

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Esclusione sociale

ISSN 1591-223X

DOSSIER

57

Regione Emilia-Romagna
CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Piano Sanitario Regionale 1999-2001

*Rapporto tecnico per la definizione
di obiettivi e strategie per la salute*

obiettivi e strategie per la salute

Esclusione sociale

ISSN 1591-223X

DOSSIER

57

Regione Emilia-Romagna

CDS Aziende USL Città di Bologna e Ravenna

Redazione e impaginazione a cura di: *Federica Sarti*

Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa: *Ravenna, maggio 2001*

Copia del volume può essere richiesta a:

*Centro di documentazione per la salute, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
via Gramsci 12, 40121 Bologna*

tel. 051/6079933 - fax 051/251915 - e-mail: cds@asr.regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet:

<http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/> - box "Dossier"

Il Rapporto è stato curato da un Gruppo di lavoro, costituito con Determinazioni del Direttore generale della sanità della Regione Emilia-Romagna n. 6203/1999 e n. 10000/1999, e composto da:

Giovanna Vittoria Dallari	<i>Azienda USL Città di Bologna - coordinatrice</i>
Teresa Alberti	<i>Azienda USL Città di Bologna</i>
Dimitrios Argiropoulos	<i>Centro Multietnico Navile - Progetto CEE "Rom Europe"</i>
Stefania Aristei	<i>Azienda USL Bologna Sud</i>
Maria Baglioni	<i>Azienda USL di Ferrara</i>
Anna Bai	<i>Azienda USL Città di Bologna, Presidio ospedaliero Bellaria-Maggiore, Servizio sociale</i>
Alma Bertozzi	<i>Azienda USL di Rimini</i>
Cristina Bonetti	<i>Azienda ospedaliera di Parma, Direzione sanitaria</i>
Stefano Borotti	<i>Caritas Piacenza</i>
Claudia Bovini	<i>Prefettura di Bologna</i>
Elda Caldari	<i>Azienda USL Città di Bologna, Progetto obiettivo AIDS</i>
Valeria Calevro	<i>Ospedale psichiatrico giudiziario, Reggio Emilia</i>
Giovanna Castellani	<i>Clinica pediatrica, Università di Bologna Associazione di volontariato SOKOS</i>
Sergio Cecchella	<i>Azienda USL di Reggio Emilia, Distretto di Guastalla</i>
Rabih Chattat	<i>Associazione di volontariato SOKOS</i>
Cristina Comini	<i>Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi</i>
Giovanni Cortesi	<i>Assessorato alle politiche sociali e familiari, Regione Emilia-Romagna, Ufficio tossicodipendenze</i>
Rosa Costantino	<i>Comune di Bologna, Carcere minorile - Servizio immigrazione</i>
Clara Curcetti	<i>Assessorato alla sanità, Regione Emilia-Romagna, Servizio Distretti</i>
Maria Stella D'Andrea	<i>Azienda USL di Reggio Emilia</i>
Sergio Dalesio	<i>Assessorato alla formazione professionale e lavoro, Regione Emilia-Romagna, Direzione generale</i>
Daniela Giuliani	<i>Comune di Modena</i>
Michela Giuliani	<i>Azienda USL di Forlì</i>
Cinzia Ioppi	<i>Assessorato alle politiche sociali e familiari, Regione Emilia-Romagna, Ufficio integrazione sociale e accoglienza</i>
Giulio Lacchini	<i>Azienda USL di Ravenna, ANAAO - SerT</i>
Lorenza Malucelli	<i>Comune di Bologna, Bologna Sicura - Progetto prostituzione</i>
Alessandro Martelli	<i>ASSCOOP</i>
Giorgio Palamidesi	<i>Assessorato alle politiche sociali e familiari, Regione Emilia-Romagna, Ufficio integrazione sociale e accoglienza</i>
Rita Paradisi	<i>Provincia di Bologna, Servizio sociale</i>
Giancarlo Rasconi	<i>SIMMG Ferrara</i>
Stefano Sandorfi	<i>Assessorato alle politiche sociali e familiari, Regione Emilia-Romagna</i>

Anna Rosa Scaramelli	<i>Associazione di volontariato SOKOS</i>
Maria Assunta Serenari	<i>Consulta contro l'esclusione sociale</i>
Paolo Vacondio	<i>Amministrazione penitenziaria di Modena</i>
Viviana Verzieri	<i>Comune di Bologna, Servizio sociale adulti</i>
Alessandro Zanini	<i>Comune di Bologna, Servizio immigrazione</i>
Paolo Zurla	<i>Università di Bologna</i>

Si ringraziano in particolare Stefania Aristei, Clara Curcetti, Lorenza Malucelli, Alessandro Martelli e Rita Paradisi per la collaborazione alla stesura degli Allegati.

Si ringrazia inoltre Valentina Savioli (Azienda USL Città di Bologna) per l'aiuto nella predisposizione delle tabelle.

“Sembra che nessuno voglia riconoscere che la storia contemporanea ha creato un nuovo genere di esseri umani - quelli che sono stati messi nei campi di concentramento dai loro nemici e nei campi di internamento dai loro amici.”

Hanna Arendt, *Ebraismo e modernità*

“E così, (la formica)... deve adattare più volte il suo comportamento alle difficoltà che incontra e spesso aggirare ostacoli altrimenti insuperabili ... affronta ogni ostacolo nel momento in cui vi si imbatte, tenta diverse vie per attraversarlo o aggirarlo, senza preoccuparsi troppo degli ostacoli futuri. ... Se lo consideriamo una figura geometrica il percorso della formica è irregolare, complesso e difficilmente descrivibile. Ma la sua è in realtà una complessità che si trova sulla superficie della spiaggia, non nella formica.”

Herbert Simon, *Le scienze dell'artificiale*

“Così come il ragno con la tela, ogni soggetto intesse relazioni personali con particolari proprietà degli oggetti; i vari fili si intrecciano fino a formare la base dell'esistenza stessa del soggetto.”

Jacob von Uexcull, Norberg - Schulz - 1982

INDICE

	<i>pag.</i>
Presentazione	9
Sommario	11
Premessa	17
1. Il contesto e gli obiettivi	19
2. Strumenti e metodi	21
3. Cittadini stranieri immigrati	23
3.1. Situazione attuale	23
3.2. Carico di malattia	24
3.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori	28
4. Persone che si prostituiscono	31
4.1. Situazione attuale	31
4.2. Carico di malattia	33
4.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori	34
5. Area di esecuzione penale	35
5.1. Situazione attuale	35
5.2. Carico di malattia	36
5.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori	38
6. Povertà e disagio sociale	39
6.1. Situazione attuale	39
6.2. Carico di malattia	41
6.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori	43
7. Le comunità zingare	45
7.1. Situazione attuale	45
7.2. Carico di malattia	46
7.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori	47
8. Criticità e opportunità	49
9. Monitoraggio e valutazione	51
10. Obiettivi e azioni	53
10.1. Obiettivo generale	53
10.2. Obiettivi intermedi	54
10.3. Obiettivi specifici	54
11. Indicatori	57
12. Scheda: Attori, criticità, azioni	59
Bibliografia	63

Allegati	73
A. Cittadini stranieri immigrati	75
1. Situazione attuale	75
2. Carico di malattia	82
3. Risorse	96
4. Obiettivi	97
5. Indicatori	103
A1. Popolazione immigrata a Bologna	105
A2. Azienda USL di Forlì. Attività ricoveri per pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo	145
A3. Azienda ospedaliera di Parma. Analisi dei dati relativi ai pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo	157
B. Persone che si prostituiscono	167
1. Situazione epidemiologica attuale	167
2. Malattie e fattori di rischio	169
3. Strumenti operativi e risorse	173
4. Obiettivi	174
5. Indicatori	176
6. Strategie e interventi	176
C. Area di esecuzione penale	179
1. Situazione attuale	179
2. Carico di malattia	184
3. Strumenti operativi e risorse attualmente disponibili	187
4. Obiettivi	189
5. Azioni mirate	191
6. Indicatori e verifiche	193
D. Povertà e disagio sociale	203
1. Situazione attuale	203
2. Carico di malattia	208
3. Strumenti operativi e risorse	211
4. Obiettivi	212
5. Indicatori	215
E. Le comunità zingare	221
1. Situazione attuale	221
2. Carico di malattia	223
3. Strumenti operativi e risorse	226
4. Obiettivi	227
5. Indicatori	234

PRESENTAZIONE

I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati nella collana Dossier del Centro di documentazione per la salute individuano gli obiettivi prioritari e le strategie di salute della Regione Emilia-Romagna. I Rapporti sono stati elaborati da Gruppi di lavoro intersettoriali composti da professionisti chiamati dalla Regione Emilia-Romagna fra coloro dotati di specifica competenza scientifica ed esperienza professionale.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 fa proprio l'esplicito riconoscimento contenuto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 che una politica per la salute, per poter essere efficace, deve andare oltre una semplice politica di assistenza sanitaria e coinvolgere i diversi settori della società con un potenziale impatto sulla salute. Il PSR 1999-2001 persegue infatti una politica di alleanze e di solidarietà, proponendosi come "agenda integrata di impegni per la salute, aperta al potenziale contributo di tutti i soggetti che assumono impegni per la salute e per i servizi sanitari". A questo scopo esso adotta il sistema della "programmazione negoziata" che vede nei Piani per la salute la sede e il momento privilegiato di attuazione a livello locale.

La prima fase attuativa del PSR 1999-2001 ha avuto luogo attraverso la costituzione di Gruppi di lavoro deputati a tradurre e verificare sul piano operativo il disegno organizzativo e il sistema di relazioni e delle responsabilità prefigurati nel Piano medesimo, individuando criteri e strumenti comuni, utili alla ridefinizione dell'assetto complessivo del sistema di servizi. I documenti prodotti da questi gruppi (riguardanti le linee guida per la formulazione dei Piani per la salute, il Dipartimento di sanità pubblica, l'organizzazione distrettuale e dell'assistenza ospedaliera sul territorio regionale) sono stati assunti in forma di Delibera della Giunta regionale e pubblicati sul BUR del 2 maggio 2000.

Ha quindi fatto seguito la fase di implementazione della politica per la salute e dei suoi principi di intersectorialità, di sussidiarietà e di contestabilità degli impegni rispettivamente presi, particolarmente in ordine alla selezione di aree di intervento prioritarie a livello locale all'interno delle quali definire obiettivi rispondenti ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, gli strumenti, le metodologie e le modalità di azione. Questa fase ha visto la specificazione più dettagliata degli obiettivi di salute da perseguire e delle strategie più idonee per raggiungerli attraverso un'altra serie di Gruppi di lavoro intersettoriali che hanno affrontato i contenuti tecnici e operativi. I Rapporti tecnici per la definizione di obiettivi e strategie per la salute che vengono pubblicati in questa collana rappresentano appunto i programmi e le strategie di salute che la Regione Emilia-Romagna propone alle Aziende sanitarie e alle Conferenze sanitarie territoriali, queste ultime nella loro veste di promotori e guida nella elaborazione e attuazione dei Piani per la salute.

Data la complessità tecnica di questi Rapporti e i contenuti scientifici spesso non immediatamente accessibili ai non specialisti della materia, l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna sta elaborando due documenti di sintesi che raggruppano tra loro i diversi Rapporti, allo scopo di renderli strumenti operativi più efficaci nelle mani di coloro che dovranno formulare e attuare i Piani per la salute a livello locale.

Giovanni Bissoni

Assessore alla sanità, Regione Emilia-Romagna

SOMMARIO

Quali e quanti sono

Cittadini stranieri immigrati

- 1.250.214 immigrati in Italia al 31/12/1998 (+60% variazione 1990-1998); in Emilia-Romagna 83.066.
- Stima di 100.000 di cui extra-UE 89,7%, donne 42,9%.
- 19.008 istanze di regolarizzazione (4,7 sul totale degli stranieri %).
- Flussi diversi nel tempo, etnia e spazio; 110 nazioni di provenienza.
- Flussi inizialmente maschili, con il passare del tempo aumenta la componente femminile e la presenza di bambini (molti nati in Italia).
- Estrema mobilità interna ed esterna (CE, stagionali, nord africani, ...).
- Diversa titolarità di presenza (regolari, irregolari, clandestini).
- L'83,9% dei permessi di soggiorno è per lavoro e per famiglia (nel 1990 erano il 61,8%).

Persone che si prostituiscono

- Da 18.800 a 25.100 presenze stimate nel 1998 in Italia (di cui 2.200 minorenni e per l'80% immigrate/i irregolari).
- 350-570 presenze stimate in Emilia-Romagna (80-95% straniera/i).

Area di esecuzione penale

- 52.363 presenze nelle carceri italiane al 31/12/1998.
- *Turnover* di 9.000 detenuti e 2.870 presenti al dicembre 1998 in Emilia-Romagna.
- Una quota ulteriore (circa 1.500 soggetti), pari al 50% dei reclusi, sconta la pena in extra-muraria.
- *Turnover* di 468 minori l'anno nel carcere minorile regionale di Bologna.
- Presenza quotidiana: 30-35 minori (54,9% italiani; 16,5% nomadi; 28,6% stranieri).
- Permanenza media di 44 giorni.

Povert  e disagio sociale

- Nel 1998 il 16,7% delle famiglie (2.558.000) viveva sotto la soglia di povert  (7.423.000 individui).
- 2.000.000 circa di bambini e ragazzi vivevano in queste famiglie.
- Pi  di un milione di anziani nel 1996 era sotto la soglia di povert .
- Quasi 400.000 madri nel 1993 vivevano sole con figli a carico.
- 2.837.000 disoccupati dei quali 1.937.000 disoccupati di lunga durata nel 1998.

Le comunit  zingare

- 110.000 zingari stimati in Italia nel 1998 (70.000 italiani; 40.000 stranieri) pari allo 0,7% della popolazione.
- 1.851 zingari presenti in Emilia-Romagna nel 1998 (a Bologna 588); 48,6% donne; 71,3% sotto i 30 anni.

I fattori di rischio per la salute

- Mancanza di lavoro e di reddito, sottoccupazione o precariet  occupazionale (scarsa tutela, professioni e condizioni lavorative rischiose, scarsamente o affatto tutelate).
- Assenza di alloggio e inadeguatezza alloggiativa (sovraffollamento, carenze igieniche).
- Assenza di supporto familiare e sociale.
- Clima rigido o diverso.
- Apporto alimentare (sbilanciato, insufficiente).
- Abitudini voluttuarie (fumo, alcool, tossicodipendenza).
- Discriminazione razziale.
- Difficolt  nell'accesso ai Servizi sanitari.
- Malessere psicologico legato alla condizione di esclusione (isolamento, nostalgia, sradicamento, lontananza dagli affetti, fallimento del progetto migratorio).
- Irregolarit  giuridica, rischio di devianza (microcriminalit ).

Le diverse fragilit  si accumulano e si potenziano reciprocamente nel passaggio da una esclusione circoscritta a un solo aspetto a un vero processo di segregazione. Di solito ogni singolo soggetto pu  presentare contemporaneamente pi  di una problematica: storie di disoccupazione, violenza, reclusione, malattia mentale, dipendenza da droghe o da alcool, *handicap*, clandestinit .

Le aree critiche

<i>Condizioni fisiologiche</i>	Gravidanza e ambito materno-infantile; fortemente incidenti nei CSI e differenziate dalla popolazione residente in molte caratteristiche.
<i>Condizioni patologiche</i>	Malattie infettive e parassitarie (TBC, AIDS, MST), traumi e infortuni, disagio psichico e abusi; a bassa consistenza numerica, ma importanti per la scarsa preparazione e dimestichezza dell'operatore sanitario nel gestire terapie, rapporti, stati d'animo, condizioni sociali e relazioni inconsuete.
<i>Condizioni sociali</i>	Mancanza di abitazione e famiglia, clandestinità, disoccupazione, prostituzione e detenzione; fortemente incidenti e spesso associate alle condizioni precedenti, divengono vere e proprie <i>noxae</i> patogene.
<i>Fattori culturali</i>	Scarso valore attribuito alla tutela della salute, diversi sistemi biomedici di riferimento, sotto-utilizzo delle strutture sanitarie territoriali per scarsa attenzione alla medicina generale e preventiva, conseguente uso improprio del Pronto Soccorso e del ricovero ospedaliero.
<i>Fattori relativi ai servizi</i>	Difficoltà di accesso (sussistenza, consapevolezza ed effettivo esercizio), carenze comunicative (linguistiche e culturali), burocrazia.

Perché occuparsene

I gruppi socio-economici più disagiati hanno un rischio di ospedalizzazione ordinaria più elevato del 50% della popolazione generale, spiegato dal diverso stato di salute e da un'assistenza ambulatoriale inadeguata. Sono più frequentemente sottoposti a interventi chirurgici evitabili (appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia) perché sono più vulnerabili all'offerta di prestazioni inappropriate.

Per quasi tutte le cause di morte, in particolare per quelle associate a stili di vita insalubri (tumore del polmone, cirrosi), a lunghe esperienze di povertà e svantaggio sociale (malattie respiratorie e tumore dello stomaco), al disagio sociale (suicidi, morti droga-correlate), alle difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili), si osserva che la mortalità cresce in ragione inversa delle risorse sociali di cui gli individui dispongono.

È dimostrata una riduzione significativa della speranza di vita media, con profili di mortalità particolarmente sfavorevoli per i fruitori di intervento economico del servizio sociale.

Le politiche di contrasto delle disuguaglianze nella salute e sistema sanitario

- Esercitare un ruolo di *advocacy*.
- Effettuare il monitoraggio e la correzione delle disuguaglianze di accesso alle cure appropriate, sicure e tempestive.
- Finalizzare le attività di promozione della salute alla correzione delle disuguaglianze nella salute.
- Sviluppare politiche sanitarie integrate.
- Riorientare i servizi alle esigenze e priorità locali.
- Privilegiare la formazione del personale.

Breve glossario

P. di S.	permesso di soggiorno
STP	stranieri temporaneamente presenti
PVS	paese in via di sviluppo
PSA	paese a sviluppo avanzato
SDO	scheda di dimissione ospedaliera
CC	casa circondariale

Il Gruppo di lavoro continuerà il suo lavoro per:

- aggiornare i dati al dicembre 1999 (oggi ancora non è possibile per tutti i *target*);
- definire alcuni indicatori essenziali per monitorare l'andamento dell'applicazione dei piani;
- verificare i ritorni sugli indicatori forniti dalle Aziende all'Assessorato, cioè monitorare non solo l'applicazione, ma anche i risultati conseguiti;
- costituire un punto di riferimento al quale rivolgersi per: migliorare la comprensione e le conoscenze sui contenuti del documento, ricevere la bibliografia citata, acquisire informazioni su eventuali altre esperienze applicative, per la progettazione, per elaborare azioni e strumenti mirati;
- formulare proposte condivisibili relative all'applicazione della Circolare ministeriale del 18/4/2000;
- organizzare eventuali incontri di condivisione/formazione *bench-marking* sugli esclusi.

PREMESSA

La complessità dell'organizzazione sociale nella società industriale avanzata richiede una ridefinizione dei parametri di base ai quali riferire il concetto di povertà; esso infatti non è più correlato solo al reddito, ma a una molteplicità di fattori culturali e sociali, oltre che economici, la cui risultanza è l'emarginazione.

“Povero” non è più soltanto chi non dispone di mezzi sufficienti a soddisfare le esigenze primarie di vita, ma anche chi vive in una situazione di deprivazione culturale e motivazionale, cioè di marginalità, che lo colloca in luoghi difficilmente raggiungibili dalla normale comunicazione sociale. Sempre più il concetto di povertà si configura quindi come non pieno godimento della cittadinanza e si correla al concetto di esclusione sociale.

Di conseguenza, anche le implicazioni sanitarie connesse a questa condizione di vita aumentano e si complicano rispetto al passato. Alle malattie tipiche di situazioni di sottosviluppo (infettive, ambientali, da carenze alimentari), si sono aggiunte altre patologie maggiormente legate a caratteristiche specifiche della società contemporanea, quali l'AIDS, le sindromi psichiatriche, le tossicomanie (alcolismo, tossicodipendenza, abuso di farmaci).

Sono questi i contesti di separazione in cui spesso convivono più differenze, quali:

- la differenza culturale originaria dei gruppi,
- la povertà,
- la differenza nel percepire e affrontare la malattia,
- la salute mentale e l'*handicap*,
- la cultura, che si autoalimenta nel contesto di separazione,
- la devianza che diviene espediente di integrazione,
- la debolezza della proposta istituzionale per l'integrazione.

Ed è in tali contesti che le differenze si combinano tra loro e con il vissuto della cultura del gruppo di appartenenza.

La risposta al bisogno di salute esige quindi un intervento che parta dal riconoscimento esplicito del bisogno stesso. Una risposta, anche su poche unità, diventa in questo contesto un'azione preventiva, capace di agire non solo sul soggetto, ma anche sui membri della famiglia, in particolare sui minori e, più in generale, sulla collettività che accoglie.

I soggetti deboli chiedono alle istituzioni pubbliche di analizzare i loro problemi, e di agire in modo unitario e sintetico per soddisfare i loro bisogni di salute.

Proprio per la complessità dei problemi che tali quadri implicano e per evitare di fornire risposte inadeguate a utenti particolarmente fragili, occorre agire con interventi integrati verso il cittadino stesso, attraverso un approccio multidisciplinare. L'integrazione deve essere intesa nella sua complessità, come riconoscimento delle differenze individuali e delle differenze etnico-culturali, come ricerca di possibili equilibri basati sull'incontro, che possano permettere la convivenza fra tutti i cittadini.

Appare inoltre necessario costruire alleanze sul territorio, passando dall'operatività di emergenza alla programmazione di interventi per lo sviluppo della società e delle sue istituzioni, al fine di cercare le strade per un'autentica promozione sociale e sanitaria. Questa deve essere autentica e decisa non per motivazioni esclusivamente umanitarie, ma per consentire il progressivo riassetarsi dell'ordine sociale che potrebbe essere compromesso dall'accelerato processo di globalizzazione e dal conseguente allargamento della cittadinanza, secondo quanto espresso anche nella Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria che recita al punto III:

“La promozione e la tutela della salute delle persone è indispensabile per un intenso sviluppo economico e sociale e contribuisce a una miglior qualità della vita e alla pace mondiale.”

Per raggiungere questo risultato è indispensabile un impegno incisivo e sistematico di tutti gli interlocutori interessati, a partire dagli Enti locali di riferimento nei territori in cui si opera; occorre sviluppare un interesse sulla questione della salute, a partire dall'accettazione/riconoscimento del valore dell'alterità, rifiutando e contrastando quel principio dell'omologazione che si impone ancora come determinante e che ha delineato “l'altro” dell'Occidente contemporaneo. Infatti chi non può consumare perché zingaro, povero, immigrato, carcerato o prostituito, così come chi non raggiunge determinati livelli di produttività, è escluso dalla società dei soggetti di diritto. La sua diversità, la sua incapacità di omologarsi, lo rende ancora inaccettabile.

I principi guida

- La salute come bene fondamentale
- Universalismo
- Eguaglianza
- Solidarietà
- Dignità e salvaguardia della persona
- Efficienza
- Equità
- Promozione della salute
- Autorealizzazione ed *empowerment* dei cittadini utenti
- Appropriatezza
- Integrazione

1. IL CONTESTO E GLI OBIETTIVI

Il lavoro del Gruppo si colloca all'interno dello scenario delineato dagli ultimi Piani sanitari regionale e nazionale (PSN e PSR).

Il PSN pone i seguenti obiettivi principali da raggiungere nel triennio 1998-2000:

- l'accesso all'assistenza sanitaria deve essere garantito a tutti gli immigrati, secondo la normativa vigente, in tutto il territorio nazionale;
- la copertura vaccinale garantita alla popolazione italiana deve essere estesa alla popolazione immigrata.

Invita inoltre a sviluppare le seguenti attività:

- attivazione di strumenti sistematici di riconoscimento, monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute degli immigrati, anche valorizzando le esperienze più qualificate del volontariato;
- formazione degli operatori sanitari finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute;
- organizzazione dell'offerta di assistenza volta a favorire la tempestività del ricorso ai servizi e la compatibilità con l'identità culturale degli immigrati.

Il PSR 1999-2001 prevede due tipologie di obiettivi:

“nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria fra le priorità prevede la riorganizzazione delle reti dei servizi e degli interventi sociali, sia per mantenere i livelli di assistenza raggiunti, sia per sviluppare nuovi ambiti di azione per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione e per l'emergere di nuove categorie di bisogni e inedite priorità. In particolare i nuovi bisogni legati all'accoglienza e all'integrazione di fasce svantaggiate di popolazione, che spesso vengono a configurarsi come vere e proprie emergenze (nuove povertà, immigrazione, nomadi).

Migliorare la qualità della vita nei soggetti a rischio di emarginazione richiede sia il rafforzamento delle capacità di assunzione di responsabilità ed autonomia, sia il miglioramento delle condizioni di benessere sociale ed ambientale.

In tale contesto si inseriscono gli interventi efficaci di promozione della salute che richiedono obiettivi condivisi ed una progettualità, che, pur facendo capo a soggetti diversi (Enti locali e Aziende USL) preveda modalità di coordinamento e comunicazione tali da consentire l'effettiva messa in rete delle risorse e delle diverse competenze istituzionali e professionali.

Nell'ambito dei progetti speciali il PSR si preoccupa della salute dei cittadini stranieri immigrati, pone l'obiettivo di migliorare l'accesso e l'accessibilità al SSN, e, conseguentemente, ridurre l'esclusione dai servizi sanitari, tramite azioni concertate tra soggetti pubblici, del privato sociale e volontariato.”

2. STRUMENTI E METODI

Il Gruppo di lavoro ha svolto il suo mandato in tappe successive:

- descrizione del fenomeno dell'esclusione sociale, delle sue diverse cause e componenti, della situazione attuale dei servizi e degli interventi offerti;
- rilevazione dei bisogni emergenti e dei relativi fattori determinanti;
- formulazione degli obiettivi di salute;
- strutturazione di possibili soluzioni mirate.

I bisogni della popolazione di riferimento sono molto differenziati: si è pertanto deciso di focalizzare l'intervento su cinque differenti popolazioni *target* fra quelle individuate nell'ambito del PSR. La complessa problematica è stata quindi affrontata delimitando alcune aree di analisi connotate per:

caratteristiche soggettive cittadini stranieri immigrati,
persone che si prostituiscono,
comunità zingare;

o per

aree di condizioni oggettive povertà e disagio sociale,
area di esecuzione penale.

Qui di seguito si rappresentano per ciascuna delle cinque diverse popolazioni *target*:

- situazione attuale,
- carico di malattia,
- strumenti operativi e risorse; alcuni indicatori specifici per popolazione *target*.

Vengono poi trattati congiuntamente per tutta la popolazione a rischio di esclusione sociale i seguenti aspetti:

- criticità e opportunità (*Capitolo 8*),
- monitoraggio e valutazione (*Capitolo 9*),
- obiettivi e azioni (*Capitolo 10*),
- indicatori per la valutazione (*Capitolo 11*).

3. CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI

3.1. Situazione attuale

3.1.1. In Europa e in Italia

All'inizio del 1997 gli immigrati nei 15 stati dell'UE sfioravano i 19 milioni di unità, con un'incidenza del 5,1% sui 371.654.000 residenti; gli extra-comunitari erano 12 milioni (70% del totale). Si tratta di 5 stranieri ogni 100 residenti; 10 su 100 in Austria, Belgio e Germania e 2,5 in Italia. Se si contano poi i naturalizzati, la presenza aumenta a 26 milioni con un'incidenza del 9% sulla popolazione generale.

Ogni giorno in Europa 1.000 stranieri prendono la cittadinanza europea.

È difficile determinare la reale presenza quantitativa degli stranieri in Italia: secondo le stime della Caritas diocesana di Roma effettuate su dati del Ministero degli Interni, gli immigrati in Italia al 31/12/1998 erano 1.033.235, al 31/12/1999 1.252.000. Una stima complessiva degli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia deve tenere conto dei minori non registrati e di coloro il cui permesso di soggiorno non è stato ancora registrato per ritardi burocratici. Si arriva così ad un totale di 1.250.000 (+17%) per il 1998 e di 1.490.000 (+19%) per il 1999.

Va inoltre considerata la componente irregolare e clandestina (stranieri temporaneamente presenti - STP), quantificata dagli enti più accreditati intorno al 25% dei regolari, pari a 280-370.000 persone.

3.1.2. In Emilia-Romagna

Le presenze straniere in regione nel 1998 erano 83.066, delle quali 47.393 maschili (57,1%) e 35.673 femminili (42,9%). Questi dati non comprendono gli stranieri domiciliati con permesso di soggiorno ma senza residenza, né quelli temporaneamente presenti con residenza o in regola con il permesso di soggiorno in altre regioni italiane. Si devono inoltre considerare gli stranieri non possessori di permesso di soggiorno i quali, per effetto della Legge 286/1998, possono essere fruitori dei servizi sanitari.

La distribuzione territoriale è correlata essenzialmente alla distribuzione delle attività industriali e artigianali e alla disponibilità/prezzo delle case. La maggiore presenza percentuale di cittadini stranieri immigrati non si osserva nei capoluoghi, ma nei comuni più piccoli a ridosso di alcuni capoluoghi: in particolare nel triangolo Reggio Emilia (15,39%), Modena (17,39%), Bologna (30,06%) che si estende a nord-ovest e a

sud-est. Altri piccoli comuni a presenza straniera relativamente alta sono vicini a Parma (10,26%) e a Rimini (3,02%).

Al dicembre 1997 risultano assunti con regolare contratto 21.738 lavoratori immigrati, con un aumento del 15,4% rispetto all'anno precedente: più della metà è occupata nell'industria (soprattutto metalmeccanica); segue il commercio con il 21,4% e l'edilizia con il 13%. Il fenomeno è prevalentemente maschile, ma presenta una crescita consistente anche della componente femminile (aumento del 14,3% nel Nord Italia, da 30.410 a 34.758), che trova impiego nei servizi e in particolare nel servizio domestico.

Nel 1998 sono stati effettuati 25.502 (+6%) avviamenti al lavoro per immigrati, dei quali il 72,6% provenienti dall'Europa; il 9,6% dall'Africa; l'11,6% dall'Asia/Oceania; il 6,2% dall'America. A questi dati vanno aggiunti 4.649 imprenditori (di cui 2.622 lavoratori autonomi), che rappresentano l'1,28% delle imprese di persone sul totale regionale, i lavoratori con contratti speciali, impiegati a scadenza stagionale, soprattutto nel settore agricolo, e i rapporti di lavoro in nero.

Tre province (Bologna, Modena e Reggio Emilia) riuniscono esattamente due terzi degli immigrati stranieri impiegati come lavoratori dipendenti. Questo livello di concentrazione è superiore a quello della popolazione immigrata residente.

3.2. Carico di malattia

Il profilo sanitario dell'immigrato è rappresentato da un patrimonio di salute sostanzialmente integro, sia per la giovane età, sia per l'autoselezione che precede la migrazione pionieristica, cui si associa un buon livello di istruzione (effetto migrante sano). Su questo patrimonio si innestano però

- patologie da degrado,
- patologie della povertà (scabbia, TBC, pediculosi, ecc.),
- patologie da importazione (malaria, m. di Lyme, amebiasi, ecc.),
- patologie a lunga incubazione (lebbra, ecc.),
- false patologie da incomprendimento (problematiche comunicative e culturali).

Per la popolazione italiana, il rischio infettivo per trasferimento di agenti infettanti da paesi ad alta endemia è ridotto o controllabile; specifici problemi originati nel paese di partenza possono invece aggravarsi, soprattutto nelle persone di recente immigrazione (fasi di trasferimento con mezzi di fortuna, condizioni disagiate di accoglienza e primo inserimento, alimentazione, clima e condizioni lavorative).

I principali fattori di rischio per la salute del migrante nel paese ospite sono:

- la mancanza di lavoro e di reddito,
- la sottoccupazione o precarietà occupazionale (scarsa tutela, professioni e condizioni lavorative rischiose, scarsamente tutelate),
- l'inadeguatezza alloggiativa (sovraffollamento, carenze igieniche),
- l'assenza di supporto familiare e sociale,
- la diversità del clima,
- le abitudini alimentari diverse (sbilanciamento, insufficienza, compromissione dello stato nutrizionale),
- le abitudini voluttuarie (fumo, alcool, tossicodipendenza),
- il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato (nostalgia, sradicamento, lontananza dagli affetti, fallimento del progetto migratorio).

L'irregolarità stessa costituisce un fattore di rischio per la salute, come pure la difficoltà di fruizione dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri in Italia nel 1997, i dimessi stranieri erano lo 0,32% (Germania 13%, Albania 8%, Marocco quasi 7%, ex-Jugoslavia quasi 5%, Francia e Polonia poco più del 3% ciascuna, Tunisia 2,4%), con una prevalenza della popolazione femminile (11,1%, di cui il 35% è costituito da donne provenienti dal Nord Africa e più recentemente dall'Est Europa) e infantile, rispetto a una popolazione immigrata prevalentemente maschile.

In ambito regionale i pazienti con cittadinanza straniera da paesi in via di sviluppo dimessi nel 1998 sono 15.902 e rappresentano l'1,84% del totale regionale. Si tratta senza dubbio di un dato sottostimato in quanto le Aziende regionali si comportano in modo molto dissimile riguardo alla compilazione del campo "Cittadinanza". Non è pertanto corretto effettuare una valutazione comparativa sui dati delle diverse Aziende.

Si tratta di ricoveri ordinari nell'80,37% dei casi e di *day hospital* nel 19,63% dei casi (la quasi totalità dei ricoveri in *day hospital* è effettuata per interruzioni volontarie di gravidanza). I pazienti dimessi risultano per il 58,4% di sesso femminile (mentre i residenti stranieri di sesso femminile in regione sono il 42,9%), a differenza di quanto avviene nei dimessi appartenenti alla popolazione italiana (52,9%); per il 50,6% sono di cittadinanza africana, per il 27,3% provengono da paesi dell'Est Europa (come ex-Jugoslavia, Romania, Russia, Albania, ecc.), per il 12% dall'Asia. Il 71,4% dei cittadini stranieri dimessi è residente in Emilia-Romagna, il 4,8% è residente in altre

regioni italiane; sono 3.786 (23,8%) i residenti all'estero, da considerarsi quasi esclusivamente STP.

La casistica individua una prevalenza di ricoveri con DRG di tipo medico (63,9%), 66,3% dei quali effettuati in regime di ricovero ordinario, e una prevalenza di ricoveri con DRG di tipo chirurgico in regime di ricovero *day hospital* (44,9%).

L'assorbimento delle risorse sanitarie, rappresentato dal peso del DRG, risulta invece maggiore nei ricoveri di tipo medico, in particolare per quelli in regime di DH. Presumibilmente nel primo caso si tratta di IVG e nel secondo di parti vaginali.

Esaminando i primi 20 DRG, si nota una prevalenza di prestazioni che riguardano l'ambito materno-infantile [1.572 interruzioni di gravidanza, 1.326 parti vaginali senza complicanze, 620 neonati normali di cui 8,5% STP, per un totale di 5.119 dimissioni, pari al 32,19% della casistica totale (uomini e donne)]. La patologia successiva in ordine di frequenza è quella dell'apparato gastroenterico con 511 dimessi adulti (3,2%) e 281 bambini (1,7%).

Nei bambini si rileva inoltre un'incidenza di bronchite, asma, otite, infezioni alte vie respiratorie (333, pari al 2,09% dei ricoveri) molto superiore a quella della popolazione italiana (0,53%).

È dimostrato un aumentato rischio di parti pre-termine (prima della 37^a settimana) nelle cittadine immigrate (10,83% contro il 4,63% delle italiane) e di mortalità neonatale e infantile (doppia nei figli di genitori stranieri), confermata anche dalla particolare frequenza di ricoveri nei presidi regionali per altre condizioni morbose *ante partum* con o senza complicanze (558).

In tutte le casistiche risulta rilevante la categoria degli assistiti residenti all'estero da paesi in via di sviluppo, pressoché interamente appartenenti al gruppo degli stranieri temporaneamente presenti, che rappresenta circa un terzo della popolazione assistita ed è in aumento rispetto all'anno precedente. Questo dato, unitamente al numero delle domande di regolarizzazione, può costituire un indicatore di *trend* di popolazione assistita.

Si possono rilevare alcune differenze fra le patologie incidenti sulle popolazioni straniere residenti in regione, e quelle che colpiscono più spesso i residenti all'estero (STP). In particolare tra i pazienti della seconda categoria sono più frequenti i ricoveri per stato stuporoso e coma traumatico (57), calcolosi urinaria senza CC (60), aborto con D&C isterosuzione - isterotomia (481).

Nel 1998 le donne immigrate costituivano il 16,1% del totale delle donne che avevano eseguito un intervento di IVG, il 15,1% erano residenti. Il fenomeno ha maggiore consistenza nelle province di Bologna, Modena, Reggio Emilia e Parma.

Anche includendo i soggetti non residenti (STP), si evidenzia inoltre che il tasso di ospedalizzazione dei soggetti immigrati nella nostra regione (113 per 100.000 abitanti residenti) è molto inferiore a quello della popolazione italiana residente (162 per 100.000 abitanti residenti).

Gli accessi di cittadini stranieri al Pronto Soccorso rappresentano il 3-3,5% del totale; solo l'8,3% dei casi è seguito da ricovero. La maggior parte delle patologie rilevate consiste in disturbi gastrointestinali, stati di ansia e ipocondria, cefalea, attacchi di panico e patologie relative a traumi; l'8% è rappresentato da altre patologie.

Le attività ambulatoriali di primo livello sono erogate prevalentemente dalle associazioni di volontariato. Considerando che l'utenza di questi centri rappresenta la frazione di immigrati maggiormente esposta a rischi per la salute, si evidenzia, anche con il conforto di casistiche di centri di assistenza pubblici, che i disturbi prevalenti riguardano patologie acute dell'apparato respiratorio (14,7-20%), digerente (9-13,7%), osteoarticolare (11-17,4%), dermatologiche (7,5-11%), infettive (3-8,1%), psicologico/psichiatriche (1-2,9%). Lo scarso utilizzo dei servizi ambulatoriali in ambito ostetrico-ginecologico si spiega sia con l'ampia offerta di servizi pubblici, sempre consentita anche agli irregolari, sia con la scarsa propensione della popolazione femminile di alcune etnie a utilizzare servizi in cui lavorano operatori di sesso maschile. Alcune esperienze dimostrano una spesa farmaceutica media annuale di circa £ 12.000 per paziente assistito (contro le £ 50.000 dei residenti).

La malattia tubercolare costituisce un tema a parte, perché è legata allo stato di indigenza; essa infatti incide più che nella popolazione italiana. Nel 1998 in regione sono stati notificati 94 casi in cittadini stranieri, che costituivano il 23,5% dei casi totali; nel 1997 i 92 casi denunciati rappresentavano lo 0,11% dei residenti extra-comunitari, mentre i casi di cittadini italiani costituivano lo 0,001% dei residenti.

La TBC colpisce immigrati giovani, disoccupati (74,6%), di sesso maschile; il 56,55% dei casi si ammala dopo almeno un anno dall'arrivo (Caritas Roma, 1997), con forme extra-polmonari nel 30% dei casi, molto superiore agli italiani (Biavati, Bologna: 60 casi di TBC sospetta, pari al 3,5% dei pazienti, di cui: TBC forma attiva 6,6%, pregressa 26,6%).

Anche se da un punto di vista epidemiologico le patologie psichiatriche non occupano attualmente un posto di rilievo, esse sono di estremo interesse per capire l'area del disagio, che è strettamente connessa con l'integrazione. Nonostante vivano in

condizioni generalmente peggiori, gli immigrati sembrano essere meno esposti alla malattia psichiatrica rispetto alla popolazione autoctona. I pochi dati disponibili depongono per una bassa incidenza di disturbi psichici nosograficamente codificabili, ma evidenziano alcuni elementi significativi:

- pochi interventi ordinari, sia come visite ambulatoriali, sia come accessi al PS per prevalente disagio psichico, che abbiano richiesto intervento specialistico; complessivamente pochi ricoveri;
- alti tassi di TSO e di recidive di ricovero; alto numero di ricoveri rispetto all'esiguità dei casi seguiti;
- frequente utilizzo del PS per patologie non organiche (ansia, attacchi di panico, ipocondria), probabile espressione somatica del disagio psichico.

3.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori

I servizi sociali e sanitari pubblici e privati prestano grande attenzione nei confronti di questa popolazione. In ambito regionale esistono numerosi servizi di consultorio pediatrico e familiare; centri per la salute delle donne straniere; servizi di informazione, assistenza e segretariato sociale; centri di prima accoglienza (CPA); associazioni di volontariato (anche di specifiche etnie); consulte, mediatori culturali in forma singola o associata, gestiti con modalità diverse da istituzioni pubbliche.

Tali servizi sono spesso nati sulla base delle risorse esistenti, per rispondere a problemi immediati; sono quindi abbastanza adeguati alle realtà e alle problematiche locali, ma raramente hanno preso in considerazione nel suo complesso il ventaglio dei problemi socio-sanitari, e delle relative soluzioni possibili. Poche sono state fino ad oggi le realtà che hanno attivato un programma; un progetto-obiettivo per la tutela della salute dei CSI; uno specifico momento di programmazione complessivo degli interventi; percorsi assistenziali semplificati e chiari; e tanto meno una rete strutturata fra i diversi attori pubblici, privati e del volontariato.

Molte realtà locali sono portatrici di esperienze progettuali innovatrici che riguardano:

- informazione/formazione dei cittadini immigrati,
- percorsi di facilitazione all'accesso,
- corsi di formazione,
- corsi per mediatori culturali,
- offerta di servizi sanitari a STP.

Gli attori coinvolti sono principalmente le Aziende sanitarie, gli Enti locali, il volontariato (incluse le associazioni di migranti di specifiche etnie), e i sindacati, che hanno attivato programmi integrati attraverso protocolli d'intesa e convenzioni.

Le numerose esperienze nazionali e quelle riportate in letteratura testimoniano l'efficacia degli strumenti adottati [ambulatorio Caritas Roma, centri regionali di riferimento (Lazio e Sicilia), Manchester, Losanna (*Appartenance*)].

Indicatori

- N. stranieri non comunitari residenti.
- Stima degli stranieri irregolarmente presenti.
- N. iscritti al SSN (residenti e non residenti).
- N. accessi al Pronto Soccorso e n. dimessi stranieri per Azienda sanitaria di residenza, sesso, età, cittadinanza e DRG.
- Confronto con i medesimi dati relativi a cittadini italiani.
- Cause di morte.
- N. denunce per malattie soggette a denunce obbligatorie.

4. PERSONE CHE SI PROSTITUISCONO

La prostituzione è oggi strutturalmente un fenomeno internazionale, sia nella popolazione che nei circuiti e nell'organizzazione; inoltre, la mobilità delle donne migranti per sfruttamento nella prostituzione è sempre più in aumento attraverso reti transnazionali da Centro ed Est Europa, Africa, Sud America, Asia. Tale trasformazione, verificatasi per lo più nell'ultimo decennio, ha portato a una pluralizzazione dei soggetti sul lato dell'offerta e anche alla fine delle strategie della qualità dell'offerta (ad es. professionalità, alte tariffe) che avevano caratterizzato la prostituzione italiana degli anni '70, a favore di una strategia che privilegia le basse tariffe e la quantità.

4.1. Situazione attuale

4.1.1. In Italia

Le persone che si prostituiscono costituiscono un gruppo sociale che è sempre sfuggente e difficile da conoscere, tanto più oggi che circa l'80% delle prostitute(i) sono donne (e uomini) immigrati e irregolari.

La stima delle prostitute presenti a livello nazionale nel 1998 varia da 18.800 a 25.100 (11.300 nel Nord), 2.200 minorenni (di cui 2.000 immigrate: 900 albanesi e 300 nigeriane); si conferma quindi il dato nazionale del 1996 diffuso dalla prima ricerca del CENSIS sulla situazione italiana in merito al traffico delle donne immigrate coinvolte nella prostituzione.

4.1.2. In Emilia-Romagna

Sul territorio regionale sono disponibili stime derivate dall'osservazione diretta da parte di diverse agenzie istituzionali (Forze dell'ordine, servizi di Enti locali e del privato sociale).

Il mercato della prostituzione si concentra nella nostra regione nei comuni capoluogo e nelle città, in particolare lungo la via Adriatica (da Ravenna a Rimini) e la via Emilia (da Piacenza a Rimini). All'interno delle diverse zone urbane e metropolitane le Unità di strada e le Forze dell'ordine hanno informazioni dettagliate sulle zone di prostituzione e sui loro cambiamenti e stabilità nel tempo.

Il monitoraggio ad opera delle Unità di strada ha stimato nel 1998 500-600 presenze complessive, di cui 50 a Piacenza, 50 a Reggio Emilia, 130-150 a Modena, 150-200 a Bologna e 100-120 a Ravenna. I dati delle Questure stimano 350-400 presenze nelle cinque città.

Entrambi i dati sono tuttavia in difetto perché non comprendono e non registrano la prostituzione che si svolge negli appartamenti o in altri luoghi chiusi. Le Forze dell'ordine stimano che questa prostituzione invisibile costituisca il 20% del mercato globale. Se fino a qualche anno fa era prerogativa delle donne italiane, la prostituzione in appartamento sta registrando un incremento anche tra le donne straniere che prima si prostituivano in strada. La trasformazione in atto evoca l'aumento del fenomeno sommerso, ancora meno controllabile di quello in strada.

La rilevazione della situazione risulta difficile, anche per alcuni elementi inerenti le condizioni di vita e i comportamenti dei gruppi di diversa nazionalità che compongono il *target*:

- l'85-90% sono immigrate clandestine, spesso non sono in possesso di documenti, vivono in condizione di forte marginalità, se non di sfruttamento o schiavitù vera e propria;
- generalmente hanno un'alta mobilità sul territorio nazionale ed europeo;
- molte di loro praticano un quotidiano pendolarismo tra luogo di abitazione e luogo/luoghi di lavoro.

In strada sono ormai pochissime le italiane (dall'1 al 3%), che spesso sono tossicodipendenti; una consistente fetta del mercato di prostituzione è invece costituita da transessuali e travestiti sia italiani che stranieri.

I principali paesi di provenienza delle straniere che si prostituiscono sono: Nigeria, Albania, Ucraina, Moldavia, Russia, Romania, ex-Jugoslavia, Brasile.

L'età delle donne immigrate che si prostituiscono in strada sta scendendo ed emerge in modo grave il problema della prostituzione minorile. È un fenomeno ampiamente sommerso e sottostimato dagli stessi operatori di strada e dalle Forze dell'ordine per diverse ragioni (scarsa conoscenza della recente Legge 269/1998 contro lo sfruttamento della prostituzione, difficoltà dell'accertamento dell'età, scarsa attenzione alla persona piuttosto che all'atto, mancanza di sensibilizzazione delle vittime rispetto ai propri diritti, pur se appartenenti al mondo della clandestinità, ecc.). Sia il CENSIS che l'esperienza di alcuni progetti territoriali indicano che la prostituzione minorile prevalente è di origine albanese e il fenomeno si connota come una vera e propria tratta dei minori.

Sempre in ambito minorile, vanno presi in considerazione i figli(e) delle prostitute che uniscono alla precarietà di una condizione irregolare, il destino di emarginazione delle madri e il rischio derivante da un processo di crescita in un ambiente affettivamente devastato. Non esistono stime in proposito, ma il fenomeno è significativo considerato anche il numero di gravidanze seguite nei consultori.

4.2. Carico di malattia

Il problema delle malattie a trasmissione sessuale è uno dei problemi sanitari emergenti nella società attuale. La popolazione che si prostituisce rappresenta sicuramente uno dei gruppi più a rischio attivo e passivo di malattie come:

- malattie veneree storiche (sifilide, gonorrea, ulcera molle);
- MST di seconda generazione [infezioni da *Chlamidia*, *Mycoplasmi*, *Trichomonas*, *Herpes Simplex Virus* (HSV), *virus* del Papilloma umano (HPV), *virus* dell'epatite B e C (HBV e HCV) e *virus* dell'immunodeficienza umana (HIV)];
- malattie infettive [ad es. TBC, *virus* dell'epatite B e C (HBV e HCV), scabbia, pediculosi, ecc.].

I determinanti e i fattori di rischio che svolgono un ruolo importante e documentato nella genesi del problema sono:

- alto numero di clienti e alto numero di rapporti sessuali (da 50 a 13 rapporti a settimana - media ponderata 33);
- luoghi di consumo che spesso non garantiscono condizioni igieniche e di *comfort* minime;
- rapporti non sempre protetti (10-25% dei clienti; 45% per i rapporti orali);
- uso inappropriato di farmaci;
- bassa condizione socio-economica;
- limitata accessibilità ai servizi sanitari (alta mobilità, marginalità, difficoltà culturali e linguistiche, controllo diretto dei protettori, clandestinità, funzionamento e regole dei servizi);
- non trattamento del *partner*;
- scarsa *compliance* alla terapia.

4.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori

- Progetti di riduzione del danno, con il ricorso alle Unità di strada, cioè *équipe* di operatori che svolgono attività di contatto precoce, informazione e prevenzione sanitaria e accompagnamento ai servizi in rete, mediazione linguistico-culturale; sono attivi a Bologna (fino al dicembre 1999), Modena, Piacenza, Reggio Emilia, Ravenna.
- Progetti di accoglienza, protezione sociale e inserimento: sono attivi a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Cesena, Rimini, Ravenna e Ferrara per la presa in carico delle donne che vogliono uscire dallo sfruttamento e dalla prostituzione.
- Rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri che hanno sperimentato in ambito regionale alcuni percorsi specifici: è costituita da 8 consultori territoriali per le donne straniere, 5 ambulatori di volontariato medico e 8 Servizi MST e infettivi negli ospedali.
- Percorsi di uscita: una delle difficoltà a tradurre questi percorsi in numeri è la suddivisione annuale dei dati, perché spesso l'inserimento nel programma è più lungo di un anno; risulta complicato trovare adeguate tecniche di rilevazione del fenomeno che, agendo da sensori, permettano di studiare percorsi di intervento efficaci. Comunque, nel 1998 sono stati registrati a livello regionale alcuni dati interessanti:
 - le donne che si sono rivolte ai servizi di accoglienza (482) costituiscono il 48% della popolazione, se si considera una stima regionale di 1.000 unità;
 - il 16% delle donne (159) sono state ospitate presso alloggi protetti, strutture famiglia, istituti, ecc., all'interno del programma predisposto da parte dei servizi che hanno in carico le donne; circa il 17% (44) sono state avviate al lavoro.

