

Anno VII numero 21 2008

Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

21

Editoriale L'Agenzia, strumento di leale collaborazione fra i diversi livelli di governo **In primo piano** I LEA nel panorama normativo; La prima Conferenza sulle cure primarie di Bologna; HTA: una proposta operativa; RE.MOLE.T, primi risultati; i dati SDO 2007 **Focus on** La "nuova" Educazione continua in medicina: interventi e contributi sull'Ecm **Age.na.s. on line** Analisi della spesa sanitaria attraverso i Conti Economici (CE); La spesa sanitaria per gli immigrati; Call for good practice: rischio clinico e sicurezza dei pazienti

La spesa sanitaria per gli immigrati

A cura del gruppo tecnico del progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”

li studi e le ricerche sociologiche e antropologiche nazionali e internazionali hanno abbondantemente evidenziato che il processo dell’emigrazione rappresenta un fattore di fragilizzazione dell’individuo, anche quando questa avvenga nel miglior modo possibile (soggetto che sceglie di partire dal proprio Paese senza esser spinto alla fuga da catastrofi ambientali, guerre o persecuzioni).

“L’espianto progressivo dal quadro culturale originario, da solo, determina un’effettiva fragilizzazione (vulnerabilità) delle difese della persona messe a disposizione dell’individuo dal suo mondo di appartenenza. La cultura dota infatti ogni suo membro dei mezzi cognitivi, affettivi, comportamentali e, latamente, assiologici che gli permettono di fronteggiare le congiunture critiche. Il fenomeno migratorio espone il migrante ad un rischio di erosione, se non addirittura di totale privazione, di tali risorse” (1, 2, 3).

Se a questo “sradicamento” si associano, nel Paese ospite, una serie di determinanti sociali sfavorevoli (condizioni lavorative, abitative, povertà economica, esclusione sociale, discriminazione, xenofobia, ecc.), il rischio di depauperamento della salute è elevato.

Infatti, la condizione di deprivazione sociale, economica e culturale è in stretta correlazione con lo stato di salute degli individui che, quando svantaggiati sul piano socio-economico, presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio.

La salute degli immigrati, dunque, è strettamente connessa ai sistemi di accoglienza e ai processi di inclusione sociale messi in atto nel Paese ospite: le evidenze epidemiologiche mostrano, infatti, che la maggior parte delle patologie scaturiscono dalle condizioni abitative, lavorative, dal tipo di rapporto con le istituzioni, da stili di vita rischiosi, dalle difficoltà relazionali e di socializzazione.

In questo quadro la comparsa della malattia non fa che aggravare la condizione degli immigrati, condannandoli ad un ulteriore peggioramento del loro status (4, 5, 6).

Malgrado la normativa italiana preveda il diritto all'assistenza sanitaria per tutta la popolazione, italiana o immigrata, regolare o no, gli immigrati, specie quelli di recente arrivo nel Paese ospite, hanno difficoltà nell'accesso e nella fruizione delle cure. Ciò a causa delle barriere burocratiche e culturali, della difficoltà di conoscere e districarsi nel complesso labirinto dei servizi, della rigidità che caratterizza ogni sistema e che determina l'incapacità a superare un modello di offerta standardizzato e ripetitivo, spesso inadeguato anche per gli italiani. Conoscere e approntare soluzioni di miglioramento di questi problemi obbliga il sistema ad interrogarsi e a rivedere le proprie pratiche con ricadute positive per tutti i pazienti.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'Italia da Paese di emigrazione, negli ultimi 15-20 anni è diventata Paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, delle crisi congiunturali e degli accessi bellici. La presenza degli immigrati, che oggi sono il 6% della popolazione italiana, è ormai strutturale, come nel resto dell'Europa. C'è da attendersi, inoltre, che la pressione migratoria verso i Paesi più ricchi aumenterà a causa della crescente disparità di reddito tra i vari Paesi, dunque della necessità di sopravvivenza, dell'aumento delle guerre e delle loro conseguenze, delle catastrofi ambientali legate ai cambiamenti climatici.

L'immigrazione, in Italia, oggi è una questio-

ne in primo piano nel dibattito politico e nei media: emerge una difficoltà a governare i profondi mutamenti sociali che ne conseguono e la tendenza ad ipertrofizzare la questione sull'insicurezza dei cittadini.

