorie diagnostiche di minor frequenza, i disturbi psichici e comportamentali (V), risultano particolarmente presenti nelle persone provenienti dall'Africa Subsahariana (6.1% rispetto a 2.6-4.7%).

Nella popolazione femminile (Figura 28 e Tabella A39) si conferma una maggiore prevalenza di condizioni respiratorie nella popolazione asiatica (9.7%), mentre risulta diversa la distribuzione delle diagnosi inerenti al sistema circolatorio e le patologie endocrine e metaboliche, che sono più frequenti nelle pazienti provenienti dal Nord Africa (9.4 e 13.5% rispettivamente). Inoltre, la prevalenza dei traumi è simile tra le diverse aree di origine (3.2-4.5%), mentre le patologie muscoloscheletriche colpiscono meno frequentemente le donne provenienti dall'Africa Subsahariana (6.4% rispetto a 9.1-12.9%). Per le patologie inerenti alla sfera psichiatrica (V), si osserva infine una minore prevalenza nelle pazienti asiatiche (1.9% rispetto a 3.7-5.3%).

Per quanto riguarda l'età, le patologie del sistema circolatorio (IX), così come, seppur in misura minore, quelle relative all'apparato muscoloscheletrico (XIII) e le patologie endocrine o correlate al metabolismo o alla nutrizione (IV) sono più frequenti nelle fasce di popolazione dai 45 anni in su, costituendo complessivamente dal 35% al 46% circa di tutte le diagnosi per fascia d'età (Figura 29 e Tabella A40, appendice),

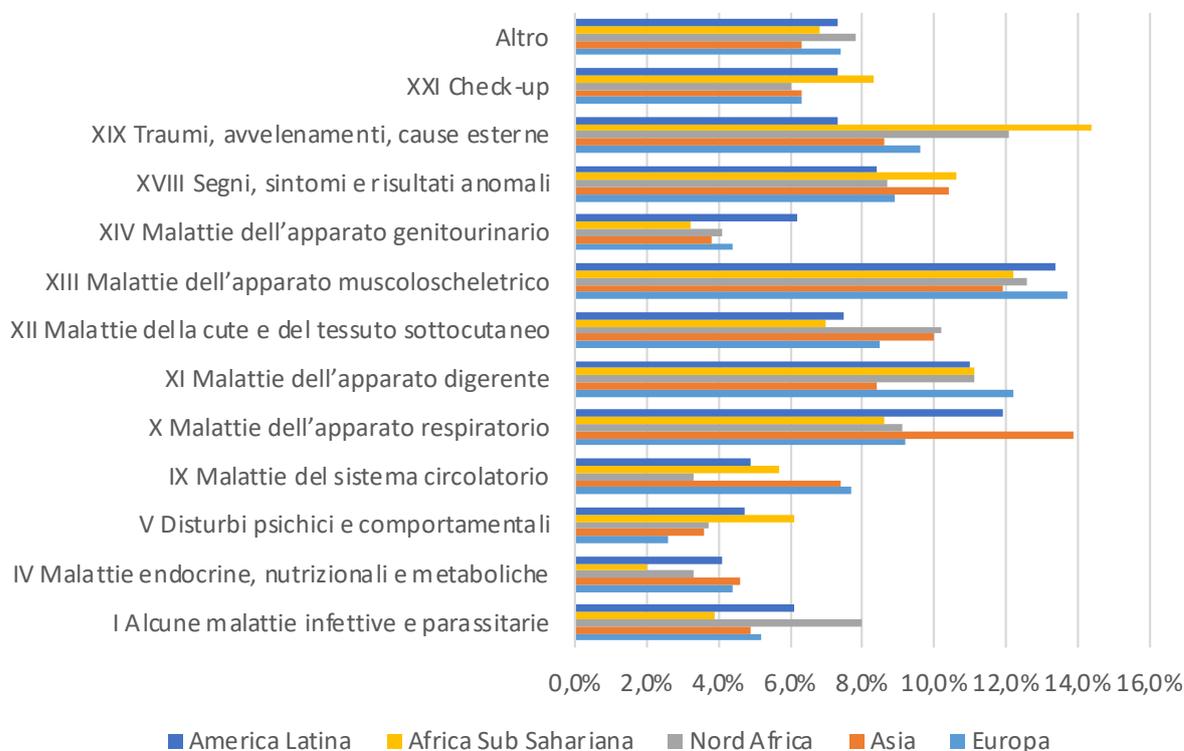


Figura 27: Categorie diagnostiche per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo (2018 e 2020-2022)*- popolazione MASCHILE

Dati su 4131 pazienti (escluso 1 paziente poiché il dato sull'area di origine era mancante)

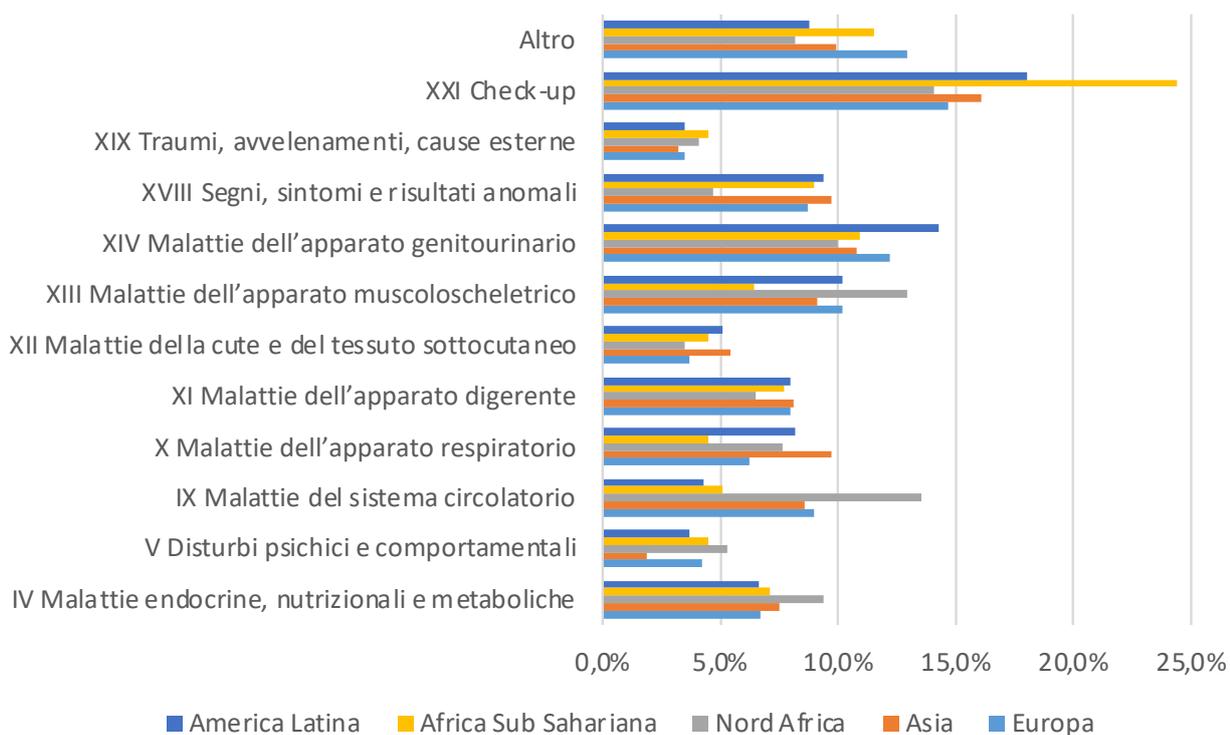


Figura 28: Categorie diagnostiche per area di provenienza (distribuzione percentuale), periodo complessivo (2018 e 2020-2022)*- popolazione FEMMINILE
 Dati su 2479 pazienti (escluse 2 pazienti poiché il dato sull'area di origine era mancante)

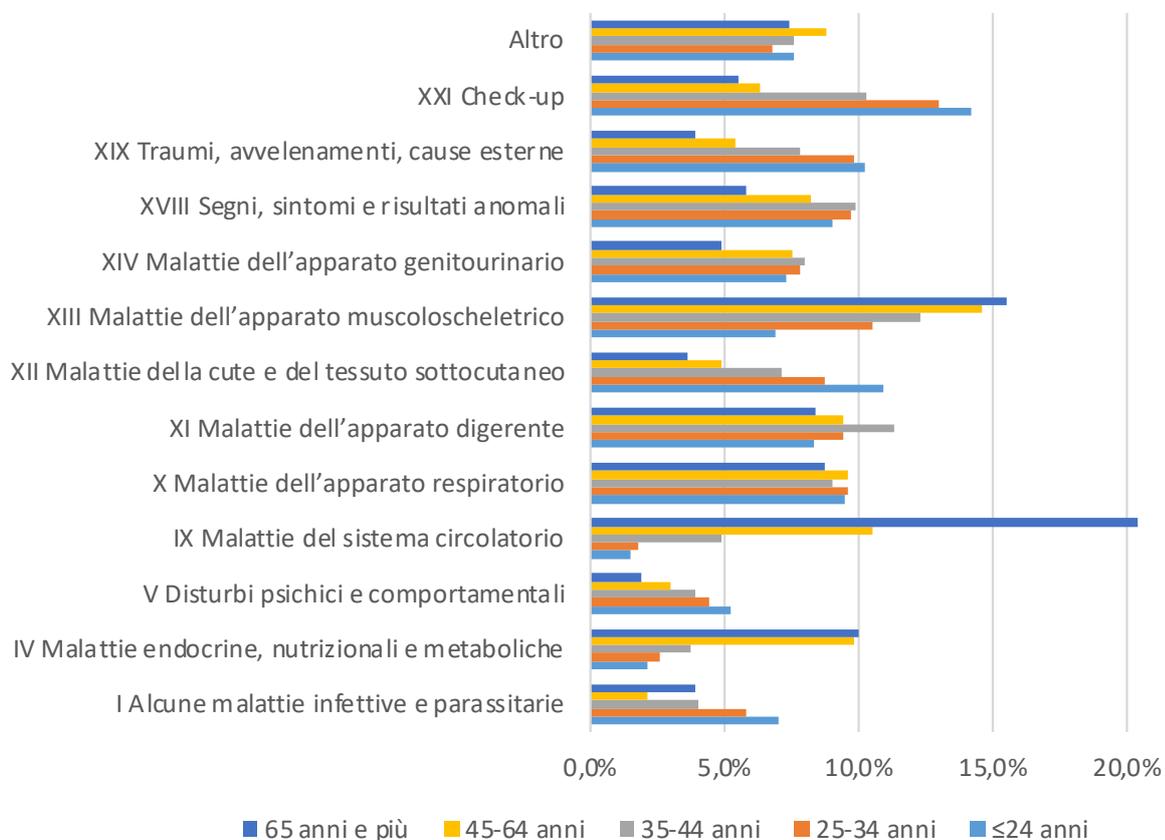


Figura 29: Categorie diagnostiche per classi d'età (distribuzione percentuale), periodo complessivo (2018 e 2020-2022)

in linea con le caratteristiche epidemiologiche che accomunano le patologie croniche non trasmissibili più frequenti (come ipertensione arteriosa e diabete mellito). Al contrario, traumi, patologie cutanee e infettive sono più frequenti nella popolazione più giovane, secondo una distribuzione che potrebbe essere correlata alle condizioni lavorative e abitative di queste fasce della popolazione.

Per quanto riguarda la permanenza in Italia, il Rapporto tra la sua durata e le condizioni di salute (Figura 30 e Tabella A41, appendice), le patologie infettive sembrano essere più frequenti nella popolazione di recente arrivo (6% delle diagnosi), mentre le malattie del sistema circolatorio sono più frequentemente motivo di accesso al Naga nella popolazione in Italia da almeno 4 anni (7.5%). Il dato potrebbe essere condizionato da una maggior attenzione, nella popolazione più stabile, alle patologie croniche del sistema circolatorio, come l'ipertensione arteriosa, mentre l'accesso alle prestazioni sanitarie per le persone in Italia da un anno o meno è più frequentemente correlato a patologie infettive, soprattutto scabbia e infezioni della cute (percentuali non mostrate), che possono essere

legate al recente viaggio migratorio e/o a precarie condizioni abitative. Tuttavia, nel leggere questi risultati occorre tenere a mente che la natura *cross-section* dei dati non consente di distinguere tra età alla visita, età all'arrivo e durata del soggiorno, con quest'ultima che può quindi essere maggiore per gli individui più anziani.

Le Figure 31-34 e le Tabelle A42 e A43 (appendice) mettono in relazione il livello di istruzione con le diagnosi alla prima visita. Nelle Figure 31 e 33, in particolare, viene riportata la distribuzione percentuale delle principali categorie diagnostiche rispettivamente per la popolazione maschile e femminile per ogni livello di istruzione. Dal grafico relativo alla popolazione maschile (Figura 31) risulta evidente che la percentuale di soggetti affetti da disturbi dell'apparato muscoloscheletrico sia maggiore tra coloro con livello di istruzione inferiore. Il grafico riportato in Figura 32 rafforza ulteriormente questo dato, evidenziando che il 15.5% dei soggetti senza titolo di studio riceve una diagnosi di patologia dell'apparato muscoloscheletrico a fronte di circa il 12% dei soggetti con un titolo di studio inferiore (scuola elementare o media) o superiore (scuola superiore o università).

