

Raimondo Maria Pavarin – Epidemiological Monitoring Center on Addiction, DSM-DP, Ausl Bologna, Italy  
 raimondo.pavarin@ausl.bologna.it

## Consumo problematico di alcol e accesso ai servizi tra i non nativi: healthy or happy migrant effect?

**Attenti al panico** – *In molti paesi europei il termine “straniero” ha assunto una connotazione negativa e viene utilizzato esclusivamente dai movimenti xenofobi, perlopiù a scopo razzista e diffamatorio. In questo articolo per definire i soggetti nati in paesi diversi dall’Italia verranno utilizzati i termini “non nativo” ed “immigrato”.*

In Italia il numero dei residenti non nativi è triplicato negli ultimi dieci anni, superando la cifra di quattro milioni, con un rapporto di 1 a 12 con gli italiani: (1). Rispetto ai nativi sono mediamente più giovani, con un livello di istruzione più elevato, con una presenza consistente di donne non coniugate (singles) emigrate da nazioni dell’Europa dell’Est. Si tratta di un flusso migratorio sia regolare che clandestino di persone con basse aspettative e disposte ad accettare qualsiasi condizione di lavoro, provenienti in prevalenza da paesi poveri (Romania 21%, Albania 11%, Marocco 10.2%).

Dalle analisi dell’ISTAT emerge il quadro di una popolazione con bisogni di salute abbastanza simili a quelli della popolazione italiana e mediamente in migliori condizioni di salute, ma con accessi a visite specialistiche e tassi di ospedalizzazione più bassi, mentre invece si rivolgono ai reparti di pronto soccorso con maggiore frequenza rispetto agli italiani (2). Un recente studio condotto nella regione Lazio riporta che i tassi di ospedalizzazione sono simili in terapia intensiva ma nettamente inferiori negli altri casi e che i principali motivi per il ricovero erano incidenti per i maschi ed eventi correlati alla riproduzione per le femmine (3). Si tratta di dati confermati anche da altri studi europei (4-6) dove però si puntualizza che lo status di migrante in sé non sembra un predittore di uso inappropriato delle strutture di emergenza (7).

Sono persone che si spostano prevalentemente per progetti di lavoro e che portano con loro un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano, comunemente definito come “healthy migrant effect”, vale a dire “effetto del migrante sano”. Ciò potrebbe anche essere in parte spiegato da quanto rilevato in altri studi sui migranti, secondo cui le persone che non godono più di buona salute tornano al loro paese

d’origine, sia per le maggiori limitazioni nell’accesso ai servizi, spesso non imputabili al paese ospitante, sia per la scarsa conoscenza delle possibili opportunità di assistenza causata da problemi di comunicazione o di burocrazia (2).

Da varie ricerche sui migranti emerge infatti che hanno vari problemi con le strutture sanitarie dovuti principalmente a: incapacità di comunicare nella lingua del paese ospitante; scarso coinvolgimento della famiglia; scarsa autorevolezza; assenze, negligenze o incompetenza del personale; ritardi nel trattamento. La tendenza a sottovalutare o minimizzare il significato di simili esperienze, suggerisce il costrutto “happy migrant effect”, in cui vi è riluttanza nel far valere i propri diritti di salute (8). I pazienti sembrano infatti “felici e soddisfatti”, nonostante l’evidenza di problemi con il sistema di cure. Ciò sembrerebbe dovuto a: senso di impotenza e incapacità di comunicare; un giudizio a priori positivo dell’assistenza sanitaria nel nuovo paese rispetto a quello di provenienza; una forma di “patriottismo” per il nuovo paese; norme culturali che prescrivono accettazione, cortesia o desiderabilità sociale; auto-denigrazione per non avere imparato la lingua; timore di rappresaglie in caso di reclami.