Indicatori

- N. donne e n. adolescenti uscite dal mercato della prostituzione.
- N. denunce di malattie a trasmissione sessuale e di altre malattie infettive.
- N. IVG straniere.
- Realizzazione del sistema informativo.
- Incremento dell'utilizzo dei consultori familiari e dei servizi collegati in misura maggiore del 28% sul totale della popolazione *target*.
- N. tesserini STP consegnati dai servizi.

5. AREA DI ESECUZIONE PENALE

L'Area di esecuzione penale coinvolge, in senso stretto, tutte le persone giudicate definitivamente responsabili di fatti illeciti e condannate a scontare una pena; devono però essere inclusi anche i soggetti sottoposti a restrizione delle libertà personali perché accusati o imputati per la commissione di reati, appellanti e ricorrenti, non ancora condannati in via definitiva, che rappresentano un'importante percentuale dei detenuti italiani. La pena può essere scontata in detenzione o in misura alternativa: circa la metà di quanti sono detenuti sconta effettivamente la pena al di fuori del carcere.

Si deve infine operare una netta distinzione tra adulti e minori, trattandosi di due *target* molto differenti per ciò che riguarda strutture, dimensioni numeriche, programmi e modalità di pena e trattamento.

5.1. Situazione attuale

5.1.1. Adulti

Ristretti negli Istituti di pena in Italia

Ad una capienza di 48.285 corrispondevano, alla fine del 1998, 52.363 presenze di cui 2.066 donne (3,9%), 12.787 stranieri (24,4%), 14.264 tossicodipendenti (27,25), 1.648 sieropositivi (3,1%); risultavano inoltre 7.854 soggetti affidati in prova al servizio sociale dalla detenzione e 18.001 dalla libertà.

Si tratta di una popolazione quasi completamente maschile, con una presenza di cittadini stranieri e di soggetti tossicodipendenti decisamente rilevante per le conseguenze epidemiologiche che comporta. È una popolazione giovane adulta con un *range* compreso tra 18-65 anni e una media vicino ai 30 anni per il Centro-Nord, un po' più alta al Sud.

Ristretti negli Istituti di pena in Emilia-Romagna

Gli Istituti dell'amministrazione penitenziaria sul territorio emiliano-romagnolo sono:

- una casa di reclusione (per pene superiori ai tre anni, a Parma),
- nove case circondariali (per pene inferiori ai tre anni),
- due case di lavoro (per misure di sicurezza, a Castelfranco Emilia e Saliceta S. Giuliano),
- un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG, a Reggio Emilia).

In Emilia-Romagna, l'area detentiva ha un alto *turnover* e arriva a coinvolgere circa 9.000 persone l'anno (2.870 presenti alla fine del 1998). Si nota un *trend* in aumento, confermato dai dati nazionali. La prevalenza di cittadini stranieri è marcatamente superiore alla media nazionale.

L'area penale esterna coinvolge in regione circa 1.500 soggetti, i quali, con poche eccezioni, utilizzano per l'assistenza sanitaria gli stessi canali dei liberi cittadini.

La popolazione detenuta è prevalentemente maschile (97,1%); i tossicodipendenti rappresentano il 35,5% (con somministrazione di metadone riservata ai soggetti già in trattamento all'esterno o con sindromi astinenziali particolarmente impegnative).

Da uno *screening* alcolologico effettuato in ambito regionale, risulta che almeno il 27% presenta problemi alcolcorrelati.

5.1.2. Minori

In Italia nel 1998 la presenza media giornaliera era di 30 unità, con una permanenza media di 44 giorni.

Nella regione Emilia-Romagna il CGM (Centro per la giustizia minorile) coordina quattro servizi per la giustizia minorile:

- l'Istituto penale minorile (IPM),
- il Centro di Prima accoglienza (CPA),
- la Comunità pubblica per minori (CPM),
- il Servizio sociale minorenni (USSM); quest'ultimo non pone alcun problema sanitario in quanto non è una struttura a carattere residenziale.

Bologna raccoglie i servizi per la giustizia minorile per l'intera regione.

A Bologna sono presenti quotidianamente 30-35 ragazzi (per complessivi 468 minori nel 1998) dei quali 54,9% italiani (di cui il 7,8% femmine), 16,5% nomadi (di cui il 51,9% femmine) e 28,6% stranieri (di cui il 3% femmine).

5.2. Carico di malattia

Le rilevazioni a livello nazionale e regionale fornite dall'Amministrazione penitenziaria sono limitate a pochissime patologie (infezione da HIV e tubercolosi). Altri dati raccolti sono così eterogenei da non poter essere confrontati.

5.2.1. *Adulti*

In modo schematico e con inevitabili generalizzazioni si possono correlare patologie più frequenti e sottogruppi di detenuti:

<i>tossicodipendenti</i>	sindrome astinenziale, patologia odontoiatrica, patologia respiratoria, infezione da HIV, epatopatia, patologia dermatologica, insonnia e sindrome ansiosa, patologia psichiatrica, artropatia, ectoparassitosi
<i>stranieri</i> (prevalentemente nordafricani)	patologia dermatologica, malattia reumatica con valvulopatia, tubercolosi, insonnia e sindrome ansiosa, patologia psichiatrica, comportamenti autolesivi, ectoparassitosi
<i>donne</i>	infezioni vaginali, condilomatosi genitale, eteroplasia della cervice, insonnia e sindrome ansiosa, patologia psichiatrica

Una larga parte dei soggetti arrestati appartengono alle classi socialmente più svantaggiate, e prestano scarsa attenzione all'igiene e alle misure profilattiche. La condizione di illegalità impone poi ritmi di vita e forzature che non permettono di prendersi cura della propria salute.

I tossicodipendenti sono un sottogruppo molto rappresentato in carcere, e in Emilia-Romagna raggiungono una prevalenza maggiore rispetto al dato nazionale sfiorando il 50% in alcune realtà (Modena, Reggio Emilia, Rimini, Parma CC). I tossicodipendenti che accedono al carcere sono per lo più eroinomani che assumono sostanza per via endovenosa. Le principali patologie riscontrate sono le seguenti.

- Patologie causate dalla sostanza: *deficit* neurologici per effetti tossici sulle strutture del SNC o del SNP, sindromi psichiatriche indotte o slatentizzate, odontopatie, decessi per depressione respiratoria acuta da oppiacei, sindrome astinenziale.
- Patologie causate dalle sostanze da taglio: decessi o danni permanenti per effetto di veri e propri veleni usati come taglio (stricnina), fibrosi polmonare da polveri, infezioni dovute alla setticità dei preparati.
- Patologie causate dalla modalità di somministrazione endovenosa: diffusione di patologie a trasmissione ematogena: infezione da HIV, epatiti virali, lue, ecc.; infezioni locali nella sede di inoculo, setticemie ed endocarditi.
- Patologie causate dallo stile di vita: denutrizione e immunodepressione, tubercolosi, MST come lue, gonorrea, condilomatosi, *herpes* genitale ecc.

La privazione di libertà, la convivenza coatta, l'inattività, la distanza dagli affetti creano un forte disagio psicologico che può indurre sindromi ansioso-depressive reattive o far emergere turbe psichiatriche maggiori.

L'alta promiscuità può favorire la diffusione di ectoparassitosi e malattie infettive. Studi sulla realtà statunitense hanno rilevato una probabilità di contrarre la TBC in carcere 8 volte superiore rispetto all'esterno. Inoltre, la sanità penitenziaria si trova ad affrontare frequentemente le cosiddette patologie funzionali. Spesso questi quadri comportano difficoltà aggiuntive per i medici e spese notevoli per accertare l'organicità delle patologie o smascherare le simulazioni.

Al momento dell'uscita non viene effettuato un bilancio di salute, né una verifica dell'assistenza prestata, che consenta una valutazione per avviare un processo di miglioramento della qualità del servizio erogato in carcere. Non viene altresì rilasciata alcuna documentazione relativa alle prestazioni sanitarie ricevute, da consegnare al paziente per il medico curante.

5.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori

In assenza di linee guida nazionali, di referenti sanitari centrali e di adeguati sistemi per rilevare dati e flussi informativi, si sono sviluppati un po' a macchia di leopardo interessanti modelli periferici che non possono però essere adeguatamente valutati e confrontati, e sono appena sufficienti a garantire una risposta di primo livello. Ci si avvale di medici incaricati e dirigenti sanitari aggregati all'amministrazione, e di figure sanitarie con convenzioni libero-professionali.

In ogni Istituto è presente almeno un medico incaricato; in alcuni (Bologna, Parma, OPG di Reggio Emilia) ve ne è più di uno. Gli specialisti interni convenzionati per le branche maggiori sono presenti in Istituto settimanalmente. Gli psicologi svolgono una funzione di supporto coordinata con i sanitari. I CDT (Centri diagnostici terapeutici) sono una sorta di piccolo ospedale intra-murario e richiedono più personale sanitario.

Si è sviluppata una certa professionalità nella lettura delle specificità ambientali, in particolare nell'Associazione dei medici penitenziari.

Indicatori

- Tempi e modalità di applicazione del Decreto legislativo 230/1999.
- Individuazione di una sede di coordinamento regionale.
- Pubblicazione di documenti di indirizzo per la sanità penitenziaria.
- Attivazione di una lettera di dimissione.
- Redazione della modulistica per la raccolta dati.
- Incontro regionale degli psichiatri presso OPG di Reggio Emilia.

6. POVERTÀ E DISAGIO SOCIALE

Numerosi studi e ricerche, condotti nell'ambito delle scienze sociali ma anche dell'epidemiologia, hanno messo in evidenza un'estensione quantitativa e qualitativa dei fattori di malessere sociale riconducibili a elementi innovativi e aggiuntivi tipici dell'assetto socio-economico che le società post-industriali stanno via via assumendo.

Il concetto di povertà si configura sempre più come non pieno godimento della cittadinanza e si correla al concetto di esclusione, da intendersi non solo come deprivazione economica, ma anche come condizione di problematico godimento ed esercizio di un seppur minimo livello di cittadinanza sociale.

Il concetto di disagio sociale adulto può ricomprendere tanto condizioni di povertà estrema, riferita cioè al rischio di mancanza delle risorse più elementari - a partire da quelle economiche, quanto condizioni di povertà immateriali, tipiche dei contesti urbani e relative alla carenza di integrazione e di relazioni sociali: in altri termini, difficoltà relazionali, motivazionali, di integrazione, di orientamento, di stili di vita, con forme sempre diverse nei singoli soggetti.

Si considera cioè escluso sociale il soggetto che si colloca al di sotto della linea di povertà e non possiede gli strumenti culturali e comunicativi per interagire coi diversi nodi della rete sociale (famiglia, amici, ambiente lavorativo, istituzioni, ecc.).

6.1. Situazione attuale

Dal Rapporto annuale sulla povertà relativo al 1998, sull'intero territorio nazionale risultavano vivere in condizioni di povertà relativa 2.558.000 famiglie, pari all'11,8% del totale, per complessivi 7.423.000 individui, pari al 13% della popolazione, con un'incidenza della povertà del 5,7% al Nord, del 7,5% al Centro e del 23,2% nel Mezzogiorno. Rispetto alle persone (persone povere sul totale delle persone residenti) si hanno i seguenti valori di incidenza: 5,7% al Nord, 7,9% al Centro e 24,5% nel Mezzogiorno. La differenza fra i valori relativi alle famiglie e quelli relativi alle persone è dovuta alla maggiore incidenza della povertà tra i nuclei familiari più numerosi.

I giovani e gli anziani sono i gruppi di età più sfavoriti rispetto alle persone nella fase centrale della vita; si registra infatti la seguente incidenza della povertà nelle diverse classi di età: 16,7% per le persone fino a 18 anni; 13,5% per le persone di età compresa tra i 19 e i 34 anni; 11,4% per le persone da 35 a 64 anni; e 12,4% per persone con 65 anni e oltre.

Se poi ci si colloca del 20% sopra o sotto la linea di povertà, la demarcazione della popolazione tra poveri e non poveri muta considerevolmente.

Secondo le più aggiornate stime, i senza fissa dimora in Italia sono tra i 60 e gli 80 mila. Il fenomeno è presente anche nei medi e piccoli centri, ma è senz'altro più diffuso nelle grandi città ed è legato alla molteplicità delle storie personali: malattia mentale, alcolismo, tossicodipendenze, disoccupazione, sfratti e crisi familiari. Tra i senza tetto - per tre quarti maschi - la componente più giovane, ossia al di sotto dei 35 anni, sfiora il 40% del totale, contro il 45,6% della fascia tra i 35 e i 54 anni, l'11,3% di quella compresa tra i 55 e i 64 e il 5,7% degli ultra-sessantaquattrenni. Il 48,2% non intende avvalersi dei servizi sanitari, mentre la restante parte non li rifiuta ma non sa come accedervi, o trova l'accesso difficile, o vi ricorre solo in situazioni di urgenza (25% dei casi).

Per la metà dei senza fissa dimora, alloggio, ospitalità e denaro sono i tipi di sostegno più richiesti, mentre una percentuale variabile tra un quarto e un terzo chiedono assistenza, accompagnamento e aiuto per le pratiche. Il 25% circa dei senza fissa dimora non è in grado di lavorare, un altro 25% non riesce a trovare lavoro, mentre un terzo non vuole lavorare. Per sopravvivere si ricorre alla pensione, ai sussidi, a qualche lavoretto precario, ma anche all'accattonaggio e al furto. Per facilitare a queste persone l'acquisizione della tessera sanitaria e del libretto di lavoro, alcuni Comuni - tra i quali quello di Roma - hanno permesso di fissare la residenza presso una realtà del privato sociale.

Per l'ambito regionale non sono disponibili dati recenti e/o estensibili all'intero contesto, anche se è significativo che l'Emilia-Romagna continua a essere la seconda regione dopo la Lombardia per reddito disponibile *pro capite*. Alcuni dati tuttavia, seppure frammentari, portano a considerare in aumento il verificarsi di condizioni problematiche per persone (singole o nuclei) che si trovano in particolare difficoltà economica e psico-relazionale.

Le statistiche di attività e utenza a livello regionale mostrano un *trend* di incremento del fenomeno; la maggiore pressione sui servizi non deriva necessariamente da un deterioramento della situazione locale, ma è in parte attribuibile all'attrazione nei confronti di non residenti e/o originari della regione, esercitata tanto dalle prospettive di inserimento occupazionale e sociale, quanto da aspettative di più elevati *standard* socio-assistenziali.

Si riscontra inoltre un aumento del numero di persone in condizione di disagio sociale soprattutto nelle aree più ricche e urbanizzate, in cui la tensione per il problema abitativo è più forte e i costi della vita sono più elevati.

6.2. Carico di malattia

La relazione tra povertà e salute/malattia è molto complessa. Alcuni fattori di rischio favoriscono l'insorgenza e la persistenza di malattie della povertà: le deprivazioni del contesto sociale (soprattutto abitativo-residenziali, del regime alimentare, della dotazione di vestiario e di calzature) e quelle più propriamente di ordine soggettivo e intersoggettivo (problemi di equilibrio, difficoltà di natura relazionale, linguistica e comunicativa in genere). Talvolta, la povertà ha origine dall'insorgenza di alcune malattie che possono causare in alcuni soggetti la perdita del lavoro e/o dell'autonomia psico-fisica e/o della capacità di mantenimento di relazioni sociali stabili o di responsabilità, e impegni di varia natura.

Spesso l'attenzione alla propria salute è residuale; la condizione di escluso rende difficoltoso interpretare correttamente la gravità dei sintomi delle malattie e adottare comportamenti che consentano il buon esito delle terapie prescritte, soprattutto se si tratta di malattie che richiedono un trattamento a medio o lungo termine.

Le difficoltà sul piano psicologico, informativo e cognitivo a intraprendere percorsi burocratici, e le condizioni oggettive e soggettive delle persone in stato di povertà estrema o di disagio sociale rendono non agevole l'accesso a quasi tutti i servizi sanitari, ad eccezione del Pronto Soccorso. In particolare risulta difficile scegliere il medico di base e mantenere con lui un rapporto terapeutico continuativo, anche a causa dei frequenti spostamenti. Si instaura così un circolo vizioso in cui la malattia e la condizione di esclusione sono alternativamente l'una causa dell'altra.

In ambito regionale, sono presenti quasi tutte le patologie individuate in gruppi a rischio studiati di recente anche in altri contesti. Utilizzando i dati di utenza e attività, seppure raccolti con i più diversi criteri e modalità, e le osservazioni effettuate dagli operatori dei servizi pubblici, le patologie rintracciate più frequentemente sono:

- patologie carenziali (soprattutto da malnutrizione);
- patologie infettive (anche veneree e cutanee);
- disturbi vari di carattere neuropsichiatrico;
- patologie dell'apparato digerente;
- patologie dell'apparato respiratorio;
- patologie cardiovascolari;
- particolari patologie da raffreddamento (es. geloni);
- patologie derivanti da incidenti e traumi in genere;
- artrosi e artriti varie;
- parassitosi.

La situazione di povertà e/o di disagio sociale spesso si accompagna alla condizione di tossicodipendenza; non infrequenti sono i casi di epatite e di positività al test HIV, di altre patologie correlate, e anche di tubercolosi e scabbia.

La condizione di senza fissa dimora si associa a un'elevata esposizione a fattori di rischio per la salute, a una maggiore incidenza di malattie e condizioni che richiedono interventi sanitari (compresi traumatismi, violenze, incidenti), a un'insufficiente scolarizzazione, e a una bassa speranza di vita (3-4 volte inferiore alla popolazione generale).

Non disponendo di dati significativi per tutte le realtà regionali, su tali patologie è possibile solo trarre alcune esemplificazioni relative a studi sulla mortalità differenziale condotti negli anni '90 a Torino, Roma, Livorno, Firenze, negli Stati Uniti e in Inghilterra, e a livello nazionale negli anni '80. Da tutti questi lavori emergono disuguaglianze sociali di mortalità intense e regolari. Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato, l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione, ecc., il rischio di morte cresce in ragione inversa rispetto alle risorse sociali di cui gli individui dispongono. Questo vale per tutte le fasce di età, con la sola eccezione dei ragazzi e degli adolescenti. Le disuguaglianze sociali provocherebbero un numero di morti pari a quello di un grave incidente aereo o di un incendio come quello del Cinema Statuto di Torino, che si ripetessero ogni 2-3 settimane.

Queste disuguaglianze si osservano per quasi tutte le cause di morte, in modo particolare per quelle associate a stili di vita insalubri come fumo e alcool (tumore al polmone e cirrosi), a lunghe esperienze di povertà e svantaggio sociale (malattie respiratorie e tumori dello stomaco), a problemi di sicurezza (infortuni e incidenti stradali), al disagio sociale (suicidi, morti correlate alla droga come le overdosi e l'AIDS), alle condizioni di *stress* (malattie ischemiche del cuore) e alle difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili perché curabili).

6.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori

Gli strumenti operativi attivati in regione sono molto diversi. In quasi tutti i contesti provinciali sono stati promossi molti interventi che vedono impegnati le Aziende USL, gli Enti locali e i soggetti del terzo settore, soprattutto le cooperative sociali e il mondo del volontariato, che oltre ad attivare una serie di azioni, prestazioni, servizi e progetti finalizzati a rispondere alle più diverse problematiche, hanno interpretato e monitorato le diverse condizioni di povertà e disagio sociale.

Si ha così una vastissima articolazione di risposte ai bisogni di prima necessità (cibo, pasti, vestiti, posti letto, servizi per l'igiene della persona), distribuzione di farmaci e di presidi sanitari e non, offerta di servizi professionali anche di tipo medico-sanitario, interventi di reinserimento sociale tramite la socializzazione al lavoro, attività di sensibilizzazione nei confronti della comunità sulle espressioni del disagio.

Tuttavia, gli strumenti attivati non sono sempre integrati tra loro, risultando a volte sovrapponibili e a volte lacunosi. Gli individui, in ragione della loro multi-problematicità, possono ottenere più prestazioni, o più volte la medesima prestazione, e rivolgersi anche a più servizi dello stesso ambito territoriale, o di ambito diverso.

La molteplicità e la diversa natura dei soggetti istituzionali coinvolti non offrono all'utenza una connotazione comprensibile e uniforme del tipo di prestazioni erogate e delle modalità con cui esse vengono proposte. Manca una rete operativa formale fra i professionisti delle diverse istituzioni pubbliche, private e del volontariato, che possa contribuire a superare il problema.

Gli interventi focalizzati sull'una o sull'altra problematica non risultano efficaci fino a quando non sono finalizzati a interrompere il circolo vizioso. Piuttosto che creare servizi *ad hoc* è quindi più efficace portare i servizi laddove il disagio sociale trova il suo rifugio e il soddisfacimento dei bisogni primari. È dimostrato infatti che il contatto con le persone emarginate, che solitamente presentano scarse competenze comunicative, è difficoltoso e avviene più facilmente nei punti in cui possono ricevere più servizi (mense, dormitori, ecc.).

In alcune situazioni le prestazioni o i servizi svolti sono di tipo sanitario, come nel caso degli ambulatori di medicina di base (e anche specialistica) a bassa soglia realizzati da associazioni e/o fondazioni private, nei quali vengono effettuate visite ai soggetti (in possesso o meno di tesserini di pronto intervento) che ne fanno richiesta o che sono stati inviati da altri punti della rete (soprattutto dai Centri di ascolto della Caritas).

In altri casi, le attività svolte appartengono, in termini di fini e contenuti, al campo del settore socio-assistenziale: hanno un rilievo sanitario; contribuiscono in vario modo alla prevenzione delle malattie e al loro trattamento una volta insorte; promuovono una migliore capacità di gestione dei vari aspetti della vita quotidiana.

Nel settore dell'emarginazione e del disagio sociale adulto, il ruolo della Caritas è divenuto ormai insostituibile e la sua presenza assume un'articolazione abbastanza simile nelle diverse diocesi della regione. In ogni diocesi è attivo un Centro di ascolto in cui vengono forniti diversi tipi di risposte a esigenze di prima necessità, in alcuni casi anche di carattere medico-sanitario.

Indicatori

- N. progetti presentati per Azienda/anno.
- N. rilevazioni del gradimento dei percorsi per utenti interni ed esterni/anno.

7. LE COMUNITÀ ZINGARE

Il mondo degli zingari è spesso conosciuto attraverso stereotipi e pregiudizi; più spesso però è sconosciuto e circondato da scarso interesse; questa ignoranza coinvolge talvolta anche le istituzioni e i rispettivi operatori.

In questi contesti si alimentano e convivono vari fattori critici: la povertà; la cultura originaria dei gruppi e la cultura che si forma in un contesto di separazione; la devianza come risposta all'emarginazione dal resto della popolazione; e la debolezza della proposta istituzionale per l'integrazione. La cultura tradizionale millenaria, riformulata sulla base della cultura/subcultura del vivere nei campi, risulta estremamente dissimile da quella del mondo dei *gagè* (non zingari) per il modo di percepire e di gestire il corpo, lo stato di salute, di malattia, e in particolare l'*handicap* e le malattie mentali.

7.1. Situazione attuale

7.1.1. In Italia

Gli zingari presenti sul suolo nazionale non sono stati organicamente censiti; non si hanno quindi elementi relativi alla regolarità, alla distinzione fra nomadi e sedentari, al sesso e alle fasce di età. Le presenze stimate nel 1998 erano 110.000, pari allo 0,7% della popolazione; di queste, 70.000 (63,6%) erano cittadini italiani, 40.000 stranieri (36,4%). I continui flussi migratori fanno supporre che questi numeri siano destinati quanto meno a duplicarsi.

7.1.2. In Emilia-Romagna

L'indagine sulla popolazione zingara curata dalla regione Emilia Romagna, al novembre 1998 non ha rilevato tutti gli zingari Rom residenti nei centri di prima accoglienza per profughi della ex-Jugoslavia (384 nel febbraio 1998), gli zingari che vivono in aree di loro proprietà, e quelli che vivono in aree abusive con o senza permesso di soggiorno che, solo a Bologna, sarebbero 180.

Nelle aree sosta sono state accertate 1.851 presenze, delle quali 588 nell'area metropolitana di Bologna. Sul totale dei rilevati, 950 sono maschi, 901 femmine; il 38,88% ha un'età da 0 a 14 anni, il 23,56% è giovane adulto, il 25,23% ha da 31 a 60 anni. A causa dei matrimoni in età precoce e delle continue gravidanze, le donne fra

i 15 e i 30 anni rappresentano il 16,1% della popolazione zingara e il 33,07% del totale delle donne rilevate.

Dal confronto dei dati regionali aggiornati al 1998 con l'analoga rilevazione dell'agosto 1996, risulterebbe nei due anni un calo delle presenze a livello regionale pari a 70 persone. In realtà è invece indiscutibile l'aumento della presenza di zingari nel territorio emiliano-romagnolo dovuto al recente esodo dai territori della ex-Jugoslavia. Le aree di maggiore concentrazione sono Bologna (588), Modena (351), Reggio Emilia (343), Piacenza (142) e Rimini (192).

Le aree sosta pubbliche sono dotate di servizi ad uso comune, spesso in misura ridotta rispetto alle esigenze; le *roulotte* sono di proprietà degli zingari. Lo stesso vale per le aree dei Rom jugoslavi regolarizzati ai sensi della legge sull'immigrazione. L'equazione "zingaro uguale nomade" non considera il fatto che i Sinti emiliani sono stanziali da ormai tre decenni, mentre i Rom jugoslavi non hanno mai praticato il nomadismo.

7.2. Carico di malattia

A livello regionale non esistono rilevazioni generali sullo stato di salute degli zingari. Dall'esperienza diretta e dalla letteratura sull'argomento, è però possibile delimitare le aree di rischio sanitario, tenendo presente che su questo tema c'è totale concordanza nella letteratura di diverse parti del mondo. Le patologie che hanno maggiore incidenza fra questa popolazione sono diverse a seconda della fascia di età.

Nella prima infanzia: malattie respiratorie, dermatologiche, esantematiche, gastro-intestinali, del cavo orale; basso peso/bassa statura, disturbi del comportamento alimentare, traumi da incidenti domestici.

Nei giovani adulti: sindromi gastro-intestinali, ipertensione, traumi da incidenti domestici e automobilistici, malattie ginecologiche, malattie del cavo orale, disturbi del comportamento alimentare, disagio psicologico.

Negli adulti: disturbi cardiocircolatori, disturbi osteo-articolari, patologie respiratorie croniche, infezioni alle vie urinarie; malattie metaboliche, ginecologiche, del cavo orale, della tiroide, degenerative; incidenti ed esiti, disturbi del comportamento alimentare, stato ansioso.

Tutte le patologie sono spesso acute dal fatto che gli zingari tendono a non riconoscere o a sottovalutare i primi sintomi della malattia, a nascondere agli estranei alla famiglia perché motivo di vergogna: questo atteggiamento diventa il principale fattore di rischio, sul quale occorre intervenire in via prioritaria per raggiungere gli obiettivi di salute.

Costituiscono fattori di rischio per la salute degli zingari soprattutto:

- le condizioni di vita nei campi con le relative situazioni logistiche, igienico-sanitarie e di sicurezza;
- la promiscuità e la stretta convivenza con numerosi animali di specie diverse;
- lo scarso accesso ai servizi sanitari per la difficoltà a seguire percorsi burocratici non sempre semplici;
- lo stato di povertà, che spesso provoca disturbi del comportamento alimentare.

Il disagio mentale non è stato provato ed è difficilmente verificabile dai servizi, per la mancanza di tecnici del settore in grado di distinguere fra codice culturale e disagio psichico.

Per i minori con problemi di *handicap*, i servizi socio-educativi e di sostegno psicologico, anche quando si verifica la presa in carico, non sempre hanno gli strumenti per intervenire in un contesto culturale differente e specifico con l'efficacia e il coinvolgimento che caratterizza l'abituale *standard* qualitativo.

Particolare attenzione richiede la fascia di popolazione femminile che va dai 15 ai 35 anni di età (circa 400 in regione), soprattutto per quanto riguarda le ripetute gravidanze, vissute senza consapevolezza dei bisogni connessi a questo stato.

7.3. Strumenti operativi e risorse. Indicatori

I servizi ospedalieri e territoriali nel loro insieme non sempre sono consapevoli della differenza della cultura zingara, spesso non conoscono le specificità socio-culturali di questa etnia, in particolare riguardo alla percezione della malattia e ai sistemi di cura, tradizionali e non.

Più esperti in questo ambito professionale risultano i servizi di consultorio pediatrico e familiare; non sono invece stati attivati servizi sanitari a bassa soglia o *ad hoc*.

Per intervenire efficacemente sono necessari interventi contemporanei, articolati su vari livelli, con il diretto coinvolgimento degli zingari. Fra le risposte offerte diviene quindi prioritaria quella informativo-educativa, che consenta agli zingari di riconoscere i bisogni veri di salute.

Fra l'altro, in questo contesto, una risposta fornita a poche unità assume un più ampio carattere preventivo, perché è efficace non solo sul soggetto, ma anche sui membri della famiglia e in particolare sui minori.

Va infine rilevata l'importanza sociale delle terapie odontoiatriche che, oltre a rispondere a esigenze estetiche, rappresentano una questione di *status symbol* per la comunità di appartenenza. Intervenire a partire dalle malattie del cavo orale può costituire un primo passo per stabilire e approfondire la comunicazione sui temi della salute.

Indicatori

- N. gravide seguite con protocollo regionale/parti di soggetti seguiti dai servizi sociali pubblici e dal volontariato.
- N. e tipologia delle prestazioni erogate in ambito odontoiatrico.
- N. interventi di educazione alla salute/campo/anno.
- N. animali censiti (anagrafe).
- N. vaccinazioni e/o interventi di profilassi sugli animali eseguiti.
- N. interventi di sensibilizzazione/formazione sui rischi sanitari e sulle modalità più adeguate di trattamento e convivenza con gli animali.

8. CRITICITÀ E OPPORTUNITÀ

Le criticità e le opportunità, gli obiettivi, le azioni e i sistemi di valutazione qui di seguito presentati, riguardano l'insieme delle popolazioni a rischio di esclusione sociale.

I dati relativi alla prevalenza e incidenza delle diverse patologie e allo stato di salute dei soggetti a rischio di esclusione totale sono raccolti in modo dissimile nelle varie realtà; l'alta mobilità di questi soggetti aumenta la disomogeneità e i fattori di confondimento. Pertanto, nella maggioranza dei casi non è possibile fornire un'indicazione numerica di riduzione dei problemi. Nel primo periodo di applicazione del Piano vengono effettuate analisi descrittive coerenti, in particolare a livello provinciale, e successivamente sarà possibile quantificare gli obiettivi.

Per alcune popolazioni *target* è possibile perseguire obiettivi comuni; per altre è invece necessario prevedere interventi peculiari; per alcune è più definita l'area delle patologie da cui sono colpite, per le quali risulta possibile programmare interventi mirati di prevenzione e di promozione della salute.

Il sistema dell'offerta è rigido, non uniforme, frammentato, ricco di ostacoli per coloro che sono dotati di minori competenze e abilità sociali.

I servizi attuali sono spesso nati sulla base delle risorse esistenti nel territorio, per rispondere a problemi immediati; risultano quindi abbastanza adeguati alle realtà e alle problematiche locali, ma difficilmente hanno preso in considerazione nel suo complesso il ventaglio dei problemi socio-sanitari, e delle relative soluzioni possibili. Poche sono state fino ad oggi le realtà che hanno attivato un programma, un progetto obiettivo per la tutela della salute dei soggetti a rischio di esclusione sociale; uno specifico momento di programmazione complessiva degli interventi, di percorsi assistenziali semplificati e chiari; e tanto meno una rete strutturata fra i diversi attori pubblici privati e del volontariato. Inoltre, non tutti gli operatori sono adeguatamente formati per comunicare con i cittadini a rischio di esclusione sociale.

Lo *status* di escluso, in particolare per gli stranieri, condiziona negativamente la piena tutela giuridica del diritto alla salute, determinando numerosi ostacoli reali, spesso amplificati dalla discrezionalità degli operatori che si trovano a gestire una serie di norme poco conosciute, e talvolta sono toccati da pregiudizi.

Per l'ente pubblico è un elemento di aiuto poter utilizzare il volontariato in tutte le fasi:

- come sensore dei bisogni,
- per la validazione culturale dei contenuti e degli strumenti,
- come mediatore d'elezione nei punti di accoglienza.

Le associazioni di volontariato, infatti, sono:

- parte integrante della rete della comunità,
- specifiche per lingua e cultura, amichevoli e accessibili,
- consapevoli di molte delle difficoltà incontrate dagli individui nell'ambito delle comunità,
- dotate di un potenziale per influenzare positivamente o negativamente le percezioni di una comunità sul lavoro delle istituzioni pubbliche.

Questo approccio promuove *partnership* nel raggiungere un cambiamento.

I soggetti deboli chiedono al SSN di avere la capacità di fare sintesi sui loro problemi e di agire in modo unitario per soddisfare i loro bisogni di salute. Le barriere che vengono abbattute per raggiungere le persone più difficili rappresentano uno stimolo fondamentale per la ricerca creativa di vie innovative, che possono essere adottate nella popolazione generale perché più efficaci ed efficienti.

La capacità comunicativa costituisce una competenza professionale inderogabile perché si attivi il processo di *empowerment* di questi soggetti. Un contributo è stato finora offerto dal volontariato; è essenziale ampliare la collaborazione con mediatori culturali.

9. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Tutti gli interlocutori interessati dovrebbero collaborare a predisporre un sistema di valutazione funzionale al sistema informativo esistente, per supportare metodologicamente gli interventi pianificati e programmati nell'ambito dello specifico progetto, ottenere informazioni da ciò che si sta facendo o si è già fatto, e mettere in atto processi riflessivi volti a migliorare continuamente la qualità dell'agire.

È indispensabile attivare a livello locale un processo di valutazione permanente teso ad accertare i risultati e a fornire un giudizio complessivo sulla efficienza/efficacia degli interventi effettuati, che tenga conto anche della necessità di fornire un costante lavoro di accompagnamento formativo-valutativo a chi opera sul campo. Laddove esistano sullo stesso territorio Aziende USL e Aziende ospedaliere, gli interventi e la valutazione saranno integrati.

Sarebbe opportuno mantenere una distinzione fra stranieri, zingari Rom, Sinti e zingari cittadini italiani.

Sono considerati stranieri da paesi in via di sviluppo (PVS) i soggetti con cittadinanza dell'Est Europa, Sud e Centro America, tutto il continente africano e tutta l'Asia (esclusa l'area sviluppata: Giappone, Corea del Sud, Hong Kong, Taiwan, Israele).

10. OBIETTIVI E AZIONI

10.1. Obiettivo generale

Promuovere la salute nei cittadini a rischio di esclusione sociale, nel più ampio contesto del loro inserimento sociale, favorendo:

- lo sviluppo di una grande capacità di ascolto empatica, di comprensione, di inserimento in un'ottica di integrazione e non di omologazione;
- il passaggio dall'operatività di emergenza allo sviluppo della società e delle sue istituzioni attraverso la tessitura di alleanze sul territorio per la costruzione di un progetto unitario non basato sull'assistenzialismo, cercando le strade per un'autentica promozione sociale,
- la collaborazione tra amministrazioni e associazioni affinché ognuno, nello svolgimento del proprio ruolo, possa contribuire a rendere la gestione dell'immigrazione un fatto di ordinaria amministrazione, nel rispetto dei rispettivi ruoli e poteri;
- la reale fruibilità del servizio;
- la pluridisciplinarietà degli interventi, l'integrazione fra le discipline e il lavoro di rete con altri attori intra-aziendali, istituzionali, del volontariato, dell'associazionismo di italiani e di immigrati, del privato sociale;
- la riduzione della dissonanza culturale e quindi del carico di malattia;
- il miglioramento dell'identificazione e della caratterizzazione di questa popolazione nel territorio;
- la promozione del coordinamento tra i vari livelli del sistema - pubblici, privati e del volontariato - così come fra altre istituzioni e organizzazioni non governative, al fine di valorizzare l'integrazione sociale e culturale di questi cittadini;
- l'incorporazione degli aspetti specifici di questa popolazione in tutte le attività dell'assistenza, e l'individuazione di metodi concreti nel relativo trattamento e per l'accessibilità;
- una pianificazione, un monitoraggio e una valutazione partecipativi, coinvolgendo mediatori culturali e rappresentanti delle diverse comunità.

10.2. Obiettivi intermedi

1. Valutare i bisogni di salute dei cittadini a rischio di esclusione sociale.
2. Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari.
3. Promuovere gli interventi di prevenzione, con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alle vaccinazioni, alla tutela della salute dei lavoratori immigrati, alle malattie infettive e da disordini alimentari.
4. Migliorare lo stato di salute della popolazione in stato di esclusione sociale.
5. Rafforzare e consolidare il processo di partecipazione dei cittadini esclusi - in particolare degli stranieri immigrati - e del volontariato alle decisioni.

10.3. Obiettivi specifici

- 1.1. Costruire un primo *database* per monitorare l'area della marginalità sociale nelle sue relazioni con la salute e la malattia, e con il sistema dei servizi e delle prestazioni realizzati tanto dai soggetti pubblici, quanto da quelli privati.
- 1.2. Migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione in condizione di esclusione sociale.
 - 2.1. Facilitare la iscrizione/reiscrizione, anche temporanea, al SSN attraverso misure diverse.
 - 2.2. Promuovere una diffusa e capillare informazione alla popolazione interessata attraverso il volontariato, le pubbliche istituzioni (Enti locali, sindacati, Aziende sanitarie, ecc.), le farmacie pubbliche e private.
 - 2.3. Offrire ai professionisti dei servizi sanitari e di altre istituzioni pubbliche e del volontariato occasioni di formazione sulle problematiche specifiche.
 - 2.4. Costruire una rete di referenti esperti appartenenti a tutti i servizi e a tutte le istituzioni pubbliche e del volontariato.
 - 2.5. Supportare gli interventi con mediatori culturali formati.
 - 2.6. Elaborare semplici protocolli di accesso; formalizzare percorsi assistenziali per alcune patologie.

- 3.1. Raggiungere la copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie e facoltative previste dai programmi regionali, per la popolazione che risiede o frequenta centri pubblici e del volontariato.
 - 3.2. Offrire interventi di sensibilizzazione e di educazione alla salute relativamente alla prevenzione delle malattie infettive e parassitarie maggiormente incidenti, presso i luoghi di residenza, contatto e incontro.
 - 3.3. Prevedere nei consultori materno-infantili spazi specializzati nell'assistenza alle varie tipologie di *target*.
-
- 4.1. Ridurre l'insorgenza di malattie particolarmente correlate alla condizione di povertà, promiscuità e carcerazione.
 - 4.2. Favorire interventi educativi e sanitari anche a bassa soglia presso le sedi più vicine agli esclusi.
 - 4.3. Offrire percorsi di accesso agevolati per alcune patologie (es. odontoiatria).
 - 4.4. Specializzare e ampliare l'offerta di servizi psichiatrici e per le dipendenze (alcool, sostanze e fumo).
 - 4.5. Supportare gli Enti locali e i volontari nella individuazione delle criticità e nella definizione delle priorità di intervento, e lavorare in rete.
-
- 5.1. Progettare occasioni di incontro e condivisione.
 - 5.2. Migliorare la capacità dei servizi di accreditarsi agli occhi della popolazione esclusa.
 - 5.3. Stimare il tasso di rispondenza specifico per condizione sociale.

11. INDICATORI

Obiettivo intermedio 1.

Valutare i bisogni di salute dei cittadini a rischio di esclusione sociale

<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Indicatori principali</i>
<ul style="list-style-type: none">– monitorare lo stato di salute dei diversi <i>target</i>	<ul style="list-style-type: none">– n. e tipologia banche dati informatizzate– dati di attività ambulatoriale e di ricovero delle strutture pubbliche e del volontariato– cause di morte– mortalità perinatale, adolescenziale, basso peso alla nascita

Obiettivo intermedio 2.

Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari

<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Indicatori principali</i>
<ul style="list-style-type: none">– promuovere l'informazione– produrre materiali informativi sui servizi e sulle procedure di accesso in modo facilmente comprensibile– ampliare i canali comunicativi– monitorare l'affluenza	<ul style="list-style-type: none">– n. prodotti e/o servizi informativi realizzati e loro diffusione– n. iscritti al SSN/n. residenti stranieri.– n. tesserini STP erogati– n. percorsi assistenziali formalizzati– monitoraggio degli accessi al Pronto Soccorso

Obiettivo intermedio 3.

Promuovere gli interventi di prevenzione, con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alle vaccinazioni, alla tutela della salute dei lavoratori immigrati, alle malattie infettive e da disordini alimentari

<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Indicatori principali</i>
<ul style="list-style-type: none">– promuovere interventi di educazione alla salute– promuovere iniziative vaccinali e di <i>screening</i> TBC e MST	<ul style="list-style-type: none">– n. interventi eseguiti– n. cicli vaccinali completati– n. soggetti screenati

Obiettivo intermedio 4.

Migliorare lo stato di salute della popolazione in stato di esclusione sociale

<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Indicatori principali</i>
<ul style="list-style-type: none">- costruire percorsi agevolati per alcune patologie- promuovere interventi educativi e sanitari a bassa soglia- promuovere interventi di vigilanza e monitoraggio delle comunità alloggiate- promuovere interventi formativi per professionisti, volontari e mediatori	<ul style="list-style-type: none">- n. strutture coinvolte- n. utenti coinvolti- esistenza di una rete di comunicazione formalizzata- n. referenti formalizzati per Istituzione- n. persone formate per tipo/ totale operatori del settore

Obiettivo intermedio 5.

Rafforzare e consolidare il processo di partecipazione dei cittadini esclusi - in particolare degli stranieri immigrati - e del volontariato alle decisioni

<i>Azioni prioritarie</i>	<i>Indicatori principali</i>
<ul style="list-style-type: none">- attivare consigli e conferenze territoriali- sviluppare il <i>marketing</i> sociale- stimare e monitorare il tasso di rispondenza specifico per condizione sociale	<ul style="list-style-type: none">- n. rappresentanti esclusi/organismo- n. <i>partner</i> arruolati- n. indagini di gradimento effettuate per la valutazione della qualità percepita dei servizi erogati

12. SCHEDA: ATTORI, CRITICITÀ, AZIONI

<i>Attori</i>	<i>Criticità</i>	<i>Azioni</i>
La Comunità europea e internazionale		Adotta politiche comuni Costituisce punto di riferimento di esperienze
Lo Stato		Licenzia i progetti obiettivo e finanzia progetti sperimentali
La Regione		Fornisce indirizzi uniformi sull'applicazione del PSN, del DL 286/1998 e del Regolamento attuativo DPR 31/8/1999 n. 394 Emana normative di recepimento o delibere che diano reale impulso all'applicazione della legislazione nazionale Promuove e sostiene il Progetto obiettivo "Salute degli immigrati" Stimola l'aggiornamento dei responsabili dei Servizi sanitari Adotta iniziative di informazione e di sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari e amministrativi, affinché le disposizioni vigenti vengano correttamente applicate dai servizi pubblici e privati accreditati Promuove direttamente o attraverso le Aziende seminari periodici cui partecipino gli organismi nazionali, internazionali e le associazioni di volontariato che operano in ambito specifico Finanzia progetti specializzati Imposta un sistema di rilevazione delle attività affidabile, omogeneo, completo, periodico, informatizzato per analizzare e monitorare il bisogno di salute degli immigrati, valutare le sue relazioni
La Provincia		Promuove l'integrazione fra le Aziende e le Istituzioni pubbliche

(continua)

<i>Attori</i>	<i>Criticità</i>	<i>Azioni</i>
Il Comune	La maggioranza dei Comuni non risulta disporre di strutture <i>ad hoc</i> in grado di operare su questo terreno; generalmente si occupano di queste tematiche funzionari che si occupano anche di altri interventi	Favorisce l'integrazione fra sociale e sanitario Esercita un ruolo di <i>advocacy</i> nei PPS Effettua il monitoraggio e favorisce la correzione delle disuguaglianze di accesso alle cure appropriate, sicure e tempestive Favorisce le attività di promozione della salute alla correzione delle disuguaglianze nella salute Riorienta i servizi sociali alle esigenze e priorità locali Privilegia la formazione del personale
La Prefettura		Attiva consigli territoriali e partecipa all'elaborazione dei piani di salute
La Questura		Collabora con i Servizi sanitari e sociali e da questi riceve formazione
Le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, Policlinico e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico		Erogano servizi sanitari secondo una modalità integrata e multiculturale
L'Azienda USL	Scarsa conoscenza delle dimensioni e delle caratteristiche del fenomeno (quantità e qualità dei bisogni, risorse necessarie ...)	Individua le modalità per fornire le cure essenziali agli esclusi, in particolare agli stranieri temporaneamente presenti (STP), con modalità differenziate: servizio pubblico, servizio in convenzione col volontariato, servizio in convenzione con medici di medicina generale, forme miste di collaborazione

(continua)

<i>Attori</i>	<i>Criticità</i>	<i>Azioni</i>
I servizi dedicati, e gli operatori sanitari	Assoluta o parziale ignoranza, inadeguata preparazione sui contenuti e le modalità applicative della legge vigente Difficoltà di relazione con soggetti che presentano culture diverse e particolari problemi sanitari che richiedono impegno e conoscenze specifiche	Forniscono agli utenti informazioni corrette, univoche, chiare e comprensibili (in particolare attraverso gli URP) Raggiungono l'utente potenziale dove vive e lavora attraverso opuscoli, incontro a tema, <i>spot</i> televisivi ed altro materiale informativo appositamente predisposto anche nelle lingue delle principali etnie. Promuovono attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari per migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali connesse col concetto di salute Formulano progetti mirati e percorsi assistenziali protetti Promuovono il volontariato etnico o isoculturale Collaborano con i mediatori Cercano contatti con comunità di immigrati eventualmente presenti sul territorio per rispondere a bisogni di assistenza psicologica, religiosa, ecc., che da soli non sarebbero in grado di soddisfare Operano per una informazione organizzata e formulata in termini di orientamento sanitario, che miri a facilitare i percorsi burocratico-amministrativi Coinvolgono in campagne di educazione sanitaria i cittadini competenti Riorientano all'esclusione sociale le attività degli sportelli della prevenzione
Le associazioni di volontariato italiane, etniche, isoculturali	Il contributo agli interventi dei cittadini immigrati è veramente esiguo	Esercitano un ruolo di <i>advocacy</i> Informano l'opinione pubblica e sollecitano interventi di correzione e di compensazione, promuovono la ricerca sulle disuguaglianze Sono di stimolo e di appoggio ai servizi pubblici durante tutte le fasi di progettazione e realizzazione di nuove iniziative Offrono servizi sanitari e di mediazione culturale in collaborazione o convenzione col pubblico
Il mondo della produzione	Spesso non dispone di una visione complessiva del fenomeno e dei servizi offerti	Può interagire su progetti comuni, finanziare programmi di intervento
Il mondo della comunicazione	Spesso offre informazioni non complete dei fenomeni	Potrebbe contribuire a migliorare le conoscenze della popolazione generale e a generare un clima di accettazione e condivisione
Il sindacato		Esercita un ruolo di promozione e di interfaccia fra i servizi

BIBLIOGRAFIA

- Organizzazione mondiale della sanità, *Obiettivi della salute per tutti per l'anno 2000*.
- Organizzazione mondiale della sanità, *La Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria*, URSS 1978.
- Organizzazione mondiale della sanità, *La Carta di Ottawa per la promozione della salute*, Canada, dicembre 1986.
- Organizzazione mondiale della sanità, *La Dichiarazione di Jakarta*, 1997.
- *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*.
- *Piano Sanitario Regionale 1999-2001*.

Cittadini stranieri immigrati

Riferimenti normativi

- DPR 23 luglio 1998, *Piano Sanitario Nazionale - Un Patto di solidarietà per la salute*.
- DL 25 luglio 1998, n. 286, *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, artt. 34, 35, 36.
- DPR 5 agosto 1998, *Approvazione del documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della Legge 6 marzo 1998 n. 40*.
- DPCM 28 settembre 1998, *Ripartizione ai sensi dell'art. 45 del Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, dell'80% dello stanziamento del Fondo nazionale per le politiche migratorie*.
- DPCM 16 ottobre 1998, *Integrazione al Decreto interministeriale del 24 dicembre 1997 recante programmazione dei flussi di ingresso per l'anno 1998 di cittadini stranieri non comunitari*.
- DL 19 ottobre 1998, *Disposizioni correttive al testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 47, comma 2, della Legge 6 marzo 1998, n. 40*.
- DPCM 17 dicembre 1998, *Ripartizione ai sensi dell'art. 45 del Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, del residuo 20% dello stanziamento del Fondo nazionale per le politiche migratorie per l'anno 1998*.
- DL 13 aprile 1999, n. 113, *Disposizioni correttive al Testo Unico delle disposizioni dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'art. 47, comma 2, della Legge 6 marzo 1998, n. 40*.
- Deliberazione del CIPE, 21 aprile 1999, *Fondo sanitario nazionale 1998. Parte corrente. Assistenza sanitaria agli stranieri presenti nel territorio nazionale*.

- DPCM 4 agosto 1999, *Programmazione dei flussi di ingresso per lavoro, nell'anno 1999, di cittadini stranieri non comunitari.*
- DPCM agosto 1999, *Ripartizione dello stanziamento del Fondo nazionale per le politiche migratorie.*
- DPR 31 agosto 1999, n. 394, *Regolamento recante norme di attuazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*
- Circolare n. 5, 24 marzo 2000, DPS-X-40-286/1998 - Ministero della sanità, Dipartimento professioni sanitarie, Risorse umane e tecnologiche in sanità, Assistenza sanitaria di competenza statale - Ufficio X.

