

Salvatore Geraci\*, Silvia Casagrande\*\*, Amedeo Spagnolo\*\*\*  
**La salute degli immigrati: una salute di tutti**

*Politiche nazionali e reazioni locali*

**A**ccesso e fruibilità ai servizi sanitari per tutti gli immigrati: per anni queste sono state le parole chiave delle politiche sanitarie a Roma e nel Lazio supportate da scelte nazionali di “inclusione sanitaria” e di pari opportunità per immigrati regolari ed irregolari, comunitari e non. Seppur con incertezze e grossolanità soprattutto a livello nazionale, come abbiamo potuto evidenziare nel IV Rapporto dell’*Osservatorio Romano sulle Migrazioni* (pp. 267:276), queste scelte politiche hanno permesso di tutelare la salute di tutti i cittadini italiani e stranieri, e infatti non abbiamo mai dovuto subire in questi anni specifici “allarmi sanitari”; hanno certamente contenuto costi altrimenti imprevedibili, considerato che la medicina di base costa meno dell’urgenza; hanno potuto prevenire una possibile tensione socio-culturale in ambito sanitario, poiché ingiustizie palesi nell’assistenza provocano conflitto sociale; hanno permesso a centinaia di operatori di formarsi alla medicina transculturale, che è una medicina attenta alla relazione con vantaggi anche nel quotidiano rapporto con i cittadini italiani.

Tutto ciò in un percorso con alti e bassi e con i limiti della sanità che tutti conosciamo, ma coerente con il mandato costituzionale e con la missione del Servizio Sanitario Nazionale di tipo universalistico ed equalitario (Legge 833/78).

L’ultimo anno ha visto però un brusco arresto di questo percorso, ed è stato caratterizzato da un vivace dibattito politico e sociale anche sul tema della tutela sanitaria.

Infatti nell’ambito della discussione in Senato del cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” (atto 733) è stato presentato da alcuni senatori della Lega Nord nell’ottobre 2008 un emendamento che ha proposto di cancellare il comma 5 dell’articolo 35 del Testo Unico sull’immigrazione (D.Lgs. 286/98) il quale prevede che “l’accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all’autorità, salvo i

---

\* Area sanitaria Caritas Roma; \*\* Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica; \*\*\*Istituto per gli Affari Sociali. Tutti gli autori fanno parte della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni. Con il supporto tecnico di Laura Camilloni (Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica) e Renzo Fontemaggi (Area sanitaria Caritas di Roma)

casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". La disposizione normativa contenuta dal comma 5, proposta da una vasta area della società civile, è presente nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso l'art. 13 del decreto legge n. 489/95. La "logica" della norma in vigore non è solo quella di "aiutare/curare l'immigrato irregolare" (per altro deontologicamente assolutamente corretta) ma in particolare di tutelare la collettività, come prevede l'articolo 32 della Costituzione; il rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria (soprattutto se in presenza di "reato di clandestinità"), creerebbe una barriera insormontabile per l'accesso e spingerebbe ad una "clandestinità sanitaria" pericolosa per l'individuo ma anche per la popolazione laddove possano esserci malattie trasmissibili. Le tesi a sostegno dell'abrogazione del divieto di segnalazione, oltre che essere grossolane, in alcuni casi erano palesemente sbagliate e prive di ogni fondamento giuridico o di evidenza scientifica. Nonostante ciò, la proposta è stata approvata al Senato con una netta maggioranza a febbraio 2009. La reazione è stata però dirompente: mai il mondo socio-assistenziale è stato così compatto nel prendere una posizione chiara non per rivendicare condizioni salariali o di lavoro, ma per affermare un diritto nei confronti di persone in condizione di estrema fragilità sociale. Gli ordini professionali di medici, assistenti sociali, psicologi, i collegi degli infermieri e delle ostetriche, le società scientifiche e le facoltà universitarie, i sindacati tutti unitariamente, le organizzazioni non governative, organizzazioni religiose e laiche, singole aziende sanitarie, le Regioni di cui 10 con atti formali, fino a 101 parlamentari appartenenti alla stessa maggioranza che aveva approvato il testo, ne hanno chiesto il ritiro.