**Migranti, alcol e accesso ai servizi** - Se la presenza di immigrati cresce, al fine di promuovere adeguati programmi di intervento ed iniziative di prevenzione, diviene importante non solo monitorare lo stato di salute, ma anche particolari stili di vita collegati all’uso e all’abuso di sostanze psicoattive. Infatti in questo campo le conoscenze disponibili sono insufficienti e raramente riescono a dare un’idea aggiornata di un fenomeno in continua evoluzione. Mentre in Italia si stima che il 15% degli accessi per cocaina sia di non nativi [9], recenti studi europei riportano alti consumi di oppioidi e abuso di alcolici tra gli immigrati, diversi in base alla zona di origine e al sesso [10,11].

La popolazione migrante difficilmente accede ai servizi per le dipendenze ed i dati epidemiologici sono parziali e limitati alle statistiche dei reati e del carcere riflettendo implicitamente meccanismi di etichettamento [12]. Infatti la fonte del dato utilizzata per descrivere il fenomeno è un elemento non neutro

quando l'oggetto dell'analisi sono i migranti: questo è stato trovato anche in altre aree della salute mentale, e sembra correlato ad una forma di "razzismo istituzionale" nei sistemi sanitari e della giustizia [13,14].

Per alcuni autori tale carenza è dovuta alla difficoltà di reperire dati attendibili su cui fare stime non distorte, alla mancanza di rilevazioni sistematiche su cui costruire serie storiche, alla raccolta di dati spesso metodologicamente poco corretti. Da ciò ne consegue che le conoscenze disponibili sono limitate e raramente riescono a dare un'idea aggiornata di un fenomeno in continua evoluzione.

A ciò va aggiunto, oltre a specifiche caratteristiche di mobilità ed invisibilità, che rendono difficile un rapporto continuativo con la rete dei servizi sanitari per soggetti che non risiedono stabilmente in un determinato territorio o senza il permesso di soggiorno, che la popolazione migrante difficilmente accede ai servizi per le dipendenze.

**Alcuni dati** – In questa sezione utilizzeremo i dati preliminari di tre studi condotti nell'area metropolitana di Bologna e nella regione Emilia Romagna non ancora pubblicati.

Considerando in modo congiunto le prese in carico ai SERT, gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri ospedalieri, nel periodo 2004/2010 nell'area metropolitana di Bologna, tra i residenti vi sono stati 3079 nuovi accessi di nativi e 939 di non nativi. Gli immigrati hanno un tasso di incidenza annuo superiore al 2 per mille, di sette volte superiore a quello degli italiani. Il 39% proviene da paesi dell'Europa dell'Est ed il 33% dall'Africa Mediterranea, tra le singole nazioni si segnalano Marocco (18%) e Romania (14%). Rispetto agli italiani sono mediamente più giovani (età media 36.6), con una presenza più elevata di femmine (29%). Per quanto riguarda invece la fonte del primo contatto si segnala una probabilità più elevata di accessi al Pronto Soccorso e di ricoveri all'ospedale rispetto all'accesso al SERT. Per chi non ha avuto il primo contatto col SERT, la probabilità di una successiva presa in carico risulta della metà rispetto a quella di un italiano e si stimano almeno 12 immigrati con problemi alcol correlati per ogni uno che si rivolge al SERT.

Nel periodo 2004/2009 nelle strutture ospedaliere pubbliche e private della regione Emilia Romagna sono stati dimessi 8226 non nativi con diagnosi collegata a problemi alcol correlati: 33% dipendenza, 28% danni epatici, 24% abuso senza dipendenza, 15% intossicazione acuta, 8% psicosi, 3% danni organici. Sul totale dei ricoveri, le dimissioni per problemi alcol