Riferimenti bibliografici

- Atti del Convegno nazionale *Le nuove povertà: un problema complesso di sanità pubblica*, Roma, 1998.
- Atti della IV Consensus Conference sull'immigrazione e II Congresso nazionale della Società italiana di medicina delle migrazioni, *I flussi migratori nel Bacino del Mediterraneo*, Palermo, 12-14 dicembre 1996.
- Atti della V Consensus Conference sull'immigrazione e III Congresso nazionale della Società italiana di medicina delle migrazioni, *L'Idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà*, Palermo, 26-28 giugno 1998.
- Atti della VI Consensus Conference sull'immigrazione e IV Congresso nazionale della Società italiana di medicina delle migrazioni, *Untori e unti, dall'esotismo alla realtà*, Palermo, 25-28 maggio 2000.
- Azienda USL di Cesena, *Progetto di assistenza sanitaria per emarginati e stranieri immigrati*, 1999.
- Caritas diocesana di Roma, *Immigrazione. Dossier statistico*, Anterem Ed., Roma, 1998.
- Caritas diocesana di Roma, *Immigrazione. Dossier statistico*, Anterem Ed., Roma, 1999.
- Cinotti R., "Bambini stranieri nell'USL 27, problematiche sanitarie e psico-sociali", *Gli Ospedali della Vita*, 4 (luglio-agosto), 1991.
- Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, *Dossier: Disciplina dell'immigrazione e condizione dello straniero. Riferimenti normativi. Appendice "Relazione sulla presenza straniera in Italia e sulle situazioni di irregolarità"*, Roma, 9 novembre 1999.
- Donzelli F., Cutrone M., Regini P., Giarelli G., Gobber D., Marchioretto N., "I bisogni del bambino immigrato", *CUAMM Notizie*, 57 (gennaio-aprile), 63, 1997.
- Forma il puzzle - Commissione per l'integrazione, *Primo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, ISTAT, Roma, 30 novembre 1999.

- Geraci S., Maisano B., Motta F. (a cura di), *Salute zingara*, Caritas diocesana di Roma, Anterem Ed., Roma, 1998.
- Geraci S., Marceca M., "La nuova legge sull'immigrazione: verso una completa cittadinanza sanitaria", *ASI - Agenzia sanitaria italiana*, pp. 46-48, marzo 1998.
- Geraci S., Marceca M., "La salute degli immigrati in Italia: il punto e le prospettive", *ASI - Agenzia sanitaria italiana*, 48: 39-42, novembre 1998.
- Geraci S., Marceca M., "La salute degli stranieri in Italia: spunti per un approfondimento", *ASI - Agenzia sanitaria italiana*, 42: 27-31, 1999.
- Geraci S., Marceca M., Del Vecchio R., "Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale". *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*, 7 (3), Società Editrice Universo, Roma, 1995.
- L'arco di Giano "Rivista di medical humanities", *Sanità amica di una società multietnica*. Edizioni CIDAS. Numero 22, inverno 1999.
- Marceca M., Geraci S., "La salute in Italia - Rapporto 1997 di M. Geddes e G. Berlinguer", *Immigrazione e salute*, EDIESSE, Roma, 1997.
- Marceca M., Geraci S., "La salute in Italia. Coniugare risparmio e qualità - Rapporto 1998 di M. Geddes e G. Berlinguer", *Donne e bambini immigrati*, EDIESSE, Roma, 1998.
- Pinto P., Garcia M., *Immigrazione in Emilia-Romagna 1998*, Bologna, 30 luglio 1999.
- Pittau F., *L'immigrazione alle soglie del 2000. Normative, dati e prospettive*, Caritas diocesana di Roma, Sinnos Editrice, Roma, 1999.
- Ruffilli I., Alati S.M., Foschi R., Caccialupi M.G., "Il bambino straniero. Indagine conoscitiva nell'USL 28 di Bologna", *Gli Ospedali della Vita*, gennaio-aprile 1994.
- Regione del Veneto, ULSS 9 Treviso, *Progetto sanitario in materia di assistenza agli immigrati e agli emarginati. Aspetti sanitari dell'immigrazione*, Atti 3° Convegno, Treviso, 12 febbraio 1998.

Le persone che si prostituiscono

Riferimenti normativi

- Legge 20 febbraio 1958, n. 75, *Legge Merlin*, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* 4 marzo 1958, n. 55, *Abolizione della regolamentazione della prostituzione e lotta contro lo sfruttamento della prostituzione altrui. Capo I - Chiusura delle case di prostituzione*.
- Decreto legislativo, 25 luglio 1998, n. 286, *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. Art. 18, "Soggiorno per motivi di protezione sociale".
- Circolari ministeriali per l'applicazione dell'art. 18 del TU 286.

- Disegno di legge governativo 5350/C, *Misure contro il traffico di persone*, presentato dal Presidente del Consiglio dei Ministri il 23 marzo 1999.
- Circolare del Ministero dell'Interno n. 300/C/227729/12/207 del 23 dicembre 1999.
- Circolare del Ministero dell'Interno n. 300/C/2000/276/P/12.214.18/I^a Div. del 17 aprile 2000.

Riferimenti bibliografici

- Assessorato alle politiche sociali educative e familiari. Servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, Regione Emilia-Romagna, *Rapporto sugli interventi attuati - Progetto Prostituzione della Regione Emilia-Romagna*, aprile 1999.
- Calderone B., Farini D., Marcasciano P. (a cura di), *Tra la via Emilia e ... l'Est. L'esperienza del Moonlight project a Bologna*, Comune di Bologna - Bologna Sicura, 1999.
- CENSIS, *Lo sfruttamento sessuale dei minori. Nuove linee di tutela*, 1998.
- Forum europeo sulla sicurezza urbana, *Cities and places of trafficking in human beings for the purpose of sexual exploitation*, Lyon, 1999.
- Giambanco V. (a cura di), *Epidemiologia e sanità*, Edi - Meeting, 1998.
- Malucelli L., Pavarini M. (a cura di), "Rimini e la prostituzione", *Quaderni di Città sicure*, n. 13, Regione Emilia-Romagna, 1998.
- *On the road, Manuale di intervento sociale nella prostituzione di strada*, Comunità Edizioni, 1998.
- PARSEC (a cura di), "Il traffico delle donne immigrate per sfruttamento sessuale: aspetti e problemi. Ricerca e analisi della situazione italiana", Rapporto finale per la Conferenza internazionale di Vienna, 10-11 giugno 1996, (dattiloscritto).
- Serpelloni G., Rossi A., *Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento di strada*, Leonard, 1996.
- Sito web di "Oltre La strada", Progetto Prostituzione della Regione Emilia-Romagna (<http://www.regione.emilia-romagna.it/oltrelastrada>)
- Tatafiore R., *Sesso al lavoro. Da prostitute a sex-worker*, Il Saggiatore, 1994.
- TAMPEP (Transnational AIDS/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe Project), *Rapporto 1996-1997*.

Area di esclusione penale

Riferimenti normativi

- Legge 26 luglio 1975, n. 354, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.*
- Legge 15 ottobre 1986, n. 663
- Legge 6 marzo 1998, n. 40, *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*
- D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286, *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.*
- Legge 30 novembre 1998, n. 419, *Delega al Governo ad emanare uno o più Decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria.*
- D.Lgs 22 giugno 1999, n. 230, *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419.*
- DPR 394/1999, *Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell'articolo 1, comma 6, del Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.*
- Decreto ministeriale 21 aprile 2000, GU 25 maggio 2000, *Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.*
- Delibera di Giunta, Regione Emilia-Romagna, 16 dicembre 1996, n. 3212, *Approvazione progetto di rilievo regionale "Sportello: informazione e accesso ai diritti per immigrati e soggetti a rischio di emarginazione/detenuti", affidata al Comune di Bologna da realizzare nell'arco temporale 1996-1997, con assegnazione di un contributo di L. 115.000.000.*
- Delibera di Giunta, Regione Emilia-Romagna 10 marzo 1998, n. 279, *Protocollo d'intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Emilia-Romagna per il coordinamento di interventi rivolti ai minori imputati di reato e agli adulti sottoposti a misure penali restrittive della libertà, 1998.*
- Delibera di Giunta, Regione Emilia-Romagna 7 dicembre 1999, n. 2289, *Progetto Mediazione culturale per gli immigrati in carcere.*
- Delibera di Giunta, Regione Emilia-Romagna 30 dicembre 1999, n. 2593, *Assegnazione di contributo al Comune di Reggio Emilia per la realizzazione del progetto di reparto sperimentale interno all'Ospedale psichiatrico giudiziario in applicazione della Delibera di Consiglio 1207/1999. Risorse assegnate L. 400.000.000 (di cui L. 200.000.000 a norma dell'art. 41, primo comma lett. c) della LR 2/1985 e L. 200.000.000 a norma dell'art. 20 della LR 32/1999.*

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., "Dei delitti e delle pene", numero monografico di *MicroMega*, 1, 2000.
- Berzano L., *Aree di devianza. Dallo sfruttamento all'esclusione: i nuovi rischi del vagabondaggio, del carcere, del non lavoro, del disagio mentale*, Il segnalibro, Torino, 1992.
- Cassese A., *Umano-disumano. Commissariati e prigioni nell'Europa di oggi*, Laterza, Bari, 1994.
- CIDSI, *Gli stranieri in carcere. Dossier '94*, Sinnos Editrice, Roma, 1994.
- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1968.
- Goussot A. (a cura di), *Mediazione, carcere, immigrazione*, Atti del ciclo di seminari promossi da Regione Emilia-Romagna e Comune di Bologna, Ed. Lo Scarabeo, Bologna, dicembre 1998.
- Lovati A. (a cura di), *Carcere e territorio. I nuovi rapporti promossi dalla legge Gozzini e un'analisi del trattamento dei tossicodipendenti sottoposti a controllo penale*, FrancoAngeli, Milano, 1988.
- Marcelli C., Solimano N. (a cura di), *Carcere di tante carceri*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze, 1997.
- Martelli A., Zurla P. (a cura di), *Il lavoro oltre il carcere*, FrancoAngeli, Milano, 1995.
- Costantino R. "Un corso per mediatrici interculturali in ambito sociale e sanitario", *Autonomie locali e servizi sociali*, 3, 1999.
- Mosconi G.A., "Alle radici dell'ambivalenza. Strumentalità e simbolismo del diritto nella recente legislazione penitenziaria italiana", *Sociologia del diritto*, 3, 1992.
- Mosconi G.A., "Alla radice del problema", *Liberarsi dalla necessità del carcere*, 3, 1994.
- Vacondio P., "L'attribuzione della medicina penitenziaria al SSN: il D.Lvo 230/1999", *Autonomie locali e servizi sociali*, 3, 1999.

Povert  e disagio sociale

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., “La malattia tubercolare negli immigrati. Rilievi del Poliambulatorio I. Biavati nella citt  di Bologna”, *Atti IV e V Consensus Conference sulla immigrazione*, Palermo, 12-14 dicembre 1996 e 26-28 giugno 1998.
- AA.VV., *La scabbia, una parassitosi riemergente*, Bologna, 1997.
- Berzano L., Negri N., Saraceno C., Vinies P. (a cura di), “Glossario del disagio”, *Animazione sociale*, 1, 1993.
- Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (a cura di), *Health and social organization*, London, Routledge, 1996.
- Brofenbrenner M., *Income Distribution*, Aldine-Atherton, Chicago, 1971.
- Caritas diocesana di Roma, *Povert  a Roma. Rapporto 1998*, Roma, 1998.
- Commissione di indagine sulla povert  e sulla emarginazione, *Le politiche locali contro l’esclusione sociale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l’informazione e l’editoria, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1996.
- Costa G., Cardano M. (a cura di). *The Health of Disadvantaged Groups. Country report. Italy*, Servizio di Epidemiologia ASL 5 del Piemonte. Documento di lavoro, EPGR 104, 1999.
- Costa G., Cardano M., Demaria M., “Storie di salute in una grande citt . Citt  di Torino”, *Osservatorio socioeconomico*, 2, 1998.
- Costa G., Faggiano F. (a cura di), *Equit  nella salute in Italia*. Fondazione SmithKline, FrancoAngeli, Milano 1994.
- Costa G., *Demografia e gruppi vulnerabili*, Grugliasco (TO), 2000.
- Donati P. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
- *Epidemiologia & Prevenzione*, 23: 124-133, 1999. Numero monografico dedicato alle disuguaglianze nella salute.
- Guidicini P., Pieretti G. (a cura di), *Gli studi sulla povert  in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 1991.
- IRESS, *Ricerca/azione sull’integrazione e sul sistema di rete dei servizi pubblici e del privato sociale nei confronti di gruppi a rischio di esclusione e del disagio sociale adulto*, Bologna, 1999.
- Kazepov Y., Mingione E. (a cura di), *La cittadinanza spezzata. Dibattito teorico e metodologico in esclusione sociale e povert *, Armando Siciliano Editore, Messina, 1994.
- Mackenbach J.P., Kunst A.E., Cavelaars A. et al., “Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe”, *Lancet*, 349: 1655-1659, 1997.
- Negri N., Saraceno C., *Le politiche contro la povert  in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1996.

- Saraceno C., “Nuove povertà o nuovi rischi di povertà?”. In Negri N. (a cura di), *Povertà in Europa e trasformazione dello stato sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1990.
- Sarpellon G. (a cura di), *La povertà in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 1982.

Le comunità zingare

Riferimenti normativi

- Legge regionale 23 novembre 1988, n. 47, *Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna*.
- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 34, *Modifiche della LR 23 novembre 1988, n. 47 “Norme per le minoranze nomadi in Emilia-Romagna”*.
- Legge 24 settembre 1992, n. 390, *Conversione in legge, con modificazione, del Decreto legge 24 luglio 1992, n. 350, recante interventi straordinari di carattere umanitario a favore degli sfollati delle repubbliche sorte nei territori della ex-Jugoslavia*.
- Legge 28 febbraio 1990, n. 39, *Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extra-comunitari e di regolarizzazione dei cittadini extra-comunitari e apolidi già presenti nei territori dello Stato*.
- Legge 6 marzo 1998, n. 40, *Disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.
- DL 25 luglio 1998, n. 286, *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*.
- DPCM 12 maggio 1999, *Misure di protezione temporanea, a fini umanitari, da assicurarsi nel territorio dello Stato a favore delle persone provenienti dalle zone di guerra dell’area balcanica*.
- DPCM 30 dicembre 1999, *Proroga delle misure di protezione temporanea da assicurarsi agli stranieri presenti sul territorio nazionale con permesso di soggiorno rilasciato ai sensi del DPCM 12 maggio 1999 e predisposizione di programmi coordinati di rimpatrio*.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV., “Est e Ovest a confronto sulle politiche regionali e locali verso i Rom. Atti del Convegno internazionale di studi, Roma, 28-29 settembre 1991”. *Lacio Drom*, Supplemento al n. 1-2, Centro Studi Zingari, Roma, 1992.
- Argiropoulos D., “Immigrazione, profuganza e percorsi di integrazione: lavoro, disoccupazione e sopravvivenza dei rom Jugoslavi a Bologna”. *Lacio Drom*, 2, 1999, Centro Studi Zingari, Roma, 1999.
- Arlati A. et al., “Gli zingari”. *Il calendario del popolo*, 606, Milano, 1997.
- Associazione italiana zingari oggi (a cura di), *Rom: medicina tradizionale e servizi sanitari*.

- Brunello P., *L'urbanistica del disprezzo. Campi Rom e società italiana*, Manifestolibri, Roma, 1996.
- Calabrò A.R., *Il vento non soffia più. Gli zingari ai margini di una grande città*, Marsilio, Venezia, 1992.
- Canevaro A., *Fare o avere un progetto*, documento a uso didattico.
- Caritas diocesana di Roma, *Salute zingara*, Ed. Anterem, 1998.
- Castellani G., *La struttura sanitaria e gli zingari: rapporto tra la famiglia e il bambino Rom o Sinto e gli operatori sanitari. Ricerca sul territorio di Bologna*. Tesi di laurea in Clinica pediatrica, Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Bologna, a.a. 1998-1999.
- Colocci A., *Gli Zingari. Storia di un popolo errante*, Forni, Torino, 1889.
- Coppo P., *Etnopsichiatria*, Il Saggiatore, Milano, 1996.
- Cozannet F., *Gli zingari. Miti e usanze religiose*, Jaca Book, Milano, 1975.
- Desjarlais R., *La salute mentale nel mondo. Problemi e priorità nelle popolazioni a basso reddito*, Il Mulino, Bologna, 1998.
- Gruppo Abele, *Annuario sociale 1999*, Ed. Gruppo Abele, Torino, 1999.
- Karpati M. (a cura di), *Zingari ieri e oggi*, Centro Studi Zingari, Roma, 1993.
- Kenrick D. e Puxon G., *Il destino degli Zingari*, Rizzoli, Milano, 1975.
- Lamara F. e Gilg Soit Ilg A., *Indagine sulla salute dei Rom in Grecia, Spagna e Francia*, Progetto Rom Europe, Medici del mondo, Parigi, ciclostilato, 1999.
- La Cecla F., *Mente locale. Per un'antropologia dell'abitare*, Elèuthera, Milano, 1993.
- Liegleois J.P., *Zingari e viaggianti. Dati socio-culturali, dati socio-politici*, Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1985 (ed it. a cura di Lacio Drom, Roma, 1985).
- Liegleois J.P., *Rom, Sintì, Kalè ... Zingari e viaggianti in Europa*, Consiglio d'Europa, Strasburgo, 1994 (ed it. a cura di Lacio Drom, Roma, 1996).
- Nathan T., *La follia degli altri. Saggi di etnopsichiatria*, GEF, Firenze, 1990.
- Osservatorio metropolitano delle immigrazioni, *La società multietnica*, 2, 1996, Supplemento a *Provincia*, 6, Bologna, 1995.
- Piasere L., *Popoli delle discariche. Saggi di antropologia zingara*, CISU, Roma, 1991.
- Piasere L. (a cura di), *Comunità girovaghe, comunità zingare*, Liguori, Napoli, 1995.
- Regione Emilia-Romagna (a cura di), *Rapporto sulla popolazione nomade presente nella Regione Emilia-Romagna. Indagine riferita al novembre 1998*.
- Servizio sicurezza sociale, Provincia di Bologna (a cura di), *Indagine sulla situazione dell'accoglienza ai profughi della ex-Jugoslavia nei centri della provincia di Bologna (febbraio 1998)*, 1999.

- Tosi A., *Immigrati e senza casa. I problemi, i progetti, le politiche*, FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Vidali D. (a cura di), "La donna zingara: tradizione e mutamento", *Zingari oggi*, Supplemento al n. 2, Associazione italiana studi zingari, Torino, 1988.
- Wiernicki K., *Nomadi per forza. Storia degli zingari*, Rusconi, Milano, 1997.
- Zimmermann M., "La sezione L3. Ricerca sugli zingari dell'Ufficio di sanità del Reich durante il nazismo", *Lacio Drom*, 1, Roma, 1995.

ALLEGATI

ALLEGATO A. CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI

L'Italia è l'ultimo dei paesi a confrontarsi con il fenomeno dell'immigrazione straniera.

Nel 1973 si è verificato in Italia per la prima volta il saldo migratorio positivo. Dall'inizio degli anni '80 l'emigrazione da paesi in via di sviluppo è divenuta evidente (variazione 1990/1998: +60%), caratterizzandosi poi per un'estrema dinamicità sia temporale che spaziale, variegata per paesi di provenienza, *status* giuridico e progetto migratorio. È nata come immigrazione prevalentemente maschile e, con il passare del tempo, è aumentata la componente femminile e la presenza di bambini, molti dei quali nati in Italia.

Una recente normativa regola la materia a livello nazionale: D.Lgs n. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", Disposizioni in materia sanitaria, artt. 34, 35 e 36; DPR 31 agosto 1999, Regolamento di attuazione del TU 286/1998; Circolare ministeriale n. 5 del 24 marzo 2000 DPS- X- 40 - 286/1998.

1. SITUAZIONE ATTUALE

1.1. In Europa e in Italia

Gli immigrati sono aumentati in tutta Europa, e il loro numero sarebbe ancora maggiore se nelle statistiche si tenesse conto dei naturalizzati e dei minori, che non sempre vengono registrati con una posizione statistica distinta da quella del capofamiglia. I nuovi flussi sono diminuiti dai primi anni '90, ma in molti paesi europei (Francia, Germania, Austria, Regno Unito, e Italia) si tratta di circa 100.000 nuovi ingressi l'anno.

All'inizio del 1997 gli immigrati nei 15 stati dell'UE sfioravano i 19 milioni di unità, con un'incidenza del 5,1% sui 371.654.000 residenti; gli extra-comunitari erano 12 milioni (70% del totale). Si tratta di 5 stranieri ogni 100 residenti; 10 su 100 in Austria, Belgio e Germania e 2,5 in Italia. Se si contano poi i naturalizzati, la presenza aumenta a 26 milioni, con un'incidenza del 9% sulla popolazione generale.

Ogni giorno in Europa 1.000 stranieri prendono la cittadinanza europea.

È difficile determinare la reale presenza quantitativa degli stranieri in Italia: secondo le stime della Caritas diocesana di Roma effettuate su dati del Ministero degli Interni, gli immigrati in Italia al 31/12/1998 erano 1.033.235 e al 31/12/1999 sono risultati 1.252.000 (*Tabella I*). Il dato non comprende i minori, che vengono generalmente inseriti sull'autorizzazione al soggiorno rilasciata al capofamiglia; nel 1998 erano 181.597 (di cui 48.976 minori di 18 anni), pari al 14,5% di tutti gli stranieri.

Una stima complessiva degli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia deve quindi tenere conto dei minori non registrati e di coloro il cui permesso di soggiorno non è stato ancora registrato. Si arriva così ad un totale di 1.490.000 (+19%) per il 1999 e di 1.250.000 (+17%) per il 1998 (*Tabella II*). Va inoltre considerata la componente irregolare e clandestina

(stranieri temporaneamente presenti - STP), quantificata dagli enti più accreditati intorno al 25% dei regolari, pari a 280-370.000 persone.

La regolarizzazione chiusa il 15/12/1998 non consente ancora di quantificare il numero esatto degli interessati, poiché tra le 88.000 domande e le 312.000 prenotazioni sicuramente vi sono dei duplicati. Se si ipotizzano complessivamente 350.000 persone, si tratterebbe di un irregolare ogni 4 soggiornanti, con valori più bassi al Nord e nelle Isole. Grosso modo, ogni 10 migranti da regolarizzare, dallo spoglio effettuato dalle Questure su 218.221 istanze, 2 sono albanesi, 1 rumeno, 1 marocchino, 1 cinese, 1 del subcontinente indiano, 1 dell'Africa subsahariana, e poco meno di uno rispettivamente dagli altri paesi del Nord Africa e dai paesi dell'Est Europa (compresa la ex-Jugoslavia). Il restante 10% è frazionato in una miriade di nazionalità (incluse Filippine e America Latina).

L'incidenza delle aree geografiche sulle regolarizzazioni è del 37% per l'Europa dell'Est, del 18% per il Nord Africa, del 12% per il subcontinente indiano e del 10% per l'Estremo Oriente, con un aumento dei paesi dell'Est (+12%) e del subcontinente indiano (+2,5%).

Nel 1998 si è determinato un flusso di ingresso di circa 100.000 soggetti, con un tasso di aumento dell'8,9%. Per il 2046 un possibile scenario ipotizza un'incidenza sulla popolazione autoctona del 10,8%, sempre molto inferiore agli attuali livelli di alcuni paesi europei.

Gli immigrati presenti da più di 5 anni sono 327.438 (26,2% del totale, di cui 58,1% maschi), il 58,1% ha un'età compresa fra i 19 e i 40 anni; provengono dall'Europa il 38,5%, dall'Africa il 28,8%, dall'Asia il 18,3%. Quelli con permesso di soggiorno per motivi familiari incidono per il 25,1% sul totale; i presenti per lavoro sono il 59,5% (55,4% lavoro dipendente, 4,1% lavoro autonomo); molti non appaiono nelle statistiche, soprattutto le donne e gli addetti al lavoro domestico (dichiarati 215.000, stimati 1-1,5 milioni) (Tabella III).

Gli occupati stranieri sono aumentati considerevolmente, mentre i disoccupati sono diminuiti di quasi un quinto: oggi sono il 17,4% (contro il 12,1% degli italiani), mentre nel 1990 erano circa il 50% rispetto ai lavoratori dipendenti. Nel 1998 i lavoratori domestici stranieri iscritti all'INPS erano 97.000; il 98% erano extra-comunitari, di questi il 76% donne. Sulla base della prevalenza nel paese di origine, i musulmani sarebbero 436.000 (34,9%), mentre il 50,9% sarebbero cattolici, ortodossi o protestanti.

1.2. In Emilia-Romagna

Le presenze straniere in regione, riportate nelle Tabelle IV e V, non prendono in considerazione gli stranieri domiciliati con permesso di soggiorno ma senza residenza, né quelli temporaneamente presenti in possesso di residenza o in regola con il permesso di soggiorno in altre regioni italiane. Accanto a questa realtà, occorre considerare gli stranieri senza permesso di soggiorno i quali, per effetto della Legge 40/1998, possono fruire dei servizi sanitari.

L'immigrazione minorile in Emilia-Romagna si è resa evidente a partire dalla fine degli anni '80, e si è accentuata con gli effetti della Legge Martelli (39/1990). A causa dei lunghi *iter* burocratici, per molti bambini i ricongiungimenti sono avvenuti solo di fatto, dando origine al fenomeno dei cosiddetti bambini invisibili, cioè presenti ma senza permesso di soggiorno.

Relativamente alla distribuzione territoriale, dallo studio effettuato in regione si osserva che i comuni che registrano una maggiore presenza di immigrati stranieri non sono i capoluoghi ma i comuni più piccoli a ridosso di alcuni capoluoghi: il triangolo Reggio Emilia, Modena, Bologna che si estende a nord-ovest e a sud-est, costituisce un asse regionale di presenza degli stranieri. Altri piccoli comuni a presenza straniera relativamente alta sono vicini a Parma e a Rimini. Questa distribuzione territoriale può essere spiegata essenzialmente da due fattori: la collocazione territoriale delle attività industriali e artigianali, e la disponibilità/prezzo delle case nelle vicinanze dei maggiori centri urbani.

In regione gli occupati sono complessivamente 1.710.000, dei quali il 31,9% indipendenti, 47.000 disoccupati, 88.000 in cerca di occupazione; il tasso di disoccupazione è del 4,9%.

Al dicembre 1997 risultano assunti con regolare contratto 21.738 lavoratori immigrati, con un aumento del 15,4% rispetto all'anno precedente: più della metà è occupata nell'industria (soprattutto metalmeccanica); seguono il commercio con il 21,4% e l'edilizia con il 13%. Il fenomeno è prevalentemente maschile, ma presenta una crescita consistente anche della componente femminile (aumento del 14,3% nel Nord Italia, da 30.410 a 34.758), che trova impiego nei servizi e in particolare nel servizio domestico.

Nel 1998 sono stati effettuati 25.502 (+6%) avviamenti al lavoro per immigrati, dei quali il 72,6% provenienti dall'Europa; il 9,6% dall'Africa; l'11,6% dall'Asia/Oceania; il 6,2% dall'America. A questi dati vanno aggiunti 4.649 imprenditori (di cui 2.622 lavoratori autonomi), che rappresentano l'1,28% delle imprese di persone sul totale regionale, i lavoratori con contratti speciali, impiegati a scadenza stagionale, soprattutto nel settore agricolo, e i rapporti di lavoro in nero. Tre province (Bologna, Modena e Reggio Emilia) riuniscono due terzi degli immigrati stranieri impiegati come lavoratori dipendenti. Questo livello di concentrazione è superiore a quello della popolazione immigrata residente.

Negli Allegati A1, A2 e A3 sono riportate alcune esemplificazioni che è stato possibile supportare con dati coerenti. L'Allegato A1 presenta l'esposizione completa e coerente di tutti gli aspetti trattati relativamente alla sola realtà bolognese.

Tabella I. *Popolazione immigrata in Italia. Permessi di soggiorno concessi in Italia a persone con cittadinanza straniera per regione al 31/12/1998*

Regione	31/12/1998				TOTALE
	Maschi	%	Femmine	%	
Piemonte	38.089	54,6%	31.659	45,4%	69.748
<i>Torino</i>	20.953	54,7%	17.349	45,3%	38.302
<i>Cuneo</i>	4.350	54,6%	3.360	43,6%	7.710
<i>Alessandria</i>	3.447	54,6%	3.415	49,8%	6.862
Valle d'Aosta	1.174	52,4%	1.065	47,6%	2.239
<i>Aosta</i>	1.174	52,4%	1.065	47,6%	2.239
Lombardia	121.993	54,5%	101.927	45,5%	223.920
<i>Milano</i>	69.648	54,6%	64.026	47,9%	133.674
<i>Brescia</i>	13.883	54,6%	7.870	36,2%	21.753
<i>Bergamo</i>	11.675	54,6%	6.727	36,6%	18.402
<i>Varese</i>	6.856	54,6%	6.515	48,7%	13.371
Trentino - Alto Adige	15.116	58,5%	10.734	41,5%	25.850
<i>Bolzano</i>	9.796	54,6%	6.750	40,8%	16.546
<i>Trento</i>	5.320	54,6%	3.984	42,8%	9.304
Veneto	51.402	54,6%	38.396	42,8%	89.798
<i>Treviso</i>	11.412	54,6%	6.943	37,8%	18.355
<i>Verona</i>	12.222	54,6%	9.674	44,2%	21.896
<i>Vicenza</i>	14.609	54,6%	11.498	44,0%	26.107
Friuli - Venezia Giulia	15.982	54,6%	16.484	50,8%	32.466
<i>Trieste</i>	6.075	54,6%	5.165	46,0%	11.240
<i>Udine</i>	4.290	54,6%	4.080	48,7%	8.370
Liguria	14.868	54,6%	15.058	50,3%	29.926
<i>Genova</i>	8.234	54,6%	8.600	51,1%	16.834
Emilia-Romagna	47.393	57,1%	35.673	42,9%	83.066
Nord	306.017	54,9%	250.996	45,1%	557.013
Toscana	29.479	49,8%	29.681	50,2%	59.160
<i>Firenze</i>	6.938	54,6%	8.215	54,2%	15.153
Umbria	10.287	54,6%	10.577	50,7%	20.864
<i>Perugia</i>	8.845	54,6%	8.918	50,2%	17.763
Marche	13.090	54,6%	11.383	46,5%	24.473
<i>Macerata</i>	4.217	54,6%	3.145	42,7%	7.362
Lazio	97.400	54,6%	101.974	51,1%	199.374
<i>Roma</i>	67.812	54,6%	93.484	58,0%	161.296
<i>Latina</i>	4.299	54,6%	3.416	44,3%	7.715

Tabella I. (continua)

Regione	31/12/1998				TOTALE
	Maschi	%	Femmine	%	
Abruzzo	7.940	54,6%	7.196	47,5%	15.136
L'Aquila	3.144	54,6%	1.984	38,7%	5.128
Molise	729	54,6%	798	52,3%	1.527
Campobasso	472	54,6%	540	53,4%	1.012
Centro	158.925	49,6%	161.609	50,4%	320.534
Campania	25.358	54,6%	27.364	51,9%	52.722
Napoli	15.269	54,6%	20.405	57,2%	35.674
Caserta	6.067	54,6%	3.433	36,1%	9.500
Puglia	18.050	54,6%	13.188	42,2%	31.238
Bari	6.541	54,6%	4.623	41,4%	11.164
Lecce	4.890	54,6%	2.604	34,7%	7.494
Brindisi	2.659	54,6%	3.837	59,1%	6.496
Basilicata	1.390	54,6%	913	39,6%	2.303
Calabria	7.972	54,6%	4.906	38,1%	12.878
Reggio Calabria	3.378	54,6%	2.031	37,5%	5.409
Sud	52.770	53,2%	46.371	46,8%	99.141
Sicilia	26.047	56,1%	20.417	43,9%	46.464
Catania	5.793	54,6%	7.087	55,0%	12.880
Palermo	5.911	54,6%	5.209	46,8%	11.120
Messina	3.821	54,6%	2.929	43,4%	6.750
Sardegna	5.465	54,6%	4.618	45,8%	10.083
Cagliari	2.862	54,6%	1.604	35,9%	4.466
Isole	31.512	55,7%	25.035	44,3%	56.547
Totale Italia	549.224	53,2%	484.011	46,8%	1.033.235

Fonte: Ministero dell'Interno

Elaborazione: Centro elaborazione dati Ministero dell'Interno - Osservatorio comunale delle immigrazioni

Tabella II. Provenienza continentale

	Stima totale 1998		Soggiorni registrati 1999 dato parziale		Stima totale 1999		Aumento % 1998/1999	
	V. A.	%	V. A.	%	V. A.	%		
Europa	481.061	38,50%	499.061	39,90%	593.883		23,50%	
di cui UE	171.061	13,70%	145.787	11,60%	173.487		1,40%	
di cui Est europeo	281.077	22,50%	329.404	26,30%	391.991		30,50%	
Africa	360.050	28,80%	356.804	28,50%	424.597		17,80%	
di cui Nord Africa	233.771	18,70%	231.908	18,50%	275.970		18,50%	
America	164.040	13,10%	153.025	12,20%	183.100		11,00%	
di cui America Latina	105.098	8,40%	102.950	8,20%	122.511		16,60%	
Asia	241.232	19,30%	239.774	19,10%	285.331		18,30%	
di cui EO	123.870	9,90%	123.453	9,90%	146.906		8,60%	
Oceania	2.823	0,20%	2.481	0,20%	2.952		4,60%	
Non classificati	1.009	0,10%	849	0,10%	1.137		12,70%	
TOTALE	1.250.214	100,00%	1.251.994	100,00%	1.490.000		19,20%	

Tabella III. *Permessi di soggiorno concessi in Italia a persone con cittadinanza straniera al 31/12/1998 per motivo del permesso*

Motivo	Comunitari	Extra-com.	Totale	%		totale stranieri
				comunitari	extra-com.	
Lavoro subordinato						
Occupati	50.984	396.737	447.721	35,95	44,51	43,33
Attesa perfezionamento pratica lavorativa	279	576	855	0,20	0,06	0,08
Disoccupati (ilc e lav. sub. attesa occ.)	4.295	95.651	99.946	3,03	10,73	9,67
Motivi straordinari con possibilità di lavoro	2	24.041	24.043	0,00	2,70	2,33
Lavoro autonomo						
Occupati	7.506	33.499	41.005	5,29	3,76	3,97
Attesa perfezionamento lav. autonomo-profess.	112	922	1.034	0,08	0,10	0,10
Totale lavoro	63.178	551.426	614.604	44,55	61,86	59,48
Motivi di famiglia	28.940	222.985	251.925	20,41	25,01	24,38
Asilo politico	2	3.360	3.362	0,00	0,38	0,33
Richiesta di asilo	0	2.793	2.793	0,00	0,31	0,27
Motivi di studio	9.048	20.830	29.878	6,38	2,34	2,89
Turismo	1.006	8.459	9.465	0,71	0,95	0,92
Motivi religiosi	14.197	40.268	54.465	10,01	4,52	5,27
Motivi di salute	224	2.613	2.837	0,16	0,29	0,27
Attesa adozione	7	4.900	4.907	0,00	0,55	0,47
Attesa affidamento	13	1.785	1.798	0,01	0,20	0,17
Attesa emigrazione	0	11	11	-	0,00	0,00
Motivi giudiziari	10	1.493	1.503	0,01	0,17	0,15
Motivi straordinari/ nulla osta provv. per albanesi	1	3.874	3.875	0,00	0,43	0,38
Motivi non specificati (vecchie situazioni)	304	2.696	3.000	0,21	0,30	0,29
Residenza elettiva	24.624	16.453	41.077	17,36	1,85	3,98
Vari	265	7.470	7.735	0,19	0,84	0,75
Totale altri	78.641	339.990	418.631	55	38	41
Totale	141.819	891.416	1.033.235	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministero dell'Interno. Elaborazione: Centro elaborazione dati Ministero dell'Interno - Osservatorio comunale delle immigrazioni.

Note: La categoria Vari include i permessi di soggiorno concessi per affari, attività sportiva, invito, detenzione (vecchie situazioni), invito, Convezione di Dublino 15/6/1990, marinaia attesa imbarco (vecchie situazioni), missione, dichiarazione di presenza art. 4 com. 1 L. 39/1990, tirocinio, rilascio foglio sogg. art. 16 L. 6/3/1998 n. 40.

Tabella IV. *Stranieri regolarmente soggiornanti in Emilia-Romagna. Anno 1998*

	maschi		femmine		totale
Bologna	13.719	54,9%	11.257	45,1%	24.976
Ferrara	1.383	48,2%	1.484	51,8%	2.867
Forlì	3.214	54,0%	2.741	46,0%	5.955
Modena	8.464	58,6%	5.985	41,4%	14.449
Parma	4.997	58,6%	3.530	41,4%	8.527
Piacenza	2.465	57,9%	1.789	42,1%	4.254
Ravenna	4.282	63,5%	2.458	36,5%	6.740
Reggio Emilia	7.426	58,1%	5.361	41,9%	12.787
Rimini	1.443	57,5%	1.068	42,5%	2.511
Totale Emilia-Romagna	47.393	57,1%	35.673	42,9%	83.066

Nota: I numeri relativi ai permessi di soggiorno sono soggetti a variazioni dovute a periodici aggiornamenti dei dati da parte del Ministero degli Interni che riportano ad esempio la cancellazione di permessi scaduti o restituiti da persone che lasciano l'Italia, come pure le domande di regolarizzazione accettate.

Tabella V. *Tassi di irregolarità in Emilia-Romagna. Anno 1998*

Provincia	Soggiornan. registrati	Soggiornan. stima	Extracom. stima	% EC	Donne stima	% donne	Tot. domande regolarizz.	Tasso irregolarità
Bologna	24.976	30.221	25.929	85,8	13.621	45,1	3.242	12,5
Ferrara	2.867	3.469	2.760	79,6	1.796	51,8	852	30,9
Forlì	5.955	7.206	6.415	89,0	3.317	46,0	1.217	19,0
Modena	14.449	17.483	15.903	91,0	7.242	41,4	3.683	23,2
Parma	8.527	10.318	9.436	91,5	4.271	41,4	4.471	47,4
Piacenza	4.254	5.147	4.673	90,8	2.165	42,1	1.696	36,3
Ravenna	6.740	8.155	7.509	92,1	2.974	36,5	1.488	19,8
Reggio Emilia	12.787	15.472	14.703	95,0	6.487	41,9	5.081	34,6
Rimini	2.511	3.038	2.800	92,2	1.292	42,5	1.159	41,4
Emilia-Romagna	83.066	100.510	90.128	89,7	43.164	42,9	22.889	25,4
Italia	1.033.235	1.250.214	1.078.613	86,3	585.653	46,8	400.638	37,1

Fonte: Dossier Caritas Immigrazione e Ministero dell'Interno. Dipartimento della pubblica sicurezza - Servizio immigrazione e Polizia di frontiera.

Elaborazione: Osservatorio comunale delle immigrazioni

Nota: Il tasso di irregolarità è calcolato considerando il numero di regolarizzazioni richieste sul totale dei soggiornanti non comunitari. Quest'ultimo include però anche i paesi di sviluppo avanzato (scorporando questi, il tasso per l'Italia cala al 35%). Tuttavia, tra le 22.889 domande nell'Emilia-Romagna, solo 12.887 erano state effettivamente presentate: considerando solo le domande presentate il tasso di irregolarità cala al 14,3%. Il problema non si pone per Bologna e Rimini dove tutte le domande registrate sono state effettivamente presentate.

2. CARICO DI MALATTIA

È possibile tracciare un profilo di salute dei cittadini stranieri immigrati basandosi sulla letteratura nazionale, e sui dati relativi a strutture pubbliche e a casistiche dei centri di volontariato sanitario operanti in Italia; si tratta comunque di dati frammentari e non sempre omogenei, scarsamente confrontabili, in quanto non uniformi soprattutto nel criterio di definizione del soggetto assistito (cittadinanza, paese di nascita, iscrizione al SSN, ...).

La popolazione immigrata è caratterizzata da un patrimonio di salute fisica e psichica pressoché integro (effetto migrante sano), sia per la giovane età, sia per l'autoselezione che precede la migrazione pionieristica, cui si associa un buon livello di istruzione (52% con diploma di scuola superiore, 12% con studio universitario o laurea fra i 55.000 utenti irregolari della Caritas di Roma), sia infine per la tendenza a tornare alla famiglia di origine in caso di malattia (effetto salmone).

Il profilo di salute muta se si osservano i soggetti dei progetti migratori trainati; cambia inoltre man mano che si modifica la sedimentazione sul territorio della popolazione osservata e il suo profilo demografico.

Mentre il rischio infettivo per la popolazione italiana per trasferimento di agenti infettanti da paesi ad alta endemia è ridotto o controllabile, specifici problemi originati nel paese di partenza possono trovare nel paese di destinazione condizioni di aggravamento, che interessano soprattutto le persone di recente immigrazione (fasi di trasferimento con mezzi di fortuna, condizioni disagiate di accoglienza e primo inserimento, alimentazione, clima e condizioni lavorative).

L'analisi delle cause di morte dei cittadini stranieri in Italia (ISTAT, 1998; *Tabella VI*) non offre informazioni particolarmente significative, sia per l'esiguità numerica, spiegabile con la giovane età che caratterizza attualmente il flusso migratorio verso l'Italia, sia per l'impossibilità di distinguere tra presenti occasionali o strutturali. Si può notare una fluttuazione da 1.997 nel 1992, a 1.953 nell'anno successivo, con un incremento fino a 2.246 nel 1994 (0,4% del totale della popolazione).

Le principali cause di morte per i cittadini provenienti dal continente africano sono traumi e avvelenamenti (49,6%), malattie del sistema circolatorio (11,1%), altre cause (28,7%, di cui malattie dell'apparato digerente 10,3%), tumori (8,1%, di cui femminili 30,3%), malattie infettive e parassitarie (solo il 2,5%).

Per gli asiatici al primo posto sono traumi e avvelenamenti (40,1%), malattie del sistema circolatorio (22,6%), altre cause (20,4%, di cui malattie dell'apparato digerente 32,1%), tumori (13,9%, femminili 30,3%), malattie infettive e parassitarie 2,9%.

I latino-americani sono più soggetti a malattie dell'apparato circolatorio (44,4%) e digerente (20,5%); altre cause 39%.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri in Italia nel 1997 (*Tabella VII*), i dimessi stranieri erano lo 0,32% (da: Germania 13%, Albania 8%, Marocco quasi 7%, ex-Jugoslavia quasi 5%,

Francia e Polonia poco più del 3% ciascuna, Tunisia 2,4%). Particolarmente significativi sono i dati sull'utilizzo dei servizi da parte della popolazione femminile e infantile, dai quali emerge l'inversione del rapporto per i soggetti ricoverati con prevalenza delle donne, rispetto a una popolazione immigrata prevalentemente maschile.

I ricoveri di donne immigrate su tutti i ricoveri sono in aumento (fino al 1989 il dato è stazionario; dal 1990 si registra un significativo e progressivo aumento) e rappresentano il 4,8%: 3.148 su 64.493, mentre erano l'1,64% nel 1980 e l'11,1% nel 1997; circa il 35% è costituito da donne provenienti dal Nord Africa, più recentemente dall'Est Europa; l'81,8% dei 3.148 ricoveri di donne immigrate sono dovuti a cause ostetriche; nel 1995 le pazienti ostetriche straniere rappresentavano il 13,4% dei ricoveri ostetrici.

In ambito regionale (*Tabella VIII-XII*) i pazienti con cittadinanza straniera dimessi nel 1998 sono 15.902 e rappresentano l'1,84% del totale regionale (fonte: Bancadati Scheda dimissione ospedaliera, Agenzia sanitaria regionale). Si tratta senza dubbio di un dato sottostimato; sono state infatti escluse dall'analisi molte schede di dimissione ospedaliera perché non contenevano indicazioni rispetto al tipo di cittadinanza (italiana, straniera in via di sviluppo o altro), che non è campo obbligatorio ai fini della compilazione da parte delle Aziende sanitarie del debito informativo SDO verso la Regione Emilia-Romagna. Il totale dei dimessi con campo "Cittadinanza" vuoto e "Codice del comune di residenza" 999xxx (residenza all'estero) è stato, per induzione, accorpato in modo soggettivo al gruppo di dimessi definiti stranieri non residenti.

Si è inoltre rilevato che le Aziende regionali si comportano in modo molto dissimile riguardo alla compilazione del campo "Cittadinanza". Non sarebbe pertanto corretto effettuare una valutazione comparativa sui dati delle diverse Aziende.

Un'analisi relativa all'anno 1998 (*Allegati A1, A2, A3*), focalizzata su alcune realtà aziendali dell'Emilia-Romagna nelle quali è stato possibile raccogliere dati più esaustivi, conferma sostanzialmente le considerazioni precedenti e l'analisi che segue.

I pazienti sono stati selezionati secondo la cittadinanza; sono stati presi in considerazione quelli provenienti da tutto il Sud e Centro America, tutto il continente africano, tutta l'Asia (esclusa l'area sviluppata Giappone, Corea del Sud, Hong Kong, Taiwan, Israele) e dall'Est Europa, in quanto paesi in via di sviluppo (PVS).

Si tratta di ricoveri ordinari nell'80,37% dei casi e di *day hospital* nel 19,63% dei casi (la quasi totalità dei ricoveri in *day hospital* è effettuata per interruzioni volontarie di gravidanza). I pazienti dimessi risultano per il 58,4% di sesso femminile (mentre i residenti stranieri di sesso femminile in regione sono il 42,9%), a differenza di quanto avviene nei dimessi appartenenti alla popolazione italiana (52,9%); per il 50,6% sono di cittadinanza africana, per il 27,3% provengono da paesi dell'Est Europa (come ex-Jugoslavia, Romania, Russia, Albania, ecc.), per il 12% dall'Asia (*Tabella VIII*). Il 71,4% dei cittadini stranieri dimessi è residente in Emilia-Romagna, il 4,8% è residente in altre regioni italiane; sono 3.786 (23,8%) i residenti all'estero, da considerarsi quasi esclusivamente STP (*Tabella IX*).

La casistica analizzata (*Tabella X*) individua una prevalenza di ricoveri con DRG di tipo medico (63,9%), 66,3% dei quali effettuati in regime di ricovero ordinario, e una prevalenza di ricoveri con DRG di tipo chirurgico in regime di ricovero *day hospital* (44,9%).

L'assorbimento delle risorse sanitarie, rappresentato dal peso del DRG, risulta invece maggiore nei ricoveri di tipo medico, in particolare per quelli in regime di DH. Presumibilmente, nel primo caso si tratta di IVG e nel secondo di parti vaginali.

Esaminando i primi 20 DRG (*Tabelle XI e XII*) si nota una prevalenza di prestazioni che riguardano l'ambito materno-infantile [interruzioni di gravidanza (1.572), parti vaginali senza complicanze (1.326), neonato normale (620 di cui 8,5% STP), tagli cesarei senza complicanze (405), altre condizioni morbose *ante partum* con CC mediche (399), minaccia di aborto (259), disturbi mestruali e dell'apparato femminile (201), interventi in utero senza CC (173), altre condizioni morbose *ante partum* senza CC mediche (168)], per un totale di 5.119 dimissioni totali, pari al 32,19% della casistica totale (uomini e donne). La patologia seguente in ordine di frequenza è quella dell'apparato gastroenterico con 511 dimessi adulti (3,2%) e 281 bambini (1,7%).

I dati regionali e di letteratura riportano un'elevata incidenza di ospedalizzazione dei bambini stranieri, che rappresenta dal 10 al 34,1% del totale dei ricoveri nelle diverse città, per malattie non specifiche (infezioni delle vie aeree superiori, bronchiti, broncopolmoniti), per incidenti domestici (ustioni, intossicazioni accidentali, ecc.); nell'analisi dei fattori di rischio, la casa insalubre è individuata come la causa principale di questi problemi sanitari. Si rileva inoltre nei bambini un'incidenza di bronchite, asma, otite, infezioni delle alte vie respiratorie (333, pari al 2,09% dei ricoveri) molto superiore alla popolazione italiana (0,53%).

In tutte le casistiche risulta rilevante la categoria degli assistiti residenti all'estero da PVS, da ritenere pressoché interamente come stranieri temporaneamente presenti - STP, che rappresenta circa un terzo della popolazione assistita ed è in aumento rispetto all'anno precedente. Questo dato, unitamente al numero delle domande di regolarizzazione, può costituire un indicatore di *trend* di popolazione assistita.

Anche includendo i soggetti non residenti (STP), si evidenzia che il tasso di ospedalizzazione dei soggetti immigrati nella nostra regione (112,98 per 100.000 abitanti residenti) è molto inferiore a quello della popolazione italiana residente (162 per 100.000 abitanti residenti).

Si possono rilevare alcune differenze fra le patologie incidenti sulle popolazioni straniere residenti in regione, e quelle che colpiscono più di frequente i residenti all'estero (STP). In particolare tra i pazienti della seconda categoria sono più frequenti i ricoveri per stato stuporoso e coma traumatico (57), calcolosi urinaria senza CC (60), aborto con D&C isterosuzione - isterotomia (481). Sono diverse le patologie che colpiscono gli adulti (incidenti per i maschi e malattie correlate all'apparato riproduttore per le femmine); anche le patologie infantili sono dissimili in modo evidente da quelle che colpiscono la popolazione autoctona, anche in relazione all'area di origine (gruppi etnici).

I dati rilevati in regione sono simili a quelli riportati da una ricerca pubblicata nel 1996 nella regione Veneto, che indica le malattie ostetrico-ginecologiche come responsabili del 21% delle dimissioni, e le malattie dell'apparato digerente per il 15%. Per quanto riguarda altri dati di utilizzo dei servizi, si rimanda agli Allegati A2 e A3, relativi rispettivamente alle realtà di Forlì e Parma.

Da questi dati si evince che le patologie principali riscontrate sono nell'ordine: casi medici (62,4% a Bologna), aborti, parti, patologie dell'apparato gastroenterico, stato stuporoso e coma traumatico, tagli cesarei, polmoniti, disturbi mestruali.

