



Agenzia Sanitaria Italiana n.° 43 – 26 ottobre 2005



XV DOSSIER STATISTICO SULL'IMMIGRAZIONE: considerazioni e dati sulla salute degli immigrati

di Salvatore Geraci

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
Caritas Diocesana di Roma

Presentato in contemporanea in 16 città italiane, il XV Dossier statistico sull'immigrazione della Caritas Italiana, Migrantes e Caritas romana.

“Immigrazione è globalizzazione”, è stato lo slogan di quest'anno, a significare come i flussi migratori stanno diventando sempre più protagonisti di una globalizzazione “dal basso” che incentiva la formazione di società aperte alla convivenza multiculturale nei paesi di accoglienza e il varo di meccanismi di scambio più equi a livello internazionale.

In questo panorama il fenomeno immigratorio in Italia (**cf., tab. 00**) presenta alcune caratteristiche che lo rendono peculiare: la dinamicità, l'eterogeneità, la costante evoluzione e trasformazione socio-demografica e l'assoluta necessità. Non volendo approfondire il significato sociologico, culturale e politico di ciò, ne traiamo semplicemente lo spunto per sottolineare come anche le politiche sanitarie per la popolazione immigrata, debbano tener conto di queste caratteristiche. Esse devono essere certe e chiare ma nello stesso tempo devono permettere una flessibilità che dal punto di vista organizzativo deve tradursi in una maggiore adesione ai bisogni di questa nuova popolazione. Infine devono essere eque: non nel senso di dare tutto a tutti allo stesso modo, ma dare a tutti delle pari opportunità: in determinate situazioni bisogna dare di più ad alcuni rispetto agli altri in rapporto ad un diverso bisogno percepito ed espresso ma soprattutto oggettivamente determinato.

Con l'VIII Consensus Conference su temi sanitari dell'immigrazione, svoltasi a Lampedusa nel maggio 2004, si sono celebrati i 15 anni della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e come per il Dossier di quest'anno, si è voluto fare il punto sul fenomeno ed individuarne le prospettive.

Ancora una volta gli studi presentati e raccolti in un prezioso libro degli atti, mostrano come la maggior parte delle patologie di cui sono affetti gli immigrati, scaturiscano dalle scadenti condizioni abitative, lavorative, dalle difficoltà di relazione e di socializzazione, dal grado di accesso ai servizi sanitari. I dati sanitari disponibili evidenziano infatti una fragilità sociale di questa popolazione che, pur nella sua eterogeneità, mostra situazioni di sofferenza sanitaria (malattie da disagio, infortunistica soprattutto sul lavoro, alto ricorso all'interruzione volontaria della

gravidanza, alcune malattie infettive prevenibili, ...) in gran parte imputabile a incerte politiche di accoglienza ed integrazione, a difficoltà di accesso ai servizi, a problematiche relazionali-comunicative.

Ancora oggi persistono barriere organizzative per le quali il dibattito politico sull'immigrazione certamente non facilita la risoluzione; ancora oggi permangono atteggiamenti ostili come se un operatore potesse scegliere chi assistere e chi no, trincerandosi spesso dietro una zelante attenzione a formalismi pretestuosi quanto inutili.

E' stato riaffermato con decisione che almeno tre devono essere gli ambiti di azione privilegiata per garantire realmente agli stranieri pari opportunità rispetto ai cittadini italiani, per l'accesso ai servizi e per la fruibilità delle prestazioni sanitarie come sancito dalle leggi in vigore. Riportiamo qui di seguito gli auspici espressi al Consensus Conference di Lampedusa:

“Certezza del diritto a livello centrale e soprattutto localmente è importante un'azione di monitoraggio del grado di applicazione della normativa per evitare discrezionalità applicative che provocano incertezze ed esclusione (ancora oggi sono molte le segnalazioni di strettoie burocratiche amministrative spesso pretestuose che impediscono ai cittadini stranieri di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale pur avendone il diritto con particolare riferimento ai richiedenti asilo, ai regolarizzati, ai momentaneamente disoccupati, o di usufruire di percorsi assistenziali adeguati con riferimento agli stranieri temporaneamente presenti). Puntuoli chiarimenti emanati centralmente o perifericamente possono correggere impostazioni arbitrariamente restrittive.

Garanzia dell'accessibilità: molte sono le realtà locali (Aziende sanitarie, Ospedali, ...) dove persistono difficoltà di accesso ai servizi. Difficoltà burocratiche ma anche organizzative e comportamentali ci spingono ad insistere su un riorientamento dei servizi attraverso: una capillare e diffusa formazione del personale, un'analisi dei dati disponibili (ed eventuali ricerche ad hoc), una verifica della domanda e del bisogno, un lavoro di rete con il territorio in particolare con le associazioni di volontariato e privato sociale con specifica esperienza e con l'associazionismo degli immigrati, la formazione specifica e l'utilizzo dei mediatori culturali in ambiti validati di intervento (percorsi nascita, etnopsichiatria, sportelli di orientamento), organizzazione dei servizi con maggiore flessibilità degli orari di apertura (soprattutto il pomeriggio) e la disponibilità di personale che sappia più lingue, con attenzione al genere e con un puntuale lavoro integrato (informazione e orientamento, accoglienza, assistenza sociale e sanitaria).

Promozione delle fruibilità: è il campo delle politiche di integrazione più avanzate ed innovative. Ragionare in termini di mediazione di sistema dove l'intera organizzazione sanitaria sia in grado non solo di intercettare il bisogno e la domanda sanitaria più o meno originale, ma possa realmente, senza interventi straordinari, garantire livelli di comunicazione efficace e percorsi assistenziali propri. La medicina transculturale diventa aspetto ordinario della medicina a partire dall'ambito infermieristico e della medicina di primo livello (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) con percorsi formativi inseriti nella formazione di base e nell'aggiornamento professionale. Appaiono strategiche le politiche atte a valorizzare le competenze professionali specifiche dei cittadini stranieri, garantendo percorsi fattibili per il riconoscimento dei titoli e per il loro impiego a partire dalle strutture a maggior impatto migratorio.

Si delinea anche una progettualità specifica nell'ambito della medicina preventiva interculturale che possa essere culturalmente compatibile e, nel contempo, coerente con le indicazioni di maggior evidenza di criticità socio-sanitaria (per esempio prevenzione dell'ivg, degli incidenti sul lavoro, strategie per migliorare la compliance e prevenire la trasmissione di malattie infettive).