In questo contesto, restando nell'ambito della salute, diritto riconosciuto come universale e sancito dalla Costituzione italiana, appare importante conoscere quali sono i problemi di salute della popolazione immigrata in Italia e quali sono i costi sanitari.

Esistono ad oggi, infatti, rilevazioni parziali e contrastanti tra loro che utilizzano differenti "definizioni di caso" – immigrato – e differenti indicatori, per cui sono difficilmente confrontabili.

La mancanza di dati nazionali anche dal punto di vista economico ha creato molte informazioni errate e sono emersi interrogativi sulla sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria, in particolare per gli immigrati clandestini.

Per superare queste problematiche, nell'ambito di un progetto sostenuto dal CCM (vedi riquadro), si è costituito un gruppo di lavoro nazionale di esperti con l'obiettivo di costruire e diffondere linee guida sulla metodologia di analisi epidemiologica della domanda di salute della popolazione immigrata utilizzando i principali flussi informativi correnti.

Ciò al fine di avere, per tutto il territorio nazionale, informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute e necessitanti di interventi prioritari.

Si ritiene di fondamentale importanza che le Regioni possano confrontarsi, lavorare in modo sinergico attraverso un comune linguaggio di lettura dei problemi e collaborare per l'individuazione di possibili soluzioni.

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ha affidato alla Regione Marche (coordinamento scientifico: Osservatorio Epidemiologico regionale sulle disuguaglianze) la realizzazione di un progetto dal titolo "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (biennio 2007-2008).

L'obiettivo generale del progetto è quello di tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari organizzativamente e culturalmente adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al Sistema sanitario nazionale.

Una delle principali azioni consiste nella costruzione e diffusione di linee guida per la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata attraverso i principali flussi correnti, allo scopo di avere informazioni quali-quantitative omogenee e confrontabili, utili alla comprensione dei principali problemi di salute e necessitanti di interventi prioritari.

Per tale motivo si è costituito un Gruppo nazionale tecnico-scientifico "Profilo di salute della popolazione immigrata in Italia"

Componenti: Giovanni Baglio (ASP Lazio), Marco Biocca, Nicola Caranci (ASR Emilia Romagna), Alessandra Burgio (ISTAT), Silvia Candela, Chiara Ventura (AUSL Reggio Emilia), Patrizia Carletti, Maria Soledad Ferreiro, Cristina Mancini (ARS e Servizio Salute Regione Marche), Giovanna V. De Giacomi (Age.n.a.s.), Luisa Mondo, Raffaella Rusciani (Regione Piemonte), Mauro Palazzi, Patrizia Vitali (AUSL Cesena), Domenico Martinelli, Concetta Ladalaro (Regione Puglia), Maria Luisa Calamita, Adelina Brusco, Daniela Gallieri (INAIL), Adele Seniori Costantini (AIE)

Elaborazioni dati nazionali: Gabriella Tavini (Age.n.a.s.)

METODOLOGIA

L'analisi del ricorso al ricovero ospedaliero è fondamentale per la conoscenza della domanda di salute della popolazione, almeno relativamente ai problemi più importanti, quelli appunto che inducono la persona a rivolgersi all'ospedale.

Per l'analisi dei ricoveri è stato utilizzato il flusso SDO (Schede di dimissione ospedaliera) del Ministero della Salute, Dipartimento di programmazione. Si è analizzato l'anno 2005 in quanto l'ultimo disponibile; per gli andamenti si è scelto il periodo 2003-2005 in quanto particolarmente interessante dal punto di vista dei movimenti migratori.

Oltre ad essere il flusso più consolidato e attendibile, i ricoveri rappresentano una delle voci di spesa più consistenti dell'assistenza sanitaria in Italia (circa il 46% sul totale complessivo di spesa sanitaria)¹.

Gli immigrati sono una popolazione piuttosto giovane: circa la metà di essi ha un'età compresa nella fascia 25-39 anni e circa un quinto

sono minorenni (7). Per tale motivo i principali problemi di salute sono "acuti" e quindi essi si rivolgono prevalentemente alle strutture di ricovero per acuti, cioè agli ospedali. Sono infatti le patologie croniche quelle che richiedono prevalentemente l'utilizzo dei servizi del territorio.

Va inoltre considerato che la scarsa conoscenza dell'articolazione e del funzionamento dei servizi sanitari del Paese ospite, la differente organizzazione della medicina di base nei vari Paesi del mondo (vi sono differenze tra gli stessi paesi OCSE: Medici di medicina generale che operano singolarmente come in Italia, Centri sanitari in Finlandia e in Grecia, Centri per le cure primarie in Spagna e in Svezia e in molti altri Paesi del mondo), inducono ad identificare nell'ospedale l'unica porta d'accesso al sistema sanitario.