Nel Presidio ospedaliero dell'Azienda USL del capoluogo regionale si conferma la distribuzione della casistica osservata in ambito regionale, ma si evidenzia un significativo livello di mobilità attiva dalle altre AUSL della regione. Dei cittadini stranieri ricoverati presso l'Azienda USL Città di Bologna (1.502), il 64,9% è residente in Emilia-Romagna; di questi il 37,5% è residente nel comune di Bologna. Mantengono invece la residenza all'estero il 31,3%, che costituisce di fatto la quota degli irregolari.

Le donne rappresentano il 62,1% dei dimessi; i ricoveri inerenti la condizione femminile riguardano sia l'area della procreazione che la tutela della salute (parto, aborto, disturbi mestruali, condizioni *ante partum*) e costituiscono il 34,7% del totale dei ricoveri per stranieri nel 1998 e il 29,9% nel 1° semestre 1999. Questo calcolo include sia i ricoveri ordinari che i ricoveri *day hospital*.

Di particolare significato a Bologna Città sono i ricoveri per bronchite e asma nei bambini (34,1% del totale ricoveri), assenti nella popolazione residente italiana: ciò segnala la possibile presenza di fattori aggravanti, probabilmente dovuti alle condizioni sociali dei soggetti.

La relazione annuale dell'Assessorato alla sanità regionale sull'applicazione della Legge n. 194 riporta che nel 1998 le donne immigrate costituivano il 16,1% del totale delle donne che avevano eseguito un intervento di IVG, il 15,1% erano residenti. Se si analizzano i valori assoluti delle IVG dal 1994 al 1998, a fronte di una riduzione dell'1,2% sul totale delle IVG effettuate, si evidenzia un aumento dell'89% di donne con cittadinanza straniera. Il fenomeno ha maggiore consistenza nelle province di Bologna, Modena, Reggio Emilia e Parma.

Uno studio sulla salute riproduttiva delle donne immigrate condotto nella provincia di Reggio Emilia negli anni 1980-1997 conferma il dato nazionale di aumentato rischio di parti pre-termine (prima della 37^a settimana) nelle cittadine immigrate (10,83% contro il 4,63% delle italiane) e di mortalità neonatale e infantile (doppia nei figli di genitori stranieri), dimostrata anche dalla particolare frequenza di ricoveri per "altre condizioni morbose *ante partum* con o senza complicanze" nei presidi regionali (558).

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, gli accessi di cittadini stranieri al PS del Presidio ospedaliero dell'Azienda USL Città di Bologna (esclusi gli accessi pediatrici e ginecologici)

Allegato A.

sono 12.108 pari al 17,5% del totale degli accessi al PS, per una popolazione straniera presente a Bologna stimata attorno al 7% della popolazione. La maggior parte delle patologie rilevate consiste in disturbi gastrointestinali (48%), stati di ansia e ipocondria (22%), cefalea (11%), attacchi di panico (2%) e patologie relative a traumi (9%) di cui il 3% in seguito a violenza; solo l'8% è rappresentato da altre patologie.

Nell'Azienda USL di Forlì (*Allegato A2*) nel 1998 si registrano 1.748 accessi al PS (3,55% della popolazione generale), dei quali solo 135 (0,27%) sono stati ricoverati; 1.603 sono stati dimessi e 10 trasferiti.

Nell'Azienda ospedaliera di Parma (*Allegato A3*) gli stranieri che accedono al PS rappresentano il 3% di tutti i casi; si evidenzia in particolare che i traumi, le fratture e le patologie dell'apparato osteoarticolare rappresentano da sole circa la metà delle diagnosi effettuate.

I dati sulle patologie riportate durante ricovero sono confrontabili con quelli delle attività ambulatoriali gestite dalle associazioni di volontariato. Considerando che l'utenza di questi centri rappresenta la frazione di immigrati maggiormente esposta a rischi per la salute, si evidenzia - anche con il conforto di casistiche di centri di assistenza pubblici - che i disturbi prevalenti riguardano patologie acute dell'apparato respiratorio (14,7-20%), digerente (9-13,7%), osteoarticolare (11-17,4%), dermatologiche (7,5-11%), infettive (3-8,1%), psicologico/psichiatriche (1-2,9%) (*Tabella XIII e XIV*). In tali realtà, lo scarso utilizzo dei servizi ambulatoriali in ambito ostetrico-ginecologico si spiega sia con l'ampia offerta di servizi pubblici, sempre consentita anche agli irregolari, sia con la scarsa propensione della popolazione femminile di alcune etnie a utilizzare servizi in cui lavorano operatori di sesso maschile.

Ai 299 pazienti STP inviati per accertamenti all'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi nel 1998 dalle associazioni di volontariato sono state erogate 487 prestazioni, con una media di 1,63 prestazioni per paziente; ben 314 di queste sono state effettuate una o due volte, e hanno comportato una spesa complessiva di £ 67.757.805, con un costo medio per paziente di £ 226.615 (*Tabella XV*). La spesa farmaceutica sostenuta nel medesimo anno è stata di £ 58.000.000, con un costo medio annuale per ricetta di £ 50.000 e una spesa di £ 12.000 per paziente assistito (contro le £ 50.000 dei residenti bolognesi).

Le poche ricerche effettuate sullo stato di salute della popolazione infantile immigrata si sono focalizzate sugli aspetti relativi alle vaccinazioni (ciclo completo nell'85,2% dei casi), all'alimentazione (81,2% adeguata agli orientamenti dietetici attuali), all'accrescimento e al ritardo scolastico (sempre più marcato che nella popolazione residente) correlato alla presenza di uno o due genitori stranieri.

La salute dei bambini zingari si differenzia da quella dei bambini immigrati per la maggiore incidenza di incidenti domestici, malattie da raffreddamento e malnutrizione, causati da fattori di rischio aggiuntivi legati alle condizioni abitative.

I dati disponibili a livello nazionale sulla condizione di salute degli immigrati hanno escluso la presenza di patologie da importazione, che, nei pochi casi dimostrati, sono per lo più costituite da patologie di interesse individuale (malaria), contratte nei periodi di rientro in patria per vacanze.

La malattia tubercolare costituisce un tema a parte, perché è legata allo stato di indigenza; essa infatti incide più che nella popolazione italiana. Nel 1998 in regione sono stati notificati 94 casi in cittadini stranieri, che costituivano il 23,5% dei casi totali; nel 1997, i 92 casi denunciati rappresentavano lo 0,11% dei residenti extra-comunitari, mentre i casi di cittadini italiani costituivano lo 0,001% dei residenti. La TBC colpisce immigrati giovani, disoccupati (74,6%), di sesso maschile; il 56,55% dei casi si ammala dopo almeno un anno dall'arrivo (Caritas Roma, 1997), con forme extra-polmonari nel 30% dei casi, molto superiore agli italiani (Biavati, Bologna: 60 casi di TBC sospetta, pari al 3,5% dei pazienti, di cui: TBC forma attiva 6,6%, pregressa 26,6%).

A Brescia negli anni 1990-1997 è stata effettuata un'indagine su una popolazione selezionata di utenti di ambulatori pubblici: questo studio ha dimostrato una prevalenza di 2,05% casi e un tempo medio di latenza di 35,7 mesi (DS +27).

Anche se da un punto di vista epidemiologico le patologie psichiatriche non occupano attualmente un posto di rilievo, esse sono di estremo interesse per capire l'area del disagio, che è strettamente connessa con l'integrazione. Nonostante vivano in condizioni generalmente peggiori, gli immigrati sembrano essere meno esposti alla malattia psichiatrica rispetto alla popolazione autoctona. I pochi dati disponibili depongono per una bassa incidenza di disturbi psichici nosograficamente codificabili, ma evidenziano alcuni elementi significativi:

- pochi interventi ordinari, sia come visite ambulatoriali, sia come accessi al PS per prevalente disagio psichico, che abbiano richiesto intervento specialistico; complessivamente pochi ricoveri;
- alti tassi di TSO e di recidive di ricovero; alto numero di ricoveri rispetto all'esiguità dei casi seguiti;
- alto utilizzo del PS per patologie non organiche (ansia, attacchi di panico, ipocondria) probabile espressione somatica del disagio psichico.

In sintesi

Il profilo sanitario dell'immigrato è rappresentato da un patrimonio di salute sostanzialmente integro (giovane età, effetto migrante sano), sul quale si innestano:

- patologie da degrado;
- patologie della povertà (scabbia, TBC, pediculosi, ecc.);
- patologie da importazione (malaria, m. di Lyme, amebiasi, ecc.);
- patologie a lunga incubazione (lebbra, ecc.);
- false patologie da incomprendimento (problematiche comunicative e culturali).

I principali fattori di rischio per la salute del migrante nel paese ospite sono:

- la mancanza di lavoro e di reddito;
- la sottoccupazione o precarietà occupazionale (scarsa tutela, professioni e condizioni lavorative rischiose, scarsamente tutelate);
- l'inadeguatezza alloggiativa (sovraffollamento, carenze igieniche);
- l'assenza di supporto familiare e sociale;
- la diversità del clima;
- le abitudini alimentari diverse (sbilanciamento, insufficienza, compromissione dello stato nutrizionale);
- le abitudini voluttuarie (fumo, alcool, tossicodipendenza);
- il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato (nostalgia, sradicamento, lontananza dagli affetti, fallimento del progetto migratorio).

L'irregolarità stessa costituisce un fattore di rischio per la salute, come pure la difficoltà di fruizione dei servizi sanitari.

Tabella VI. Cause di morte in cittadini stranieri. Anno 1994 (%)

Aree geografiche	Malattie infettive e parassitarie	Tumori totale	Tumori femmine	Malattie sistema circol.	Traumi e avvelen.	Totale	di cui apparato digerente
EUROPA	0,3	12,7	49,2	44,4	25,6	17	18,3
Europa 15	0,2	10,7	48	55,5	1,7	16,6	16,1
Europa centro-orientale	0,7	14,7	56,7	22,6	46,1	16	20,5
Altri paesi europei	-	18,7	35,7	41,3	17,3	22,7	23,5
AFRICA	2,5	8,1	30,3	11,1	49,6	28,7	10,3
Africa settentrionale	1,4	6,1	29,4	10	57,3	25,1	8,6
Africa occidentale	2,3	9,3	12,5	15,1	40,7	32,6	10,7
Africa orientale	12,5	25	50	9,4	12,5	40,6	23,1
Africa centro-meridionale	-	-	-	10	30	60	
ASIA	2,9	13,9	52,6	22,6	40,1	20,4	32,1
Asia occidentale	-	19,5	50	22	39	19,5	25
Asia meridionale	10,8	8,1	33,3	16,2	40,5	24,3	33,3
Asia orientale	-	13,6	62,5	27,1	40,7	18,6	36,4
AMERICA	0,7	18,3	37,3	37,1	16,9	27	20
America settentrionale	0,6	20,2	25	43,3	15,7	20,2	19,4
America centro-meridionale	1	15	66,7	26	19	39	20,5
OCEANIA		16,7	33,3	44,4	-	38,9	28,6
Apolidi		27,3		36,4	9,1	27,3	33,3
Cittadinanza ignota	1,8	5,5	66,7	38,2	16,4	38,2	9,5
TOTALE	0,9	12,6	45	36,6	29	21	17,3
di cui:							
paesi a forte pressione migr.	1,7	12	50	19,7	42,6	24	15,9

Fonte: ISTAT, 1999.

Tabella VII. Cittadini stranieri in Italia. Scheda di dimissione ospedaliera. Anno 1997

Regioni	A.F. Medica			A.F. Chirurgica			A.F. Terapie intensive			A.F. Materno-infantile			Non specificato	Totale	% sul totale nazionale
	PSA	PVS	Apolidi	PSA	PVS	Apolidi	PSA	PVS	Apolidi	PSA	PVS	Apolidi			
Piemonte	151	142	484	221	155	596	14	3	19	81	115	1.329	81	3.391	9,13
Valle d'Aosta	47	13	-	78	16	-	1	-	-	28	13	-	-	196	0,53
Lombardia	351	1414	320	344	1.420	254	43	42	12	152	1.247	249	423	6.271	16,88
Prov. Autonoma Bolzano	965	130	9	1.601	112	10	106	4	-	324	85	3	-	3.349	9,02
Prov. Autonoma Trento	190	29	-	305	77	-	7	1	-	68	48	-	-	725	1,95
Veneto	-	78	1.141	1	67	816	-	7	12	-	73	562	1	2.758	7,42
Friuli Venezia Giulia	216	191	4	232	155	3	12	13	-	348	110	1	4	1.289	3,47
Liguria	389	852	-	305	627	1	54	22	-	90	486	5	20	2.851	7,67
Emilia-Romagna	35	500	-	30	548	2	-	6	-	43	813	1	-	1.976	5,32
Toscana	27	64	74	2	1	201	-	1	-	-	-	1	1	372	1
Umbria	53	178	-	58	183	-	3	2	-	20	235	-	-	732	1,97
Marche	89	138	88	96	92	70	19	4	2	35	75	50	-	756	2,04
Lazio	698	1.245	-	466	807	-	41	18	-	135	606	-	22	4.038	10,87
Abruzzo	45	46	22	56	119	52	4	5	4	23	63	10	-	449	1,21
Molise	61	26	-	74	20	-	6	1	-	21	21	-	-	230	0,62
Campania	376	567	5	484	1.252	11	25	18	2	141	924	6	-	3.811	10,26
Puglia	244	476	-	323	554	-	21	20	-	172	561	-	-	2.371	6,38
Basilicata	-	-	51	-	-	70	-	-	3	-	-	26	-	150	0,4
Calabria	96	86	4	173	127	7	6	4	-	56	86	4	-	649	1,75
Sicilia	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	3	0,01
Sardegna	149	107	4	220	89	3	22	6	-	128	51	2	1	782	2,11
Totale	4.182	6.281	2.206	5.069	6.420	2.096	384	177	54	1.865	5.613	2.249	553	37.149	100,00

Fonte: elaborazione Caritas di Roma su dati Ministero della sanità, 1999.

Tabella VIII. Dimessi dai presidi pubblici della regione Emilia-Romagna cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per sesso e continente di appartenenza. Anno 1998

continente	sesso			% sesso		
	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine	Totale
cittadinanza non rilevata o apolidi	227	357	584	3,4%	3,8%	3,7%
Africa	3.852	4.192	8.044	58,2%	45,2%	50,6%
America	285	723	1.008	4,3%	7,8%	6,3%
Asia	736	1.179	1.915	11,1%	12,7%	12,0%
Europa	1.452	2.515	3.967	21,9%	27,1%	24,9%
ex-URSS	67	317	384	1,0%	3,4%	2,4%
Totale	6.619	9.283	15.902			

cittadinanza	maschi	femmine	Totale	maschi	femmine
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo)	6.619	9.283	15.902	41,6%	58,4%
cittadinanza italiana	400.281	449.382	849.663	47,1%	52,9%

Fonte: Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bancadati SDO.

Tabella IX. Dimessi dai presidi pubblici della regione Emilia-Romagna cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per residenza. Anno 1998

provenienza	sesso			sesso		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
totale residenti in Emilia-Romagna	4.469	6.881	11.350	56,9%	63,3%	71,4%
residenti in altre regioni italiane	378	388	766	4,8%	3,6%	4,8%
residenza straniera	1.772	2.014	3.786	22,6%	18,5%	23,8%
Totale	7.857	10.877	15.902	84,2%	85,3%	100,0%

Fonte: Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bancadati SDO.

Tabella X. Dimessi dai presidi pubblici della Regione Emilia-Romagna per tipo del DRG e regime di ricovero cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo). Anno 1998

Tipo del DRG	regime di ricovero			regime di ricovero			
	ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale	
	n. casi	1.059	24	1.083	8,3%	0,8%	6,8%
	peso	704,69	35,42	740,10	7,9%	1,8%	6,8%
Chirurgico	n. casi	3.252	1.402	4.654	25,4%	44,9%	29,3%
	peso	3184,22	704,91	3889,13	35,6%	35,4%	35,6%
Medico	n. casi	8.471	1.694	10.165	66,3%	54,3%	63,9%
	peso	5.043,94	1.249,60	6.293,54	56,5%	62,8%	57,6%
totale n. casi		12.782	3.120	15.902			
totale peso		8.932,85	1.989,93	10.922,77			

Fonte: Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bancadati SDO.

Tabella XI. Dimessi dai presidi pubblici della regione Emilia-Romagna cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per i primi 20 DRG. Anno 1998

DRG	Tipo	Descrizione DRG	ordinario	day hospital	Totale
381	C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterectomia	527	1.045	1.572
373	M	Parto vaginale no CC	1.325	1	1.326
391		Neonato normale	620		620
183	M	Esofag., gastroen, miscel. dist. diges., >17 no CC	488	23	511
371	C	Taglio cesareo no CC	405		405
383	M	Altre cond. morb. ante partum con compl. mediche	342	57	399
184	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17	232	49	281
379	M	Minaccia d'aborto	253	6	259
167	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no CC	219		219
369	M	Disturbi mestruali e altri app. ripr. femminile	139	62	201
467	M	Altri fattori influenzanti stato di salute	90	111	201
243	M	Disturbi dorso	171	25	196
324	M	Calcolosi urinaria no CC	178	15	193
29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	175	2	177
98	M	Bronchite e asma, età 0-17	164	13	177
359	C	Int. utero/annessi, no TM no CC	161	12	173
384	M	Altre cond. morb. ante partum no compl. mediche	102	66	168
70	M	Otite media, infez.alte vie respir., 0-17	147	9	156
490	M	Infezioni da HIV con/senza altre patol. corr.	25	126	151
97	M	Bronchite e asma, età >17 no CC	143	5	148
Totale complessivo			12.782	3.120	15.902

Fonte: Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bancadati SDO.

Tabella XII. Dimessi dai presidi pubblici della regione Emilia-Romagna cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per residenza e primi 20 DRG.
Anno 1998

DRG	Tipo	Descrizione DRG	Residenti in		Residenza all'estero	Totale	Residenti		Residenza all'estero
			regione Emilia-Romagna	fuori regione Emilia-Romagna			in regione Emilia-Romagna	fuori regione Emilia-Romagna	
381	C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterectomia	1.013	78	481	1.572	64,4%	5,0%	30,6%
373	M	Parto vaginale no CC	1.092	41	193	1.326	82,4%	3,1%	14,6%
391	M	Neonato normale	560	7	53	620	90,3%	1,1%	8,5%
183	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., >17 no CC	353	21	137	511	69,1%	4,1%	26,8%
371	C	Taglio cesareo no CC	341	11	53	405	84,2%	2,7%	13,1%
383	M	Altre cond. morb. ante partum con compl. mediche	328	22	49	399	82,2%	5,5%	12,3%
184	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17	232	3	46	281	82,6%	1,1%	16,4%
379	M	Minaccia d'aborto	206	7	46	259	79,5%	2,7%	17,8%
167	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no CC	160	8	51	219	73,1%	3,7%	23,3%
369	M	Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile	137	15	49	201	68,2%	7,5%	24,4%
467	M	Altri fattori influenzanti stato di salute	153	9	39	201	76,1%	4,5%	19,4%
243	M	Disturbi dorso	129	9	58	196	65,8%	4,6%	29,6%
324	M	Calcolosi urinaria no CC	125	8	60	193	64,8%	4,1%	31,1%
29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	101	19	57	177	57,1%	10,7%	32,2%
98	M	Bronchite e asma, età 0-17	156	4	17	177	88,1%	2,3%	9,6%
359	C	Int. utero/annessi, no TM no CC	122	27	24	173	70,5%	15,6%	13,9%
384	M	Altre cond. morb. ante partum no compl. mediche	136	11	21	168	81,0%	6,5%	12,5%
70	M	Olite media, infesz. alte vie respir., 0-17	130	3	23	156	83,3%	1,9%	14,7%
490	M	Infezioni da HIV con/senza altre patol. corr.	93	15	43	151	61,6%	9,9%	28,5%
		Altri	5.567	318	1.500	7.385	75,4%	4,3%	20,3%
			5.783	448	2.286	8.517			
Totale complessivo			11.350	766	3.786	15.902			

Fonte: Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Bancadati SDO.

Tabella XIII. Gruppi di malattie più frequenti osservate presso alcuni centri di assistenza sanitaria per immigrati gestiti dal volontariato sociale a Roma (Caritas), Milano (Naga), Verona (Cesaim) e Palermo (S. Chiara)

Periodo di indagine	1993-1995	1993	1993-1997	1991-1997
	Caritas (RM)	Naga (MI)	Cesaim (VR)	S. Chiara (PA)
Diagnosi				
Respiratorio	16,5%	14,7%	15,0%	20,0%
Digerente	13,7%	13,4%	9,0%	11,0%
Ortopediche	12,3%	17,4%	11,0%	14,0%
Dermatologiche	7,5%	10,1%	7,0%	11,0%
Infettive	8,1%	5,9%	3,0%	3,0%
Ostetrico	5,2%	6,9%	8,0%	1,0%
Genito-urinarie	8,7%	9,1%	2,0%	4,0%
Psicologiche/psichiatriche	2,9%	2,9%	1,0%	1,0%

Tabella XIV. Caritas Roma. Attività di specialistica ambulatoriale. Anno 1998

paese di provenienza	Poliambulatori										Centri d'ascolto			
	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%
EUROPA di cui														
Albania	91	2,44%	146	3,42%	124	3,57%	88	3,06%	88	3,33%	81	3,18%	112	4,13%
Polonia	197	5,29%	272	6,38%	240	6,92%	214	7,44%	127	4,81%	130	5,10%	75	2,77%
Romania	146	3,92%	214	5,02%	279	8,04%	389	13,52%	402	15,22%	663	26,01%	522	19,25%
sfd Italia	45	1,21%	52	1,22%	93	2,68%	148	5,14%	120	4,54%	118	4,63%	108	3,98%
totale Europa	653	17,53%	837	19,62%	877	25,27%	1.006	34,97%	881	33,36%	1.211	47,51%	1.208	44,56%
AFRICA di cui														
Marocco	151	4,05%	132	3,09%	99	2,85%	62	2,16%	72	2,73%	73	2,86%	61	2,25%
Algeria	57	1,53%	51	1,20%	31	0,89%	32	1,11%	28	1,06%	29	1,14%	39	1,44%
Tunisia	34	0,91%	27	0,63%	16	0,46%	22	0,76%	19	0,72%	30	1,18%	19	0,70%
Egitto	51	1,37%	63	1,48%	58	1,67%	59	2,05%	39	1,48%	31	1,22%	28	1,03%
Senegal	52	1,40%	59	1,38%	53	1,53%	38	1,32%	27	1,02%	31	1,22%	39	1,44%
Costa D'Avorio	65	1,74%	71	1,66%	22	0,63%	15	0,52%	7	0,27%	7	0,27%	11	0,41%
Nigeria	61	1,64%	58	1,36%	51	1,47%	52	1,81%	48	1,82%	70	2,75%	67	2,47%
Somalia	431	11,57%	462	10,83%	102	2,94%	46	1,60%	34	1,29%	37	1,45%	22	0,81%
totale Africa	1.528	41,01%	1.567	36,73%	866	24,96%	632	21,97%	502	19,01%	523	20,52%	498	18,37%
ASIA, di cui:														
Filippine	119	3,19%	252	5,91%	255	7,35%	174	6,05%	23	0,87%	17	0,67%	9	0,33%
Sri Lanka	85	2,28%	76	1,78%	57	1,64%	25	0,87%	14	0,53%	24	0,94%	24	0,89%
Bangladesh	466	12,51%	380	8,91%	393	11,33%	274	9,52%	375	14,20%	275	10,79%	479	17,67%
Pakistan	66	1,77%	41	0,96%	31	0,89%	20	0,70%	280	10,60%	75	2,94%	39	1,44%
India	52	1,40%	53	1,24%	44	1,27%	34	1,18%	181	6,85%	37	1,45%	27	1,00%
Cina	4	0,11%	13	0,30%	18	0,52%	13	0,45%	12	0,45%	8	0,31%	6	0,22%
totale Asia	839	22,52%	865	20,28%	837	24,12%	575	19,99%	897	33,96%	449	17,61%	609	22,46%
AMERICA, di cui:														
Perù	525	14,09%	755	17,70%	628	18,10%	464	16,13%	230	8,71%	145	5,69%	145	5,35%
Brasile	21	0,56%	37	0,87%	42	1,21%	23	0,80%	11	0,42%	10	0,39%	14	0,52%
Ecuador	42	1,13%	46	1,08%	70	2,02%	86	2,99%	58	2,20%	125	4,90%	167	6,16%
totale America	684	18,36%	946	22,18%	850	24,50%	643	22,35%	347	13,14%	338	13,26%	384	14,16%
OCEANIA	-	0,00%	2	0,05%	2	0,06%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	1	0,04%
Non noto	22	0,59%	49	1,15%	38	1,10%	21	0,73%	14	0,53%	28	1,10%	11	0,41%
TOTALE	3.726	100,00%	4.266	100,00%	3.470	100,00%	2.877	100,00%	2.641	100,00%	2.549	100,00%	2.711	100,00%
numero paesi rappresentati	95		97		102		92		84		85		80	
% maschi/femmine	57%		52%		53%		54%		70%		64%		64%	
														94

Tabella XV. Attività di specialistica ambulatoriale erogata presso l'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi a cittadini stranieri indigenti non residenti. Anno 1998

Tipologia di prestazione	Totale
RX torace	20
Visita chirurgica	11
Visita venereologica	11
RX rachide lombo sacrale	10
Visita ORL	9
EGDS	8
HIV	7
CMV antigenemia	6
RX rachide cervicale	6
Visita infettivologica	6
Visita proctologica	6
Visita venereologica + prelievo ematico	6
HBV - HCV - VDRL - TPHA	5
Profilo C	5
Visita dermatologica	5
Ecografia pelvica	4
Esame parassitologico feci	4
Esame urine	4
Esofagogastroduodenoscopia	4
RX ginocchio	4
Visita ematologica	4
Visita ortopedica	4
Ecografia ostetrica	3
HMT - emocromo - piastrine - reticolociti - transaminasi - fosfatasi	3
Mammografia	3
Test di gravidanza	3
Urinocoltura	3
Visita andrologica	3
Visita oncologica	3
Visita urologica	3
altre	314
<i>totale complessivo</i>	487
<i>totale pazienti</i>	299
<i>prestazioni per paziente</i>	1,63
<i>totale valorizzazione (£)</i>	67.757.805
<i>valorizzazione media per paziente (£)</i>	226.615

3. RISORSE

I servizi sociali e sanitari pubblici e privati prestano grande attenzione nei confronti di questa popolazione. In ambito regionale esistono numerosi servizi di consultorio pediatrico e familiare; centri per la salute delle donne straniere; servizi di informazione, assistenza e segretariato sociale; centri di prima accoglienza (CPA); associazioni di volontariato (anche di specifiche etnie); consulte, mediatori culturali in forma singola o associata, gestiti con modalità diverse da istituzioni pubbliche.

Tali servizi sono spesso nati sulla base delle risorse esistenti, per rispondere a problemi immediati; sono quindi abbastanza adeguati alle realtà e alle problematiche locali, ma difficilmente hanno preso in considerazione nel suo complesso il ventaglio dei problemi socio-sanitari, e delle relative soluzioni possibili. Poche sono state fino ad oggi le realtà che hanno attivato un programma, un progetto-obiettivo per la tutela della salute dei CSI; uno specifico momento di programmazione complessivo degli interventi; percorsi assistenziali semplificati e chiari; e tanto meno una rete strutturata fra i diversi attori pubblici, privati e del volontariato.

Molte realtà locali sono portatrici di esperienze progettuali innovatrici che riguardano l'informazione/formazione dei cittadini immigrati, percorsi di facilitazione all'accesso, corsi di formazione, corsi per mediatori culturali, offerta di servizi sanitari a STP.

Gli attori coinvolti sono principalmente le Aziende sanitarie, gli Enti locali, il volontariato (incluse le associazioni di migranti di specifiche etnie), e i sindacati, che hanno attivato programmi integrati attraverso protocolli d'intesa e convenzioni.

Le numerose esperienze nazionali e quelle riportate in letteratura testimoniano l'efficacia degli strumenti adottati [ambulatorio Caritas Roma, centri regionali di riferimento (Lazio e Sicilia), Manchester, Losanna (*Appartenance*)].

4. OBIETTIVI

4.1. Obiettivo generale

Promuovere la salute nei cittadini stranieri immigrati, nel più ampio contesto del loro inserimento sociale, favorendo:

- lo sviluppo di una grande capacità di ascolto empatica, di comprensione, di inserimento, in un'ottica di integrazione e non di omologazione;
- il passaggio dall'operatività di emergenza allo sviluppo della società e delle sue istituzioni attraverso la tessitura di alleanze sul territorio per la costruzione di un progetto unitario non basato sull'assistenzialismo, cercando le strade per un'autentica promozione sociale,
- la collaborazione tra amministrazioni e associazioni affinché ognuno, nello svolgimento del proprio ruolo, possa contribuire a rendere la gestione dell'immigrazione una pratica di ordinaria amministrazione, nel rispetto di ruoli e poteri;
- la reale fruibilità del servizio;
- la pluridisciplinarietà degli interventi, l'integrazione fra discipline, e il lavoro di rete con altri attori intra-aziendali, istituzionali, del volontariato, dell'associazionismo di italiani e di immigrati, del privato sociale;
- la riduzione della dissonanza culturale e quindi del carico di malattia;
- il miglioramento dell'identificazione e della caratterizzazione di questa popolazione nel territorio;
- la promozione del coordinamento tra i vari livelli del sistema - pubblici, privati e del volontariato - così come fra altre istituzioni e organizzazioni non governative, al fine di valorizzare l'integrazione sociale e culturale di questi cittadini;
- l'incorporazione degli aspetti specifici di questa popolazione in tutte le attività dell'assistenza, e l'individuazione di metodi concreti nel relativo trattamento e per l'accessibilità;
- una pianificazione, un monitoraggio e una valutazione partecipativi, coinvolgendo mediatori culturali e rappresentanti delle diverse comunità.

4.2. Obiettivi intermedi

Obiettivo intermedio 1.

Valutare i bisogni di salute dei cittadini stranieri immigrati

Obiettivi specifici

- 1.1. Accrescere le conoscenze sulle caratteristiche del fenomeno dell'immigrazione regolare e clandestina sul territorio, con particolare attenzione agli aspetti di natura sanitaria. A breve termine.
- 1.2. Migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione immigrata. A medio termine.

Azioni

- Predisporre e migliorare un sistema integrato di raccolta e analisi dei dati relativi alla presenza dei cittadini stranieri immigrati nelle diverse realtà locali, in collaborazione con tutte le istituzioni interessate, prevedendo meccanismi di adeguamento costante.
- Definire criteri per attivare un sistema di raccolta e di analisi dei dati relativi alla domanda di assistenza sanitaria erogata nei confronti della popolazione immigrata iscritta, non iscritta al SSN e STP (numero e caratteristiche dei soggetti assistiti, tipologia delle patologie, prestazioni richieste, costi sostenuti, ecc.).
- Elaborare i dati di salute raccolti e diffonderli a cadenza annuale.
- Istituire (all'interno del sistema informativo esistente, con il coordinamento dell'Agenzia sanitaria regionale) una rete informativa fra le Aziende sanitarie regionali per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata e lo studio dei principali fattori di rischio, attraverso l'utilizzo corrente di indicatori di salute.

Obiettivo intermedio 2.

Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari

Obiettivi specifici

- 2.1. Promuovere una diffusa e capillare informazione alla popolazione interessata e a tutti gli interlocutori pubblici, privati e del volontariato. A medio termine.
- 2.2. Promuovere la formazione e l'utilizzazione di figure intermedie che, in rapporto al tipo di struttura, possano essere interpreti, facilitatori o mediatori linguistici e/o culturali, e abbiano una idea chiara e aggiornata della situazione dell'etnia interessata sul territorio, e la capacità di interagire e mediare. A breve termine.

- 2.3. Promuovere la formazione continua dei professionisti pubblici dipendenti e convenzionati per migliorare la capacità di risoluzione dei problemi di salute specifici delle etnie minoritarie e illustrare il modo più adeguato per rapportarsi ad esse. Includere argomenti di medicina transculturale nel percorso formativo dei medici di medicina generale.
- 2.4. Promuovere il riorientamento dei servizi e delle attività sanitarie verso una gestione che tenga conto delle influenze dei valori culturali sui momenti di fruizione dell'assistenza (es. alimentazione ospedaliera, assistenza religiosa, ecc.).
- 2.5. Offrire percorsi assistenziali sanitari e amministrativi semplici, chiari ed evidenziati.
- 2.6. Supportare gli Enti locali nella individuazione di quelle condizioni a carattere socio-ambientale che rappresentano un fattore di rischio da affrontare prioritariamente attraverso la soddisfazione di *basic need*.
- 2.7. Aumentare l'iscrizione dei cittadini stranieri residenti al Servizio sanitario nazionale. A medio termine.
- 2.8. Offrire assistenza preventiva e ambulatoriale a STP con modalità organizzativo-burocratiche differenziate. A breve termine.

Azioni

- Esplicitare i diritti della popolazione immigrata sulle modalità di accesso e di fruizione dei servizi, sulle regole della comunità ospitante. A breve termine.
- Definire le modalità di erogazione dei servizi sanitari alle diverse tipologie di immigrati (secondo i permessi di soggiorno). A breve termine.
- Istituire presso le Aziende sanitarie locali punti di accoglienza che favoriscano l'accesso della popolazione immigrata al SSN (es. uffici amministrativi territoriali e ospedalieri).
- Adeguare i punti esistenti (URP, numero verde in lingue diverse) attraverso la formazione e l'aggiornamento del personale.
- Utilizzare l'agenzia eletta come primo punto di accesso, non solo per rispondere al problema presentato, ma per offrire un più ampio servizio informativo, di orientamento e di *empowerment*, come punto strategico per creare le basi per una territorializzazione vera.
- Costruire una rete di referenti per monitorare l'applicazione della normativa vigente e proporre eventuali iniziative nel territorio di competenza per il coordinamento delle attività di settore, che sia punto di riferimento per l'interazione con enti e istituzioni.
- Attraverso un gruppo di progetto cui partecipino i diversi interlocutori, elaborare protocolli che esplicitino, per ogni tipologia di assistito, l'assistenza erogata e le modalità per riceverla (sede, referenti, documentazione, indirizzi, costi ...).
- Diffondere i protocolli assistenziali, prevedendo anche incontri e specifiche iniziative formative per gli operatori dei servizi.

- Creare materiale informativo; adeguare a specifici bisogni il materiale informativo esistente.
- Strutturare canali comunicativi e di dialogo adeguati alle caratteristiche delle culture immigrate prevalenti (distribuire materiale informativo, attivare/ampliare servizi informativi in lingua, modificare/integrare la cartellonistica, realizzare campagne di stampa e corsi di formazione per cittadini, volontariato e professionisti).
- Specificare nella Carta dei servizi alcuni nuovi campi relativi a diritti e *standard* dei cittadini stranieri immigrati.
- Stipulare specifici accordi di programma fra le diverse istituzioni pubbliche, private, del volontariato e dell'associazionismo.
- Sottoscrivere protocolli fra Comuni, Aziende sanitarie e volontariato per l'erogazione di cure ambulatoriali a STP (es. aprire servizi di assistenza ambulatoriale dedicata a STP, attivare convenzioni con una rete di medici di medicina generale, ecc.).
- Offrire informazioni sulle modalità per l'iscrizione al SSN e sui programmi vaccinali previsti in regione tramite i cittadini competenti (CPA, scuole, datori di lavoro, medici di medicina generale, volontariato, centri servizi per immigrati, sindacati, *media*, ecc.).
- Attuare piani di formazione dei professionisti pubblici dipendenti e convenzionati.

Obiettivo intermedio 3.

Promuovere gli interventi di prevenzione, con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alle vaccinazioni, alla tutela della salute dei lavoratori

Obiettivi specifici

- 3.1. Prevedere nei consultori materno-infantili spazi orientati all'assistenza della popolazione immigrata, in particolare nelle aree ad alta intensità migratoria. A medio termine.
- 3.2. Prevedere nei servizi di Pronto Soccorso, in particolare nelle aree ad alta intensità migratoria, specifici percorsi volti a facilitare e accelerare l'erogazione di prestazioni per donne immigrate (es. IVG). A medio termine.
- 3.3. Raggiungere negli stranieri residenti la copertura vaccinale attuata per la popolazione autoctona; offrire agli STP le vaccinazioni obbligatorie e facoltative inserite nei programmi regionali. A medio/lungo termine.
- 3.4. Individuare le aree di criticità della popolazione immigrata in ambito lavorativo, adottando iniziative di sensibilizzazione, di ascolto, di progettazione e di verifica del rispetto delle norme di tutela dei lavoratori. A medio/lungo termine.
- 3.5. Promuovere, iniziative di prevenzione nei confronti della TBC e delle malattie infettive e parassitarie maggiormente incidenti, per i cittadini che risiedono nei CPA.

Azioni

- Promuovere specifiche iniziative vaccinali attraverso i luoghi di lavoro, di dimora e di incontro, per aumentare l'adesione dei cittadini immigrati residenti e degli STP alle vaccinazioni obbligatorie e facoltative previste dai programmi regionali.
- Costruire con i mediatori percorsi specifici e metodologie adeguate per accrescere la partecipazione alle campagne di prevenzione dirette alla popolazione autoctona (es. *screening* dei tumori del seno e della cervice, ecc.).
- Creare materiale informativo; adeguare a specifici bisogni il materiale informativo esistente.
- Promuovere la formazione continua dei professionisti, per migliorare la capacità di risoluzione dei problemi di salute specifici delle etnie minoritarie e individuare il modo più adeguato per rapportarsi ad esse.
- Realizzare campagne informative tramite i cittadini competenti (CPA, scuole, datori di lavoro, medici di medicina generale, volontariato, centri servizi per immigrati, sindacati, *media*, ecc.).
- Adattare i programmi di prevenzione esistenti, per tenere conto anche delle specificità della popolazione immigrata (es. alimentazione, incidenti domestici e infortuni, particolari malattie infettive, dipendenze, ecc.).
- Elaborare progetti di intervento di promozione della salute e di assistenza rivolti alla popolazione immigrata detenuta.
- Rendere disponibile con urgenza presso i servizi di Pronto Soccorso il supporto di mediatori e di referenti che garantiscano la realizzazione di percorsi assistenziali relativi a problematiche urgenti.

Obiettivo intermedio 4.

Migliorare lo stato di salute della popolazione immigrata

Obiettivi specifici

- 4.1. Modulare l'offerta di servizi in base alle verifiche dei bisogni e delle attività; sperimentare nuovi percorsi assistenziali (flessibilità). A medio/lungo termine.
- 4.2. Promuovere gli interventi di prevenzione e assistenza con particolare riferimento alla tutela materno-infantile, alla salute dei lavoratori, ad aree critiche della popolazione immigrata (dipendenze, prostituzione, detenuti). A medio/lungo termine.

Azioni

- Focalizzare l'attenzione della pediatria di comunità, e in genere le attività distrettuali, verso gruppi etnici di nuovo insediamento, anche per promuovere interventi integrati di educazione sanitaria e per informare sul funzionamento dei servizi sanitari pubblici e del volontariato.

- Offrire attivamente l'assistenza in gravidanza e in puerperio alle donne straniere, garantendo il rispetto delle culture di appartenenza secondo specifici protocolli, e - ove occorra - una presa in carico complessiva di concerto con i servizi sociali. (es. corsi di preparazione al parto *ad hoc*).
- Porre particolare attenzione agli interventi diretti a eliminare la persistenza, connessa alle culture dei paesi di origine, di pratiche sessuali lesive della condizione umana e della integrità fisica delle donne.
- Organizzare una rete, una sorta di struttura sanitaria virtuale, capace di essere punto di riferimento tecnico-organizzativo per le problematiche riguardanti zingari, profughi, emarginati, prostitute, e per tutte quelle situazioni di disagio e rischio sanitario che si possono verificare sul territorio.
- Raccogliere dati sul disagio psichico.
- Prevedere nei Dipartimenti di salute mentale spazi orientati all'assistenza della popolazione immigrata, in particolare nelle aree ad alta intensità migratoria. A medio termine.
- Utilizzare l'agenzia eletta come primo punto di accesso non solo per i problemi psichici, ma per offrire un più ampio servizio e come punto strategico per creare le basi per una territorializzazione vera.
- Individuare in ogni Servizio SM (o Distretto) alcuni operatori di riferimento per l'accoglienza (AS, medici, IP).
- Organizzare corsi di aggiornamento focalizzati sulle realtà locali.

Obiettivo intermedio 5.

Rafforzare e consolidare il processo di partecipazione dei cittadini stranieri immigrati e del volontariato alle decisioni

Obiettivi specifici

- 5.1. Promuovere lo sviluppo della partecipazione dell'associazionismo immigrato. A medio/lungo termine.
- 5.2. Individuare e favorire lo sviluppo di forme di rappresentanza nell'ambito delle Aziende (es. Comitati consultivi misti). A medio/lungo termine.

Azioni

- Attivare i Consigli territoriali per la formulazione delle politiche locali nel campo dell'immigrazione. A medio termine.
- Costruire una rete visibile, esplicitata mediante appositi accordi di programma, di referenti operativi dei servizi e delle istituzioni interessate, del volontariato e dei rappresentanti delle etnie minoritarie per l'analisi della situazione locale, la condivisione dei campi prioritari di intervento e la formulazione di piani di localizzazione e realizzazione dei servizi sanitari e degli Enti locali.
- Offrire momenti formativi alle associazioni di volontariato soprattutto in campo giuridico e legislativo.

5. INDICATORI

5.1. Indicatori di processo (annuale)

N. accessi/soggetti rivoltisi all'ambulatorio STP o altre strutture dedicate/presenti stimati.

N. punti di aggregazione abitativa e/o quotidiana (n. campi e CPA).

N. programmi di educazione alla salute realizzati.

N. e tipologia del materiale informativo elaborato e distribuito.

N. vaccinazioni eseguite e cicli vaccinali completati.

N. e tipologia di banche dati informatizzate.

Esistenza di una rete di comunicazione formalizzata.

N. referenti formalizzati per istituzione.

N. operatori formati/totale operatori del settore.

N. corsi di preparazione al parto per CSI.

N. animali censiti (anagrafe) in campi nomadi o CPA.

N. vaccinazioni e/o interventi di profilassi sugli animali eseguiti in campi nomadi o CPA.

N. interventi di sensibilizzazione/formazione sui rischi sanitari e sulle modalità più adeguate di trattamento e convivenza con gli animali.

N. prestazioni ambulatoriali erogate per CSI (per tipologia-codice regionale, nazionalità/servizio-sede erogativa).

N. prestazioni ambulatoriali erogate per STP (per tipologia-codice regionale, nazionalità/servizio-sede erogativa), con particolare attenzione al percorso nascita, all'ambito odontoiatrico e al disagio psichico.

Farmaci erogati a CSI iscritti al SSN.

Farmaci erogati a CSI attraverso il codice STP.

Tempo intercorso fra richiesta ed effettuazione dell'intervento per alcune prestazioni chiave.

5.2. Indicatori di risultato (annuale)

5.2.1. Indicatori di comportamento

N. iscritti al SSN/n. residenti stranieri.

N. nuovi iscritti/n. nuovi residenti.

Accessi cittadini stranieri ai PS/accessi totali.

N. soggetti che si presentano ai controlli previsti.

N. soggetti che si rivolgono spontaneamente alle strutture di prevenzione nei primi sei mesi del loro soggiorno.

N. cicli vaccinali completati.

Indicatori di salute.

Riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso.

Riduzione dei ricoveri impropri per STP.

Riduzione delle giornate di degenza oltre il *trim point* negli STP.

Riduzione della mortalità perinatale e neonatale.

Riduzione dei ricoveri dei minori per le patologie non complicate dell'apparato respiratorio e dell'orecchio medio.

Calo percentuale delle IVG.

Riduzione dell'incidenza delle malattie infettive e da malnutrizione e degli infortuni sul lavoro nei soggetti immigrati, in regola e non in regola con il permesso di soggiorno.

Risposte positive all'85% degli intervistati su un campione rappresentativo oggetto di indagine di gradimento per la valutazione della qualità percepita dei servizi erogati.

N. referti non ritirati.

ALLEGATO A1. POPOLAZIONE IMMIGRATA A BOLOGNA

A fronte di un ulteriore calo della popolazione bolognese complessiva, nel 1998 gli stranieri residenti (12.490) rappresentano il 3,3% del totale. Rispetto all'anno precedente si è registrato un incremento del 13,8%, dovuto in primo luogo alla crescita delle donne straniere, e a un aumento molto significativo dei minori (+22,3%). L'immigrazione di provenienza asiatica cresce a ritmo più sostenuto di quella africana: i collettivi nazionali che hanno registrato maggiori incrementi nel corso dell'anno 1998 sono i filippini, i cinesi e i bengalesi.

Tabella I. Popolazione immigrata a Bologna

Cittadinanza	Valori assoluti			var. ass.			var. %		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Europa	1.624	1.747	3.371	146	244	390	9,9	16,2	13,1
di cui									
UE	591	801	1.392	-34	85	51	-5,4	11,9	3,8
Albania	330	192	522	44	60	104	15,4	45,5	24,9
ex-Jugoslavia	324	350	674	-14	31	17	-4,1	9,7	2,6
Asia	2.534	2.014	4.548	387	312	699	18,0	18,3	18,2
di cui									
Bangladesh	352	100	452	124	30	154	54,4	42,9	51,7
Cina Popolare	533	512	1.045	73	82	155	15,9	19,1	17,4
Filippine	610	893	1.503	93	107	200	18,0	13,6	15,3
Iran	127	76	203	-2	7	5	-1,6	10,1	2,5
Pakistan	366	51	417	40	21	61	12,3	70,0	17,1
Sri Lanka	252	188	440	39	27	66	18,3	16,8	17,6
Africa	2.185	1.401	3.586	118	198	316	5,7	16,5	9,7
di cui									
Etiopia	84	181	265	-4	-14	-18	-4,5	-7,2	-6,4
Marocco	1.076	547	1.623	49	101	150	4,8	22,6	10,2
Senegal	135	30	165	8	1	9	6,3	3,4	5,8
Somalia	54	171	225	2	18	20	3,8	11,8	9,8
Tunisia	455	89	544	13	19	32	2,9	27,1	6,3
America	329	629	958	37	62	99	12,7	10,9	11,5
di cui									
America del Nord	108	96	204	5	0	5	4,9	0,0	2,5
America centro-sud,	221	533	754	32	62	94	16,9	13,2	14,2
di cui									
Brasile	38	115	153	7	6	13	22,6	5,5	9,3
Perù	79	164	243	16	24	40	25,4	17,1	19,7
Oceania	8	7	15	1	-1	0	14,3	-12,5	0,0
Apolide	6	6	12	4	3	7	200,0	100,0	140,0
Totale	6.686	5.804	12.490	693	818	1.511	11,6	16,4	13,8

Fonte: Anagrafe del Comune di Bologna.

Elaborazione: Ufficio statistica - Osservatorio comunale delle immigrazioni.

A fine 1997 quattordici comuni, oltre alle città di Bologna e di Imola, hanno più di 200 residenti stranieri; si tratta innanzitutto della maggior parte dei comuni attorno al capoluogo: Calderara di Reno, Castel Maggiore, San Lazzaro, Pianoro, Sasso Marconi, Casalecchio di Reno, Zola Predosa, Anzola. Hanno superato la soglia dei 200 residenti anche i comuni di Budrio, Crevalcore, San Giovanni in Persiceto e Crespellano in pianura, Vergato nell'area montana e Castel San Pietro Terme nell'imolese.

La zona collinare-montana spicca comunque come quella in cui la presenza straniera è più significativa rispetto al complesso della popolazione dell'area (3%), contro il 2,9% della città di Bologna, l'1,8% dei comuni della cintura, l'1,7% della pianura e l'1,6% dell'area imolese. I comuni montani hanno subito negli ultimi anni un forte incremento della popolazione immigrata, soprattutto a partire dal radicamento di nuclei familiari che hanno trovato maggiori possibilità per il reperimento di alloggi in questa zona meno densamente popolata, meno servita in quanto a mezzi di comunicazione e servizi e con minori opportunità lavorative. In comuni come Grizzana Morandi, San Benedetto Val di Sambro, Vergato, Loiano o Gaggio Montano, la presenza relativa di minori stranieri quasi raddoppia la media provinciale.

Tabella II. *Percentuale di popolazione straniera ogni 100 residenti per aree geografiche della provincia di Bologna*

Area geografica	1996				1997			
	Residenti stranieri	val. %	Totale residenti	Stranieri ogni 100	Residenti stranieri	val. %	Totale residenti	Stranieri ogni 100
Bologna	9.533	51,3	385.136	2,5	10.979	51,7	383.761	2,9
Cintura di Bologna	2.956	15,9	176.176	1,7	3.251	15,3	176.241	1,8
Pianura	2.370	12,8	156.027	1,5	2.656	12,5	157.448	1,7
Collina e montagna	2.305	12,4	87.930	2,6	2.681	12,6	89.188	3,0
Area imolese	1.403	7,6	103.385	1,4	1.672	7,9	103.968	1,6
Totale	18.567	100,0	908.654	2,0	21.239	100,0	910.606	2,3

Fonte: Anagrafi dei Comuni della provincia di Bologna.

Elaborazione: Osservatorio comunale delle immigrazioni.

