semiresidenziale agli anziani - Anni 2001 e 2003

Attività residenziale						Attività semiresidenziale					
Posti		Utenti		Anziani assistiti per 1.000 anziani		Posti		Utenti		Anziani assistiti per 1.000 anziani	
2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003	2001	2003
8.771	9.977	8.418	11.551	9,43	13,23	53	148	87	236	0,10	0,27
44.920	49.205	58.041	66.420	35,55	41,50	1.219	1.993	1.791	2.593	1,10	1,62
1.507	1.847	1.736	2.125	23,99	29,75						
4.230	4.299	4.230	4.299	48,91	50,03						
22.946	22.698	31.713	29.218	38,60	35,98	438	568	695	963	0,85	1,19
4.724	4.875	12.295	11.208	48,59	44,67	37	37	73	53	0,29	0,21
1.640	1.809	3.548	4.884	8,79	12,44						
6.004	16.380	9.720	25.661	10,92	29,11	957	2.519	1.437	3.754	1,61	4,26
8.230	7.697	10.103	10.014	12,88	12,98	666	567	935	792	1,19	1,03
1.313	1.502	1.526	1.840	8,12	9,95	20	34	29	68	0,15	0,37
996	1.137	2.163	2.669	6,80	8,45	20	20	9	20	0,03	0,06
2.569	3.103	5.105	4.581	5,54	5,15	136	136	136	136	0,15	0,15
80	608	87	914	0,34	3,61						
177	231	164	243	0,20	0,31						
148	183	138	241	0,22	0,39						
	75		85		0,78						
748	730	985	935	2,88	2,79						
255	409	452	967	0,54	1,18	16	12	29	10	0,03	0,01
15	236	15	67	0,06	0,26						
109.273	**127.001**	**150.439**	**177.922**	**14,19**	**17,11**	**3.562**	**6.034**	**5.221**	**8.625**	**0,49**	**0,83**

ti che sono mediamente più affollati rispetto agli altri, come dimostra il dato sui rifiuti di nuove accoglienze (nel 2001 il 55% circa delle RSA e delle residenze sociosanitarie non ha potuto accogliere nuovi utenti vs il 46% delle residenze assistenziali per anziani autosufficienti);

• sostanzialmente stabile nel triennio 1999-2001 è il numero degli anziani ospiti nei presidi: 222.548 nel 99, 216.126 nel 2000 e 225.228 nel 2001 (pari a 212 ogni 10.000 anziani);

• in crescita il numero degli ospiti non autosufficienti che nel 2001 ammontano a 148.836 (66% del totale) e che vengono principalmente accolti nelle RSA;

• in generale, gli ospiti sono in prevalenza donne (77% nel 2001) e ultrasettantacinquenni (83%);

• esiste una elevata variabilità regionale nel ricorso a questa modalità assistenziale ma in generale al Nord l'utilizzo è di gran lunga superiore (nel 2001 si registrano 322,5 ospiti per 10.000 anziani) rispetto al Centro (150 per 10.000) e al Meridione (84 per 10.000); nel 2001, l'81% dei nuovi accolti in RSA riguarda le regioni settentrionali;

• circa il 52% degli anziani istituzionalizzati usufruisce di strutture pubbliche, il 32,5% utilizza presidi del settore non profit e il 15,4% organismi privati con fini di lucro. La prevalenza del settore pubblico non è generalizzata, ma riguarda soprattutto le regioni del Centro-Nord mentre al Sud è il settore non profit più coinvolto nell'assistenza agli anziani;

• la principale fonte di finanziamento dei presidi per anziani è rappresentata dagli assistiti (circa il 50% delle entrate mentre il 40% proviene da enti pubblici e il 10% da altre fonti). Nel caso delle residenze per autosufficienti, il contributo delle famiglie raggiunge il 64% degli introiti e solo il 19% proviene dal settore pubblico.

3.4.4 Valutazione critica

Gli studi Argento e ILSA e i dati sull'assistenza ospedaliera, domiciliare e residenziale evidenziano che:

• la presenza e la compresenza, di patologie cronico-degenerative, di disabilità, di non autosufficienza, di deficit cognitivo condizionano a tutt'oggi la salute e la qualità di vita di gran parte degli anziani, spesso si associano a situazioni di fragilità sociale e comportano un notevole carico assistenziale che grava sulle famiglie e sul servizio sanitario;

• la popolazione anziana determina quasi il 40% dei ricoveri ospedalieri ordinari e il 50% delle giornate di degenza e dei relativi costi stimati. Le condizioni morbose che caratterizzano gli anziani sono prevalentemente di natura cronico-degenerativa; tra queste, particolarmente frequenti come causa di ricovero risultano la cataratta, l'aterosclerosi coronarica, l'insufficienza cardiaca, le malattie polmonari croniche. Il ricovero degli anziani è mediamente più complesso di quanto avviene nella popolazione generale e il ricorso al day hospital più contenuto. Ancora elevata in alcune Regioni è la domanda di ospedalizzazione per procedure chirurgiche trattabili anche in ambito extraospedaliero;
• il ricorso all'assistenza residenziale e domiciliare è molto eterogeneo sul territorio, il monitoraggio di questo fenomeno richiederebbe dati più dettagliati e solidi.