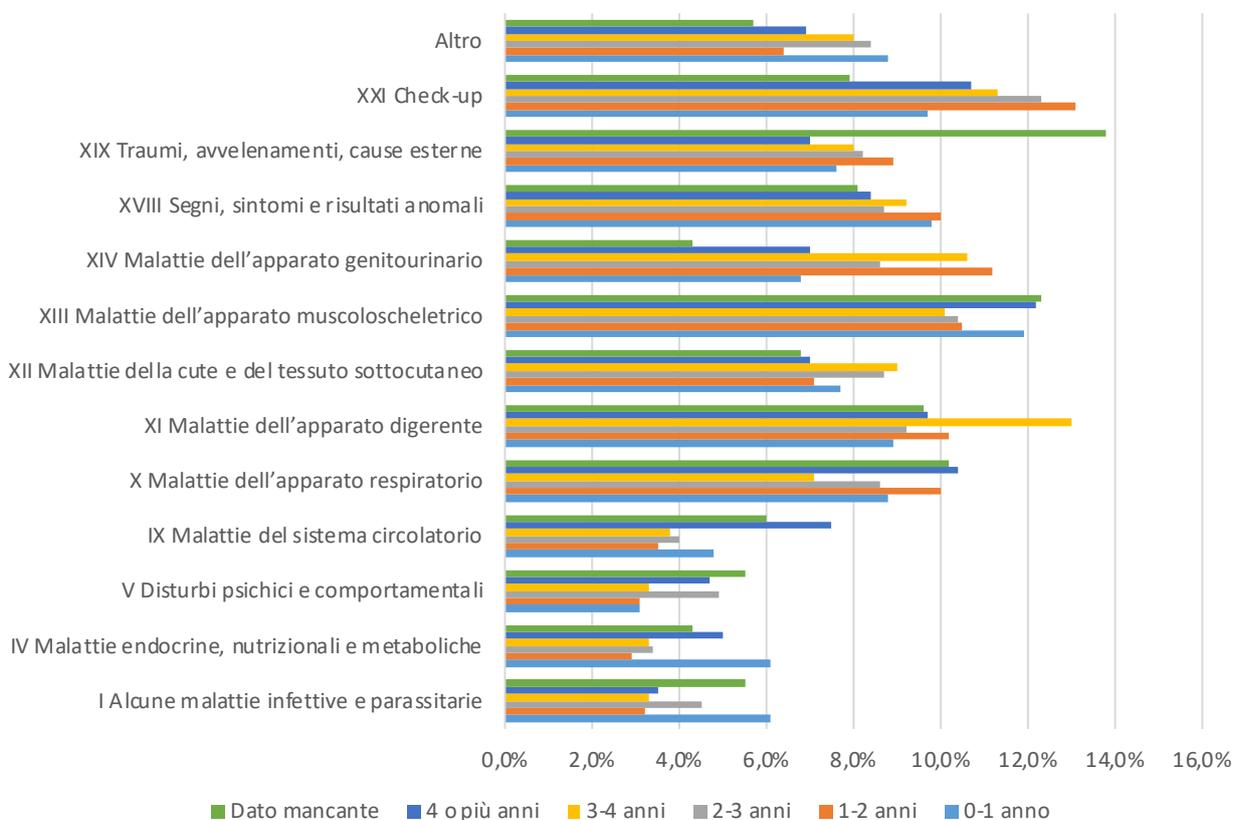


Figura 30: Categorie diagnostiche per tempo di permanenza in Italia alla visita (distribuzione percentuale), periodo complessivo (2018 e 2020-2022)

La differenza potrebbe essere ricondotta ad una possibile correlazione tra il titolo di studio e la tipologia di professione, che necessita di ulteriori analisi per essere confermata o smentita.

Il grafico dedicato alla popolazione femminile (Figura 33) evidenzia invece che nella popolazione con il minor livello di istruzione sono segnalate in percentuale maggiore le patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche (che corrispondono soprattutto al diabete mellito), quelle del sistema circolatorio (soprattutto ipertensione arteriosa) e i disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e dell'apparato digerente rispetto alla popolazione con livelli di istruzione maggiore. In particolare, il più del 17% delle donne che non hanno un titolo di studio soffrono di patologie endocrine, metaboliche o nutrizionali a fronte del 6-7% circa di donne con un titolo di studio inferiore o superiore (Figura 34). Al contrario, la

popolazione femminile con livello di istruzione maggiore si reca più frequentemente al Naga per condizioni non direttamente correlate ad un sintomo clinico, che nella maggior parte dei casi riguardano il tema della contraccezione (categoria XXI). Questa peculiare distribuzione in ragione del livello di istruzione potrebbe essere correlata al maggior rischio, in caso di basso livello di istruzione, di adozione di stili di vita e impiego in attività lavorative che predispongono a patologie metaboliche, cardiovascolari e muscoloscheletriche (ad es. alimentazione errata, scarsa attività fisica, inattività lavorativa o attività lavorativa fisicamente logorante) e, nel caso di livello di istruzione più elevata, ad una maggiore attenzione per i temi di pianificazione delle nascite e di controllo delle malattie a trasmissione sessuale. Ulteriori analisi sono necessarie per confermare questa ipotesi.

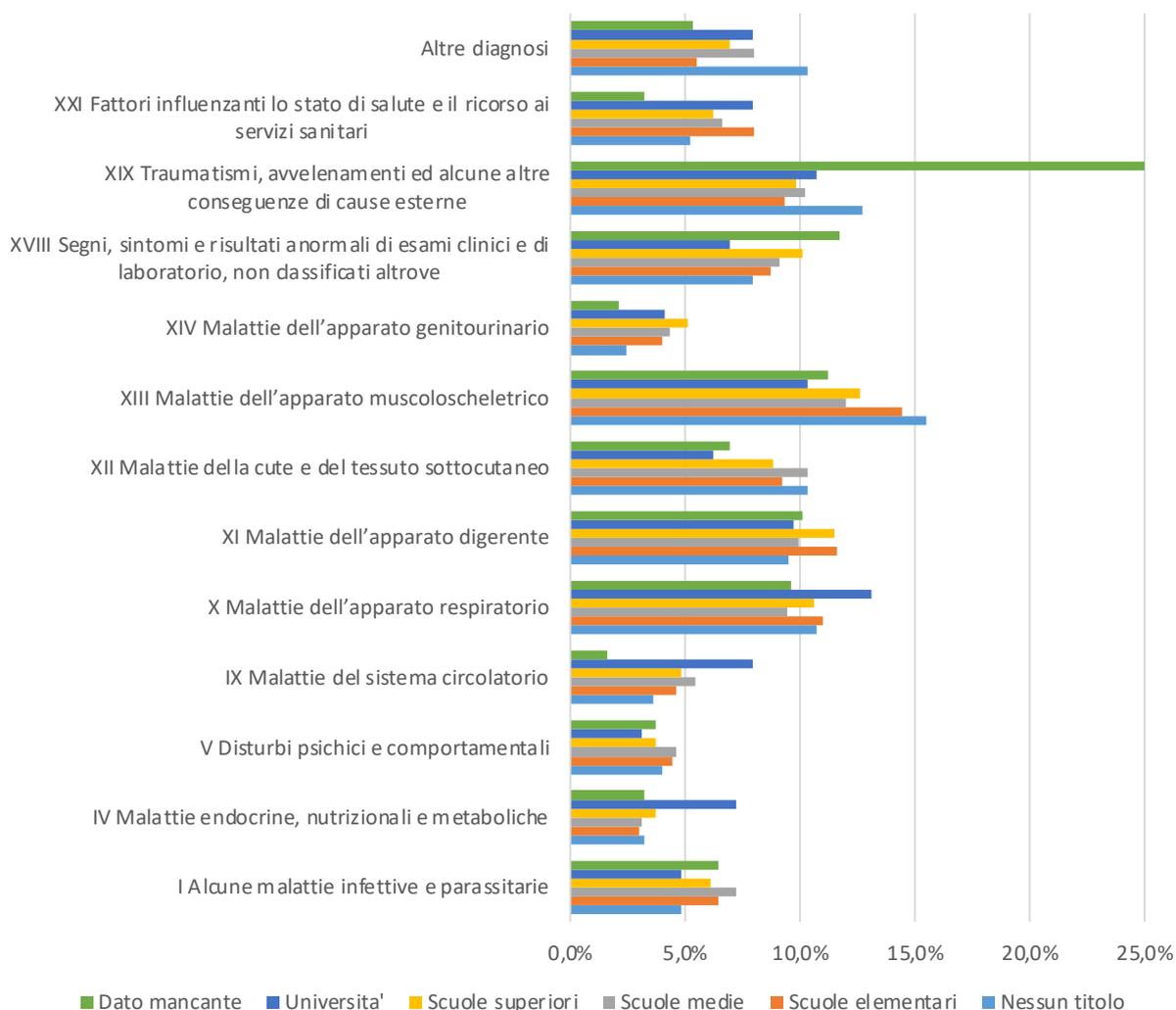


Figura 31: Principali categorie diagnostiche e livello di istruzione, periodo complessivo (2018 e 2020-2022), popolazione MASCHILE (N = 4132)

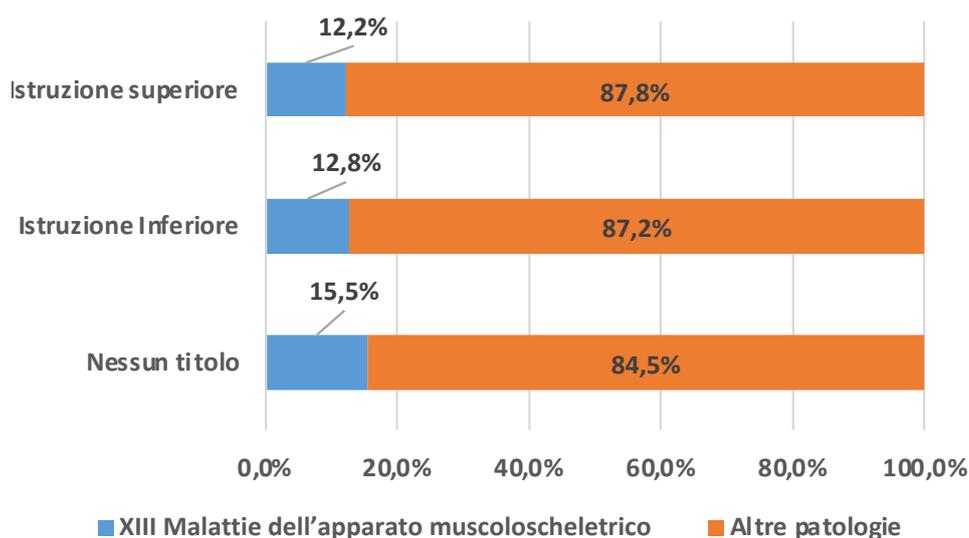


Figura 32: Diagnosi di patologie dell'apparato muscoloscheletrico (capitolo XIII della classificazione ICD-10) per livello di istruzione nella popolazione MASCHILE.

Istruzione inferiore: scuola elementare o scuola media. Istruzione superiore: scuola superiore o università.

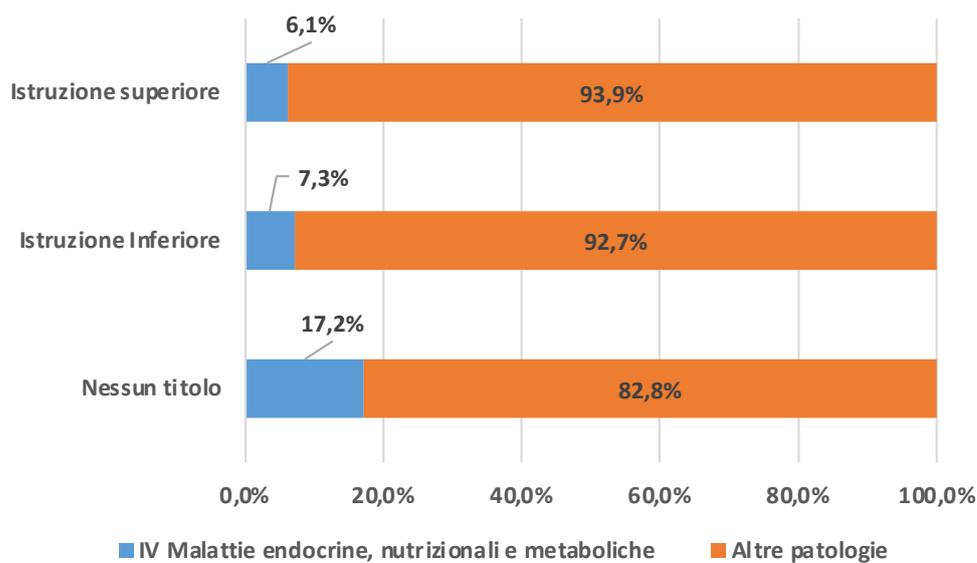


Figura 34: Diagnosi di patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche (capitolo IV della classificazione ICD-10) per livello di istruzione nella popolazione FEMMINILE.

Istruzione inferiore: scuola elementare o scuola media. Istruzione superiore: scuola superiore o università.