Tabella III. Provincia di Bologna. Popolazione residente con cittadinanza straniera al 31/12/1997 per comune di residenza

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Totale residenti	% sul totale dei residenti	% sul totale degli stranieri
Anzola dell'Emilia	113	88	201	10.141	1,98	0,95
Argelato	66	57	123	7.935	1,55	0,58
Baricella	54	37	91	5.300	1,72	0,43
Bazzano	95	74	169	5.642	3,00	0,80
Bentivoglio	39	30	69	4.297	1,61	0,32
Bologna	5.993	4.986	10.979	383.761	2,86	51,69
Borgo Tossignano	54	37	91	2.797	3,25	0,43
Budrio	159	132	291	15.089	1,93	1,37
Calderara di Reno	199	128	327	11.743	2,78	1,54
Camugnano	31	29	60	2.159	2,78	0,28
Casalecchio di Reno	317	296	613	33.064	1,85	2,89
Casalfiumanese	8	15	23	2.781	0,83	0,11
Castel d'Aiano	14	11	25	1.789	1,40	0,12
Castel del Rio	12	4	16	1.159	1,38	0,08
Castel di Casio	62	42	104	3.051	3,41	0,49
Castel Guelfo di Bologna	31	29	60	3.197	1,88	0,28
Castello d'Argile	30	22	52	4.327	1,20	0,24
Castello di Serravalle	117	59	176	3.697	4,76	0,83
Castel Maggiore	153	137	290	15.606	1,86	1,37
Castel S. Pietro Terme	194	144	338	18.910	1,79	1,59
Castenaso	63	78	141	13.486	1,05	0,66
Castiglione dei Pepoli	51	38	89	6.123	1,45	0,42
Crespellano	132	98	230	7.607	3,02	1,08
Crevalcore	167	112	279	11.595	2,41	1,31
Dozza	51	38	89	5.412	1,64	0,42
Fontanelice	37	16	53	1.691	3,13	0,25
Gaggio Montano	74	59	133	4.592	2,90	0,63
Galliera	45	35	80	4.983	1,61	0,38
Granaglione	52	41	93	2.108	4,41	0,44
Granarolo dell'Emilia	118	50	168	8.389	2,00	0,79
Grizzana Morandi	88	75	163	3.429	4,75	0,77
Imola	521	411	932	63.999	1,46	4,39
Lizzano in Belvedere	11	12	23	2.262	1,02	0,11
Loiano	103	73	176	3.624	4,86	0,83
Malalbergo	44	39	83	6.728	1,23	0,39
Marzabotto	92	71	163	6.039	2,70	0,77
Medicina	100	90	190	13.043	1,46	0,89
Minerbio	70	24	94	7.398	1,27	0,44
Molinella	88	80	168	12.838	1,31	0,79
Monghidoro	108	58	166	3.240	5,12	0,78
Monterenzio	42	50	92	4.843	1,90	0,43
Monte S. Pietro	117	78	195	9.402	2,07	0,92
Monteveglia	91	59	150	4.257	3,52	0,71
Monzuno	76	55	131	4.987	2,63	0,62
Mordano	47	23	70	4.022	1,74	0,33
Ozzano dell'Emilia	67	56	123	10.013	1,23	0,58

Tabella III. (continua)

Comune	Maschi	Femmine	Totale	Totale residenti	% sul totale dei residenti	% sul totale degli stranieri
Pianoro	156	100	256	15.649	1,64	1,21
Pieve di Cento	86	50	136	6.633	2,05	0,64
Porretta Terme	85	78	163	4.747	3,43	0,77
Sala Bolognese	54	35	89	5.594	1,59	0,42
San Benedetto Val di Sambro	34	35	69	4.340	1,59	0,32
San Giorgio di Piano	45	41	86	5.810	1,48	0,40
San Giovanni in Persiceto	211	142	353	23.500	1,50	1,66
San Lazzaro di Savena	252	212	464	28.737	1,61	2,18
San Pietro in Casale	70	45	115	9.218	1,25	0,54
Sant'Agata Bolognese	94	33	127	5.553	2,29	0,60
Sasso Marconi	171	154	325	13.388	2,43	1,53
Savigno	86	36	122	2.564	4,76	0,57
Vergato	117	102	219	6.293	3,48	1,03
Zola Predosa	187	156	343	16.025	2,14	1,61
Totali	11.844	9.395	21.239	910.606	2,33	100,0

Fonte: Anagrafi dei Comuni della provincia di Bologna.

Elaborazione: Osservatorio comunale delle immigrazioni.

A partire dalla crescita delle presenze di cittadini immigrati nei comuni extra-capoluogo, si sosteneva - in particolare per alcune comunità come quella marocchina, ma anche la tunisina e la pakistana - che gli immigrati arrivavano a Bologna e si ricongiungevano in provincia, principalmente in quei posti dove le condizioni dell'offerta abitativa permettevano ancora affitti a prezzi relativamente accessibili.

Grazie alle elaborazioni dell'Ufficio statistica del Comune, i dati sui movimenti migratori nel comune capoluogo tra gli anni 1993-1997 oggi in nostro possesso, mettono in luce la complessità del fenomeno e soprattutto evidenziano nuovi aspetti prima non considerati. In primo luogo, al contrario di quanto ci si aspettava, nella relazione città capoluogo e comuni della provincia si evidenzia un saldo migratorio positivo per la prima, cioè sono più i cittadini stranieri che dalla provincia migrano verso la città di Bologna che non il contrario. È importante notare che questo fenomeno è assolutamente in controtendenza con quanto si verifica da anni per la popolazione italiana: Bologna soffre da tempo di un ridimensionamento della propria popolazione residente seguendo un classico processo di suburbanizzazione, tipico delle realtà metropolitane mature dei paesi occidentali.

Può ipotizzarsi per Bologna uno scenario futuro tipicamente metropolitano, che ha da una parte ceti di popolazione che abbandonano la città in cerca di migliori qualità di vita, e dall'altra fasce svantaggiate - tra cui un'alta proporzione di immigrati - che si concentrano dentro il perimetro urbano.

Tabella IV. Immigrati stranieri nel comune di Bologna dal 1993 al 1997 secondo la provenienza e l'anno di immigrazione

Provenienza	1993	1994	1995	1996	1997	1992-1997
Provincia di Bologna	149	208	188	230	278	1.053
Provincia di Piacenza	0	0	1	1	0	2
Provincia di Parma	6	2	2	1	4	15
Provincia di Reggio Emilia	3	9	5	0	6	23
Provincia di Modena	15	20	13	24	28	100
Provincia di Ferrara	4	5	6	5	7	27
Provincia di Ravenna	4	9	6	2	10	31
Provincia di Forlì-Cesena	4	6	4	10	8	32
Provincia di Rimini ⁽¹⁾	-	-	4	4	1	9
Totale Emilia-Romagna (esclusa BO)	36	51	41	47	64	239
Italia settentrionale ⁽²⁾	34	53	53	71	79	290
Italia centrale	94	52	63	107	95	411
Italia meridionale	66	33	19	44	75	237
Italia insulare	71	8	22	24	51	176
Totale Italia	450	405	386	523	642	2.406
Esteri	728	731	760	1.835	1.309	5.363
Totale	1.178	1.136	1.146	2.358	1.951	7.769

⁽¹⁾ Provincia di nuova istituzione: fino al 1994 era compresa nella Provincia di Forlì.

⁽²⁾ Esclusa l'Emilia-Romagna.

Tabella V. Immigrati stranieri nel comune di Bologna dal 1993 al 1997 secondo la provenienza e l'anno di immigrazione (% di colonna)

Provenienza	1993	1994	1995	1996	1997	1992-1997
Provincia di Bologna	12,6	18,3	16,5	9,8	14,2	13,6
Provincia di Piacenza	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Provincia di Parma	0,5	0,2	0,2	0,0	0,2	0,2
Provincia di Reggio Emilia	0,3	0,8	0,4	0,0	0,3	0,3
Provincia di Modena	1,3	1,8	1,1	1,0	1,4	1,3
Provincia di Ferrara	0,3	0,4	0,5	0,2	0,4	0,3
Provincia di Ravenna	0,3	0,8	0,5	0,1	0,5	0,4
Provincia di Forlì-Cesena	0,3	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4
Provincia di Rimini ⁽¹⁾	-	-	0,3	0,2	0,1	0,1
Totale Emilia-Romagna (esclusa BO)	15,6	22,8	19,9	11,7	17,5	16,6
Italia settentrionale ⁽²⁾	2,9	4,7	4,6	3,0	4,0	3,7
Italia centrale	8,0	4,6	5,5	4,5	4,9	5,3
Italia meridionale	5,6	2,9	1,7	1,9	3,8	3,1
Italia insulare	6,0	0,7	1,9	1,0	2,6	2,3
Totale Italia	38,1	35,7	33,6	22,1	32,8	31,0
Esteri	61,9	64,3	66,4	77,9	67,2	69,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

⁽¹⁾ Provincia di nuova istituzione: fino al 1994 era compresa nella Provincia di Forlì.

⁽²⁾ Esclusa l'Emilia-Romagna.

La presenza straniera porta alla ribalta alcuni problemi che non trovano ancora adeguata risposta nelle politiche. La ricomparsa sulla scena di nuclei familiari numerosi di recente immigrazione costringe a ripensare al sistema dei servizi sociali, alla cultura che orienta l'erogazione di benefici e al rapporto con l'utenza. La presenza straniera inoltre sottolinea l'urgenza di politiche a favore delle persone sole o singoli, categoria che vede da tempo una crescita accelerata nella città. Il 38% delle famiglie a Bologna e il 67% di quelle straniere sono oggi unipersonali.

Tabella VI. *Cittadini stranieri residenti secondo lo stato di famiglia. Serie anni 1995-1998*

Anno	In famiglia	Singoli	Convivenza	Totale
1995	4.512	2.261	803	7.576
1996	5.804	2.918	811	9.533
1997	6.796	3.380	803	10.979
1998	7.965	3.758	767	12.490

<i>% riga</i>				
Anno	In famiglia	Singoli	Convivenza	Totale
1995	59,6	29,8	10,6	100,0
1996	60,9	30,6	8,5	100,0
1997	61,9	30,8	7,3	100,0
1998	63,8	30,1	6,1	100,0

<i>Incremento %</i>				
Anno	In famiglia	Singoli	Convivenza	Totale
1995	-	-	-	-
1996	28,6	29,1	1,0	25,8
1997	17,1	15,8	-1,0	15,2
1998	17,2	11,2	-4,5	13,8

Fonte: Anagrafe del Comune di Bologna, 28 aprile 2000.

Elaborazioni: Ufficio statistica - Osservatorio comunale delle immigrazioni.

La popolazione minorile costituisce il 16% della popolazione straniera della città e il 19% degli stranieri di tutta la provincia. Nessuno può mettere oramai in discussione il fatto che, nel lungo periodo, l'immigrazione straniera arriverà a contrastare l'invecchiamento della popolazione bolognese. I ragazzi stranieri sono il 4,3% della popolazione minorile del capoluogo e il 3,6% dei minori di tutta la provincia.

Grafico I. Le piramidi delle età

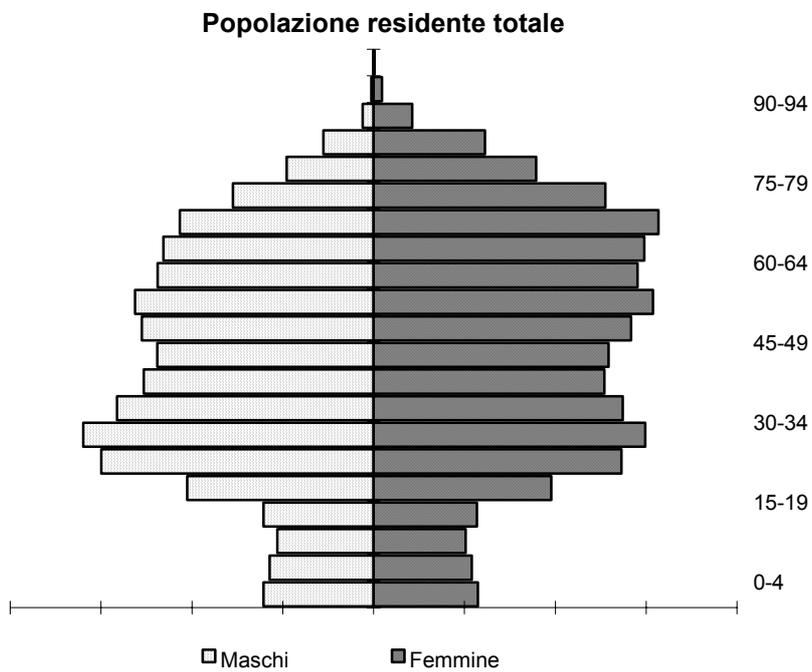
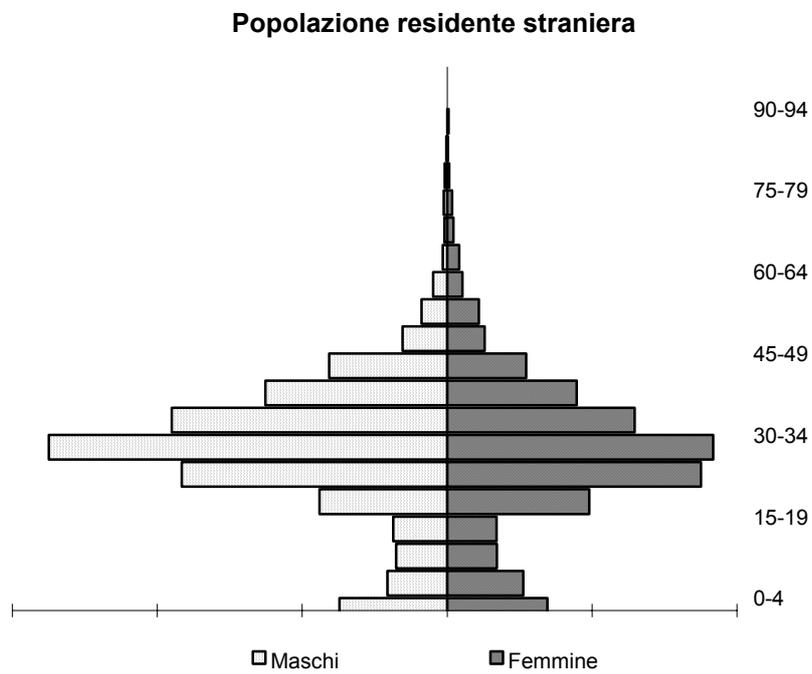


Tabella VII. Popolazione residente straniera per classi quinquennali di età e sesso al 31/12/1997.
Percentuali sulla popolazione totale

Classi di età	Popolazione straniera			% sul totale		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-4	372	346	718	6,1	6,0	6,1
5-9	206	262	468	3,6	4,8	4,2
10-14	176	171	347	3,3	3,4	3,4
15-19	186	170	356	3,1	3,0	3,0
20-24	440	490	930	4,3	5,0	4,6
25-29	916	876	1.792	6,1	6,4	6,3
30-34	1.375	918	2.293	8,6	6,1	7,4
35-39	950	647	1.597	6,7	4,7	5,7
40-44	627	447	1.074	5,0	3,5	4,2
45-49	407	273	680	3,4	2,1	2,7
50-54	154	129	283	1,2	0,9	1,1
55-59	88	109	197	0,7	0,7	0,7
60-64	48	53	101	0,4	0,4	0,4
65-69	15	41	56	0,1	0,3	0,2
70-74	10	22	32	0,1	0,1	0,1
75-79	12	17	29	0,2	0,1	0,1
80-84	8	7	15	0,2	0,1	0,1
85-89	3	3	6	0,1	0,0	0,1
90-94		5	5		0,2	0,2
95-99				0,0	0,0	0,0
100-104				0,0	0,0	0,0
Totale	5.993	4.986	10.979	3,3	2,4	2,9

Fonte: Anagrafe del Comune di Bologna.

Elaborazioni: Ufficio statistica - Osservatorio comunale delle immigrazioni.

Uno dei principali quesiti sull'utilizzo delle strutture sanitarie da parte dei cittadini immigrati riguarda la scarsa attenzione alla medicina generica e preventiva, che nel nostro sistema è centrata sul medico di base, e il conseguente uso improprio del Pronto Soccorso. Dalle domande sull'utilizzo dei diversi servizi emerge un risultato a prima vista soddisfacente: l'assistenza medica generica è stata frequentata dal 76% degli intervistati, una percentuale molto superiore a quella segnalata per i servizi di Pronto Soccorso (65%). Tuttavia, l'analisi differenziata per gruppi nazionali sembra confermare l'esistenza di questo problema soprattutto tra i collettivi migratori di uomini singoli.

Un altro segnale allarmante, che meriterebbe ulteriori riflessioni, è costituito dal fatto che sono più gli intervistati che hanno sperimentato un ricovero ospedaliero (48%) di quelli che dichiarano di essersi sottoposti a visite specialistiche (38%).

Tabella VIII. Bologna. Iscritti all'USL per cittadinanza

Cittadinanza	Iscritto all'USL						Totale	
	Nessuna risposta		Sì		No		v.a.	% col.
	v.a.	% riga	v.a.	% riga	v.a.	% riga		
Marocco	-	-	52	82,5	11	17,5	63	24,9
Tunisia	-	-	18	60,0	12	40,0	30	11,9
Senegal	-	-	19	95,0	1	5,0	20	7,9
Albania	-	-	14	73,7	5	26,3	19	7,5
Filippine	-	-	17	89,5	2	10,5	19	7,5
Pakistan	-	-	12	70,6	5	29,4	17	6,7
Rep. Cinese	-	-	13	86,7	2	13,3	15	5,9
Altre cittadinanze	1	1,4	55	78,6	14	20,0	70	27,7
Totale	1	0,4	200	79,1	52	20,6	253	100

Tabella IX. Bologna. Servizi sanitari di cui si sono avvalsi, per cittadinanza

Cittadinanze principali	Acquisto medicinali	Assistenza medico generica	Assistenza pediatrica	Assistenza specialistica	Ricovero ospedaliero	Pronto soccorso	Assistenza sociale	Servizi per tossic. o alcol.
	Val. %	Val. %	Val. %	Val. %	Val. %	Val. %	Val. %	Val. %
Marocco	64,3	80,4	30,4	30,4	41,1	62,5	48,2	1,8
Tunisia	68,2	77,3	13,6	27,3	40,9	72,7	27,3	4,5
Senegal	85,0	70,0	5,0	20,0	50,0	75,0	20,0	10,0
Albania	87,5	93,8	43,8	50,0	25,0	50,0	12,5	-
Filippine	88,2	82,4	47,1	76,5	70,6	70,6	35,3	-
Pakistan	53,8	61,5	7,7	23,1	53,8	53,8	7,7	7,7
Rep. Cinese	53,8	46,2	61,5	30,8	69,2	53,8	23,1	-
Totale	74,2	76,0	29,0	37,8	47,5	65,0	28,1	3,2

Tabella X. Bologna. Opinione sulla qualità della prestazione sanitaria

	v.a.	% col.
Nessuna risposta	47	18,6
Pessimo	5	2,0
Cattivo	9	3,6
Discreto	37	14,6
Buono	131	51,8
Ottimo	24	9,5
Totale	253	100

Tabella XI. Bologna. Opinione sull'atteggiamento degli operatori

	v.a.	% col.
Nessuna risposta	48	19,0
Pessimo	9	3,6
Cattivo	11	4,3
Discreto	36	14,2
Buono	120	47,4
Ottimo	29	11,5
Totale	253	100

Tabella XII. Bologna. Giudizio sulla prestazione ricevuta per servizi sanitari

Servizi sanitari	Giudizio sulla prestazione					
	Nessuna risposta		Positivo		Negativo	
	v.a.	% riga	v.a.	% riga	v.a.	% riga
Acquisto medicinali	2	1,2	152	94,4	7	4,3
Assistenza medico generica	1	0,6	156	94,5	8	4,8
Assistenza pediatrica	1	1,6	60	95,2	2	3,2
Assistenza specialistica	1	1,2	78	95,1	3	3,7
Ricovero ospedaliero	1	1,0	98	95,1	4	3,9
Pronto soccorso	1	0,7	132	93,6	8	5,7
Assistenza sociale	-	-	55	90,2	6	9,8
Servizi per tossicodip. e alcolisti	-	-	6	85,7	1	14,3

Tabella XIII. Bologna. Giudizio sull'atteggiamento degli operatori per servizi sanitari

Servizi sanitari	Giudizio sulla prestazione					
	Nessuna risposta		Positivo		Negativo	
	v.a.	% riga	v.a.	% riga	v.a.	% riga
Acquisto medicinali	3	1,9	146	90,7	12	7,5
Assistenza medico generica	2	1,2	151	91,5	12	7,3
Assistenza pediatrica	2	3,2	56	88,9	5	7,9
Assistenza specialistica	1	1,2	74	90,2	7	8,5
Ricovero ospedaliero	1	1,0	93	90,3	9	8,7
Pronto soccorso	1	0,7	127	90,1	13	9,2
Assistenza sociale	-	-	51	83,6	10	16,4
Servizi per tossicodip. e alcolisti	-	-	4	57,1	3	42,9

Il bando 1998 per l'assegnazione di alloggi pubblici ha evidenziato come elemento di criticità la carenza di un'adeguata offerta abitativa nell'ambito del mercato privato. Dalla rilevazione emerge che 2.673 famiglie bolognesi spendono più del 35% del proprio reddito in affitto, di cui 390 nuclei stranieri, che attendono una risposta del fondo sociale per l'integrazione dei canoni.

Tra i nuclei stranieri, più della metà ha un basso reddito; ogni dieci famiglie, quattro sono numerose; più di tre spendono in affitto oltre il 35% del proprio reddito; quasi tre abitano in una struttura di accoglienza; una è costituita da un adulto con minori a carico.

Tabella XIV. Descrittori del disagio abitativo: categorie segnalate. Anno 1998

Descrittori	Italiani		Stranieri		Totale	
	v.a.	% del n. di casi	v.a.	% del n. di casi	v.a.	% del n. di casi
alloggio antigienico	80	1,6	39	3,3	119	1,9
alloggio improprio	21	0,4	11	0,9	32	0,5
anziano e.r.p.	1.858	37,3	13	1,1	1.871	30,5
basso reddito	2.021	40,6	594	50,9	2.615	42,6
canone oneroso da 25 a 35	506	10,2	66	5,7	572	9,3
canone oneroso oltre 35%	2.283	45,9	390	33,4	2.673	43,5
coabitazione con una o più persone	121	2,4	87	7,4	208	3,4
coabitazione con uno o più parenti	550	11,1	53	4,5	603	9,8
giovane coppia	137	2,8	45	3,9	182	3
invalido superiore 2/3	913	18,4	32	2,7	945	15,4
nucleo 4 persone o più	499	10	478	40,9	977	15,9
pendolarità superiore 25 Km	111	2,2	48	4,1	159	2,6
sfratto dopo un anno	295	5,9	6	0,5	301	4,9
sfratto entro un anno	1.035	20,8	40	3,4	1.075	17,5
sistemazione prec. sfrat. no biennio	139	2,8	8	0,7	147	2,4
sistemazione precaria biennio	86	1,7	304	26,0	390	6,3
sovraffollamento 2 pers. oltre <i>standard</i>	90	1,8	11	0,9	101	1,6
sovraffollamento 3 pers. oltre <i>standard</i>	84	1,7	44	3,8	128	2,1
un adulto con minore	653	13,1	133	11,4	786	12,8
provv. rilascio allog. servizio	14	0,3	2	0,2	16	0,3
anziano oltre 70 anni	127	2,6	2	0,2	129	2,1
anziano oltre sess. non autosuf.	33	0,7	1	0,1	34	0,6
emigrato rientrato l.r. 14	7	0,1	0	0,0	7	0,1
Totale risposte	11.663	234,4	2.407	206,1	14.070	229,0
Totale domande	5.226	-	1.271	-	6.497	-
Totale domande incluse in graduatoria	4.975	100,0	1.168	100,0	6.143	100

Fonte: Ufficio Casa – CED del Comune di Bologna.

Tabella XV. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per comune di residenza

provenienza	sesso			sesso		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
totale residenti in Emilia-Romagna	352	623	975	61,9%	66,8%	64,9%
di cui residenti a Bologna	194	369	563	34,1%	39,5%	37,5%
residenti in altre regioni italiane	25	32	57	4,4%	3,4%	3,8%
residenza straniera	192	278	470	33,7%	29,8%	31,3%
Totale	569	933	1502	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella XVI. Periodo 1/1/1998 - 30/6/1999: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per comune di residenza

provenienza	sesso			sesso		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
totale residenti in Emilia-Romagna	528	908	1.436	60,3%	65,1%	63,3%
di cui residenti a Bologna	291	532	823	33,3%	38,2%	36,3%
residenti in altre regioni italiane	41	48	89	4,7%	3,4%	3,9%
residenza straniera	306	438	744	35,0%	31,4%	32,8%
Totale	875	1.394	2.269	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella XVII. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per tipo di DRG e regime di ricovero

Tipo del DRG		regime di ricovero			regime di ricovero		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
	numero casi	32	1	33	2,7%	0,3%	2,2%
	giornate	240	1	241	3,5%	0,1%	3,0%
	peso	39,21	3,42	42,63	4,3%	1,9%	3,9%
Chirurgico	numero casi	304	228	532	25,6%	72,4%	35,4%
	giornate	2.424	451	2.875	35,0%	45,6%	36,3%
	peso	347,35	108,31	455,65	38,5%	60,3%	42,1%
Medico	numero casi	851	86	937	71,7%	27,3%	62,4%
	giornate	4.259	537	4.796	61,5%	54,3%	60,6%
	peso	516,75	67,78	584,53	57,2%	37,8%	54,0%
	totale numero casi	1.187	315	1.502			
	totale giornate	6.923	989	7.912			
	totale peso	903,30	179,51	1.082,81			

Tabella XVIII. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per sesso, continente di provenienza e regime di ricovero

Sesso	continente	regime di ricovero			regime di ricovero		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
Maschi	Africa	320	15	335	60,2%	40,5%	58,9%
	America	18	5	23	3,4%	13,5%	4,0%
	Asia	62	4	66	11,7%	10,8%	11,6%
	Europa	129	12	141	24,2%	32,4%	24,8%
	ex-URSS	3	1	4	0,6%	2,7%	0,7%
totale casi maschi		532	37	569	44,8%	11,7%	37,9%
femmine	Africa	228	86	314	33,7%	61,0%	69,1%
	America	38	28	66	7,1%	12,8%	14,5%
	Asia	133	56	189	20,3%	36,7%	41,6%
	Europa	220	73	293	31,4%	56,9%	64,5%
	ex-URSS	36	35	71	7,6%	13,8%	15,6%
totale casi femmine		655	278	933	55,2%	88,3%	62,1%
totale casi		1.187	315	1.502			

Tabella XIX. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo): primi DRG

DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Bellaria	Maggiore	Totale
381	C	Aborto con D&C, isterosuz. o isterotom.		237	237
373	M	Parto vaginale no CC		146	146
183	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., >17 no CC		49	49
29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	1	34	35
371	C	Taglio cesareo no CC		33	33
98	M	Bronchite e asma, età 0-17	1	28	29
379	M	Minaccia d'aborto		28	28
167	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no CC	2	23	25
184	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17		24	24
364	C	D&C, conizzazione ex TM		24	24
324	M	Calcolosi urinaria no CC	2	20	22
25	M	Accesso epilettico, cefalea, età >17 no CC	2	15	17
383	M	Altre cond. morb. antepartum con compl. mediche		17	17
70	M	Otite media, infez. alte vie respir., 0-17		15	15
91	M	Polmonite sempl. e pleurite, età 0-17		15	15
359	C	Int. utero/annessi, no TM no CC		15	15
90	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 no CC	3	11	14
189	M	Altre diagn. apparato digerente, >17 no CC	1	13	14
243	M	Disturbi dorso	1	13	14
97	M	Bronchite e asma, età >17 no CC	3	10	13
204	M	Dist. pancreas ex TM	1	12	13
206	M	Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alc. no CC	1	12	13
281	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, >17 no CC		12	12
450	M	Avvelenamento eff. tossici da farm., >17 no CC		12	12
369	M	Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile		11	11
382	M	Falso travaglio		11	11
423	M	Altre mal. infettive e parassitarie		11	11
490	M	Infezioni da HIV con/senza altre patol. corr.		11	11
32	M	Commozione cerebrale, età > 17 no CC	1	9	10
143	M	Dolore toracico	1	9	10

Tabella XX. Anno 1998. Dimessi dai presidi ospedalieri pubblici dell'Azienda USL Città di Bologna, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per regime di ricovero, DRG, presidio e residenza

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	DATI ASSOLUTI					PERCENTUALI DI RICA				
				Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	Totale	Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	
ordinario	373	M	Parto vaginale no CC	29	104	498	534	1.165	2,49%	8,93%	42,75%	45,84%	
	183	M	Esofag, gastroen, miscel. dist. diges., >17 no CC	20	26	461	370	877	2,28%	2,96%	52,57%	42,19%	
	29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	16	16	196	224	452	3,54%	3,54%	43,36%	49,56%	
	324	M	Calcolosi urinaria no CC	11	10	141	134	296	3,72%	3,38%	47,64%	45,27%	
	204	M	Dist. pancreas ex IM	10	2	44	37	93	10,75%	2,15%	47,31%	39,78%	
	281	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, >17 no CC	9	3	36	33	81	11,11%	3,70%	44,44%	40,74%	
	369	M	Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile	9	11	72	68	160	5,63%	6,88%	45,00%	42,50%	
	450	M	Avvelenamento ef. tossici da farm., >17 no CC	9	3	98	92	202	4,46%	1,49%	48,51%	45,54%	
	381	C	Aborto con D&C, isterosuz. o isterotom.	8	19	123	96	246	3,25%	7,72%	50,00%	39,02%	
	25	M	Accesso epilettico, cetalea, età >17 no CC	7	9	126	188	330	2,12%	2,73%	38,18%	56,97%	
	63	C	Altri int. su orecchio, naso, gola e bocca	5	2	44	205	256	1,95%	0,78%	17,19%	80,08%	
	90	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 no CC	5	7	147	88	247	2,02%	2,83%	59,51%	35,63%	
	142	M	Sincope e collasso no CC	5	4	230	151	390	1,28%	1,03%	58,77%	38,72%	
	167	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no CC	5	18	111	164	298	1,68%	6,04%	37,25%	55,03%	
	364	C	D&C, contizzazione ex IM	5	6	93	103	207	2,42%	2,90%	44,99%	49,76%	
	382	M	Falso travaglio	5	3	21	33	62	8,06%	4,84%	33,87%	53,23%	
	383	M	Altre cond. morb. antepartum con compl. med.	5	12	25	25	67	7,46%	17,91%	37,31%	37,31%	
	425	M	Reaz. acuta da adattam./dist. da disad. psicos.	5	3	33	49	90	5,56%	3,33%	36,67%	54,44%	
	433	M	Abuso/dip. alcool/farmaci, dimes. no parere med.	5	1	24	13	43	11,63%	2,33%	55,81%	30,23%	
	32	M	Commozione cerebrale, età >17 no CC	4	6	51	99	160	2,50%	3,75%	31,88%	61,88%	
	69	M	Orite media, infez. alte vie respir. >17 no CC	4	3	41	64	112	3,57%	2,68%	36,61%	57,14%	
	97	M	Bronchite e asma, età >17 no CC	4	7	83	73	167	2,40%	4,19%	49,70%	43,71%	
	254	M	Frat. dist. str. lus. brac. gamb. ex piede >17 no CC	4	4	44	31	79	5,06%	-	55,70%	39,24%	
	266	C	Trap. pelle/asp. tess., ex ulc. pelle/cell. no CC	4	4	45	64	113	3,54%	2,50%	39,82%	56,64%	
	280	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, >17 con CC	4	1	21	14	40	10,00%	2,50%	52,50%	35,00%	
	379	M	Minaccia d'aborto	4	21	62	63	150	2,67%	14,00%	41,33%	42,00%	
	489	M	Infezioni da HIV con patologie correlate mag.	4	1	68	76	149	2,68%	0,67%	45,64%	51,01%	
	35	M	Altri disturbi sistema nervoso no CC	3	1	33	63	100	3,00%	1,00%	33,00%	63,00%	
	70	M	Orite media, infez. alte vie respir., 0-17	3	12	33	64	112	2,68%	10,71%	29,46%	57,14%	
	91	M	Polmonite sempl. e pleurite, età 0-17	3	11	22	35	71	4,23%	15,49%	30,99%	49,30%	
	95	M	Pneumotorace no CC	3	1	11	17	32	9,38%	3,13%	34,38%	53,13%	
	101	M	Altre diagnosi app. respiratorio con CC	3	3	28	28	59	5,08%	-	47,46%	47,46%	
	154	C	Int. esofago, stomaco, duodeno, età >17 con CC	3	3	27	38	68	4,41%	-	39,71%	55,88%	

Tabella XX. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	DATI ASSOLUTI					PERCENTUALI DI RICA				
				Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	Totale	Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	
ordinario	184	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17	3	17	74	116	210	1,43%	8,10%	35,24%	52,24%	
	218	C	Int. arto inf. omero ex anca, piede, fem. >17 con CC	3	1	22	27	53	5,66%	1,89%	41,51%	50,94%	
	249	M	Sequela malat. app. osteomus. e connettivo	3	3	66	138	210	1,43%	1,43%	31,43%	65,71%	
	321	M	Infezioni rene, vie urinarie, >17 no CC	3	1	90	59	153	1,96%	0,65%	58,82%	38,56%	
	371	C	Taglio cesareo no CC	3	29	131	140	303	0,99%	9,57%	43,23%	46,20%	
	376	M	Condit. morbose postparto, postaborto no int.	3	3	7	8	21	14,29%	14,29%	33,33%	38,10%	
	443	C	Altri interventi per trauma no CC	3	2	14	34	53	5,66%	3,77%	26,42%	64,15%	
	467	M	Altri fattori influenzanti stato di salute	3	6	22	23	54	5,56%	11,11%	40,74%	42,59%	
	468	M	Interventi non correlati alla diagnosi prin.	3	1	57	195	256	1,17%	0,39%	22,27%	76,17%	
	2	C	Craniotomia per trauma, età >17	2	2	35	54	93	2,15%	2,15%	37,63%	58,06%	
	28	M	Stato stupor. e coma traum.<1h, età >17 con CC	2	2	44	43	89	2,25%	-	49,44%	48,31%	
	46	M	Altri disturbi occhio, età >17 con CC	2	2	3	4	9	22,22%	-	33,33%	44,44%	
	79	M	Infez. e infiamm. respiratorie, >17 con CC	2	2	19	26	49	4,08%	4,08%	38,78%	53,06%	
	88	M	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	2	3	467	369	841	0,24%	0,36%	55,53%	43,88%	
	122	M	Disturbi circ. IMA no compl. cardiovasc. vivi	2	2	150	132	284	0,70%	-	52,82%	46,48%	
	143	M	Dolore toracico	2	8	172	112	294	0,68%	2,72%	58,50%	38,10%	
	165	C	Appendicectomia diag. pr. complicata no CC	2	3	33	29	67	2,99%	4,48%	49,25%	43,28%	
	185	M	Mal. denti, bocca ex estraz. e riparaz., >17	2	2	13	47	64	3,13%	3,13%	20,31%	73,44%	
	208	M	Disturbi vie biliari senza CC	2	3	136	96	237	0,84%	1,27%	57,38%	40,51%	
	217	C	Sbrigl. ferite, trap. cute dis. osteomus., ex mano	2	6	46	144	198	1,01%	3,03%	23,23%	72,73%	
	243	M	Disturbi dorso	2	8	177	246	433	0,46%	1,85%	40,88%	56,81%	
	256	M	Altre diagnosi app. ostemusc. e connettivo	2	2	18	57	77	2,60%	-	23,38%	74,03%	
	277	M	Cellulite, età >17 con CC	2	2	18	14	34	5,88%	-	52,94%	41,18%	
	294	M	Diabete, età >35	2	2	62	45	109	1,83%	-	56,88%	41,28%	
	301	M	Disturbi endocrini no CC	2	1	56	155	214	0,93%	0,47%	26,17%	72,43%	
	361	C	Laparoscopia e legatura o sezione tube	2	3	21	42	68	2,94%	4,41%	30,88%	61,76%	
	368	M	Infezioni app. riproduttivo femminile	2	2	9	8	19	10,53%	-	47,37%	42,11%	
	395	M	Anomalie globuli rossi, età >17	2	1	79	45	127	1,57%	0,79%	62,20%	35,43%	
	415	C	Int. per mal. infettive e parassitarie	2	2	5	11	18	11,11%	-	27,78%	61,11%	
	439	C	Trapianto di pelle per trauma	2	2	3	7	12	16,67%	-	25,00%	58,33%	
	449	M	Avvelenamento efi. tossici da farm., >17 con CC	2	2	14	17	33	6,06%	-	42,42%	51,52%	
	460	M	Ustioni non estese senza intervento	2	1	5	8	16	12,50%	6,25%	31,25%	50,00%	
	483	C	Tracheostomia escl. dist. bocca, laringe/farin.	2	2	45	61	108	1,85%	-	41,67%	56,48%	
	490	M	Infezioni da HIV con/senza altre patol. corr.	2	2	35	23	60	3,33%	-	58,33%	38,33%	
Totale ordinario				379	753	17.167	20.589	38.888					

Tabella XX. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	DATI ASSOLUTI					PERCENTUALI DI RICA				
				Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	Totale	Cittadini stranieri non residenti	Cittadini stranieri residenti in ER	Cittadini italiani residenti a BO	Altri	
hospital day				81	113	286	414	894	9,06%	12,64%	31,99%	46,31%	
381	C		Aborto con D&C, isterosuz. o isterotom. Disturbi vie biliari senza C.C.	1	1	7	11	19	5,26%	-	36,84%	57,89%	
208	M			1	10	311	228	550	0,18%	1,82%	56,55%	41,45%	
364	C		D&C, conizzazione ex TM	1	5	119	121	246	0,41%	2,03%	48,37%	49,19%	
369	M		Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile	1	2	8	9	20	5,00%	10,00%	40,00%	45,00%	
380	M		Aborto, senza D&C	1	1	9	13	24	4,17%	4,17%	37,50%	54,17%	
467	M		Altri fattori influenzanti stato di salute	1	8	201	363	572	-	1,40%	35,14%	63,46%	
490	M		Infezioni da HIV con/ senza altre patol. corr.	1	4	28	37	69	-	5,80%	40,58%	53,62%	
184	M		Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17	1	4	103	147	254	-	1,57%	40,55%	57,87%	
206	M		Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alc. no CC	1	4	104	223	331	-	1,21%	31,42%	67,37%	
243	M		Disturbi dorso	1	3	71	103	177	-	1,69%	40,11%	58,19%	
273	M		Dist. magg. pelle no CC	3	3	128	146	277	-	1,08%	46,21%	52,71%	
284	M		Disturbi minori pelle no CC	3	3	111	136	310	-	0,97%	35,81%	63,23%	
301	M		Disturbi endocrini no CC	3	3	112	13	28	-	10,71%	42,86%	46,43%	
423	M		Altre mal. infettive e parassitarie	2	2	61	80	143	-	1,40%	42,66%	55,94%	
19	M		Disturbi nervi cranici e periferici no CC	2	2	35	90	127	-	1,57%	27,56%	70,87%	
215	C		Int. su schiena e collo no CC	2	2	10	17	29	-	6,90%	34,48%	58,62%	
249	M		Sequela malat. app. osteomus. e connettivo	2	2	15	38	55	-	3,64%	27,27%	69,09%	
322	M		Infezioni rene, vie urinarie, età 0-17	2	2	23	76	101	-	1,98%	22,77%	75,25%	
333	M		Altre diag. rene-vie urinarie, età 0-17	2	2	7	20	29	-	6,90%	24,14%	68,97%	
359	C		Int. utero/amnessi, no TM no CC	2	2	1	2	5	-	40,00%	20,00%	40,00%	
377	C		Condiz. morbose postparto, postaborto con int.	2	2	3	8	13	-	15,38%	23,08%	61,54%	
384	M		Altre cond. morb. antepartum no compl. mediche	2	2	49	40	91	-	2,20%	53,85%	43,96%	
395	M		Anomalie globuli rossi, età >17	2	2	53	52	107	-	1,87%	49,53%	48,60%	
489	M		Infezioni da HIV con patologie correlate magg.	2	2	4,926	6,038	11,262	-				
Totale day hospital				86	212	4,926	6,038	11,262					
Totale complessivo				465	965	22,093	26,627	50,150					

Tabella XXI. Anno 1998. Dimessi dai presidi ospedalieri pubblici dell'Azienda USL Città di Bologna, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per regime di ricovero, DRG, cittadinanza e residenza

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	1	C	Craniotomia età >17 escl. per trauma	1			1	553	1	556
	2	C	Craniotomia per trauma, età >17		1	1	2	88	1	93
	3	C	Craniotomia, età 0-17		1			66		67
	4	C	Interventi su midollo spinale e canale midol.	1		1		199		202
	5	C	Interventi su vasi extracranici					163		163
	6	C	Decompressione del tunnel carpale					5		5
	7	C	Int. nervi cranici, perife e altri s.n. con CC					8		8
	8	C	Int. nervi cranici, perife e altri s.n. no CC					85		85
	9	M	Disturbi e traumasmi mid. spin. e can. midol.			1		26		27
	10	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC					73		73
	11	M	Neoplasie del sistema nervoso no CC				1	305		306
	12	M	Disturbi degenerativi sistema nervoso					173	2	175
	13	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare					54		54
	14	M	Disturbi cerebrovasc. specifiche escl. TIA	1		1		718	2	722
	15	M	TIA e occlusioni precerebrali			1		480	1	482
	16	M	Disturbi cerebrovasc. aspecifiche con CC				1	121		122
	17	M	Disturbi cerebrovasc. aspecifiche no CC					121		121
	18	M	Disturbi nervi cranici e periferici con CC				1	18		19
	19	M	Disturbi nervi cranici e periferici no CC	2				103		105
	20	M	Infezioni sistema nerv., ex meningite virale					81		85
	21	M	Meningite virale	1		3		8		8
	23	M	Stato stuporoso e coma non traumatici				1	15		16
	24	M	Accesso epilettico/cefalea,età >17 con CC	4		1	1	83		89
	25	M	Accesso epilettico/cefalea,età >17 no CC	6		3	7	311	2	330
	26	M	Accesso epilettico e cefalea, età 0-17	2		2		98	1	104
	28	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 con CC			1	2	86		89
	29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	8		8	16	414	4	452
	30	M	Stato stupor. e coma traum. <1h età 0-17	2				49	1	53
	31	M	Commozione cerebrale, età >17 con CC	3			1	29	1	34
	32	M	Commozione cerebrale, età >17 no CC	6			4	149	1	160
	33	M	Commozione cerebrale, età 0-17	1				27		28
	34	M	Altri disturbi sistema nervoso con CC	1			3	27		28
	35	M	Altri disturbi sistema nervoso no CC	1			1	96		100
	36	C	Interventi retina			1	1	133	1	136

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario				1				10	1	12
	37	C	Interventi orbita					8		8
	38	C	Interventi primari iride					114		115
	39	C	Int. cristallino con o senza vitrectomia			1		36		37
	40	C	Interventi extraoculari, ex orbita, età >17		1			9		9
	41	C	Interventi extraoculari, ex orbita, età 0-17					99	1	101
	42	C	Int. intraoculari, ex retina, iride, cristallino		1			3		3
	43	M	Emorragia sub-congiuntivale (ifema)					2		2
	44	M	Principali infezioni acute occhio					19		19
	45	M	Disturbi neurologici occhio					7		7
	46	M	Altri disturbi occhio, età >17 con CC				2	71		71
	47	M	Altri disturbi occhio, età >17 no CC					8		8
	48	M	Altri disturbi occhio, età 0-17	2	1		1	71		71
	49	C	Interventi maggiori su capo e collo					33		33
	50	C	Scialoadenectomia					33		33
	51	C	Int. ghiandole salivari, ex scialoadenectomia	1				13		13
	52	C	Riparazione cheiloschisi e palatoschisi		2	1		158		161
	53	C	Int. su seni e mastoide, età >17					3		3
	54	C	Int. su seni e mastoide, età 0-17					400	1	404
	55	C	Miscellanea int. orecchio, naso, gola e bocca	1	2		1	105		105
	56	C	Rinoplastica					18		18
	57	C	Int. tons/aden, ex tonsillect. e/o adenoidect. >17	1	1			69		70
	58	C	Int. tons/aden, ex tonsillect. e/o adenoid. 0-17		2			69		71
	59	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17		4			220		226
	60	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età 0-17	2				6		6
	61	C	Miringotomia, età >17					1		1
	62	C	Miringotomia, età 0-17					249		256
	63	C	Altri int. su orecchio, naso, gola e bocca	1	1		5	214		214
	64	M	TM orecchio, naso, gola, bocca					350		350
	65	M	Turbe dell'equilibrio	1			1	23	3	23
	66	M	Epistassi					3		3
	67	M	Infiammazione epiglottide					22		22
	68	M	Otite media, infez. alte vie respir. età >17 con CC	1	1		1	104		112
	69	M	Otite media, infez. alte vie respir. età >17 no CC	2	6		4	97		112
	70	M	Otite media, infez. alte vie respir., età 0-17	6			3	11	1	13
	71	M	Laringotracheite				1			
	72	M	Traumatismi e deformità del naso					38		38

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti	Stranieri in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
				a Bologna						
ordinario	73	M	Altre diagnosi orecchio, naso, gola, bocca >17	1	1			248		250
	74	M	Altre diagnosi orecchio, naso, gola, bocca 0-17		1			22		23
	75	C	Interventi maggiori sul torace		2			278	1	281
	76	C	Altri int. apparato respiratorio con CC					43		43
	77	C	Altri int. apparato respiratorio no CC	1	2			95		98
	78	M	Embolia polmonare				1	57		58
	79	M	Infez. e infiamm.mi respiratorie, >17 con CC	2		1	2	44		49
	80	M	Infez. e infiamm.mi respiratorie, >17 no CC	4	2			61	1	68
	81	M	Infez. e infiamm.mi respiratorie, età 0-17					2		2
	82	M	Neoplasie dell' apparato respiratorio				1	702		703
	83	M	Traumi maggiori torace con CC					4		4
	84	M	Traumi maggiori torace no CC					14		14
	85	M	Versamento pleurico con CC					16		16
	86	M	Versamento pleurico no CC					26		26
	87	M	Edema polmonare, insufficienza respiratoria					41		41
	88	M	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	2	1	1	2	832	3	841
	89	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 con CC		5	1	1	285	1	287
	90	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 no CC	3	5	1	5	233		247
	91	M	Polmonite sempl. e pleurite, età 0-17	6	5	1	3	56		71
	92	M	Polmonite interstiziale con CC					38		38
	93	M	Polmonite interstiziale no CC					45		45
	94	M	Pneumotorace con CC					12		12
	95	M	Pneumotorace no CC		1		3	28		32
	96	M	Bronchite e asma, età >17 con CC		2		1	68		71
	97	M	Bronchite e asma, età >17 no CC	5	2	1	5	151	3	167
	98	M	Bronchite e asma, età 0-17	17	10	1	1	64		93
	99	M	Segni e sintomi respiratori con CC					50		51
	100	M	Segni e sintomi respiratori no CC					43		46
	101	M	Altre diagnosi app. respiratorio con CC	1	1		3	55		59
	102	M	Altre diagnosi app. respiratorio no CC			1		96		97
	104	C	Int. valvole cardiache con cateterismo card.					8		8
	105	C	Int. valvole cardiache senza cateterismo card.					1		1
	110	C	Interventi cardiovascolari maggiori con CC					50		50
	111	C	Interventi cardiovascolari maggiori no C.C.					31		31
	112	C	Interventi cardiovascolari percutanei		2			101		103
	113	C	Amput. per dist. cir. ex arto sup. e dita piede					31		31

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	114	C	Amput. arto sup. e dita piede, per dist. circol.					4		4
	115	C	Pacemaker perm. con IMA, insuf. card./shock					10		10
	116	C	Pacemaker perm. no IMA, insuf. cardiaca/shock					97		97
	117	C	Revis. pacemaker card. escl. sostit. batteria					3		3
	118	C	Sostituzione di batteria in pacemaker cardiaco					13		13
	119	C	Legatura e stripping di vene	1				123		124
	120	C	Altri interventi sul sistema circolatorio					26		26
	121	M	Disturbi circ. IMA con compl. cardiovac. vivi		1			95		96
	122	M	Disturbi circ. IMA no compl. cardiovac. vivi				2	281	1	284
	123	M	Disturbi circolatori con IMA, deceduti					76	1	77
	124	M	Disturbi circ. no IMA, con cat. card. e diag. CC					97		97
	125	M	Disturbi circ. ex IMA, con cat. card. diag. no CC	1				229		230
	126	M	Endocardite acuta e subacuta					6		6
	127	M	Insufficienza cardiaca e shock					1.100	1	1.101
	128	M	Tromboflebite delle vene profonde					100		100
	129	M	Arresto cardiaco					43		43
	130	M	Disturbi vascolari periferici con CC					150		150
	131	M	Disturbi vascolari periferici no CC		1			209		210
	132	M	Aterosclerosi con CC					336		336
	133	M	Aterosclerosi no CC					183	1	184
	134	M	Iperensione					182		182
	135	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, età >17 con CC					94		94
	136	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, età >17 no CC					36		36
	137	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, età 0-17				1	3		4
	138	M	Aritmia e dist. conduzione cardiaca con CC	2				171	1	175
	139	M	Aritmia e dist. conduzione cardiaca no CC		1			525	2	529
	140	M	Angina pectoris			1		387	3	392
	141	M	Sincope e collasso con CC				1	188	2	190
	142	M	Sincope e collasso no CC	1			5	377	4	390
	143	M	Dolore toracico				2	284		294
	144	M	Altre diagnosi app. circolatorio con CC	6			2	49		49
	145	M	Altre diagnosi app. circolatorio no CC					46		47
	146	C	Resezione rettale con CC					13		13
	147	C	Resezione rettale no CC					16		16
	148	C	Int. magg. su intest. tenue, crasso con CC	2				149		151
	149	C	Int. magg. su intest. tenue, crasso no CC				1	182		183