3.4.5 Riferimenti normativi

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 condivide gli obiettivi adottati dall'OMS nel 1999 per gli Stati europei che, tra l'altro, prevedono entro il 2020:
• l'aumento di almeno il 20% sia della speranza di vita, sia dell'aspettativa di vita libera da disabilità;
• l'aumento di almeno il 50% della percentuale di ultraottantenni che godono di buona salute e di autonomia.
Nella seduta del 29 luglio 2004 della Conferenza Stato Regioni è stato sancito l'accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell'articolo 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'Accordo Stato Regioni del 24 luglio 2003 (rep. atti n. 1812), a fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo i comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Tra le cinque linee progettuali rientra la "Rete integrata dei servizi sanitari e sociali", con l'accento sull'attivazione di un coordinamento tra le varie strutture sanitarie presenti sul territorio nella presa in carico complessiva dei pazienti cronici e non autosufficienti. Secondo l'Accordo, le Regioni dovrebbero, tra l'altro, orientarsi verso:
• il potenziamento del ruolo dei MMG e delle forme associative come nodi fondamentali della rete di assistenza sociosanitaria;
• l'adozione di un modello organizzativo di base per l'ADI, sufficientemente flessibile per adattarsi ai bisogni specifici delle diverse tipologie di pazienti;
• il coordinamento a rete tra le strutture sanitarie a differente intensità di cura (ospedali, RSA, medicina di base, distretto, strutture riabilitative ecc.);
• l'utilizzo di metodi di valutazione multidimensionale dei bisogni e la formulazione di piani personalizzati di assistenza.
Il D.P.C.M. 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) e il D.M. 12.12.2001 (Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria) dedicano particolare attenzione al tema dell'appropriatezza nell'ospedalizzazione, sia individuando 43 DRG (quali prestazioni incluse nei LEA) ad alto rischio di inappropriatezza per i quali occorre fissare dei valori soglia dei ricoveri ordinari promuovendo forme assistenziali alternative (ad esempio day hospital e assistenza ambulatoriale), sia definendo alcuni indicatori per la misurazione dell'appropriatezza tra cui quelli relativi alla popolazione anziana esaminati nella presente relazione.

3.4.6 Indicazioni per la programmazione

Dall'analisi dei dati emergono alcune indicazioni importanti.
• È necessario raggiungere in maniera attiva gli anziani (in particolare quelli soli e non autosufficienti che rappresentano un target privilegiato) e favorire modalità integrate di assistenza e di supporto sociale.
• La gestione e la prevenzione del problema dell'isolamento sociale (che spesso favorisce o accentua la mancanza di autonomia e la presenza di carenze percettive e cognitive) implicano lo sviluppo di modelli innovativi e alternativi alla non efficace soluzione della istituzionalizzazione, in accordo con le istituzioni del sociale.
• Molti degli eventi patologici o accidentali (ad esempio malattie cardiovascolari, malattie infettive, artrite/artrosi, cadute) che colpiscono gli anziani sono prevenibili con misure di prevenzione primaria e secondaria che vanno potenziate anche attraverso la realizzazione di interventi di educazione/informazione e sensibilizzazione (ad esempio riguardo agli stili di vita). Ad esempio, alcuni dei principali interventi di prevenzione e promozione della salute proposti dallo studio ILSA, riguardano: gli stili di vita (educazione nu-

trizionale, cessazione/limitazione del fumo di sigaretta, aumento dell'attività fisica, moderato consumo di alcol, mantenimento di una vita culturale e relazionale attiva) e il controllo del proprio stato di salute (monitoraggio della pressione arteriosa ogni sei mesi, controlli annuali per dislipidemie, diabete, disturbi sensoriali, valutazione biennale dello stato cognitivo e affettivo, monitoraggio della funzionalità fisica e cognitiva in pazienti con ictus, parkinsonismo, fratture del femore, scompenso cardiaco, artrosi, broncopneumopatie croniche ecc.).