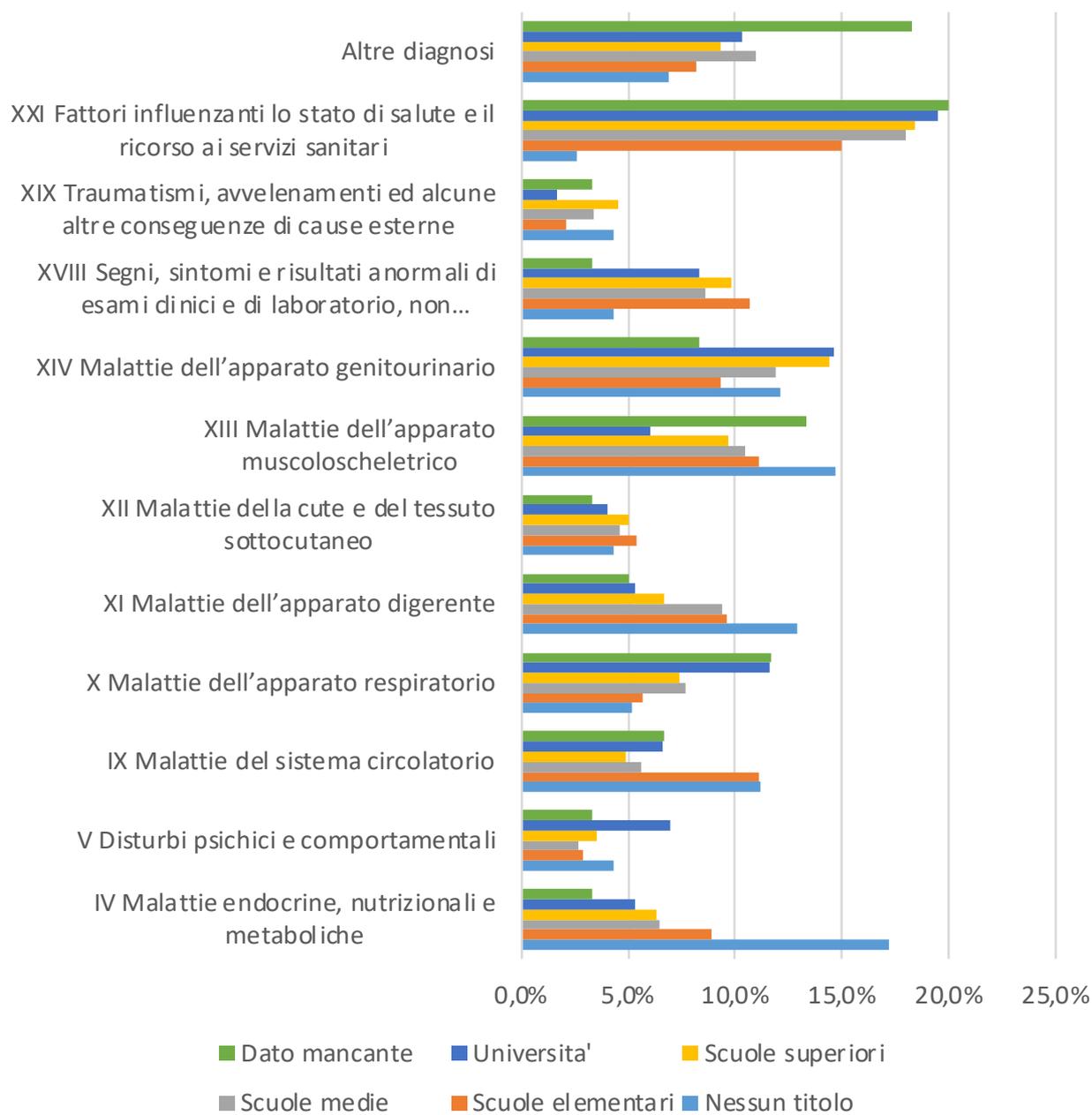


Figura 33: Principali categorie diagnostiche e livello di istruzione, periodo complessivo 2018-2022, Popolazione FEMMINILE (N = 2481)

PATOLOGIE E DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

Nel periodo successivo al loro arrivo nel Paese di accoglienza, le condizioni socioeconomiche⁶ ricoprono un ruolo fondamentale nel definire i percorsi sanitari delle persone migranti. Queste sono infatti esposte ad alti fattori di rischio: lavori precari, non dichiarati o privi di protezione; peggiori condizioni abitative; mancanza del sostegno dei genitori e dei parenti; cambiamenti nelle abitudini alimentari rispetto a quelle del Paese di origine; forme di esclusione sociale; barriere all'accesso al Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante per l'utenza Naga, dal momento che gli immigrati privi di regolare permesso di soggiorno sperimentano forti barriere all'accesso alle cure sanitarie, in particolare alle cure mediche di base.

Dal nostro studio è possibile identificare solo alcune delle condizioni socioeconomiche e culturali che possono condizionare lo stato salute dell'individuo. In particolare, sono state considerate tra i determinanti sociali le condizioni abitative e quelle lavorative. Per questa analisi, ci siamo concentrati sulla frequenza delle patologie cutanee e respiratorie in relazione alla condizione abitativa dichiarata e sulla frequenza dei traumi in relazione al tipo di occupazione lavorativa dichiarata.

La presenza di patologia cutanea è stata definita come l'assegnazione di una diagnosi afferente al capitolo XII dell'ICD-10 o alcune diagnosi che riguardano patologie infettive della cute e sono raggruppate nel capitolo I dell'ICD-10, in particolare la scabbia (B86), le dermatofitosi (B35), altre micosi superficiali (B36), candidiasi (B37), verruche virali (B07), erisipela (A46) e erisipeloide (A26).

La Figura 30 mostra la frequenza delle patologie cutanee a seconda della condizione abitativa. Si può evincere che la condizione di senza fissa dimora è associata ad una percentuale maggiore di diagnosi che riguardano patologie della cute rispetto alle altre condizioni abitative; vale la pena di notare anche che la presenza di patologia cutanea è più frequente per coloro che vivono in affitto o da parenti rispetto a coloro che abitano presso il datore di lavoro: questo dato potrebbe indicare una certa differenza in termini di condizioni igieniche e sovraffollamento, con condizioni non ottimali anche per chi vive in affitto, che può anche indicare posto letto, o presso parenti.

Anche la presenza di patologie respiratorie può essere associata alle condizioni abitative, ad esempio in termini di scarsa areazione, utilizzo di combustibili all'interno dell'abitazione

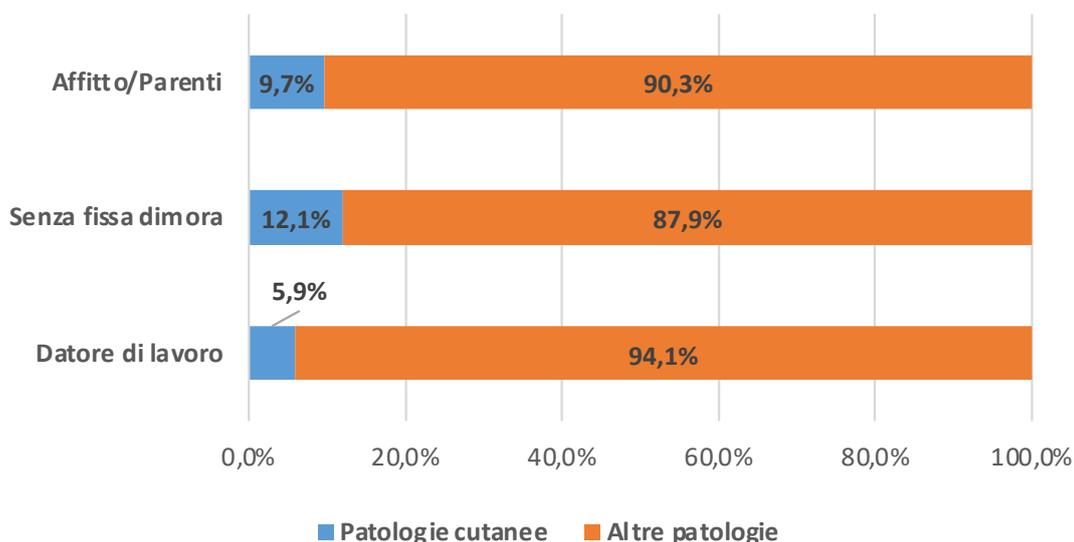


Figura 35: Patologie cutanee e condizioni abitative, periodo complessivo (2018 e 2020-2022)

Dati su 6407 pazienti: 136 abitanti presso il datore di lavoro, 1307 senza fissa dimora e 4967 che abitano con i parenti e/o in case in affitto. Esclusi 223 pazienti per cui il dato sulla condizione abitativa era mancante)

6. Or Z., Jusot F., Yilmaz E., The European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health., *Revue Economique*, 2009. 6 Mackenbach JP., Stirbu I., Roskam A-J., Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries, *N Engl J Med*, 2008.

e sovraffollamento. Nella nostra analisi, la presenza di patologie respiratorie è stata definita come l'assegnazione di una diagnosi afferente al capitolo X dell'ICD-10, di tubercolosi polmonare, che è inclusa nel capitolo I (A15 e A16), o di COVID-19 (U07). La Figura 31 evidenzia come la percentuale maggiore di patologie respiratorie, rispetto a tutte le altre diagnosi, si osservi ancora una volta nella popolazione senza fissa dimora, seguita, con una percentuale di poco inferiore, dalla popolazione che vive in affitto e/o presso parenti, le cui condizioni abitative, come già anticipato, potrebbero essere comunque lungi dall'essere dignitose.

L'attività lavorativa può condizionare lo stato di salute, sia in ragione del tipo di attivi-

tà lavorativa praticata (ad es. per esposizione a fattori fisici o chimici nocivi o per necessità di sforzi fisici potenzialmente dannosi) che in ragione della stabilità della stessa e del rispetto delle norme di sicurezza sul lavoro. Nel campione del Naga la presenza di traumi è stata definita come l'assegnazione di una diagnosi inclusa nel capitolo XIX dell'ICD-10. La percentuale di diagnosi associate a traumi è risultata maggiore nella popolazione con un'attività lavorativa di tipo ambulante rispetto a coloro che hanno dichiarato un'occupazione di tipo permanente o saltuario; entrambe queste ultime due tipologie di occupazione non sembrano essere associate nel nostro campione ad una maggiore percentuale di traumi (Figura 36).



Figura 36: Patologie respiratorie e condizioni abitative, periodo complessivo 2018-2022

Dati su 6407 pazienti: 136 abitanti presso il datore di lavoro, 1307 senza fissa dimora e 4967 che abitano con i parenti e/o in case in affitto. Esclusi 223 pazienti per cui il dato sulla condizione abitativa era mancante)

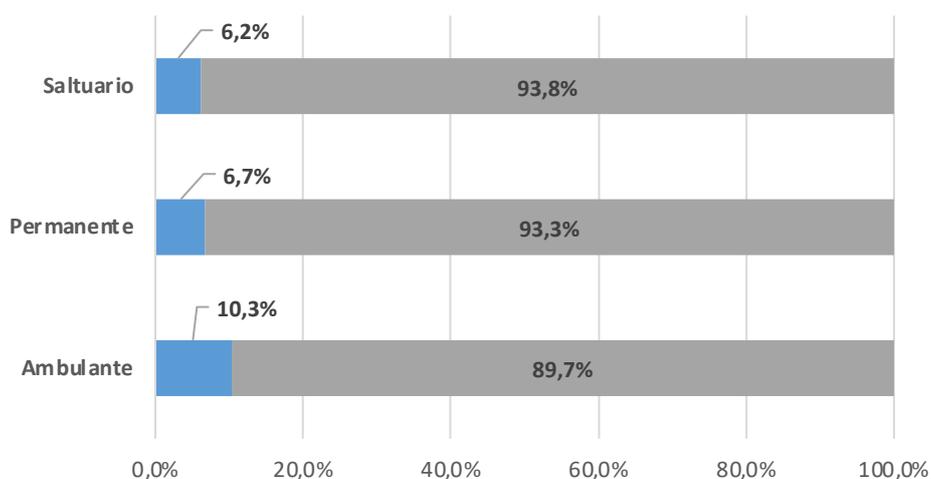


Figura 37: Traumi e tipologia di occupazione, periodo complessivo 2018-2022

Dati su 1785 pazienti: 1054 con occupazione lavorativa saltuaria, 537 con occupazione lavorativa permanente e 194 ambulanti. Esclusi i 4848 pazienti non occupati o con dato sull'occupazione mancante.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Questo Rapporto documenta l'attività sanitaria svolta dalle volontarie e dai volontari del Nagra tra il 2018 e il 2022, anni in cui si è assistito al susseguirsi di provvedimenti legislativi che hanno sempre più ridotto la fruizione dei diritti fondamentali dei migranti, incluso il diritto alla salute. In base ai dati presentati nel 2023 dalla Banca Mondiale con il *World Development Report 2023: Migrants, Refugees, and Societies* i migranti internazionali sono circa 184 milioni che rappresentano il 2,3% della popolazione mondiale e continueranno ad aumentare nel medio-lungo periodo. Per quanto riguarda il nostro Paese, secondo i dati raccolti dal Dossier Statistico Immigrazione, nel 2022 sono oltre 500.000 i cittadini stranieri in condizione di soggiorno irregolare, un decimo rispetto ai poco più di 5 milioni di stranieri regolarmente residenti. A questo numero ha certamente contribuito il decreto "sicurezza" promosso dall'allora Ministro dell'interno Matteo Salvini (DL113/2018) che ha rimosso il regime di permesso per protezione umanitaria. Si stima che, a seguito dell'approvazione e della conversione in legge del decreto, il numero di migranti non in regola con le norme di soggiorno in Italia sia cresciuto di oltre 26.000 unità tra 2018 e 2020.⁷

Negli anni successivi a quelli considerati per la stesura del presente Rapporto, vi è stata una ulteriore stretta sui diritti delle persone straniere che giungono in Italia e anche su quelle che già vivono e lavorano nel nostro paese. Con il c.d. decreto Cutro (DL 20/2023) si è assistito alla limitazione di ulteriori permessi, quale quello per la protezione speciale, allo smantellamento del diritto d'asilo e del relativo sistema di acco-

glienza, alla istituzione di "procedure accelerate" per le domande di protezione internazionale di richiedenti provenienti da Paesi di origine "sicura" e al potenziamento dei Centri di permanenza per i rimpatri (CPR), con l'allungamento dei tempi di trattenimento e l'allargamento delle casistiche. Questi decreti si inquadrano in un contesto come quello della Unione Europea che con l'approvazione del Patto Migrazione e Asilo (aprile 2024) prevede che gli stranieri presenti irregolarmente sul territorio dell'Unione siano registrati e sottoposti a screening e procedure accelerate di frontiera, in realtà concepite come l'anticamera per il rimpatrio o la riammissione in paesi terzi, in cui spesso non sono garantiti i diritti fondamentali.