Gli operatori, le associazioni, le strutture pubbliche e le istituzioni di Roma e della Regione Lazio sono stati in prima linea in questo impegno che ha prodotto una vasta ed unitaria mobilitazione coordinata dal GrIS (Gruppo Immigrazione e Salute) confluita il 17 marzo nel "Noi non segnaliamo day" (manifestazione contemporanea in oltre 50 città italiane). Nel frattempo la Direzione regionale di programmazione sanitaria aveva emanato una nota riaffermando il diritto alle prestazioni sanitarie a tutti gli stranieri, senza alcuna segnalazione o denuncia.

A seguito di tutto ciò, il 27 aprile 2009 l'articolo del disegno di legge viene stralciato.

La vicenda purtroppo non si è conclusa, poiché l'approvazione finale della legge n. 94 del 15 luglio 2009 recante "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica", introduce nell'ordinamento italiano il reato di ingresso e soggiorno illegale, e pertanto obbliga, essendo questo reato perseguibile d'ufficio ai sensi di due articoli del codice penale (artt. 361 e 362), i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia. Ciò non vale per la sanità proprio per la validità del divieto di segnalazione ma questa situazione di "doppia norma" ha prodotto confusione e discrezionalità (a volte pretestuosa) tra gli operatori e diffuso timore da parte degli immigrati. Ancora una volta c'è stata una reazione e prima le Regioni (il Lazio con la circolare del 5 agosto 2009) ed infine lo stesso Ministero dell'interno (circolare n. 12 del 27 novembre 2009) hanno emanato circolari di chiarimento a sostegno del "divieto di segnalazione" (vedi dossier su [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)). Tutto ciò ha disorientato sia operatori che utenti provocando una diffusa riduzione degli accessi alle strutture sanitarie, soprattutto quelle pubbliche, da parte di immigrati irregolari e clandestini, le cui conseguenze sul piano della salute, potremo valutare tra qualche tempo.

### *I dati 2009 del Poliambulatorio Caritas*

Al momento attuale non disponiamo di dati regionali ufficiali 2009 per valutare il reale impatto che il dibattito politico sopra citato ha prodotto sull'accesso ai servizi sanitari pubblici da parte di immigrati irregolari e clandestini. Abbiamo i dati del Poliambulatorio Caritas situato nei pressi della stazione Termini, da sempre osservatorio privilegiato del fenomeno dell'immigrazione temporaneamente irregolare con bisogni sanitari nella città di Roma. Se non può considerarsi rappresentativo di tutta la realtà romana (c'è una differenza sostanziale nella percezione di "protezione" tra servizio pubblico e privato sociale, tra servizio dedicato e non), certamente può dare una valida testimonianza e forse anticipare delle tendenze.

Un primo dato è quello che il numero di nuovi pazienti visitati presso il Poliambulatorio nel 2009 è sovrapponibile a quello del 2008, non evidenziando il calo temuto (1.686 versus 1.646; + 2,4%). Anche i pazienti complessivi (nuovi più vecchi, cioè persone già utenti degli anni precedenti che ritornano per controlli) sono più o meno costanti (intorno alle 6.000 unità per anno) e i maggiori gruppi di appartenenza sono gli stessi: Romania, Cina, Nigeria, Bangladesh, Afganistan; 93 nazioni rappresentate nel 2008, 87 nel 2009. Le donne, in entrambi gli anni, pesano per il 36%.

Aumentano le prestazioni erogate (+ 4,7%) in particolare per le visite di medicina generale e per le attività di mediceria.

Entrando nel merito della popolazione esaminata, confrontando anche la casistica del 2006, ultimo anno prima dell'ingresso della Romania nell'Unione Europea, ci accorgiamo di alcuni cambiamenti relativamente alla tipologia dei permessi di soggiorno.