• In particolare, il raggiungimento, per la vaccinazione antinfluenzale, di una copertura almeno pari al 75% (valore soglia indicato dall'OMS e dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000) dovrebbe rappresentare un obiettivo prioritario. Dalle stime fornite dal Ministero della Salute emerge comunque un tendenziale miglioramento delle coperture: il dato medio nazionale è pari a 49,3% per la stagione 2000-01, a 54,9% per la stagione 2001-02 e a 60,7% per la campagna 2002-2003.

• Gli investimenti formativi/informativi dovrebbero coinvolgere in primo luogo i MMG i quali hanno ad esempio un ruolo fondamentale nella promozione di stili di vita salutari e nel controllo diretto della compliance dei farmaci secondo le best practice. L'elevato o inappropriato consumo di farmaci nelle età avanzate è un fenomeno frequente che spesso cela un bisogno, non sufficientemente o adeguatamente soddisfatto, di interventi di tipo riabilitativo.

• Riguardo all'ospedalizzazione, particolare attenzione va dedicata alle patologie disabilitanti, che causano una perdita dell'autosufficienza tale da richiedere assistenza continua. Studi internazionali hanno inoltre dimostrato che le ospedalizzazioni, le cadute e altri eventi che causano il "blocco" temporaneo del paziente aumentano il rischio di disabilità nelle attività di vita quotidiane (Activities of daily living) indipendentemente dalla presenza di una condizione di fragilità fisica. Pertanto il fenomeno dell'ospedalizzazione può essere interpretato anche in quest'ottica, ossia la riduzione dei ricoveri è un obiettivo strumentale alla prevenzione della disabilità.

• Un tema cruciale nell'universo salute anziani è quello dell'appropriatezza.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, possono essere definiti appropriati quei ricoveri effettuati per problemi clinici che non potrebbero essere affrontati, con pari efficacia ed altrettanta economicità nell'impiego delle risorse, ad un livello di assistenza meno intensivo. I dati a nostra disposizione suggeriscono l'opportunità di tenere sotto controllo il fenomeno dell'inappropriatezza ospedaliera negli anziani che è tuttavia di difficile misurazione in quanto implica un'analisi congiunta della domanda, delle caratteristiche e dell'organizzazione dei servizi e dell'outcome. Occorre dunque orientarsi anche verso un miglioramento degli attuali sistemi di indicatori.

• Un ulteriore tema che va certamente affrontato è quello delle disuguaglianze: i differenziali geografici si manifestano sia nella distribuzione delle patologie e dei fattori di rischio sia nel ricorso a misure efficaci di prevenzione (ad esempio vaccinazione), all'ospedalizzazione e ad altre modalità assistenziali. Queste differenze non solo riflettono una reale diversità di bisogni e di condizioni di salute ma vanno anche analizzate in funzione della eterogeneità delle politiche sanitarie regionali, delle scelte organizzative e dei diversi modelli promossi localmente. Monitorare indicatori di utilizzo delle risorse assistenziali quali quelli proposti può dunque risultare utile per valutare se, all'interno di una realtà così eterogenea, esiste una tendenza generale al rispetto delle indicazioni fornite dal Piano Sanitario Nazionale e, recentemente, dal sistema di garanzie dei LEA. Inoltre tale monitoraggio può far emergere modelli di eccellenza da prendere come esempio e diffondere.

Bibliografia essenziale

1. Boldrini R, et al. Stato di salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana. Anno 2000. Roma: Ministero della Salute, DG sistema informativo e DG programmazione sanitaria, 2003.
2. ISTAT. L'assistenza residenziale in Italia: Regioni a confronto. Anno 2000. Roma: Collana Informazioni n. 14, 2004.
3. Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2000. Roma: Ministero della Salute, DG studi, documentazione sanitaria e comunicazione ai cittadini, 2001.
4. Ministero della Salute. Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria. Anno 2001. Roma: Ministero della Salute, Dipartimento della qualità, DG programmazione, 2004.
5. Ministero della Salute. Attività gestionali ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere. Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2002. Roma: Ministero della Salute, DG sistema informativo, 2003.
6. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute 2003 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Roma, V&P Università, 2003.
7. Gill T, et al. Hospitalization, Restricted Activity, and the Development of Disability Among Older Persons. JAMA, vol. 292, n. 17, novembre 2004.
8. http://www.epicentro.iss.it/focus/anziani/anziani.htm
9. http://www.aging.cnr.it