In questo contesto ci pare di particolare importanza fornire una rappresentazione autentica del reale, superando stereotipi e pregiudizi. Questo Rapporto ha dunque il merito di riflettere in modo ragionato sulla reale situazione di queste persone, che vengono definite "irregolari". I dati che analizziamo e i risultati che proponiamo sono la fotografia del nostro punto di osservazione e non possono essere considerati validi per la popolazione migrante in generale. Tuttavia, considerando la numerosità dei dati e il lungo periodo di osservazione pensiamo che questo Rapporto possa fornire elementi importanti di riflessione sul fenomeno migratorio in Italia.

I dati di questo Rapporto, che include i dati anagrafici, socio-economici e clinici di un numero consistente di persone prive di tessera sanitaria (più di 8.000 nel periodo considerato 2018-2022), ci offrono un quadro estremamente

7. Da dati dell'Istituto per gli Studi di Politica Internazionale (ISPI) riportati in <https://www.ilpost.it/2020/01/18/decreti-sicurezza-salvini-risultati/>

variegato, in chiaro contrasto con la narrazione continuamente proposta dalle istituzioni e dai media secondo cui il migrante sarebbe giovane, “ne*ro”, arrivato in Italia con un barcone, portatore di malattie infettive. Meno della metà dei soggetti proviene dalla Africa, un dato consolidato e presente anche nel Rapporto precedente (2014-2017). Il genere maschile è prevalente ma vi è una consistente componente femminile, che raggiunge più del 60% tra i numerosi soggetti provenienti dall’America Latina. Solo un terzo dei soggetti è giovane (25-34 anni), mentre vi è una percentuale non trascurabile di persone in età matura-avanzata (più di 45 anni) che si reca per la prima volta al Naga. I dati clinici del Rapporto mostrano come in questa fascia di età le patologie del sistema circolatorio, muscoloscheletrico ed endocrino-metabolico costituiscono complessivamente dal 35% al 46% di tutte le diagnosi, in linea con le caratteristiche epidemiologiche delle patologie croniche non trasmissibili più frequenti (come ipertensione arteriosa e diabete mellito). Si tratta quindi di patologie croniche che, necessitando di una gestione costante, con visite di controllo, esami di laboratorio e/o strumentali, nonché terapia farmacologica, rientrano tra quelle che richiedono “cure essenziali e urgenti, ancorché continuative”, e conseguente assegnazione del codice STP, come previsto dal Testo Unico sull’Immigrazione del 1998.

Si può anche supporre che in assenza della visita al Naga queste persone avrebbero continuato a gestire in maniera impropria la loro patologia, data la non disponibilità per queste persone di strutture ambulatoriali od ospedaliere ad accesso diretto e senza necessità di prescrizione. Infine, viene logico pensare che questi individui abbiano svolto, magari per anni, lavori in nero e saltuari che, se hanno consentito la sopravvivenza, non hanno fornito loro i requisiti necessari per il rilascio o il rinnovo del permesso di soggiorno (e quindi della tessera sanitaria). Questa interpretazione è ulteriormente supportata dal rilievo che una percentuale non trascurabile (circa il 30%) dichiara una anzianità migratoria elevata, con una permanenza in Italia superiore ai 4 anni. Sebbene la natura cross-section dei dati non consenta una conclusione definitiva, è verosimile che la durata della permanenza sia maggiore per gli individui più anziani. Siamo quindi di fronte ad una fascia di popolazione non

più giovane, presente da lungo tempo sul nostro territorio, che diventa “visibile” solo quando si ammala. Con la stessa limitazione metodologica, è verosimile che i nuovi arrivi (permanenza in Italia inferiore a 1 anno) siano soggetti più giovani, probabilmente meno affetti da patologie gravi per il cosiddetto *healthy migrant effect*, ma che vanno incontro a patologie verosimilmente correlate alle loro condizioni lavorative e abitative, quali i traumatismi e le patologie cutanee.

Per quanto riguarda invece l’analisi delle caratteristiche socio-economiche delle persone prive di regolare permesso di soggiorno che si sono rivolte al Naga per motivi sanitari, vi sono nel Rapporto altri dati che contribuiscono a sfatare luoghi comuni del discorso pubblico e mediatico sulla immigrazione irregolare. I cittadini stranieri senza permesso di soggiorno non sono poco istruiti. Quasi la metà degli utenti ha un livello di istruzione corrispondente a quello delle scuole superiori o più avanzato in Italia, condizione presente nel 62% della popolazione proveniente dall’America Latina, mentre l’istruzione elementare o nulla è la condizione più frequente nei pazienti provenienti dall’Africa Sub-sahariana.

Un altro elemento che contrasta la narrazione sulla immigrazione irregolare è la condizione lavorativa dei migranti nel loro Paese di origine. I cittadini stranieri non sono disoccupati quando lasciano il loro paese, ma lo diventano quando arrivano in Italia, come dimostrato dal tasso di occupazione che passa da poco meno dell’ 85% nel Paese di origine a meno di un terzo nel nostro Paese. Si noti che i tassi di occupazione in Italia si sono progressivamente ridotti a partire dalla crisi del 2008, come già dimostrato in passato utilizzando la serie storica dei dati registrati presso l’ambulatorio Naga.⁸ In analogia a quanto riportato nel Rapporto relativo agli anni 2014-2017 l’integrazione nel mercato del lavoro risulta estremamente difficile e il lavoro, quando presente, è saltuario nella stragrande maggioranza dei casi e di tipo elementare. A questo tipo di attività lavorativa corrisponde una elevata frequenza di patologie dell’apparato muscoloscheletrico e traumatismi, che rappresentano un quarto delle patologie per cui i soggetti, specie di genere maschile, si rivolgono al Naga. Inoltre, il lavoro è indipendente dal livello di istruzione. A questo proposito i dati del Rapporto confermano

8. Simone Cremaschi, Carlo Devillanova, Francesco Fasani, Tommaso Frattini, L’immigrazione irregolare in tempo di crisi, in “Economia & lavoro, Rivista di politica sindacale, sociologia e relazioni industriali” 3/2016, pp. 115-132, doi: 10.7384/85923

la perdita dello status occupazionale con il passaggio, dopo l'arrivo, a mansioni elementari (collaboratrici domestiche e addette alle pulizie per le donne e operai per gli uomini) nella grande maggioranza dei soggetti. Le conseguenze sulla salute, ed in particolare sulla salute mentale, sono state analizzate in una casistica di pazienti afferenti al Naga nel periodo 2017-18.⁹ Lo studio dimostra che il declassamento professionale si associa ad un aumentato rischio di disordini mentali e comportamentali.

Infine i dati del Rapporto non supportano in alcun modo il timore spesso enfatizzato dai media che i migranti siano portatori di malattie esotiche e contagiose, la cosiddetta sindrome di Salgari.¹⁰ Come già segnalato nel precedente Rapporto, le malattie infettive sono estremamente rare. Nell'ambito della categoria diagnostica delle malattie infettive, che presenta una frequenza limitata al 3- 5.5% nella intera casistica, spicca come patologia principale la scabbia, con una frequenza che varia dal 27 al 47% degli anni considerati. La frequenza della scabbia ed altre patologie cutanee è verosimilmente da attribuirsi, insieme alle malattie da raffreddamento e polmonari, alle condizioni di abitazione precarie, non igieniche e sovraffollate che sono proprie dei soggetti qui definiti come senza fissa

dimora, cioè coloro che dormono per strada, presso dormitori o in altre strutture di accoglienza temporanea. Queste persone rappresentano una frazione non trascurabile della popolazione migrante, riguardando più di un terzo dei soggetti provenienti dal Nord-Africa e dall' Africa Subsahariana. I dati indicano chiaramente che i migranti non portano malattie esotiche: quando si ammalano, si ammalano per le condizioni di povertà in cui vivono, lavorano ed invecchiano.

In conclusione, il presente Rapporto, tramite un'analisi sistematica dei dati raccolti nel corso dell'attività dell'ambulatorio Naga dal 2018 al 2022, restituisce un'immagine sfaccettata e non stereotipata della popolazione migrante, in cui si intrecciano bisogni clinici, caratteristiche demografiche e determinanti sociali di salute, come la casa e il lavoro. In quest'ottica, il Rapporto è un prezioso strumento per migliorare la consapevolezza sullo stato di salute di questa popolazione e sull'effetto dei determinanti sociali. Allo stesso tempo, ci auguriamo che possa costituire, insieme ad altre evidenze raccolte nel contesto di altre realtà, una solida base per la costruzione di interventi efficaci, contestualizzati e sostenibili per migliorare lo stato di salute delle popolazioni marginalizzate e, di conseguenza, la salute della popolazione *in toto*.

9. Devillanova, C., Franco, C., & Spada, A. (2024). Downgraded dreams: Labor market outcomes and mental health in undocumented migration. *SSM - population health*, 26, 101652. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101652>

10. Colasanti R. Considerazioni sulla medicina dei migranti. In *Immigrati e salute; paure, miti e verità*. Roma: Ed. Lavoro, 1991; 5:20; Geraci S. La sindrome di Salgari... 20 anni dopo. In *Janus. Medicina: cultura, culture*. Numero 21, primavera 2006. Sanità meticcica, Zedigroma Editore; 21:29

APPENDICE

Tabella A1. Area di provenienza dei pazienti che fanno accesso per la prima volta per anno di visita

	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022
EUROPA ORIENTALE	14	12.6	10.2	9.5	7.5	10.6
ASIA	16.6	15.2	17.8	18.3	17.4	17
NORD AFRICA	23.8	23.5	29.1	33.4	35.5	29.4
AFRICA SUBSAHARIANA	13.6	14.8	10.9	11.4	8	11.5
AMERICA LATINA	32.1	34	32	27.4	31.8	31.5
PRIME VISITE (N)	1824	1471	1139	1451	2213	8098

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A2. Genere per area di provenienza e anno di visita (distribuzione percentuale)

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

	DONNE					UOMINI					TRANS			CAMPIONE
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2018-2022
EUROPA	59.6	61.6	58.6	60.1	60	40.4	38.4	41.4	39.9	39.4	0	0	0.6	859
ASIA	30.8	33.9	36	35.5	29.2	69.2	66.1	64	64.5	70.8	0	0	0	1378
NORD AFRICA	15.7	15.9	9.1	7.4	4.6	84.3	84.1	90.9	92.6	95.3	0	0	0.1	2380
AFRICA SUBSAHARIANA	23	18.4	19.4	19.9	23.9	77	81.6	80.6	79.5	76.1	0	0.6	0	931
AMERICA LATINA	65.6	71	66.3	64.2	70.8	34.4	29	32.6	34.3	28.6	1.1	1.5	0.6	2550

Tabella A3 Genere per Paese di origine e anno di visita (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS			CAMPIONE
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2018-2022
BANGLADESH	6.6	6.1	3.1	7.7	5.1	93.4	93.9	96.9	92.3	94.9	0	0	0	390
EGITTO	7.6	8.8	4.8	5.4	1.9	92.4	91.2	95.2	94.6	98.1	0	0	0	845
EL SALVADOR	68.9	76.7	61.7	74.1	68.9	31.1	23.3	38.3	25.9	31.1	0	0	0	375
MAROCCO	22.5	21.8	13.4	9.4	6.4	77.5	78.2	86.6	90.6	93.3	0	0	0.3	1212
PERÙ	65.7	70.7	66.5	61.6	71.5	34.3	29.3	32.2	36.6	28.1	1.3	1.8	0.4	1595
ROMANIA	58.3	50.9	60.9	59.6	51	41.7	49.1	39.1	40.4	49	0	0	0	293
SRI LANKA	36.8	39.5	34.3	35	33	63.2	60.5	65.7	65	67	0	0	0	263
ALTRI PAESI	42.3	41.9	41.5	40.7	39.2	57.7	58.1	58.2	58.8	60.4	0.2	0.5	0.4	3125

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A4. Classe di età per genere per anno (distribuzione percentuale)

≤24 ANNI	33	31.6	18	20.5	10.4	17.9	15.2	10.9	11.8	13.4
25-34 ANNI	39.8	40.1	40	37.1	45.5	29.9	31.7	27.7	23.5	26.4
35-44 ANNI	15.7	20.3	27	25.8	25.4	19.4	21.4	29.4	19.1	20.9
45-64 ANNI	9.4	5.6	15	12.9	15.7	27.4	25.5	23.5	31.6	34.3
65 ANNI E OLTRE	2.1	2.3	0	3.8	3	5.5	6.2	8.4	14	5
CAMPIONE	191	177	100	132	134	201	145	119	136	201

Esclusa 1 osservazione perché non nota l'area di provenienza.

