

4. La salute degli immigrati in Lombardia

di Nicola Pasini, Armando Pullini, Lia Lombardi e Daniela Carrillo*

Introduzione

Il presente capitolo del rapporto Orim sviluppa il tema immigrazione e salute lungo un percorso di ricerca, che si è consolidato nel corso di più di un decennio, ed è innanzitutto finalizzato al monitoraggio dei principali fenomeni che hanno riguardato i ricoveri ospedalieri degli immigrati presenti in Lombardia nell'ultimo anno (i dati elaborati sono relativi al 2010).

Si è cercato di monitorare lo stato di salute della popolazione immigrata in Lombardia e contestualmente il livello di accesso alle varie strutture ospedaliere. Nel paragrafo 1 si è provveduto a monitorare i ricoveri (e le relative dimissioni, in regime ordinario, *Ndo*, e in day hospital, *Ggdh*) attraverso l'andamento dell'offerta sanitaria sul territorio lombardo, che ha coinvolto tutte le strutture ospedaliere delle province in ordine ad area geografica e di provenienza e classe di età. Nel paragrafo 2 sono state accuratamente sorvegliate alcune ambiti di interesse fondamentale nella comprensione del livello di integrazione sanitaria delle persone straniere, in particolare il ciclo di vita relativo alla riproduzione. Oltre ai ricoveri relativi ai parti, interruzioni di gravidanza, tumori maligni nella sfera femminile riproduttiva, la comparazione tra stranieri e italiani (lombardi) riguarda alcune malattie infettive importanti sul piano della salute pubblica (tubercolosi e Hiv), traumi e avvelenamenti.

Come è stato fatto notare anche nei precedenti rapporti Orim, a fronte della strutturazione demografica della popolazione immigrata in Lombardia e delle sue caratteristiche socio-economiche, eventi come gravidanze e parti precoci, uso di sostanze tossiche, traumi e lesioni devono essere sempre più oggetto d'attenzione.

* I paragrafi vanno così attribuiti: a Nicola Pasini l'introduzione e il paragrafo 4.3, a Lia Lombardi il paragrafo 4.1 e ad Armando Pullini il paragrafo 4.2. Daniela Carrillo ha predisposto schede preparatorie per ogni paragrafo. L'impostazione e il coordinamento scientifico dell'intero capitolo sono a cura di Nicola Pasini.

L'intera mole di dati empirici, raccolti anche quest'anno grazie alla costante e preziosa collaborazione di Regione Lombardia¹, costituisce un patrimonio fondamentale al fine di proporre soluzioni concrete alle questioni sanitarie degli immigrati (dal diritto alla salute alla mediazione linguistica culturale in ospedale, ai dati epidemiologici provenienti da ricerche multicentriche ecc.). Diventa, quindi, importante monitorare alcuni aspetti della sanità regionale rivolta agli immigrati regolari (e non), attraverso indagini di tipo qualitativo e quantitativo. Infatti, a supporto del Piano socio-sanitario regionale (Pssr 2010-2015) lombardo, è fondamentale l'osservazione e il confronto dei dati epidemiologici, dei dati strutturali delle singole province, delle Asl e delle rispettive aziende ospedaliere al fine di uscire da una logica di frammentazione degli interventi sul territorio nazionale, regionale e locale.

L'ultimo paragrafo si concentra invece sul modello socio-sanitario lombardo, soprattutto in ordine all'approccio utilizzato nei confronti dell'assistenza agli immigrati irregolari. Tenendo conto di una ricerca recentemente pubblicata dalla Fondazione Ismu (Pasini, 2011a) in relazione alla cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata nei diversi ordinamenti statuali e sovranazionali da un lato e all'articolazione territoriale del processo decisionale in una dimensione multilivello in ordine alle diverse politiche sanitarie regionali rivolte agli immigrati regolari e non, dall'altro lato, si è approfondito il caso lombardo. L'indagine ci ha consentito di approfondire meglio il processo decisionale e le responsabilità specifiche rispetto a chi decide che cosa, alla questione dell'assistenza socio-sanitaria offerta alla popolazione straniera, regolare e irregolare, cercando di identificare i fattori esplicativi del diverso grado di tutela. La tendenza degli ordinamenti statuali, e le conseguenti politiche pubbliche prodotte dai rispettivi governi, è la loro caratterizzazione multilivello, dove un crescente ruolo istituzionale, politico, economico è svolto dai livelli sub-nazionali (regioni, aree metropolitane, enti locali, autonomie funzionali ecc.).

Se da un lato si nota un aumento delle materie oggetto di competenza delle istituzioni sub-nazionali, dall'altro emerge anche una richiesta esplicita di tali enti verso un progressivo ma continuo ampliamento dei propri confini istituzionali e degli spazi di autonomia. Le politiche regionali si sono caratterizzate per un immediato impatto nell'interlocazione politica tra Regioni e il governo centrale che si inquadra nell'ampliamento formale e/o sostanziale delle competenze delle autorità sub-nazionali. Secondo questa prospettiva, la dimensione "diplomatica" delle azioni regionali, anche nell'ambito delle politiche sociali², è utilizzata quale terreno di prova dove affermare, sperimentare o ri-

¹ Si tratta dei *Dati 2010 su dimissioni di cittadini stranieri e italiani, classificati in base alla cittadinanza, al sesso, distribuiti per province, per strutture ospedaliere, per raggruppamenti diagnostici e per età*, a cura dell'Ufficio di Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo, Direzione Generale, Assessorato alla Sanità.

² Il territorio come dimensione istituzionale, con approfondimenti in relazione al tema del welfare in generale, alla sanità e in altri settori di *policy*, è al centro della monografia de la Rivista delle

chiedere maggiori spazi di autonomia. Ciò serve anche per dimostrare una capacità di azione autonoma ed efficace dell'amministrazione regionale che lascia intravedere una domanda di concessione di maggiori poteri o margini. Un certo dualismo è peraltro riscontrabile anche nella reazione alla proposta di gestione della politica sanitaria per gli immigrati su scala regionale, da parte del governo nazionale, non tanto nella fase antecedente la formulazione della *policy* quanto nella fase successiva, soprattutto nella definizione del modello di *governance* con il quale gestire il processo decisionale, spesso frammentato e poco lineare. La domanda che ci si pone è se nel corso di questi anni di *governance* sanitaria per gli immigrati siano stati presenti o assenti percorsi chiari, condivisi e compartecipati tra il livello centrale e gli enti periferici, al fine di esaltare al meglio l'efficacia dell'azione regionale. In altri termini, esiste un elemento dirimente e indicatore della valenza dell'attività svolta dagli attori sub-nazionali in questo scenario? Un possibile elemento critico può essere individuato nella capacità di tali attori di governare il proprio processo di integrazione, favorendo l'attivazione di reti di diversi soggetti, coordinandone aspettative e presenze, impostando, realizzando (e possibilmente valutando) in maniera allargata le attività preposte. Se questo è un possibile indicatore, l'accento è, quindi, attribuito sia su che cosa viene fatto, ma anche su come e con chi si fa; ancora, ritorna il tema del rapporto delle autorità regionali con il governo centrale (in gran parte unico titolare della competenza nella *policy* dell'immigrazione).

Se quanto appena descritto è la tendenza, nelle politiche di gestione dei beni pubblici e nei sistemi di controllo politico-amministrativo su scala nazionale e sub-nazionale non si possono non tenere in considerazione, oltre ai principali attori delle politiche pubbliche nazionali, anche le autonomie politiche territoriali e le cosiddette autonomie funzionali (Aziende sanitarie locali, università, fondazioni, gruppi di pressione e organizzazioni di rappresentanza degli interessi, imprese del Terzo settore ecc.). Queste ultime mettono in luce un nuovo rapporto col territorio, ma soprattutto tra centro e periferia. Tali attori, istituzionali e non, sono chiamati a svolgere un servizio di organizzazione e di coordinamento sul territorio in cui operano, a partire dai loro legittimi interessi. Proprio perché dotati di un effettivo potere di governo locale, essi assumono responsabilità dirette e indirette con tutti gli *stakeholders*.

Tali innovazioni, avvenute negli ultimi vent'anni, dimostrano anche il crescente grado di complessità del processo decisionale; al governo dei processi partecipativi, le logiche di *governance*, all'analisi e alle valutazioni di impatto e di processo; alle questioni relative alla cooperazione/non cooperazione e alla fiducia/sfiducia reciproca tra attori diversi attraverso un approccio *bottom up* e *top down* che vede coinvolti utenti, gruppi di pressione, partiti politici, fun-

zionari pubblici, ordini professionali, associazioni di interessi e istituzioni ai diversi livelli; ai comportamenti strategici dei diversi attori in ordine alla frammentazione/omogeneità delle politiche nazionali-regionali-locali, al fine di spiegare il “buono/cattivo” funzionamento delle istituzioni pubbliche e il tasso di rendimento istituzionale sia su scala centrale sia su scala periferica; alla *politics* regionale e al suo impatto sulla *polity* e sulla *policy*.

In riferimento alle fasi della politica pubblica sanitaria, è opportuno cogliere le conseguenze generate in termini di *ouput*, di *outcomes* e di impatto; studiare le relazioni fra gli attori istituzionali e non, con particolare attenzione al processo decisionale; elaborare un modello interpretativo in grado di collegare in modo persuasivo gli effetti delle politiche alle cause; descrivere gli interventi e le strategie decisionali.

In definitiva, dallo schema dell'indagine empirica, emergono le relazioni tra il governo centrale e gli enti locali e regionali; le dinamiche di *politics* per quanto concerne il modello di *governance* sanitaria; le risorse umane e organizzative. Dal punto di vista del funzionamento delle istituzioni, ciò dovrebbe consentire una maggior rapidità e capacità di attivazione del territorio, oltre a una maggior conoscenza delle proprie politiche da esportare come *best practices*. Tuttavia, intrinseci sono alcuni vincoli normativi, soprattutto con effetti sulle azioni degli enti regionali e locali, poiché la titolarità della *policy* migratoria è in gran parte in capo alla dimensione statale, con problemi di allocazione delle risorse che innescano una forte competizione tra tutti i soggetti interessati e coinvolti.

I governi *meso* sono qui concepiti come produttori di servizi e beni pubblici essenziali e le politiche pubbliche come prodotto di un intenso intreccio non solo tra livelli di governo diversi, ma anche tra attori istituzionali e non. Di qui il crescente grado di complessità del processo decisionale, dalle logiche di *governance*, all'analisi e alle valutazioni di impatto e di processo.

La politica sanitaria italiana, nella logica di una trasformazione generale dei diversi sistemi sanitari organizzati (si pensi solo all'aumento dei costi e all'emergere di nuovi modelli culturali nell'ambito dell'interpretazione dei concetti di medicina, salute e malattia), è in una fase di transizione il cui obiettivo, pur non avendo ancora definitivamente abbandonato il centralismo nella programmazione, è realizzare un assetto federale compiuto. In tal senso, a seguito del maggior decentramento in atto, il grado di responsabilità e l'autonomia degli enti locali e soprattutto del sistema sanitario regionale è maggiore, pur nel rispetto dei Livelli essenziali di prestazione (Lep) che devono essere garantiti. Tali trasformazioni di carattere generale, a partire dai primi anni Novanta del secolo scorso, hanno spinto i legislatori a modificare alcune caratteristiche del Ssn italiano. Trasformazioni strutturali che hanno avuto implicazioni anche dal punto di vista istituzionale: decentramento profondo che ha permesso di trasferire competenze, ma anche costi sulle Regioni. Infatti negli ultimi tempi, il Ssn è declinato attraverso il regionalismo o fede-

ralismo sanitario, con conseguenze sul versante del cosiddetto federalismo fiscale, sulla possibilità delle diverse Regioni di poter riuscire a governare il cambiamento attraverso risorse proprie e non necessariamente dal centro. È all'interno di questa cornice che è emerso il bisogno da parte di studiosi, politici, operatori e funzionari di istituzioni pubbliche e private di monitorare le diverse politiche sanitarie regionali rivolte specificamente agli immigrati. L'esigenza nasce non solo per monitorare le leggi regionali e i regolamenti attuativi dell'ultimo decennio, ma anche per capire il grado di omogeneità/disomogeneità fra le diverse politiche sanitarie delle varie Regioni e il tipo di approccio che tali politiche hanno per gli immigrati rispetto ai cittadini italiani sulla fruizione del diritto alla salute.

Tuttavia, la definizione di politiche sanitarie regionali a favore dei cittadini immigrati si colloca in un contesto spesso caratterizzato dalla sostanziale mancanza di azioni di coordinamento e/o collegamento tra le competenze degli attori coinvolti: ad esempio, il flusso di informazioni tra i diversi assessorati risulta a volte frammentato e insufficiente. Le Regioni, pur essendo centrali nella politica sanitaria, sulla tematica dell'immigrazione hanno spesso assunto un ruolo deficitario e inefficace rispetto alla complessità del fenomeno che si cerca di governare, limitandosi per lo più a un mero trasferimento di informazioni sull'asse nazionale-locale, laddove sarebbe invece indispensabile una specifica azione su scala regionale in grado di contestualizzare, attraverso atti di governo locali, gli orientamenti di politica nazionale.