#### **ROMA. Condizione giuridica dei pazienti del Poliambulatorio Caritas di Roma. Dati percentuali (2006-2009)**

<i>Tipologia permesso di sogg.</i>	2006	2007	2008		2009	
			<i>I semestre</i>	<i>II semestre</i>	<i>I semestre</i>	<i>II semestre</i>
senza permesso	77,9	48,7	51,8	42,8	40,5	33,7
cittadino europeo	-	30,6	25,3	22,7	23,5	28,8
richiesta asilo/rifugiato	7,7	9,6	11,7	21,9	18,7	18,9
lavoro	5,4	4,7	3,9	4,7	6,8	6,2
ricongiungimento familiare	2,0	1,2	1,2	1,5	2,8	1,7
attesa rinnovo	1,5	1,1	1,2	0,8	2,1	1,5
salute	0,5	0,9	0,4	0,3	0,3	0,1
studio	0,6	0,4	0,8	0,3	0,6	0,6
turismo	0,5	0,2	0,2	0,3	-	-
cittadino italiano	2,0	1,6	2,7	3,9	4,1	6,3
altro	1,9	1,0	0,8	0,8	0,6	2,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

*FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Area sanitaria Caritas Roma*

Il dato più evidente è il calo, tra la nuova utenza del Poliambulatorio, di coloro che sono senza permesso di soggiorno: dal 77,9% nel 2006 al 33,7% nel secondo semestre 2009. Questa riduzione è essenzialmente dovuta all'ingresso nell'Unione Europea dei romeni che, quindi, non hanno più bisogno di un permesso di soggiorno per la loro

titolarità di presenza in Italia ma che non sempre riescono ad usufruire dei servizi sanitari pubblici. Infatti, riaggregando il dato (persone senza permesso di soggiorno più cittadini europei) la distanza tra 2006 e 2009 si riduce di molto (77,9% versus 62,5%). Ma quello che a noi interessa è capire se la riduzione di coloro senza permesso di soggiorno che, dal primo semestre del 2008 al secondo del 2009 sono passati dal 51,8% al 33,7%, sia dovuta alla paura suscitata da politiche "cattive" nei confronti degli immigrati irregolari e clandestini. È un'analisi difficile da fare e che rischia di cadere in eccessive semplificazioni. Certamente c'è stata una riduzione sensibile in numeri assoluti tra gli irregolari non comunitari (-20,3% rispetto al 2008, -31,2% rispetto al 2007) ma rientra in un trend e va in parallelo all'incremento della presenza di richiedenti asilo (+ 75,1% dal 2007) e di cittadini italiani (+ 186,7% dal 2007), che, in teoria, non sono "utenti abituali" del Poliambulatorio Caritas, in quanto aventi diritto al medico di medicina generale nel servizio pubblico, ma che esprimono difficoltà di accesso ai servizi sanitari per problemi culturali-linguistici o economici-amministrativi. Come dire che l'ambulatorio riesce ad anticipare ed intercettare gli effetti di un malessere sociale (crisi economica) e politico (clima di chiusura all'immigrazione) che condiziona l'accesso ai tradizionali percorsi di cura pubblici e ai servizi, anche quelli a bassa soglia, con grave rischio di ulteriore marginalizzazione di una popolazione spesso sfruttata e di un danno per la salute collettiva.

### *La rete degli ambulatori STP a Roma e nel Lazio*

L'ambulatorio della Caritas è un esempio di ambulatorio a bassa soglia d'accesso per una popolazione in condizione di estrema fragilità sociale. Ma non è l'unico, anzi nel Lazio, nel tempo, si è strutturata una rete di ambulatori soprattutto pubblici volti a garantire assistenza di primo livello in particolare ad immigrati non comunitari senza permesso di soggiorno (Stranieri Temporaneamente Presenti: STP) e a cittadini comunitari in condizione di fragilità sociale (Europei Non Iscritti: ENI). L'Agenzia di Sanità Pubblica, nell'ambito del piano regionale di implementazione di un nuovo flusso informativo sanitario che permetterà di raccogliere informazioni relative all'assistenza sanitaria di base erogata ai pazienti stranieri STP con finalità epidemiologiche e di supporto alla programmazione sanitaria (sistema OSI), ha realizzato uno studio per individuare lo stato e le caratteristiche degli ambulatori regionali per l'assistenza sanitaria di primo livello agli stranieri temporaneamente presenti (STP e ENI). Dall'analisi del censimento, i cui dati risalgono a luglio 2009, risulta una presenza di almeno un ambulatorio in ciascuna delle 12 Aziende sanitarie locali (Asl) regionali, per un totale di 51 strutture, ma con situazioni molto eterogenee tra loro, sia tra le Asl cittadine e provinciali che tra i diversi distretti di una stessa Asl.