Un'analisi sull'ospedalizzazione, quindi, può aiutare a dare un quadro, seppur non completo, dei bisogni di salute degli immigrati e stimarne i costi.

¹ Fonte: Age.n.a.s.

Come accennato nell'introduzione, la definizione di "immigrato" non è stata mai condivisa, e questo ha creato analisi statistiche e informazioni se non distorte, sicuramente di difficile interpretazione e poco comparabili tra loro. Pertanto, un lavoro rigoroso è stato fatto per arrivare ad una definizione condivisa, tenendo conto dei dati attualmente disponibili.

Per l'individuazione della popolazione immigrata è stato utilizzato il criterio della cittadinanza, che risulta essere quello che meglio consente di stimarla. Il termine straniero non è sinonimo di immigrato in quanto tra gli stranieri presenti in Italia ci sono anche le persone provenienti dai Paesi europei o extraeuropei a sviluppo avanzato (PSA), assimilabili, pertanto, agli italiani.

Gli immigrati sono coloro che provengono da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM)², siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra Unione Europea.

In questo quadro, abbiamo analizzato la popolazione considerando:

- italiani e PSA (residenti in Italia con cittadinanza italiana e con cittadinanza in PSA);
- immigrati regolari (residenti in Italia con cittadinanza in PFPM);
- immigrati clandestini/irregolari (STP): cittadinanza in PFPM con residenza all'estero.

ALCUNI RISULTATI PRELIMINARI

Il primo quesito a cui si è cercato di dare risposta è: in che misura gli immigrati ricorrono all'ospedale? È stato, pertanto, calcolato il tasso di ospedalizzazione che misura il ricorso alle

strutture ospedaliere di una determinata popolazione.

Occorre considerare che per gli immigrati regolari ci può essere una sovrastima dei residenti presenti e quindi del denominatore, in quanto non sempre i residenti che lasciano l'Italia sono cancellati dalle anagrafi e non è stato calcolato il tasso di ospedalizzazione per gli STP in quanto non si conoscono denominatori attendibili.

Inoltre, non è stato possibile calcolare il tasso standardizzato per età in quanto non è disponibile la popolazione degli immigrati regolari suddivisa per classi di età.

Nella figura 1 si evidenzia che il ricorso all'ospedalizzazione negli immigrati è inferiore a quello dei cittadini italiani e dei PSA proprio perché si tratta di una popolazione giovane e quindi con bisogni assistenziali minori. Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la differenza permane anche se in misura inferiore, a significare che c'è un consumo minore da parte degli immigrati dei ricoveri in regime di day hospital.

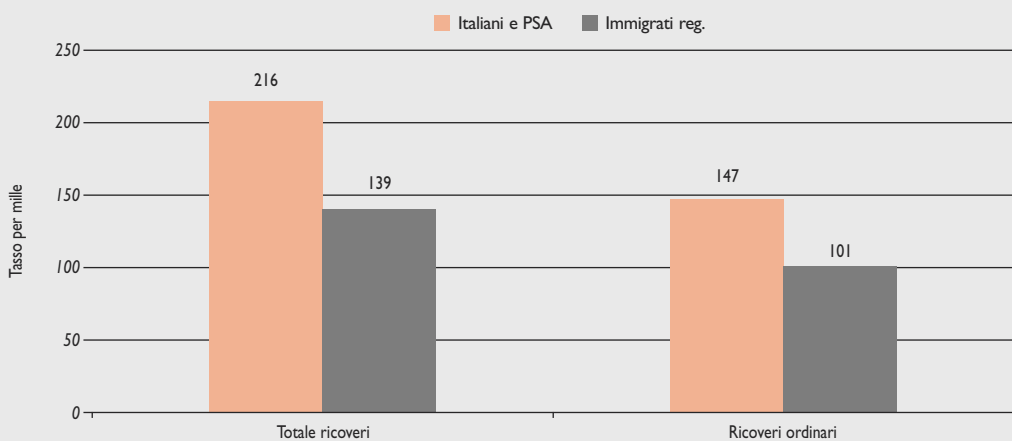
Si è cercato poi di indagare su quanto incide il "consumo" sanitario dell'immigrato e in particolare dell'immigrato irregolare. La figura 2 mostra che la quota di ricoveri degli immigrati regolari sul totale dei ricoveri, negli anni 2003-2005, è del 2,5 per cento; la quota dei ricoveri degli STP è pari allo 0,5 per cento.