3.5 Immigrati

3.5.1 Introduzione

Dagli anni 70 ad oggi in Italia la popolazione immigrata (cioè quella composta da persone che non hanno la cittadinanza italiana siano esse dell'UE o di altri Paesi) è quasi raddoppiata ogni 10 anni.
Secondo la più attendibile fonte ufficiale (Ministero dell'Interno), alla fine del 1991 gli immigrati registrati come legalmente soggiornanti in Italia erano 648.935; alla fine del 2001 erano 1.362.630. Nel 2001 i nuovi permessi di soggiorno per inserimento a carattere stabile sono stati 130.000. L'ISTAT, che rielabora i dati forniti dal Ministero dell'Interno, stima pari a 1.448.392 il numero dei permessi di soggiorno al 1° gennaio 2002.
Vi sono poi i soggetti irregolarmente presenti, di cui è ignota la reale entità, ed una quota particolarmente problematica è rappresentata dai minori non accompagnati; le operazioni chiuse l'11 novembre 2002 hanno registrato 702.000 domande di regolarizzazione.
Secondo l'ultimo dossier immigrazione Caritas-Migrantes, aggiornato al 31 dicembre 2003 e pubblicato nell'ottobre 2004, i regolari sono attualmente 2 milioni 600 mila (4,5% della popolazione, uno ogni 22 residenti), il 59% dei quali ha un'età compresa tra i 19 e i 40 anni. Il Ministero dell'Interno ne conta circa 2 milioni e 200 mila ma, secondo la Caritas, la differenza è dovuta ad una sottostima dei minori. L'aumento rilevante riscontrato nell'ultimo triennio va comunque letto alla luce del boom dei permessi di soggiorno rilasciati a seguito delle regolarizzazioni del 2003.
Si tratta dunque di un fenomeno non occasionale e di una presenza ormai stabile che necessita di efficaci politiche a favore di una piena integrazione dell'individuo in ogni ambito della sua vita.

3.5.2 Presentazione dei dati

Vengono descritti alcuni dati relativi ai ricoveri ospedalieri degli stranieri e alla salute della don-

Tabella 1 Ricoveri di pazienti stranieri - Anni 1998 e 2000

Regioni	Ricoveri di stranieri			Ricoveri nazionali		
	1998	2000	Var % 98-00	1998	2000	Var % 98-00
Piemonte	17.709	24.978	41,0	903.025	835.202	-7,5
Valle d'Aosta	337	640	89,9	23.622	22.712	-3,9
Lombardia	53.176	70.049	31,7	2.185.933	2.122.772	-2,9
Prov. Bolzano	4.694	4.842	3,2	103.485	104.720	1,2
Prov. Trento	2.938	3.386	15,2	111.959	105.841	-5,5
Veneto	20.609	30.048	45,8	1.137.340	972.317	-14,5
Friuli-Venezia Giulia	4.143	5.780	39,5	245.984	235.613	-4,2
Liguria	8.645	11.486	32,9	415.175	413.911	-0,3
Emilia-Romagna	18.841	26.910	42,8	996.468	950.799	-4,6
Toscana	18.716	24.866	32,9	732.035	731.679	0,0
Umbria	3.240	6.151	89,8	207.925	205.084	-1,4
Marche	3.287	5.685	73,0	321.144	317.653	-1,1
Lazio	56.863	36.135	-36,5	1.101.065	1.175.330	6,7
Abruzzo	1.765	3.067	73,8	292.229	331.475	13,4
Molise	568	264	-53,5	67.217	68.425	1,8
Campania	6.781	11.093	63,6	1.127.520	1.191.804	5,7
Puglia	4.674	5.349	14,4	952.526	975.496	2,4
Basilicata	3.544	(*)		110.471	116.665	5,6
Calabria	1.800	2.534	40,8	424.916	412.516	-2,9
Sicilia	4.923	7.586	54,1	793.769	1.012.828	27,6
Sardegna	1.074	3.136	192,0	324.020	368.722	13,8
ITALIA	238.327	283.985	19,2	12.577.828	12.671.564	0,7

(*) Dati non disponibili per l'anno 2000. Successivamente all'invio delle proprie SDO, la Basilicata ha comunicato 167 ricoveri di non italiani
Fonte: Ministero della Salute - Rapporto sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Anni 1998 e 2000

na e dell'infanzia. La scelta di tali indicatori è sostanzialmente dovuta alle seguenti motivazioni:

- sebbene il ricovero sia un evento certamente non esaustivo dell'universo delle condizioni e del bisogno di salute degli immigrati, esso fornisce indicazioni sulla adeguatezza e accessibilità dell'assistenza territoriale; l'ospedalizzazione infatti è spesso l'alternativa obbligata all'assenza di una rete di continuità assistenziale che garantisca l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure;
- il recente passaggio da una migrazione di tipo individuale ad una di tipo familiare più stabile e duratura (aumento di ricongiungimenti familiari) ha determinato una maggiore presenza di donne e minori e quindi ha aperto nuove problematiche relative alla salute materno-infantile.

