

un audit clinico, ad interventi educazionali o di accreditamento o anche ad una centralizzazione.

Bibliografia

- Burns EM, Bottle A, Almoudaris AM, Mamidanna R, Aylin P, Darzi A, Nicholls RJ, Faiz OD. Hierarchical multilevel analysis of increased caseload volume and postoperative outcome after elective colorectal surgery. *Br J Surg*. 2013 Oct;100(11):1531-8.
- Morris AM, Baldwin L-M, Matthews B, et al. Reoperation as a Quality Indicator in Colorectal Surgery: A Population-Based Analysis. *Annals of Surgery*. 2007;245(1):73-79.
- Damle RN, Macomber CW, Flahive JM, Davids JS, Sweeney WB, Sturrock PR, Maykel JA, Santry HP, Alavi K. Surgeon volume and elective resection for colon cancer: an analysis of outcomes and use of laparoscopy. *J Am Coll Surg*. 2014 Jun;218(6):1223-30.
- Burns EM, Mamidanna R, Currie A, Bottle A, Aylin P, Darzi A, Faiz OD. The role of caseload in determining outcome following laparoscopic colorectal cancer resection: an observational study. *Surg Endosc*. 2014 Jan;28(1):134-42.

Per informazioni:

Pucciarelli S., Barina A; Centro per il trattamento chirurgico multidisciplinare delle neoplasie del Colon Retto.

Chiappetta A; UO Chirurgia Generale ULSS Alto Vicentino. Gruppo di lavoro del SER.

puc@unipd.it

MORTALITÀ NELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN VENETO, 2008-2013

Gli studi sulla popolazione immigrata condotti di recente in Italia si sono focalizzati principalmente su argomenti specifici, come la salute materno-infantile e le patologie infettive, mentre sono relativamente meno numerose le analisi riguardanti le patologie cronico-degenerative. Per lo studio di queste patologie, tenendo anche in considerazione la continua crescita della popolazione straniera residente, l'archivio delle cause di morte può rappresentare una fonte preziosa di dati. Studi sulla mortalità condotti in Nord America ed in alcuni Paesi europei hanno mostrato tassi di mortalità più bassi nella popolazione immigrata rispetto a quella nativa, attribuendo generalmente tale risultato al cosiddetto "effetto migrante sano" secondo cui gli immigrati costituiscono una popolazione "selezionata" con un stato di salute migliore sia dei soggetti che rimangono nei paesi di origine sia di quelli del paese ospitante. Altri studi condotti in Nord Europa hanno riportato, invece, tassi di mortalità più elevati tra gli immigrati, in particolare in gruppi etnici specifici e per selezionate cause di morte, con grandi variazioni osservabili per età e sesso. Questi risultati vanno comunque interpretati alla luce delle incertezze che influenzano generalmente le stime di popolazione negli immigrati, in particolare i denominatori dei tassi.

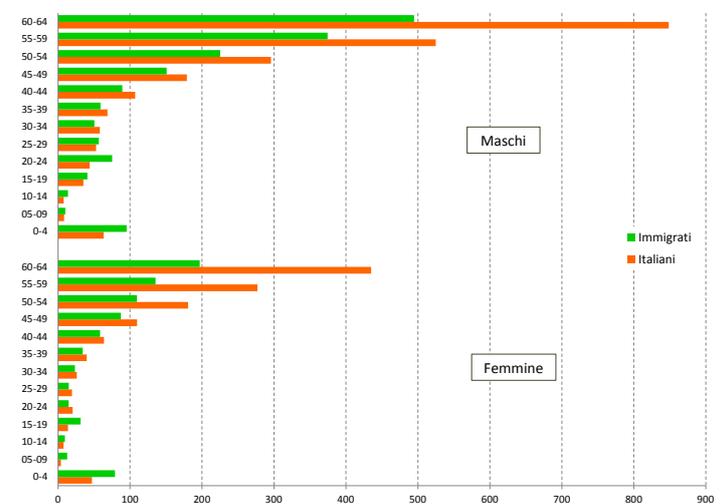
L'obiettivo di questo studio è di ridurre il gap informativo su questo argomento in Italia, utilizzando sia i dati del recente censimento della popolazione, che consente di produrre stime più attendibili dei residenti per età, sesso e paese di cittadinanza, sia i dati di mortalità aggiornati e codificati secondo la 10° Edizione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10).