Proprio nell'attenzione alla fruibilità può avvenire il passaggio alla reciprocità nell'incontro con il paziente immigrato: il medico, l'operatore sanitario non più attore unico del percorso di salute, ma recettivo di saperi e valori altrui, dove l'alterità diventa patrimonio condiviso per una crescita comune” (cf., *Dal pregiudizio alla reciprocità*, documento finale del VIII Consensus Conference sui temi sanitari dell'immigrazione:, Lampedusa 5-8 maggio 2004 – www.simmweb.it).

Da queste considerazioni vogliamo partire nel nostro contributo sulla salute degli immigrati perché ci sembra sia il giusto contesto per ogni analisi che quest'anno finalizziamo al tema del pregiudizio, che condiziona spesso la reale possibilità di accesso e fruibilità dei servizi, ed all'aggiornamento dei dati sulle malattie e sulle condizioni di ricorso ai servizi sanitari.

Il pregiudizio degli operatori sanitari: un'indagine Caritas di Roma

L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconcepite che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. Per citare alcuni dei luoghi comuni in negativo – perché esistono anche luoghi comuni in positivo – che sono stati raccolti in ricerche di questi ultimi anni in Italia, l'immigrato è povero, incolto, estremamente bisognoso, depresso (o con qualche altro disturbo psichico), portatore di malattie infettive e tropicali, spinto dalla fame a cambiare paese, approfittatore, tendenzialmente criminale, incompatibile con la democrazia e/o terrorista (se musulmano), e quant'altro. Un campionario molto simile di quanto fino a non molti decenni fa si diceva e si scriveva all'estero dei migranti italiani. Rimandiamo a specifici studi l'approfondimento di questi concetti e riportiamo solo alcuni dati dell'esperienza dell'Area sanitaria della Caritas capitolina in ambito formativo (corsi base di medicina delle migrazioni svolti in varie parti d'Italia); è stato possibile valutare alcuni “pregiudizi di operatori sanitari” partecipanti ai suddetti incontri negli ultimi anni (39 eventi formativi che si sono svolti tra il 1995 e il 2002 che hanno visto la partecipazione complessivamente di quasi 1.400 operatori).

E' stato utilizzato un questionario (pre-test) costituito da 10 domande ed una parte introduttiva molto breve, che chiede informazioni riguardo sesso, anno di nascita, titolo di studio e professione.

Le aspettative relative al problema sanitario sono state testate chiedendo agli interlocutori di segnalare qual è la malattia più diffusa tra gli immigrati in Italia, sottolineando proprio quella più frequente e non quella più grave. Ai fini didattici, nel commentare i risultati del test (a risposte multiple), le malattie sono riunite in tre gruppi che comprendono quelle del disagio psico-sociale (depressione e psicosi), malattie infettive più o meno da importazione (tubercolosi, malaria, malattie veneree e aids) ed infine malattie routinarie per la popolazione italiana (bronchiti, gastriti, tonsilliti). Ciò per evidenziare, con semplici calcoli a forte connotazione visiva (il dato viene subito commentato, in diretta, all'inizio dell'evento formativo) come inconsapevolmente siamo condizionati, pur essendo degli addetti ai lavori, da informazioni sbagliate che, quando veicolate ad un pubblico più vasto, generano preoccupazione, avversione e discriminazione.

Ripetendo con i dati in nostro possesso questo pur grossolano esercizio, risulta che quasi il 60% degli operatori ritiene come malattia più frequente degli immigrati una attribuibile al gruppo delle malattie infettive, il 14% a problemi psichiatrici e solo il 26% a patologie comuni o da degrado in una popolazione sostanzialmente sana, la risposta giusta.

Facendo un'analisi più attenta, salta agli occhi come la prima malattia rappresentata è la tubercolosi (tbc) sia nella risposta più frequente con il 42,6% (3 volte più rappresentata delle due che seguono: bronchiti al 14,2% e depressione al 13,1%) sia nella somma delle prime tre risposte dove però l'aids e le malattie sessualmente trasmesse si affiancano alla bronchite ed alla depressione. Come dire che se una malattia infettiva non è al primo posto, certamente lo è tra le prime tre (cf., tab. 1).

TAB 1: ITALIA. Percezione sulle malattie più frequenti tra gli immigrati

Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte*		Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte*	
	frequenza	%	frequenza	%		frequenza	%	frequenza	%
Tubercolosi	480	42,6	707	62,7	Aids	77	6,8	394	35,0
Bronchite	160	14,2	433	38,4	Tonsillite	36	3,2	165	14,6
Depressione	148	13,1	417	37,0	Malaria	34	3,1	217	19,2
Gastrite	94	8,3	217	19,3	Psicosi	12	1,1	120	10,6
Malattie veneree	78	6,9	383	34,0	Altro	8	0,7	21	1,9
					Totale	1.127	100,0		

* Sono state sommate le prime tre risposte con le relative percentuali

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Indagine Area sanitaria Caritas Diocesana di Roma 2005.

Esistono differenze significative tra le varie professionalità: i medici tendono a riportare più degli altri le patologie comuni (bronchiti e gastriti) e la depressione, meno le malattie infettive; gli infermieri riportano più degli altri la tubercolosi, gli altri operatori l'aids. Al nord si tende a segnalare la tubercolosi e l'aids, al centro-sud la depressione e le patologie comuni, infine nel periodo precedente al 2000 si tendeva a segnalare maggiormente le patologie comuni e la depressione, dopo le malattie infettive, soprattutto aids e tbc (cf., tab. 2).

TAB 2: ITALIA. Percezione delle malattie più frequenti tra immigrati: differenze per professioni e territorio (1995-2002)