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	150	C	Lisi aderenze peritoneali con CC					9		9
	151	C	Lisi aderenze peritoneali no CC					58		58
	152	C	Int. minori su intest. tenue, crasso con CC					2		2
	153	C	Int. minori su intest. tenue, crasso no CC					9		9
	154	C	Int. esofago, stomaco, duodeno, età >17 con CC					65		68
	155	C	Int. esofago, stomaco, duodeno, età >17 no CC					81		82
	156	C	Int. esofago, stomaco, duodeno, età 0-17		1			9		10
	157	C	Int. su ano e stoma con CC					30		30
	158	C	Int. su ano e stoma no CC	3	2			207	1	213
	159	C	Int. ernia, ex inguinale e femorale, >17 con CC					31		31
	160	C	Int. ernia, ex inguinale, femorale, >17 no CC		1			98		99
	161	C	Int. ernia inguinale e femorale, >17 con CC					140		140
	162	C	Int. ernia inguinale e femorale, >17 no CC	1				466	1	468
	163	C	Int. ernia, età 0-17	1	6			167	1	177
	164	C	Appendicectomia, diag. pr. complicata con CC			1		7		7
	165	C	Appendicectomia diag. pr. complicata no CC	2	1			60	1	67
	166	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. con CC	1	1	1		5		7
	167	C	Appendicectomia, diag. pr. no compl. no CC	9	9			272	3	298
	168	C	Altri interventi app. digerente con CC				5	5		5
	169	C	Altri interventi app. digerente no CC				86	86	1	87
	170	C	Altri int. app. digerente con CC				53	53		53
	171	C	Altri int. app. digerente no CC				18	18		18
	172	M	TM apparato digerente con CC				331	331	2	333
	173	M	TM apparato digerente no CC				132	132		132
	174	M	Emorragia gastroenterica con CC	1	1			89	1	93
	175	M	Emorragia gastroenterica no CC					170		170
	176	M	Ulcera peptica complicata	1				11		12
	177	M	Ulcera peptica non compl. con CC					9		9
	178	M	Ulcera peptica non compl. no CC				1	37		38
	179	M	Malattie infiammatorie dell'intestino					117	1	118
	180	M	Occlusione gastrointestinale con CC					60		60
	181	M	Occlusione gastrointestinale no CC	3				130	1	135
	182	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. dig., >17 con CC	3	1			185	1	191
	183	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., >17 no CC	15	11	1		821	9	877
	184	M	Esofag., gastroen., miscel. dist. diges., 0-17	10	7			190		210
	185	M	Mal. denti, bocca ex estraz. e riparaz., >17	1	1		2	60		64

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario										
	186	M	Mal. denti, bocca ex estraz. e riparaz., 0-17		1		1	54		56
	187	M	Estrazione e riparazione dentaria	1				93	1	95
	188	M	Altre diagn. apparato digerente, >17 con CC					89		89
	189	M	Altre diagn. apparato digerente, >17 no CC	7	5		1	214	1	228
	190	M	Altre diagn. apparato digerente, età 0-17					27		30
	191	C	Int. su pancreas, fegato e di shunt con CC		3			51		51
	192	C	Int. su pancreas, fegato e di shunt no CC					48		48
	193	C	Int. bil., ex colecis. tot. e/o espl. dot. bil. CC					21		21
	194	C	Int. bil., ex colecis. tot e/o espl. dot. bil. no CC				1	21		22
	195	C	Colecistectomia tot., con espl.coledoco con CC					7		7
	196	C	Colecistectomia tot., con espl.coledoco no CC					10		10
	197	C	Colecistectomia tot., no espl.coledoco con CC					64		64
	198	C	Colecistectomia tot.,no espl.coledoco no C.C.					308	1	309
	199	C	Procedure diagnost. epatobiliari per TM					8		8
	200	C	Procedure diagnost. epatobiliari non per TM					9		9
	201	C	Altri int. epatobiliari o sul pancreas					13		13
	202	M	Cirrosi, epatite alcolica					336		336
	203	M	TM app. epatobiliare o pancreas			1		263		264
	204	M	Dist. pancreas ex TM	2			10	81		93
	205	M	Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alc. con CC	2				58		60
	206	M	Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alc. no CC	4	4		1	212	2	223
	207	M	Disturbi vie biliari con CC	6				116		122
	208	M	Disturbi vie biliari senza CC	3			2	232		237
	209	C	Int. magg. su articolazioni e arti					150		150
	210	C	Int. anca, femore, ex artic. magg. >17 con CC					133		133
	211	C	Int. anca, femore, ex artic. magg. >17 no CC	1			1	41		42
	212	C	Int. anca e femore, ex articol. magg., 0-17					13		14
	213	C	Amputaz. per dist. app. osteomusc. e connettivo		1			8		9
	214	C	Int. su schiena e collo con CC					45		45
	215	C	Int. su schiena e collo no CC					598	1	605
	216	C	Biopsia app. osteomusc. e tess. connettivo	1	3	1	1	30		30
	217	C	Sborigl. ferite, trap. cute dis. osteomusc., ex mano	4	2		2	189	1	198
	218	C	Int. arto inf. om. ex anca, piede, fem. >17 con CC	1			3	48	1	53
	219	C	Int. arto inf. om. ex anca, piede, fem. >17 no CC		2			94		97
	220	C	Int. arto inf. omero ex anca, piede, fem., 0-17					15		15
	221	C	Int. sul ginocchio con CC					1		1

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	222	C	Int. sul ginocchio no CC					20		20
	223	C	Int. mag. spalla, gomitolo o int. .arto sup. con CC					7		7
	224	C	Int. spalla, gomitolo/avambr. ex int. mag. art. no CC					32		32
	225	C	Int. sul piede					26	1	27
	226	C	Int. sui tessuti molli con CC					3		3
	227	C	Int. sui tessuti molli no CC		1			38		39
	228	C	Int. mag. pollice, artic., int. mano/polso con CC					3		3
	229	C	Int. mano, polso, ex int. magg. art. mano no CC	1				44	1	46
	230	C	Asport. locale e rimoz. mezzi fis. int. anca/fem.	1	1			45		47
	231	C	Asport. loc. rimoz. mezzi fis. int. no anca/femore	2	2		1	122		127
	232	C	Artroscopia					49		49
	233	C	Altri int. app. osteomusc. e connet. con CC				1	21		22
	234	C	Altri int. app. osteomusc. e connet. no CC		1			67		68
	235	M	Fratture femore					19		19
	236	M	Fratture anca e pelvi					68		68
	237	M	Distorsioni, stiram., lussaz. anca, pelvi, coscia					1		1
	238	M	Osteomielite	1				20		21
	239	M	Frattura pat. TM app. osteomusc. e connettivo	1	2		1	70		74
	240	M	Disturbi tessuto connettivo con CC					28		28
	241	M	Disturbi tessuto connettivo no CC					90		90
	242	M	Artrite settica				1	7		8
	243	M	Disturbi dorso	3	5		2	421	2	433
	244	M	Mal. ossa e artropatie specifiche con CC	2				24		26
	245	M	Mal. ossa e artropatie specifiche no CC	1			1	47		49
	246	M	Artropatie non specifiche		1			36		37
	247	M	Segni, sintomi app. osteomusc. e connettivo					29		29
	248	M	Tendinite, miosite e borsite					23		23
	249	M	Sequela malat. app. osteomusc. e connettivo	1	2		3	204		210
	250	M	Frat. dist. stir. luss. avam. man., pied. >17 con CC					10		10
	251	M	Frat. dist. stir. luss. avam. mano, pied. >17 no CC					11	1	12
	252	M	Frat. dist. stiram. luss. avam. mano, piede, 0-17					9		9
	253	M	Frat. dist. stir. lus. brac. gann. ex pied. >17 con CC				1	21		22
	254	M	Frat. dist. stir. lus. br. gamb. ex pied. >17 no CC				4	75		79
	255	M	Frat. dist. stir. lus. brac. gamb. ex piede, 0-17	2				10		12
	256	M	Altre diagnosi app. osteomusc. e connettivo				2	75		77
	257	C	Mastectomia totale per TM con CC					10		10

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	258	C	Mastectomia totale per TM no CC					100		100
	259	C	Mastectomia subtotala per TM con CC					4		4
	260	C	Mastectomia subtotala per TM no CC					134		134
	261	C	Int. mammel., no per TM, ex biopsia e asp. local.					60		60
	262	C	Biopsia mammella e asport. locale no per TM	1	2			92	1	97
	263	C	Trap. pelle/asp. tess. per ulc. pelle/cell. con CC		1			5		7
	264	C	Trap. pelle/asp. tess. per ulc. pelle/cell. no CC					27		27
	265	C	Trap. pelle/asp. tess., ex ulc. pelle/cell. con CC					20		20
	266	C	Trap. pelle/asp. tess., ex ulc. pelle/cell. no CC					109		113
	267	C	Interventi perianali e pilonidali					41		41
	268	C	Chirurgia plastica pelle, sottocute,mammella					13		14
	269	C	Altri int. pelle,sottocute, mammella con CC					15	1	17
	270	C	Altri int. pelle,sottocute, mammella no CC	1	1			132		135
	271	M	Ulcere pelle					22		22
	272	M	Dist. magg. pelle con CC					34		34
	273	M	Dist. magg. pelle no CC					36		36
	274	M	TM mammella con CC					158		159
	275	M	TM mammella no CC					32		32
	276	M	Patologie non maligne mammella					13		13
	277	M	Cellulite, età >17 con CC					32		34
	278	M	Cellulite, età >17 no CC					62		65
	279	M	Cellulite, età 0-17	1	1			7		7
	280	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, >17 con CC	1				35		40
	281	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, >17 no CC	1	2			69		81
	282	M	Traum. pelle, sottocute, mammella, 0-17					10		11
	283	M	Disturbi minori pelle con CC					12		12
	284	M	Disturbi minori pelle no CC	2				112	1	116
	285	C	Amputaz. arto inf. per dist. endocr. nutr. metab.					1		1
	286	C	Interventi su ghiand. surrenal. e ipofisi					89	1	91
	287	C	Trap. cutan. sbrigl. fer. per dist. end. nutr. metab					2		2
	288	C	Interventi per obesità					28		28
	289	C	Interventi su paratiroidi					6		6
	290	C	Interventi tiroide		3			238	1	243
	291	C	Interventi su dotto tiroglossa			1		8		8
	292	C	Altri int. per dist. endocr. nutr. metabol. con CC					4		4
	293	C	Altri int. per dist. endocr. nutr. metabol. no CC					5		5

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	294	M	Diabete, età >35				2	107	2	109
	295	M	Diabete, età 0-35					13		13
	296	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, >17 con CC					27		27
	297	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, >17 no CC					83	1	84
	298	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, età 0-17		1		1	7		9
	299	M	Difetti congeniti metabolismo					8		8
	300	M	Disturbi endocrini con CC					79		79
	301	M	Disturbi endocrini no CC		1		2	209	2	214
	303	C	Int. rene, uretere e int. magg. vescica per TM					5		5
	304	C	Int. rene, uret. e int. magg. vescica no TM con CC					1		1
	305	C	Int. rene, uret. e int. magg. vescica no TM no CC					24		24
	308	C	Interventi minori vescica con CC				1	1		2
	309	C	Interventi minori vescica no CC					3		3
	311	C	Int. per via transuretrale no CC					1		1
	314	C	Interventi uretra, età 0-17					1		1
	315	C	Altri interventi su rene e vie urinarie				1	9		10
	316	M	Insufficienza renale					27		27
	318	M	Neop. rene, vie urinarie con CC					42		42
	319	M	Neop. rene, vie urinarie no CC					21		21
	320	M	Infezioni rene, vie urinarie, >17 con CC				1	50		51
	321	M	Infezioni rene, vie urinarie, >17 no CC	1			3	147	2	153
	322	M	Infezioni rene, vie urinarie, età 0-17	2			1	32		37
	323	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotrissia	1	1			45		47
	324	M	Calcolosi urinaria no CC	8	2		11	272	3	296
	325	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, >17 con CC					13		13
	326	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, >17 no CC					29	1	30
	327	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, 0-17	1	1			4		6
	329	M	Stenosi uretrale, età >17 no CC					2		2
	330	M	Stenosi uretrale, età 0-17					2		2
	331	M	Altre diag. rene-vie urinarie, età >17 con CC					21		21
	332	M	Altre diag. rene-vie urinarie, età >17 no CC				1	20		21
	333	M	Altre diag. rene-vie urinarie, età 0-17		3			22		25
	334	C	Int. magg. pelvi maschile, con CC					1		1
	335	C	Int. magg. pelvi maschile, no CC					2		2
	338	C	Int. sul testicolo, per TM					1		1
	339	C	Int. sul testicolo, non per TM, >17					12		12

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario										
	340	C	Int. sul testicolo, non per TM, 0-17	1	5			130		136
	341	C	Interventi pene	1				128	1	130
	342	C	Circoncisione, età >17					2		2
	343	C	Circoncisione, età 0-17	1	2			38		41
	344	C	Altri int. app. riprodut. masch., per TM					1		1
	345	C	Altri int. app. riprodut. masch., no TM					2		2
	346	M	TM app. riproduttivo masch. con CC					39		39
	347	M	TM app. riproduttivo masch. no CC					10		10
	348	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC					2		2
	349	M	Ipertrofia prostatica benigna no CC					2		2
	350	M	Infiammazione app. riproduttivo maschile					88		88
	352	M	Altre diag. app. riproduttivo maschile					14		14
	353	C	Eviscerazione pelvi, isterect. e vulvect. rad.					8		8
	354	C	Int. utero, ann., TM ex ovale/ann. con CC					2		2
	355	C	Int. utero, ann., TM ex ovale/ann. no CC					42		42
	356	C	Int. di ricostruz. app. riproduttivo femm.	1				30	1	32
	357	C	Int. utero/annessi per TM ovarico/annessi	1				21		22
	358	C	Int. utero/annessi, no TM con CC					12		12
	359	C	Int. utero/annessi, no TM no CC	6	5		1	467	1	480
	360	C	Interventi vagina, cervice, vulva				1	55		57
	361	C	Laparoscopia e legatura o sezione tube	1	2		2	63	1	68
	363	C	D&C, conizzaz., impianto mat. radioat. per TM					13		13
	364	C	D&C, conizzazione ex TM	5	1		5	195	1	207
	365	C	Altri int. app. riproduttivo femminile					5		5
	366	M	TM app. riproduttivo femm. con CC					75		75
	367	M	TM app. riproduttivo femm. no CC					18		18
	368	M	Infezioni app. riproduttivo femminile				2	17		19
	369	M	Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile	8	3	1	9	139		160
	370	C	Taglio cesareo con CC	1	3			43		47
	371	C	Taglio cesareo no CC	17	12		3	269	2	303
	372	M	Parto vaginale con CC	1			1	29		31
	373	M	Parto vaginale no CC	61	43	6	29	1.014	12	1.165
	374	C	Parto vag. con sterilizzazione e/o D&C	1				11	1	13
	376	M	Condiz. morbose postparto, postaborto no int.				3	15		21
	377	C	Condiz. morbose postparto, postaborto con int.	1	1			10		12
	378	M	Gravidanza ectopica					14		14

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	379	M	Miacciata d'aborto	11	10	2	4	122	1	150
	380	M	Aborto, senza D&C	1			1	20	1	23
	381	C	Aborto con D&C, isterosuz. O isterotom.	13	6	3	8	213	3	246
	382	M	Falso travaglio	3			5	53	1	62
	383	M	Altre cond. Morb. Antepartum con compl. Med.	5	7		5	48	2	67
	384	M	Altre cond. Morb. Antepartum no compl. Med.	4			1	23	1	29
	385		Neonati morti/trasferiti ad altro ospedale		2			14		16
	386		Neonato grav. Immaturo/sindr. Da □i stress resp.				1	32		33
	387	C	Prematurità con problemi maggiori	1	1			106		108
	388	C	Prematurità senza problemi maggiori		1	1	1	56	1	60
	389		Neonato a termine con problemi maggiori	1	2			300		303
	390		Neonato con altri problemi significativi		2			98		100
	391		Neonato normale					1		1
	392	C	Splenectomia, età >17					13		13
	393	C	Splenectomia, età 0-17					1		2
	394	C	Altri int. su sangue ed organi ematopoietici	2			1	21		23
	395	M	Anomalie globuli rossi, età >17	1			2	124		127
	396	M	Anomalie globuli rossi, età 0-17	2				5		7
	397	M	Difetti della coagulazione		1			15		16
	398	M	Disturbi sist. Reticoloendot e immun. Con CC					9		9
	399	M	Disturbi sist. Reticoloendot e immun. No CC	1	2		1	34		38
	400	C	Linfomi e leucemie con int. magg.					28		28
	401	C	Linfomi, leucemie non acute e altri int., con CC					5		5
	402	C	Linfomi, leucemie non acute e altri int., no CC					29		29
	403	M	Linfomi e leucemie non acute con CC					96		96
	404	M	Linfomi e leucemie non acute no CC		1			62		63
	406	C	Dist. Mieloprol./TM scar. Diff./int. mag. Con CC					3		3
	407	C	Dist. Mieloprol./TM scar. Diff./int. magg. No CC					8		8
	408	C	Dist. Mieloprol./TM scar. Diff. Con altri int.	1				21		22
	409	M	Radioterapia					29	1	30
	410	M	Chemioterapia			1		28		29
	411	M	Anamnesi TM senza endoscopia					6		6
	412	M	Anamnesi TM con endoscopia					1		1
	413	M	Altri dist. Mieloprolifer./TM scar. Diff. Con CC					10		10
	414	M	Altri dist. Mieloprolifer./TM scar. Diff. No CC					29		29
	415	C	Int. per mal. infettive e parassitarie				2	16		18

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
ordinario	416	M	Setticemia, età >17					25		25
	417	M	Setticemia, età 0-17					7		7
	418	M	Infezioni post-operatorie e post-traumatiche		1			17		18
	419	M	Febbre di origine sconosciuta, >17 con CC					23		23
	420	M	Febbre di origine sconosciuta, >17 no CC		1		1	36		38
	421	M	Malattia di origine virale, età >17					34	2	35
	422	M	Malattia virale, febbre di n.d., 0-17	3	3		1	94		103
	423	M	Altre mal. infettive e parassitarie	4	3		1	51		59
	424	C	Interventi con diagn. pr. di malattia mentale					11		11
	425	M	Reaz. acuta da adattam./dist. da disad. psicos.	2	1	1	5	81		90
	426	M	Neurosi depressiva	2				80		82
	427	M	Neurosi, ex depressiva	1			1	27		28
	428	M	Disturbi personalità e controllo impulsi					5		6
	429	M	Disturbi organici e ritardo mentale					207		207
	430	M	Psicosi					79	1	80
	431	M	Disturbi mentali dell'infanzia		1			3		4
	432	M	Altre diagnosi di disturbi mentali					10		10
	433		Abuso/dip. alcool/farm., dimec. no parere med.	1			5	37		43
	434		Abuso/dip. alc./farm., disint./trat. sint. con CC				1	8		9
	435		Abuso/dipen. alc./far., disint./trat. sint. no CC	2	1		1	81		85
	439	C	Trapianto di pelle per trauma				2	10		12
	440	C	Sbrigliamento ferita da trauma	1			1	41		43
	441	C	Interventi mano per trauma					8		8
	442	C	Altri interventi per trauma con CC					14	1	15
	443	C	Altri interventi per trauma no CC	1	1		3	48		53
	444	M	Lesione traumatica età >17 con CC	1			1	24	1	27
	445	M	Lesione traumatica età >17 no CC	1			1	52		53
	446	M	Lesione traumatica età 0-17				1	16		17
	447	M	Reazioni allergiche, età >17	1				30	1	32
	448	M	Reazioni allergiche, età 0-17					6		6
	449	M	Avvelenamento eff. tossici da farm., >17 con CC				2	31		33
	450	M	Avvelenamento eff. tossici da farm., >17 no CC	1	2		9	186	4	202
	451	M	Avvelenamento ed eff. tossici da farmaci, 0-17	2	2			26	2	32
	452	M	Complicaz. cure mediche e chirurgiche con CC					6		6
	453	M	Complicaz. cure mediche e chirurgiche no CC					21		21
	454	M	Altri traumi avvelen. e effetti toss. con CC	1	1			24		26

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti	Stranieri residenti	Stranieri residenti	Stranieri non residenti	Cittadini italiani	Altro	Totale
				a Bologna	in ER (esclusa BO)	in Italia (esclusa ER)	in Italia	italiani		
ordinario	455	M	Altri traumi avvelen. e effetti toss. no CC			1		5	2	8
	456	M	Ustioni, pazienti trasferito ad altro osp.					1		1
	460	M	Ustioni non estese senza intervento		1			12		16
	461	C	Interv. con diag. di altro contatto con SSN			1	2	3		3
	463	M	Segni e sintomi con CC					13		13
	464	M	Segni e sintomi no CC					21		21
	466	M	Ricoveri succ. no anamnesi TM come diagn. sec.					1		1
	467	M	Altri fattori influenzanti stato di salute		2		3	45		54
	468	M	Interventi non correlati alla diagnosi prim.	4	1		3	252		256
	470		Non raggruppabile					1		1
	471	C	Int. magg. bilat., multipli articolazioni inf.					1		1
	473	M	Leucemie acute no int. magg., età >17	1				7		8
	475	M	Diagnosi app. respirat. con assist. ventilator.	1			1	32		33
	477	C	Interv. non estesi non correlati diagn. princ.	2				53		56
	478	C	Altri interventi vascolari con CC					70		70
	479	C	Altri interventi vascolari no CC					46		46
	482	C	Tracheostomia con dist. bocca, laringe/faringe					53		53
	483	C	Tracheostomia escl. dist. bocca, laringe/farin.				2	104	2	108
	484	C	Craniotomia per traumi multipli					7		7
	485	C	Reimpianto gamba int. anca-femore traumi mult.				1	25	2	25
	486	C	Altri interventi per traumi multipli	1	2			61	2	66
	487	M	Altri traumi multipli	1	2			84	2	90
	488	C	Infezioni da HIV con interventi estesi	1				7		8
	489	M	Infezioni da HIV con patologie correlate mag.	1			4	143	1	149
	490	M	Infezioni da HIV con/ senza altre patol. corr.				2	58		60
	491	C	Int. articolazioni magg. e reimpianti arti sup.					2		2
Totale ordinario				422	329	45	380	37.558	154	38.888
day hospital	1	C	Craniotomia età >17 escl. per trauma					1		1
	4	C	Interventi su midollo spinale e canale midol.					13		13
	6	C	Decompressione del tunnel carpale					289		289
	7	C	Int. nervi cranici, perif. e altri s.n. con CC					2		2
	8	C	Int. nervi cranici, perif. e altri s.n. no CC	1				36		37
	9	M	Disturbi e traumi mid. spin. e can. midol.					17		17
	10	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC					3		3
	11	M	Neoplasie del sistema nervoso no CC					165	3	168

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital										
	12	M	Disturbi degenerativi sistema nervoso					97		97
	13	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare		1			155	2	158
	14	M	Disturbi cerebrovasc. specifiche escl. TIA					59		59
	15	M	TIA e occlusioni precerebrali					54		54
	16	M	Disturbi cerebrovasc. aspecifiche con CC					4		4
	17	M	Disturbi cerebrovasc. aspecifiche no CC		1			16		17
	18	M	Disturbi nervi cranici e periferici con CC					8		8
	19	M	Disturbi nervi cranici e periferici no CC	2				141		143
	20	M	Infezioni sistema nerv., ex meningite virale		1			7		8
	21	M	Meningite virale					1		1
	23	M	Stato stuporoso e coma non traumatici					1		1
	24	M	Accesso epilettico, cefalea, età >17 con CC					3		3
	25	M	Accesso epilettico, cefalea, età >17 no CC					58		58
	26	M	Accesso epilettico e cefalea, età 0-17		1			74		76
	28	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 con CC			1		3		3
	29	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età >17 no CC	1				7		8
	30	M	Stato stupor. e coma traum. <1h, età 0-17					5		5
	34	M	Altri disturbi sistema nervoso con CC					11		11
	35	M	Altri disturbi sistema nervoso no CC					124	1	125
	36	C	Interventi retina					1		1
	38	C	Interventi primari iride					4		4
	39	C	Int. cristallino con o senza vitrectomia	1				635	1	637
	40	C	Interventi extraoculari, ex orbita età >17					10		10
	42	C	Int. intraoculari, ex retina, iride, cristallino					25		25
	44	M	Principali infezioni acute occhio					1		1
	45	M	Disturbi neurologici occhio	1				40		41
	46	M	Altri disturbi occhio, età >17 con CC					7		7
	47	M	Altri disturbi occhio, età >17 no CC					7		7
	48	M	Altri disturbi occhio, età 0-17					232		232
	51	C	Int. ghiandole salivari, ex scialoadenectomia					4		4
	53	C	Int. su seni e mastoide, età >17					1		1
	55	C	Miscellanea int. orecchio, naso, gola e bocca					2		2
	56	C	Rinoplastica					2		2
	57	C	Int. tons./aden, ex tonsillect. e/o adenoidect. >17					1		1
	61	C	Miringotomia, età >17					1		1
	63	C	Altri int. su orecchio, naso, gola e bocca					2		2

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	64	M	TM orecchio, naso, gola, bocca					22		22
	65	M	Turbe dell'equilibrio	1				94	2	97
	66	M	Epistassi					1		1
	68	M	Otte media, infez. alte vie respir. >17 con CC					2		2
	69	M	Otte media, infez. alte vie respir. >17 no CC	1				16		17
	70	M	Otte media, infez. alte vie respir., 0-17					10		10
	73	M	Altre diagnosi orecchio, naso, gola, bocca >17					159		159
	74	M	Altre diagnosi orecchio, naso, gola, bocca 0-17					5		5
	76	C	Altri int. apparato respiratorio con CC					8		8
	77	C	Altri int. apparato respiratorio no CC					53		53
	78	M	Embolia polmonare					4		4
	79	M	Infez. e infiamm. respiratorie, >17 con CC		1			3		4
	80	M	Infez. e infiamm. respiratorie, >17 no CC					28		28
	81	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età 0-17		1			1		2
	82	M	Neoplasie dell' apparato respiratorio					400	1	401
	85	M	Versamento pleurico con CC					2		2
	86	M	Versamento pleurico no CC					10		10
	87	M	Edema polmonare, insufficienza respiratoria					3		3
	88	M	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)					181		181
	89	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 con CC					5		5
	90	M	Polmonite sempl. e pleurite, età >17 no CC					18		18
	91	M	Polmonite sempl. e pleurite, età 0-17					3		3
	92	M	Polmonite interstiziale con CC					7		7
	93	M	Polmonite interstiziale no CC		1			81		82
	94	M	Pneumotorace con CC					1		1
	95	M	Pneumotorace no CC					1		1
	96	M	Bronchite e asma, età >17 con CC					3		3
	97	M	Bronchite e asma, età >17 no CC	1				66	1	68
	98	M	Bronchite e asma, età 0-17					2		2
	100	M	Segni e sintomi respiratori no CC					11		11
	101	M	Altre diagnosi app. respiratorio con CC					3		3
	102	M	Altre diagnosi app. respiratorio no CC					23		23
	112	C	Interventi cardiovascolari percutanei					41		41
	118	C	Sostituzione di batteria in PM cardiaco					18		18
	120	C	Altri interventi sul sistema circolatorio					2		2
	121	M	Disturbi circ. IMA con compl. cardiovasc. vivi					10		10

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	122	M	Disturbi circ. IMA no compl. cardiovasc. vivi					13		13
	126	M	Endocardite acuta e subacuta					2		2
	127	M	Insufficienza cardiaca e shock					31		31
	128	M	Tromboflebite delle vene profonde					3		3
	130	M	Disturbi vascolari periferici con CC					7		7
	131	M	Disturbi vascolari periferici no CC					32		32
	132	M	Aterosclerosi con CC					28		28
	133	M	Aterosclerosi no CC					50		50
	134	M	Ipertensione					67		67
	135	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, >17 con CC					24		24
	136	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, >17 no CC					25		25
	137	M	Dist. cardiaci congeniti, valvolari, età 0-17					1		1
	138	M	Aritmia e dist. conduzione cardiaca con CC					18		18
	139	M	Aritmia e dist. conduzione cardiaca no CC					60		60
	140	M	Angina pectoris	1				39		40
	141	M	Sincope e collasso con CC					5		5
	142	M	Sincope e collasso no CC					13		13
	143	M	Dolore toracico					12		12
	144	M	Altre diagnosi app. circolatorio con CC					3		3
	145	M	Altre diagnosi app. circolatorio no CC					27		27
	148	C	Int. Magg. Su intest. Tenue, crasso con CC					1		1
	149	C	Int. Magg. Su intest. Tenue, crasso no CC					1		1
	154	C	Int. Esofago, stomaco, duodeno, età >17 con CC					1		1
	157	C	Int. Su ano e stoma con CC					2		2
	158	C	Int. Su ano e stoma no CC					17		17
	168	C	Altri interventi app. digerente con CC					3		3
	169	C	Altri interventi app. digerente no CC					14	1	15
	172	M	TM apparato digerente con CC					274		274
	173	M	TM apparato digerente no CC					166		166
	174	M	Emorragia gastroenterica con CC					1		1
	175	M	Emorragia gastroenterica no CC					3		3
	177	M	Ulcera peptica non compl. Con CC					1		1
	178	M	Ulcera peptica non compl. No CC					11		11
	179	M	Malattie infiammatorie dell'intestino					63	1	64
	181	M	Occlusione gastrointestinale no CC					4		4
	182	M	Esofag., gastroen., miscel. Dist. Dig., >17 con CC					15		15

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital										
	183	M	Esofag., gastroen., miscel. Dist. Dig., >17 no CC	1				164	1	166
	184	M	Esofag., gastroen., miscel. Dist. Diges., 0-17	2	2			65		69
	185	M	Mal. Dent., bocca ex estraz. E riparaz., >17					7		7
	186	M	Mal. Dent., bocca ex estraz. E riparaz., 0-17					2		2
	187	M	Estrazione e riparazione dentaria					5		5
	188	M	Altre diagn. Apparato digerente, >17 con CC					15		15
	189	M	Altre diagn. Apparato digerente, >17 no CC			1		145		146
	190	M	Altre diagn. Apparato digerente, età 0-17					2		2
	200	C	Procedure diagnosi. Epatobiliari non per TM					1		1
	201	C	Altri int. Epatobiliari o sul pancreas					2		2
	202	M	Cirrosi, epatite alcolica					125		125
	203	M	TM app. epatobiliare o pancreas					103		103
	204	M	Dist. pancreas ex TM	1				10		11
	205	M	Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alcol. con CC	1				10		11
	206	M	Dist. fegato ex TM, cirrosi, epatite alcolica no CC	2	2			250		254
	207	M	Disturbi vie biliari con CC					5		5
	208	M	Disturbi vie biliari senza CC				1	18		19
	213	C	Amputaz. per dist. app. osteomusc. e connettivo					3		3
	215	C	Int. su schiena e collo no CC		2			125		127
	216	C	Biopsia app. osteomusc. e tess. connettivo					2		2
	217	C	Sbrigl. ferite, trap. cute dis. osteomusc., ex mano					4		4
	222	C	Int. sul ginocchio no CC					3		3
	225	C	Int. sul piede					2		2
	227	C	Int. sui tessuti molli no CC					14		14
	228	C	Int. mag. pollice, artic., int. mano/polso con CC					1		1
	229	C	Int. mano, polso, ex int. magg. art. mano no CC					56	1	57
	230	C	Asport. locale e rimoz. mezzi fis. int. anca/fem.					2		2
	231	C	Asport. loc. rimoz. mezzi fis. int. no anca/femore					48		48
	232	C	Artroscopia			1		25		26
	234	C	Altri int. app. osteomusc. e connet. no CC					23		23
	235	M	Fratture femore					6		6
	236	M	Fratture anca e pelvi					1		1
	238	M	Osteomielite	1				7		8
	239	M	Frattura pat. TM app. osteomusc. e connettivo					14		14
	240	M	Disturbi tessuto connettivo con CC					10		10
	241	M	Disturbi tessuto connettivo no CC					60		60

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	242	M	Artrite settica					1		1
	243	M	Disturbi dorso	1	2	1		325	2	331
	244	M	Mal. ossa e artropatie specifiche con CC					3		3
	245	M	Mal. ossa e artropatie specifiche no CC					37		37
	246	M	Artropatie non specifiche					1		1
	247	M	Segni, sintomi app. osteomuscol. e connettivo					9		9
	248	M	Tendinite, mioosite e borsite	1				12		13
	249	M	Sequela malat. app. osteomus. e connettivo	2				27		29
	251	M	Frat. dist. stir. luss. avam. man. piede >17 no CC					4		4
	253	M	Frat. dist. stir. lus. brac. gam. ex pied. >17 con CC					2		2
	254	M	Frat. dist. stir. lus. brac. gam. ex piede >17 no CC					13		13
	256	M	Altre diagnosi app. osterusc. e connettivo					61	1	62
	260	C	Mastectomia subtotale per TM no CC					4		4
	262	C	Biopsia mammella e asport. locale no per TM					7		7
	265	C	Trap. pelle/asp. tess., ex ulc. pelle/cell. con CC					14		14
	266	C	Trap. pelle/asp. tess., ex ulc. pelle/cell. no CC					108		108
	269	C	Altri int. pelle, softocute, mammella con CC					5		5
	270	C	Altri int. pelle, softocute, mammella no CC					35		35
	271	M	Ulcere pelle					1		1
	272	M	Dist. magg. pelle con CC					39		39
	273	M	Dist. magg. pelle no CC	2		1		174		177
	274	M	TM mammella con CC					101		101
	275	M	TM mammella no CC					87		87
	276	M	Patologie non maligne mammella					14		14
	277	M	Cellulite, età >17 con CC					1		1
	278	M	Cellulite, età >17 no CC					10		10
	281	M	Traum. pelle, softocute, mammella, >17 no CC					1		1
	283	M	Disturbi minori pelle con CC					21		21
	284	M	Disturbi minori pelle no CC	2		1		272	2	277
	293	C	Altri int. per dist. endocr. nutr. metabol. no CC					2		2
	294	M	Diabete, età >35					20		20
	295	M	Diabete, età 0-35					20		20
	296	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, >17 con CC					2		2
	297	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, >17 no CC					26		26
	298	M	Disturbi nutrizione, metabolismo, età 0-17	1				16		17
	299	M	Difetti congeniti metabolismo					15		15

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	300	M	Disturbi endocrini con CC					60		60
	301	M	Disturbi endocrini no CC		3			307		310
	308	C	Interventi minori vescica con CC					1		1
	309	C	Interventi minori vescica no CC					3		3
	316	M	Insufficienza renale					2		2
	318	M	Neop. rene, vie urinarie con CC					8		8
	319	M	Neop. rene, vie urinarie no CC					4		4
	321	M	Infezioni rene, vie urinarie, >17 no CC					2		2
	322	M	Infezioni rene, vie urinarie, età 0-17	1	1			52	1	55
	323	M	Calcolosi urinaria con CC e/ o litotrissia					1		1
	324	M	Calcolosi urinaria no CC					7		7
	326	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, >17 no CC					3		3
	327	M	Segni, sintomi rene, vie urinarie, 0-17					5		5
	331	M	Altre diag. rene-vie urinarie età >17 con CC					1		1
	332	M	Altre diag. rene-vie urinarie età >17 no CC					2		2
	333	M	Altre diag. rene-vie urinarie età 0-17	2				99		101
	346	M	TM app. riproduttivo masch. con CC					12		12
	347	M	TM app. riproduttivo masch. no CC					4		4
	350	M	Infiammazione app. riproduttivo maschile					3		3
	352	M	Altre diag. app. riproduttivo maschile					4		4
	356	C	Int. di ricostruz. app. riproduttivo femm.					1		1
	359	C	Int. utero/annessi, no TM no CC	1	1			27		29
	360	C	Interventi vagina, cervice, vulva					66		66
	363	C	D&C, conizzazione, imp. mat. radioat. per TM					6		6
	364	C	D&C, conizzazione ex TM	4	6		1	533	6	550
	366	M	TM app. riproduttivo femm. con CC					17		17
	367	M	TM app. riproduttivo femm. no CC					8		8
	368	M	Infezioni app. riproduttivo femminile					4		4
	369	M	Disturbi mestruali et al. app. ripr. femminile	1	4		1	238	2	246
	377	C	Condiz. morbose postparto, postaborto con int.	1	1			3		5
	379	M	Minaccia d'aborto					1		1
	380	M	Aborto, senza D&C	2			1	17		20
	381	C	Aborto con D&C, isterosuz. o isterotom.	81	32	9	81	675	16	894
	382	M	Falso travaglio					1		1
	384	M	Altre cond. morb. antepartum no compl. med.	1	1			11		13
	387	M	Prenatalità con problemi maggiori					1		1

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	388	M	Prematurità senza problemi maggiori					2		2
	389	M	Neonato a termine con problemi maggiori					1		1
	394	C	Altri int. su sangue ed organi ematopoietici					3		3
	395	M	Anomalie globuli rossi, età >17	1	1			89		91
	396	M	Anomalie globuli rossi, età 0-17	1				4		5
	397	M	Difetti della coagulazione					9		9
	398	M	Disturbi sist. reticoloendot. e immun. con CC					5		5
	399	M	Disturbi sist. reticoloendot. e immun. no CC					35		35
	400	C	Linfomi e leucemie con int. magg.					1		1
	402	C	Linfomi, leucemie non acute e altri int., no CC					11		11
	403	M	Linfomi e leucemie non acute con CC					15		15
	404	M	Linfomi e leucemie non acute no CC					50		50
	408	C	Dist. mieloprol./TM scar. diff. con altri int.					9		9
	410	M	Chemioterapia					3		3
	411	M	Anamnesi TM senza endoscopia					31		31
	412	M	Anamnesi TM con endoscopia					1		1
	413	M	Altri dist. mieloprolifer./TM scar. diff. con CC					1		1
	414	M	Altri dist. mieloprolifer./TM scar. diff. no CC					5		5
	415	C	Int. per mal. infettive e parassitarie					2		2
	416	M	Setticemia, età >17					1		1
	418	M	Infezioni post-operatorie e post-traumatiche					1		1
	420	M	Febbre di origine sconosciuta, >17 no CC					4		4
	421	M	Malattia di origine virale, età >17			1		9		10
	422	M	Malattia virale, febbre di nidd, 0-17	1				10		11
	423	M	Altre mal. infettive e parassitarie	3				25		28
	424	C	Interventi con diagn. pr. di malattia mentale					1		1
	425	M	Reaz. acuta da adattam./dist. da disad. psicos.					3		3
	426	M	Nevrosi depressiva					3		3
	427	M	Nevrosi, ex depressiva					6		6
	428	M	Disturbi personalità e controllo impulsi		1			6		7
	429	M	Disturbi organici e ritardo mentale					33		34
	430	M	Psicosi					3		3
	431	M	Disturbi mentali dell'infanzia					14		14
	432	M	Altre diagnosi di disturbi mentali					4		4
	433	M	Abuso/dip. alcool/farm./dimes. no parere med.					6		6
	434	M	Abuso/dipen. alc./farm./disint./trat. sint. con CC					2		2

Tabella XXI. (continua)

Regime di ricovero	DRG	Tipo DRG	Descrizione DRG	Stranieri residenti a Bologna	Stranieri residenti in ER (esclusa BO)	Stranieri residenti in Italia (esclusa ER)	Stranieri non residenti in Italia	Cittadini italiani	Altro	Totale
day hospital	435	C	Abuso/dipen. alc./far. disint./trat. sint. no CC					51		51
	443	C	Altri interventi per trauma no CC					2		2
	445	M	Lesione traumatica età >17 no CC					5		5
	447	M	Reazioni allergiche, età >17					2		2
	448	M	Reazioni allergiche, età 0-17					2		2
	450	M	Avvelenamento eff. tossici da farm. >17 no CC					1		1
	451	M	Avvelenamento ed eff. tossici da farmaci, 0-17					5		5
	453	M	Complicaz. cure mediche e chirurgiche no CC					6		6
	460	M	Ustioni non estese senza intervento					2		2
	461	C	Interv. con diag. di altro contatto con SSN					1		1
	464	M	Segni e sintomi no CC					3		3
	467	M	Altri fattori influenzanti stato di salute	1			1	22		24
	468	M	Interventi non correlati alla diagnosi prim.			1		13		14
	477	C	Interv. non estesi non correlati diagn. princ.	1				20		21
	479	C	Altri interventi vascolari no CC					1		1
	487	M	Altri traumi multipli		1			4		4
	488	C	Infezioni da HIV con interventi estesi					1		1
	489	M	Infezioni da HIV con patologie correlate mag.	2				105		107
	490	M	Infezioni da HIV con/senza altre patol. corr.	4	4	1	86	559	4	572
Totale day hospital				135	76	14	86	10.902	49	11.262
Totale complessivo				557	405	59	466	48.460	203	50.150

Tabella XXII. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città, cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per reparto di dimissione e regime di ricovero

Reparto					percentuale dei casi		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
Anestesia 1 e rianimazione + post intensiva	numero casi	10		10	0,84%		0,67%
	giornate	80		80			
Cardiologia	numero casi	6	1	7	0,51%	0,32%	0,47%
	giornate	55	3	58			
Chirurgia A	numero casi	42		42	3,54%		2,80%
	giornate	256		256			
Chirurgia B	numero casi	21		21	1,77%		1,40%
	giornate	108		108			
Chirurgia generale	numero casi	7	1	8	0,59%	0,32%	0,53%
	giornate	19	5	24			
Chirurgia maxillo facciale	numero casi	19	1	20	1,60%	0,32%	1,33%
	giornate	151	1	152			
Chirurgia pediatrica	numero casi	50		50	4,21%		3,33%
	giornate	275		275			
Chirurgia plastica	numero casi	10		10	0,84%		0,67%
	giornate	100		100			
Chirurgia toracica	numero casi	3		3	0,25%		0,20%
	giornate	43		43			
Chirurgia vascolare	numero casi	2		2	0,17%		0,13%
	giornate	85		85			
Dermatologia	numero casi		7	7		2,22%	0,47%
	giornate		59	59			
Endocrinologia	numero casi	1		1	0,08%		0,07%
	giornate	12		12			
Gastroenterologia	numero casi	10	5	15	0,84%	1,59%	1,00%
	giornate	68	18	86			
Ginecologia ostetricia 1	numero casi	152	148	300	12,81%	46,98%	19,97%
	giornate	662	287	949			
Ginecologia ostetricia 2	numero casi	197	87	284	16,60%	27,62%	18,91%
	giornate	789	188	977			
Lungodegenti	numero casi	2		2	0,17%		0,13%
	giornate	63		63			
Malattie infettive	numero casi	47	18	65	3,96%	5,71%	4,33%
	giornate	694	222	916			
Medicina B	numero casi	6		6	0,51%		0,40%
	giornate	42		42			
Medicina C	numero casi	9		9	0,76%		0,60%
	giornate	81		81			

Tabella XXII. (continua)

Reparto					percentuale dei casi		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
Medicina d'urgenza	numero casi	288		288	24,26%		19,17%
	giornate	590		590			
Medicina E	numero casi	15	2	17	1,26%	0,63%	1,13%
	giornate	107	25	132			
Medicina generale 1 (Med. interna)	numero casi	14		14	1,18%		0,93%
	giornate	102		102			
Medicina generale 2 (Med. Interna)	numero casi	1	2	3	0,08%	0,63%	0,20%
	giornate	7	4	11			
Neonatologia	numero casi	11		11	0,93%		0,73%
	giornate	65		65			
Neurochirurgia 1	numero casi	15	2	17	1,26%	0,63%	1,13%
	giornate	194	2	196			
Neurologia	numero casi	4	4	8	0,34%	1,27%	0,53%
	giornate	40	29	69			
Neuropsichiatria infantile	numero casi	4	1	5	0,34%	0,32%	0,33%
	giornate	21	5	26			
Neuroradiologia	numero casi		2	2		0,63%	0,13%
	giornate		6	6			
Nido1	numero casi	4		4	0,34%		0,27%
	giornate	5		5			
Nido2	numero casi	1		1	0,08%		0,07%
	giornate	3		3			
Oculistica	numero casi	7	2	9	0,59%	0,63%	0,60%
	giornate	37	14	51			
Oncologia	numero casi	2		2	0,17%		0,13%
	giornate	51		51			
Ortopedia	numero casi	46	6	52	3,88%	1,90%	3,46%
	giornate	506	25	531			
Otorinolaringoiatria	numero casi	31	3	34	2,61%	0,95%	2,26%
	giornate	151	19	170			
Pediatria	numero casi	127	17	144	10,70%	5,40%	9,59%
	giornate	689	60	749			
Pneumologia	numero casi	21	5	26	1,77%	1,59%	1,73%
	giornate	610	16	626			
Recupero e rieducazione funzionale	numero casi	2	1	3	0,17%	0,32%	0,20%
	giornate	162	1	163			
Numero casi totale		1.187	315	1.502	100,00%	100,00%	100,00%
Giornate totale		6.923	989	7.912			

Tabella XXIII. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per tipo di DRG e regime di ricovero

Tipo del DRG	regime di ricovero			regime di ricovero			
	ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale	
	numero casi	32	1	33	2,7%	0,3%	2,2%
	giornate	240	1	241	3,5%	0,1%	3,0%
	peso	39,21	3,42	42,63	4,3%	1,9%	3,9%
Chirurgico	numero casi	304	228	532	25,6%	72,4%	35,4%
	giornate	2.424	451	2.875	35,0%	45,6%	36,3%
	peso	347,35	108,31	455,65	38,5%	60,3%	42,1%
Medico	numero casi	851	86	937	71,7%	27,3%	62,4%
	giornate	4.259	537	4.796	61,5%	54,3%	60,6%
	peso	516,75	67,78	584,53	57,2%	37,8%	54,0%
	totale numero casi	1.187	315	1.502			
	totale giornate	6.923	989	7.912			
	totale peso	903,30	179,51	1.082,81			

Tabella XXIV. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL Bologna Città
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo) per sesso, continente di provenienza e
regime di ricovero

sesso	continente	regime di ricovero			regime di ricovero		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
maschi	Africa	320	15	335	60,2%	40,5%	58,9%
	America	18	5	23	3,4%	13,5%	4,0%
	Asia	62	4	66	11,7%	10,8%	11,6%
	Europa	129	12	141	24,2%	32,4%	24,8%
	ex-URSS	3	1	4	0,6%	2,7%	0,7%
	totale casi maschi	532	37	569	44,8%	11,7%	37,9%
femmine	Africa	228	86	314	33,7%	61,0%	69,1%
	America	38	28	66	7,1%	12,8%	14,5%
	Asia	133	56	189	20,3%	36,7%	41,6%
	Europa	220	73	293	31,4%	56,9%	64,5%
	ex-URSS	36	35	71	7,6%	13,8%	15,6%
	totale casi femmine	655	278	933	55,2%	88,3%	62,1%
	totale casi	1.187	315	1.502			

ALLEGATO A2. AZIENDA USL DI FORLÌ
ATTIVITÀ RICOVERI PER PAZIENTI PROVENIENTI
DA PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Tabella I. Attività ricoveri per pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo

ANNO 1998

PRONTO SOCCORSO				
Accessi PS popolazione generale				49.103
RICOVERI	N. casi	%		
Ricoveri totali	27.941			
Ricoveri stranieri	175	0,63%		
maschi	84	48,00%		
femmine	91	52,00%		
Casi medici	119	68,00%		
Casi chirurgici	47	26,86%		
Giornate di ricovero	1.096			
Medici di medicina generale di assistenza primaria				
Assistiti	1.755			
Medici pediatri di libera scelta				
Assistiti	290			
CITTADINI NON ITALIANI				
Accessi	Dimessi	Ricoverati	Trasferiti	Deceduti
1.748	1.603	135	10	-

PRIMI 9 MESI DEL 1999

PRONTO SOCCORSO				
Accessi PS popolazione generale				37.989
RICOVERI	N. Casi	%		
Ricoveri totali	21.107			
Ricoveri stranieri	159	0,75%		
maschi	72	45,28%		
femmine	87	54,72%		
Casi medici	98	61,64%		
Casi chirurgici	55	34,59%		
Giornate di ricovero	1.035			
Medici di medicina generale di assistenza primaria (30/11/1999)				
Assistiti	2.422			
Medici pediatri di libera scelta (30/11/1999)				
Assistiti	476			
CITTADINI NON ITALIANI				ANNO 1999
Accessi	Dimessi	Ricoverati	Trasferiti	Deceduti
2.006	1.854	141	11	-

Farmaceutica

Dato non attendibile, in quanto spesso manca l'informazione della cittadinanza

Tabella II. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per ospedale, regime di ricovero, sesso e paese di provenienza

Presidio	Regime di ricovero	Continente	Stato		maschi	femmine	Totale	
Pubblico Forlì	Ordinario	Africa	Algeria	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	5		5	
			Burkina Faso	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	3		3	
			Costa d'Avorio	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	21		21	
			Libia	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	4		4	
			Marocco	numero casi	14	8	22	
				giornate di degenza	120	25	145	
		Senegal	numero casi	4		4		
			giornate di degenza	29		29		
		Somalia	numero casi	1	2	3		
			giornate di degenza	6	11	17		
		Tunisia	numero casi	4		4		
			giornate di degenza	34		34		
		<i>Numero casi</i>				27	10	37
		<i>Giornate di degenza</i>				222	36	258
		America	Argentina	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	6		6	
			Brasile	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	15		15	
			Colombia	numero casi		2	2	
				giornate di degenza		15	15	
			Cuba	numero casi		1	1	
				giornate di degenza		5	5	
			Stati Uniti	numero casi	1		1	
				giornate di degenza	1		1	
		Venezuela	numero casi		1	1		
			giornate di degenza		3	3		
		<i>Numero casi</i>				3	4	7
		<i>Giornate di degenza</i>				22	23	45
		Asia	Cina	numero casi	1	1	2	
giornate di degenza	2			6	8			
India	numero casi		1	2	3			
	giornate di degenza		6	4	10			
Irak	numero casi			1	1			
	giornate di degenza			4	4			
Sri Lanka	numero casi			1	1			
	giornate di degenza			1	1			
<i>Numero casi</i>				2	5	7		
<i>Giornate di degenza</i>				8	15	23		

Tabella II. (continua)