Se si analizzano solo i ricoveri ordinari, i risultati rimangono sostanzialmente uguali, con una lieve differenza determinata da un maggior utilizzo della popolazione italiana e di PSA del day hospital (Figura 3).

² Per la lista dei PFPM si fa riferimento alla definizione OCSE.

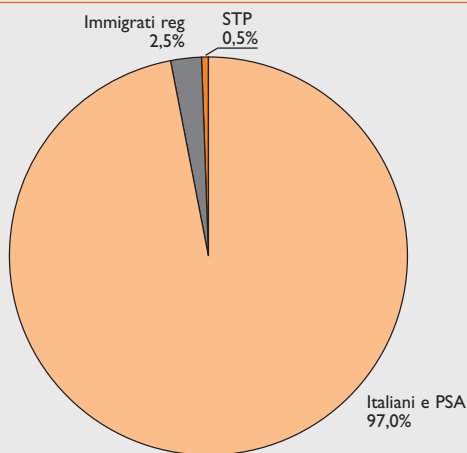
PFPM: Africa settentrionale + Africa orientale + Africa Centro meridionale + Asia occidentale, tranne Israele + Asia Centro meridionale + Asia orientale, tranne Corea del sud e Giappone + America Centro meridionale, + Europa Centro-Orientale + Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania.

Figura 1 - Tasso grezzo di ospedalizzazione per gruppo di cittadinanza. Anno 2005



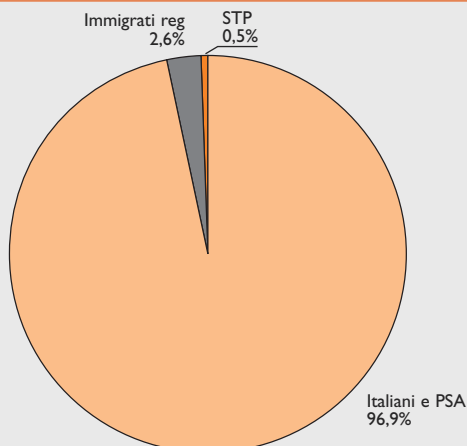
Fonte: Ministero della Salute - Flusso SDO

Figura 2 - Distribuzione percentuale dei ricoveri totali in Italia per gruppi di cittadinanza. Anni 2003-2005



Fonte: Ministero della Salute - Flusso SDO

Figura 3 - Distribuzione percentuale dei ricoveri ordinari in Italia per gruppi di cittadinanza. Anni 2003-2005



Fonte: Ministero della Salute - Flusso SDO

Questi dati nazionali sono confermati, anche per il 2006, a livello locale nelle varie Regioni: in tale anno, la quota di ricoveri ordinari degli immigrati regolari è del 3,9% nella regione Piemonte, del 6,4% nella AUSL di Reggio Emilia, del 3,5% nella regione Marche, del 4,7% nella regione Emilia Romagna, dell'1,4% nella regione Puglia.

La quota dei ricoveri ordinari degli immigrati clandestini risulta essere estremamente bassa, non superando mai l'1% del totale dei ricoveri (0,9% in Piemonte, 0,7% nella AUSL di Reggio

Emilia, 0,5% nelle Marche, 0,8% in Emilia Romagna, 0,2% in Puglia).

Si è poi verificato se in questi ultimi anni ci siano stati cambiamenti, quindi, posto il 2003 come anno di riferimento, si è andati a vedere gli eventuali scostamenti avvenuti negli anni successivi, 2004 e 2005.