4.1 Ricoveri e dimissioni ospedaliere: un'analisi multidimensionale

4.1.1 Dimissioni ospedaliere per area geografica di provenienza

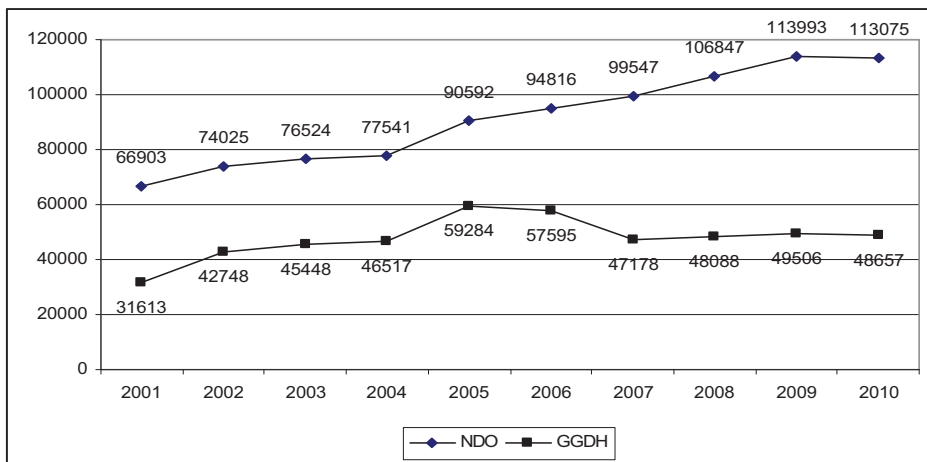
Nel 2010 il sistema ospedaliero della Lombardia ha prodotto 1.424.106 giornate di degenza e 1.076.025 giornate in regime di day hospital. Il numero di degenze (Ndo) conferma il trend negativo già registrato negli ultimi anni e la contrazione delle degenze nei ricoveri dell'ultimo anno è pari a 51.133 (-3,4%). La dinamica relativa ai pazienti stranieri sembra assumere da quest'anno la stessa tendenza passando da 113.993 dimissioni ospedaliere del 2009 a 113.075 del 2010 con una diminuzione di 918 degenze (-0,8%) (Graf. 1).

Negli ultimi cinque anni l'aumento degli Ndo di stranieri non è mai stato inferiore al 4,5% annuo, così che nel 2010 la quota delle degenze a carico degli stranieri si attesta al 7,9% del totale degli Ndo regionali (7,7% nel 2009; 7,2% nel 2008; 6,7% nel 2007).

Per quanto riguarda l'andamento dei day hospital (Ggdh) la dinamica negativa regionale evidenziata per gli Ndo si ripete considerevolmente: confrontando i dati del 2010 con quelli del 2009 risulta che il sistema ha prodotto oltre 51.456 giornate in meno, pari al -4,5%. Da quest'anno, subisce una lieve

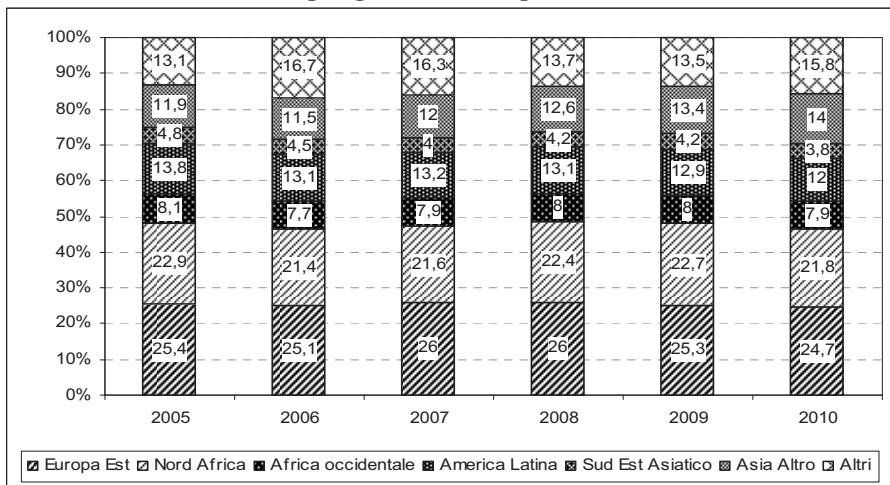
contrazione anche il trend riguardante i pazienti stranieri, registrando 849 giornate in meno rispetto al 2009 (-1,7%). Nel complesso i Ggdh relativi a pazienti stranieri costituiscono il 4,3% del totale prodotto dal sistema lombardo (4,4% nel 2009; 4,1% nel 2008; 3,9% nel 2007).

Graf. 1 - Andamento Ndo e Ggdh dei pazienti stranieri in Lombardia. Anni 2001-2010



Fonte: elaborazioni Orim

Graf. 2 - Suddivisione Ndo per grandi aree di provenienza. Anni 2005-2010



Fonte: elaborazioni Orim

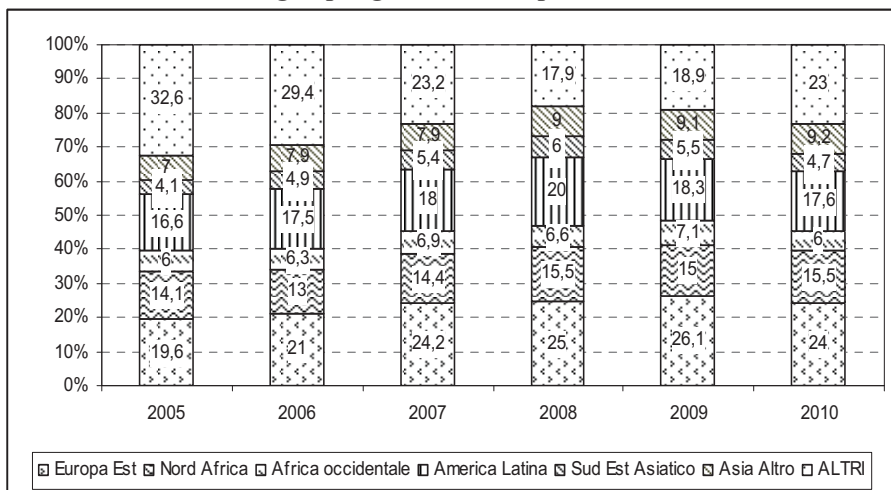
Negli ultimi tre anni questa componente di pazienti ha registrato un deciso allargamento della forbice tra Ndo e Ggdh, il cui rapporto è passato da 1,6 (2006) a 2,3 (2009 e 2010) Ndo per ogni giorno di day hospital (Carrillo et al., 2011).

Se prendiamo in esame la distribuzione degli Ndo tra la popolazione straniera il dato più significativo degli ultimi anni è quello relativo all'incremento del gruppo denominato "Asia altro", che vede una grande prevalenza di pazienti cinesi, indiani e pakistani (Graf. 2).

A testimonianza di questa evidenza, il peso della componente asiatica ha superato nel 2010 quella latinoamericana (14% rispetto al 12%). Si mostrano, invece, stabili le quote dei pazienti provenienti dalle altre grandi aree geografiche, con un'elevata presenza dei gruppi provenienti dall'Est Europa e dal Nord Africa che, insieme, rappresentano la metà circa degli Ndo (46,5%); in lieve diminuzione appare il gruppo sudamericano che passa dal 13,1% del 2008 al 12,9% del 2009 e al 12% nel 2010

La dinamica recente relativa ai Ggdh del 2010 (Graf. 3) presenta un andamento simile a quello degli Ndo, benché in un quadro strutturalmente diverso: aumentano i day hospital dei pazienti asiatici, decrescono quelli dei sudamericani, mentre rimangono sostanzialmente stabili quelli di altre provenienze. In buona sostanza, la struttura della distribuzione di Ndo e di Ggdh rimane confermata anche nel 2010: i pazienti esteuropei si stabilizzano intorno al 24% del totale, i nordafricani, e in parte anche gli asiatici, sono più significativamente rappresentati negli Ndo, mentre i latinoamericani lo sono nei Ggdh.

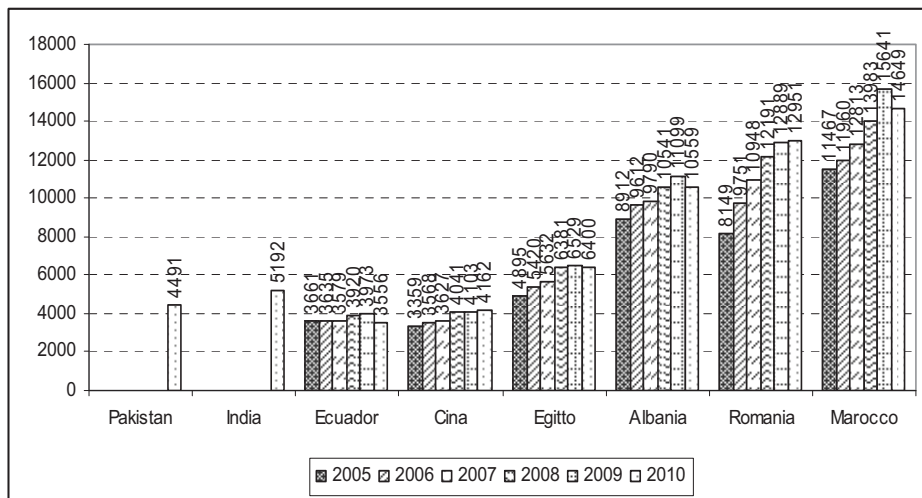
Graf. 3 - Suddivisione Ggdh per grandi aree di provenienza. Anni 2005-2010



Fonte: elaborazioni Orim

Il grafico 4 mostra il dettaglio degli Ndo dei pazienti stranieri distribuiti per i primi sei paesi di provenienza. Nel 2010 il quadro si presenta significativamente mutato: rispetto al 2009 Egitto, Albania e Marocco presentano una lieve diminuzione dei ricoveri ospedalieri, mentre è sostanzialmente stabile il gruppo rumeno. Il dato però più interessante è rappresentato dalla comparsa di India (5.192 Ndo) e Pakistan (4.491) nella graduatoria dei primi sei paesi di provenienza, a discapito dell'Ecuador, di cui ancora diminuisce la presenza di pazienti, e della Cina. Marocco e Egitto, da una parte, e Romania e Albania, dall'altra, costituiscono i due nuclei degli Ndo di pazienti nordafricani ed esteuropei. I due paesi africani rappresentano l'85,5% (86% nel 2009) degli Ndo del Nord Africa, mentre i due paesi dell'Est Europa rappresentano l'84,2% (83% nel 2009) degli Ndo di quell'area. In definitiva, nei primi quattro paesi (Marocco, Romania, Albania e Egitto) si concentra il 40% circa degli Ndo a carico di pazienti stranieri.

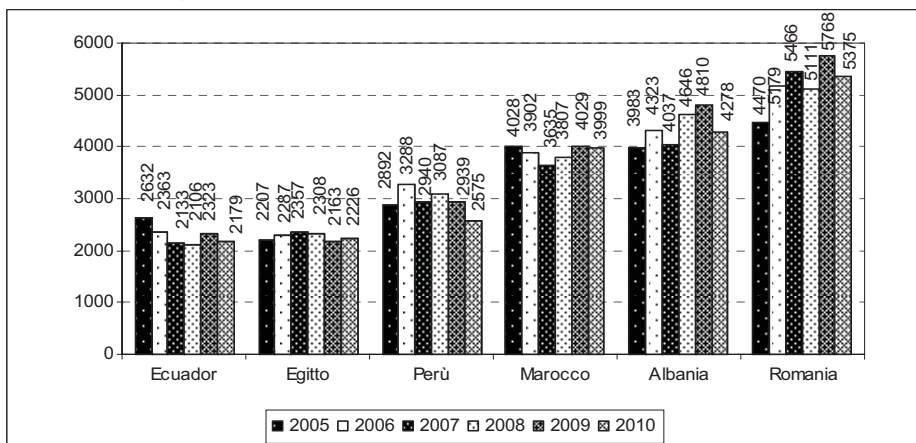
Graf. 4 - Andamento Ndo nei primi sei paesi per provenienza geografica. Anni 2005-2010



Fonte: elaborazioni Orim

La distribuzione relativa ai Ggdh (Graf. 5) si presenta significativamente diversa rispetto al 2009: i due paesi europei, Romania e Albania, mantengono numeri prevalenti per la loro presenza nei day hospital ma registrano un sensibile calo rispetto al 2009; Marocco e Egitto rimangono sostanzialmente stabili, mentre registrano una lieve diminuzione le presenze dei pazienti provenienti dall'America latina, pur mantenendo un rapporto più alto con il numero di dimissioni ospedaliere, tanto che il Perù non compare più tra i primi sei paesi maggiormente rappresentati nelle degenze.

Graf. 5 - Andamento Ggdh nei primi sei paesi per provenienza geografica (periodo 2005-2010)



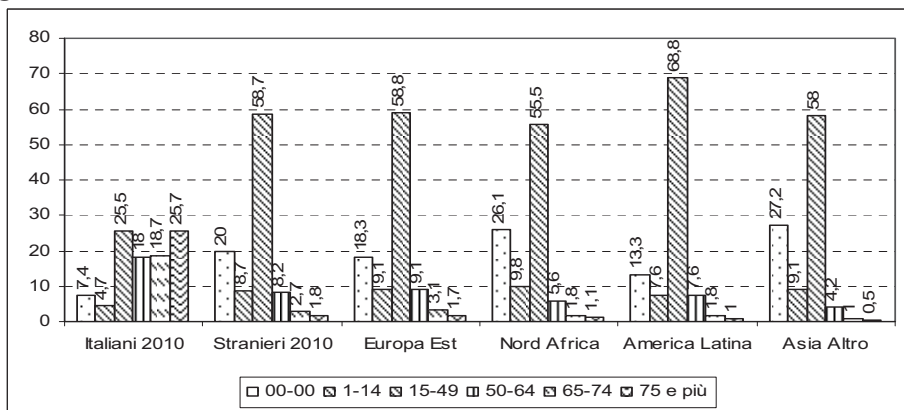
Fonte: elaborazioni Orim

4.1.2 Dimissioni ospedaliere per classi di età

La distribuzione degli Ndo e dei Ggdh per classi di età conferma la sostanziale differenza tra pazienti italiani e pazienti stranieri. I primi mostrano, infatti, una distribuzione molto più sbilanciata verso le più anziane, mentre i secondi si concentrano prevalentemente nella fascia *under 49* anni (87,4% rispetto al 37,6% degli Ndo di pazienti italiani). Si tratta di una differenza riferibile alla struttura demografica della popolazione straniera e italiana, laddove la prima si caratterizza per un tasso di natalità doppio rispetto alla popolazione italiana, residente in Lombardia: 2,6 figli per donna contro 1,3 (Istat, Lombardia, 2009). Questo dato appare confermato soprattutto per due delle principali aree di provenienza geografica degli Ndo di pazienti stranieri: il gruppo asiatico, principalmente costituito dalle provenienze cinesi, indiane e pakistane, e il gruppo dei nordafricani: entrambi con quote di Ndo nella classe 00-00 anni superiore al 25%. In linea con i valori della popolazione straniera, che pur registra un aumento di degenze in questa classe di età (20% contro il 18,6% del 2009), si colloca il gruppo dell'Est Europa (18,3% contro il 17,8% del 2009), mentre marca minori evidenze il dato riguardante i pazienti sudamericani. Questi ultimi sono particolarmente rappresentati nella classe modale 15-49 anni (68,8% vs. il 67,1 del 2009), mentre i cittadini dell'Europa dell'Est presentano la quota maggiore di Ndo a carico di soggetti *over 49*: 13,9% rispetto al 5,7% del gruppo Asia altro e al 8,5% del Nord Africa che, dal canto suo, riscontra un aumento interessante degli Ndo nella fascia di età 50-64 anni, pari al 5,6% contro il 3,5% del 2009.