Risposte possibili	Professioni				Luogo del test			Anno dell'evento		
	medico	infermiere	altro	totale	Cen.-sud	nord	totale	1995-98	2000-02	totale
Tubercolosi	81 34,62%	285 48,39%	100 41,67%	466 43,84%	84 30,77%	390 46,32%	474 42,51	85 36,48%	372 44,50%	457 42,75%
Bronchite	46 19,66%	74 12,56%	33 13,75%	153 14,39%	41 15,02%	118 14,01%	159 14,26	39 16,74%	114 13,64%	153 14,31%
Depressione	33 14,10%	57 9,68%	35 14,58%	125 11,76%	56 20,51%	90 10,69%	146 13,09	38 16,31%	96 11,48%	134 12,54%
Gastrite	38 16,24%	37 6,28%	16 6,67%	91 8,56%	33 12,09%	61 7,24%	94 8,43	27 11,59%	64 7,66%	91 8,51%
Malattie veneree	10 4,27%	45 7,64%	21 8,75%	76 7,15%	19 6,96%	58 6,89%	77 6,91	13 5,58%	61 7,30%	74 6,92%
Aids	5 2,14%	47 7,98%	22 9,17%	74 6,96%	14 5,13%	63 7,48%	77 6,91	8 3,43%	68 8,13%	76 7,11%
Tonsillite	13 5,56%	18 3,06%	4 1,67%	35 3,29%	15 5,49%	20 2,38%	35 3,14	11 4,72%	22 2,63%	33 3,09%
Malaria	6 2,56%	17 2,89%	4 1,67%	27 2,54%	5 1,83%	28 3,33%	33 2,96	7 3,00%	25 2,99%	32 2,99%
Psicosi	2 0,85%	3 0,51%	5 2,08%	10 0,9%4	5 1,83%	7 0,83%	12 1,08%	3 1,29%	8 0,96%	11 1,03%
Altro	0 0,00%	6 1,02%	0 0,00%	6 0,56%	1 0,37%	7 0,83%	8 0,72%	2 0,86%	6 0,72%	8 0,74%
Totale	234	589	240	1.063	273	842	1.115	233	836	1.069
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Indagine Area sanitaria Caritas Diocesana di Roma 2005.

Forse sorprende il ruolo attribuito alla depressione, malattia certamente grave e che potrebbe aprire tutto un altro campo interpretativo relativo al rapporto che si è sempre stabilito tra alterità e follia, sull'immagine del folle come portatore di una parola autentica perché diversa, ed in particolare sulle connessioni culturali tra malinconia-depressione-estraneità che ci riportano a storici studi sulle sofferenze dei migranti e che non possiamo qui approfondire.

Nonostante questa disinformazione sui reali bisogni sanitari e con l'enfasi sulle malattie infettive, la difficoltà indicata dagli operatori nel trattare con un immigrato malato (era un'altra domanda del test) non ha quasi mai riguardato il rischio di trasmissione dell'infezione, d'altro canto ci troviamo di fronte a professionisti della salute, ma alla incapacità della comprensione linguistica e culturale; una implicita richiesta ad affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione in ambito formativo ma anche organizzativo e gestionale.

Vorremmo sottolineare in positivo proprio quest'ultimo aspetto anche se ci ha sorpreso l'alta percentuale delle risposte sbagliate che sono state date, considerando che coloro che partecipano ai corsi in genere sono persone sensibili, vicine ai temi trattati e spesso impegnate direttamente. Emerge con evidenza il tema dell'informazione, soprattutto quella mediata dalla stampa e dalla televisione. Da una parte è vero che i mass media spesso semplificano e generalizzano messaggi articolati e complessi (*La lebbra sbarca in Sicilia, Aids: è malato un immigrato su tre, Il ritorno della tubercolosi: la portano gli immigrati, Prostitute immigrate: bombe batteriologiche* per citare solo alcuni titoli di noti quotidiani palesemente sbagliati e inutilmente smentiti in qualche trafiletto il giorno dopo), d'altra parte, ci pare fondamentale fare attenzione ai messaggi che partono dal mondo scientifico per una divulgazione di massa. E' necessario promuovere la comunicazione di messaggi efficaci, rigorosamente provati, contrastando facili sensazionalismi spesso legati a esperienze limitate e parziali, consci che informazioni sbagliate o non sufficientemente chiare,

vanno a rafforzare quei luoghi comuni che possono strutturare pregiudizi anche tra il personale sanitario.

I dati sanitari: sintesi in 10 punti

Anche quest'anno, per affrontare il tema delle malattie degli immigrati, abbiamo scelto di riferirci in particolare ai dati dell'ospedalizzazione in quanto rappresentano una quota rilevante dell'assistenza sanitaria, soprattutto per questa popolazione. Questi dati infatti, pur facendo riferimento ad uno specifico evento assistenziale (il ricovero) e con alcuni limiti nell'utilizzarlo come strumento statistico, hanno il pregio di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale. Non può essere sottaciuto, che il ricovero ospedaliero costituisce solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, esso è infatti in qualche misura un evento non rinviabile rispetto alla molteplicità delle situazioni cliniche che la popolazione in esame può richiedere. L'analisi dei ricoveri può fornirci informazioni di percorsi assistenziali: che possono rivelarsi inadeguati, partendo dalla considerazione che agli stranieri, spesso, manca quella rete di continuità assistenziale che garantisce l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure. **(cf., tab. 3, 4 e 5)**

La fonte dei dati è rappresentata quindi dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), le cui informazioni confluiscono all'interno del Sistema Informativo Ospedaliero prima regionale e poi nazionale. I risultati presentati si riferiscono a episodi di ricovero per acuti avvenuti nel 2003 sia in regime ordinario che di day-hospital, erogati da quasi 1.400 ospedali pubblici e privati (accreditati e non) presenti in Italia. Si è deciso di considerare solo i ricoveri per acuti, in quanto le altre tipologie assistenziali (riabilitazione, lungodegenza medica e psichiatrica) rappresentano per gli stranieri una quota ancora trascurabile dell'attività ospedaliera erogata. Per valutare l'evoluzione dei ricoveri nel tempo sono stati effettuati alcuni confronti con i dati del 1998 e del 2000, oggetto di due rapporti ministeriali ampiamente esaminati nelle passate edizioni del "Dossier Caritas/Migrantes".

Gli stranieri sono stati identificati in base alla cittadinanza. L'informazione è stata successivamente aggregata secondo la classificazione per area geografica, nell'ambito di ciascun continente di provenienza. I Paesi sono stati anche classificati come Paesi in via di sviluppo (Pvs) e Paesi a sviluppo avanzato (Psa).

Pur disponendo ancora di dati con qualche distorsione (vedi i ricoveri degli apolidi in Puglia, dato certamente sbagliato), persistendo la difficoltà nel paragonare rilevazioni in anni diversi (diverso peso attribuito ai codici non conosciuti o ai nati sani, non uniformità regionali), è possibile, per punti, fare qualche considerazione:

- 1) il numero totale dei ricoveri per pazienti non italiani è stato pari a 401.069 con un aumento del 41,2% rispetto al 2000; nello stesso periodo gli stranieri regolarmente presenti sono aumentati del 59%. Tra i ricoveri l'incremento maggiore si osserva tra quelli di stranieri provenienti dall'Europa dell'Est (+58,8%) e dall'America centro meridionale (+54,2%).
- 2) La distribuzione tra le Regioni dei ricoveri di pazienti non italiani vede la netta prevalenza della Lombardia (oltre 94.600 ricoveri), seguita dal Lazio (48.200), Veneto (42.500), Emilia Romagna (40.600), Piemonte e Toscana (31.700 e 29.800). Di queste l'Emilia Romagna ha avuto l'incremento maggiore (+51% contro il +33,5% del Lazio e 35,1% della Lombardia). Le realtà territoriali con il maggior incremento percentuale rispetto al 2000 sono però state la Calabria (+81,6%), la Sicilia (+67,4%) e la P.A. di Bolzano (+62,3%). Non abbiamo considerato la Puglia in quanto la palese sovrastima degli apolidi (oltre il 51% dei ricoveri "non italiani" della regione) condiziona significativamente il dato.
- 3) Nel 2003, ogni 1.000 ricoveri sul territorio nazionale 31,3 sono stati effettuati per pazienti non italiani; erano 22,4 nel 2000 e 18,9 nel 1998. Dal 2000 al 2003 gli incrementi maggiori quanto all'incidenza si sono registrati in Calabria, Marche ed Emilia Romagna. Non abbiamo considerato la Puglia per i motivi sopra esposti.
- 4) Per quanto riguarda la provenienza dei pazienti al primo posto troviamo i Romeni con circa 40.000 ricoveri, poco sotto gli Albanesi e Marocchini (classifica invertita rispetto al 2000). L'Equador raddoppia rispetto al 2000 e raggiunge con 13.600 ricoveri il quarto posto, mentre

per la prima volta nei primi quindici paesi troviamo l'Ucraina con oltre 12.000 ricoveri; seguono Cina, Serbia e Montenegro, Tunisia, Perù e Nigeria.

- 5) Come si sta registrando nel complesso dei ricoveri nazionali, aumenta la percentuale di ricoveri in day-hospital anche tra gli immigrati che sono passati da circa il 17% nel 1998 al 20% nel 2000 e a poco meno del 26% nel 2003. Le regioni con le percentuali maggiori di ricoveri in day-hospital rispetto al totale dei ricoveri di stranieri, sono Lazio, Sicilia, Sardegna e Piemonte.
- 6) La percentuale maggiore dei ricoveri ha riguardato le donne (62% in regime ordinario e 71% in day-hospital), analogamente a quanto osservato nel 2000. Le aree geografiche con la maggior percentuale di ricoveri femminili sono l'America Centro Meridionale (75,7% di tutti i ricoveri), l'Asia Orientale (72,8%), l'Africa Orientale (69,9%) e l'Europa dell'Est (68,5%).
- 7) Sono confermati i motivi dei ricoveri degli anni precedenti; l'incremento più significativo riguarda il parto e gravidanza (complessivamente +3.500 ricoveri ordinari rispetto al 2002 ma +21.700 rispetto al 2000, passando dal 44,7% delle cause di ricovero tra le straniere al 55,2%). Tra i maschi le cause di ricovero più frequenti, come negli anni passati, sono quelle legate a traumatismi (nel 2003 circa 17.500 pari al 26% rispetto al 23% nel 2000) ed alle malattie dell'apparato digerente (oltre 9.200 ricoveri, dal 12% al 14%). Modeste variazioni si osservano per altre forme morbose, con una tendenza ad una diminuzione percentuale ed assoluta dei ricoveri per malattie infettive.
- 8) Se analizziamo gli Aggregati Clinici di Codici (ACC), raggruppati secondo un criterio di significatività ed omogeneità clinica, abbiamo informazioni maggiormente dettagliate: la prima causa di ricovero ordinario tra gli stranieri è quella legata alla gravidanza e parto fisiologico (11,2%) anche se al secondo e terzo posto troviamo complicanze della gravidanza (3,1%), del parto e del puerperio (2,8%). Nel totale dei ricoveri nazionali questi ACC sono rispettivamente al primo posto ma con il 3,1% di frequenza, al trentaquattresimo (0,7%) ed all'undicesimo (1,4%). Tra gli stranieri troviamo al quarto posto il traumatismo intracranico (1,7%) che è al venticquesimo tra le cause nazionali (0,9%) e subito a seguire il dolore addominale (1,5%, ventiseiesimo) e l'appendicite (2,0%, ventisettesima). Complessivamente i primi 20 ACC sono il 42% di tutti i ricoveri tra gli stranieri e gli stessi raggiungono solo il 18% tra i nazionali.
- 9) L'aterosclerosi coronarica e l'insufficienza cardiaca congestizia che tra i ricoveri ordinari nazionali sono al secondo e terzo posto (complessivamente il 4,8% dei ricoveri) non compaiono tra i primi 30 ACC degli immigrati. Anche la chemioterapia e radioterapia al quarto posto nei ricoveri nazionali con 147.223 eventi (1,7%), tra gli stranieri sono rappresentati con poco più di 1.000 ricoveri (0,9%) ma in leggero aumento rispetto alle rilevazioni precedenti.
- 10) Gli ACC dei ricoveri in day hospital evidenziano la frequenza dell'aborto indotto, dieci volte più alto del dato nazionale, 33,8% contro il 3,3%; in entrambe le casistiche al secondo posto troviamo il ricovero per chemioterapia e radioterapia ma con frequenze, e numeri assoluti, decisamente diversi: 6,8% tra i nazionali, 3% tra gli stranieri. I ricoveri nazionali complessivi per infezione da Hiv sono stati 23.867 (0,7%); tra gli stranieri sono stati 1.429 (1,7%) (nel 2000 e nel 1998 erano rispettivamente il 3,3% ed il 4,1% dei ricoveri). Anche i ricoveri per tubercolosi si sono ridotti sia in numero assoluto che in percentuale passando da 1.109 (2,4%) nel 2000 a 791 (0,9%) nel 2003, dalla terza alla settima causa. I primi 12 ACC degli stranieri ammontano al 50% di tutti i ricoveri mentre gli stessi per quelli nazionali raggiungono il 22%.

Ricordiamo che questi dati si riferiscono ai ricoveri di pazienti nell'anno di riferimento e non a singoli individui, è possibile quindi che possano esserci ricoveri ripetuti per lo stesso soggetto. Bisogna anche specificare che dai dati contenuti nelle schede di dimissione ospedaliera non è possibile, ad oggi, distinguere ricoveri per immigrati regolari rispetto a quelli riferiti a coloro che sono presenti in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, anche se il periodo della rilevazione (anno 2003), a ridosso della conclusione dell'ultima regolarizzazione, farebbe supporre un bacino esiguo di irregolarità.