Le fonti dei dati sono rappresentate dai due Rapporti del Ministero della Salute sui ricoveri ospedalieri degli stranieri (cioè con cittadinanza non italiana indipendentemente dallo status giuridico di regolare o irregolare) in Italia, che contengono dati relativi, rispettivamente, al 1998 e al 2000, rielaborati e diffusi anche dalla Caritas (Dossier statistico immigrazione).

Per la salute della donna e del bambino ci si riferisce ad alcuni studi ad hoc condotti dall'ISS e dal Gruppo di lavoro nazionale per il bambino immigrato (GLNBI) che opera all'interno della Società italiana di pediatria.

La **Tabella 1** confronta i ricoveri totali e quelli relativi ad un giorno degli stranieri rispetto ai dati nazionali. La **Tabella 2** descrive i ricoveri relativi ai primi 20 aggregati clinici di codici (ACC), con esclusione dei Paesi a sviluppo avanzato (Psa), cioè Europa occidentale, America settentrionale, Oceania e Giappone.

3.5.3 Analisi quantitativa

Nel 2000 i ricoveri di pazienti non italiani sono complessivamente 283.987, oltre il 19% in più rispetto al 1998 (238.327); si tratta di circa 22 ricoveri ogni 1.000 ricoveri totali (nel 1998 erano 19). L'85% (242.303) riguarda cittadini non provenienti dai Psa. Un incremento maggiore (25% circa) si osserva nel numero di ricoveri di stranieri non provenienti dall'UE. A livello territoriale l'aumento si è registrato soprattutto nelle Regioni del Nord.

Ricoveri di stranieri ogni 1.000 ricoveri			% ricoveri di un giorno sul totale dei ricoveri			
			1998		2000	
1998	2000	Var % 98-00	Stranieri (esclusi Psa)	Nazionali	Stranieri (esclusi Psa)	Nazionali
19,61	29,91	52,50	14,4	9,1	13,0	8,0
14,27	28,18	97,52	30,6	14,0	13,5	12,7
24,33	33,00	35,65	17,9	11,3	15,5	14,3
45,36	46,24	1,94	30,8	16,3	19,6	16,0
26,24	31,99	21,91	20,7	11,1	13,6	10,1
18,12	30,90	70,55	14,8	8,3	10,0	8,0
16,84	24,53	45,65	19,3	11,0	16,8	14,4
20,82	27,75	33,27	22,9	12,9	18,4	12,7
18,91	28,30	49,69	19,8	15,7	16,3	14,0
25,57	33,98	32,92	19,6	10,5	14,0	9,9
15,58	29,99	92,48	20,7	18,1	17,6	19,3
10,24	17,90	74,85	15,4	8,2	14,9	9,3
51,64	30,74	-40,47	18,3	13,8	15,5	11,8
6,04	9,25	53,19	18,6	9,9	16,2	8,7
8,45	3,86	-54,34	12,7	8,9	11,4	10,4
6,01	9,31	54,77	28,6	19,9	27,6	18,4
4,91	5,48	11,75	22,4	12,7	16,7	12,0
32,08	(*)		20,2	16,0	(*)	11,6
4,24	6,14	45,01	25,3	13,0	19,7	11,3
6,20	7,49	20,77	20,4	14,5	13,2	11,7
3,31	8,51	156,59	21,9	12,5	14,8	12,5
18,95	**22,41**	**18,28**	**18,9**	**12,8**	**15,3**	**12,4**

Tabella 2 Primi aggregati clinici di diagnosi (Acc) er i ricoveri in regime ordinario e in day hospital di