Questo dato sta, probabilmente, a indicare che la struttura demografica di questa popolazione sta cambiando poiché, essendo uno dei gruppi di più antica storia immigratoria in Italia, comincia a diventare significativo il numero delle persone che superano i 49 anni.

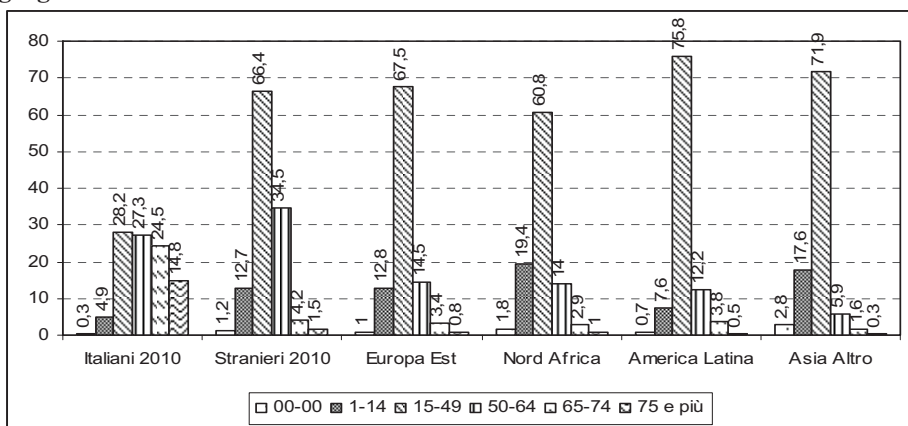
Graf. 6 - Suddivisione Ndo per classi di età e principali aree di provenienza geografica. Anno 2010



Fonte: elaborazioni Orim

La distribuzione dei Ggdh per classi di età (Graf. 7) conferma le differenze tra italiani e stranieri. La quota di pazienti stranieri di età inferiore ai 49 anni, che nel 2010 ha usufruito di day hospital è pari all'80%, rispetto al 33,4% degli italiani.

Graf. 7 - Suddivisione Ggdh per classi di età e principali aree di provenienza geografica. Anno 2010



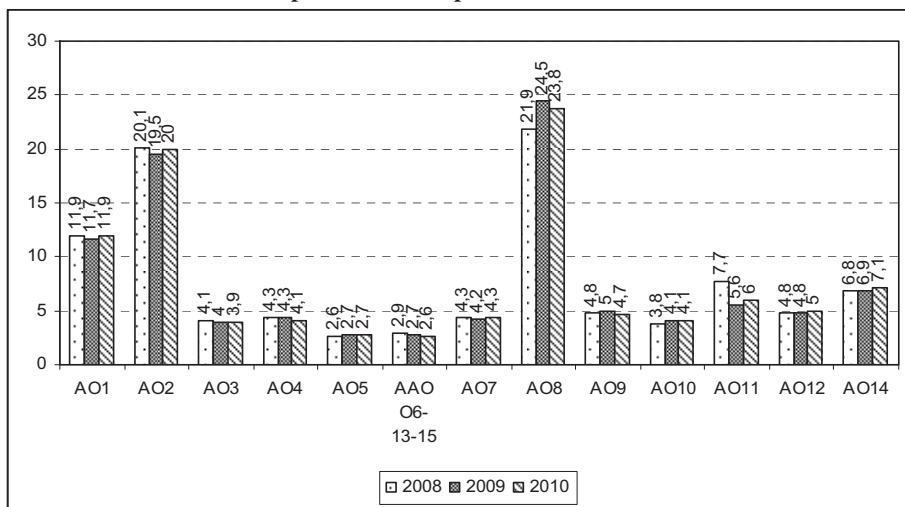
Fonte: elaborazioni Orim

All'interno della quota di Ggdh di stranieri, i pazienti sudamericani e quelli asiatici (Cina, India, Pakistan) si concentrano in maniera importante nella fascia centrale 15-49 anni, mentre i nordafricani si distinguono per la quota di Ggdh della fascia 1-14 anni e gli europei orientali per una percentuale più alta di *over 49*: 14,5% rispetto al 2,9% dei nordafricani.

4.1.3 Dimissioni ospedaliere per aziende e strutture ospedaliere

L'andamento della distribuzione dei giorni di degenza ospedaliere per azienda sanitaria conferma, anche per il 2010, la prevalenza delle Aziende ospedaliere (AaOo) di Milano-città e di Brescia che, complessivamente, hanno erogato il 43,8% del totale degli Ndo a pazienti stranieri. In particolare, il dettaglio relativo al 2010 conferma la prevalenza di stranieri nell'area Milano-città del 2009 pur con un lievissimo decremento (23,8 vs. 24,5), mentre il dato percentuale relativo all'AO di Brescia raggiunge la soglia del 20% (19,5 nel 2009). La terza AO in ordine di importanza, quella bergamasca, rimane su valori molto simili a quelli evidenziati negli anni precedenti. Il 2010 conferma così il predominio delle prime tre AaOo (Milano, Brescia e Bergamo) il cui peso percentuale si attesta al 55,7%, come nel 2009. (Graf. 8).

Graf. 8 - Ndo di stranieri per azienda ospedaliera³. Anni 2009-2010

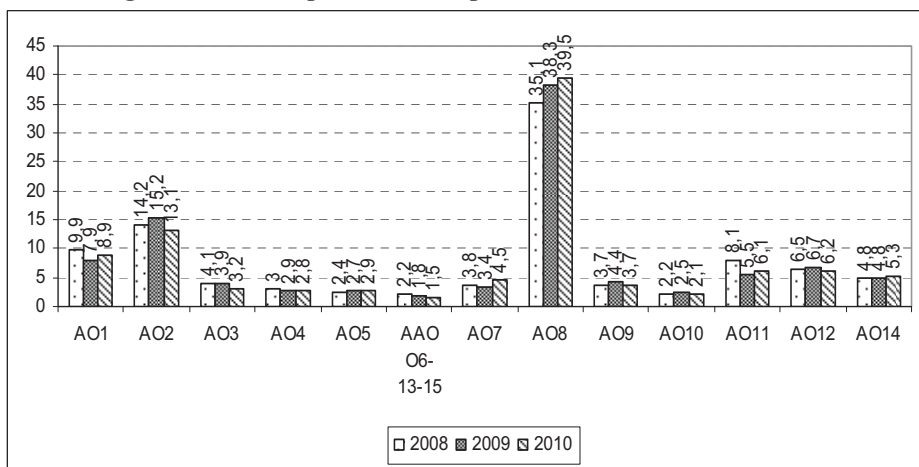


Fonte: elaborazioni Orim

³ AO1=Bergamo, AO2=Brescia, AO3=Como, AO4=Cremona, AO5=Lecco, AO6=Lodi, AO7=Mantova, AO8=Milano-città, AO9=Milano-Legnano, AO10=Milano-Monza, AO11=Milano-Melegnano, AO12=Pavia, AO13=Sondrio, AO14=Varese, AO15=Valcamonica-Sebino.

La dinamica dei Ggdh (Graf. 9) evidenzia un nuovo aumento del peso relativo della AO Milano-città, mentre il dato relativo alla AO di Brescia registra una contrazione di 2,1 punti percentuali rispetto al 2009, al contrario di quanto accade per l'AO di Bergamo che vede una ripresa dei day hospital a carico delle persone straniere rispetto all'anno precedente (8,9 vs. 7,9). In ogni caso, nelle prime tre AaOo lombarde si eroga il 61,5% dei Ggdh: dato quasi sovrapponibile alla percentuale del 2009 (61,4%).

Graf. 9 - Ggdh di stranieri per azienda ospedaliera. Anni 2009-2010



Fonte: elaborazioni Orim

Il dettaglio relativo alle prime dieci strutture ospedaliere per erogazione di Ndo (Tab. 1), nelle quali viene trattato circa un quarto dell'ammontare complessivo regionale, mostra tre strutture facenti capo alla AO Milano-città; due strutture localizzate sul territorio della AO di Bergamo (rispetto al 2009, l'ospedale Bolognini di Seriate perde la sua posizione tra le prime dieci strutture lombarde con il più alto numero di Ndo di stranieri); tre in quella di Brescia di cui entra a far parte, da quest'anno, l'Ente ospedaliero di Desenzano-Lonato con 2.181 Ndo di persone straniere; una nell'area di Pavia e una in quella di Mantova (Tab. 1). Tutte le strutture lombarde perdono, complessivamente, 918 Ndo di persone straniere, rispetto al 2009. Tra le prime dieci strutture però rileviamo, oltre all'emergere dell'ospedale di Desenzano-Lonato e alla retrocessione del Bolognini di Seriate, un aumento delle degenze nei due ospedali dell'AO di Bergamo e di quella di Brescia, mentre perdono giornate di degenza le grandi strutture di Brescia, Milano-città e Mantova.

Per capire a che cosa si devono questi cambiamenti di ordine sicuramente socio-demografico, bisognerebbe incrociare questi dati con altri fattori (Pullini, 2011), possiamo però ipotizzare alcuni orientamenti come, per esempio, lo

spostamento della popolazione immigrata in città piccole e decentrate, perché meno costose e con una maggiore offerta lavorativa; la migrazione da una provincia a un'altra; il minore ricorso alla degenza ospedaliera in favore di cure in day hospital o a domicilio, che caratterizzano una popolazione straniera stabile, con comportamenti di cura e ricorso alle strutture ai professionisti della salute più simili a quelli della popolazione italiana. Un altro fattore che si potrebbe considerare, purtroppo in termini peggiorativi, è che parte della popolazione straniera sia uscita dai percorsi di cura istituzionali perché entrata nell'orbita dell'irregolarità.

Tab. 1 - Prime dieci strutture ospedaliere ordinate per Ndo di stranieri in valori assoluti e percentuali. Anni 2010 e 2009

Strutture ospedaliere	2010		2009	
	V.a.	V.%	V.a.	V.%
1 Brescia Spedali Riuniti	4.452	3,9	4.491	3,9
2 Milano Fondazione Irccs Policlinico	4.032	3,6	4.532	4,0
3 Bergamo Ospedali Riuniti	3.126	2,8	2.972	2,6
4 Milano Ospedale San Paolo	2.819	2,5	2.937	2,6
5 Milano Ospedale Niguarda	2.685	2,4	3.155	2,8
6 Treviglio Ospedale Treviglio Correggio	2.451	2,2	2.370	2,1
7 Pavia Ospedale San Matteo	2.426	2,1	2.407	2,1
8 Mantova Ospedale Carlo Poma	2.366	2,1	2.431	2,1
9 Chiari Ospedale Civile Mellini	2.317	2,0	2.298	2,0
10 Desenzano E.O. Desenzano Lonato	2.181	1,9	23.03*	2,0*
Altri	84.220	74,5	84.087	73,8
Totale	113.075	100,0	113.993	100,00

* Il dato è relativo all'ospedale Bolognini di Seriate che nel 2010 conta 2026 Ndo di stranieri.

Fonte: elaborazioni Orim

Tab. 2 - Prime dieci strutture ospedaliere ordinate per Ggdh di stranieri in valori assoluti e percentuali. Anni 2010 e 2009

Strutture ospedaliere	2010		2009	
	V.a.	V.%	V.a.	V.%
1 Milano Ospedale Niguarda	2.967	6,1	3.966	8,0
2 Brescia Spedali Riuniti	2.913	6,0	3.598	7,3
3 Milano Fondazione Irccs Policlinico	2.258	4,6	2.226	4,5
4 Milano Ospedale San Paolo	1.998	4,1	1.769	3,6
5 Bergamo Ospedali Riuniti	1.965	4,0	1.573	3,2
6 Milano Ospedale Sacco	1.812	3,7	1.911	3,9
7 Pavia Ospedale San Matteo	1.706	3,5	1.829	3,7
8 Milano Ospedale Bambini V.Buzzi	1.662	3,4	1.570	3,2
9 Monza Ospedale San Gerardo	1.381	2,8	1.199	2,4
10 Milano Ospedale Fatebenefratelli	1.079	2,2	12.55*	2,5*
Altri	28.916	59,4	28.610	57,8
Totale	48.657	100,0	49.506	100,0

* Il dato è relativo all'Istituto San Raffaele di Milano che nel 2010 conta 875 Ggdh di stranieri.