La popolazione in studio era rappresentata da tutti i residenti nella Regione Veneto. Gli immigrati irregolari, così come i soggetti presenti in regione per un soggiorno di breve durata per turismo, studio o lavoro sono stati esclusi. I dati relativi all'età, sesso e Paese di cittadinanza - utilizzato per definire i sottogruppi della popolazione immigrata - sono stati ottenuti dal Censimento 2011 (<http://dati.istat.it/>). Le diverse nazionalità sono state raggruppate in grandi aree geografiche: Europa orientale,

Nord Africa, Africa Sub Sahariana, Asia Meridionale, altri Paesi asiatici, America centro-meridionale ed infine una categoria comprendente i Paesi industrializzati (per lo più EU15 e Nord America). Le analisi hanno incluso tutte le classi di età eccetto quella dei soggetti anziani (≥ 65 anni) poiché poco rappresentata nella popolazione immigrata. Alcune analisi più dettagliate hanno riguardato la classe di età compresa tra i 20 ed i 59 anni, rappresentativa di una popolazione adulta di immigrati prevalentemente di prima generazione. Sono stati estratti i dati sulla mortalità regionale relativi al periodo 2008-2013 (i dati del 2013 sono provvisori, con una copertura regionale pari ad almeno il 98%). Sono stati esaminati i principali capitoli dell'ICD-10 (malattie infettive, neoplasie, malattie circolatorie, cause esterne), e le categorie di malattie più frequenti: diabete, malattie ischemiche cardiache, malattie cerebrovascolari, suicidi, incidenti stradali. Tra i tumori, sono stati analizzati i più frequenti come anche quelli per i quali esistono evidenze di un possibile aumento del rischio tra gli immigrati. Per confrontare in modo corretto le popolazioni (Italiani e stranieri) con ampie differenze nella struttura per età, sono stati calcolati i rapporti standardizzati di mortalità (SMR) come rapporto tra decessi osservati nella popolazione immigrata (nel suo complesso e per ciascuna area geografica di provenienza), e quelli attesi secondo i tassi di mortalità specifici per età e sesso registrati tra i cittadini italiani.

La Figura 1 mostra come nella popolazione pediatrica i tassi di mortalità per tutte le cause siano più alti tra gli immigrati di entrambi i sessi. A partire dai 20-24 anni (donne) e dai 30-34 anni (uomini), i tassi diventano più elevati tra i cittadini italiani, con un divario crescente con l'aumentare dell'età, in particolare tra le donne.

Figura 1 – Tassi di mortalità (x100,000) specifici per età e sesso nella popolazione residente con cittadinanza italiana e straniera. Veneto, 2008-2013



Nelle analisi ristrette alla classe di età 20-59 anni, la mortalità complessiva tra gli immigrati risulta più bassa rispetto agli italiani (14% tra gli uomini e 28% tra le donne) (Tabella 1).

In particolare per quanto riguarda le neoplasie, la mortalità tra gli immigrati è inferiore di circa il 30% in entrambi i sessi (con diminuzioni maggiori per tumore della mammella e del colon-retto), mentre si osserva un eccesso di rischio per il cancro del collo dell'utero. La mortalità per malattie circolatorie, in particolare malattie cerebrovascolari, è aumentata negli uomini, ma non nelle donne. La mortalità per suicidi è dimezzata in entrambi i sessi, mentre quella da incidenti stradali è simile alla popolazione italiana negli uomini ed aumentata nelle

donne. Infine, l'eccesso di rischio per malattie infettive raggiunge la significatività statistica tra le donne immigrate.

Il vantaggio in termini di mortalità osservato tra gli immigrati rispetto ai cittadini italiani varia molto per area geografica (Figura 2): in entrambi i sessi i tassi sono significativamente diminuiti nei soggetti provenienti dal Nord Africa e dall'Europa dell'Est, ed aumentati invece nei soggetti provenienti dall'Africa subsahariana.

Tabella 1 – Rapporti standardizzati di mortalità (SMR) con intervalli di confidenza al 95% (IC 95%), popolazione residente straniera vs. italiani. Veneto, 2008-2013.

Causa	Maschi		Femmine	
	N	SMR (IC 95%)	N	SMR (IC 95%)
TOTALE	863	0,86 (0,80-0,92)	466	0,72 (0,65-0,78)
MAL. INFETTIVE	41	1,18 (0,85-1,60)	25	1,64 (1,06-2,42)
TUMORI	229	0,71 (0,62-0,80)	258	0,68 (0,60-0,76)
TM stomaco	16	0,98 (0,56-1,59)	16	1,04 (0,60-1,70)
TM colon-retto	13	0,38 (0,20-0,66)	15	0,43 (0,24-0,71)
TM fegato	26	1,11 (0,73-1,63)	5	0,65 (0,21-1,51)
TM polmone	64	1,15 (0,89-1,47)	31	0,73 (0,49-1,03)
TM mammella	-	-	59	0,58 (0,44-0,74)
TM cervice uterina	-	-	12	2,61 (1,35-4,56)
TM utero, altro	-	-	14	1,12 (0,61-1,88)
Diabete mellito	12	0,93 (0,48-1,63)	7	1,32 (0,53-2,71)
MAL. CIRCOL.	188	1,13 (0,97-1,30)	48	0,73 (0,54-0,97)
Cardiopatie isch.	71	1,01 (0,79-1,27)	12	0,71 (0,36-1,23)
Mal.cerebrovasc.	36	1,43 (1,00-1,98)	17	0,93 (0,54-1,50)
CAUSE ESTERNE	275	0,91 (0,80-1,02)	77	0,95 (0,75-1,19)
Incidenti stradali	133	1,00 (0,83-1,18)	40	1,41 (1,01-1,92)
Suicidi	55	0,50 (0,38-0,66)	19	0,53 (0,32-0,83)