Nella figura 4 si nota che nei gruppi italiani-PSA e STP non si evidenziano, nel tempo, differenze sostanziali, mentre per il gruppo immigrati regolari si nota un aumento, in linea con l'aumento di popolazione straniera residente av-

Figura 4 - Andamento dei ricoveri totali nei tre gruppi di cittadinanza. Anni 2003-2005

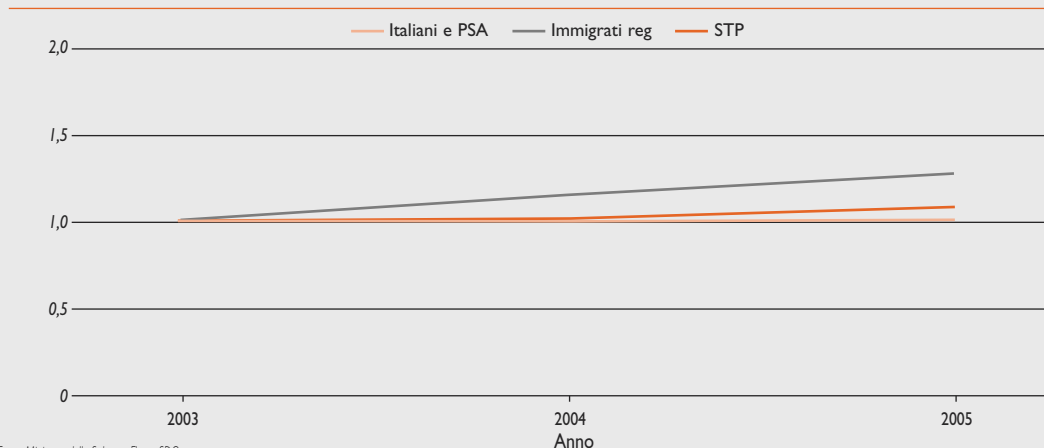
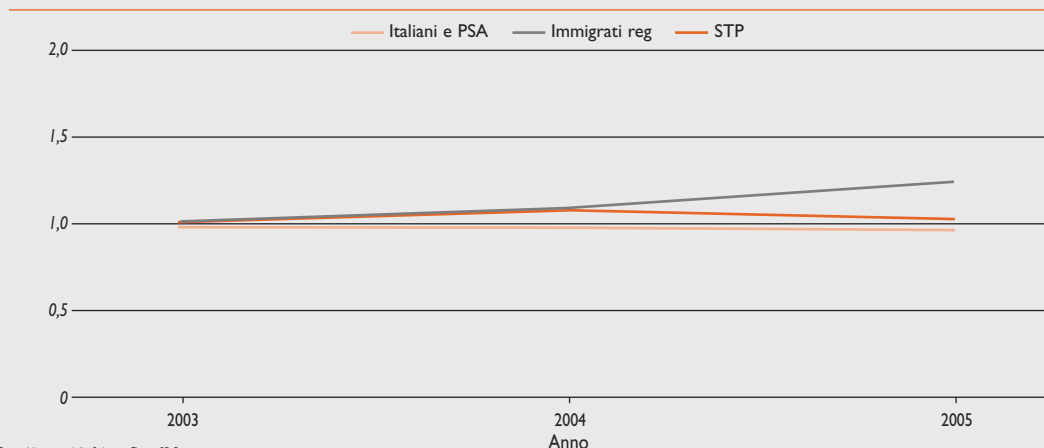


Figura 5 - Andamento dei ricoveri ordinari nei tre gruppi di cittadinanza. Anni 2003-2005



venuta proprio in quel periodo. Tale lieve aumento rispetto al 2003 è conseguente soprattutto ad una maggior presenza della popolazione immigrata femminile.

Nella figura 5, dove vengono analizzati solo i ricoveri ordinari, si conferma il dato precedente.

La modalità di ammissione al ricovero, urgente o programmata, fornisce un'ulteriore informazione sulla tipologia di domanda; è evidente che questo dato è condizionato dall'organizzazione interna degli ospedali, ma quello che interessa non è il valore in sé, quanto il confronto tra i differenti gruppi di popolazione (Figura 4).

Come si vede nella figura 6, per gli immigrati e particolarmente per gli immigrati clandestini, i ricoveri ordinari in urgenza sono la maggioranza rispetto a quelli programmati, mentre per gli italiani prevalgono i ricoveri ordinari programmati. I valori tendono a rimanere costanti negli anni; si rileva una lieve flessione degli STP nel 2004 dovuta ad un problema di codifica in alcune Regioni.

Questo dato può essere spiegato in parte dalla difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari che fa sì che l'immigrato si rivolga ad essi solamente quando il problema di salute si fa più grave e

quindi urgente, in parte dal fatto che le cause più frequenti di ricovero per gli immigrati maschi sono i traumatismi (ICD IX-CM 17), mentre per le donne immigrate le cause più frequenti sono il parto, le complicazioni della gravidanza e del puerperio (ICD IX-CM 11).