Dai dati esposti, coerentemente a tutte le ricerche ad oggi pubblicate (si segnala la prossima pubblicazione di uno specifico capitolo sul tema, nell'ambito del III Rapporto Osservasalute 2005), si evidenzia il ricorso all'assistenza ospedaliera per motivi connessi soprattutto a eventi fisiologici

(gravidezze) o accidentali (traumi), e ciò può indicare che la popolazione straniera gode di un discreto stato di salute. È noto, infatti, che sono in genere le persone più giovani e in condizioni di buona salute a essere naturalmente selezionate per emigrare in cerca di opportunità lavorative migliori rispetto a quelle che offre la propria terra di origine (effetto migrante sano).

L'incremento, anche se contenuto, dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache ed alla chemioterapia annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell'attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall'acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei Paesi di origine, dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L'aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali: ad esempio, l'ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, come i bambini e gli anziani e le nuove nascite lasciano prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell'impatto dell'effetto migrante sano.

Ci sembra opportuno anche sottolineare come il trend di un maggior ricorso al day hospital potrebbe significare una progressiva appropriatezza dei percorsi assistenziali e quindi interventi sanitari più tempestivi ed adeguati.

Anche le casistiche degli ambulatori di medicina di base, in particolare quelli dedicati agli stranieri temporaneamente presenti (immigrati clandestini) sia del volontariato che del settore pubblico, confermano il profilo di salute precedentemente individuato e le malattie più frequentemente diagnosticate sono quelle dell'apparato respiratorio soprattutto per precarietà e affollamento alloggiativo, del digerente per cattiva e inadeguata alimentazione oltre che per condizioni particolarmente stressogene, della cute per condizioni igieniche precarie ed alta promiscuità, e gli esiti di traumi ed affaticamenti: si evidenzia quindi che ancora oggi la vulnerabilità di questa popolazione sia aumentata a causa di incerte politiche di accoglienza ed inserimento sociale.

TAB 6: ITALIA. Casistiche ambulatoriali a confronto per gruppi di malattie

	Apparato respiratorio	App. gastroent.	Ortopedico traumatologico	Tessuto cutaneo	Malattie Infettive	Ostetrico-ginecologico	Genito-urinario	Disturbi psichici
CSI Brescia (1990-2004)	10,80%	10,60%	20,20%	6,70%	6,80%	2,20%	7,10%	1,10%
Caritas Roma (1983-2004)	15,50%	12,80%	14,60%	8,90%	7,50%	8,80%	6,10%	3,40%
S. Chiara Palermo (1987-2004)	17,30%	12,20%	13,10%	10,80%	4,30%	1,30%	5,60%	1,30%

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Soc. Ita. di Medicina delle Migrazioni, 2005

Lo stesso dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza, di cui disponiamo più dettagliatamente grazie agli studi dell'Istituto Superiore di Sanità, è a nostro avviso indice una spiccata fragilità sociale in grado di influenzare le scelte riproduttive e di tradursi in una maggiore difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. Proprio sulle motivazioni delle scelte di ricorrere all'IVG da parte delle donne straniere è in fase avanzata una ampia ricerca che certamente fornirà indicazioni e strumenti per individuare azioni adeguate per ridurre l'impatto.

Le considerazioni ed i dati riportati, coerentemente con le raccomandazioni della Consensus Conference di Lampedusa, sottolineano alcuni ambiti di impegno per migliorare la salute degli immigrati nel nostro paese: agire sulle politiche d'accoglienza, d'integrazione ed inserimento come reale intervento preventivo per la tutela della salute fisica e psichica; considerare gli immigrati nei confronti dei servizi sanitari portatori di diritti al pari dei cittadini italiani e rimuovere gli ostacoli organizzativi in una costante logica di inclusione.

TAB 0: ITALIA. Stima dei soggiornanti stranieri per province (2004)

Province	Soggiornanti 2003	Nuovi ingressi stabili 2004	Minori residenti 2003	Nuovi nati 2004	Stima Soggiornanti 2004		Di Cui Minori %
					v.a.	% vert.	
Aosta	3.792	227	772	91	4.882	0,2	19,0
Valle d'Aosta	3.792	227	772	91	4.882	0,2	19,0
Alessandria	13.917	845	3.711	435	18.908	0,7	23,2
Asti	9.602	583	2.439	286	12.910	0,5	22,4
Biella	6.050	365	1.666	195	8.277	0,3	23,9
Cuneo	20.855	1.265	6.431	754	29.305	1,1	25,7
Novara	14.493	875	3.064	359	18.791	0,7	19,5
Torino	92.457	5.564	16.207	1.901	116.130	4,2	16,6
Verbano Cusio Ossola	4.279	258	713	84	5.333	0,2	16,2
Vercelli	5.962	361	1.672	196	8.191	0,3	24,2
Piemonte	167.615	10.116	35.903	4.212	217.846	7,8	19,5
Bergamo	49.459	3.021	11.906	1.397	65.783	2,4	21,4
Brescia	83.525	5.062	19.868	2.331	110.786	4,0	21,1
Como	21.633	1.301	4.578	537	28.049	1,0	19,5
Cremona	14.593	877	4.622	542	20.634	0,7	26,5
Lodi	8.784	526	2.452	288	12.049	0,4	24,0
Lecco	10.611	645	2.972	349	14.577	0,5	24,0
Mantova	20.989	1.262	6.115	717	29.084	1,0	24,7
Milano	246.362	14.910	42.394	4.973	308.640	11,1	16,2
Pavia	16.798	1.016	3.645	428	21.887	0,8	19,9
Sondrio	3.641	218	710	83	4.653	0,2	18,6
Varese	26.215	1.564	7.736	908	36.423	1,3	25,0
Lombardia	502.610	30.402	106.998	12.552	652.563	23,4	19,4
Genova	32.697	1.962	5.423	636	40.718	1,5	15,8
Imperia	9.252	560	1.608	189	11.608	0,4	16,8
La Spezia	6.004	363	1.274	149	7.791	0,3	19,5
Savona	9.881	602	1.719	202	12.404	0,4	16,7
Liguria	57.834	3.487	10.024	1.176	72.521	2,6	16,5
Nord Ovest	731.851	44.232	153.697	18.031	947.811	34,0	20,1
Bolzano	22.112	1.337	3.723	437	27.609	1,0	16,2
Trento	21.254	1.291	5.436	638	28.619	1,0	22,4
Trentino A.A.	43.366	2.628	9.159	1.074	56.228	2,0	19,4
Belluno	7.059	419	1.643	193	9.314	0,3	21,1
Padova	38.283	2.319	7.734	907	49.243	1,8	18,5
Rovigo	6.572	390	1.503	176	8.641	0,3	20,7
Treviso	52.449	3.162	13.118	1.539	70.268	2,5	22,0
Venezia	30.260	1.824	5.212	611	37.908	1,4	16,4
Verona	46.376	2.826	11.116	1.304	61.622	2,2	21,3
Vicenza	32.799	1.954	13.450	1.578	49.781	1,8	31,5
Veneto	213.798	12.894	53.776	6.309	286.777	10,3	22,1
Gorizia	7.806	460	861	101	9.228	0,3	11,4
Pordenone	20.704	1.146	3.556	417	25.823	0,9	17,5
Trieste	14.758	848	1.611	189	17.406	0,6	11,6
Udine	18.784	1.109	3.633	426	23.952	0,9	18,2
Friuli V.G.	62.052	3.563	9.661	1.133	76.409	2,7	15,6