Fonte: elaborazioni Orim

Per quanto riguarda la distribuzione dei Ggdh nelle prime dieci strutture ospedaliere, nelle quali viene erogato oltre il 40% dei giorni di day hospital

regionali, si evidenzia la presenza di sei strutture facenti capo alla AO Milano-città e quattro di altre AaOo (Brescia, Pavia, Bergamo e Monza) (Tab. 2).

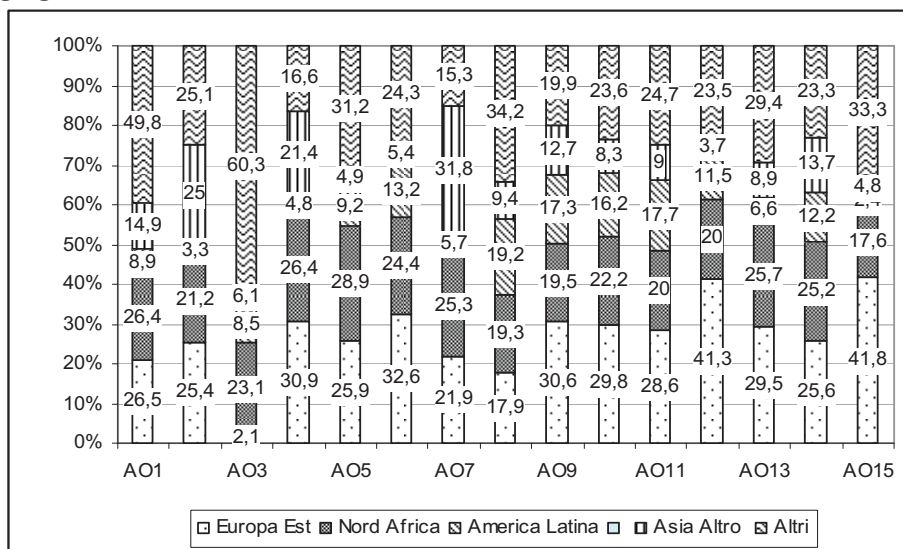
Rispetto al 2009, tutte le strutture registrano un aumento dei Ggdh tranne gli ospedali Niguarda e Sacco di Milano e il San Matteo di Pavia; emerge tra i primi dieci l'ospedale Fatebenefratelli di Milano (1.079 Ggdh) ma retrocede il San Raffaele con 875 Ggdh.

4.1.4 Dimissioni ospedaliere per aziende e grandi aree geografiche di provenienza

Mettendo in relazione grandi aree di provenienza e Aziende ospedaliere in materia di Ndo (Graf. 10) si evidenziano le dinamiche seguenti:

- *America latina*. Si registra il 12% di Ndo erogati a pazienti sudamericani sul territorio regionale. Le percentuali di Ndo erogati a favore di questo gruppo di popolazione straniera si concentrano nelle AaOo di Milano-città (19,2% del totale degli Ndo a carico di stranieri, in diminuzione rispetto al 2009 con il 23,2%) e in quelle limitrofe al capoluogo lombardo: Milano-Legnano (17,3%) Milano-Melegnano (16,2%), e Monza-Brianza (17,7%). La presenza latinoamericana è contenuta al di sotto del 10% nelle AO di Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Mantova, Sondrio e Valcamonica;
- *Est Europa*. L'evidenza è del 24,7% di Ndo erogati a pazienti provenienti dall'area Est Europa, a livello regionale. La presenza di questa popolazione è sostenuta in tutte le aree regionali tranne in quella di Como. In alcune zone si conta poi una presenza elevata delle persone provenienti da quest'area che supera il 30% della popolazione immigrata: Cremona (30,9%), Lodi (32,6%), Legnano (30,6%), Pavia (41,3%), Sebino-Valcamonica (41,8%). Viceversa, è contenuta la quota di Ndo di pazienti provenienti dall'Europa orientale nell'area di Milano-città, così come a Mantova e a Como;
- *Nord Africa*. (21,7% Ndo erogati a pazienti nordafricani nel 2010 contro il 22,8 del 2009). L'area geografica maggiormente interessata per questo gruppo di popolazione è quella che si sviluppa sull'asse pedemontano Varese-Como-Lecco-Bergamo con significative estensioni nelle zone del cremonese e del mantovano (Carrillo et al., 2010). Nell'AO di Milano-città, il numero di degenze a carico dei pazienti nordafricani è più contenuto (19,3%);
- *Asia altro*. I pazienti asiatici rappresentati nelle Ndo del 2010 sono 15,8% registrando un aumento di 1,3 punti percentuali rispetto al dato regionale del 2009. La presenza di questo gruppo di popolazione straniera, maggiormente rappresentata da Cina, Pakistan e India, è significativa nelle AaOo dell'area mantovana, cremonese e bresciana (rispettivamente 31,8%, 21,4%, 25%) e molto contenuta nell'area milanese (9,4%).

Graf. 10 - Ndo di stranieri per aziende ospedaliere e grandi aree di provenienza geografica. Anno 2010



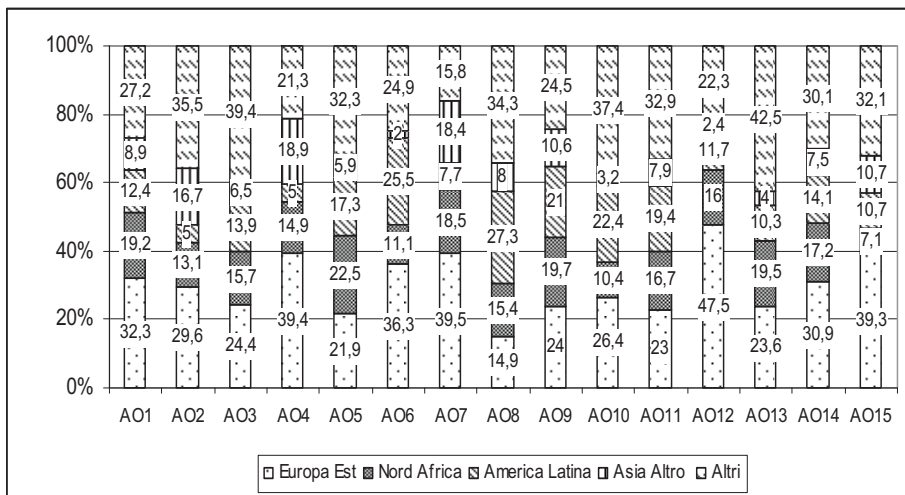
Fonte: elaborazioni Orim

Per quanto riguarda, invece, il numero delle Ggdh in corrispondenza con le aree geografiche di provenienza, riscontriamo alcune relazioni principali che riportiamo qui di seguito:

- *Est Europa.* Come per gli Ndo l'area europea è ampiamente rappresentata in tutte le AaOo della regione anche in rapporto ai day hospital (24% contro il 26,1% erogati a livello regionale). Le aree maggiormente interessate dalla presenza di questa popolazione sono quelle di Cremona (39,4%), Lodi (36,3%), Mantova (39,5%), Pavia (47,5%);
- *Nord Africa.* Le persone immigrate dai paesi del Nord Africa rappresentano il 15,5% dei Ggdh erogati ai pazienti stranieri, a livello regionale. La presenza di day hospital di questi cittadini si stabilisce intorno al 20% nelle zone di Bergamo, Lecco, Legnano e Sondrio;
- *America latina.* Si registra una lieve diminuzione di Ggdh a livello regionale che passa al 17,6% contro il 18,3% del 2009. Il quadro relativo ai Ggdh è abbastanza sovrapponibile a quanto abbiamo già visto con l'analisi degli Ndo. Le aree che registrano dati molto significativi della presenza di pazienti sudamericani sono quelle di Milano-città (27,3%), Milano-Legnano (21% che registra un'importante diminuzione rispetto all'anno precedente, pari al 26,1%), Milano-Melegnano (22,4%) e Monza-Brianza (19,4%). Queste percentuali si riducono in maniera sostanziale quando ci si allontana dall'area metropolitana;

- *Asia altro*. Come per gli Ndo le giornate di day hospital a carico di questa popolazione seguono un lieve ma costante trend positivo attestandosi nel 2010 al 9,2% a livello regionale. Le AaOo che vedono una maggiore presenza di questa popolazione sono quelle dell'area di Mantova (18,4% contro il 24,2% del 2009), Cremona (18,9% contro il 17,5% del 2009) e Brescia (16,7% vs. il 16,1% del 2009).

Graf. 11 - Ggdh di stranieri per aziende ospedaliere e grandi aree di provenienza geografica. Anno 2010



Fonte: elaborazioni Orim

4.1.5 Dimissioni ospedaliere: riflessioni conclusive

Dal quadro regionale che emerge nel 2010, possiamo desumere sia aspetti di stabilizzazione della distribuzione degli Ndo e dei Ggdh, sia aspetti di significativo cambiamento.

In linea generale, rispetto al 2009 si registra una diminuzione delle degenze e delle giornate di day hospital sia a carico dell'intera popolazione (rispettivamente -3,4% e -4,5%) sia di quella immigrata (-0,8% e -1,7%). Con buona ragione, possiamo ipotizzare che i motivi di queste dinamiche risiedano in una diversa organizzazione e diverso approccio di cura della salute, maggiormente volto alla contrazione delle giornate di degenza e alla domiciliazione della cura stessa.

Per quanto riguarda l'andamento dei ricoveri della popolazione straniera, si riscontra una stabilizzazione o una diminuzione della loro presenza rispetto alle provenienze "storiche", quali l'America latina, il Nord Africa e il Sud Est asiatico, mentre aumentano le presenze di popolazioni provenienti da alcuni

grandi paesi dell'Asia, come Pakistan, India e Cina e di altri paesi a più recente flusso migratorio. Lo stesso andamento è riscontrabile nella distribuzione dei Ggdh. Vediamo così l'emergere di paesi come India e Pakistan tra i primi sei paesi a maggiore numero di Ndo, sorpassando nettamente sia la Cina sia il Perù.

Per quanto riguarda la distribuzione degli Ndo per classi di età, si confermano alcuni andamenti, come la forte disparità, in generale, tra presenze italiane e straniere nelle fasce di età più giovani dovuta alle nascite, per la fascia di età 00-00 anni, in cui si contraddistinguono le provenienze nordafricane e di Asia altro. La fascia di età giovane-adulta (15-49 anni) è spiccatamente rappresentata dalla presenza latinoamericana (68,8%), a grande prevalenza femminile (1.902 maschi contro 7.417 femmine nella fascia di età 15-49 anni), mentre il divario diviene molto meno consistente nelle fasce di età più giovani (00-00 e 1-14 anni), come è facile immaginare. Data la grande presenza femminile giovane-adulta proveniente dai paesi sudamericani, è ipotizzabile che questa sia principalmente dovuta alla cura della salute riproduttiva (gravidezze, parti, interruzioni di gravidanza, controlli ostetrico-ginecologici, ecc.) (Lombardi, 2005, 2011) (Cfr. par. 4.2).

La presenza delle fasce di età della componente italiana nelle Ndo e Ggdh è maggiormente equilibrata e spostata verso la popolazione più anziana: questo è dovuto, come è noto, alla differente composizione demografica delle popolazioni italiana e straniera, presente sul territorio regionale. Inoltre, sia negli Ndo sia nei Ggdh si riscontra una presenza di bambini/e e ragazzi/e di cittadinanza straniera più o meno doppia rispetto a quella italiana con punte elevate nei day hospital del giovanissimo gruppo proveniente dal Nord Africa (19,4%) e dall'Asia altro (17,5%).

Per ciò che concerne l'andamento della distribuzione territoriale di Ndo e Ggdh, sembra delinearci da qualche anno una sorta di polarizzazione territoriale. I pazienti sudamericani, per esempio, si concentrano nelle aziende ospedaliere dell'area metropolitana milanese, che sono poi le zone in cui maggiormente vivono e lavorano: come abbiamo appena detto, si tratta di una popolazione ancora prevalentemente femminile, impiegata nei servizi alla persona e alle famiglie, di cui usufruisce ampiamente l'area metropolitana. I pazienti asiatici, in particolare indiani e pakistani, sembrano invece prediligere le strutture dei territori di Mantova, Cremona e Brescia.

Più equamente distribuite sembrano essere le degenze ospedaliere e i day hospital delle popolazioni provenienti dall'Est Europa e dal Nord Africa, sebbene anch'esse tendano ad assumere caratteristiche precise. Da un lato, sembrano condividere una certa sotto-rappresentazione nell'area milanese, dall'altro vediamo che i cittadini dell'Est Europa si distribuiscono maggiormente nelle aree di Cremona, Lodi, Mantova e Pavia, mentre quelli nordafricani si stabiliscono maggiormente nelle zone di Bergamo, Lecco, Legnano e Sondrio.

4.2. Le diagnosi di ricovero

4.2.1 Premessa

Le diagnosi di ricovero analizzate in questo paragrafo sono state ricavate dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) e dai Drg⁴ della Regione Lombardia per l'anno 2010. In particolare, saranno prese in considerazione le diagnosi relative alla sfera femminile riproduttiva così come alcune malattie infettive (tubercolosi e Hiv), i traumatismi e gli avvelenamenti. Le diagnosi che riguardano la sfera femminile riproduttiva, gravidanza, parto e interruzione di gravidanza rappresentano di gran lunga quelle prevalenti. La popolazione ancora relativamente giovane e l'incremento negli anni della componente femminile, particolarmente nella classe di età 15-49 anni, sono i motivi della prevalenza delle diagnosi di ricovero attinenti la sfera femminile riproduttiva. Ma nel contempo altre diagnosi stanno emergendo, ad esempio, quelle di ricovero per tumori. Stili di vita errati, situazioni precarie e mancato accesso a screening medici sono i principali motivi per cui i casi di tumore tra la popolazione immigrata sono sempre più frequenti. Inoltre, i tumori vengono diagnosticati in tempi più lunghi, mediamente anche di un anno, rispetto alla popolazione italiana (Aiom, 2011). La diagnosi tardiva ha come conseguenza certa la maggiore difficoltà della cura e il maggior numero di esiti sfavorevoli. Per questo saranno analizzate con particolare attenzione anche alcune diagnosi di ricovero per tumori della sfera femminile riproduttiva.