Alla luce di questi risultati, si è cercato di comprendere se i ricoveri degli immigrati, proprio perché con una percentuale maggiore di ammissione in urgenza, hanno un peso DRG più alto e quindi un maggior costo relativo.

Nella tabella 1, l'analisi del peso medio conferma le precedenti considerazioni, ovvero che, in media, i ricoveri più onerosi sono effettuati dalla popolazione italiana e PSA in quanto il fattore età è quello che determina i maggiori bisogni. Il maggior valore che si riscontra negli STP rispetto agli immigrati regolari (popolazioni con età medie simili) è da attribuirsi ad un relativo maggior numero di ricoveri in urgenza negli STP.

Infine si è proceduto a stimare i costi dei ricoveri ordinari, utilizzando la valorizzazione che viene usata dalle Regioni per il reciproco rimborso dei ricoveri effettuati fuori dalla regione di residenza, la cosiddetta TUC (Tariffa unica convenzionata) (8).

Figura 6 - Percentuale di ricoveri urgenti ordinari sul totale di ricoveri ordinari per gruppo di cittadinanza in Italia. Anno 2003-2005

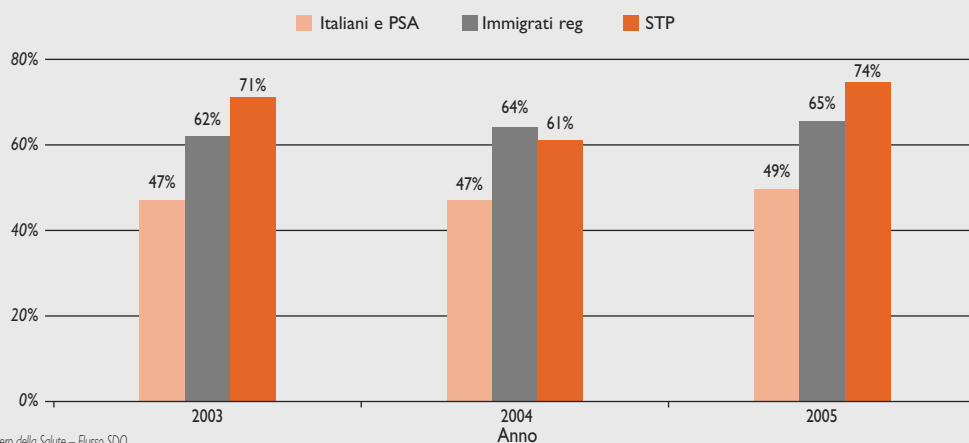


Tabella 1 - Valore e peso medio dei ricoveri ordinari per gruppo di utilizzo. Anno 2005

	valore in migliaia di euro	percentuale sul totale	peso medio
Italiani e PSA	27.001.398	97,2%	1,27
Immigrati reg.	652.982	2,3%	0,97
STP	137.666	0,5%	1,09
totale	27.792.046	100%	

La tabella 1 mostra che le percentuali sono simili al volume di ricoveri ordinari (vedi figura 3); nell'anno 2005 gli immigrati regolari che avevano una percentuale di ricoveri del 2,6% rispetto al totale di ricoveri ordinari, il valore corrispondente è del 2,3%.

CONCLUSIONI

L'analisi dei ricoveri ospedalieri della popolazione immigrata, sebbene non esaustiva ai fini della comprensione complessiva del problema, rappresenta una importante opportunità per conoscere, a livello regionale e nazionale, la domanda di salute, almeno quella legata ai problemi che necessitano di ricovero ospedaliero.

La sola analisi dei ricoveri mostra come gli immigrati, essendo una popolazione giovane, ricorrono molto meno degli italiani al ricovero ospedaliero. Incominciano, tuttavia, ad emergere problemi di salute solitamente presenti nella popolazione italiana di età più avanzata (ad esempio malattie cardiovascolari, tumori) o tipici dei gruppi appartenenti alle classi socio-economiche più svantaggiate e legati a stili di vita e alimentazione insalubri come l'obesità, l'alcoolismo, o a condizioni di povertà come la tubercolosi, per cui il quadro epidemiologico potrebbe cambiare (9-14).