Su 55 distretti presenti nel Lazio, 39 hanno risposto di avere almeno un ambulatorio dedicato; di questi, infatti, 9 risultano avere più ambulatori al loro interno (o consultori dove effettuano attività ambulatoriale per stranieri STP). Risultano avere un ambulatorio dedicato anche 2 Aziende ospedaliere (Policlinico Tor Vergata e Policlinico Umberto I) e 1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Istituto San Gallicano: l'ambulatorio per immigrati è oggi integrato nell'Istituto Nazionale per la promozione della salute

delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà, che ne ha raccolto l'esperienza).

L'86% degli ambulatori rilasciano anche il tesserino STP, che è il codice necessario per accedere alle prestazioni sanitarie. La data di apertura degli ambulatori è molto variabile: si va dal 1983, anno di apertura dell'ambulatorio Caritas, che fa riferimento al territorio della RM/A, fino alla recente apertura di due ambulatori a Monterotondo (RM/G) avvenuti nel 2009. Nel complesso, la maggior parte degli ambulatori sono stati aperti nel 1998 e nel 2007, in seguito alle normative emanate in quegli anni. Nel solo 2007 sono stati aperti ben 10 ambulatori in vari ambiti territoriali, e ciò è avvenuto a seguito della Delibera di Giunta Regionale n. 734 del 2005. In questa venivano descritti gli obiettivi da assegnare ai direttori generali delle Aziende sanitarie della Regione Lazio e tra questi vi era quello di incrementare l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari per i cittadini stranieri non appartenenti alla U.E., anche con l'istituzione di ambulatori per STP: un esempio di strategica visione di sanità pubblica.

La tipologia di utenza che si rivolge agli ambulatori è piuttosto varia: in tutti gli ambulatori vengono visitati gli stranieri STP e quelli con codice ENI, il 53% degli ambulatori accoglie anche le persone senza fissa dimora, il 43% gli stranieri con regolare permesso, il 20% gli italiani, il 16% i nomadi ed il 6% accoglie i rifugiati politici e richiedenti asilo.

Tra i paesi di provenienza degli stranieri spicca per numero la Romania (i romeni sono presenti in 46 ambulatori su 51), seguita dall'Ucraina (in 31 ambulatori), dall'Albania (in 23 ambulatori) e dalle Filippine (in 15 ambulatori).

Il 73% degli ambulatori effettua meno di 100 visite mensili. L'8% ha un numero di visite comprese tra 100 e 200 e il restante 18% effettua oltre 200 visite mensili.

La maggior parte degli ambulatori sono gestiti direttamente dalla ASL o attraverso istituzioni del privato sociale; solo 3 ambulatori sono gestiti indirettamente da organizzazioni del privato sociale attraverso la stipula di una convenzione. Nel caso di gestione diretta, il 25% degli ambulatori si avvale dell'aiuto di altre strutture e di personale esterno: primi fra tutti le strutture di volontariato, i mediatori culturali di organizzazioni del terzo settore, la Provincia, i Comuni presenti nel territorio del Distretto e i Medici di medicina generale.

Tutti gli ambulatori, tranne uno, procedono abitualmente alla registrazione dei dati di attività del proprio centro; di questi, tuttavia, il 62% utilizza come tipologia di registrazione solo il supporto cartaceo, il 30% utilizza sia il supporto cartaceo che quello informatico, mentre solo l'8% utilizza esclusivamente il supporto informatico: 14 ambulatori utilizzano uno specifico software, solo 15 ambulatori dichiarano di avere uno o più computer, 28 rispondono di non averne alcuno. Ciò rende difficile ad oggi avere dati confrontabili su questa specifica popolazione e, infatti, il 73% delle strutture riferisce di avere maggiori problemi proprio con la raccolta dati (es. mancanza di un supporto informatico, di un software adeguato, della stampante, etc.). Altre criticità riferite sono per il 63% problemi organizzativi (ad esempio rispetto agli orari di apertura, alla mancanza di personale, alla mancanza di spazi adeguati, etc.), e per il 33% problematiche relazionali-comunicative con l'utenza straniera.