Aggregati clinici di diagnosi	Ricoveri di stranieri					
	1998		2000		var % 98-00	
	N	%	N	%	N	%
In regime ordinario - Primi 20 Acc						
Gravidanza e/o parto normale	13.667	8,7	19.038	9,7	5.371	39,3
Altre complicaz. della gravidanza	4.297	2,7	5.874	3,0	1.577	36,7
Altre complicazioni del parto e del puerperio che comportano un trattamento della madre	3.932	2,5	5.190	2,6	1.258	32,0
Traumatismo intracranico	3.829	2,4	3.737	1,9	-92	-2,4
Nati vivi sani	3.747	2,4	10.291	5,3	6.544	174,6
Dolore addominale	3.431	2,2	3.656	1,9	225	6,6
Appendicite e malattie dell'appendice	3.054	1,9	3.754	1,9	700	22,9
Traumatismi superficiali, contusioni	2.903	1,8	2.913	1,5	10	0,3
Perdita ematica in gravidanza, abruptio placentae, placenta previa	2.884	1,8	3.426	1,7	542	18,8
Calcolosi delle vie urinarie	2.823	1,8	3.161	1,6	338	12,0
Aborto indotto	2.817	1,8	3.135	1,6	318	11,3
Minaccia o travaglio di parto precoce	2.439	1,5	3.222	1,6	783	32,1
Fratture degli arti inferiori	2.347	1,5	2.781	1,4	434	18,5
Polmoniti (escluse quelle causate da tubercolosi o da malattie sessualmente trasmesse)	2.318	1,5	2.965	1,5	647	27,9
Fratture degli arti superiori	1.979	1,3	2.349	1,2	370	18,7
Aborto spontaneo	1.834	1,2	2.621	1,3	787	42,9
Infezioni intestinali	1.833	1,2	1.959	1,0	126	6,9
Malattie delle vie biliari	1.807	1,1	2.191	1,1	384	21,3
Asma	1.744	1,1	1.950	1,0	206	11,8
Altre infezioni delle vie respiratorie sup.	1.660	1,1	1.890	1,0	230	13,9
TOTALE primi 20 Acc	**65.345**	**41,4**	**86.103**	**44,0**	**20.758**	**31,8**
TOTALE GENERALE	**157.993**	**100,00**	**195.863**	**100,0**	**37.870**	**24,0**
In regime di day hospital - Primi 10 Acc						
Aborto indotto	10.582	33,7	17.625	38,0	7.043	66,6
Infezione da Hiv	1.294	4,1	1.508	3,3	214	16,5
Tubercolosi	765	2,4	1.109	2,4	344	45,0
Chemioterapia e radioterapia	556	1,8	978	2,1	422	75,9
Epatite	529	1,7	522	1,1	-7	-1,3
Anemia da carenza e altre anemie	500	1,6	616	1,3	116	23,2
Altre complicazioni della gravidanza	440	1,4	870	1,9	430	97,7
Altri e non specificati tumori benigni	426	1,4	631	1,4	205	48,1
Infertilità femminile	365	1,2	537	1,2	172	47,1
Altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	302	1,0	338	0,7	36	11,9
TOTALE primi 10 Acc	**15.759**	**50,2**	**24.734**	**53,4**	**8.975**	**57,0**
TOTALE GENERALE	**31.396**	**100,0**	**46.327**	**100,0**	**14.931**	**47,6**

Fonte: Ministero della Salute - Rapporto sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia - Anni 1998 e 2000

• Le caratteristiche demografiche dei dimessi sono sostanzialmente invariate, con una prevalenza del sesso femminile (61% nel 2000) e delle classi centrali di età (circa la metà si concentra nella classe 25-44 anni, valore più che doppio rispetto ai cittadini italiani). In entrambi gli anni, i Paesi di provenienza più rappresentativi sono: Marocco, Albania, Romania, ex Jugoslavia, Tunisia.

• Anche i motivi del ricovero risultano pressoché inalterati nei due anni: nel 2000 i primi due ACC per il regime ordinario riguardano gravidanza e/o parto normali e nati vivi sani che da soli rappresentano il 15% delle dimissioni totali (11% nel 1998). In lieve aumento le complicazioni della gravidanza e del parto (complessivamente 5,6% vs 5,2% nel 1998), in diminuzione i traumatismi intracranici (1,9% vs 2,4%) e il dolore addominale (1,9% vs 2,2%). Nel 2000, il primo ACC relativo ai casi trattati in day hospital è l'aborto indotto con il 38% dei casi (34% nel 1998) verso un valore nazionale pari al 3,8%. Seguono l'infezione da HIV, con il 3,3%