Dalle prime analisi effettuate si può affermare che, dal punto di vista di sostenibilità per il SSN, gli immigrati non sono un problema, sia

per le dimensioni, in quanto consumano circa il 3 per cento delle risorse, sia per la gravità, in quanto si tratta di popolazione giovane e quindi con bisogni contenuti. Di questo 3 per cento lo 0,5 è da addebitare agli irregolari e, fatto importante, tale valore non è aumentato negli anni. Inoltre, è opportuno tener presente che questo dato è calcolato in eccesso, in quanto per i ricoveri per malattia e infortuni erogati ai clandestini/irregolari è previsto il rimborso da parte degli Stati di provenienza (15-17).

A proposito di costi, va ricordato che gli immigrati, sia europei che extra-europei, regolarmente residenti in Italia, hanno diritto all'iscrizione al SSN al pari degli italiani. Essi, infatti, contribuiscono attraverso la fiscalità generale al finanziamento del SSN al pari dei cittadini italiani.

È importante che i Sistemi sanitari regionali portino a termine una valutazione e un monitoraggio dello stato di salute della popolazione, tenendo conto anche della popolazione immigrata ai fini di un confronto e dell'individuazione di soluzioni comuni per l'erogazione dell'assistenza e per la prevenzione. Senza dubbio la salute, che è, nella stragrande maggioranza dei casi, l'unica risorsa su cui gli immigrati possono investire per la realizzazione del progetto migratorio in Italia, rappresenta una ricchezza per tutta la collettività.

Fermo restando che il diritto alla salute è un diritto universale che la Costituzione italiana e

la normativa vigente hanno ben declinato, si tratta anche per la popolazione immigrata di ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro funzionamento e attuando strategie di offerta attiva; pratiche con sicure ricadute positive anche per gli italiani, specie per coloro che sono più vulnerabili.

Abbiamo visto come, al momento, le dimensioni della domanda di salute degli immigrati sono limitate e quindi non destano preoccupazioni, si pone, tuttavia, l'interrogativo su come e se il SSN risponde a questa domanda di salute. Saper rispondere a bisogni di fasce più deboli dal punto di vista socioeconomico è un buon indicatore dell'effica-

cia di un sistema sanitario; rendere il sistema più flessibile nelle risposte, lo rende capace, più efficiente ed efficace nei confronti di tutti i cittadini.

Scopo ultimo di questo progetto è definire una serie di strumenti condivisi per dare l'opportunità di conoscere, a livello regionale e nazionale, la dimensione del problema salute immigrati, per capire dove e come intervenire. Proprio perché si tratta di una popolazione giovane ma a rischio di ammalarsi per un insieme di determinanti sociali ed economiche, gli interventi potranno essere soprattutto di carattere preventivo con una ricaduta positiva anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali.

Bibliografia

- 1 Cardamone G, Inglese S. *Migrazione e malattie mentali nella realtà italiana (1978-1996)*, in Lanternari V, Ciminelli ML. *Medicina, magia, religione, valori*. Napoli, Liguori, 1998.
- 2 Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino, 1997.
- 3 Benedice R (a cura di). *Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsichiatria*, L'Harmattan Italia, Torino, 1999.
- 4 Costa G, Spadea T (2004). *Diseguaglianze di salute in Italia*, in *Epidemiologia e prevenzione*, anno 28 supplemento (3) maggio-giugno.
- 5 Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.
- 6 Geraci S, Malsano B, Mazzetti M (a cura di). *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*, Caritas diocesana di Roma.
- 7 <http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>
- 8 *Compensazione interregionale della mobilità sanitaria*, testo unico versione in vigore per le attività dell'anno 2005. Accordo Stato Regioni e Province Autonome, 2005.
- 9 *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*. Anno 2007. <http://www.ausl.re/home/>
- 10 *Stranieri e salute*. Piemonte. Anno 2005. www.comune.torino.it/prefto/uffici/osservatorio/pdf/12.pdf
- 11 *Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio cesenate*. Anno 2006. www.epicentro.iss.it/territorio/profiloimmigra.pdf
- 12 *L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio*. Anno 2002. <http://www.asplazio.it/?menu=s4>
- 13 *Lo stato di salute della popolazione immigrata nella Regione Marche*. Anno 2002. www.ars.marche.it
- 14 *Problematiche sanitarie dell'Immigrazione*. Regione Puglia. <http://www.oerpuglia.it/>
- 15 Circolare n. 5 Ministero della Salute, 24 marzo 2000.
- 16 Circolare Ministero della Salute, DG RUERI/II/ 12712 11.3.b, 3 agosto 2007.
- 17 Circolare Ministero della Salute, DG RUERI/II/3152/P/1.3.b/1, 19 febbraio 2008.