Province	Soggiornanti 2003	Nuovi ingressi stabili 2004	Minori residenti 2003	Nuovi nati 2004	Stima Soggiornanti 2004		Di Cui Minori %
					v.a.	% vert.	
	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	% vert.	%
Bologna	48.635	2.948	10.609	1.245	63.437	2,3	19,7
Ferrara	10.800	646	1.767	207	13.420	0,5	16,3
Forlì-Cesena	18.916	1.127	3.612	424	24.078	0,9	17,9
Modena	38.634	2.338	10.052	1.179	52.203	1,9	22,5
Parma	21.523	1.311	4.715	553	28.102	1,0	19,9
Piacenza	14.094	851	3.440	404	18.788	0,7	21,7
Ravenna	19.919	1.199	3.304	388	24.809	0,9	16,0
Reggio E.	30.838	1.868	8.142	955	41.803	1,5	23,0
Rimini	14.397	869	2.283	268	17.817	0,6	15,4
Emilia R.	217.756	13.157	47.924	5.622	284.459	10,2	20,0
<i>Nord Est</i>	<i>536.972</i>	<i>32.243</i>	<i>120.520</i>	<i>14.139</i>	<i>703.873</i>	<i>25,3</i>	<i>21,3</i>
<i>Nord</i>	<i>1.268.823</i>	<i>76.475</i>	<i>274.217</i>	<i>32.169</i>	<i>1.651.684</i>	<i>59,3</i>	<i>20,6</i>
Arezzo	17.348	1.024	3.629	426	22.426	0,8	19,1
Firenze	58.779	3.540	12.068	1.416	75.803	2,7	18,7
Grosseto	8.316	496	1.061	124	9.998	0,4	13,0
Livorno	9.906	592	1.115	131	11.744	0,4	11,8
Lucca	11.805	711	2.288	268	15.072	0,5	18,2
Massa C.	5.227	316	1.072	126	6.741	0,2	18,9
Pisa	16.108	955	2.931	344	20.338	0,7	17,4
Pistoia	11.536	691	2.621	307	15.155	0,5	20,6
Prato	22.379	1.363	4.131	485	28.357	1,0	17,4
Siena	13.622	814	2.468	290	17.194	0,6	17,1
Toscana	175.026	10.502	33.384	3.916	222.829	8,0	17,8
Perugia	35.266	2.126	7.113	834	45.339	1,6	18,6
Terni	8.579	510	1.751	205	11.046	0,4	19,0
Umbria	43.845	2.636	8.864	1.040	56.385	2,0	18,7
Ancona	19.237	1.156	4.226	496	25.115	0,9	20,2
Ascoli	13.401	814	3.193	375	17.783	0,6	21,4
Macerata	17.293	1.021	4.442	521	23.277	0,8	22,6
Pesaro-Urbino	15.058	913	3.665	430	20.066	0,7	21,6
Marche	64.989	3.904	15.526	1.821	86.240	3,1	21,4
Frosinone	10.673	639	1.943	228	13.483	0,5	17,4
Latina	14.149	853	2.068	243	17.313	0,6	14,4
Rieti	4.309	257	727	85	5.378	0,2	16,3
Roma	291.012	17.578	28.608	3.356	340.554	12,2	10,2
Viterbo	10.552	627	1.802	211	13.192	0,5	16,5
Lazio	330.695	19.954	35.148	4.123	389.920	14,0	10,9
<i>Centro</i>	<i>614.555</i>	<i>36.996</i>	<i>92.922</i>	<i>10.901</i>	<i>755.374</i>	<i>27,1</i>	<i>14,7</i>
Chieti	6.766	395	1.517	178	8.856	0,3	20,7
L'Aquila	10.624	636	2.036	239	13.535	0,5	18,2
Pescara	6.197	369	927	109	7.602	0,3	15,2
Teramo	9.286	560	2.164	254	12.264	0,4	21,2
Abruzzo	32.873	1.960	6.644	779	42.256	1,5	19,0
Avellino	6.620	400	876	103	7.999	0,3	13,7
Benevento	2.791	166	293	34	3.285	0,1	11,1
Caserta	22.334	1.295	1.630	191	25.450	0,9	7,9
Napoli	61.557	3.646	4.414	518	70.134	2,5	8,2

Province	Soggiornanti 2003	Nuovi ingressi stabili 2004	Minori residenti 2003	Nuovi nati 2004	Stima Soggiornanti 2004		Di Cui Minori
					v.a.	% vert.	
	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	% vert.	%
Salerno	18.294	1.106	1.594	187	21.181	0,8	9,2
Campania	111.596	6.613	8.807	1.033	128.049	4,6	8,7
Campobasso	2.414	139	373	44	2.970	0,1	15,6
Isernia	1.221	65	176	21	1.483	0,1	14,4
Molise	3.635	204	549	64	4.452	0,2	15,2
Matera	2.662	153	528	62	3.405	0,1	18,4
Potenza	3.120	179	360	42	3.701	0,1	12,2
Basilicata	5.782	332	888	104	7.106	0,3	15,1
Bari	19.980	1.162	4.182	491	25.814	0,9	19,3
Brindisi	3.215	183	784	92	4.274	0,2	22,0
Foggia	9.314	493	1.548	182	11.537	0,4	15,8
Lecce	7.160	407	1.439	169	9.175	0,3	18,8
Taranto	3.494	204	819	96	4.613	0,2	21,1
Puglia	43.163	2.449	8.772	1.029	55.413	2,0	18,9
Catanzaro	5.692	336	974	114	7.116	0,3	16,5
Cosenza	7.329	439	978	115	8.860	0,3	13,5
Crotone	6.377	139	418	49	6.983	0,3	7,1
Reggio C.	11.489	699	1.490	175	13.853	0,5	12,7
Vibo Valentia	2.598	146	296	35	3.075	0,1	11,7
Calabria	33.485	1.759	4.156	488	39.888	1,4	12,5
Sud	230.534	13.316	29.816	3.498	277.164	9,9	13,8
Agrigento	3.286	190	717	84	4.277	0,2	20,1
Caltanissetta	1.779	105	270	32	2.186	0,1	15,2
Catania	15.089	907	2.319	272	18.587	0,7	15,8
Enna	990	55	117	14	1.176	0,0	12,6
Messina	10.437	632	2.172	255	13.496	0,5	19,1
Palermo	16.460	963	3.508	412	21.343	0,8	19,5
Ragusa	8.976	534	1.781	209	11.500	0,4	18,0
Siracusa	3.682	218	622	73	4.595	0,2	16,5
Trapani	4.495	252	1.650	194	6.591	0,2	29,0
Sicilia	65.194	3.856	13.156	1.543	83.749	3,0	18,8
Cagliari	6.764	406	997	117	8.284	0,3	14,7
Nuoro	1.699	101	251	29	2.081	0,1	14,8
Oristano	848	49	138	16	1.051	0,0	16,4
Sassari	5.582	326	935	110	6.952	0,2	16,7
Sardegna	14.893	882	2.321	272	18.368	0,7	15,6
Isole	80.087	4.738	15.477	1.816	102.118	3,7	19,1
ITALIA	2.193.999	131.525	412.432	48.384	2.786.340	100,0	17,6