correlati sono 34 su mille tra i non nativi e 17 su mille tra gli italiani. Rispetto agli italiani sono mediamente più giovani (età media 39.8), vi è una maggiore presenza di femmine (30%), di ricoveri d'urgenza (68%), in reparti di Psichiatria (26%), con diagnosi di abuso di alcol e più bassa per danni epatici da alcol. La quota di non nativi sul totale dei ricoveri alcol correlati rappresenta il 9% sull'intero periodo e passa dal 5% del 1994 al 15% del 2009. In aumento, assieme all'età media ed alla quota di femmine, anche la percentuale di ricoveri per danni epatici e intossicazione acuta, mentre invece diminuisce per dipendenza ed abuso. Si segnalano i soggetti provenienti da paesi dell'Europa dell'Est, il numero più consistente, che triplica rispetto al 1994, ed i soggetti provenienti da paesi dell'America Latina, il cui numero raddoppia.

Nel periodo 2007/8 in 23 Reparti di pronto soccorso della regione Emilia Romagna vi sono stati 9510 accessi per alcol, di cui il 30% erano non nativi. Le visite per alcol erano 9.3 su diecimila accessi tra gli italiani e 16.5 tra i non nativi. Rispetto agli italiani i nati all'estero sono mediamente più giovani (età media 35 anni) e con una percentuale più bassa di femmine (23%).

**Cosa emerge** – Per i non nativi abbiamo stime più elevate rispetto agli italiani in tutte le fonti considerate, dove tra i residenti troviamo un tasso di incidenza per problemi alcol correlati superiore al 2 per mille, al pronto soccorso una quota di 1.7 su mille accessi, all'ospedale di 34 dimissioni su mille. Sono in aumento i ricoveri per danni epatici e per intossicazioni acute e in diminuzione per abuso e dipendenza. Mentre si stima un vasto sommerso, il primo contatto è più frequente al Pronto soccorso o all'Ospedale e non sempre si finalizza in una presa in carico al SERT. Si tratta di persone mediamente più giovani rispetto agli italiani, dove è in aumento la percentuale di soggetti provenienti da paesi dell'est europeo.

Possiamo quindi affermare che, almeno relativamente all'alcol, non siamo in presenza di persone più "sane" e meno problematiche rispetto ai nativi, ma che si tratta di numero consistente ed in crescita che rivolge una precisa domanda di cure al sistema sanitario dove emerge una difficoltà nell'accesso ai servizi specialistici per alcolisti.

Una prima possibile spiegazione è collegata alle patologie predominanti, dove sembrano aumentare sia i soggetti con gravi problemi di salute (danni epatici) che con episodi di intossicazione acuta, mentre invece diminuiscono, pur continuando a rappresentare la metà dei casi, quelli con dipendenza

ed abuso senza dipendenza. Ma resta pur sempre il fatto che per un italiano con primo accesso ad una struttura ospedaliera la probabilità di una successiva presa in carico al SERT è doppia rispetto ad un immigrato.

Un diverso approccio potrebbe considerare eventuali difficoltà o la presenza di vere e proprie barriere nell'accesso a tali servizi. In un recente studio europeo con interviste ad operatori di pronto soccorso e salute mentale di 16 diverse nazioni vengono esaminate sia le problematiche più frequenti nel rapporto tra immigrati ed operatori sanitari che le componenti di "buona pratica" per superare tali problemi (15).

Troviamo quindi barriere linguistiche; difficoltà nel garantire un'assistenza a persone privi di copertura sanitaria; difficoltà nel relazionarsi con soggetti che soffrono di deprivazione sociale ed hanno avuto esperienze traumatiche; rapporti negativi tra staff e pazienti; mancanza di accesso alla pregressa storia medica; assenza di familiarità col sistema sanitario; diverse concezioni di salute, malattia e cura; differenze culturali.

Le componenti di buona pratica per superare questi problemi o limitare il loro impatto negativo dovrebbero essere: organizzazione flessibile con disponibilità di tempo e risorse; disponibilità di interpreti; possibilità di lavorare in raccordo con le famiglie e i servizi sociali; consapevolezza culturale dello staff; disponibilità di materiale specifico su programmi educativi e informazioni; relazioni positive e stabili con lo staff; linee guida chiare sui diritti di cura dei diversi gruppi.