Tabella A7. Categorie di istruzione per genere e anno (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	4.2	4.7	6.4	5.6	3.5	5.3	5.7	5.2	8.3	5.7	0	0	0
SCUOLE ELEMENTARI	11.1	9.5	11.2	13.8	9.9	15.2	16.6	17.2	17.7	15.8	0	14.3	33.3
SCUOLE MEDIE	27.2	24.7	28.8	27.1	25.9	35	35.1	32.1	31.8	33.8	25	28.6	0
SCUOLE SUPERIORI	39.8	45.2	39.6	40.5	47.7	31.4	29	34.8	31.8	33	50	57.1	50
UNIVERSITÀ	13.5	12.8	12.8	11.4	11	7.8	7.7	8.9	7.2	5.4	0	0	16.7
DATO MANCANTE	4.1	3.1	1.1	1.6	2	5.2	5.9	1.9	3.2	6.3	25	0	0
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

Tabella A8. Categorie di istruzione per area di origine e anno (distribuzione percentuale)

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	4.3	8.1	12.1	6.5	4.2	3.6	2.2	3.4	8.3	5.5	8.1	9	8.8	8.9	7.8
SCUOLE ELEMENTARI	11	12.4	12.1	15.2	12.7	15.6	12.9	17.2	18.1	10.9	18	14.5	16.6	16.1	16.7
SCUOLE MEDIE	34.9	36.8	32.8	31.9	41.2	28.8	37.5	36.5	35.1	39.1	36.4	31.6	31.7	32.8	32.5
SCUOLE SUPERIORI	31.4	27	31.9	34.8	28.5	33.1	29.9	31	29.8	31.8	25.1	29.6	30.2	30.5	29.9
UNIVERSITÀ	11.4	14.1	7.8	10.1	10.9	15.9	11.2	10.8	6.4	8.3	6.7	10.1	10.6	8	5.6
DATO MANCANTE	7.1	1.6	3.4	1.4	2.4	3	6.3	1	2.3	4.4	5.8	5.2	2.1	3.7	7.5
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUB SAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	10.9	7.8	7.3	13.9	9.1	0.9	1.8	1.4	2.3	0.4
SCUOLE ELEMENTARI	21	26.3	29	31.3	25	7.2	8	7.9	9.6	9.4
SCUOLE MEDIE	34.3	29.5	25.8	25.9	27.8	27.5	25	27.9	24.9	23
SCUOLE SUPERIORI	19.8	24	29	21.7	28.4	50.9	51.8	49.9	49.4	55.9
UNIVERSITÀ	7.7	5.1	6.5	4.2	4	10.3	9.8	12.1	12.1	9.1
DATO MANCANTE	6.5	7.4	2.4	3	5.7	3.2	3.6	0.8	1.8	2.1
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A9. Categorie di istruzione per Paese e per anno (distribuzione percentuale)

	BANGLADESH					EGITTO					EL SALVADOR				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	5.5	6.1	7.8	12.1	14.1	5.7	7.9	7.6	12.1	6.9	1.1	3.3	0	3.4	0
SCUOLE ELEMENTARI	34.1	22.7	29.7	26.4	20.5	14.6	9.6	9.5	13.4	14.7	8.9	5.6	6.4	12.1	14.4
SCUOLE MEDIE	35.2	37.9	37.5	27.5	34.6	26.1	17.5	24.8	24.2	26.2	33.3	22.2	42.6	25.9	25.6
SCUOLE SUPERIORI	19.8	21.2	18.8	25.3	28.2	31.8	46.5	36.2	36.9	39.4	42.2	57.8	31.9	51.7	50
UNIVERSITÀ	5.5	1.5	4.7	5.5	2.6	10.8	15.8	21	12.1	8.4	10	7.8	19.1	6.9	8.9
DATO MANCANTE	0	10.6	1.6	3.3	0	10.8	2.6	1	1.3	4.4	4.4	3.3	0	0	1.1
CAMPIONE	91	66	64	91	78	157	114	105	149	320	90	90	47	58	90

	MAROCCO					PERÙ					ROMANIA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	10.4	11.7	9.3	7.8	9.6	1.2	1.6	1.7	2.2	0.6	9.4	24.5	26.1	19.1	7.8
SCUOLE ELEMENTARI	20.7	14.9	21.5	18.8	18.4	6.1	8.9	6.7	7.6	9	21.9	24.5	21.7	19.1	23.5
SCUOLE MEDIE	42.3	36.2	36.6	34.9	37.1	28	28.3	27.2	30.8	23.4	37.5	37.7	32.6	27.7	43.1
SCUOLE SUPERIORI	18.5	21.3	23.8	29.8	23.5	53.8	50	53.1	49.1	57.7	17.7	13.2	13	27.7	23.5
UNIVERSITÀ	4.5	8.5	5.2	5.1	2.9	8.5	7.2	10	8.5	7.2	2.1	0	0	2.1	0
DATO MANCANTE	3.6	7.4	3.5	3.5	8.5	2.4	3.9	1.3	1.8	2	11.5	0	6.5	4.3	2
CAMPIONE	222	188	172	255	375	329	304	239	224	499	96	53	46	47	51

	SRI LANKA					ALTRI PAESI				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
NESSUN TITOLO	1.8	2.3	2.9	5	0	4.7	3.3	4.2	6.6	4.5
SCUOLE ELEMENTARI	5.3	11.6	17.1	2.5	2.3	12.1	15.5	15.8	18.9	14
SCUOLE MEDIE	14	34.9	17.1	37.5	31.8	31.6	32	30.6	30	34.3
SCUOLE SUPERIORI	63.2	46.5	57.1	52.5	58	33.1	31.3	36.9	30.5	30.2
UNIVERSITÀ	7	2.3	5.7	2.5	5.7	14.1	13.2	11.4	10.9	10.7
DATO MANCANTE	8.8	2.3	0	0	2.3	4.3	4.7	1.2	3.1	6.3
CAMPIONE	57	43	35	40	88	782	613	431	587	712

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A10. Permanenza per genere per anno (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
0-1 ANNO	41.9	42.8	37.1	21.6	52.6	25.6	27.6	27.2	29.8	41	0	0	16.7
1-2 ANNI	14.7	13.6	19.2	18.2	4.9	12.7	9.3	9.5	9.5	5	0	0	0
2-3 ANNI	10.2	8.9	11.9	14.4	7.9	12.1	12.9	9.2	6.6	5.3	0	28.6	0
3-4 ANNI	6.2	7.3	5.3	7.8	7.6	7.4	8.7	7.6	6.3	4.4	25	14.3	0
4 O PIÙ ANNI	22.3	22.2	22.2	32.1	20.7	36.2	35.9	41	42.4	31.7	75	57.1	66.7
DATO MANCANTE	4.6	5.2	4.3	6	6.3	6.1	5.8	5.6	5.4	12.7	0	0	16.7
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

Tabella A11. Permanenza in Italia per area di origine e anno di visita (distribuzione percentuale) - popolazione TOTALE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	37.3	33.5	24.1	23.2	40	20.5	23.7	18.7	15.1	28.9	21.2	26.1	36.3	41.4	43.8
1-2 ANNI	9	7.6	16.4	9.4	4.8	12.9	8.9	10.8	12.8	3.4	12.7	7.5	7.3	7.6	7.3
2-3 ANNI	6.7	4.3	6.9	12.3	3	13.9	17	17.2	10.2	8.1	9.2	8.7	6.3	6	5.1
3-4 ANNI	7.8	3.8	2.6	2.2	1.8	10.9	10.3	13.8	9.8	11.5	7.6	9.3	3.6	4.3	3.6
4 O PIÙ ANNI	32.2	41.6	41.4	46.4	38.2	35.1	33.9	34.5	47.2	34.1	45.4	43.5	41.1	35.1	29.2
DATO MANCANTE	7.1	9.2	8.6	6.5	12.1	6.6	6.3	4.9	4.9	14.1	3.9	4.9	5.4	5.6	11.1
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	20.2	13.8	9.7	9	17.6	49.7	53.6	42.2	25.4	63.4
1-2 ANNI	13.7	9.7	4	5.4	0.6	16.4	16.6	21.9	22.2	4.4
2-3 ANNI	21.4	22.1	11.3	3	2.3	9.2	8	10.4	14.6	8.1
3-4 ANNI	9.3	15.2	15.3	8.4	4.5	2.9	4.8	4.1	8.8	5.5
4 O PIÙ ANNI	27	31.8	53.2	64.5	58.5	17.6	13.6	18.1	24.9	12.8
DATO MANCANTE	8.5	7.4	6.5	9.6	16.5	4.1	3.4	3.3	4	5.7
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A12. Permanenza in Italia per area di origine e anno – Popolazione FEMMINILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	32.2	32.5	27.9	26.5	40.4	30.1	21.1	19.2	9.6	17.9	39.7	27.3	36.7	38.9	27.8
1-2 ANNI	11.2	7	20.6	8.4	4	11.8	6.6	19.2	21.3	6.3	13.2	10.9	3.3	11.1	11.1
2-3 ANNI	9.2	6.1	8.8	14.5	3	9.7	14.5	16.4	17	12.5	5.9	7.3	13.3	5.6	5.6
3-4 ANNI	11.2	6.1	1.5	2.4	3	11.8	14.5	12.3	9.6	22.3	4.4	10.9	0	8.3	0
4 O PIÙ ANNI	28.9	40.4	33.8	42.2	37.4	32.3	32.9	27.4	36.2	37.5	32.4	36.4	40	27.8	38.9
DATO MANCANTE	7.2	7.9	7.4	6	12.1	4.3	10.5	5.5	6.4	3.6	4.4	7.3	6.7	8.3	16.7
CAMPIONE	152	114	68	83	99	93	76	73	94	112	68	55	30	36	36

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	42.1	30	20.8	12.1	50	49	54.6	46.7	23.1	65.1
1-2 ANNI	14	10	12.5	9.1	2.4	17.2	18	21.5	22.4	4.6
2-3 ANNI	15.8	15	4.2	6.1	4.8	10.7	8.2	12	15.7	8.2
3-4 ANNI	3.5	20	20.8	6.1	4.8	3.6	4.2	3.3	9	6
4 O PIÙ ANNI	21.1	20	37.5	57.6	35.7	15.6	12.1	13.6	24.7	10.8
DATO MANCANTE	3.5	5	4.2	9.1	2.4	3.9	2.8	2.9	5.1	5.2
CAMPIONE	57	40	24	33	42	384	355	242	255	498

Escluse due osservazioni perché non nota l'area di provenienza

Tabella A13. Permanenza in Italia per area di origine e anno (distribuzione percentuale) – Popolazione MASCHILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	44.7	35.2	18.8	18.2	38.5	16.3	25	18.5	18.1	33.5	17.8	25.9	36.2	41.6	44.7
1-2 ANNI	5.8	8.5	10.4	10.9	6.2	13.4	10.1	6.2	8.2	2.2	12.6	6.9	7.6	7.3	7.1
2-3 ANNI	2.9	1.4	4.2	9.1	3.1	15.8	18.2	17.7	6.4	6.3	9.8	9	5.6	6	5.1
3-4 ANNI	2.9	0	4.2	1.8	0	10.5	8.1	14.6	9.9	7	8.2	9	4	4	3.7
4 O PIÙ ANNI	36.9	43.7	52.1	52.7	40	36.4	34.5	38.5	53.2	32.7	47.8	44.8	41.2	35.6	28.6
DATO MANCANTE	6.8	11.3	10.4	7.3	12.3	7.7	4.1	4.6	4.1	18.4	3.8	4.5	5.3	5.3	10.8
CAMPIONE	103	71	48	55	65	209	148	130	171	272	366	290	301	449	748

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
0-1 ANNO	13.6	10.2	7	8.3	7.5	51.2	51	34.5	30.9	60.7
1-2 ANNI	13.6	9.6	2	4.5	0	14.9	13.1	23.5	22.8	4
2-3 ANNI	23	23.7	13	1.5	1.5	6.5	7.6	7.6	12.5	8
3-4 ANNI	11	14.1	14	9.1	4.5	1.5	6.2	5	8.1	4.5
4 O PIÙ ANNI	28.8	34.5	57	66.7	65.7	21.4	17.2	25.2	23.5	16.4
DATO MANCANTE	9.9	7.9	7	9.8	20.9	4.5	4.8	4.2	2.2	6.5
CAMPIONE	191	177	100	132	134	201	145	119	136	201

Esclusa 1 osservazione perché non nota l'area di provenienza

Tabella A14. Stato civile per genere per anno (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	38.3	35.5	38.9	35.3	38.1	33.7	38.6	35.7	34.5	35.5	25	14.3	50
CELIBI/NUBILI	44	43.6	39.6	40.7	42.5	57.9	54.3	56.6	56.9	54.7	75	57.1	50
SEPARATI/E	11.7	14.5	14.9	16.4	11.7	5.6	4.7	6.4	5.7	5.2	0	0	0
VEDOVI/E	5.4	5.6	5.5	6.8	6.1	0.7	1.1	0.6	1	0.3	0	0	0
DATO MANCANTE	0.5	0.8	1.1	0.8	1.6	2.1	1.3	0.7	1.9	4.3	0	28.6	0
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

Tabella A15. Stato civile per area di provenienza per anno (distribuzione percentuale) - popolazione TOTALE

	EUROPA	ASIA	NORD AFRICA
--	--------	------	-------------

	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	43.5	45.4	52.6	44.9	48.5	46.4	51.3	43.3	53.2	51.6	30.2	36.2	32.6	26.8	30.6
CELIBI/NUBILI	36.9	29.7	31	34.8	29.7	43.7	40.2	36.9	30.2	35.4	59.4	54.2	60.1	64.5	58.5
SEPARATI/E	10.6	15.7	9.5	13	13.3	6.3	5.8	14.3	12.8	6.8	7.4	6.7	4.2	5.6	5.6
VEDOVI/E	6.7	8.1	6	7.2	6.1	1.7	1.8	3.9	3	2.3	1.6	2	2.4	0.8	0.5
DATO MANCANTE	2.4	1.1	0.9	0	2.4	2	0.9	1.5	0.8	3.9	1.4	0.9	0.6	2.3	4.8
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	31	29	29	30.7	35.2	32.6	32.2	34.8	30	32.3
CELIBI/NUBILI	60.5	65.4	61.3	55.4	55.1	54.4	51.2	50.7	53.4	53.1
SEPARATI/E	5.2	1.8	8.1	7.8	5.1	9.7	12.6	12.6	11.1	9.2
VEDOVI/E	1.2	0.9	0	2.4	1.1	2.7	3.4	1.4	4.3	3.8
DATO MANCANTE	2	2.8	1.6	3.6	3.4	0.5	0.6	0.5	1.3	1.6
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A16. Stato civile per area di provenienza e anno (distribuzione percentuale) – popolazione FEMMINILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	48	41.2	54.4	47	49.5	49.5	55.3	42.5	48.9	55.4	41.2	36.4	50	41.7	52.8
CELIBI/NUBILI	30.9	28.9	23.5	26.5	25.3	31.2	23.7	15.1	12.8	20.5	32.4	36.4	20	25	25
SEPARATI/E	10.5	18.4	11.8	14.5	14.1	14	15.8	32.9	31.9	15.2	17.6	18.2	3.3	22.2	13.9
VEDOVI/E	8.6	10.5	8.8	12	9.1	5.4	3.9	8.2	6.4	8	8.8	9.1	23.3	8.3	8.3
DATO MANCANTE	2	0.9	1.5	0	2	0	1.3	1.4	0	0.9	0	0	3.3	2.8	0
CAMPIONE	152	114	68	83	99	93	76	73	94	112	68	55	30	36	36