Su queste problematiche la programmazione regionale vuole intervenire anche grazie all'esperienza di un gruppo di lavoro istituzionale e al GrIS, che da anni è impegnato sul versante dell'assistenza sanitaria agli stranieri.

## *I ricoveri ospedalieri*

Uscendo dall'attualità, e riprendendo un'analisi strutturata sulla salute degli immigrati nel Lazio, non possiamo tralasciare i dati relativi ai certificati di dimissione ospedaliera (SDO) degli anni 2004-2007, messi a disposizione dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio.

L'ospedalizzazione rappresenta un aspetto rilevante dell'assistenza sanitaria agli immigrati e seppure sia solo un evento nella complessa rete dei bisogni assistenziali, la sua analisi in chiave epidemiologica, anche se con alcuni limiti, può offrire utili elementi di conoscenza del fenomeno migratorio, con particolare riferimento ai bisogni e alle principali aree critiche per la salute di questa popolazione. Gli stranieri sono stati identificati in base alla cittadinanza e sono stati suddivisi in tre categorie, secondo le definizioni fornite dell'ISTAT: PSA = italiani + altri Paesi a Sviluppo Avanzato; PFPm = immigrati da Paesi a Forte Pressione Migratoria; STP = Stranieri Temporaneamente Presenti.

Nel gruppo dei PFPm sono stati considerati solo gli stranieri regolari, ovvero quelli con residenza certa e codice fiscale. Tutti gli stranieri da PFPm con residenza all'estero oppure senza residenza accertata (mancanza di informazione nelle SDO sul Comune di residenza) assieme a quelli che presentano il codice di STP al posto del codice fiscale, anche se con Comune di residenza in Italia, sono stati considerati STP; questi ultimi, pur con qualche grossolanità, possono quindi rappresentare gli immigrati in condizione di irregolarità giuridica.

Nel quadriennio 2004-2007, a fronte di un calo del complesso dei ricoveri di stranieri PSA, si è assistito ad un costante aumento percentuale dei ricoveri di stranieri PFPm, mentre i ricoveri di STP sono cresciuti fino al 2006 per poi diminuire nel 2007.

Per i PSA nell'anno 2007 si sono registrati 171.643 ricoveri in meno rispetto al 2004, con un calo pari al 14,4%, mentre per i PFPm i ricoveri nello stesso periodo sono aumentati di 12.495 unità, pari percentualmente ad un aumento del 31,5% rispetto al 2004. Anche per gli STP si è registrato un aumento dell'11,7% di ricoveri nel quadriennio. Occorre considerare però che nell'anno 2006 il numero di ricoveri di STP rispetto al 2004 era aumentato del 51,5%. Nel 2007 si è invece registrato, per gli STP, un forte calo dei ricoveri rispetto all'anno precedente (pari ad una diminuzione del 26,3%) dovuto al fatto che molti "neocomunitari" romeni e bulgari, regolarizzando la loro situazione (registrazione all'anagrafe e iscrizione al Servizio sanitario regionale) sono "transitati" da STP alla condizione di stranieri PFPm.

### **LAZIO. Totale ricoveri per cittadinanza, numero assoluto e % (2004-2007)**

Anno SDO	PSA		PFPm		STP		N° TOTALE RICOVERI
	n. ricoveri	% ric.	n. ricoveri	% ric.	n. ricoveri	% ric.	
2004	1.188.328	96,1	39.725	3,2	8.960	0,7	<b>1.237.013</b>
2005	1.232.179	95,6	45.044	3,5	11.726	0,9	<b>1.288.949</b>
2006	1.109.277	94,6	49.403	4,2	13.577	1,2	<b>1.172.257</b>
2007	1.016.685	94,2	52.220	4,8	10.012	0,9	<b>1.078.917</b>

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

Considerando la percentuale complessiva dei ricoveri nel Lazio, si constata come nell'arco dei 4 anni presi in esame la percentuale di ricoveri per cittadini stranieri, regolari e

non, sia aumentata raggiungendo nell'anno 2007 il 5,8% del totale dei ricoveri.