Mentre va ridefinito il rapporto con la realtà che ci circonda, prendendo atto di una situazione che di fatto si è già modificata e con la quale bisogna volenti o nolenti confrontarsi, vanno considerati alcuni aspetti tra loro interrelati: l'analisi dei dati epidemiologici, la prevenzione, la formazione degli operatori, l'intervento dei servizi.

Infatti, mentre vanno utilizzati i flussi dati già esistenti per stime più attendibili del dato fornito (per esempio dal carcere), vanno riorientati sia la formazione degli operatori che i progetti di prevenzione. Partendo da un raccordo con i servizi sanitari di emergenza e ospedalieri va inoltre progettato un vero e proprio intervento su target specifici con l'obiettivo di aumentare il contatto con servizi specialistici di alcolologia e la presa in carico al SERT.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- 1) Dossier Statistico Immigrazione Caritas-Migrantes (2010),

- 2) ISTAT (2008), *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia anno 2005*, www.istat.it; last visit 24/10/2011
- 3) Baglio G., Saunders C., Spinelli A., Osborn J. (2010), *Utilisation of Hospital Services in Italy: A Comparative Analysis of Immigrant and Italian citizens*, Journal Immigrant Minority Health; 12: 598–609
- 4) Norredam M., Nielsen S., Krasnik A. (2009), *Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe—a systematic review*, European Journal of Public Health , 20 (5): 555–563
- 5) Antón J.I., Muñoz de Bustillo R. (2010), *Health care utilisation and immigration in Spain* European, Journal Health Economy, 11: 487–498
- 6) Norredam M., Krasnik A., Moller Sorensen T., Keiding N., Joost Michaelsen J., Sonne Nielsen A. (2004), *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*, Scandinavian journal of public health, 32: 53–9
- 7) David M., Schwartz I., Anand P., Borde T. (2006), *Emergency outpatient services in the city of Berlin: factors for appropriate use and predictors for hospital admission*, European journal of emergency medicine, 13: 352–7
- 8) Garrett P.W., Dickson H.G., Young L., Klinken Whelan A. (2008), *"The Happy Migrant Effect": perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups*, Quality & safety in health care, 17: 101–103
- 9) Pavarin R.M., Lugoboni F., Mathewson S., Ferrari A.M., Guizzardi G., Quaglio G. (2011), *Cocaine-related medical and trauma problems: a consecutive series of 743 patients from a multicentre study in Italy*, European journal of emergency medicine, 18(4):208-14
- 10) Tordable Merino I., Sánchez Sánchez A., Santos Sanz S., García Vicario M.I., Redondo Martín S., Ridondo Martín S. (2010), *Trends in drug consumption among immigrants between 2004 and 2008*, Gaceta sanitaria, 24(3):200-3
- 11) De la Blanchardière A., Méouchy G., Brunel P., Olivier P. (2004), *Medical, psychological and social study in 350 patients in a precarious situation, undertaken by a permanently maintained health care facility in 2002*, La Revue de médecine in-terne, 25(4):264-70
- 12) Harrison L., Suytton M., Gardiner E. (1997), *Ethnic differences in substance use and alcohol-use-related mortality among first generation migrants to England and Wales*, Substance use & misuse, 32: 849-876
- 13) Littlewood R., Lipsedge M. (1982), *Aliens and alienists: ethnic minorities and Psychiatrists*, Routledge: London
- 14) EMCDDA (2000), *Mapping available information on social exclusion and Drugs, focusing on "Minorities"*, Emcdda: Lisboa
- 15) Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E., Kluge U., Krasnik A., Lamkaddem M., Lorant V., Riera R.P., Sarvary A., Soares J.J., Stan-kunas M., Strassmayr C., Wahlbeck K., Welbel M., Bogic M. (2011), *Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries*, BMC public health, 25; 11:187