Presidio	Regime di ricovero	Continente	Stato	maschi	femmine	Totale	
		Europa	Albania	numero casi	5	11	16
				giornate di degenza	86	39	125
			Croazia	numero casi	2	2	4
				giornate di degenza	14	3	17
			Francia	numero casi	2	4	6
				giornate di degenza	7	82	89
			Germania	numero casi	2		2
				giornate di degenza	14		14
			Gran Bretagna	numero casi	2	1	3
				giornate di degenza	13	1	14
			Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	numero casi	6	9	15
				giornate di degenza	66	46	112
			Lussemburgo	numero casi		2	2
				giornate di degenza		7	7
			Macedonia	numero casi	4	1	5
				giornate di degenza	18	1	19
			Olanda	numero casi	3		3
				giornate di degenza	7		7
			Polonia	numero casi	2	1	3
				giornate di degenza	7	7	14
			Romania	numero casi	4	8	12
				giornate di degenza	14	40	54
			San Marino	numero casi	2	6	8
				giornate di degenza	4	20	24
			Slovenia	numero casi		1	1
				giornate di degenza		1	1
			Svizzera	numero casi	5	2	7
				giornate di degenza	18	9	27
			Turchia	numero casi	1		1
				giornate di degenza	18		18
			Ungheria	numero casi	1	1	2
				giornate di degenza	91	13	104
			<i>Numero casi</i>		41	49	90
			<i>Giornate di degenza</i>		377	269	646
		Ex-URSS	Russia	numero casi	2		2
				giornate di degenza	4		4
			Ucraina	numero casi		1	1
				giornate di degenza		1	1
			<i>Numero casi</i>		2	1	3
			<i>Giornate di degenza</i>		4	1	5
			Apolidi	numero casi	1		1
				giornate di degenza	4		4
			<i>Numero casi ordinari</i>		77	69	146
			<i>Giornate di degenza ordinari</i>		647	344	991

Tabella II. (continua)

Presidio	Regime di ricovero	Continente	Stato	maschi	femmine	Totale
Day Hospital						
		Africa	Algeria	numero casi	2	2
				giornate di degenza	4	4
			Capo Verde	numero casi	1	1
				giornate di degenza	2	2
			Marocco	numero casi	1	1
				giornate di degenza	20	20
			Nigeria	numero casi	1	1
				giornate di degenza	2	2
			Somalia	numero casi	1	1
				giornate di degenza	3	3
			Tunisia	numero casi	1	1
				giornate di degenza	4	4
			<i>Numero casi</i>		5	7
			<i>Giornate di degenza</i>		31	35
		America	Brasile	numero casi	1	2
				giornate di degenza	14	16
			Colombia	numero casi	3	3
				giornate di degenza	7	7
			<i>Numero casi</i>		1	5
			<i>Giornate di degenza</i>		14	23
		Europa	Bulgaria	numero casi	1	1
				giornate di degenza	2	2
			Francia	numero casi	1	1
				giornate di degenza	3	3
			Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	numero casi	3	3
				giornate di degenza	5	5
			Olanda	numero casi	1	1
				giornate di degenza	5	5
			Polonia	numero casi	1	1
				giornate di degenza	2	2
			Repubblica Ceca	numero casi	1	1
				giornate di degenza	2	2
			Romania	numero casi	2	2
				giornate di degenza	3	3
			San Marino	numero casi	4	4
				giornate di degenza	14	14
			Spagna	numero casi	1	1
				giornate di degenza	1	1
			Svizzera	numero casi	1	1
				giornate di degenza	9	9
			Turchia	numero casi	1	1
				giornate di degenza	1	1
			<i>Numero casi</i>		1	17
			<i>Giornate di degenza</i>		9	47
			<i>Numero casi day hospital</i>		7	29
			<i>Giornate di degenza day hospital</i>		54	105
			TOTALE CASI		84	175
			TOTALE GIORNATE DI DEGENZA		701	1.096

Tabella III. 30/9/1999: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per sesso, continente di
provenienza e regime di ricovero

sesso	continente	regime di ricovero			regime di ricovero %		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
maschi	Africa	23	2	25	34,8%	33,3%	34,7%
	America	3	2	5	4,5%	33,3%	6,9%
	Asia	6	-	6	9,1%	0,0%	8,3%
	Europa	33	1	34	50,0%	16,7%	47,2%
	Ex-URSS	1	1	2	1,5%	16,7%	2,8%
Totale maschi		66	6	72	52,4%	18,2%	45,3%
femmine	Africa	7	5	12	11,7%	18,5%	13,8%
	America	1	1	2	1,7%	3,7%	2,3%
	Asia	8	1	9	13,3%	3,7%	10,3%
	Europa	39	16	55	65,0%	59,3%	63,2%
	Ex-URSS	5	4	9	8,3%	14,8%	10,3%
Totale femmine		60	27	87	47,6%	81,8%	54,7%
Totale complessivo		126	33	159	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella IV. Anno 1998: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per sesso, continente di
provenienza e regime di ricovero

sesso	continente	regime di ricovero			regime di ricovero %		
		ordinario	day hospital	Totale	ordinario	day hospital	Totale
maschi	Africa	27	5	32	35,1%	71,4%	38,1%
	America	3	1	4	3,9%	14,3%	4,8%
	Asia	2		2	2,6%	0,0%	2,4%
	Australia	1		1	1,3%	0,0%	1,2%
	Europa	41	1	42	53,2%	14,3%	50,0%
	Ex-URSS	2		2	2,6%	0,0%	2,4%
	Apolidi	1		1	1,3%	0,0%	1,2%
Totale maschi		77	7	84	52,7%	24,1%	48,0%
femmine	Africa	10	2	12	14,5%	9,1%	13,2%
	America	4	4	8	5,8%	18,2%	8,8%
	Asia	5		5	7,2%	0,0%	5,5%
	Europa	49	16	65	71,0%	72,7%	71,4%
	Ex-URSS	1		1	1,4%	0,0%	1,1%
Totale femmine		69	22	91	47,3%	75,9%	52,0%
Totale complessivo		146	29	175	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella V. Anno 1998: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì cittadini stranieri (paesi in via di sviluppo), per DRG e regime di ricovero - analisi dei dimessi per alcuni DRG

DRG	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Cittadinanza straniera		Italiani		Totale		Confronto percentuale				
			Regime di ricovero		Regime di ricovero		Regime di ricovero		Regime di ricovero				
			ordinario	day hospital	ordinario	day hospital	ordinario	day hospital	ordinario	day hospital			
14	M	Mal. cerebrovascolari specifiche escl. TIA	2	-	600	82	682	602	82	684	0,3%	0,0%	0,3%
21	M	Meningite virale	2	-	13	-	13	15	-	15	13,3%	0,0%	13,3%
29	M	Stupore e coma traumatico, coma <1h, età >17	4	-	114	3	117	118	3	121	3,4%	0,0%	3,3%
35	M	Altre mal. sist. nervoso senza CC	2	-	23	31	54	25	31	56	8,0%	0,0%	3,6%
55	C	Miscellanea int. su orecchio, naso, bocca e gola	3	-	312	14	326	315	14	329	1,0%	0,0%	0,9%
59	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17	2	-	50	-	50	52	-	52	3,8%	0,0%	3,8%
65	M	Alterazioni dell'equilibrio	1	1	244	85	329	245	86	331	0,4%	1,2%	0,6%
70	M	Otte m., infez. vie respir. sup., età <18	2	-	110	8	118	112	8	120	1,8%	0,0%	1,7%
80	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età >17 senza CC	3	-	40	16	56	43	16	59	7,0%	0,0%	5,1%
81	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età <18	1	1	4	2	6	5	3	8	20,0%	33,3%	25,0%
88	M	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	3	-	894	104	998	897	104	1.001	0,3%	0,0%	0,3%
90	M	Polmonite semplice e pleurite, età >17 senza CC	2	-	201	14	215	203	14	217	1,0%	0,0%	0,9%
167	C	Appendicectomia con diag. princ. non compl. senza CC	3	-	124	-	124	127	-	127	2,4%	0,0%	2,4%
172	M	TM app. digerente con CC	1	1	240	221	461	241	222	463	0,4%	0,5%	0,4%
182	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età >17 con CC	2	-	196	13	209	198	13	211	1,0%	0,0%	0,9%
183	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età >17 senza CC	5	-	759	72	831	764	72	836	0,7%	0,0%	0,6%
184	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età <18	6	-	187	9	196	193	9	202	3,1%	0,0%	3,0%
204	M	Mal. pancreas escl. TM	2	-	55	3	58	57	3	60	3,5%	0,0%	3,3%
206	M	Mal. fegato escl. TM, cirrosi,epat. alcol. senza CC	2	1	58	104	162	60	105	165	3,3%	1,0%	1,8%
219	C	Int. arto inf.,omero escl. anca ecc.,età >17 senza CC	2	-	153	1	154	155	1	156	1,3%	0,0%	1,3%
243	M	Afezioni mediche del dorso	4	-	349	221	570	353	221	574	1,1%	0,0%	0,7%

Tabella V. (continua)

DRG	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Cittadinanza straniera			Italiani			Totale			Confronto percentuale		
			Regime di ricovero		Totale	Regime di ricovero		Totale	Regime di ricovero		Totale	Regime di ricovero		Totale
			ordinario	day hospital		ordinario	day hospital		ordinario	day hospital		ordinario	day hospital	
249	M	Ricoveri successivi per mal. sist. muscoloschel. ecc.	-	2	2	160	193	353	160	195	355	0,0%	1,0%	0,6%
274	M	TM mammella con CC	-	2	2	321	529	850	321	531	852	0,0%	0,4%	0,2%
310	C	Int. per via transuretrale con CC	2	-	2	41	1	42	43	1	44	4,7%	0,0%	4,5%
318	M	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	2	-	2	96	63	159	98	63	161	2,0%	0,0%	1,2%
324	M	Calcolosi urinaria senza CC	3	-	3	251	64	315	254	64	318	1,2%	0,0%	0,9%
371	C	Parto cesareo senza CC	4	-	4	251	-	251	255	-	255	1,6%	-	1,6%
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	8	-	8	650	1	651	658	1	659	1,2%	0,0%	1,2%
381	C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	4	12	16	102	269	371	106	281	387	3,8%	4,3%	4,1%
382	M	Falso travaglio	5	-	5	79	3	82	84	3	87	6,0%	0,0%	5,7%
391	M	Neonato normale	3	-	3	650	-	650	653	-	653	0,5%	-	0,5%
422	M	Mal. virali, febbre origine sconosc., età <18	2	-	2	118	8	126	120	8	128	1,7%	0,0%	1,6%
434	M	Dipend. alcool/farmaci, disintossicazione con CC	2	-	2	13	-	13	15	-	15	13,3%	-	13,3%
435	M	Dipend. alcool/farmaci, disintossicazione senza CC	3	-	3	61	-	61	64	-	64	4,7%	-	4,7%
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute Miscellanea	2	2	4	182	25	207	184	27	211	1,1%	7,4%	1,9%
			52	7	59	18.929	7.039	25.968	18.981	7.046	26.027	0,3%	0,1%	0,2%
		Totale	146	29	175	26.630	9.198	35.828	26.776	9.227	36.003	0,55%	0,31%	0,49%

Tabella VI. Anno 1998. Dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per DRG e regime di ricovero

DRG	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Regime di ricovero		
			Ordinario	Day Hospital	Totale
381	C	Aborto con D&C, isterosuzione o isterotomia	4	12	16
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	8	-	8
184	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età <18	6	-	6
183	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età >17 senza CC	5	-	5
382	M	Falso travaglio	5	-	5
29	M	Stupore e coma traumat., coma <1h, età >17 senza CC	4	-	4
243	M	Affezioni mediche del dorso	4	-	4
371	C	Parto cesareo senza CC	4	-	4
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2	2	4
55	C	Miscellanea int. su orecchio, naso, bocca e gola	3	-	3
80	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età >17 senza CC	3	-	3
88	M	Malattia polmonare cronico-ostruttiva	3	-	3
167	C	Appendicectomia con dia. princ. non compl. senza CC	3	-	3
206	M	Mal. fegato escl. TM, cirrosi, epat. alcol. senza CC	2	1	3
324	M	Calcolosi urinaria senza CC	3	-	3
391		Neonato normale	3	-	3
435		Dipend. alcool/farmaci, disintossicazione senza CC	3	-	3
14	M	Mal. cerebrovascolari specifiche escl. TIA	2	-	2
21	M	Meningite virale	2	-	2
35	M	Altre mal. sist. nervoso senza CC	2	-	2
59	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17	2	-	2
65	M	Alterazioni dell'equilibrio	1	1	2
70	M	Otite m., infez. vie respir. sup., età <18	2	-	2
81	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età <18	1	1	2
90	M	Polmonite semplice e pleurite, età >17 senza CC	2	-	2
172	M	TM app. digerente con CC	1	1	2
182	M	Gastroent., miscell. mal. diger., età >17 con CC	2	-	2
204	M	Mal. pancreas escl. TM	2	-	2
219	C	Int. arto inf., omero escl. anca ecc., età >17 senza CC	2	-	2
249	M	Ricoveri successivi per mal. sist. muscoloschel. ecc.	-	2	2
274	M	TM mammella con CC	-	2	2
310	C	Int. per via transuretrale con CC	2	-	2
318	M	Neoplasie rene e vie urinarie con CC	2	-	2
422	M	Mal. virali, febbre origine sconosc., età <18	2	-	2
434		Dipend. alcool/farmaci, disintossicazione con CC	2	-	2
445	M	Traumatismi, età >17 senza CC	1	1	2
450	M	Avvel., effetti tossici da farmaci, età >17 senza CC	2	-	2
489	M	Infez. HIV con patologie correlate maggiori	1	1	2
9	M	Mal. e traumatismi midollo spinale	1	-	1
25	M	Convulsioni e cefalea, età >17 senza CC	1	-	1
30	M	Stupore e coma traumat., coma <1h, età <18	1	-	1
32	M	Commozione cerebrale, età >17 senza CC	1	-	1
39	C	Int. su cristallino con o senza vitrectomia	-	1	1
69	M	Otite m., infez. vie respir. sup., età >17 senza CC	1	-	1
73	M	Altre dia. orecchio, naso, bocca, gola, età >17	1	-	1
75	C	Int. maggiori sul torace	1	-	1
76	C	Altri int. su app. respiratorio con CC	1	-	1

Tabella VI. (continua)

DRG	TIPO	DESCRIZIONE DRG	Regime di ricovero		Totale
			Ordinario	Day hospital	
79	M	Infez. e infiamm. respiratorie, età >17 con CC	1	-	1
84	M	Traumi maggiori torace senza CC	1	-	1
89	M	Polmonite semplice e pleurite, età >17 con CC	1	-	1
91	M	Polmonite semplice e pleurite, età <18	1	-	1
94	M	Pneumotorace con CC	1	-	1
112	C	Int. su sist. cardiovascolare per via percutanea	1	-	1
119	C	Legatura e stripping di vene	1	-	1
123	M	Mal. cardiovasc. con IMA, deceduti	1	-	1
138	M	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca con CC	1	-	1
140	M	Angina pectoris	1	-	1
143	M	Dolore toracico	1	-	1
144	M	Altre dia. app. circolatorio con CC	1	-	1
162	C	Int. ernia inguinale e femorale, età >17 senza CC	1	-	1
169	C	Int. su bocca senza CC	1	-	1
173	M	TM app. digerente senza CC	1	-	1
175	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	1	-	1
178	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	1	-	1
211	C	Int. anca, femore escl. articol. magg., età >17 senza CC	1	-	1
227	C	Int. su tessuti molli senza CC	1	-	1
235	M	Fratture femore	1	-	1
248	M	Tendinite, miosite e borsite	-	1	1
250	M	Traumi avambraccio, mano e piede, età >17 con CC	1	-	1
252	M	Traumi avambraccio, mano e piede, età <18	1	-	1
254	M	Traumi braccio, gamba escl. piede, età >17 senza CC	1	-	1
256	M	Altre dia. sist. muscoloschel. e tess. Connettivo	1	-	1
278	M	Cellulite, età >17 senza CC	-	1	1
281	M	Traumi pelle, sottocut. e mammella, età >17 senza CC	1	-	1
295	M	Diabete età <35	1	-	1
301	M	Mal. endocrine senza CC	1	-	1
319	M	Neoplasie rene e vie urinarie senza CC	1	-	1
359	C	Int. utero e annessi non per TM senza CC	1	-	1
367	M	TM app. riproduttivo femminile senza CC	1	-	1
369	M	Dist. mestruali, altri dist. app. riproduttivo femm.	-	1	1
379	M	Minaccia di aborto	1	-	1
388		Prematurità senza affezioni maggiori	1	-	1
392	C	Splenectomia, età >17	1	-	1
400	C	Linfoma e leucemia con int. chir. maggiori	1	-	1
414	M	Altre alterazioni mieloprolif., ecc. senza CC	-	1	1
420	M	Febbre di origine sconosciuta, età >17 senza CC	1	-	1
423	M	Altre dia. infettive e parassitarie	1	-	1
430	M	Psicosi	1	-	1
468	C	Int. chir. esteso non correlato con dia. princ.	1	-	1
483	C	Tracheostomia escl. dist. orali, laringei o faringei	1	-	1
485	C	Reimpianto arti, int. anca, femore per traum. rilev.	1	-	1
Totale			146	29	175

Tabella VII. 30/9/1999: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per tipo del DRG e regime di
ricovero

TIPO del DRG	regime di ricovero			regime di ricovero %		
	Ordinario	Day hospital	Totale	Ordinario	Day hospital	Totale
numero casi	6		6	4,8%	0,0%	3,8%
giornate	92		92	9,5%	0,0%	8,9%
peso			-	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgico numero casi	34	21	55	27,0%	63,6%	34,6%
giornate	399	38	437	41,1%	58,5%	42,2%
peso	50,21	9,08	59,29	46,7%	46,9%	46,7%
Medico numero casi	86	12	98	68,3%	36,4%	61,6%
giornate	479	27	506	49,4%	41,5%	48,9%
peso	57,28	10,29	67,57	53,3%	53,1%	53,3%
<i>totale numero casi</i>	126	33	159			
<i>totale giornate</i>	970	65	1.035			
<i>totale peso</i>	107,49	19,37	126,86			

Tabella VIII. Anno 1998: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per tipo del DRG e regime di
ricovero

TIPO del DRG	regime di ricovero			regime di ricovero %		
	Ordinario	Day hospital	Totale	Ordinario	Day hospital	Totale
numero casi	9		9	6,2%	0,0%	5,1%
giornate	66		66	6,7%	0,0%	6,0%
peso			-	0,0%	0,0%	0,0%
Chirurgico numero casi	34	13	47	23,3%	44,8%	26,9%
giornate	288	25	313	29,1%	23,8%	28,6%
peso	53,77	5,68	59,45	43,1%	30,4%	41,4%
Medico numero casi	103	16	119	70,5%	55,2%	68,0%
giornate	637	80	717	64,3%	76,2%	65,4%
peso	71,01	12,99	84,00	56,9%	69,6%	58,6%
<i>totale numero casi</i>	146	29	175			
<i>totale giornate</i>	991	105	1.096			
<i>totale peso</i>	124,78	18,67	143,45			

Tabella IX. Anno 1998: dimessi dai presidi pubblici dell'Azienda USL di Forlì
cittadinanza straniera (paesi in via di sviluppo), per reparto di dimissione e regime
di ricovero

Reparto		Regime di ricovero			Percentuale dei casi		
		Ordinario	Day hospital	Totale	Ordinario	Day hospital	Totale
Anestesia e rianimazione	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	4		4	2,7%	-	2,3%
Cardiologia	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	1		1	0,7%	-	0,6%
Chirurgia generale	numero casi	5		5	3,4%	-	2,9%
	giornate di degenza	20		20	13,7%	-	11,4%
Chirurgia toracica	numero casi	6		6	4,1%	-	3,4%
	giornate di degenza	71		71	48,6%	-	40,6%
Dermatologia	numero casi		2	2	0,0%	6,9%	1,1%
	giornate di degenza		6	6	0,0%	20,7%	3,4%
Geriatria	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	10		10	6,8%	-	5,7%
Lungodegenza	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	33		33	22,6%	-	18,9%
Malattie infettive	numero casi	8	2	10	5,5%	6,9%	5,7%
	giornate di degenza	89	34	123	61,0%	117,2%	70,3%
Medicina d'urgenza	numero casi	5		5	3,4%	-	2,9%
	giornate di degenza	10		10	6,8%	-	5,7%
Medicina generale	numero casi	27		27	18,5%	-	15,4%
	giornate di degenza	253		253	173,3%	-	144,6%
Nefrologia	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	2		2	1,4%	-	1,1%
Neurologia	numero casi	4		4	2,7%	-	2,3%
	giornate di degenza	14		14	9,6%	-	8,0%
Nido	numero casi	2		2	1,4%	-	1,1%
	giornate di degenza	4		4	2,7%	-	2,3%
Oculistica	numero casi		1	1	0,0%	3,4%	0,6%
	giornate di degenza		3	3	0,0%	10,3%	1,7%
Oncologia	numero casi	4	4	8	2,7%	13,8%	4,6%
	giornate di degenza	13	21	34	8,9%	72,4%	19,4%
Ortopedia	numero casi	11	2	13	7,5%	6,9%	7,4%
	giornate di degenza	60	7	67	41,1%	24,1%	38,3%
Ostetricia e ginecologia	numero casi	27	15	42	18,5%	51,7%	24,0%
	giornate di degenza	81	26	107	55,5%	89,7%	61,1%
Otorinolaringoiatria	numero casi	9	1	10	6,2%	3,4%	5,7%
	giornate di degenza	35	4	39	24,0%	13,8%	22,3%
Pediatría	numero casi	20	2	22	13,7%	6,9%	12,6%
	giornate di degenza	195	4	199	133,6%	13,8%	113,7%
Pneumologia	numero casi	9		9	6,2%	-	5,1%
	giornate di degenza	67		67	45,9%	-	38,3%

Tabella IX. (continua)

Reparto		Regime di ricovero			Percentuale dei casi		
		Ordinario	Day hospital	Totale	Ordinario	Day hospital	Totale
Psichiatria	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	18		18	12,3%	-	10,3%
Unità coronarica	numero casi	1		1	0,7%	-	0,6%
	giornate di degenza	4		4	2,7%	-	2,3%
Urologia	numero casi	2		2	1,4%	-	1,1%
	giornate di degenza	7		7	4,8%	-	4,0%
Totale casi		146	29	175			
Totale giornate		991	105	1.096			

ALLEGATO A3. AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA ANALISI DEI DATI RELATIVI AI PAZIENTI PROVENIENTI DAI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

L'Italia è il paese del bacino mediterraneo con il numero maggiore di immigrati. Questo evento, che sta modificando l'assetto sociale del paese, ha un forte impatto anche sulla struttura sanitaria, e soprattutto sull'ospedale. Le tabelle sotto riportate sono una prima analisi del fenomeno relativo alla situazione nell'Azienda ospedaliera di Parma nel 4° trimestre 1998.

I pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo (quindi sono esclusi i paesi dell'Europa occidentale, Canada, USA, Israele, Giappone, Corea del Sud e Repubblica di San Marino) costituiscono l'1,4% dei dimessi (in regime di ricovero ordinario e in DH) nel trimestre considerato (*Tabella I*). Il continente più rappresentato è l'Africa (Tunisia e Marocco in particolare), seguito dall'Europa orientale (Albania ed ex-Jugoslavia) (*Tabella III*). Nell'analisi, quando si parlerà di stranieri si farà riferimento a pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo; quando si parlerà di italiani si considereranno invece anche i 41 pazienti che sono stranieri, ma che vengono da paesi industrializzati.

I ricoveri medici per gli stranieri superano lievemente quelli chirurgici (1,1% *vs* 1,5%) e rappresentano il 69% di tutti i casi (*Tabella II*). Per gli italiani i ricoveri medici costituiscono il 59% dei ricoveri e questo può far supporre una maggiore facilità a gestire le patologie più semplici ricorrendo al medico di base o all'autosomministrazione di farmaci.

Le patologie più frequenti nella popolazione straniera sono le affezioni dell'apparato digerente, dell'apparato respiratorio, dell'apparato osteoarticolare, ginecologiche e dermatologiche (*Tabella IV*).

Alcune patologie si presentano nelle popolazioni straniere con una frequenza molto superiore rispetto alla popolazione residente; ad esempio, le affezioni dell'apparato respiratorio (esclusa la BPCO) rappresentano il 6,4% di tutti i casi per gli stranieri, contro il 2,9% della popolazione italiana. Analogamente, le patologie minori della pelle sono il 5% dei casi per gli stranieri e solo l'1,8% per gli italiani. Anche il DRG 490 (HIV associato o non associato ad altre patologie non correlate) rappresenta l'8,5% dei casi tra i pazienti stranieri e solo il 3% tra gli italiani.

Riguardo alle modalità del parto, non sembra esserci differenza di nazionalità: le straniere sono il 5% delle partorienti e questa percentuale è rispettata nei parti cesarei e nei parti per via naturale.

Gli stranieri che accedono al Pronto Soccorso sono il 3% di tutti i casi (*Tabella V*). La distribuzione delle nazionalità rispetta quella già evidenziata per i ricoveri, anche se rimane più accentuata la presenza degli africani (circa il 70%), tra i quali tunisini e marocchini rappresentano il 61%.

Sarebbe opportuno effettuare un'analisi più approfondita riguardo la casistica di accesso; da una prima verifica si evidenzia che i traumi, le fratture e le patologie dell'apparato osteoarticolare da sole rappresentano circa la metà delle diagnosi riportate sul certificato del PS (Tabella VII).

Tabella I. 4° trimestre 1998: dimessi da ricoveri ordinari dall'Azienda ospedaliera di Parma cittadinanza straniera e italiani, per sesso

Nazionalità	maschi	femmine	Totale complessivo
Italiani	9.925	10.295	20.220
Stranieri	159	162	321
<i>di cui stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo</i>	143	137	280
Totale casi	10.084	10.457	20.541

Tabella II. 4° trimestre 1998: dimessi da ricoveri ordinari dall'Azienda ospedaliera di Parma cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo e altre cittadinanze compresa italiana, per tipo del DRG

Tipo del DRG	altre cittadinanze compresa italiana	cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo	Totale	altre cittadinanze compresa italiana	cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo	Totale
casi	747	5	752	99,3%	0,7%	3,7%
chirurgico	5.683	66	5.749	98,9%	1,1%	28,0%
medico	13.831	209	14.040	98,5%	1,5%	68,4%
totale numero casi	20.261	280	20.541	98,6%	1,4%	100,0%

Tabella III. 4° trimestre 1998: dimessi dall'Azienda ospedaliera di Parma, cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo, per sesso e paese di provenienza

Continente	Stato	maschi	femmine	Totale	
Africa	Benin	0	1	1	
	Burundi	0	1	1	
	Camerun	0	1	1	
	Congo	1	0	1	
	Costa d'Avorio	2	4	6	
	Egitto	1	1	2	
	Etiopia	4	4	8	
	Ghana	2	16	18	
	Guinea	0	1	1	
	Kenia	0	1	1	
	Marocco	21	12	33	
	Mauritius	2	2	4	
	Nigeria	3	21	24	
	Ruanda	0	2	2	
	Senegal	17	0	17	
	Somalia	2	3	5	
	Tunisia	33	5	38	
Zaire	1	1	2		
	Totale	89	76	165	
America	Argentina	2	0	2	
	Brasile	3	0	3	
	Colombia	1	2	3	
	Cuba	1	1	2	
	Ecuador	0	2	2	
	Perù	1	3	4	
	Repubblica Dominicana	0	3	3	
		Totale	8	11	19
Asia	Bangladesh	1	0	1	
	Cina	3	2	5	
	Filippine	3	8	11	
	India	6	2	8	
	Indonesia	1	0	1	
	Libano	1	0	1	
	Iraq	1	0	1	
	Sri Lanka	1	0	1	
	Laos	2	0	2	
	Siria	1	2	3	
		Totale	20	14	34
Europa	Albania	13	15	28	
	Bosnia-Erzegovina	0	2	2	
	Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	9	12	21	
	Macedonia	0	1	1	
	Polonia	3	1	4	
	Romania	0	3	3	
	Unione Sovietica	1	1	2	
		Totale	26	35	61
		<i>Sconosciuto</i>		1	
	N. complessivo casi	143	137	280	

Tabella IV. 4° trimestre 1998: DRG e pesi per pazienti provenienti da paesi in via di sviluppo e altre cittadinanze (italiana compresa) dimessi dall'Azienda ospedaliera di Parma

DRG	Tipo	Descrizione	Peso unitario	N. casi altri	N. casi stranieri	Peso tot. altri	Peso tot. stranieri
14	M	Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	1,5726	266	1	418,31	1,57
24	M	Convulsioni e cefalea età >17 con CC	1,0434	18	1	18,78	1,04
25	M	Convulsioni e cefalea età >17 senza CC	0,6989	93	1	65,00	0,70
26	M	Convulsioni e cefalea età <18	0,5909	189	6	111,68	3,55
29	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma <1 ora, età >17 senza CC	0,759	62	1	47,06	0,76
30	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma <1 ora, età <18	0,4429	56	1	24,80	0,44
32	M	Commozione cerebrale, età >17 senza CC	0,5399	77	5	41,57	2,70
35	M	Altre malattie del sistema nervoso, senza CC	0,9503	77	1	73,17	0,95
39	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0,7545	509	1	384,04	0,75
40	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età >17	0,5809	48	1	27,88	0,58
47	M	Altre malattie dell'occhio, età >17 senza CC	0,5848	131	1	76,61	0,58
48	M	Altre malattie dell'occhio, età <18	0,5033	27	1	13,59	0,50
55	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	0,8099	159	1	128,77	0,81
70	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	0,473	63	1	29,80	0,47
74	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età <18	0,4465	57	1	25,45	0,45
79	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età >17 con CC	2,6691	38	1	101,43	2,67
80	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età >17 senza CC	1,9709	45	4	88,69	7,88
88	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1,1865	344	7	408,16	8,31
90	M	Polmonite semplice e pleurite, età >17 senza CC	1,0655	56	5	59,67	5,33
93	M	Malattia polmonare interstiziale, senza CC	1,1656	42	2	48,96	2,33
97	M	Bronchite e asma, età >17 senza CC	0,704	88	3	61,95	2,11
100	M	Segni e sintomi respiratori, senza CC	0,661	27	2	17,85	1,32
119	C	Legatura e stripping di vene	0,7712	123	1	94,86	0,77
120	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	2,5916	34	1	88,11	2,59
128	M	Tromboflebite delle vene profonde	1,0825	51	1	55,21	1,08
140	M	Angina pectoris	0,8588	151	2	129,68	1,72
141	M	Sincope e collasso, con CC	0,9252	50	1	46,26	0,93
142	M	Sincope e collasso, senza CC	0,6074	77	2	46,77	1,21
144	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	1,5867	48	1	76,16	1,59
158	C	Interventi su ano e stoma, senza CC	0,726	34	1	24,68	0,73
163	C	Interventi per ernia, età <18	0,5783	60	1	34,70	0,58
165	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata, senza CC	0,9604	11	1	10,56	0,96
167	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata, senza CC	0,6816	27	2	18,40	1,36
171	C	Altri interventi sull'apparato digerente, senza CC	1,6059	10	1	16,06	1,61
183	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età >17 senza CC	0,596	210	5	125,16	2,98
184	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età <18	0,442	302	3	133,48	1,33
189	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età >17 senza CC	0,6293	91	3	57,27	1,89
202	M	Cirrosi e epatite alcolica	1,5977	287	1	458,54	1,60
215	C	Interventi su dorso e collo, senza CC	1,3498	111	2	149,83	2,70
219	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età >17 senza CC	1,1586	57	4	66,04	4,63
222	C	Interventi sul ginocchio senza CC	1,0926	55	1	60,09	1,09

Tabella IV. (continua)

DRG	Tipo	Descrizione	Peso unitario	N. casi altri	N. casi stranieri	Peso tot. altri	Peso tot. stranieri
225	C	Interventi sul piede	0,9268	27	1	25,02	0,93
228	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	0,8749	5	1	4,37	0,87
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	0,6011	76	1	45,68	0,60
230	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	0,9732	15	1	14,60	0,97
231	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	0,9394	105	2	98,64	1,88
234	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	1,3046	39	1	50,88	1,30
238	M	Osteomielite	1,5838	7	1	11,09	1,58
243	M	Affezioni mediche del dorso	0,7705	263	5	202,64	3,85
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza CC	0,7597	151	1	114,71	0,76
247	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	0,5863	22	2	12,90	1,17
251	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età >17 senza CC	0,4174	51	3	21,29	1,25
254	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età >17 senza CC	0,4422	93	1	41,12	0,44
256	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	0,536	39	1	20,90	0,54
273	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	1,0226	29	1	29,66	1,02
274	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	1,6598	127	4	210,79	6,64
278	M	Cellulite età >17 senza CC	0,7294	7	1	5,11	0,73
279	M	Cellulite età <18	0,5501	7	1	3,85	0,55
281	M	Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, età >17 senza CC	0,4742	42	1	19,92	0,47
284	M	Malattie minori della pelle senza CC	0,5584	179	14	99,95	7,82
295	M	Diabete età < 36	0,6903	28	5	19,33	3,45
299	M	Difetti congeniti del metabolismo	0,8837	24	1	21,21	0,88
301	M	Malattie endocrine, senza CC	0,6226	312	3	194,25	1,87
316	M	Insufficienza renale	1,3737	63	1	86,54	1,37
318	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	1,4193	73	1	103,61	1,42
323	M	Calcolosi urinaria, con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	0,9365	128	2	119,87	1,87
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età >17 senza CC	0,7369	3	1	2,21	0,74
332	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età >17 senza CC	0,7793	49	1	38,19	0,78
333	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età <18	0,7126	38	1	27,08	0,71
359	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	1,0431	138	3	143,95	3,13
360	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	0,7553	49	1	37,01	0,76
364	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	0,5375	148	2	79,55	1,08
369	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,4209	84	2	35,36	0,84
370	C	Parto cesareo con CC	1,4767	24	2	35,44	2,95
371	C	Parto cesareo senza CC	1,0046	154	7	154,71	7,03
373	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	0,6423	286	15	183,70	9,63
378	M	Gravidanza ectopica	0,803	1	2	0,80	1,61
379	M	Minaccia di aborto	0,7722	23	2	17,76	1,54
380	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	0,3068	11	2	3,37	0,61

Tabella IV. (continua)

DRG	Tipo	Descrizione	Peso unitario	N. casi altri	N. casi stranieri	Peso tot. altri	Peso tot. stranieri
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	0,4484	199	18	89,23	8,07
383	M	Altre diagnosi parto con complicazioni mediche	0,5392	37	3	19,95	1,62
384	M	Altre diagnosi parto senza complicazioni mediche	0,449	20	1	8,98	0,45
387		Prematurità con affezioni maggiori	2,714	8	1	21,71	2,71
388		Prematurità senza affezioni maggiori	1,4431	63	1	90,92	1,44
391		Neonato normale	0,204	412	3	84,05	0,61
394	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	1,4311	24	1	34,35	1,43
395	M	Anomalie dei globuli rossi, età >17	1,2462	127	1	158,27	1,25
396	M	Anomalie dei globuli rossi, età <18	0,4755	55	5	26,15	2,38
399	M	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	0,9317	106	1	98,76	0,93
410	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	0,523	332	7	173,64	3,66
411	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	0,4994	128	1	63,92	0,50
421	M	Malattie di origine virale, età >17	0,8776	24	1	21,06	0,88
422	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età <18	0,5875	50	1	29,38	0,59
423	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	1,3264	49	2	64,99	2,65
425	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	0,7709	17	1	13,11	0,77
426	M	Nevrosi depressive	0,8815	31	2	27,33	1,76
430	M	Psicosi	1,2252	126	2	154,38	2,45
432	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	0,8293	5	1	4,15	0,83
440	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	2,0643	14	1	28,90	2,06
441	C	Interventi sulla mano per traumatismo	0,7251	3	1	2,18	0,73
442	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, con CC	2,7151	7	1	19,01	2,72
443	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo, senza CC	1,5398	22	1	33,88	1,54
446	M	Traumatismi, età <18	0,3855	13	1	5,01	0,39
447	M	Reazioni allergiche, età >17	0,4911	7	1	3,44	0,49
449	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età >17 con CC	0,9198	16	1	14,72	0,92
450	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età >17 senza CC	0,4179	32	1	13,37	0,42
455	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici, senza CC	0,5788	225	1	130,23	0,58
462	M	Riabilitazione	0,7933	15	1	11,90	0,79
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,451	119	5	53,67	2,26
468	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	2,3079	70	2	161,55	4,62
473	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età >17	6,8215	28	1	191,00	6,82
487	M	Altri traumatismi multipli rilevanti	2,2097	3	1	6,63	2,21
488	C	HIV associato ad intervento chirurgico esteso	4,6242	2	1	9,25	4,62
489	M	HIV associato ad altre patologie maggiori correlate	2,3143	51	4	118,03	9,26
490	M	HIV associato o non ad altre patologie correlate	1,3147	309	24	406,24	31,55
Totale				9.930	280	8.695,46	259,78

Tabella V. 4° trimestre 1998: accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera di Parma, cittadinanza straniera e italiani, per sesso

Nazionalità	maschi	femmine	Totale complessivo
Italiani	8.371	6.713	15.084
Stranieri	334	155	496
<i>di cui stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo</i>	325	136	461
Totale casi	8.705	6.868	15.580

Tabella VI. 4° trimestre 1998: Accessi al Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera di Parma, cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo, per sesso e paese di provenienza

Continente	Stato	maschi	femmine	Totale	
Africa	Algeria	3	0	3	
	Camerun	3	1	4	
	Ciad	2	0	2	
	Costa d'Avorio	6	4	10	
	Egitto	2	0	2	
	Ghana	12	10	22	
	Marocco	68	20	88	
	Mauritius	3	1	4	
	Nigeria	14	14	28	
	Senegal	38	3	41	
	Somalia	0	3	3	
	Togo	1	0	1	
	Tunisia	102	7	109	
	Zaire	3	0	3	
	Totale	257	63	320	
America	Brasile	2	5	7	
	Colombia	1	5	6	
	El Salvador	0	1	1	
	Giamaica	0	1	1	
	Guatemala	1	0	1	
	Perù	1	2	3	
	Repubblica Dominicana	0	7	7	
	Uruguay	0	1	1	
		Totale	5	22	27
Asia	Cina	1	6	7	
	Filippine	2	6	8	
	India	4	0	4	
	Iran	5	0	5	
	Siria	1	1	2	
	Sri Lanka	1	0	1	
	Thailandia	0	1	1	
		Totale	14	14	28
Europa	Albania	35	13	48	
	Cecoslovacchia	0	1	1	
	Croazia	1	0	1	
	Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	10	6	16	
	Macedonia	0	8	8	
	Polonia	0	1	1	
	Romania	2	4	6	
	Unione Sovietica	1	4	5	
		Totale	49	37	86
		N. complessivo casi	325	136	461

Tabella VII. 4° trimestre 1998: Prestazioni erogate al Pronto Soccorso dell'Azienda ospedaliera di Parma, cittadinanza straniera proveniente da paesi in via di sviluppo

CODICE	SOTTOCOD	Descrizione prestazione	numero pazienti
854	0	Trauma intracran. altra e non spec. nat. senza CC.	21
0	0	Abbandono volontario del pronto soccorso	19
789	0	Colica addominale	18
922	1	Contusione parete toracica	17
788	0	Colica renale	13
724	2	Lombaggine	12
786	5	Dolore toracico	12
133	0	Scabbia	11
780	2	Sincope collasso lipotimia	11
784	0	Cefalea	11
883	2	Ferita dita mano con interessamento tendini	11
847	0	Distorsione e distrazione collo e parti del dorso non spec.	10
920		Contusione faccia, cuoio capelluto, collo escluso l'occhio	9
813	0	Fratt. chiusa radio, ulna: epifisi prossimale	8
850		Commozione cerebrale	8
923	2	Contusione polso e mano, escluse le dita della mano	8
927	3	Schiacciamento dita della mano	8
300	0	Stati di ansia	7
719	4	Dolore articolare	7
842	0	Distorsione e distrazione polso	7
845	0	Distorsione e distrazione caviglia	7
873	4	Altre ferite faccia senza menzioni di complicazioni	7
923	0	Contusione spalla e braccio	7
924	1	Contusione ginocchio e gamba	7
305	0	Abuso di alcool senza dipendenza	6
380	1	Otite esterna infettiva	6
816	0	Frattura di una o più falangi della mano	6
346	1	Eemicrania comune	5
463		Tonsillite acuta	5
485		Broncopolmonite non specificata	5
882	0	Ferita mano escluse le dita da sole senza menzione	5
924	3	Contusione dita del piede	5
250	0	Diabete mellito senza menzione di complicazioni	4
493	0	Asma estrinseco	4
525	9	Malattie condizioni morbose denti e strutt. suppor.	4
682	5	Celluliti e ascessi della natica	4
692	9	Dermatite da causa non specificata	4
724	3	Sciatica	4
924	0	Contusione anca e coscia	4
345	1	Epilessia generalizzata convulsiva	3
413		Angina pectoris	3
486		Polmonite non specificata	3
540	9	Appendicite acuta senza menzione di peritonite	3
595	0	Cistite acuta	3

Tabella VII. (continua)

CODICE	SOTTOCOD	Descrizione prestazione	numero pazienti
681	0	Cellulite e ascesso delle dita della mano	3
708	9	Orticaria non specificata	3
726	9	Entesopatia non specificata	3
780	6	Piressia di origine sconosciuta	3
815	0	Frattura delle ossa del metacarpo	3
823	0	Fratt. tibia, perone epifisi pros. o parte non spec.	3
825	0	Frattura del calcagno chiusa	3
844	0	Distorsione e distrazione gin. e gamba legamento. coll. est. gin.	3
928	9	Schiacciamento parte non specificata dell'arto inf.	3
945	2	Ustione arto inf. vescicole perd. epidermide di II grado	3
382	9	Otite media non specificata	2
462		Faringite acuta	2
465	0	Laringofaringite acuta	2
530	1	Esofagite	2
536	8	Dispepsia ed altre turbe funzionali dello stomaco	2
553	3	Ernia diaframmatica	2
604	9	Orchite, epididimite ed orchiepididimite senza menz.	2
706	2	Cisti sebacea	2
716	9	Artropatia non specificata	2
723	5	Torcicollo non specificato	2
726	2	Altre affezioni della regione della spalla non classificata altrove	2
729	1	Mialgia e miosite non specificate	2
807	2	Frattura sterno, chiusa	2
808	8	Frattura del bacino non specificata, chiusa	2
810	0	Frattura della clavicola	2
840	0	Distorsione e distrazione acromioclavicolare (art. legamento)	2
35		Erisipela	1
84	0	Malaria da plasmodium falciparum (terzana maligna)	1
91	4	Adenopatia da sifilide secondaria	1
191	9	Tumore maligno encefalo non specificato	1
273	1	Paraproteinemia monoclonale	1
280		Anemia da carenza di ferro	1
292	2	Intossicazione patologica da farmaci	1
307	9	Altri sintomi psicogeni e non specificati	1
383	9	Mastoidite e cond. Morbose correlate non specifica	1
386	5	Disfunzione del labirinto	1
388	7	Otalgia	1
389	9	Sordità non specificata	1
401	9	Ipertensione essenziale non specificata	1
451	1	Flebite e tromboflebite dei vasi profondi arti inf.	1
454	1	Varici degli arti inf. con infiammazione	1
455	4	Emorroidi esterne trombizzate	1
461	1	Sinusite acuta frontale	1
464	2	Laringotracheite acuta	1
466	0	Bronchite acuta	1

Tabella VII. (continua)

CODICE	SOTTOCOD	Descrizione prestazione	numero pazienti
470		Deviazione setto nasale	1
472	0	Rinite cronica	1
487	8	Influenza con altre manifestazioni	1
491	2	Bronchite cronica ostruttiva	1
521	0	Carie dentaria	1
528	0	Stomatite	1
566		Ascesso delle regioni anale e rettale	1
614	0	Salpingite e ovarite acute	1
617	9	Endometriosi sede non specificata	1
625	3	Dismenorrea	1
686	0	Piodermite	1
691	8	Altre dermatiti atopiche e cond. morbose correlate	1
695	9	Affezioni eritematose non specificate	1
722	1	Dislocazione disco intervertr. toracico o lomb. senza mielopatia	1
755	6	Altre malf. dell'arto inferiore compreso in cingolo	1
761	4	Gravidanza ectopica	1
782	0	Disturbi della sensibilità cutanea	1
785	6	Ingrossamento dei linfonodi	1
812	4	Fratt. omero, epifisi distale, chiusa	1
814	0	Frattura delle ossa del corpo, chiusa	1
826	0	Frattura di una o più falangi del piede chiusa	1
832	0	Lussazione gomito semplice	1
834	0	Lussazione dita mano semplice	1
836	0	Lacerazione cartilagine o menisco mediale ginocchi	1
837	0	Lussazione caviglia semplice	1
848	9	Distorsione e distrazione sede non specificata	1
852	0	Emorr. subarac., subd., extrad., ecc. senza menz. fer. int.	1
881	0	Ferita gomito, avambraccio, polso senza menz. comp.	1
886	0	Amputaz. traum. altre dita mano (compl./parz.) senza CC	1
891	0	Fer. ginoc. gamba (escl. coscia) caviglia senza CC	1
893	0	Ferita dita piede senza menzioni di complicazioni	1
913	1	Trauma sup. gomito esc. abras. o ust. da attrito con infezione	1
914	0	Trauma sup. mano esc. dita da sole abr. o ust. da attrito senza inf.	1
933	0	Corpo estraneo faringe	1
944	1	Ustione polso mano eritema I grado	1
986		Intossic. ossido di carbonio	1
989	5	Intossic. da veleno di origine animale	1
994	8	Elettrocuzione e effetti non mortali della corrente	1
Totale			461

ALLEGATO B. PERSONE CHE SI PROSTITUISCONO

1. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA ATTUALE

1.1. In Italia

Nel 1998 il CENSIS ha registrato a livello nazionale la presenza di 25.000 prostitute, di cui 2.200 minorenni (fra queste ultime, 2.000 sono immigrate: 900 albanesi e 300 nigeriane). Questa stima conferma il dato nazionale del 1996, diffuso dalla prima ricerca sulla situazione italiana in merito al traffico delle donne immigrate coinvolte nella prostituzione.

<p>1996 Rapporto sul traffico delle donne immigrate per sfruttamento sessuale - a cura di PARSEC</p> <p>Totale delle prostitute in Italia Stime minime: 18.800 Stime massime: 25.100</p>	<p>Nord Italia Stime minime: 8.100 Stime massime: 11.300</p> <p>Centro Italia Stime minime: 5.600 Stime massime: 7.000</p> <p>Sud/Isole Italia Stime minime: 5.100 Stime massime: 6.800</p>	<p>1998 CENSIS</p> <p>Totale delle prostitute in Italia Stime: 25.000</p>	<p>Prostitute minorenni Stime: 2.200</p> <p>Prostitute minorenni immigrate Stime: 2.000</p> <p>Prostitute minorenni albanesi Stime: 900</p> <p>Prostitute minorenni nigeriane Stime: 300</p>
--	--	---	--

1.2. In Emilia-Romagna

Si possono ottenere stime sufficientemente affidabili di presenza in ambito regionale elaborando i dati delle Questure e delle Unità di strada.

Le persone che si prostituiscono costituiscono un gruppo sociale che è sempre stato sfuggente e difficile da conoscere, tanto più oggi in cui circa l'80% delle prostitute(i) sono donne (e uomini) immigrati irregolari nel nostro paese. Sul territorio regionale disponiamo comunque di stime abbastanza attendibili derivate dall'osservazione diretta da parte di diverse agenzie istituzionali (Forze dell'ordine; servizi degli Enti locali e del privato sociale, in primo luogo): dalle attività di monitoraggio svolte nel 1998 dalle Unità di strada presenti a Piacenza, Reggio Emilia, Modena, Bologna e Ravenna, si stima la presenza di 500-600 prostitute/i nelle 5 città.

Unità di strada	Stime	min	max
stime della numerosità delle persone che si prostituiscono (1997-1998)	Bologna	150	200
	Modena	130	150
	Ravenna	100	120
	Reggio Emilia	50	
	Piacenza	50	

Nello stesso anno, interpellate nell'ambito delle attività di monitoraggio del Progetto regionale prostituzione, sulla base di attività di prevenzione (i rastrellamenti) le Questure indicano stime ancora più moderate di 350-400 unità complessive nelle città elencate sotto.

Questure	Stime		
stime della numerosità delle persone che si prostituiscono (1998)	Bologna	120	130
	Modena	100	
	Ferrara	10	20
	Parma	85	
	Piacenza	30	
	Reggio Emilia	10	
	Rimini	10	

Entrambi i dati sono tuttavia in difetto, perché non comprendono e non registrano la prostituzione che si svolge negli appartamenti o in altri luoghi chiusi. Le Forze dell'ordine stimano che questa prostituzione invisibile costituisca il 20% del mercato globale. Se fino a qualche anno fa era prerogativa delle donne italiane, la prostituzione in appartamento sta registrando un incremento anche tra le donne straniere che prima si prostituivano in strada. La trasformazione in atto evoca l'aumento del fenomeno sommerso, ancora meno controllabile di quello in strada. La rilevazione della situazione risulta difficile, anche per alcuni elementi inerenti le condizioni di vita e i comportamenti dei gruppi di diversa nazionalità che compongono il *target*:

- l'85-90% sono immigrate clandestine e spesso non sono in possesso di documenti;
- generalmente hanno un'alta mobilità sul territorio nazionale ed europeo;
- molte di loro praticano un quotidiano pendolarismo tra luogo di abitazione e luogo/luoghi di lavoro.

In strada sono ormai pochissime le italiane (dall'1 al 3%), che spesso sono tossicodipendenti; una consistente fetta del mercato di prostituzione è invece costituita da transessuali e travestiti sia italiani che stranieri.

L'età delle donne immigrate che si prostituiscono in strada sta scendendo ed emerge in modo grave il problema della prostituzione minorile. È un fenomeno ampiamente sommerso e sottostimato dagli stessi operatori di strada e dalle Forze dell'ordine per diverse ragioni fra cui:

- la scarsa conoscenza della recente legge contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale a danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù (L. 269/1998);
- la difficoltà dell'accertamento dell'età delle persone sfruttate;
- la scarsa attenzione alla persona piuttosto che all'atto;
- la mancanza di sensibilizzazione delle vittime rispetto ai propri diritti, anche se vivono nella clandestinità.