I ricoveri ordinari in regime di urgenza sono nei 4 anni considerati maggiori per gli STP, seguiti dai PFPM. I ricoveri ordinari in urgenza rappresentano poco meno del 50% dei ricoveri ordinari per i PSA (da 47,4% a 48,0%), rappresentano circa il 65% dei ricoveri per i PFPM (da 67,9% a 62,1%) e più del 70% per gli STP.

#### LAZIO. Ricoveri ordinari totali ed in urgenza nel Lazio: v.a. e % ricoveri urgenti per cittadinanza (2004-2007)

Utenza	2004			2005			2006			2007		
	RO Urg.	RO Tot.	% Urg.	RO Urg.	RO Tot.	% Urg.	RO Urg.	RO Tot.	% Urg.	RO Urg.	RO Tot.	% Urg.
PSA	358.733	756.907	47,4	355.151	749.894	47,4	355.141	710.425	50,0	329.168	686.810	48,0
PFPM	18.196	26.791	67,9	19.136	29.093	65,8	21.288	31.987	66,5	22.096	35.571	62,1
STP	4.365	5.951	73,3	5.677	7.585	74,8	6.657	8.999	74,0	4.911	6.975	70,4

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

Se da una parte il maggior ricorso al ricovero d'urgenza era atteso per gli STP proprio a causa della loro tipologia di presenza (in genere in condizione di maggiore marginalità e fragilità sociale), la diminuzione nel 2007 (anche per i PFPM) fa intravedere una progressiva capacità del sistema sanitario di "intercettare" il bisogno sanitario prima che diventi un'urgenza.

Rispetto al genere, il numero di donne che effettuano ricoveri ordinari è superiore a quello degli uomini sia per i PSA che per i PFPM+STP, ma per questi ultimi la percentuale di donne è significativamente più alta rispetto alla percentuale registrata per i PSA. Soffermandosi sugli andamenti dei ricoveri per classi di età delle due popolazioni per l'anno 2007, si può osservare come questi rappresentino la struttura demografica delle stesse popolazioni d'appartenenza, con un aumento del numero dei ricoveri per i PSA al crescere dell'età, mentre per i PFPM il calo del numero dei ricoveri dopo i 50 anni rispecchia la composizione di una popolazione in cui gli anziani sono ancora proporzionalmente pochi.

Se si considerano le cause di ricovero ordinario nel 2007 si constata che esistono profonde differenze tra i PSA e gli immigrati (regolari e non) da paesi a forte pressione migratoria, sia maschi che femmine. Prima causa di ricovero tra i maschi immigrati (regolari e non) da paesi a forte pressione migratoria sono, con il 21,1%, gli eventi traumatici, e tra i PSA, sempre con una percentuale del 21,4%, le malattie del sistema circolatorio. La percentuale dei ricoveri per traumatismi tra i PSA si trova al 4° posto con una percentuale del 9,7% e quella delle malattie del sistema circolatorio per i PFPM+STP si trova al 3° posto con una percentuale di ricoveri del 9,5%. Altre differenze da tenere in considerazione sono la percentuale e posizione delle cause da tumore (al 3° posto per i PSA con una percentuale di ricoveri dell'11,8% mentre per i PFPM+STP tale causa è al 7° posto con una percentuale del 4,9%) e quelle da malattie infettive e parassitarie (6ª causa per i PFPM+STP con percentuale di ricoveri del 6,6%, e 12ª causa per i PSA, con l'1,9% di ricoveri).