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	36.8	32.5	29.2	33.3	47.6	31.5	29.6	33.1	25.9	29.9
CELIBI/NUBILI	47.4	57.5	66.7	57.6	42.9	53.9	52.1	51.2	55.7	52.2
SEPARATI/E	10.5	2.5	4.2	3	2.4	10.7	13.8	12.8	12.2	11
VEDOVI/E	5.3	5	0	6.1	4.8	3.6	3.9	2.1	5.1	5
DATO MANCANTE	0	2.5	0	0	2.4	0.3	0.6	0.8	1.2	1.8
CAMPIONE	57	40	24	33	42	384	355	242	255	498

Escluse due osservazioni perché non nota l'area di provenienza

Tabella A17. Stato civile per area di provenienza e anno (distribuzione percentuale) – popolazione MASCHILE

	EUROPA	ASIA	NORD AFRICA
--	--------	------	-------------

	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	36.9	52.1	50	41.8	46.2	45	49.3	43.8	55.6	50	28.1	36.2	30.9	25.6	29.4
CELIBI/NUBILI	45.6	31	41.7	47.3	36.9	49.3	48.6	49.2	39.8	41.5	64.5	57.6	64.1	67.7	60.2
SEPARATI/E	10.7	11.3	6.3	10.9	12.3	2.9	0.7	3.8	2.3	3.3	5.5	4.5	4.3	4.2	5.2
VEDOVI/E	3.9	4.2	2.1	0	1.5	0	0.7	1.5	1.2	0	0.3	0.7	0.3	0.2	0.1
DATO MANCANTE	2.9	1.4	0	0	3.1	2.9	0.7	1.5	1.2	5.1	1.6	1	0.3	2.2	5.1
CAMPIONE	103	71	48	55	65	209	148	130	171	272	366	290	301	449	748

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	29.3	28.2	29	29.5	31.3	34.8	38.6	38.7	39	38.3
CELIBI/NUBILI	64.4	67.2	60	55.3	59	55.2	49	48.7	48.5	54.7
SEPARATI/E	3.7	1.7	9	9.1	6	8	9.7	12.6	9.6	5
VEDOVI/E	0	0	0	1.5	0	1	2.1	0	2.9	1
DATO MANCANTE	2.6	2.8	2	4.5	3.7	1	0.7	0	0	1
CAMPIONE	191	177	100	132	134	201	145	119	136	201

Esclusa 1 osservazione perché non nota l'area di provenienza

Tabella A18. Stato civile per Paese d'origine e anno (distribuzione percentuale) – popolazione TOTALE

	BANGLADESH					EGITTO					EL SALVADOR				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022

CONIUGATI/E	50.5	51.5	53.1	57.1	57.7	41.4	51.8	45.7	40.3	42.5	41.1	40	27.7	44.8	33.3
CELIBI/NUBILI	47.3	47	43.8	41.8	39.7	53.5	45.6	48.6	55.7	52.8	50	46.7	61.7	44.8	52.2
SEPARATI/E	0	0	0	0	1.3	3.8	0.9	2.9	1.3	1.6	6.7	8.9	10.6	3.4	11.1
VEDOVI/E	0	0	1.6	1.1	0	0	0.9	1.9	0.7	0.6	1.1	4.4	0	5.2	1.1
DATO MANCANTE	2.2	1.5	1.6	0	1.3	1.3	0.9	1	2	2.5	1.1	0	0	1.7	2.2
CAMPIONE	91	66	64	91	78	157	114	105	149	320	90	90	47	58	90

	MAROCCO					PERÙ					ROMANIA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	22.5	28.7	27.3	20.4	21.6	33.1	32.2	35.6	31.7	31.7	47.9	69.8	60.9	55.3	68.6
CELIBI/NUBILI	62.6	56.9	63.4	67.5	63.5	52.9	51	50.6	53.6	52.7	36.5	15.1	28.3	29.8	17.6
SEPARATI/E	9.9	10.6	5.2	8.2	8.8	10.6	13.2	12.6	9.4	9.4	8.3	11.3	2.2	8.5	7.8
VEDOVI/E	3.2	2.7	3.5	1.2	0.5	2.7	3	0.8	4.5	4.6	4.2	3.8	6.5	6.4	3.9
DATO MANCANTE	1.8	1.1	0.6	2.7	5.6	0.6	0.7	0.4	0.9	1.6	3.1	0	2.2	0	2
CAMPIONE	222	188	172	255	375	329	304	239	224	499	96	53	46	47	51

	SRI LANKA					ALTRI PAESI				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
CONIUGATI/E	71.9	62.8	57.1	70	62.5	32.7	33.1	33.6	32	37.5
CELIBI/NUBILI	17.5	34.9	34.3	25	27.3	54	52.2	48.3	48	46.8
SEPARATI/E	7	0	5.7	2.5	6.8	8.6	9.3	13.9	14.5	8.4
VEDOVI/E	1.8	0	2.9	2.5	2.3	3.3	3.9	3	3.6	2.8
DATO MANCANTE	1.8	2.3	0	0	1.1	1.4	1.5	1.2	1.9	4.5
CAMPIONE	57	43	35	40	88	782	613	431	587	712

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A19. Numero figli per genere e anno (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
NON NOTO		32.5	0	0	0		54.9	0	0	0	0	0	0
NESSUN FIGLIO	38.3	2.5	28.4	33.7	33.7	62.2	4	59.3	61.4	61	100	100	83.3
1 FIGLIO	17	21.7	26.1	25.3	22.9	14.7	12.9	13.9	11.3	14	0	0	0
2 FIGLI	20.4	21.1	22.2	22.4	21	11.2	14.8	12.2	11.8	12.7	0	0	16.7
3 FIGLI	12.1	10.8	11.4	10.8	12	6.4	7.1	8.3	8.7	6.7	0	0	0
4 O PIÙ FIGLI	12.2	11.4	11.9	7.8	10.3	5.5	6.4	6.3	6.8	5.6	0	0	0
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

*per il 2018 l'assenza di figli e la mancanza di informazioni in merito sono state accorpate nella stessa categoria: la percentuale si riferisce, pertanto, ad entrambe le condizioni considerate come un'unica categoria e non è possibile fare delle distinzioni.

Tabella A20. Condizione abitativa per genere e per anno di visita

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	86.2	86.1	86.7	87	84.7	70.7	69	73.5	69.7	62.5	100	85.7	100
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	2.9	3.6	4.1	7.6	4.1	0.5	0.2	0.6	1.2	0.4	0	0	0
SENZA DIMORA	8.1	8.4	7.1	5	8.9	24.5	28.5	24.8	26.8	30.3	0	14.3	0
DATO MANCANTE	2.8	1.9	2.1	0.4	2.4	4.3	2.3	1.1	2.3	6.8	0	0	0
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

Tabella A21. Condizione abitativa per area di origine e anno di visita (distribuzione percentuale) – Popolazione TOTALE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	72.9	65.4	64.7	70.3	72.7	79.1	82.6	86.7	87.2	68.8	75.8	72.8	68	64.7	57.7
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	2.7	4.9	3.4	8	3	2	0.9	0.5	2.6	2.3	0	0.3	0.6	0.8	0.4
SENZA DIMORA	20.4	27	31	21	16.4	15.2	15.6	11.8	7.9	22.1	21.4	25.5	30.5	32.4	35.7
DATO MANCANTE	3.9	2.7	0.9	0.7	7.9	3.6	0.9	1	2.3	6.8	2.8	1.4	0.9	2.1	6.2
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	49.2	47.9	62.9	59.6	55.7	90.8	92.6	93.7	90.2	89
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	0	0.5	0	2.4	1.1	2.4	2.4	4.1	5.8	2.7
SENZA DIMORA	48	47.9	30.6	34.3	36.4	2.2	2.8	1.4	3.8	6.1
DATO MANCANTE	2.8	3.7	6.5	3.6	6.8	4.6	2.2	0.8	0.3	2.1
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A22. Condizione abitativa per area di origine e anno di visita (distribuzione percentuale) – popolazione FEMMINILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	76.3	71.1	69.1	77.1	75.8	91.4	94.7	95.9	94.7	83.9	86.8	81.8	86.7	91.7	75
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	3.3	7.9	4.4	13.3	5.1	4.3	2.6	1.4	3.2	8	0	0	3.3	2.8	2.8
SENZA DIMORA	16.4	19.3	25	9.6	13.1	3.2	2.6	1.4	2.1	6.3	10.3	14.5	6.7	5.6	19.4
DATO MANCANTE	3.9	1.8	1.5	0	6.1	1.1	0	1.4	0	1.8	2.9	3.6	3.3	0	2.8
CAMPIONE	152	114	68	83	99	93	76	73	94	112	68	55	30	36	36

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	61.4	62.5	58.3	84.8	69	92.4	92.4	91.7	87.1	88.8
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	0	0	0	0	0	3.4	3.4	5.4	9	3.4
SENZA DIMORA	36.8	35	29.2	12.1	26.2	1.3	2.3	1.7	3.5	6.2
DATO MANCANTE	1.8	2.5	12.5	3	4.8	2.9	2	1.2	0.4	1.6
CAMPIONE	57	40	24	33	42	384	355	242	255	498

Escluse due osservazioni perché non nota l'area di provenienza

Tabella A23. Condizione abitativa per area di origine e anno di visita (distribuzione percentuale) – popolazione MASCHILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	68	56.3	58.3	60	67.7	73.7	76.4	81.5	83	62.5	73.8	71	66.1	62.6	56.8
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	1.9	0	2.1	0	0	1	0	0	2.3	0	0	0.3	0.3	0.7	0.3
SENZA DIMORA	26.2	39.4	39.6	38.2	21.5	20.6	22.3	17.7	11.1	28.7	23.5	27.6	32.9	34.5	36.5
DATO MANCANTE	3.9	4.2	0	1.8	10.8	4.8	1.4	0.8	3.5	8.8	2.7	1	0.7	2.2	6.4
CAMPIONE	103	71	48	55	65	209	148	130	171	272	366	290	301	449	748

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
IN AFFITTO O DA PARENTI	45.5	44.6	64	53	51.5	87.6	93.1	97.5	96.3	89.6
PRESSO IL DATORE DI LAVORO	0	0.6	0	3	1.5	0.5	0	1.7	0	1
SENZA DIMORA	51.3	50.8	31	40.2	39.6	4	4.1	0.8	3.7	6
DATO MANCANTE	3.1	4	5	3.8	7.5	8	2.8	0	0	3.5
CAMPIONE	191	177	100	132	134	201	145	119	136	201

Esclusa 1 osservazione perché non nota l'area di provenienza

Tabella A24. Condizione lavorativa per genere e anno di visita (distribuzione percentuale).

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
OCCUPATI	27.7	35.2	27	31.1	23.8	31.2	32.3	26.1	20.8	28.2	0	0	16.7
DISOCCUPATI	42.3	53.8	55.4	46.3	58.8	43.3	59	62.5	65.3	58.4	75	85.7	66.7
INATTIVI	3.1	4.4	5.9	5.6	6	1.7	1.8	0.6	1.1	0.7	0	0	0
DATO MANCANTE	26.9	6.7	11.7	17	11.4	23.8	7	10.9	12.8	12.7	25	14.3	16.7
CAMPIONE	754	640	437	501	789	1070	831	698	943	1421	4	7	6

Tabella A25. Condizione lavorativa per area di provenienza e anno (distribuzione percentuale) – Popolazione TOTALE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	25.5	24.9	15.5	21.7	21.2	33.1	41.5	28.1	22.6	30.2	33.4	34.5	23.3	20	27.9
DISOCCUPATI	45.5	63.2	64.7	58.7	61.2	41.1	50.9	58.1	59.6	52.6	41.9	58.8	64	65.8	57.6
INATTIVI	2.7	3.8	4.3	6.5	4.8	1.7	3.1	3	3.4	0.5	0.9	1.2	2.1	1.2	1.4
DATO MANCANTE	26.3	8.1	15.5	13	12.7	24.2	4.5	10.8	14.3	16.7	23.7	5.5	10.6	13	13.1
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	17.7	18	22.6	13.3	21	32.3	39.2	32.9	36	26
DISOCCUPATI	50.8	68.7	62.1	69.3	64.2	40	50.2	54.5	45.6	61
INATTIVI	2	4.1	3.2	3.6	1.7	3.4	3.2	2.2	2	4.6
DATO MANCANTE	29.4	9.2	12.1	13.9	13.1	24.3	7.4	10.4	16.4	8.4
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A26. Condizione lavorativa per area di provenienza e anno (distribuzione percentuale) – Popolazione FEMMINILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	24.3	26.3	17.6	20.5	19.2	30.1	48.7	28.8	23.4	30.4	14.7	20	10	13.9	5.6
DISOCCUPATI	48	57	58.8	50.6	61.6	39.8	42.1	47.9	50	46.4	54.4	69.1	63.3	66.7	58.3
INATTIVI	2.6	6.1	7.4	10.8	8.1	2.2	5.3	4.1	5.3	0.9	2.9	7.3	20	11.1	19.4
DATO MANCANTE	25	10.5	16.2	18.1	11.1	28	3.9	19.2	21.3	22.3	27.9	3.6	6.7	8.3	16.7
CAMPIONE	152	114	68	83	99	93	76	73	94	112	68	55	30	36	36