pazienti stranieri con esclusione dei Psa - Anni 1998, 2000

Ricoveri nazionali					
1998		2000		var % 98-00	
N	%	N	%	N	%
310.099	3,2	298.952	3,0	-11.147	-3,6
66.454	0,7	67.992	0,7	1.538	2,3
116.443	1,2	124.950	1,3	8.507	7,3
120.827	1,2	98.203	1,0	-22.624	-18,7
181.867	1,9	339.025	3,4	157.158	86,4
102.771	1,0	95.707	1,0	-7.064	-6,9
103.422	1,1	88.263	0,9	-15.159	-14,7
99.201	1,0	81.474	0,8	-17.727	-17,9
54.682	0,6	52.215	0,5	-2.467	-4,5
143.163	1,5	124.933	1,3	-18.230	-12,7
48.953	0,5	36.563	0,4	-12.390	-25,3
43.462	0,4	44.350	0,4	888	2,0
123.462	1,3	115.785	1,2	-7.677	-6,2
120.095	1,2	128.517	1,3	8.422	7,0
129.291	1,3	118.609	1,2	-10.682	-8,3
28.000	0,3	28.900	0,3	900	3,2
75.025	0,8	59.713	0,6	-15.312	-20,4
167.605	1,7	125.657	1,3	-41.948	-25,0
36.122	0,4	34.103	0,3	-2.019	-5,6
61.439	0,6	54.536	0,6	-6.903	-11,2
90.588	3,8	104.414	3,8	13.826	15,3
37.211	1,6	24.544	0,9	-12.667	-34,0
4.995	0,2	4.349	0,2	-646	-12,9
126.529	5,3	204.455	7,5	77.926	61,6
46.192	1,9	41.872	1,5	-4.320	-9,4
40.414	1,7	41.532	1,5	1.118	2,8
11.808	0,5	15.726	0,6	3.918	33,2
73.853	3,1	89.647	3,3	15.794	21,4
9.089	0,8	12.065	0,4	2.976	32,7
36.715	1,5	35.113	1,3	-1.602	-4,4

delle dimissioni totali (4,1% nel 1998), e la tubercolosi per la quale si osserva una percentuale stabile rispetto al 1998 (2,4%).

• Sono confermati i caratteri generali dell'ospedalizzazione: per il complesso dei ricoveri in regime ordinario la degenza media è più bassa rispetto al valore nazionale (6,3 giorni vs 6,9) pur con differenze all'interno delle singole cause (ad esempio è più alta per i ricoveri connessi a parto e gravidanza e, in maniera significativa, per i parti con taglio cesareo). I ricoveri di un giorno, che potrebbero essere utilizzati in alternativa al day hospital, sono diminuiti rispetto al 1998 dal 18,9% al 15,3% avvicinandosi al valore nazionale pari, nel 2000, al 12,4%. Permane più basso rispetto al dato nazionale il ricorso al day hospital (in termini sia di totale di casi trattati sia di numero medio di accessi per caso).

Lo studio multicentrico condotto dal GLNBI confrontando circa 8.000 schede di neonati stranieri di diversa provenienza con altrettante di bambini italiani mostra:

• un maggior ricorso, nella popolazione straniera, al taglio cesareo (in particolare tra i bambini africani e sudamericani), all'utilizzo di forcipe e ventosa e una più alta incidenza di nati pretermine (1 bambino nomade su 5 nasce prima della 37-esima settimana) e con basso peso (percentuali fino al 14% vs il 6,8% del gruppo di controllo italiano);

• tra le patologie neonatali, una maggiore frequenza di asfissia e distress respiratorio (fino a 3% vs 0,5% nei bambini italiani).

L'indagine campionaria svolta dall'ISS, nelle ASL del Comune di Roma, sull'assistenza alla nascita delle donne straniere dopo l'introduzione della normativa del 1998, evidenzia un generale miglioramento dell'assistenza in gravidanza (ad esempio la percentuale di donne che ha effettuato la prima visita dopo il 3° mese di gravidanza diminuisce dal 25% al 16% tra il 1995-96 e il 2000-01) ma il permanere di carenze nel livello di conoscenze e nella possibilità di accesso alle informazioni da parte delle donne immigrate, nella formazione specifica agli operatori e nei programmi di prevenzione attiva.

3.5.4 Valutazione critica

• I dati SDO confermano che i ricoveri sono prevalentemente legati ad eventi fisiologici (gravidanza e parto), a traumatismi, al ricorso all'IVG. Si riafferma pertanto il profilo di buona salute della popolazione immigrata dovuto in parte all'età (si tratta per lo più di giovani adulti) in parte al cosiddetto "effetto migrante sano" (oggi in declino a causa del progressivo aumento di una migrazione di ricongiungimento o di fuga) ossia ad una sorta di autoselezione che inizia nel Paese di origine e che consente ai più "sani" di portare a termine il proprio progetto migratorio. D'altro canto, gli stessi dati mostrano che tale patrimonio iniziale di buona salute è destinato a ridursi rapidamente nel Paese ospitante proprio per effetto di inadeguatezze del sistema di acco-

glienza: la maggior parte delle patologie che colpiscono gli immigrati scaturiscono da scadenti condizioni abitative e lavorative, dalla difficoltà di integrazione e di accesso ai servizi. I gruppi più esposti al rischio di ammalarsi sono infatti quelli a maggiore fragilità sociale (ad esempio donne, lavoratori irregolari).