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero dell'Interno e ISTAT

TAB 3: ITALIA. Ricoveri totali di pazienti non italiani. Anni 1998 – 2000 – 2003

Regione	Ricoveri di pazienti non italiani				Ricoveri nazionali				Ricoveri di non italiani ogni 1.000 ricoveri			
	1998	2000	2003	Var % 00-03	1998	2000	2003	Var % 00-03	1998	2000	2003	Var % 00-03
Piemonte	17.709	24.978	31.786	27,3	903.025	835.202	789.416	- 5,5	19,6	29,9	40,3	34,6
Valle d'Aosta	337	640	851	33,0	23.622	22.712	20.444	- 10,0	14,3	28,2	41,6	47,7
Lombardia	53.176	70.049	94.642	35,1	2.185.933	2.122.772	2.100.682	- 1,0	24,3	33,0	45,1	36,5
Prov. Aut.. Bolz.	4.694	4.842	7.857	62,3	103.485	104.720	111.896	6,9	45,4	46,2	70,2	51,9
Prov. Aut. Trento	2.938	3.386	4.554	34,5	111.959	105.841	92.758	- 12,4	26,2	32,0	49,1	53,5
Veneto	20.609	30.048	42.562	41,6	1.137.340	972.317	949.716	- 2,3	18,1	30,9	44,8	45,0
Friuli V. G.	4.143	5.780	8.063	39,5	245.984	235.613	214.177	- 9,1	16,8	24,5	37,6	53,5
Liguria	8.645	11.486	16.069	39,9	415.175	413.911	402.359	- 2,8	20,8	27,7	39,9	43,9
Emilia Romagna	18.841	26.910	40.639	51,0	996.468	950.799	899.647	- 5,4	18,9	28,3	45,2	59,6
Toscana	18.716	24.866	29.809	19,9	732.035	731.679	705.090	- 3,6	25,6	34,0	42,3	24,4
Umbria	3.240	6.151	8.974	45,9	207.925	205.084	190.311	- 7,2	15,6	30,0	47,2	57,2
Marche	3.287	5.685	8.660	52,3	321.144	317.653	288.126	- 9,3	10,2	17,9	30,1	67,9
Lazio	56.863	36.135	48.241	33,5	1.101.065	1.175.330	1.331.107	13,3	51,6	30,7	36,2	17,9
Abruzzo	1.765	3.067	5.312	73,2	292.229	331.475	360.771	8,8	6,0	9,3	14,7	59,1
Molise	568	264	304	15,2	67.217	68.425	76.397	11,7	8,5	3,9	4,0	3,1
Campania	6.781	11.093	16.835	51,8	1.127.520	1.191.804	1.240.830	4,1	6,0	9,3	13,6	45,8
Puglia	4.674	5.349	13.969	161,2	952.526	975.496	834.713	- 14,4	4,9	5,5	16,7	205,2
Basilicata *	3.544	167	179	7,2	110.471	116.665	113.857	- 2,4	32,1	1,4	1,6	9,8
Calabria	1.800	2.534	4.603	81,6	424.916	412.516	428.728	3,9	4,2	6,1	10,7	74,8
Sicilia	4.923	7.586	12.700	67,4	793.769	1.012.828	1.297.635	28,1	6,2	7,5	9,8	30,7
Sardegna	1.074	3.136	4.460	42,2	324.020	368.722	370.240	0,4	3,3	8,5	12,0	41,6
Totale	238.327	284.152	401.069	41,1	12.577.828	12.671.564	12.818.900	1,2	18,9	22,4	31,3	39,5

FONTI: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute – anni 2003 (D.G. Sistema informativo e statistico - Ufficio di statistica) e 2005 (D.G. programmazione sanitaria dei livelli assistenza e principi etici di sistema - Ufficio VI)

* successivamente all'invio delle proprie Sdo per l'anno 2000, la Regione Basilicata ha comunicato 167 ricoveri di non italiani

TAB 4: ITALIA. Dimessi con cittadinanza estera. Ricovero ordinario e day hospital – Anno 2003