4.2.2 I parti

Il numero dei parti nel 2010 è stato di 96.169 di cui 71.534 da donne italiane e 24.635 da donne straniere. I parti vaginali delle donne italiane sono stati 50.235 e quelli strumentali e con taglio cesareo (TC), 21.299. I parti vaginali delle donne straniere sono stati 17.767 mentre quelli con TC 6.868. La frequenza del parto strumentale (TC) sul totale dei parti è stato del 29,8% per le donne italiane e del 27,9% per le donne straniere. Quindi si tratta di una differenza non più consistente come nei primi anni 2000, poco meno di due punti percentuali. È un segnale evidente che le donne straniere si stanno avvicinando sempre più ai livelli di medicalizzazione del parto propri della popolazione femminile autoctona.

Nel 2009 il numero totale dei parti è stato di 98.261 di cui 73.178 di donne italiane (51.658 parti per via vaginale e 21.520 con TC) con una frequenza di parti con TC di 29,4%. Quindi, nel 2010, si è avuta una riduzione dei parti

⁴ Drg è l'acronimo di *Diagnosis Related Groups*, ovvero Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi.

delle donne italiane. Anche i parti delle donne straniere sono diminuiti. Nel 2009 erano stati infatti 18.343 i parti per via vaginale e 6.740 quelli con TC, per un totale complessivo di 25.083 parti.

I dati nazionali confermano questa tendenza. Nel suo dossier *Indicatori demografici 2010*, l'Istat rileva infatti che le nascite stimate nel 2010 a livello nazionale sono state circa 557mila, circa 12.200 nascite in meno rispetto al 2009.

Per rilevare un numero di nascite inferiore a quello del 2010 [è scritto nel dossier Istat] occorre tornare al 2005, quando risultarono circa 554.000. La riduzione delle nascite rispetto al 2009 (-2,1%) risulta generalizzata su scala territoriale, tranne che per Molise (+2,3%), Abruzzo (+1,5%), Provincia autonoma di Bolzano (+0,6%) e Lazio (+0,1%) (Istat, 2011a).

Per quanto riguarda la frequenza di complicanze durante il parto persiste una differenza tra le donne italiane e straniere, già rilevata negli anni precedenti.

Tab. 3 - Regione Lombardia, anno 2010: frequenza di complicanze durante il parto, per via vaginale e strumentale. Confronto tra donne italiane e straniere

	V.% complicanze parto con TC	V.% complicanze parto vaginale
Italiane	5,2	3,0
Straniere	6,5	2,9

Fonte: elaborazioni Orim

La frequenza delle complicanze dei parti strumentali (Tab. 3) è anche quest'anno maggiore per le donne straniere. La frequenza delle complicanze del parto per via vaginale è sostanzialmente analoga per le donne italiane e straniere, come peraltro è stata negli anni precedenti. Il numero maggiore di complicanze, durante il parto strumentale, riflette l'inadeguato accesso ai servizi sanitari, di cui la diminuita frequenza delle donne straniere ai controlli in gravidanza è un segnale emblematico.

Inoltre, i parti strumentali quando sono in eccesso, come lo è un terzo del totale, hanno anche un costo importante per il Servizio sanitario nazionale (il costo⁵ del parto vaginale è pari a 2.600 euro⁶). Ma il costo del parto strumentale (TC) è decisamente più elevato: 4.750 euro (in assenza di complicanze, perché anche in questo caso andrebbero aggiunti i costi di prolungamento della degenza media e/o delle cure aggiuntive). Popolazioni particolarmente competenti nel parto spontaneo, come quelle asiatiche e quelle provenienti dall'Europa dell'Est, negli anni hanno avuto un incremento costante e importante del parto con TC, passando da frequenze attorno al 17% a quelle attuali

⁵ Secondo il tariffario Casa di Cura previsto al 3 agosto 2010 per il rimborso.

⁶ Bisogna aggiungere che nel caso di intervento dell'anestesista alla tariffa del parto spontaneo va aggiunta quella della prestazione anestesiológica (ad esempio 600 euro per l'analgésia epidurale).

attorno al 25%. I motivi del maggior ricorso al parto con TC da parte dei sanitari sono numerosi, la sempre maggiore pressione della opinione pubblica e dei mezzi di informazione che accentuano il timore di complicazioni giudiziarie, ad esempio. Quindi riuscire a intervenire su tutte le cause del ricorso al parto strumentale, che non sempre è giustificato da precise indicazioni cliniche, potrebbe essere un'azione importante. Questo, sia dal punto di vista clinico, perché il ricorso a un intervento chirurgico ha rischi aggiuntivi e significativi per la salute della donna, sia perché in un momento di ristrettezza economica, come la attuale, un consistente risparmio sui costi potrebbe essere particolarmente utile.

4.2.3 Le interruzioni di gravidanza

La conclusione naturale della gravidanza è il parto e generalmente solo nel 10% dei casi la conclusione può essere un aborto spontaneo. Quando questo valore viene superato di molto non possono che essere intervenute cause esterne, quali fattori di rischio di diversa natura e/o la volontarietà (Interruzione volontaria della gravidanza). Tutte le cause esterne che possono provocare la conclusione di una gravidanza in aborto devono essere prese in esame con molta attenzione perché costituiscono un importante sintomo premonitore di rischio sanitario e sociale così come individuale e per la società. Questo è il principale motivo per cui è importante continuare a monitorare l'andamento delle interruzioni di gravidanza.

Tab. 4 - Regione Lombardia, anno 2010: gravidanza, aborto e percentuale di aborto. Confronto tra popolazione italiana, straniera e straniera irregolare

	V.a. gravidanze	V.a. aborti	V.% aborto
Gravidanze totale	131.834	35.665	27,1
Italiane	93.769	22.235	23,7
Straniere*	36.729	12.094	32,9
Stp	1.982	1.336	67,4

* Regolari e irregolari.

Fonte: elaborazioni Orim

Il numero delle gravidanze⁷ nell'anno 2010 in regione Lombardia (Tab. 4) è stato di 131.834 di cui 93.769 hanno interessato donne italiane e 36.729 donne straniere. Il numero degli aborti è stato di 35.665, di cui 22.235 di donne italiane e 12.094 di donne straniere. Le sole donne straniere irregolari hanno avuto 1.982 gravidanze e 1.336 aborti. La frequenza di aborto è stata di 27,1% in totale, di questo il 23% è avvenuto sulle gravidanze delle donne ita-

⁷ Calcolate sommando il numero delle diagnosi di parto e di aborto ricavate dalle Sdo.

liane, il 32,9% sulle gravidanze delle donne straniere, il 67,4% su quelle delle sole donne straniere irregolari.

Il confronto con l'anno precedente (Tab. 5) mostra che il numero assoluto di aborti è rimasto pressoché invariato per le donne italiane e per le donne straniere con un piccolo incremento percentuale per entrambe le popolazioni. Per le sole donne straniere irregolari, invece è evidente una diminuzione sia del numero assoluto di aborti, passati da 1.986 a 1.336, sia della loro frequenza (da 89,9% a 67,4%). Questo dato è molto significativo e andrebbe approfondito perché non necessariamente potrebbe essere spiegato in termini positivi, cioè con un minore ricorso all'aborto.

Tab. 5 - Regione Lombardia, anni 2009 e 2010: aborto e percentuale di aborto su 100 gravidanze. Confronto tra italiane, straniere e straniere irregolari

	Anno 2009		Anno 2010	
	V.a. aborto	V.%	V.a. aborto	V.%
Italiane	22.043	23,1	22.235	23,7
Straniere	12.080	32,5	12.094	32,9
Straniere irregolari	1.986	89,9	1.336	67,4

Fonte: elaborazioni Orim

La percentuale degli aborti è in relazione inversa con il numero dei parti, e dato che è poco probabile che le diagnosi di parto risultino sottostimate, è più verosimile supporre una sottostima del numero degli aborti. Quindi, si tratterebbe in tutta verosimiglianza di una certa quota di aborti condotti in clandestinità. D'altra parte le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie delle donne straniere irregolari si sono aggravate a causa del reato di clandestinità introdotto di recente e l'aborto clandestino comporta molti rischi sanitari.

Nella tabella 6 sono riportati i dati del numero dei parti, degli aborti, delle gravidanze e della frequenza dell'aborto, relativi ad alcune delle popolazioni straniere la cui presenza in regione è particolarmente significativa.

Tab. 6 - Regione Lombardia, anno 2010: parto, aborto, gravidanza e percentuale di aborto. Confronto tra diverse popolazioni

	Parti	Aborti	Gravidanze	V.% aborto
Albania	2.241	637	2.878	22,1
Moldavia	411	297	708	41,9
Ghana	297	148	445	33,3
Nigeria	343	304	647	47,0
Senegal	738	188	926	20,3
Marocco	3.657	793	4.450	17,8
Brasile	522	177	699	25,3
Ecuador	766	567	1.333	42,5
Peru'	834	858	1.692	50,7

Fonte: elaborazioni Orim

Come si può notare, le differenze sulla percentuale di aborto delle diverse popolazioni sono importanti. Il valore più basso è della popolazione straniera proveniente dal Marocco (17,8%), che riflette la condizione generale di molta parte della popolazione del Nord Africa, che ha sempre registrato percentuali di aborto, su 100 gravidanze, particolarmente basse, inferiori anche a quelle della popolazione italiana.

Basse percentuali sono anche quelle delle popolazioni provenienti dall'Albania (22,1%) e dal Senegal (20,3%). Anche in questo caso si tratta di conferme e, in particolare, la percentuale di aborto delle donne provenienti dal Senegal si contrappone a quelle elevate delle donne di altri paesi dell'Africa subsahariana, quali quella delle donne nigeriane (47%) e ghanesi (33,3%). Mentre la percentuale bassa delle donne albanesi si contrappone a quella elevata delle donne provenienti dalla Moldavia (41,9%), altro paese dell'Est Europa. D'altro canto, in questo caso, come in quelli precedenti, si tratta di donne che hanno tipicamente dei percorsi migratori molto diversi.

Tra le donne provenienti dall'America del Sud la minore frequenza di aborto spetta alle brasiliane (25,3%). Mentre le donne provenienti da Ecuador e Perù hanno frequenze di aborto molto elevate, rispettivamente del 42,5% e del 50,7%.

In conclusione, il monitoraggio della frequenza dell'aborto sulla gravidanza evidenzia che complessivamente la situazione non tende a modificarsi significativamente negli anni. E, quindi, si può affermare che verosimilmente gli stessi fattori di rischio che sottendono a questi dati, soprattutto a carico di alcune popolazioni e delle donne straniere in condizione di irregolarità, non siano stati adeguatamente affrontati e rimossi.

4.2.4 Tumori maligni della sfera femminile riproduttiva

I dati sul numero dei ricoveri per tumori che possiamo ricavare dalle Sdo non possono essere utilizzati per studiare l'incidenza dei tumori nella popolazione⁸. Possono invece essere studiati sia per costruire indicatori indiretti dell'impatto dei tumori sulla popolazione (in quanto il numero dei ricoveri per tumori è verosimilmente in stretta relazione con la loro frequenza), sia soprattutto per studiare il carico assistenziale relativo a questa patologia per il sistema sanitario. E, poiché l'invecchiamento della popolazione, caratteristico della nostra società, determina un incremento del numero dei casi, questo valore, in assenza di interventi adeguati di prevenzione, è destinato ad aumentare.

⁸ L'incidenza è una misura di frequenza, utilizzata in studi di epidemiologia, che misura quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato lasso di tempo. Quindi si tratta di un unico evento (comparsa della malattia, espressa attraverso un atto di "notifica"), mentre il numero di ricoveri per quella stessa malattia nello stesso lasso di tempo è normalmente variabile (da 0 a n volte).

Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la principale causa di morte femminile: sono infatti responsabili ogni anno del decesso di 119 donne ogni 10mila sopra i 75 anni, 38 dai 55 ai 74 anni (Buzzoni, Crocetti, 2008). In Italia sono stimati circa 120mila casi/anno di tumori maligni su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni e di questi circa 38mila sono tumori della mammella (ibid.). Tra i tumori femminili più frequenti, al primo posto si colloca quello della mammella, che costituisce attualmente quasi il 30% di tutte le diagnosi tumorali; al secondo posto il tumore del colon-retto, seguito da quelli del polmone, dello stomaco e dal tumore del collo dell'utero.

Per quantificare quanto l'incremento nell'incidenza dei tumori sia dovuto all'aumento del rischio di ammalarsi e quanto all'invecchiamento della popolazione, è sufficiente osservare tassi grezzi e standardizzati. Nel periodo 1990-2004 i tassi di incidenza standardizzati (depurati dell'effetto "invecchiamento" e calcolati assumendo che la popolazione ogni anno sia uguale a quella residente nel 1988) mostrano un aumento medio annuo del fenomeno di +1,0% (LC 95%: +0,7; +1,3). Tale aumento è nettamente più evidente nei tassi grezzi: +1,8% (LC 95%: +1,4; +2,1) (ibid.)⁹.

In conclusione, il numero dei nuovi casi è in crescita, presumibilmente per un'augmentata esposizione della popolazione a fattori di rischio, ma anche per una anticipazione delle diagnosi; ma a questo fenomeno si somma l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

La frequenza del tumore della mammella, molto bassa nelle prime tre decadi della vita, inizia a crescere nelle trentenni e già nelle quarantenni raggiunge l'ordine di grandezza del centinaio di casi ogni 100mila donne all'anno; tale frequenza raddoppia nelle cinquantenni e triplica nelle sessantenni, mantenendosi poi relativamente stabile nelle età successive. Dalla nascita ai 74 anni una donna ogni 11 ha la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore della mammella.