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	8.8	7.5	0	15.2	4.8	33.6	40.6	33.9	42	26.3
DISOCCUPATI	59.6	80	70.8	66.7	81	35.9	49.9	54.1	38	59.4
INATTIVI	1.8	10	16.7	9.1	4.8	3.6	2.5	3.3	2.7	5.6
DATO MANCANTE	29.8	2.5	12.5	9.1	9.5	26.8	7	8.7	17.3	8.6
CAMPIONE	57	40	24	33	42	384	355	242	255	498

Escluse due osservazioni perché non nota l'area di provenienza

Tabella A27. Condizione lavorativa per area di provenienza e anno (distribuzione percentuale) – Popolazione MASCHILE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	27.2	22.5	12.5	23.6	24.6	34.4	37.8	27.7	22.2	30.1	36.9	37.2	24.6	20.5	28.9
DISOCCUPATI	41.7	73.2	72.9	70.9	60	41.6	55.4	63.8	64.9	55.1	39.6	56.9	64.1	65.7	57.6
INATTIVI	2.9	0	0	0	0	1.4	2	2.3	2.3	0.4	0.5	0	0.3	0.4	0.5
DATO MANCANTE	28.2	4.2	14.6	5.5	15.4	22.5	4.7	6.2	10.5	14.3	23	5.9	11	13.4	13
CAMPIONE	103	71	48	55	65	209	148	130	171	272	366	290	301	449	748

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	20.4	20.3	28	12.9	26.1	29.9	35.9	31.9	26.5	25.9
DISOCCUPATI	48.2	66.1	60	69.7	59	47.8	51	54.6	58.1	64.7
INATTIVI	2.1	2.8	0	2.3	0.7	3	4.8	0	0.7	2
DATO MANCANTE	29.3	10.7	12	15.2	14.2	19.4	8.3	13.4	14.7	7.5
CAMPIONE	191	177	100	132	134	201	145	119	136	201

Esclusa 1 osservazione perché non nota l'area di provenienza

Tabella A28. Condizione lavorativa per Paese di origine e anno (distribuzione percentuale)

	BANGLADESH					EGITTO					EL SALVADOR				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	50.5	42.4	26.6	25.3	33.3	43.9	41.2	25.7	26.2	35.3	46.7	48.9	46.8	44.8	35.6
DISOCCUPATI	36.3	51.5	65.6	65.9	57.7	33.8	49.1	56.2	52.3	51.2	30	42.2	38.3	37.9	45.6
INATTIVI	0	1.5	0	2.2	1.3	0.6	1.8	2.9	2	0.3	1.1	0	0	5.2	7.8
DATO MANCANTE	13.2	4.5	7.8	6.6	7.7	21.7	7.9	15.2	19.5	13.1	22.2	8.9	14.9	12.1	11.1
CAMPIONE	91	66	64	91	78	157	114	105	149	320	90	90	47	58	90

	MAROCCO					PERÙ					ROMANIA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	25.7	33	24.4	18	23.5	31	36.8	32.2	39.7	25.1	17.7	11.3	15.2	10.6	9.8
DISOCCUPATI	48.6	61.2	65.1	71.8	63.2	44.4	52.6	56.1	41.1	62.9	55.2	73.6	76.1	80.9	74.5
INATTIVI	0.9	1.1	2.3	0.8	1.9	2.4	3	2.1	1.3	4.4	2.1	9.4	4.3	0	2
DATO MANCANTE	24.8	4.8	8.1	9.4	11.5	22.2	7.6	9.6	17.9	7.6	25	5.7	4.3	8.5	13.7
CAMPIONE	222	188	172	255	375	329	304	239	224	499	96	53	46	47	51

	SRI LANKA					ALTRI PAESI				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	28.1	41.9	40	30	31.8	24.8	28.7	21.8	19.1	24.3
DISOCCUPATI	50.9	51.2	54.3	52.5	54.5	42.6	60.4	60.8	61.3	57.6
INATTIVI	0	2.3	2.9	2.5	0	3.5	3.8	3.5	4.1	2.4
DATO MANCANTE	21.1	4.7	2.9	15	13.6	29.2	7.2	13.9	15.5	15.7
CAMPIONE	57	43	35	40	88	782	613	431	587	712

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A29. Condizione lavorativa per permanenza in Italia e anno (distribuzione percentuale)

	0-1 ANNO					1-2 ANNI					2-3 ANNI				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	13.4	19.3	15.3	12.1	17.9	34.4	48.2	33.3	33.7	44.5	36.9	47	32.8	33.8	42.3
DISOCCUPATI	55.1	71.2	73.6	73.3	69.5	39.3	43.9	54	42.5	43.6	37.4	44.5	46.6	47.8	38.7
INATTIVI	2.7	4.4	3.1	3.1	3.2	3.2	1.8	1.3	3.3	2.7	1.9	2.4	5.2	2.2	5.8
DATO MANCANTE	28.8	5.2	8	11.6	9.4	23.1	6.1	11.3	20.4	9.1	23.8	6.1	15.5	16.2	13.1
CAMPIONE	590	503	352	389	999	247	164	150	181	110	206	164	116	136	137

	3-4 ANNI					4+ ANNI					DATO MANCANTE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	43.7	37.8	36.4	41.4	42.6	38.7	38	29.8	25	34.7	33	34.6	25.9	19.8	16.5
DISOCCUPATI	35.7	50.4	49.4	39.4	45.9	38	53.4	55.4	59.6	52	27	44.4	60.3	63	54.5
INATTIVI	0.8	2.5	3.9	6.1	2.5	1.4	1.1	1.8	1.4	1	4	7.4	1.7	3.7	2.2
DATO MANCANTE	19.8	9.2	10.4	13.1	9	21.8	7.5	13	14	12.3	36	13.6	12.1	13.6	26.8
CAMPIONE	126	119	77	99	122	555	440	386	565	617	100	81	58	81	231

Tabella A30. Condizione lavorativa per livello di istruzione e anno (distribuzione percentuale) – popolazione TOTALE

	NESSUN TITOLO					SCUOLE ELEMENTARI					SCUOLE MEDIE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	18	22.1	17.2	10.4	22.9	27.1	28.1	21.9	19	25.6	31.2	34.4	26.5	26.5	29.2
DISOCCUPATI	59.6	61	65.6	71.7	61.5	42.1	62.3	68	64.1	62.3	42.6	58	61.3	62.3	60.4
INATTIVI	0	3.9	6.3	1.9	4.6	1.6	3.5	4.7	4.6	2.3	1.7	2.2	1.1	0.7	1.8
DATO MANCANTE	22.5	13	10.9	16	11	29.1	6	5.3	12.2	9.8	24.5	5.3	11.1	10.5	8.6
CAMPIONE	89	77	64	106	109	247	199	169	237	305	580	450	351	438	684

	SCUOLE SUPERIORI					UNIVERSITA'					DATO MANCANTE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	31.9	39.6	29.9	28.8	28.1	33.5	30.8	28	24	23.6	16.1	14.5	5.3	10.5	9.5
DISOCCUPATI	42.1	52.1	56.2	54.8	57.9	37.8	52.7	54.2	46.4	61.8	46	71	52.6	44.7	33.3
INATTIVI	2.5	2.1	2.9	3	3.4	4.9	7.5	1.7	5.6	1.8	2.3	1.4	0	0	1
DATO MANCANTE	23.4	6.2	11	13.4	10.6	23.8	8.9	16.1	24	12.7	35.6	13	42.1	44.7	56.2
CAMPIONE	636	530	418	507	848	185	146	118	125	165	87	69	19	38	105

Tabella A31. Condizione lavorativa per livello di istruzione e anno (distribuzione percentuale) – popolazione FEMMINILE

	NESSUN TITOLO					SCUOLE ELEMENTARI					SCUOLE MEDIE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	6.3	16.7	3.6	7.1	0	14.3	26.2	12.2	21.7	12.8	27.8	32.3	25.4	34.6	31.4
DISOCCUPATI	65.6	50	71.4	60.7	60.7	52.4	60.7	65.3	58	69.2	41	57.6	64.3	48.5	54.9
INATTIVI	0	10	10.7	7.1	17.9	4.8	9.8	16.3	11.6	7.7	2.9	3.8	2.4	2.2	4.4
DATO MANCANTE	28.1	23.3	14.3	25	21.4	28.6	3.3	6.1	8.7	10.3	28.3	6.3	7.9	14.7	9.3
CAMPIONE	32	30	28	28	28	84	61	49	69	78	205	158	126	136	204

	SCUOLE SUPERIORI					UNIVERSITA'					DATO MANCANTE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	31.3	41.5	36.4	36.5	25.5	39.2	35.4	28.6	29.8	18.4	12.9	20	0	12.5	12.5
DISOCCUPATI	40.3	50.2	45.7	41.4	58.5	37.3	51.2	48.2	36.8	60.9	35.5	70	60	50	50
INATTIVI	2.3	2.1	5.8	5.4	6.1	3.9	7.3	3.6	7	3.4	6.5	5	0	0	6.3
DATO MANCANTE	26	6.2	12.1	16.7	9.8	19.6	6.1	19.6	26.3	17.2	45.2	5	40	37.5	31.3
CAMPIONE	300	289	173	203	376	102	82	56	57	87	31	20	5	8	16

Tabella A32. Condizione lavorativa per livello di istruzione e anno (distribuzione percentuale) – popolazione MASCHILE

	NESSUN TITOLO					SCUOLE ELEMENTARI					SCUOLE MEDIE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	24.6	25.5	27.8	11.5	30.9	33.7	29	25.8	18	30.2	33.1	35.6	27.2	23	28.3
DISOCCUPATI	56.1	68.1	61.1	75.6	61.7	36.8	63	69.2	66.5	59.6	43.5	58.2	59.4	68.3	62.7
INATTIVI	0	0	2.8	0	0	0	0.7	0	1.8	0.4	1.1	1.4	0.4	0	0.6
DATO MANCANTE	19.3	6.4	8.3	12.8	7.4	29.4	7.2	5	13.8	9.8	22.4	4.8	12.9	8.7	8.3
CAMPIONE	57	47	36	78	81	163	138	120	167	225	375	292	224	300	480

	SCUOLE SUPERIORI					UNIVERSITA'					DATO MANCANTE				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
OCCUPATI	32.4	37.3	25.5	24	30.3	26.5	25	27.4	19.1	28.6	17.9	12.2	7.7	10	9
DISOCCUPATI	43.8	54.4	63.8	63.7	57.4	38.6	54.7	59.7	54.4	63.6	51.8	71.4	46.2	43.3	30.3
INATTIVI	2.7	2.1	0.8	1.3	1.3	6	7.8	0	4.4	0	0	0	0	0	0
DATO MANCANTE	21.1	6.2	9.9	11	11.1	28.9	12.5	12.9	22.1	7.8	30.4	16.3	46.2	46.7	60.7
CAMPIONE	336	241	243	300	469	83	64	62	68	77	56	49	13	30	89

Tabella A33. Condizione lavorativa per livello di istruzione e genere (distribuzione percentuale)

	DONNE						UOMINI					
	Nessun titolo	Scuole elementari	Scuole medie	Scuole superiori	Università	Dato Mancante	Nessun titolo	Scuole elementari	Scuole medie	Scuole superiori	Università	Dato Mancante
OCCUPATI	6.8	17.3	30.3	33.3	30.7	13.8	23.4	27.6	29.6	29.9	25.4	11.8
DISOCCUPATI	61.6	60.7	52.4	48.4	47.1	50	65.2	58.4	58.2	56.2	53.7	46.4
INATTIVI	8.9	9.4	3.3	4.3	4.9	5	0.3	0.6	0.7	1.6	3.7	0
DATO MANCANTE	22.6	12.6	14.1	14	17.2	31.3	11	13.4	11.5	12.3	17.2	41.8
CAMPIONE	146	341	829	1341	384	80	299	813	1671	1589	354	237

Tabella A34. Tipologia di occupazione per anno e genere (distribuzione percentuale)

	DONNE					UOMINI					TRANS		
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
AMBULANTE	0	.4	.8	0	0	15	13.8	22	18.9	16.5	0	0	0
PERMANENTE	34	34.7	34.7	46.2	44.1	21.3	25.7	20.3	23	29.2	0	0	0
SALTUARIA	66	64.9	64.4	53.8	55.9	63.8	60.4	57.7	58.2	54.4	0	0	100
CAMPIONE	209	225	118	156	188	334	268	182	196	401	0	0	1

Tabella A35. Tipologia di occupazione per area di provenienza e per anno (distribuzione percentuale) – popolazione TOTALE

	EUROPA					ASIA					NORD AFRICA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
AMBULANTE	0.4	1.1	0	0	0	5.6	4	5.9	2.3	4.2	5.5	6.7	6.9	6	6.2
PERMANENTE	7.1	7.6	5.2	10.1	9.1	12.9	18.8	5.9	9.1	12.8	3.9	6.7	2.4	3.1	6.4
SALTUARIA	18	16.2	10.3	11.6	12.1	14.6	18.8	16.3	11.3	13.3	24	21.2	13.9	10.9	15.3
DATO MANCANTE	74.5	75.1	84.5	78.3	78.8	66.9	58.5	71.9	77.4	69.8	66.6	65.5	76.7	80	72.1
CAMPIONE	255	185	116	138	165	302	224	203	265	384	434	345	331	485	785