Ugualmente per le donne è possibile osservare come, seppure la prima causa di ricovero sia per i PFPM+STP che per i PSA, sia la stessa, e cioè condizioni legate alla gravidanza, al parto, alle minacce d'aborto ed al puerperio, la percentuale di ricoveri

registrata a carico delle donne PFFM+STP sia notevolmente superiore alla percentuale delle donne PSA (47,1% contro il 17,3%). Al 2° posto per le donne PFFM+STP troviamo le malattie dell'apparato genitourinario (7,2%), mentre per le donne PSA tale causa di ricovero, seppur con una percentuale molto vicina (7,3%), si colloca al 6° posto. Al 2° posto per le donne PSA le malattie del sistema circolatorio (14,7%), che invece rappresentano la 7ª causa per le donne PFFM+STP (3,7%).

Le differenze osservate tra la distribuzione delle cause di ricovero ordinario nelle due popolazioni sono espressione sia della diversa struttura demografica delle popolazioni, sia delle diverse condizioni di vita e di lavoro che riconoscono per la popolazione immigrata maggiori rischi di infortuni lavorativi e peggiori condizioni di vita, con aumentata possibilità di trasmissione di malattie infettive.

#### LAZIO. Percentuale di ricoveri ordinari per PSA e PFFM+STP per sesso e classe d'età (2007)

Utenza	Sesso	<1	1-4	5-17	18-34	35-49	50-64	>64	Ric. Ord.
PSA	Maschi	3,9	3,2	5,3	8,6	12,7	20,6	45,7	315.348
	Femmine	2,6	2,0	3,4	17,3	18,6	15,9	40,2	371.455
PFFM + STP	Maschi	11,7	6,0	9,2	29,0	26,1	12,5	5,5	15.312
	Femmine	5,0	2,4	4,8	50,4	24,8	8,3	4,3	27.234

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

#### LAZIO. Distribuzione percentuale delle cause di ricovero ordinario di PSA e PFFM+STP (2007)

Categorie di malattie e stati morbosi della classificazione IX ICD - CM	MASCHI		FEMMINE	
	PSA	PFFM+STP	PSA	PFFM+STP
Malattie del sistema circolatorio	21,4	9,5	14,7	3,7
Malattie dell'apparato digerente	12,0	12,8	8,8	6,7
Tumori	11,8	4,9	10,7	6,7
Traumatismi ed avvelenamenti	9,7	21,1	7,3	4,5
Malattie dell'apparato respiratorio	9,3	8,7	6,0	3,4
Malattie dell'apparato genitourinario	6,9	4,5	7,3	7,2
Stati morbosi mal definiti	6,5	7,1	5,4	4,5
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	5,5	4,2	6,3	2,9
Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	5,0	4,6	5,1	2,5
Disturbi psichici	2,9	4,0	2,5	2,2
Malattie ghiandole endocrine, metabolismo e dist. immunitari	2,3	2,4	3,3	1,7
Malattie infettive e parassitarie	1,9	6,6	1,3	2,4
Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	1,5	2,0	1,2	0,9
Malformazioni congenite	1,2	2,8	1,0	1,3
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1,2	3,6	0,8	1,4
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	0,9	1,2	0,9	0,8
Gravidanza, parto e puerperio	-	-	17,3	47,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

La fragilità sociale come determinante per la salute, appare evidente anche nella graduatoria delle maggiori categorie diagnostiche in ricoveri in Day Hospital dei cittadini immigrati senza permesso di soggiorno.



Tra gli uomini, vogliamo anche segnalare il primo posto negli accessi complessivi (sono possibili più accessi per la stessa persona) per infezione da HIV, che evidenzia non tanto la diffusione della malattia quanto l'efficacia del controllo della stessa: in Italia, da quando si è garantito l'accesso alle cure e alla prevenzione a tutti gli immigrati (regolari e non), i tassi di incidenza della malattia, cioè i misuratori del suo reale impatto in rapporto alla popolazione di riferimento, sono diminuiti, ad indicare come la garanzia di accessibilità ai servizi sia una forma efficace (anche se non l'unica) di tutela sanitaria.