Oltre a questa tipologia, anche il tumore dell'utero e degli annessi uterini (primo tra tutti il tumore dell'ovaio) sono compresi nel complesso dei tumori della sfera femminile riproduttiva (Sfr)¹⁰.

⁹ La differenza tra tassi grezzi e tassi standardizzati (che non tengono conto dell'invecchiamento della popolazione) mostra che al rischio maggiore, connesso con l'aumento dell'età, si aggiunge anche un incremento del rischio connesso con l'esposizione a ulteriori fattori di rischio diversi da quest'ultimo.

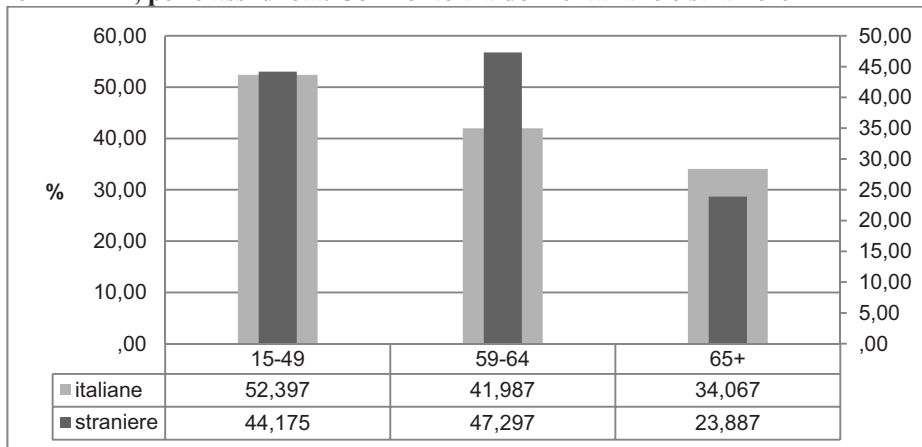
¹⁰ I tumori maligni considerati e corrispondenti a questa voce sono il tumore della mammella, dell'utero, del collo dell'utero, dell'ovaio e degli annessi.

Tab. 7 - Regione Lombardia, anno 2010: tumori maligni della donna e tumori maligni a carico della sola sfera femminile riproduttiva, per classi di età; tassi di ospedalizzazione (x10.000); totale dei tumori maligni e di quelli della sola sfera femminile riproduttiva, per classi di età. Confronto tra donne italiane e straniere

	15-49		50-64		65+	
	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere	Italiane
Totali	618	7.968	444	13.459	247	2.9013
Utero e Annessi	120	856	82	1.441	21	2.036
Mammella	153	3.319	128	4.210	38	7.848
Totale Sfr	273	4.175	210	5.651	59	9.884
Tassi sui totali	14,7	41,6	114,4	147,8	1.186,7	252,7
Tassi Sfr	6,5	21,8	54,1	62,0	283,5	86,1

Fonte: elaborazioni Orim

Graf. 12 - Regione Lombardia, anno 2010: percentuale di diagnosi di ricovero per tumori della sfera femminile riproduttiva sul totale delle diagnosi di tumori femminili¹¹, per classi di età. Confronto tra donne italiane e straniere



Fonte: elaborazioni Orim

Nella tabella 7 appare evidente come i tumori maligni della sfera femminile riproduttiva (Sfr) costituiscano una quota consistente del totale dei tumori maligni della donna. È interessante anche notare le differenze dei tassi di ospedalizzazione, nelle diverse classi di età, tra le due popolazioni, straniera e italiana. Mentre nella classe di età 15-49 questa differenza è importante e il tasso più elevato è a carico delle donne italiane, sia per il totale dei tumori maligni sia per i soli tumori maligni della Sfr, nelle classi di età successive la si-

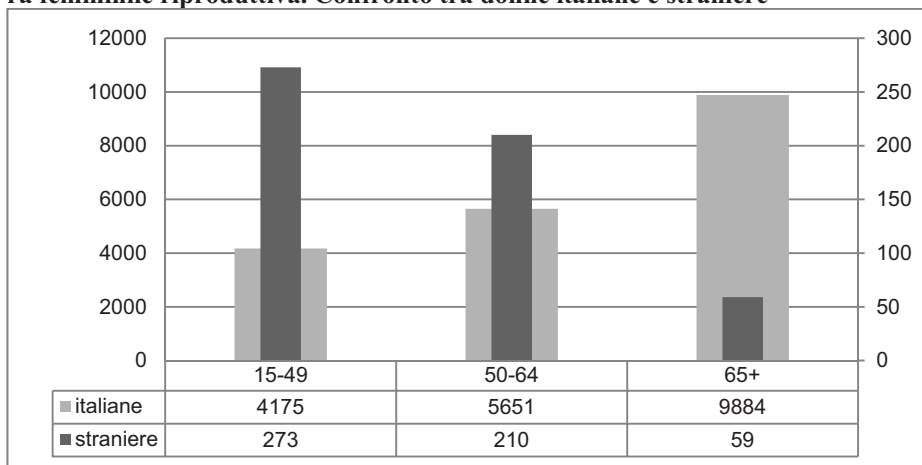
¹¹ In questo caso il totale dei tumori femminili è calcolato sommando i tumori delle stesse classi di età, sono esclusi quindi i tumori della classe di età inferiore 0-14.

tuazione è diversa. Infatti, nella classe 50-64 questa differenza si attenua, anche se i tassi più elevati sono ancora a carico delle donne italiane.

Nella classe di età 65+, invece, i tassi più elevati, sia per i tumori maligni totali che per quelli della sola Sfr, sono a carico della popolazione femminile straniera. Si tratta inoltre di valori particolarmente elevati (1.186,7 per tutti i tumori e 283,5 per i soli tumori della Sfr).

Si consideri, adesso, la percentuale delle diagnosi di ricovero per tumori della sfera femminile riproduttiva sul totale dei ricoveri per tumori femminili. Questa è 39,1% per le donne italiane e 41,4% per le donne straniere. Nel grafico 12, è riportata la percentuale delle diagnosi di ricovero per tumori della Sfr sul totale dei ricoveri per tumore femminile in tre classi di età. Si può notare che mentre per le donne italiane questa percentuale decresce nelle tre classi di età successive (52,4% nella classe 15-49, 42% nella classe 50-64, 34,1% nella classe 65+), nelle donne straniere ha un andamento diverso. Nella classe di età 15-49 è pari a 44,2%, nella classe di età 50-64 è più elevata ed è pari a 47,3% (si noti la differenza con il 42% riferito alle italiane), in quella 65+ torna a diminuire ed è pari a 23,9%.

Graf. 13 - Regione Lombardia, anno 2010: numero assoluto dei tumori della sfera femminile riproduttiva. Confronto tra donne italiane e straniere



Fonte: elaborazioni Orim

Se infine analizziamo l'andamento del numero assoluto delle diagnosi di tumore della sola Sfr nelle tre classi di età che abbiamo sin qui considerato (Graf. 13), possiamo osservare che mentre per le donne italiane risulta in continua crescita, nelle tre classi di età considerate in successione, per le donne straniere avviene il contrario. Questo dato deve essere messo in relazione con la diversa consistenza e composizione per classi di età delle due popolazioni.

Interessante appare il confronto tra i tumori della Sfr e quelli dell'apparato digerente¹². Nella tabella 8 si osserva che il numero complessivo dei tumori intestinali è inferiore a quelli della sola sfera femminile riproduttiva, e nelle donne sia italiane che straniere questa differenza è pari a più di un terzo. Inoltre, le diagnosi di tumore intestinale sono superiori nei maschi italiani rispetto alle femmine italiane, mentre nella popolazione straniera accade il contrario.

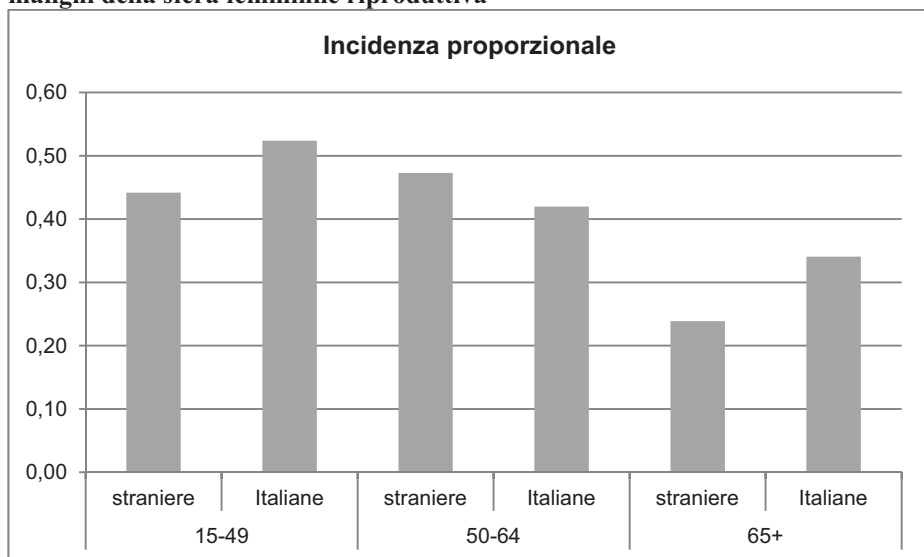
Tab. 8 - Regione Lombardia, anno 2010: numero di diagnosi di ricovero per tumori dell'apparato digerente e della sfera femminile riproduttiva. Confronto tra la popolazione italiana e straniera

	Tumori intestinali		Sfr
	Maschi	Femmine	
Italiani	7.902	5.923	19.710
Stranieri	111	140	542

Fonte: elaborazioni Orim

Infine osserviamo l'incidenza proporzionale dei tumori della sfera femminile riproduttiva sul totale dei tumori maligni riguardanti le donne (Graf. 14).

Graf. 14 - Regione Lombardia, anno 2010: incidenza proporzionale dei tumori maligni della sfera femminile riproduttiva



Fonte: elaborazioni Orim

¹² I tumori maligni dell'apparato digerente inseriti in questa voce sono quelli dell'esofago, dello stomaco, dell'intestino tenue, compreso il duodeno, del colon, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano.

L'incidenza proporzionale¹³ dei ricoveri per tumori riguardanti la sfera femminile riproduttiva è diversa a seconda delle classi di età e tende a decrescere con l'età. È evidente che con l'avanzare dell'età l'incidenza dei tumori della sfera femminile riproduttiva diminuisce a causa sia della precocità relativa di alcuni tumori, quali quelli ad esempio del collo dell'utero, mentre aumenta successivamente ai 50 anni l'incidenza relativa degli altri tumori. Inoltre possiamo notare che nella classe d'età 15-49 e in quella oltre i 65 l'incidenza proporzionale dei tumori della sfera femminile riproduttiva è superiore nelle donne italiane, mentre nella classe di età 50-64 è superiore nelle donne straniere.

È importante quindi, anche in un'ottica di razionalizzazione delle spese, considerare quanto sia conveniente investire in campagne di prevenzione che non trascurino la popolazione femminile immigrata. In particolare, il dato relativo agli elevati tassi di ospedalizzazione per tumore (cfr. Tab. 7) delle donne straniere, nelle classi di età più avanzate, deve far riflettere sul fatto che la mancanza di adesione agli screening tumorali delle donne immigrate e il conseguente ritardo della diagnosi comporta sicuramente maggiori e più prolungati accessi alle cure ospedaliere.

4.2.5 Le malattie infettive

Le malattie infettive che le persone straniere portano dal luogo d'origine, quali potrebbero essere tubercolosi e Hiv, rappresentano meno del 10%. L'80-90% delle patologie contratte dagli immigrati sono invece acquisite nel paese ospitante. In questa sede, analizzeremo i dati di ricovero di tubercolosi (Tbc) e Hiv, che in gran parte vengono acquisite nel nostro paese, da parte della popolazione straniera immigrata, a causa delle precarie condizioni di vita. Entrambe, soprattutto la tubercolosi ma in parte anche l'Hiv, sono infatti direttamente collegate al livello di povertà, solitudine e degrado esistenziale. Di conseguenza, possono costituire un buon indicatore del livello socio-economico e di integrazione raggiunto dalla popolazione straniera immigrata.

Tab. 9 - Regione Lombardia, anno 2010: numero delle diagnosi di ricovero per tubercolosi per genere e totale. Confronto tra italiani, stranieri e stranieri irregolari

	Maschi	Femmine	Totali
Italiani	445	376	821
Stranieri	468	300	768
Stranieri irregolari	123	59	182

Fonte: elaborazioni Orim

¹³ L'incidenza proporzionale è definita dal rapporto tra il numero di casi osservati per ogni sede tumorale e il totale dei tumori maligni.

Come si può osservare nella tabella 9 i numeri delle diagnosi di ricovero per tubercolosi non sono alti. D'altra parte si riferiscono esclusivamente alle malattie con un decorso più grave che necessita di ricovero ospedaliero. Infatti, la maggior parte delle infezioni da Tbc vengono diagnosticate e trattate ambulatorialmente. Appare evidente, confrontando i numeri delle diagnosi di ricovero, che non c'è differenza tra italiani e stranieri. Tenuto conto, però, della differenza tra le due popolazioni si noti che il tasso grezzo di ospedalizzazione per questa diagnosi sia invece (Tab. 10) molto diverso.