Regione di ricovero	CONTINENTE DI PROVENIENZA														Totale dimessi			
	EUROPA UE		EUROPA NON UE		AFRICA		AMERICA		ASIA		OCEANIA		APOLIDE					
	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	Ricovero Ordinario	Day Hospital	totale	% Day Hospital sul totale
Piemonte	1.662	557	9.393	4.176	8.110	2.484	2.300	1.196	1.255	463	11	11	128	40	22.859	8.927	31.786	28,1%
Valle d'Aosta	195	18	158	42	262	61	61	20	22	8	2	1	1	1	700	151	851	17,7%
Lombardia	4.791	1.305	19.761	6.222	23.669	5.848	10.914	5.682	12.607	3.428	70	18	39	8	71.851	22.511	94.362	23,9%
P.A. di Trento	3.606	186	1.154	254	699	120	198	66	396	76	11				6.064	702	6.766	10,4%
P.A. di Bolzano	772	96	1.307	420	754	187	283	101	190	66	2				3.308	870	4.178	20,8%
Veneto	2.895	638	12.515	3.926	10.963	2.825	1.982	589	4.863	926	64	9	49	18	33.331	8.931	42.262	21,1%
Friuli V. G.	706	141	2.983	974	1.356	424	639	213	445	122	23	1	2		6.154	1.875	8.029	23,4%
Liguria	1.196	326	2.808	1.096	2.288	796	4.223	2.105	751	302	14	7	30	16	11.310	4.648	15.958	29,1%
Emilia Romagna	2.375	553	10.327	3.463	12.159	2.794	1.893	779	4.822	1.314	24	1	121	13	31.721	8.917	40.638	21,9%
Toscana	2.553	666	8.844	2.928	4.622	1.155	2.193	859	4.827	1.031	50	9	22	4	23.111	6.652	29.763	22,3%
Umbria	666	255	2.834	961	1.697	403	948	366	414	122	12	3	2	1	6.573	2.111	8.684	24,3%
Marche	717	153	2.475	665	1.577	329	557	194	789	291	7	3	812	87	6.934	1.722	8.656	19,9%
Lazio	4.904	1.541	12.831	5.890	5.805	2.428	4.944	2.491	5.127	2.078	121	17	56	8	33.788	14.453	48.241	30,0%
Abruzzo	614	199	1.957	664	568	167	468	207	188	72	22	13	28	6	3.845	1.328	5.173	25,7%
Molise	74	10	82	20	56	4	27	9	16	1				1	255	45	300	15,0%
Campania	2.488	587	5.209	1.751	2.693	629	1.134	369	1.282	272	39	14	240	105	13.085	3.727	16.812	22,2%
Puglia	963	68	3.382	332	1.142	92	316	28	450	34	11	1	5.929	1.185	12.193	1.740	13.933	12,5%
Basilicata	59	9	52	7	5	2	22	6	9	5	2		1		150	29	179	16,2%
Calabria	841	333	1.244	525	680	121	364	144	228	54	31	15	4	1	3.392	1.193	4.585	26,0%
Sicilia	1.436	624	1.677	689	3.030	1.350	1.076	536	1.401	675	50	24	92	29	8.762	3.927	12.689	30,9%
Sardegna	1.484	675	516	235	605	280	286	96	203	56	18	3	3		3.115	1.345	4.460	30,2%
Totale dimessi	34.997	8.940	101.509	35.240	82.740	22.499	34.828	16.056	40.285	11.396	584	150	7.558	1.523	302.501	95.804	398.305	24,1%
% sul totale	11,6%	9,3%	33,6%	36,8%	27,4%	23,5%	11,5%	16,8%	13,3%	11,9%	0,2%	0,2%	2,5%	1,6%	100,0%	100,0%		

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute – anni 2003 (D.G. Sistema informativo e statistico - Ufficio di statistica) e 2005 (D.G. programmazione sanitaria dei livelli assistenza e principi etici di sistema - Ufficio VI)

TAB 5: ITALIA: Principali aggregati clinici di diagnosi per numero di stranieri in regime ordinario e day hospital (esclusi Psa). Confronto ricoveri stranieri 1998 – 2000 – 2003 e nazionali 2003

Ricoveri ordinari								
Aggregati clinici di diagnosi	Ricoveri stranieri						Ricoveri nazionali*	
	1998		2000		2003		2003	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%
Gravidanza e/o parto normale	13.667	8,9	19.038	10,3	26.655	11,2	270.919	3,2
Altre complicanze del parto e del puerperio con trattam. della madre	3.932	2,5	5.190	2,8	7.583	3,2	117.990	1,4
Altre complicazioni della gravidanza	4.297	2,8	5.874	3,2	7.388	3,1	60.035	0,7
Appendicite e altre malattie dell'appendice	3.054	2,0	3.754	2,0	4.859	2,0	71.106	0,8
Traumatismo intracranico	3.829	2,5	3.737	2,0	4.170	1,7	80.258	0,9
Polmoniti (escluse quelle causate da tbc o da malattie sess. trasm.)	2.318	1,5	2.965	1,6	3.777	1,6	131.232	1,6
Dolore addominale	3.431	2,2	3.656	2,0	3.498	1,5	74.250	0,9
Malattie delle vie biliari	1.807	1,2	2.191	1,2	3.455	1,4	160.449	1,9
Calcolosi delle vie urinarie	2.823	1,8	3.161	1,7	3.417	1,4	102.220	1,2
Fratture degli arti inferiori	2.347	1,5	2.781	1,5	3.417	1,4	100.391	1,2
Fratture degli arti superiori	1.979	1,3	2.349	1,3	3.164	1,3	104.219	1,2
Traumatismi superficiali, contusioni	2.903	1,9	2.913	1,6	2.355	1,0	57.708	0,7
Totale	46.387	30,1	57.609	31,0	73.738	30,9	1.330.777	15,8
Totale generale	154.246	100	185.572	100	238.593	100,0	8.448.303	100,0
Ricoveri in Day Hospital								
Aborto indotto	10.582	33,7	17.625	38,0	29.047	33,8	116.963	3,3
Chemioterapia e radioterapia	556	1,8	978	2,1	2.612	3,0	241.997	6,8
Altre complicazioni della gravidanza	440	1,4	870	1,9	1.944	2,3	25.314	0,7
Altri e non specificati tumori benigni	426	1,4	631	1,4	1.531	1,8	122.039	3,4
Infezione da virus della immunodeficienza umana (hiv)	1.294	4,1	1.508	3,3	1.429	1,7	23.867	0,7
Altri disturbi degli occhi	291	0,9	483	1,0	1.016	1,2	36.005	1,0
Infertilità femminile	365	1,2	537	1,2	1.009	1,2	20.086	0,6
Anemia da carenza e altre anemie	500	1,6	616	1,3	977	1,1	45.592	1,3
Epatite	529	1,7	522	1,1	953	1,1	42.449	1,2
Disordini mestruali	242	0,8	395	0,9	833	1,0	32.851	0,9
Altri disturbi cutanei	286	0,9	484	1,0	829	1,0	50.612	1,4
Tubercolosi	765	2,4	1.109	2,4	791	0,9	<i>dato non disponibile</i>	
Altri disordini endocrini, metabolici e nutrizionali	302	1,0	338	0,7	612	0,7	44.033	1,2
Totale	16.578	52,8	26.096	56,3	43.583	50,7	801.808	22,4
Totale generale	31.396	100,0	46.327	100	85.898	100,0	3.573.384	100,0

FONTE: Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes. Elaborazioni su dati Ministero della Salute – anni 2003

(D.G. Sistema informativo e statistico - Ufficio di statistica) e 2005 (D.G. programmazione sanitaria dei livelli assistenza e principi etici di sistema - Ufficio VI)

* è stata considerata la sola diagnosi principale