**LAZIO. Elenco delle prime 10 maggiori categorie diagnostiche (MDC) in ricoveri in DH per maschi e femmine STP (2007)**

%	Descrizione
<b>Prime 10 MDC in Day Hospital. Maschi STP. Anno 2007</b>	
29,1	Infezioni da HIV
7,9	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
7,0	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati
6,8	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
6,2	Malattie infettive e parassitarie (sistematiche)
6,1	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari
4,4	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola
4,3	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas
3,8	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie
3,6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente
<b>Prime 10 MDC in Day Hospital. Femmine STP. Anno 2007</b>	
67,2	Aborto, gravidanza, parto e puerperio
5,5	Infezioni da HIV
4,3	Fattori influenzanti lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari
2,6	Malattie e disturbi mieloproliferativi e tumori poco differenziati
2,1	Malattie e disturbi della pelle, del sottocutaneo e della mammella
2,1	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
1,9	Malattie e disturbi dell'apparato muscoloscheletrico e connettivo
1,7	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie
1,6	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio
1,6	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica

### *Immigrazione e salute riproduttiva*

Abbiamo visto come tra le donne straniere, regolarmente presenti e non, le prime cause di ricovero ordinario e in Day Hospital siano quelle legate alla gravidanza, voluta o rifiutata. Per questo, per completare l'analisi dei dati a disposizione è utile fornire un quadro della situazione nella regione relativa alle nascite e all'abortività spontanea e indotta.

Il numero dei parti nella regione è intorno alle 50.000 unità per ciascun anno, in costante aumento a carico delle donne straniere, che nell'anno 2007 hanno contribuito al 15,6% delle nascite, con un aumento annuo di circa un punto percentuale. Il ricorso a ricoveri per abortività spontanea presenta lo stesso andamento della natalità con un numero di eventi superiore agli 8.000 ricoveri annui. Il numero di interruzioni volontarie

di gravidanza registra una flessione negli anni 2004-2007 che, in ragione dell'aumento della popolazione complessiva di donne straniere registrato negli stessi anni, dovrebbe plausibilmente corrispondere ad una diminuzione del tasso effettivo di IVG nella popolazione straniera. In ogni caso per ciascuno dei quattro anni considerati il numero assoluto di IVG è di circa 15.000 casi per ciascun anno, di cui poco più di un terzo a carico di donne straniere da PFP+STP.

#### LAZIO. Parti, aborti spontanei e IVG per anno e cittadinanza delle donne (2004-2007)

Anno	PSA		PFP+STP		TOTALE	
	Num.	% riga	Num.	% riga	NUM.	
Parti	2004	43.302	87,9	5.972	12,1	49.274
	2005	42.876	86,5	6.684	13,5	49.560
	2006	44.208	85,3	7.638	14,7	51.846
	2007	43.536	84,4	8.055	15,6	51.591
Aborti spontanei	2004	7.500	87,2	1.098	12,8	8.598
	2005	6.848	85,0	1.213	15,0	8.061
	2006	7.274	83,0	1.495	17,0	8.769
	2007	7.303	82,5	1.551	17,5	8.854
Interr. volontarie di gravidanza	2004	10.561	66,6	5.291	33,4	15.852
	2005	9.707	64,3	5.385	35,7	15.092
	2006	9.126	60,5	5.970	39,5	15.096
	2007	8.983	62,0	5.509	38,0	14.492

FONTE: Caritas/Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Elaborazioni su dati Laziosanità – Agenzia di Sanità Pubblica

### Conclusioni

Accessibilità e fruibilità dei servizi devono rimanere le parole chiave delle politiche sanitarie per gli immigrati indipendentemente dal loro status giuridico ed appartenenza socio-culturale. I dati presentati supportano questa impostazione che non può essere che accompagnata da politiche di accoglienza ed inserimento degli stranieri e di sostegno a cittadini italiani in condizione di difficoltà, come abbiamo visto sia dai dati dell'ambulatorio Caritas sia dal fatto che il 20% delle strutture ambulatoriali per STP gestisce anche questa utenza.

Politiche sanitarie e politiche sociali devono essere sempre più integrate in una impostazione di welfare che non può prevedere aree di esclusione. L'esperienza della tutela sanitaria degli immigrati, regolari e non, ci insegna questo: la salute è un bene indivisibile e un diritto inviolabile ... necessariamente per tutti.