Tab. 10 - Regione Lombardia, anno 2010: tasso grezzo di ospedalizzazione per tubercolosi, per genere e totale. Confronto tra la popolazione italiana, straniera e straniera irregolare

	Tasso grezzo di ospedalizzazione		
	Maschi	Femmine	Totali
Italiani	10,3	8,3	9,3
Stranieri	83,9	58,0	71,4
Stranieri irregolari	186,9	125,0	161,1

Fonte: elaborazioni Orim

La tabella 10 mostra il tasso grezzo di ospedalizzazione per diagnosi di tubercolosi che è 9,3 per la popolazione italiana, 71,4 per la popolazione straniera, per la quale quindi risulta superiore di oltre 7 volte.

Il tasso di ospedalizzazione grezzo per diagnosi di tubercolosi della sola popolazione straniera in condizioni di irregolarità, che è di 161,1, risulta 17 volte superiore a quello della popolazione italiana e oltre il doppio rispetto alla popolazione straniera complessiva. Questo dato si ripresenta stabile nella nostra annuale osservazione e indica quindi che la popolazione immigrata irregolare rimane evidentemente a rischio molto più elevato, a causa della propria condizione di irregolarità.

La seconda malattia infettiva che la nostra indagine monitora, proprio perché ha importanti fattori di rischio sociali a carico della popolazione straniera immigrata, è dovuta ad infezione da l'Hiv.

Tab. 11 - Regione Lombardia, anno 2010: numero delle diagnosi di ricovero per Hiv per genere e totale. Confronto tra italiani, stranieri e stranieri irregolari

	Maschi	Femmine	Totali
Italiani	2.319	797	3.116
Stranieri	348	229	577
Stranieri Irregolari	108	46	154

Fonte: elaborazioni Orim

Dalla tabella 11 si osserva che la differenza di genere sul numero delle diagnosi di ricovero per Hiv è molto più consistente nella popolazione italiana che in quella straniera. Nei maschi italiani è pari a due terzi, mentre tra gli

stranieri irregolari le diagnosi di Hiv nei maschi sono il più del doppio di quelle nelle femmine.

Tab. 12 - Regione Lombardia, anno 2010: Tasso grezzo di ospedalizzazione per Hiv, per genere e totali. Confronto tra la popolazione italiana, straniera e straniera irregolare

	Tasso grezzo di ospedalizzazione		
	Maschi	Femmine	Totali
Italiani	53,9	17,5	35,2
Stranieri	62,4	44,3	53,7
Stranieri irregolari	164,1	97,5	136,3

Fonte: elaborazioni Orim

La tabella 12 mostra che pure essendoci una differenza tra i tassi grezzi di ospedalizzazione per la diagnosi di Hiv tra la popolazione italiana e quella straniera, questa non è così eclatante come nel caso della Tbc. Nel caso dell'Hiv, infatti, il tasso della popolazione straniera, che è di 53,7, è superiore a quello della popolazione italiana che è di 35,2, solamente di una volta e mezzo circa. Il tasso della sola popolazione straniera irregolare che è di 136,3 è superiore di 5 volte a quello della popolazione italiana e di 2 volte e mezzo circa a quello della popolazione straniera complessiva.

L'attenuazione delle differenze tra i tassi, a confronto con la tubercolosi, è probabilmente dovuta al fatto che questa infezione è più presente della Tbc tra la popolazione italiana. Da segnalare anche la spiccata differenza di genere tra la popolazione italiana e la sola popolazione straniera irregolare, mentre la differenza di genere risulta più attenuata se si prende in esame la popolazione straniera nel suo complesso.

Anche nel caso dell'infezione da Hiv i dati del 2010 ricalcano quelli degli anni precedenti dimostrando quindi una sostanziale stabilità e assenza di cambiamento nell'approccio a questo problema.

4.2.6 I traumi

Tra le cause più frequenti di ricovero della popolazione immigrata i traumi, per gli uomini, rappresentano il 25,9% dei ricoveri (Mirisola, 2011). Utilizzando le Sdo, da cui si evincono le diagnosi di dimissione, si possono studiare i traumi attraverso la presenza di 5 codifiche che riguardano i traumi sul lavoro, quelli domestici, quelli stradali, quelli da violenza altrui e quelli da autolesionismo. Anche in questo caso, come per le malattie infettive, questi numeri rappresentano solamente una piccola parte di tutti i traumi, trattandosi solamente di quelli più gravi che abbisognano di ricovero ospedaliero. In realtà, nel database che contiene le Sdo sono presenti 9 codifiche ma solamente le prime 5 sono ben definite, le altre rappresentano una miscellanea di cause non

meglio precisate. Prendendo in esame, dunque, queste prime 5 il quadro che si presenta è quello descritto nella tabella 13.

Tab. 13 - Regione Lombardia, anno 2010: numero di diagnosi di trauma codificate, per genere. Confronto tra italiani, stranieri, stranieri irregolari

	Italiani			Stranieri			Stranieri irregolari		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Sul lavoro	3.364	548	3912	618	73	691	5	1	6
In casa	7.717	13.598	21.315	570	542	1.112	51	12	63
Nel traffico	5.711	2.339	8050	759	353	1.112	95	22	117
Per violenza altrui	589	164	753	341	78	419	103	5	108
Per autolesione	450	575	1025	60	99	159	10	9	19
Totali	17.831	17.224	35.055	2.348	1.145	3.493	264	49	313

Fonte: elaborazioni Orim

Dalla tabella si vede come i traumi sul lavoro siano nettamente più numerosi per il genere maschile sia che si tratti di italiani (3.364 i maschi, 548 le femmine) sia di stranieri (618 i maschi, 73 le femmine). Inoltre, il numero estremamente basso di codifiche che riguarda la popolazione straniera irregolare non sembra molto verosimile. Un numero così basso appare collegato alla condizione di irregolarità che impedisce di fatto di denunciare un trauma avvenuto sul lavoro.

I traumi in ambiente domestico sono invece appannaggio del genere femminile per la popolazione italiana (13.598 le femmine, 7.717 i maschi), mentre per la popolazione straniera sono ancora i maschi a prevalere (570 i maschi, 542 le femmine). I maschi di entrambe le popolazioni considerate prevalgono, poi, tra i traumatizzati per incidenti sul traffico. Per i traumi da violenza altrui, il numero totale delle diagnosi di ricovero non è molto diverso tra la popolazione italiana e straniera (753 italiani e 419 stranieri), e anche in questo caso sono i maschi a prevalere.

Per quanto riguarda le diagnosi di trauma da autolesionismo sono invece le femmine a prevalere sia nella popolazione italiana sia in quella straniera.

Tab. 14 - Regione Lombardia, anno 2010: tasso grezzo di diagnosi di ricovero per trauma (x100.000) secondo le prime 5 codifiche, per genere. Confronto tra la popolazione italiana, straniera e straniera irregolare

	Italiani			Stranieri			Stranieri irregolari		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Lavoro	78,2	12,1	44,2	110,7	14,1	64,3	7,6	2,1	5,3
Domestico	179,4	299,1	240,9	102,1	104,8	103,4	77,5	25,4	55,8
Traffico	132,7	51,5	91,0	136,0	68,2	103,4	144,4	46,6	103,5
Violenza altrui	13,7	3,6	8,5	61,1	15,1	39,0	156,5	10,6	95,6
Autolesione	10,5	12,6	11,6	10,8	19,1	14,8	15,2	19,1	16,8
Totali	414,4	378,9	396,2	420,7	221,3	324,8	401,2	103,8	277,0

Fonte: elaborazioni Orim

L'analisi dei tassi grezzi di ospedalizzazione mostra una generale attenuazione delle differenze anche se alcuni confronti tra le due popolazioni, italiana e straniera, appaiono significativi. Per le diagnosi di trauma sul lavoro è soprattutto il tasso dei maschi stranieri (110,7) a prevalere su quello degli italiani (78,2), ma anche le donne straniere (14,1) su quelle italiane (12,1). Per quanto riguarda le diagnosi di incidente in ambiente domestico è il tasso delle donne italiane a essere il più elevato (299,1), seguito da quello dei maschi italiani (179,4). Il tasso grezzo di ricovero per incidenti domestici della popolazione straniera non mostra una differenza significativa: 101,1 per i maschi e 108,4 per le femmine. Il tasso grezzo di ricovero per traumi da incidenti stradali è più elevato nei maschi italiani (132,7) e stranieri (136) che nelle femmine di entrambe le popolazioni. In questo caso, i maschi stranieri prevalgono su quelli italiani, allo stesso modo delle femmine straniere (68,2) che prevalgono sulle italiane (51,5).

Il tasso grezzo di ricovero per traumi da violenza altrui risulta nettamente più elevato nella popolazione straniera (61,1 vs 13,7 nei maschi, 15,1 vs 3,6 nelle femmine). In questo caso i tassi grezzi sono più elevati nelle femmine di entrambe le popolazioni (12,6 nelle femmine italiane vs 10,5 nei maschi italiani e 19,1 nelle femmine straniere vs. 10,8 nei maschi stranieri).

Per quanto riguarda la popolazione straniera irregolare si segnalano tassi grezzi di ospedalizzazione particolarmente elevati per diagnosi di trauma da incidente stradale e da violenza altrui, nel primo caso particolarmente a carico dei maschi, nel secondo a carico delle femmine.

4.2.7 Gli avvelenamenti ed effetti tossici da sostanze varie¹⁴

Anche per gli avvelenamenti ed effetti tossici da varie sostanze è importante chiarire che le diagnosi di ricovero riguardano solamente gli avvenimenti più gravi, quelli che richiedono trattamenti e cure ospedalieri intensivi, quali ad esempio, il trattamento in camera iperbarica per l'avvelenamento da ossido di carbonio (CO). Pertanto, rappresentano una piccola parte di tutti gli avvelenamenti e intossicazioni. Gli avvelenamenti e effetti tossici da varie sostanze hanno avuto, nel 2010, 1.762 diagnosi di ricovero per la popolazione italiana e 301 per quella straniera (Tab. 15). Le femmine prevalgono sui maschi, sia per la popolazione italiana (1,3) sia per quella straniera (1,8).

¹⁴ Gli avvelenamenti e gli effetti tossici da varie sostanze riguardano tutte le diagnosi comprese tra la codifica 9600 e quella 9900. La diagnosi che riguarda gli effetti tossici da CO ha la codifica 9860.

Tab. 15 - Regione Lombardia, anno 2010: numero di diagnosi di ricovero per avvelenamento, per genere. Confronto tra popolazione italiana e straniera

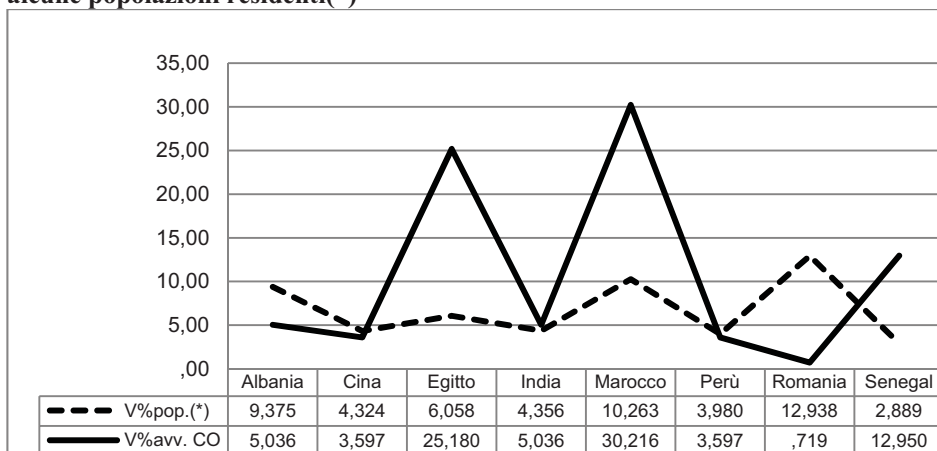
	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>Totali</i>
Italiani	756	1.006	1.762
Stranieri	106	195	301

Fonte: elaborazioni Orim

L'intossicazione da ossido di carbonio (CO) è una diagnosi particolarmente importante perché è un indicatore significativo di disagio sociale e abitativo, condizione che spesso si riferisce alla popolazione immigrata, soprattutto se irregolare. Il numero complessivo di avvelenamenti da CO gravi, che hanno avuto bisogno di ricovero ospedaliero nel 2010 è stato di 207 di cui quasi la metà a carico della popolazione straniera (94).

Il numero maggiore di diagnosi di intossicazione da CO riguarda tre popolazioni straniere, marocchina (42), egiziana (35) e senegalese (18).

Graf. 15 - Regione Lombardia anno 2010: frequenza di avvelenamento da CO in alcune popolazioni residenti(*)



(*) Popolazione straniera residente per cittadinanza e genere: fonte Istat (www.istat.it).

Fonte: elaborazioni Orim

Nel grafico 15 sono rappresentate la consistenza percentuale per l'anno 2010 della popolazione di alcune nazionalità straniere sul totale delle presenze straniere in Lombardia e la frequenza dell'intossicazione da CO delle stesse nazionalità. La frequenza delle intossicazioni da CO non è in relazione con la diversa consistenza percentuale delle diverse popolazioni in Lombardia. La popolazione albanese che ha una consistenza percentuale simile a quella del Marocco ha una frequenza di intossicazioni da CO 6 volte inferiore. Questa è ancora meno frequente (0,7%) nella popolazione della Romania che ha una consistenza percentuale della popolazione pari a 12,9%. Anche la frequenza

dell'intossicazione da CO nella popolazione egiziana e senegalese è particolarmente elevata (25,2% e 12,9%, rispettivamente) se confrontate con la consistenza percentuale delle due popolazioni (6,1% e 2,9%, rispettivamente).