	AFRICA SUBSAHARIANA					AMERICA LATINA				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
AMBULANTE	2.4	0.9	4.8	0.6	0.6	0.3	0.4	0	0.3	0
PERMANENTE	4.4	6.9	8.1	5.4	10.8	9.7	10.6	11.5	13.9	9.5
SALTUARIA	10.9	10.1	9.7	7.2	9.7	22.2	28.2	21.4	21.9	16.5
DATO MANCANTE	82.3	82	77.4	86.7	79	67.7	60.8	67.1	64	74
CAMPIONE	248	217	124	166	176	585	500	365	397	703

*dati su 8098 pazienti (per 2 pazienti manca il Paese di nascita, 1 è apolide)

Tabella A36. Frequenza delle categorie diagnostiche per anno di visita – popolazione FEMMINILE

La frequenza è espressa in valore assoluto, con la percentuale relativa alla popolazione dell'anno considerato riportata tra parentesi

	2018	2020	2021	2022	2018-2022
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	14 (1.9)	8 (1.8)	3 (0.6)	15 (1.9)	40 (1.6)
II TUMORI	16 (2.1)	13 (3)	14 (2.8)	22 (2.8)	65 (2.6)
III MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI ED ALCUNI DISTURBI DEL SISTEMA IMMUNITARIO	2 (0.3)	2 (0.5)	0	7 (0.9)	11 (0.4)
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	50 (6.6)	23 (5.3)	41 (8.2)	59 (7.5)	173 (7)
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	38 (5)	8 (1.8)	16 (3.2)	29 (3.7)	91 (3.7)
VI MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	30 (4)	10 (2.3)	2 (0.4)	16 (2)	58 (2.3)
VII MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI OCULARI	3 (0.4)	5 (1.1)	1 (0.2)	7 (0.9)	16 (0.6)
VIII MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE	11 (1.5)	4 (0.9)	5 (1)	7 (0.9)	27 (1.1)
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	56 (7.4)	20 (4.6)	34 (6.8)	48 (6.1)	158 (6.4)
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	63 (8.3)	43 (9.8)	22 (4.4)	66 (8.4)	194 (7.8)
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	43 (5.7)	45 (10.3)	41 (8.2)	66 (8.4)	195 (7.9)
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	37 (4.9)	24 (5.5)	26 (5.2)	31 (3.9)	118 (4.8)

XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO	66 (8.8)	47 (10.8)	53 (10.6)	81 (10.3)	247 (10)
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	117 (15.5)	64 (14.6)	71 (14.2)	68 (8.6)	320 (12.9)
XV GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	3 (0.4)	4 (0.9)	2 (0.4)	6 (0.8)	15 (0.6)
XVI ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE CHE HANNO ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE	0	0	1 (0.2)	0	1 (0)
XVII MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE, ANOMALIE CROMOSOMICHE	0	0	3 (0.6)	1 (0.1)	4 (0.2)
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	54 (7.2)	37 (8.5)	42 (8.4)	90 (11.4)	223 (9)
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	47 (6.2)	11 (2.5)	9 (1.8)	21 (2.7)	88 (3.6)
XX CAUSE ESTERNE DI MORBOSITÀ E MORTALITÀ	0	1 (0.2)	0	4 (0.5)	5 (0.2)
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	104 (13.8)	68 (15.6)	115 (23)	143 (18.1)	430 (17.3)
XXII CODICI PER SCOPI SPECIALI	0	0	0	2 (0.3)	2 (0.1)
CAMPIONE	754	437	501	789	2481

Tabella A37. Frequenza delle categorie diagnostiche per anno di visita – popolazione MASCHILE

La frequenza è espressa in valore assoluto, con la percentuale relativa alla popolazione dell'anno considerato riportata tra parentesi

	2018	2020	2021	2022	2018-2022
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	45 (4.2)	50 (7.2)	60 (6.4)	108 (7.6)	263 (6.4)
II TUMORI	7 (0.7)	6 (0.9)	5 (0.5)	12 (0.8)	30 (0.7)
III MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI ED ALCUNI DISTURBI DEL SISTEMA IMMUNITARIO	1 (0.1)	2 (0.3)	1 (0.1)	1 (0.1)	5 (0.1)
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	37 (3.5)	22 (3.2)	32 (3.4)	57 (4)	148 (3.6)
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	65 (6.1)	21 (3)	35 (3.7)	48 (3.4)	169 (4.1)
VI MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	38 (3.5)	17 (2.4)	24 (2.6)	39 (2.7)	118 (2.9)
VII MALATTIE DELL'OCCHIO E DEGLI ANNESSI OCULARI	9 (0.8)	14 (2)	12 (1.3)	20 (1.4)	55 (1.3)
VIII MALATTIE DELL'ORECCHIO E DELL'APOFISI MASTOIDE	22 (2.1)	11 (1.6)	9 (1)	21 (1.5)	63 (1.5)
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	61 (5.7)	35 (5)	50 (5.3)	59 (4.2)	205 (5)
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	127 (11.9)	87 (12.5)	71 (7.5)	145 (10.2)	430 (10.4)
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	126 (11.8)	84 (12)	114 (12.1)	116 (8.1)	440 (10.7)
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	85 (7.9)	51 (7.3)	93 (9.9)	150 (10.6)	379 (9.2)
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO	110 (10.3)	91 (13)	146 (15.5)	175 (12.3)	522 (12.6)

XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	43 (4)	30 (4.3)	50 (5.3)	54 (3.8)	177 (4.3)
XVI ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE CHE HANNO ORIGINE NEL PERIODO PERINATALE	2 (0.2)	0	1 (0.1)	2 (0.1)	5 (0.1)
XVII MALFORMAZIONI E DEFORMAZIONI CONGENITE, ANOMALIE CROMOSOMICHE	2(0.2)	3 (0.4)	1 (0.1)	5 (0.4)	11 (0.3)
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	70 (6.5)	78 (11.2)	69 (7.3)	165 (11.6)	382 (9.2)
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	137 (12.8)	55 (7.9)	92 (9.8)	162 (11.4)	446 (10.8)
XX CAUSE ESTERNE DI MORBOSITÀ E MORTALITÀ	0	1 (0.1)	4 (0.4)	4 (0.3)	9 (0.2)
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	83 (7.7)	39 (5.6)	74 (7.9)	75 (5.3)	271 (6.6)
XXII CODICI PER SCOPI SPECIALI	0	1 (0.1)	0	3 (0.2)	4 (0.1)
CAMPIONE	1070	698	942	1421	4132

Tabella A38. Principali categorie diagnostiche e area di provenienza – POPOLAZIONE MASCHILE (distribuzione percentuale)

	EUROPA	ASIA	NORD AFRICA	AFRICA SUB SAHARIANA	AMERICA LATINA
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	5.2	4.9	8	3.9	6.1
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	4.4	4.6	3.3	2	4.1
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	2.6	3.6	3.7	6.1	4.7
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	7.7	7.4	3.3	5.7	4.9
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	9.2	13.9	9.1	8.6	11.9
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	12.2	8.4	11.1	11.1	11
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	8.5	10	10.2	7	7.5
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO	13.7	11.9	12.6	12.2	13.4
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	4.4	3.8	4.1	3.2	6.2
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANOMALI	8.9	10.4	8.7	10.6	8.4
XIX TRAUMI, AVVELENAMENTI, CAUSE ESTERNE	9.6	8.6	12.1	14.4	7.3
XXI CHECK-UP	6.3	6.3	6	8.3	7.3
ALTRO	7.4	6.3	7.8	6.8	7.3
CAMPIONE	271	782	1864	557	657

Dati su 4131 pazienti. Escluso 1 paziente perché non nota l'area di provenienza

Tabella A39. Principali categorie diagnostiche e area di provenienza – POPOLAZIONE FEMMINILE (distribuzione percentuale)

	EUROPA	ASIA	NORD AFRICA	AFRICA SUB SAHARIANA	AMERICA LATINA
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	6.7	7.5	9.4	7.1	6.6
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	4.2	1.9	5.3	4.5	3.7
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	9	8.6	13.5	5.1	4.3
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	6.2	9.7	7.6	4.5	8.2
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	8	8.1	6.5	7.7	8
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	3.7	5.4	3.5	4.5	5.1
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO	10.2	9.1	12.9	6.4	10.2
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	12.2	10.8	10	10.9	14.3
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANOMALI	8.7	9.7	4.7	9	9.4
XIX TRAUMI, AVVELENAMENTI, CAUSE ESTERNE	3.5	3.2	4.1	4.5	3.5
XXI CHECK-UP	14.7	16.1	14.1	24.4	18
ALTRO	12.9	9.9	8.2	11.5	8.8
CAMPIONE	402	372	170	156	1379

Dati su 2479 pazienti. Escluse 2 pazienti perché non nota l'area di provenienza

Tabella A40. Principali categorie diagnostiche e classi di età (distribuzione percentuale)

	≤24 ANNI	25-34 ANNI	35-44 ANNI	45-64 ANNI	65 ANNI E PIÙ
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	7	5.8	4	2.1	3.9
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	2.1	2.6	3.7	9.8	10
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	5.2	4.4	3.9	3	1.9
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1.5	1.8	4.9	10.5	20.4
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	9.5	9.6	9	9.6	8.7
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	8.3	9.4	11.3	9.4	8.4
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	10.9	8.7	7.1	4.9	3.6
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO	6.9	10.5	12.3	14.6	15.5
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	7.3	7.8	8	7.5	4.9
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANOMALI	9	9.7	9.9	8.2	5.8
XIX TRAUMI, AVVELENAMENTI, CAUSE ESTERNE	10.2	9.8	7.8	5.4	3.9
XXI CHECK-UP	14.2	13	10.3	6.3	5.5
ALTRO	7.6	6.8	7.6	8.8	7.4
CAMPIONE	997	2177	1538	1609	309

Tabella A41. Principali categorie diagnostiche e permanenza in Italia (distribuzione percentuale)

	0-1 ANNO	1-2 ANNI	2-3 ANNI	3-4 ANNI	4 O PIÙ ANNI	DATO MANCANTE
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	6.1	3.2	4.5	3.3	3.5	5.5
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	6.1	2.9	3.4	3.3	5	4.3
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	3.1	3.1	4.9	3.3	4.7	5.5
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	4.8	3.5	4	3.8	7.5	6

X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	8.8	10	8.6	7.1	10.4	10.2
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	8.9	10.2	9.2	13	9.7	9.6
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	7.7	7.1	8.7	9	7	6.8
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO	11.9	10.5	10.4	10.1	12.2	12.3
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	6.8	11.2	8.6	10.6	7	4.3
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANOMALI	9.8	10	8.7	9.2	8.4	8.1
XIX TRAUMI, AVVELENAMENTI, CAUSE ESTERNE	7.6	8.9	8.2	8	7	13.8
XXI CHECK-UP	9.7	13.1	12.3	11.3	10.7	7.9
ALTRO	8.8	6.4	8.4	8	6.9	5.7
CAMPIONE	2330	688	595	424	2123	470

Tabella A42. Livello di istruzione e principali categorie diagnostiche (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022 – popolazione MASCHILE

	NESSUN TITOLO	SCUOLE ELEMENTARI	SCUOLE MEDIE	SCUOLE SUPERIORI	UNIVERSITÀ	DATO MANCANTE
I ALCUNE MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	4.8	6.4	7.3	6.1	4.8	6.4
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	3.2	3	3.1	3.7	7.2	3.2
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	4	4.4	4.6	3.7	3.1	3.7
IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	3.6	4.6	5.4	4.8	7.9	1.6
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	10.7	11	9.4	10.6	13.1	9.6
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	9.5	11.6	9.9	11.5	9.7	10.1
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	10.3	9.2	10.2	8.8	6.2	6.9
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO	15.5	14.4	12	12.6	10.3	11.2
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	2.4	4	4.3	5.1	4.1	2.1
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	7.9	8.7	9.1	10.1	6.9	11.7
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	12.7	9.3	10.2	9.8	10.7	25
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	5.2	8	6.6	6.2	7.9	3.2
ALTRE DIAGNOSI	10.3	5.5	8	6.9	7.9	5.3
CAMPIONE	252	675	1379	1348	290	188

Tabella A43. Livello di istruzione e principali categorie diagnostiche (distribuzione percentuale), periodo complessivo 2018-2022 – popolazione FEMMINILE

	NESSUN TITOLO	SCUOLE ELEMENTARI	SCUOLE MEDIE	SCUOLE SUPERIORI	UNIVERSITÀ	DATO MANCANTE
IV MALATTIE ENDOCRINE, NUTRIZIONALI E METABOLICHE	17.2	8.9	6.5	6.3	5.3	3.3
V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	4.3	2.9	2.7	3.5	7	3.3

IX MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	11.2	11.1	5.7	4.9	6.6	6.7
X MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	5.2	5.7	7.7	7.4	11.6	11.7
XI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	12.9	9.6	9.4	6.7	5.3	5
XII MALATTIE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	4.3	5.4	4.6	5	4	3.3
XIII MALATTIE DELL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO	14.7	11.1	10.6	9.7	6	13.3
XIV MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	12.1	9.3	11.9	14.4	14.6	8.3
XVIII SEGNI, SINTOMI E RISULTATI ANORMALI DI ESAMI CLINICI E DI LABORATORIO, NON CLASSIFICATI ALTROVE	4.3	10.7	8.6	9.8	8.3	3.3
XIX TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED ALCUNE ALTRE CONSEGUENZE DI CAUSE ESTERNE	4.3	2.1	3.4	4.5	1.7	3.3
XXI FATTORI INFLUENZANTI LO STATO DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	2.6	15	17.9	18.4	19.5	20
ALTRE DIAGNOSI	6.9	8.2	10.9	9.3	10.3	18.3
CAMPIONE	116	280	671	1052	302	60