• La maggiore frequenza, rispetto ai cittadini italiani, di ricoveri di un giorno e il minor ricorso al day hospital possono essere indicativi di un inappropriato utilizzo dell'ospedalizzazione dovuto alla necessità di colmare carenze e difficoltà di accesso all'assistenza di base e distrettuale. Tuttavia la riduzione, tra il 1998 e il 2000, della differenza tra le due popolazioni nel peso dei ricoveri di un giorno e nel numero di accessi al day hospital, è un dato incoraggiante che va monitorato nel tempo per verificare se si sta delineando un cambiamento positivo in questo senso.

• I dati su gravidanza e nato mostrano che esistono delle disuguaglianze sulla salute attribuibili alle primissime fasi della vita e quindi, presumibilmente, ad una insufficiente permeabilità delle donne immigrate agli interventi di prevenzione e di diagnosi prenatale oltre che ad una maggiore suscettibilità a fattori di rischio connessi a condizioni di disagio o di esclusione sociale.

• Esistono altri dati, non riportati nella presente relazione, a sostegno di quanto finora detto: ad esempio, dalle informazioni raccolte nel tempo dagli ambulatori delle reti di volontariato (la Caritas di Roma) emerge una prevalenza di patologie delle alte vie respiratorie (abitazioni non riscaldate e sovraffollate), di disturbi gastrointestinali (dieta scorretta, malessere psicologico), di malattie dermatologiche (carenze igienico-sanitarie, alta densità abitativa). I dati dell'Inail relativi agli infortuni, diffusi anche dall'Istituto di medicina sociale, evidenziano un trend crescente del numero di infortuni nel triennio 1999-2001 (solo in parte dovuto ad un aumento dei lavoratori immigrati in generale e di quelli regolarmente denunciati all'Inail) ed una elevata esposizione a rischio mortale a causa dell'impiego degli immigrati in settori più rischiosi e spesso del minor rispetto delle misure di prevenzione e sicurezza. Tra il 1997 e il 2001 il numero assoluto degli infortuni denunciati cresce da 845.456 a 932.382 casi.

3.5.5 Riferimenti normativi

In Italia la svolta normativa in materia di assistenza sanitaria agli stranieri è avvenuta con l'emanazione, nel marzo del 1998, della Legge 40 poi confluita nel D.Lgs. 286 del luglio 1998 (*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*) che disciplina e regola le procedure di accesso al SSN da parte degli stranieri.
Il D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999 e la Circolare del Ministero della Salute 24 marzo 2000 hanno dato concretezza applicativa al Decreto.
I PSN dal 1998 ad oggi riconoscono la tutela e la promozione della salute degli stranieri come una priorità politica del nostro Paese.
La legge n. 189 del 30 luglio 2002 (nota come legge Bossi-Fini) non ha apportato alcuna modifica al D.Lgs. 286/98.
In sostanza l'attuale normativa garantisce l'accesso alle cure, seppure in forma diversificata, a tutti gli immigrati presenti nel Paese: per i regolari è prevista la piena equiparazione ai cittadini italiani e la semplificazione degli iter amministrativi, per gli irregolari sono assicurate le cure urgenti, essenziali e continuative con particolare riferimento alla medicina preventiva e alla tutela della salute materno-infantile.

3.5.6 Health impact assessment

Nonostante i progressi legislativi, occorre fare ancora un notevole sforzo (culturale, organizzativo, sociale ecc.) per abbattere gli ostacoli che tuttora rendono difficile e spesso inefficace la fruizione dei servizi da parte degli immigrati e l'integrazione del sistema istituzionale con quello del volontariato e del privato sociale.
Gli strumenti normativi risultano parzialmente adeguati a gestire il nuovo scenario, non più caratterizzato dall'esclusione degli immigrati o dalla mancata emersione del diritto, bensì dalla loro fragilità sociale: questa è il principale fattore di rischio per la salute ed è per lo più attribuibile a deboli interventi di integrazione, soprattutto in ambito locale, a difficoltà di accesso a all'informazione e alle prestazioni (ad esempio per l'assistenza in gravidanza e per la prevenzione delle IVG), a problematiche culturali, relazionali, comunicative, a scarsa preparazione degli operatori, ad una ridotta capacità culturale dei sevizi di adattare le risposte alle necessità dei nuovi utenti.

3.5.7 Indicazioni per la programmazione

L'evoluzione del fenomeno migratorio si caratterizza per un aumento della presenza stranie-