4.2.8 Conclusioni

Dai dati presentati emerge che tra gli uomini immigrati da paesi a forte pressione migratoria¹⁵ le diagnosi di ricovero sono soprattutto i traumi e l'infezione da Hiv. La diagnosi di ricovero per infezione da tubercolosi non mostra differenze significative di genere, ma una netta prevalenza complessiva sulla popolazione italiana. Le diagnosi di avvelenamento e intossicazione prevalgono nelle femmine e nella popolazione straniera su quella italiana. Per quanto riguarda le donne, e nello specifico la sfera femminile riproduttiva, è il parto, invece, la principale causa di ricovero nelle donne immigrate da paesi a forte pressione migratoria. Ma anche l'interruzione di gravidanza costituisce una importante causa di ricovero e il *gap* esistente con la popolazione italiana non tende a colmarsi negli anni. Persiste una costante e consistente prevalenza dell'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne immigrate rispetto a quelle italiane, anche se alcune popolazioni, quali quelle provenienti dall'Africa del Nord, hanno un numero percentuale di gravidanze concluse con l'aborto particolarmente basso e inferiore a quello della popolazione italiana. Per contro alcune popolazioni (provenienti dall'America latina, dall'Africa subsahariana e dall'Europa dell'Est) hanno invece un numero percentuale di gravidanze conclusosi con l'aborto estremamente elevato. La condizione di irregolarità eleva la percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza su parto per 100 gravidanze ben oltre il 50%.

Abbiamo aperto un nuovo fronte di osservazione relativo alle diagnosi di ricovero per tumore in particolare quelli della sfera femminile riproduttiva. Questo perché, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione straniera immigrata, le diagnosi di tumore stanno aumentando significativamente. Questo anche perché le donne straniere sono più a rischio di un accesso ritardato alle cure rispetto alle donne italiane e hanno scarsa adesione agli screening tumorali (mammella e utero). Tra le tante osservazioni fatte ci sembra interessante segnalare, in conclusione, il tasso grezzo di ospedalizzazione per diagnosi di tumore maligno totale, particolarmente elevato, così come quello dei soli tumori della sfera femminile riproduttiva per le donne straniere nelle classi di età avanzate.

Dalle nostre osservazioni appare evidente come ci sia ancora molto da lavorare per pianificare una politica sanitaria specifica per tutti i nodi critici evidenziati. Una politica sanitaria che sia in grado di garantire equità di acces-

¹⁵ Europa dell'Est, Africa del Nord e subsahariana, America centromeridionale e Sud Est asiatico.

so alle cure anche per gli stranieri. In particolare, si dovrà lavorare molto sulla comunicazione e l'informazione rivolte agli immigrati: lingua, e cultura differenti, assieme a una carente politica dell'accoglienza, sono barriere ancora difficili da superare.

4.3 Salute e immigrazione irregolare: il caso lombardo

Attraverso gli strumenti messi a disposizione dall'analisi delle politiche pubbliche, nel costruire il *policy network*, in una ricerca recentemente condotta dalla Fondazione Ismu (Pasini, 2011a), su un progetto finanziato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, ci si è interrogati sulla capacità del livello regionale di proporre soluzioni concrete alle domande sanitarie rivolte dagli immigrati (soprattutto irregolari), nonché la capacità di uscire da una logica di frammentazione degli interventi sul territorio regionale e nazionale.

Anzitutto si è verificata la relazione che intercorre tra *politics* e *policy*, ovvero il rapporto tra le specificità delle *governance* regionali e la produzione di politiche sanitarie rivolte agli immigrati. La domanda cardine dell'indagine è se la seconda variabile, le politiche socio-sanitarie, sono dipendenti dalla prima, ovvero dalle dinamiche di *politics*: si è trattato quindi di valutare quanto le decisioni politiche dei governi regionali si riflettano sulla formulazione (ed erogazione) dei servizi. Altro scopo della ricerca è stato finalizzato a valutare le forme decisionali delle *governance* regionali e collocarle lungo un *continuum* rispetto alla vicinanza/lontananza dai due modelli di "ideali", *top-down* e *bottom-up*.

Oltre a questi macro obiettivi, nell'ambito della medesima ricerca si è inteso completare il profilo delle Regioni esplorandole rispetto ad altri tre temi. In primo luogo, è stato osservato il grado di acquisizione del concetto "esteso" di salute, inteso come promozione del benessere fisico, psicologico e sociale, in una visione che predilige la prevenzione *ex ante* alla cura *ex post*, come definito dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms). A questo scopo abbiamo analizzato il grado di importanza che la prevenzione assume nell'agenda politica regionale e nei presidi territoriali e ospedalieri. In secondo luogo, è stato osservato il livello di integrazione delle politiche sia in termini istituzionali (ad esempio tra l'Assessorato salute e l'Assessorato per le politiche sociali), sia in termini organizzativi (all'interno delle Asl e delle AO). Infine, si è cercato di ricostruire il grado di diffusione e di penetrazione delle indicazioni (socio) sanitarie regionali nel territorio, per verificare se esistono i cosiddetti "localismi dei diritti" (Campomori, 2008).

Il lavoro di ricerca ha analizzato sei casi regionali (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Sicilia; cfr. Merotta, 2011), sulla base di alcuni criteri. Per la selezione, ci siamo basati su evidenze empiriche (la collocazione geografica della regione e la variabile continuità-discontinuità dei "colori politici" delle giunte) e su forme di classificazione "tecniche" già spe-

rimentate, le quali raggruppano le Regioni in base all'emanazione di direttive e chiarimenti esecutivi alle Aziende sanitarie allo scopo di garantire l'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri non iscrivibili al Ssn. A tal fine è stato, quindi, possibile osservare il diverso rendimento istituzionale delle Regioni prese in considerazione.

Alla luce di tali dimensioni, sono stati scelti i casi regionali in modo tale da disporre di diverse combinazioni tra le variabili e proporre un quadro più dettagliato, sebbene non esaustivo, della complessità regionale. Dall'intreccio delle variabili, le Regioni scelte sono, come riportato sopra: Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Puglia e Sicilia, cercando di focalizzare l'attenzione sui diversi sistemi organizzativi in materia di salute e immigrazione. È stato privilegiato il *programme approach*, attraverso le *policies* socio-sanitarie regionali e non la comparazione dei sistemi di sicurezza sociale in vigore (*regime approach*). Circa l'indagine si è fatto uso di tecniche qualitative, attraverso l'analisi della normativa, la ricognizione della letteratura e la lettura dei dati grezzi, oltre a interviste in profondità a testimoni e referenti regionali. Sono emerse alcune specificità all'interno di un insieme complesso ed eterogeneo in merito alle questioni sopra ricordate: quanto la *politics* regionale influenzi la *policy*, quanto una produzione normativa corposa e minuziosa contribuisca a elaborare soluzioni organizzative più efficaci e funzionali e, infine, quanto le specifiche tradizioni civiche delle diverse regioni influenzino sugli *output* e sul sistema organizzativo regionale in merito al rapporto salute e immigrazione.

Alla luce di quest'analisi comparativa, le regioni classificate come più virtuose, ovvero che hanno sviluppato un sistema assistenziale socio-sanitario maggiormente strutturato, sufficientemente omogeneo nel territorio e prossimo a un modello di assistenza sanitaria di tipo universalistico, sono quelle che hanno ricevuto indicazioni istituzionali attraverso Linee guida (strategia *top-down*). Un altro aspetto determinante nel delineare un profilo regionale virtuoso è il tipo di coinvolgimento che hanno avuto gli attori erogatori, sia pubblici sia del privato sociale, nel processo di *decision-making* (strategia *bottom-up* o orizzontale). Passando sinteticamente in rassegna il caso lombardo, il quadro che emerge è il seguente:

- il primo aspetto che è opportuno richiamare riguarda la stabilità politico-culturale che ha caratterizzato il quindicennio di Giunta Formigoni e che ha influito anche sull'assistenza socio-sanitaria agli immigrati, regolarmente e irregolarmente presenti sul territorio lombardo. La continuità istituzionale e di *politics* ha trovato una corrispondenza nelle politiche di settore; gli interventi socio-sanitari rivolti ai cittadini stranieri hanno seguito con linearità l'indirizzo prestabilito;
- il secondo aspetto importante, coerente con il primo, riguarda il trattamento diseguale e differenziato tra immigrati regolari e irregolari. Dall'analisi svolta si evidenzia un orientamento politico positivo e di inclusione socio-assistenziale e sanitaria a favore degli immigrati regolarmente presenti, mentre nei confronti dei bisogni sanitari della popolazione straniera irrego-

lare e clandestina l'orientamento prevalente è di “de-responsabilizzazione” istituzionale. La dimostrazione di ciò è che la produzione normativa e programmatica (anche attraverso i Piani sanitari regionali) per l'utenza regolare si è alleggerita nel tempo, a conferma di una maggiore integrazione socio-sanitaria di tale utenza; invece, con riferimento alla popolazione straniera irregolare, in nessuna legge regionale, circolare o delibera della Giunta sono presenti indicazioni rispetto al percorso assistenziale da seguire. Di recente sono maggiori le occasioni di incontro tra le istituzioni regionali e le associazioni di rappresentanze delle diverse domande sociali degli immigrati. Si tratta, di fatto, di una risposta al pluriennale attivismo socio-assistenziale degli attori del non-profit di orientamento tanto confessionale quanto laico e alla pressione del GrIS (Gruppo locale Immigrazione e salute) Lombardia, il cui obiettivo è raggiungere un'assistenza sanitaria universale e uniforme in linea con quanto indicato dalla legge nazionale in materia e a prescindere dallo status di cittadinanza. Inoltre, non va dimenticato la forte partecipazione della società civile lombarda nel settore assistenziale attraverso la cosiddetta sussidiarietà orizzontale. Tuttavia, nonostante l'impegno *bottom-up* e la valorizzazione del terzo settore e del volontariato, le forme di compartecipazione pubblico-privato sociale sono a volte frammentate e distribuite in modo non sempre omogeneo sul territorio.

Nella ricognizione svolta relativamente ai sei casi regionali, si è tenuto conto della pluralità degli attori (dei loro comportamenti e dei loro interessi legittimi), delle risorse in gioco e degli obiettivi perseguiti dai *policy makers*, con lo scopo di cercare di capire come sia possibile, in termini di *governance*, risolvere problemi di natura collettiva. Inoltre, restringendo l'ambito alla politica sanitaria regionale per gli immigrati (regolari e non), si sono analizzate le dinamiche di *politics*, i processi all'interno delle organizzazioni burocratiche, nonché le diverse procedure di funzionamento delle pubbliche amministrazioni regionali e locali e i meccanismi di governo e di allocazione delle risorse. Si tratta di temi che, alla luce delle nuove domande presenti nelle strutture sanitarie regionali, mettono in luce la complessità del processo decisionale, il quale – a fronte di una situazione di incertezza e di continuo mutamento – deve fare i conti con l'inevitabilità di conseguenze il più delle volte disattese. Proprio per questo, il dibattito tra studiosi, opinione pubblica, *policy maker*, forze politiche, gruppi di interesse e di pressione circa la legittimità o meno dell'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari è opportuno faccia emergere tutti gli elementi di criticità tra le differenti logiche degli attori; tale dibattito è utile anche per innescare quel processo di apprendimento teso alla modernizzazione dei sistemi di welfare, che non sia semplicemente quel costruito razionale in grado di adattarsi a logiche di equilibrio statico ottimale, ma – all'interno di uno schema dinamico – risponda altresì a riadattamenti più o meno profondi dei vari comparti disomogenei della politica sanitaria italiana. Tutto ciò, tenendo conto del momento di rapida trasformazione e evoluzione dei sistemi di welfare, degli assetti istituzionali, delle procedure amministrative e dei diversi e spesso confliggenti comportamenti individuali e collettivi.

5. *L'abitare*

di *Alfredo Alietti*

Introduzione

L'indagine regionale del 2010 prefigurava una situazione di complessivo avanzamento delle condizioni abitative in termini di accesso alla proprietà e all'affitto in regola, benché si fosse sottolineata la prospettiva d'incertezza relativa agli effetti della crisi sulla capacità delle famiglie straniere di accedere a una "buona" abitazione, o di mantenere nel tempo le disponibilità economiche necessarie per le spese della casa (Alietti, 2011). Nell'arco degli ultimi dodici mesi non vi è stata l'auspicata inversione di tendenza, in quanto le dinamiche recessive hanno mantenuto la loro forza anche nelle zone economicamente più forti come la regione Lombardia, colpendo in modo particolare le fasce più deboli e vulnerabili della popolazione. Il contesto lombardo nei primi mesi dell'anno 2011 ha mostrato deboli segnali di ripresa produttiva, tuttavia essi non appaiono sufficienti per incidere positivamente sul mercato del lavoro configurando il mancato riassorbimento della manodopera sottoutilizzata nella fase acuta della crisi e l'aumento dell'offerta di lavoro flessibile e precaria (Irs, 2011). Le deteriorate e instabili condizioni occupazionali accrescono in modo sensibile i rischi di una possibile deprivazione materiale la quale erode le risorse finanziarie indispensabili ai costi dell'alloggio, nello specifico i pagamenti delle rate del mutuo e dei canoni d'affitto. La sostenibilità economica di questa spesa è uno dei principali temi su cui ragionare sulla strutturazione delle disuguaglianze. Infatti, tale esborso e la sua incidenza sul reddito non determinano soltanto la diversa capacità di soddisfare lo specifico bisogno abitativo, ma tenuto conto della sua minore elasticità rispetto alle altre spese, interagisce con la disponibilità economica e può rappresentare un fattore di impoverimento nella misura in cui limita la soddisfazione di altri bisogni (Poggio, 2009: 275).

I dati provenienti da differenti rilevazioni a livello nazionale e regionale mostrano con chiarezza la situazione sempre più problematica nel sostenere i costi per la casa in questo scenario critico sul versante occupazionale. Secondo l'indagine svolta dal Sunia-Cgil, i provvedimenti di sfratto nel 2010 sono aumentati del 6,5% rispetto al 2009, registrando il valore più alto degli ultimi