Se si analizzano le cause specifiche di morte per area di provenienza, si possono osservare SMR significativamente aumentati o borderline per: malattie circolatorie tra gli immigrati di entrambi i sessi provenienti dall'Africa subsahariana (in particolare malattie cerebrovascolari), e dall'Asia meridionale (in particolare le malattie ischemiche del cuore); tumore del fegato tra gli uomini (paesi asiatici, Africa subsahariana); tumore del polmone tra gli uomini (paesi asiatici, Europa dell'Est); tumore del collo dell'utero (Europa dell'Est); malattie infettive in entrambi i sessi (Africa subsahariana); incidenti stradali nelle donne dell'Europa dell'Est.

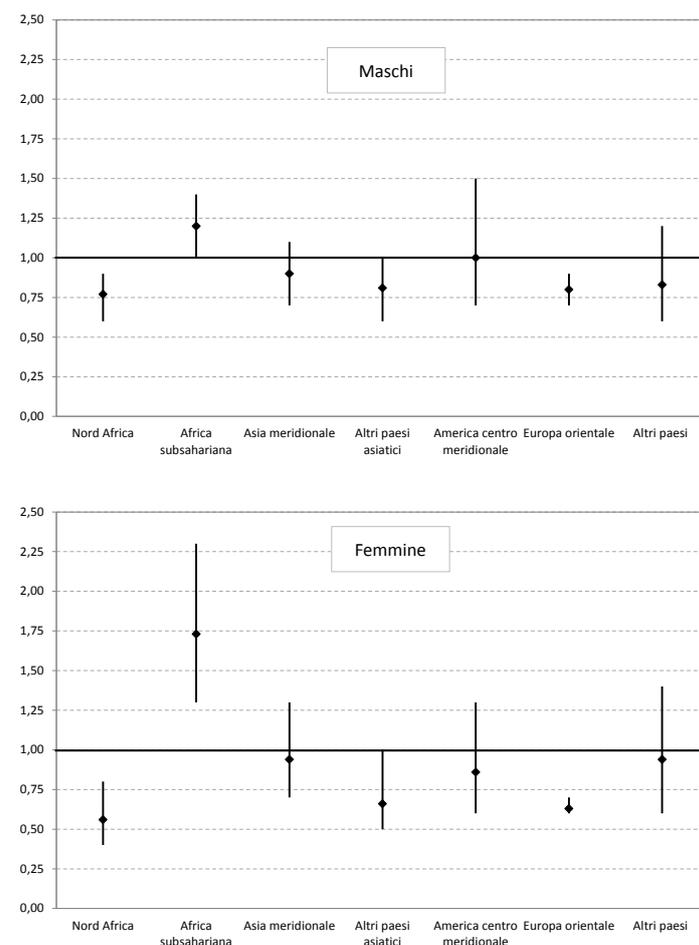
I dati dimostrano una grande variabilità della mortalità tra gli immigrati in Italia per età, sesso, area di provenienza e specifica causa di morte. Negli immigrati di età 20-59 anni la riduzione della mortalità osservata in confronto con gli italiani è più limitata rispetto a dati precedenti riportati da studi condotti in altre regioni, e simile a quelli condotti negli Stati Uniti ed in altri Paesi europei. In particolare l'aumento della mortalità complessiva nei soggetti provenienti dall'Africa subsahariana, e della mortalità per patologie circolatorie nei soggetti da Africa subsahariana ed Asia meridionale è in linea con quanto già osservato in Spagna ed Inghilterra.

I dati sull'eccesso di rischio osservato per specifiche patologie possono essere utili per supportare le politiche di prevenzione primaria e secondaria. In particolare, per i disturbi circolatori la promozione di attività fisica e dieta

sana ed un migliore controllo dei fattori di rischio (ipertensione e diabete) da monitorare a livello di cure primarie; per i tumori una maggiore adesione a programmi di screening cervicale, ma anche il rafforzamento delle campagne anti-fumo orientate ai gruppi a rischio più elevato.

In conclusione, l'Italia insieme a tutta l'Europa meridionale è stata interessata da importanti flussi migratori negli ultimi due decenni. Dati di mortalità aggiornati mostrano rischi di mortalità generale simili a quelli riportati nei paesi tradizionali di immigrazione del Nord America e in altre parti d'Europa. In particolare, la mortalità per malattie circolatorie sta emergendo come un problema di salute pubblica soprattutto in specifici gruppi di immigrati.

Figura 2 – Rapporti standardizzati di mortalità con intervalli di confidenza al 95%, popolazione straniera residente per specifiche aree di provenienza vs. italiani (SMR=1). Mortalità totale; Veneto, 2008-2013.



Per informazioni:
 Sistema Epidemiologico Regionale
eliana.feroni@regione.veneto.it