Sia il CENSIS che l'esperienza dei progetti territoriali indicano che la prostituzione minorile prevalente è di origine albanese; il fenomeno si connota come una vera e propria tratta dei minori.

Sempre in ambito minorile, vanno presi in considerazione i figli(e) delle prostitute che uniscono alla precarietà di una condizione irregolare, il destino di emarginazione delle madri e il rischio derivante da un processo di crescita in un ambiente affettivamente devastato. Non esistono stime in proposito, ma il numero è significativo, considerato anche il numero di gravidanze seguite nei consultori.

1.3. Distribuzione geografica in regione

In Emilia-Romagna il mercato della prostituzione si concentra nei comuni capoluogo e nelle città, in particolare lungo la via Adriatica (da Ravenna a Rimini) e la via Emilia (da Piacenza a Rimini). All'interno delle diverse zone urbane e metropolitane sia le Unità di strada sia le Forze dell'ordine hanno informazioni dettagliate sulle zone di prostituzione e sui loro cambiamenti o stabilità nel tempo.

1.4. Principali paesi di provenienza

I principali paesi di provenienza delle straniere che si prostituiscono in regione sono: Nigeria, Albania, Ucraina, Moldavia, Russia, Romania, ex-Jugoslavia, Brasile.¹

2. MALATTIE E FATTORI DI RISCHIO

2.1. MST e malattie infettive

Il problema delle malattie a trasmissione sessuale è uno dei problemi sanitari emergenti nella società attuale. La popolazione *target* rappresenta sicuramente uno dei gruppi più a rischio attivo e passivo di malattie come:

- malattie veneree storiche (sifilide, gonorrea, ulcera molle);
- MST di seconda generazione [infezioni da *Chlamidia*, *Mycoplasmi*, *Trichomonas*, *Herpes Simplex Virus* (HSV), *virus* del Papilloma umano (HPV), *virus* dell'epatite B e C (HBV e HCV) e *virus* dell'immunodeficienza umana (HIV)];
- malattie infettive [ad es. TBC, *virus* dell'epatite B e C (HBV e HCV), scabbia, pediculosi, ecc.].

¹ Dal Brasile provengono soprattutto transessuali.

2.2. Determinanti e fattori di rischio che svolgono un ruolo importante e documentato nella genesi del problema

Come è accertato a livello internazionale, la diffusione delle MST dipende fondamentalmente da tre variabili:

- efficacia della trasmissione sessuale di ogni singola infezione;
- durata dell'infezione;
- comportamento sessuale e tipo di attività sessuale.

Tra i fattori relativi al comportamento sessuale che favoriscono il diffondersi delle MST sono indicati esplicitamente sia la prostituzione sia i viaggi del sesso (o turismo sessuale), visto che i fattori rilevanti nella genesi del problema sono i seguenti:

- numero dei *partner*,
- abitudini e preferenze sessuali,
- mancato utilizzo del *condom*,
- uso inappropriato di farmaci,
- bassa condizione socio-economica,
- limitata accessibilità ai servizi sanitari,
- ritardo nella consultazione del medico e non trattamento del *partner*,
- scarsa *compliance* alla terapia.

La prostituzione è oggi un fenomeno internazionale, sia nella popolazione che nei circuiti e nell'organizzazione; inoltre, la mobilità delle donne "trafficate" per sfruttamento della prostituzione è sempre più in aumento attraverso reti transnazionali dal Centro e dall'Est Europa, dall'Africa, dal Sud America e dall'Asia.

Tale trasformazione è avvenuta in quest'ultimo decennio; ha portato a una pluralizzazione dei soggetti sul lato dell'offerta, e a una modifica delle strategie nella qualità dell'offerta (ad es. professionalità, alte tariffe) che avevano caratterizzato la prostituzione italiana degli anni '70, a favore di una strategia che privilegia le basse tariffe e la quantità. Le protagoniste della prostituzione di strada sono straniere(i) che vivono in condizioni di forte marginalità, o addirittura in condizioni di sfruttamento e di schiavitù vera e propria.

Ne conseguono vari fattori di rischio.

- Alto numero di clienti e alto numero di rapporti sessuali. Da recenti indagini emerge che le donne dell'Est-Centro Europa hanno una media di 50 rapporti a settimana; le donne nigeriane 13; la media ponderata totale è di 33.

media ponderata numero clienti per settimana	
albanesi	53
nigeriane	13
brasiliane	35
russe	50
<i>intero campione</i>	33

Fonte: "Rimini e la prostituzione", *Quaderni di Città sicure*, n. 13, 1998.

- Rispetto alle abitudini sessuali sono stati presi in considerazione i luoghi di consumo. Le prostitute di strada consumano le loro prestazioni sessuali in luoghi che spesso non garantiscono le minime condizioni igieniche.

luoghi di consumo	
auto	40,6
hotel	25,0
appartamento	16,9
strada	17,5
<i>totale</i>	100,

Fonte: "Rimini e la prostituzione", *Quaderni di Città sicure*, n. 13, 1998.

- Uso del *condom*: dal 10 al 25% dei clienti chiede un rapporto senza preservativo, una percentuale che sale al 45% per i rapporti orali. Il 51% di questi clienti è disposto a offrire il doppio del consueto prezzo per una prestazione non protetta, il 40% il triplo. La condizione di sfruttamento in cui versano molte donne che si prostituiscono è un fattore che rende ancora più vulnerabile il gruppo sociale già molto a rischio.
- Uso inappropriato di farmaci. Le abitudini e le culture sanitarie dei diversi paesi di appartenenza, l'estraneità linguistica e culturale, la non informazione, sono tra gli elementi che spiegano il frequente utilizzo inappropriato di farmaci da parte delle donne straniere che si prostituiscono; spesso si tratta di farmaci legati a necessità e bisogni derivati dal loro lavoro. Gli operatori delle Unità di strada hanno anche il compito di interpretare la domanda di salute e suggerire rimedi corretti e sanitariamente controllati.

- Bassa condizione socio-economica. Le persone che si prostituiscono in strada hanno tariffe basse e molte sono obbligate a raccogliere ogni sera una determinata cifra per accontentare i protettori. Da colloqui avuti con molte di loro emerge che in genere esse tengono per sé il 10-15% del guadagno di una serata. In altri casi, invece, le donne non hanno un vincolo giornaliero da rispettare, ma prima di ritornare libere devono pagare ai loro protettori un debito che si aggira in media fra i 70 e i 90 milioni di lire.

	media ponderata numero clienti per settimana	media ponderata tariffa per prestazione
albanesi	53	L. 41.000
nigeriane	13	L. 28.400
brasiliane	35	L. 48.609
russe	50	L. 41.000
<i>intero campione</i>	33	L. 39.028

Fonte: "Rimini e la prostituzione", *Quaderni di Città sicure*, n. 13, 1998.

- Limitata accessibilità ai servizi sanitari. L'alta mobilità nel territorio, la marginalità delle condizioni di vita, le difficoltà culturali e linguistiche, il controllo diretto dei protettori, la clandestinità, sono tra i fattori che determinano la difficoltà ad accedere ai servizi territoriali. Vanno anche considerati gli ostacoli dettati dal funzionamento e dalle regole di accesso adottate dai servizi stessi (orari di apertura, procedure di accesso, scarsa capacità di accoglienza e di guida dello straniero tra le offerte socio-sanitarie, ecc).
- Non trattamento del *partner*. La casualità dei rapporti con i clienti e la subalternità dei rapporti con il cosiddetto fidanzato (anche protettore) rendono praticamente impossibile il trattamento del/i *partner*.
- Scarsa *compliance* alla terapia. La forte mobilità territoriale del *target* rende difficile la regolarità dei rapporti con il medico, e le scarse risorse linguistiche e culturali ostacolano la corretta *compliance* alla terapia.

Gli elementi sopra descritti contribuiscono ad accrescere lo stato di debilitazione delle persone, e aumentano le probabilità di ammalarsi.

3. STRUMENTI OPERATIVI E RISORSE

3.1. Situazione attuale dei servizi e delle potenzialità esistenti in Emilia-Romagna per intervenire efficacemente

- Progetti di riduzione del danno: a Bologna (fino al dicembre 1999), Modena, Piacenza, Reggio Emilia, Ravenna, operano *équipe* di professionisti (Unità di strada) che svolgono attività di contatto precoce, informazione e prevenzione sanitaria, accompagnamento ai servizi in rete e mediazione linguistico-culturale.
- Progetti di accoglienza, protezione sociale e inserimento: a Piacenza, Parma, Reggio Emilia, Modena, Bologna, Imola, Cesena, Rimini, Ravenna e Ferrara sono attivi progetti per la presa in carico delle donne che vogliono uscire dallo sfruttamento e dalla prostituzione.
- Questi progetti si avvalgono di una rete di servizi sanitari territoriali e ospedalieri che devono essere resi più efficaci nell'intervento con il *target*. Da qualche anno sono stati attivati alcuni percorsi specifici per il *target* che sono stati sperimentati in ambito regionale:
 - 8 consultori territoriali per le donne straniere; i dati del progetto regionale stimano un utilizzo da parte del 28% sul totale della popolazione *target*;
 - 5 ambulatori di volontariato medico;
 - 8 Servizi MST e infettivi negli ospedali.
- Percorsi di uscita: una delle difficoltà a tradurre questi percorsi in numeri è la suddivisione annuale dei dati, perché spesso l'inserimento nel programma è più lungo di un anno ed è complicato trovare adeguate tecniche di rilevazione del fenomeno che consentano di studiare e sperimentare percorsi di uscita efficaci. Comunque, nel 1998 sono stati registrati alcuni dati interessanti a livello regionale:
 - le donne che si sono rivolte al servizio di accoglienza (482) costituiscono il 48% della popolazione, se si considera una stima regionale di 1.000 unità;
 - il 16% delle donne (159) sono state ospitate presso alloggi protetti, strutture famiglia, istituti, ecc., all'interno del programma predisposto da parte dei servizi che hanno in carico le donne; circa il 17% (44) sono state avviate al lavoro.

4. OBIETTIVI

4.1. Obiettivo generale

Tutelare la salute fisica e psichica delle persone prostitute e del nucleo familiare, con particolare riferimento ai minori, indipendentemente dalla loro nazionalità e residenza.

Gli obiettivi che si intendono perseguire nel triennio 1999-2001 vanno intesi sia nei confronti della popolazione *target* e di chi vive con essa, sia nei confronti della popolazione in generale.

4.2. Obiettivi intermedi

- Promuovere la consapevolezza dei propri diritti, l'integrazione sociale ed economica e la promozione culturale delle(gli) sfruttate(i).
- Ridurre la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse (MST), delle malattie veneree storiche e di quelle infettive in genere tra la popolazione *target*, e di conseguenza tra tutta la popolazione.
- Studiare, analizzare e monitorare a livello regionale lo stato di salute di chi si prostituisce, la tipologia delle malattie presentate, l'utilizzo dei servizi sanitari e l'esercizio effettivo da parte delle(gli) straniere(gli) dei diritti garantiti dalla legge sulla tutela sanitaria delle persone presenti sul territorio italiano.
- Tutelare la salute delle donne, intervenendo in particolare sulle malattie ginecologiche, sull'assistenza in gravidanza e su tutto quanto attiene la sfera della maternità.
- Offrire cure ospedaliere e ambulatoriali urgenti ed essenziali a persone STP.

4.3. Obiettivi specifici

A medio-lungo termine

- Aumentare il numero delle donne che escono dal mercato della prostituzione, o almeno mantenere il deflusso registrato nel 1998 sul territorio regionale.
- Registrare a livello regionale la diminuzione della diffusione di malattie a trasmissione sessuale e di altre malattie infettive, e delle IVG.
- Realizzare un sistema informativo su basi scientifiche a livello regionale.
- Incrementare l'utilizzo dei consultori familiari e dei servizi collegati in misura maggiore del 28% sul totale della popolazione *target*.
- Favorire l'uscita dal mercato della prostituzione e la presa in carico da parte dei servizi delle adolescenti sfruttate.
- Fornire assistenza sanitaria e aiuto anche psicologico ai minori figli(e) di prostitute(i).

Allegato B.

- Potenziare le strategie di riduzione del danno e le attività di informazione ed educazione sanitaria condotte dalle Unità di strada e dagli operatori dei servizi, finalizzate a diminuire il *gap* informativo generalmente riscontrato nel *target* su malattie, modalità di trasmissione e procedure igieniche e di profilassi.
- Istituire un gruppo tecnico-scientifico in rapporto con l'Università per stabilire metodi, costruire gli indicatori di un sistema informativo regionale che coinvolga tutte le fonti territoriali di dati e informazioni, dai servizi sanitari ai progetti locali, alle Forze dell'ordine.
- Offrire formazione e scambio tra produttori e utilizzatori dei dati, redigere rapporti annuali.
- Attirare l'attenzione sul problema dello sfruttamento sessuale dei bambini(e) e sul danno che subiscono sul piano fisico e psichico.
- Attivare un efficace collegamento fra le Forze dell'ordine, l'autorità giudiziaria, le associazioni di volontariato e i servizi socio-sanitari (condizione indispensabile per l'intervento a tutela dei minori).
- Costruire una rete di accoglienza, protezione e presa in cura degli stessi.

A breve-medio termine

- Garantire la continuità e il consolidamento dei progetti di accoglienza su tutto il territorio regionale secondo l'ottica validata del partenariato pubblico-privato.
- Garantire la continuità e il consolidamento dei progetti di riduzione del danno su tutto il territorio regionale, secondo l'ottica validata dell'azione integrata di prevenzione.
- Raccogliere in un unico punto aziendale le informazioni sanitarie sulla popolazione *target* ed elaborare una scheda concordata a livello regionale; sviluppare e mettere a regime un sistema regionale di monitoraggio sull'uso dei servizi socio-sanitari, in rete con i progetti locali sulla prostituzione.
- Attivare protocolli tra le Aziende sanitarie e le istituzioni titolari dei progetti per definire i percorsi assistenziali che coinvolgono i vari settori per le rispettive competenze.
- Favorire il raccordo fra operatori di strada, Forze dell'ordine, vigili urbani, organi giudiziari e operatori sociali per l'invio di ogni minore sfruttato al Servizio minori per la presa in carico.

5. INDICATORI

N. donne e n. adolescenti uscite dal mercato della prostituzione.

N. denunce di malattie a trasmissione sessuale e di altre malattie infettive.

N. IVG straniera.

Realizzazione del sistema informativo.

Incremento dell'utilizzo dei consultori familiari e dei servizi collegati in misura maggiore del 28% sul totale della popolazione *target*.

N. tesserini STP consegnati dai servizi.

N. percorsi assistenziali esplicitati.

N. contatti per informazione ed educazione sanitaria attuati dalle Unità di strada e dagli operatori dei servizi.

N. Aziende che presentano rapporti annuali.

Esistenza di protocolli e collegamenti operativi fra Forze dell'ordine, autorità giudiziaria, associazioni di volontariato e servizi socio-sanitari per le rispettive competenze.

Formalizzazione della rete di accoglienza, protezione e presa in cura.

Scheda regionale per le informazioni sanitarie.

6. STRATEGIE E INTERVENTI

6.1. Lavoro di strada

Gli obiettivi principali dell'*outreach* sono: entrare in contatto il prima possibile con il *target* attraverso una ricerca attiva, fornire informazioni sulle norme di prevenzione, trasmettere abilità preventive, incentivare l'invio ai servizi di cura e di reinserimento. La relazione con le *équipe* di operatrici e operatori di strada, mediatori linguistico-culturali ed educatrici pari (*peer educator*) provenienti dal mondo della prostituzione, è di fondamentale importanza per l'attività di prevenzione.

Le attività degli operatori di strada devono necessariamente poter contare sul supporto operativo di una rete di strutture che siano poi in grado di accogliere e curare; risulta quindi fondamentale che le Unità di strada abbiano uno stretto collegamento con i servizi a media e alta soglia.

6.2. Progetti di accoglienza

Si tratta di progetti di prevenzione a media-alta soglia, che offrono supporto e assistenza a chi vuole uscire dalla prostituzione e alle vittime di quelle forme di sfruttamento e di coercizione che caratterizzano il traffico delle donne straniere. Gli interventi consistono in un progetto personalizzato di integrazione nel nostro paese o di ritorno nel paese di origine. Sono previsti: *counselling*; accompagnamento ai servizi sanitari, legali e relativi alla regolarizzazione; alloggio temporaneo; alfabetizzazione e formazione professionale; inserimento lavorativo.

6.3. Progetti transnazionali

Si tratta di una dimensione di intervento sempre più cogente, finalizzata alla prevenzione primaria. Questi progetti hanno l'obiettivo di informare le donne e le ragazze dei rischi connessi al progetto migratorio rispetto al traffico, la compravendita e lo sfruttamento di esseri umani a fini di prostituzione. Varie organizzazioni stanno attivando interventi a livello europeo attraverso *partnership* tra le città dell'Ovest e dell'Est Europa.

6.4. Percorsi di facilitazione dell'accesso ai servizi per il *target*

- Punto di accesso privilegiato ai servizi sanitari, in genere consultorio/ambulatorio territoriale.
- Costruzione di una rete di servizi sanitari e sociali che garantisca cura e reinserimento sociale del *target*.
- Fruizione del servizio: i servizi devono orientarsi a un criterio di flessibilità tale da coniugare l'adeguamento alle esigenze del *target* con l'incoraggiamento di modalità comportamentali più adeguate alla tutela della loro salute e alle regole della società in cui vivono. Il servizio dovrebbe altresì presentare un carattere confidenziale e *friendly*, anche attraverso l'impiego di mediatrici linguistico-culturali e la presenza di medici e operatori sanitari sensibilizzati alle problematiche del *target*.
- Le prestazioni garantite al *target* sono quelle stabilite dalla Legge 40/1998: terapie d'urgenza, maternità, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive.

6.5. Strategie di carattere generale

- Consolidare il Progetto regionale prostituzione superando la fase sperimentale e avviando una fase più strutturale concertata fra Regione, Enti locali, Aziende sanitarie coinvolte e volontariato.
- Programmare sinergie tra i punti di accesso territoriali e i Pronto Soccorso ospedalieri.
- Attivare percorsi di formazione e di sensibilizzazione per gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali.

- Incrementare l'utilizzo della mediazione linguistico-culturale nei servizi e sviluppare le competenze professionali dei mediatori.
- Sviluppare l'approccio multi-agenzia del lavoro di rete, della circolarità e del *feedback* tra i servizi (interscambiabilità delle funzioni di produzione/committenza).
- Avviare una forte concertazione a livello locale tra Enti locali, Aziende sanitarie, volontariato, Forze dell'ordine e magistratura.
- Attivare a livello locale un processo di valutazione permanente per accertare i risultati e fornire un giudizio complessivo sulla efficienza/efficacia degli interventi effettuati, che tenga conto anche della necessità di offrire un costante lavoro di accompagnamento formativo-valutativo a chi opera sul campo. Laddove esistano sullo stesso territorio Aziende USL e Aziende ospedaliere, gli interventi e la valutazione saranno integrati.

ALLEGATO C. AREA DI ESECUZIONE PENALE

L'Area di esecuzione penale coinvolge, in senso stretto, tutte le persone giudicate responsabili di fatti illeciti e condannate a scontare una pena. La pena non si sconta solo all'interno del carcere e, quindi, la popolazione *target* di quest'area va suddivisa in intra-ed extra-muraria. In considerazione delle finalità del documento devono essere inclusi anche i soggetti sottoposti a restrizione delle libertà personali perché accusati o imputati per la commissione di reati (si tratta di un'ampia percentuale dei detenuti italiani).

Si deve poi operare una netta distinzione tra adulti e minori, trattandosi di due *target* molto differenti per ciò che riguarda strutture, dimensioni numeriche, programmi e modalità di pena e trattamento.

1. SITUAZIONE ATTUALE

ADULTI

I soggetti che scontano la pena con modalità alternative alla detenzione ammontano a un numero che si avvicina alla metà degli attuali reclusi negli Istituti di pena. Tale annotazione è importante perché la popolazione extra-muraria utilizza per l'assistenza sanitaria, con poche eccezioni, gli stessi canali dei liberi cittadini.

1.1. Ristretti negli Istituti di pena in Italia

La popolazione detenuta è costituita da diverse sottopopolazioni. Nella Tabella I sono riportati i dati relativi alla popolazione nazionale, distinti per sesso, nazionalità (italiana/straniera), abitudini d'abuso, sieropositività HIV.

Dai dati si desume che si tratta di una popolazione quasi completamente maschile, con una presenza di cittadini stranieri e di soggetti tossicodipendenti decisamente rilevante per le conseguenze epidemiologiche che comporta. Nella tabella non sono riportati i dati sull'età. Si tratta comunque di una popolazione giovane adulta con un *range* 18-65 e una media vicino ai 30 anni per il Centro-Nord, un po' più alta al Sud.

1.2. Ristretti negli Istituti di pena in Emilia-Romagna

Gli Istituti dell'amministrazione penitenziaria sul territorio emiliano-romagnolo sono: una casa di reclusione (per pene superiori ai tre anni, a Parma), nove case circondariali (per pene inferiori ai tre anni), due case di lavoro (per misure di sicurezza, a Castelfranco Emilia e Saliceta S. Giuliano), un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG, a Reggio Emilia).

Si registra un alto *turnover*. Considerando il dato semestrale riportato nella Tabella II si estrapola che in Emilia-Romagna l'area detentiva coinvolge circa 9.000 persone l'anno. Si nota un *trend* in aumento, che è confermato dai dati nazionali. La prevalenza di cittadini stranieri è marcatamente superiore alla media nazionale.

1.3. Soggetti adulti in esecuzione penale extra-muraria in Emilia-Romagna

L'area penale esterna coinvolge in regione circa 1.500 soggetti. Le Tabelle III e IV illustrano l'attività dei centri di servizio sociale con riferimento all'affidamento in prova (casi ordinari e particolari) e alla detenzione domiciliare. Si tratta della situazione al 30/6/1999.

1.4. Adulti ristretti in Emilia-Romagna: sottogruppi per sesso e abitudini di abuso

In linea con i dati nazionali, la popolazione detenuta () è una popolazione prevalentemente maschile (97,1%, Tabella V). In regione è molto forte la presenza di tossicodipendenti tra i detenuti, infatti più di un terzo (35,5%) dichiara l'uso di sostanze. Sicuramente sottostimato per la difficoltà diagnostica è il dato relativo all'alcoldipendenza; da indagini campione effettuate in un istituto della regione attraverso strumenti di *screening* alcologico risulta che circa il 27% presenta problemi alcolcorrelati. La somministrazione di metadone viene attualmente riservata alla fase di disassuefazione dei soggetti già in trattamento metadonico all'esterno e alla terapia dei soggetti con sindromi astinenziali particolarmente impegnative.

Tabella I. Alcune note sul sistema penitenziario italiano con riferimento alla popolazione detenuta, al personale, agli Istituti penali

	Valori assoluti	Valori percentuali (%)
Capienza	48.285	-
Presenze	52.363	100,0
Donne	2.066	3,9
Stranieri	12.787	24,4
Tossicodipendenti	14.264	27,2
Sieropositivi	1.648	3,1
Soggetti affidati in prova al servizio sociale da artt. 47 L. 354/1975 e 94 TU 309/1990 - Anno 1998	7.854 dalla detenzione 18.001 dalla libertà	-
Personale amministrativo e tecnico *	5.895	-
Personale di Polizia penitenziaria *	41.559	-
Istituti penali	193	-

* Dati al 31/12/1998.

Fonte: Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (dati al 30/9/1999).

Tabella II. Detenuti presenti e ingressi dalla libertà, per sesso e nazionalità (italiani/stranieri) durante il 1° semestre 1999

Istituti	Detenuti presenti al 31/12/1998	Totale	Numero ingressi dalla libertà dall'1/1/1999 al 30/6/1999		Totale	Detenuti presenti al 30/6/1999		Totale	Detenuti stranieri presenti al 30/6/1999		Totale	
			uomini	donne		uomini	donne		uomini	donne		
Bologna	685	30	715	793	68	861	754	44	798	283	41	324
Castelfranco Emilia	93	-	93	9	-	9	75	-	75	3	-	3
Ferrara	212	-	212	157	12	169	273	-	273	109	-	109
Forlì	117	11	128	148	78	226	118	13	131	34	5	39
Modena	308	13	321	339	28	367	301	18	319	144	6	150
Parma	230	-	230	181	21	202	222	-	222	132	-	132
Parma	330	-	330	7	-	7	340	-	340	45	-	45
Piacenza	187	16	203	139	27	166	183	9	192	74	3	77
Ravenna	75	-	75	156	-	156	105	-	105	48	-	48
Reggio Emilia	145	9	154	142	8	150	180	5	185	68	1	69
Reggio Emilia	189	-	189	15	-	15	206	-	206	11	-	11
Rimini	155	-	155	446	-	446	194	-	194	102	-	102
Saliceta S. Giuliano	65	-	65	13	-	13	71	-	71	4	-	4
Totale Emilia-Romagna	2.791	79	2.870	2.545	242	2.787	3.022	89	3.111	1.057	56	1.113

Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria.

Tabella III. Affidamento in prova (casi ordinari e particolari). Situazione al 30/6/1999. Regione Emilia-Romagna

Centri di servizio sociale	Affidamento in prova in casi ordinari				Affidamento in prova in casi particolari			Detenzione domiciliare			
	Art. 47				Art. 94 T.U. 309/1990			Art. 47 ter			
	Tossico dipend.	Alcol dipend.	Altre categorie	Tot.	Tossico dipend.	Alcol dipend.	Tot.	Tossico dipend.	Alcol dipend.	Altre categorie	Tot.
Bologna + Modena	4	3	490	497	327	3	330	10	1	154	165
Reggio Emilia	231	0	0	231	152	0	152	80	0	0	80
Totale	235	3	490	728	479	3	482	90	1	154	245

Tabella IV. Detenzione domiciliare. Regione Emilia-Romagna. Situazione al 30/6/1999

Tipo	Istituto	Soggetti che hanno fruito della semilibertà	Soggetti che hanno fruito del lavoro all'esterno.
C.C.	Bologna + sez. recl.	28	26
C.L.	Castelfranco Emilia (MO)	0	0
C.C.	Ferrara	5	0
C.C.	Forlì	5	1
C.C.	Modena	6	8
C.C.	Parma	0	0
C.R.	Parma	22	20
C.C.	Piacenza	12	3
C.C.	Ravenna	7	0
C.C.	Reggio Emilia	13	13
OPG	Reggio Emilia	2	9
C.C.	Rimini	2	20
C.L.	Saliceta S. Giuliano + sez. recl.	0	0
Totale Emilia-Romagna		102	100

Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria.

Tabella V. Rilevamento dei detenuti tossicodipendenti, alcolodipendenti e in trattamento metadonico presenti alla data del 30/6/1999. Regione Emilia-Romagna

Tipo	Istituto	Detenuti presenti			Detenuti tossicodipendenti			Detenuti in trattamento metadonico			Detenuti alcolodipendenti		
		uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
CC	Bologna + sez. recl.	754	44	798	202	8	210	21	3	24	6	0	6
CL	Castelfranco Emilia	75	0	75	38		38	0	0	0	7	0	7
CC	Ferrara	273	0	273	125	0	125	4	0	4	2	0	2
CC	Forlì	118	13	131	44	5	49	5	0	5	8	0	8
CC	Modena	301	18	319	132	11	143	2		2	13	0	13
CC	Parma	222	0	222	113	0	113	0	0	0	6	0	6
CR	Parma	340	0	340	39	0	39	0	0	0	2	0	2
CC	Piacenza	183	9	192	67	3	70	6	2	8	0	0	0
CC	Ravenna	105	0	105	44	0	44	5	0	5	6	0	6
CC	Reggio Emilia	180	5	185	86	3	89	1	0	1	4	0	4
OPG	Reggio Emilia	206	0	206	30	0	30	2	0	2	15	0	15
CC	Rimini	194	0	194	125	0	125	2	0	2	0	0	0
CL	Saliceta S.Giuliano + sez. recl.	71	0	71	30	0	30	0	0	0	5	0	5
Totale Emilia-Romagna		3.022	89	3.111	1.075	30	1.105	48	5	53	74	0	74

Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria.

MINORI

Il CGM (Centro per la giustizia minorile) coordina 4 servizi per la giustizia minorile: l'Istituto penale minorile (IPM), il Centro di prima accoglienza (CPA), la Comunità pubblica per minori (CPM) e il Servizio sociale minorenni (USSM); quest'ultimo non presenta alcun problema di tipo sanitario in quanto non è una struttura a carattere residenziale. Bologna raccoglie i servizi per la giustizia minorile per l'intera regione.

Alcuni dati

In Italia nel 1998 si registra una presenza media giornaliera di 30 unità, con una permanenza media di 44 giorni.

A Bologna nello stesso anno si hanno 30-35 ragazzi quotidianamente, per un *turnover* annuo pari a complessivi 468 minori:

- 54,9% di italiani (di cui il 7,8% femmine),
- 16,5% nomadi (di cui il 51,9% femmine),
- 28,6% stranieri (di cui il 3% femmine).

Fonte: CGM Bologna; Ufficio centrale di giustizia minorile di Roma.

2. CARICO DI MALATTIA

ADULTI

Le rilevazioni fornite dall'Amministrazione penitenziaria a livello nazionale e regionale sono limitate a pochissime patologie (infezione da HIV, tubercolosi). Altri dati raccolti sono così eterogenei da non poter essere confrontati. Estrapolando i dati di osservatorio epidemiologico di alcuni Istituti della nostra regione, è possibile definire il carico di malattia illustrato in Tabella VI.

In modo schematico e con inevitabili generalizzazioni si possono correlare patologie più frequenti e sottogruppi di detenuti.

Tabella VI. Carico di malattia relativo a tre categorie rappresentative (esperienze locali)

Tossicodipendenti	Stranieri (prevalentemente nordafricani)	Donne
Sindrome astinenziale	Patologia dermatologica	Infezioni vaginali
Patologia odontoiatrica	Malattia reumatica con valvulopatia	Condilomatosi genitale
Patologia respiratoria	Tubercolosi	Eteroplasia della cervice
Infezione da HIV	Insonnia e sindrome ansiosa	Insonnia e sindrome ansiosa
Epatopatia	Patologia psichiatrica	Patologia psichiatrica
Patologia dermatologica	Comportamenti autolesivi	
Insonnia e sindrome ansiosa	Ectoparassitosi	
Patologia psichiatrica		
Artropatia		
Ectoparassitosi		

Le abitudini di vita marginali e disordinate che precedono l'arresto costituiscono fattori di rischio per la salute di questa popolazione

Una larga parte dei soggetti arrestati appartengono alle classi socialmente più svantaggiate, e prestano scarsa attenzione all'igiene e alle misure profilattiche. Inoltre, la condizione di illegalità impone ritmi di vita e forzature che non permettono di prendersi cura della propria salute.

I tossicodipendenti sono un sottogruppo molto rappresentato in carcere, e in Emilia-Romagna raggiungono una percentuale maggiore rispetto al dato nazionale, sfiorando il 50% in alcune realtà (Modena, Reggio Emilia, Rimini, Parma CC). I tossicodipendenti che accedono al carcere sono per lo più eroinomani che assumono sostanza per via endovenosa. Un'abbondante letteratura scientifica riporta le patologie strettamente correlate a questa abitudine di abuso; nel dettaglio possono essere eziologicamente distinte come segue.

1. Patologie causate dalla sostanza:
 - deficit neurologici per effetti tossici sulle strutture del SNC o del SNP,
 - sindromi psichiatriche indotte o slatentizzate,
 - odontopatie,
 - decessi per depressione respiratoria acuta da oppiacei,
 - sindrome astinenziale.
2. Patologie causate dalle sostanze da taglio:
 - decessi o danni permanenti per effetto di veri e propri veleni usati come taglio (stricnina),
 - fibrosi polmonare da polveri,
 - infezioni dovute alla setticità dei preparati.
3. Patologie causate dalla modalità di somministrazione endovenosa:
 - diffusione di patologie a trasmissione ematogena: infezione da HIV, epatiti virali, lue, ecc.,
 - infezioni locali nella sede di inoculo,
 - setticemie ed endocarditi.
4. Patologie causate dallo stile di vita:
 - denutrizione e immunodepressione,
 - tubercolosi,
 - MST come lue, gonorrea, condilomatosi, herpes genitale ecc.

Il regime carcerario slatentizza, esacerba e talvolta induce patologie

La privazione di libertà, la convivenza coatta, l'inattività, la distanza dagli affetti creano un forte disagio psicologico che può indurre sindromi ansioso-depressive reattive o slatentizzare turbe psichiatriche maggiori.

Oltre ai detenuti definitivi, nell'OPG si trovano anche gli internati, ovvero coloro che sono rinchiusi in osservanza di una misura di sicurezza. Tra questi, gli internati definitivi (art. 222 CP) hanno una durata della pena che è legata al reato e non alla malattia, e viene attualmente assegnata in misura di 2, 5 o 10 anni.

Poiché la misura di sicurezza è soggetta a prolungabilità/revocabilità in funzione della pericolosità sociale (e non, naturalmente, della cessazione della malattia, che rimane in maniera più o meno acuta), il rapporto col servizio psichiatrico territoriale diventa fondamentale per offrire agli individui reclusi l'eventuale possibilità di tornare sul territorio. È quindi importante porre l'accento sui tempi e sulle relazioni professionali tra interno ed esterno, tra OPG e servizi territoriali.

Esiste poi un *gap* tra OPG e istituti che genera un difetto di efficacia nello scambio tra le professionalità addette (come accade a volte nel caso di invio di detenuti all'OPG per osservazione).

L'alta promiscuità può favorire la diffusione di ectoparassitosi e malattie infettive. Studi sulla realtà statunitense hanno rilevato una probabilità di contrarre la TBC in carcere 8 volte superiore rispetto all'esterno.

Inoltre la sanità penitenziaria si trova ad affrontare frequentemente le cosiddette patologie funzionali: in questi casi, i vantaggi secondari dello stato di malattia sono per il paziente così importanti da far passare in secondo piano la propria salute psicofisica. Si tratta a volte di vere e proprie simulazioni; in altri casi l'incapacità di accettare e integrare la condizione di detenuto fa ritenere preferibile la malattia grave o la morte. Si assiste alla rinuncia manifesta o nascosta alle terapie, nella speranza di raggiungere una gravità di malattia tale da comportare la scarcerazione per incompatibilità; un esempio è costituito dai sieropositivi che non si sottopongono alla terapia antiretrovirale. Quest'ultimo aspetto determina un notevole carico di lavoro per i medici e spesso comporta ingenti spese per l'accertamento di patologie o per lo smascheramento di simulazioni.

All'interno di alcuni Istituti di pena vivono numerosi gatti liberi che spesso si raggruppano in colonie. L'interazione con animali con cui instaurare un rapporto affettivo e di cui prendersi cura può ridurre il senso di solitudine, come accade nei rapporti bambino-animale, e può sviluppare la responsabilità e determinare una crescita dell'autostima.

Al momento dell'uscita non viene effettuato un bilancio di salute, né una verifica dell'assistenza prestata, che consenta una valutazione per avviare un processo di miglioramento della qualità del servizio erogato in carcere. Inoltre, non viene rilasciata alcuna documentazione relativa alle prestazioni sanitarie ricevute, da consegnare al paziente per il medico curante.

MINORI

Rispetto alla popolazione adulta, il carico di malattia è minore, in particolare per quanto riguarda le malattie infettive.

3. STRUMENTI OPERATIVI E RISORSE ATTUALMENTE DISPONIBILI

Nella Tabella VII non sono indicati i medici incaricati e i dirigenti sanitari che sono legati all'amministrazione come aggregati; la tabella fa infatti riferimento alle figure sanitarie inquadrare con convenzioni libero-professionali. In ogni Istituto è presente almeno un medico incaricato; in alcuni ve n'è più di uno (Bologna, Parma, OPG di Reggio Emilia). Non sono riportati neppure gli specialisti convenzionati interni che, almeno per le branche maggiori, sono presenti in Istituto settimanalmente. Tra le risorse si devono ricordare anche gli psicologi che, pur facendo capo più all'area del trattamento che a quella sanitaria, svolgono una funzione di supporto coordinata con i sanitari. I CDT (Centri diagnostici terapeutici) sono una sorta di piccolo ospedale intra-murario e richiedono dunque più personale sanitario.

In regione esiste un sistema di tutela della salute dei cittadini detenuti che si è diffuso un po' a macchia di leopardo in assenza di referenti sanitari centrali. Si è sviluppata una professionalità nella lettura delle specificità ambientali incardinata nell'Associazione dei medici penitenziari. L'assenza di referenti sanitari centrali e di linee guida nazionali ha determinato l'instaurarsi di interessanti modelli periferici, che però non possono essere adeguatamente confrontati poiché mancano adeguati sistemi di rilevazione dati e flussi informativi.

Le risorse attualmente impegnate sono, sia quantitativamente che qualitativamente, appena sufficienti a garantire una risposta di primo livello alle necessità sanitarie che emergono nella popolazione detenuta. Sono quindi necessarie maggiori risorse, per permettere una più organica azione di promozione della salute dei cittadini detenuti.

A tutt'oggi il cammino del Decreto legislativo 230/1999 sul riordino della medicina penitenziaria (che viene attribuita al SSN), è ancora irto di difficoltà e assai complesso, e appare ben lontano dal poter essere considerato compiuto o, quantomeno, a buon punto. Ciò suggerisce di mettere in atto politiche socio-sanitarie regionali che possano accompagnare l'iter attuativo del Decreto salvaguardando la salute dei detenuti.

Tabella VII. Monte ore giornaliero del personale in convezione per servizi sanitari e parasanitari. Intra-murati per il 1999

	Monte ore giornaliero SIAS feriale	Monte ore giornaliero SIAS festivo	Numero infermieri di ruolo in servizio	Totale monte ore giornaliero servizio infermieristico	Monte ore settimanale servizio tecnico parasanitario	Tipo di servizio	Presidio TD monte ore giornaliero medico	Presidio TD monte ore giornaliero infermiere
CC Bologna	30	30	2	82	12	radiologia settimanale	6	6
CLAV Castelfranco Emilia	12	24	1	14			2	2
CC Ferrara	19	24	1	20			3	3
CC Forlì	12	24	1	14			2	2
CC Modena	27	27	2	32	10	radiologia settimanale	5	5
CLAV Saliceta S. Giuliano	6	24	1	8			1	1
CC + CDT Parma	60	60	7	86	72	fisioterapia settimanale	5	5
CC Piacenza	15	2	2	16			2	2
CC Ravenna	6	24		12			2	2
CC Reggio Emilia	12	24		18			3	3
OPG Reggio Emilia	24	24	28	148				
CC Rimini	15	24	1	20			3	3
Totale	238	333	46	470	94		34	34

Fonte: Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria.

4. OBIETTIVI

4.1. Obiettivo generale

Migliorare lo stato di benessere psico-fisico dei ristretti.

In termini molto generali, se si accetta che la malattia è assenza di salute e si riprende la definizione di salute data dall'OMS che intende "lo stato di benessere psico-fisico e sociale", la pena in carcere può ritenersi di per sé malattia, in quanto viene a mancare una sana relazione con l'ambiente di vita. Nella consapevolezza, dunque, che la detenzione e la promozione della salute appaiono termini antitetici, si può comunque tentare di individuare alcuni obiettivi prioritari.

4.2. Obiettivi intermedi

Obiettivo intermedio 1.

Attivare strategie affinché il carcere diventi luogo di prevenzione, diagnosi tempestiva, cura e profilassi delle principali malattie infettive e parassitarie

Obiettivi specifici

- 1.1. Individuare le situazioni di rischio per la diffusione intra-muraria di malattie infettive.
- 1.2. Allargare lo *screening* infettivologico all'ingresso.
- 1.3. Migliorare le condizioni igienico-ambientali e personali dei detenuti.

Obiettivo intermedio 2.

Razionalizzare l'assistenza psichiatrica

Obiettivi specifici

- 2.1. Ridefinire il ruolo dello psichiatra nell'*équipe* curante.
- 2.2. Promuovere modalità di comunicazione più efficaci tra gli psichiatri degli Istituti e degli OPG.
- 2.3. Migliorare i rapporti con i servizi territoriali e ospedalieri.
- 2.4. Avviare forme sperimentali di *pet therapy*.
- 2.5. Migliorare/standardizzare l'intervento sanitario al momento dell'ingresso in Istituto e creare un documento sanitario di dimissione al momento della scarcerazione.

Obiettivo intermedio 3.

Definire e rendere omogenei gli standard assistenziali per ridurre l'intollerabile attuale disomogeneità

Obiettivi specifici

- 3.1. Definire con un glossario comune e condiviso le principali categorie di pazienti (per patologia, per nazionalità, per tipo di pena, ecc.) a cui prestare l'assistenza sanitaria in carcere.
- 3.2. Studiare un percorso diagnostico-terapeutico ottimale per ciascuna categoria.
- 3.3. Creare una struttura assistenziale di riferimento con un modello dipartimentale.
- 3.4. Individuare indicatori specifici per la qualità dell'assistenza sanitaria in carcere.

Obiettivo intermedio 4.

Migliorare efficacia, efficienza e affidabilità dei sistemi di raccolta e archiviazione dei dati sulla salute

Obiettivi specifici

- 4.1. Utilizzare una strumentazione informatica adeguata.
- 4.2. Formulare direttive comuni sui parametri più adeguati alla tipologia di assistenza.
- 4.3. Definire i flussi informativi.

Obiettivo intermedio 5.

Migliorare l'integrazione tra il carcere e i servizi socio-sanitari del territorio

Obiettivi specifici

- 5.1. Migliorare i flussi informativi bidirezionali con gli ospedali sede di ricovero dei detenuti.
- 5.2. Valorizzare e rendere fruibili le informazioni sanitarie raccolte durante la detenzione, anche per le agenzie esterne, in particolare per quelle impegnate nella promozione della salute al settore di popolazione considerato come escluso sociale.
- 5.3. Definire i percorsi di affidamento dei detenuti scarcerati ai servizi territoriali, in particolare SerT e Dipartimenti di salute mentale.

5. AZIONI MIRATE

5.1. Malattie infettive e parassitarie

- Istituire un sistema efficiente di rilevazione dei tassi di prevalenza e incidenza di tali patologie.
- Attivare iniziative di sorveglianza dei Servizi di igiene pubblica presso gli Istituti penitenziari sui requisiti strutturali e funzionali dei vari locali, compresi specificamente quelli per attività sanitaria, dell'igiene degli alimenti e dell'alimentazione, della profilassi delle malattie infettive.
- Istituire, dove mancano, protocolli di intesa, convenzioni o altre forme di collaborazione con i Dipartimenti di prevenzione per le iniziative di profilassi relative alle malattie trasmissibili.
- Promuovere misure di profilassi generale per le patologie parassitarie e i relativi strumenti di verifica (es. utilizzo di antiparassitari nella doccia di primo ingresso, disponibilità di indumenti di ricambio, frequenza nel cambio dei letteracci, pulizia degli ambienti, modalità di lavaggio degli indumenti, disponibilità di strumenti per l'igiene personale anche ai nullatenenti, ecc.).
- Promuovere iniziative di educazione alla salute sulle malattie trasmissibili (vedi progetto regionale di attuazione delle linee guida per la prevenzione della diffusione della sieropositività negli Istituti penitenziari); distribuire materiale informativo cartaceo in più lingue, *kit* per l'igiene personale a tutta la popolazione detenuta; promuovere interventi mirati alle sottopopolazioni dedite alla prostituzione e alla tossicodipendenza; migliorare il pre- e post-*counseling* durante lo *screening* di primo ingresso.
- Promuovere la realizzazione di strutture esterne (potenziamento/istituzione di case-alloggio) laddove lo stato di salute dei soggetti sia tale da suggerire la scarcerazione (che tuttavia non sempre avviene, come emerge dalla recente giurisprudenza).
- Attivare strumenti di verifica relativi all'attuazione delle misure previste dai punti precedenti (ad es. monitorare il tasso di incidenza di *screening* biotipico per le epatiti croniche tra i tossicodipendenti).

5.2. Patologia psichiatrica

- Migliorare l'utilizzo e ampliare l'ambito di intervento dello psichiatra, integrandolo maggiormente nell'*équipe* curante.
- Creare dei meccanismi di integrazione fra professionalità afferenti all'OPG e agli Istituti, al fine di garantire la continuità terapeutico-assistenziale.

- Migliorare le relazioni professionali tra interno ed esterno, tra OPG e servizi territoriali, e i relativi tempi di intervento (dare continuità e/o potenziare/integrare i progetti regionali esistenti: vedi Progetto “Reparto interno ad alta terapeutività presso l’OPG di Reggio Emilia”; Progetto “Monitoraggio dimissioni dall’OPG”). L’indicatore per una verifica nel medio periodo su questo aspetto può essere individuato, in prima istanza, nel numero di proroghe/revoche date a misure di sicurezza nell’arco dei prossimi 3-5 anni.
- Prevedere integrazioni con i Servizi veterinari, sociali e psichiatrici per favorire l’attivazione di esperienze a valenza psicoterapica (es. terapia di gruppo, *self help*, *pet therapy*, attività espressive, anche in collaborazione col volontariato).

5.3. Ingresso e uscita dal carcere

Ingresso in carcere

- Rilevare sistematicamente le problematiche psico-fisiche che necessitino di intervento sul singolo e/o di misure profilattiche per la comunità.
- Elaborare protocolli diagnostico-terapeutici, eventualmente differenziati per sottogruppo etnico di appartenenza o sulla base dei comportamenti dichiarati. Formulare le diverse ipotesi di *screening* iniziale e fissare i costi relativi. Promuovere l’utilizzo di una nuova scheda sanitaria di primo ingresso in Istituto e dei protocolli diagnostico-terapeutici.

Uscita dal carcere: momento fondamentale per il raccordo con le altre strutture sanitarie del territorio (*a breve termine*).

- Prevedere l’uso della lettera di dimissione per i soggetti ospitati in un Istituto di pena per almeno 7 giorni. Trovare una definizione condivisa della scheda di dimissione attraverso gruppi di lavoro interistituzionali, e attivarla dal marzo 2001.
- Stabilire a livello locale delle collaborazioni con associazioni e istituzioni per orientare l’accesso ai servizi sanitari necessari.

5.4. Standard assistenziali

- Studiare e definire la specificità ambientale nella sanità penitenziaria.
- Accertare prevalenza e incidenza delle principali patologie riscontrate nella popolazione, sia a livello ambulatoriale che di ricovero.
- Progettare percorsi formativi per .gli operatori.
- Favorire la continuità assistenziale da parte dei sanitari penitenziari in coerenza con lo spirito del Decreto legislativo 230/1999.

5.5. Raccolta dati

- Con il supporto dell’Agenzia sanitaria regionale, avviare un sistema di raccolta dati sulle patologie, parametri di attività sanitaria, indicatori di qualità.
- Istituire una sede di coordinamento regionale con funzioni di indirizzo e controllo sulle aree sanitarie degli Istituti entro la fine del 2001.

5.6. Integrazione con i servizi socio-sanitari

- Definire protocolli operativi con le Direzioni sanitarie degli ospedali e dei Dipartimenti di salute mentale di riferimento per ciascun Istituto, per rendere più fruibili le informazioni al momento del ricovero e della dimissione del paziente detenuto.
- Promuovere la formazione e l’inserimento nell’area dell’esecuzione penale di figure di mediazione interculturale in ambito socio-sanitario, e una più generale attività formativa integrata per gli operatori dell’amministrazione penitenziaria e del territorio.

6. INDICATORI E VERIFICHE

La Regione e le Aziende dovranno presidiare la realizzazione e i tempi relativamente a:

- tempi e modalità di applicazione del Decreto legislativo 230/1999;
- individuazione di una sede di coordinamento regionale;
- pubblicazione di documenti di indirizzo per la sanità penitenziaria;
- attivazione di una lettera di dimissione;
- redazione di una modulistica per la raccolta dati;
- incontro regionale degli psichiatri presso l’OPG di Reggio Emilia.

1. Capacità di *screening* e immunoprofilassi:
% di popolazione testata per HIV, lue, Mantoux, sierologia *virus* epatitici;
numero di vaccinazioni per tetano, epatite B, influenza eseguite ogni anno.
2. Igiene e profilassi:
incidenza di ectoparassitosi nella popolazione residente;
incidenza di tossinfezioni alimentari;
incidenza di focolai epidemici per patologie trasmissive.
3. Capacità di cura:
incidenza di pazienti sottoposti ad esame bioptico per epatite cronica;
prevalenza di soggetti in terapia con psicofarmaci;
dati sul consumo farmaci;
prestazioni specialistiche.

Tabella VIII. L'assistenza sanitaria in esecuzione pena, intra- ed extra-muraria

Posizione giuridica	Prestazione	Chi la eroga	Modalità di accesso	Autorizzazioni	Costi	Osservazioni/proposte
Il detenuto può essere: definitivo o giudicabile, ovvero imputato, appellante, ricorrente.	Assistenza medico-generica e primi interventi in casi urgenti	Medico dell'Istituto penitenziario	Il detenuto richiede la visita medica ordinaria all'agente, al mattino o al pomeriggio, prima del controllo numerico	Nessuna	Secondo la vecchia normativa, dopo il 30° giorno, il detenuto viene cancellato dal medico di base e usufruisce dell'assistenza sanitaria penitenziaria	Se permane questa modalità, per motivi contabili, è necessario comunicare al detenuto che dopo la dimissione dal carcere, dovrà procedere nuovamente alla scelta del medico, a meno che questo non avvenga automaticamente da parte dell'ufficio della SAUB. <i>È un punto da chiarire.</i>
A seconda della sua posizione giuridica cambia il giudice competente per le relative autorizzazioni.	Assistenza specialistica intra-muraria	Specialista convenzionato	La visita deve essere richiesta dal medico penitenziario e viene eseguita all'interno dell'Istituto	Nessuna	Attualmente il Ministero della Giustizia	Il carcere dovrebbe essere considerato alla stregua di un presidio sanitario, pertanto al momento delle dimissioni sarebbe opportuno consegnare al detenuto una comunicazione indirizzata al medico di base riguardante le patologie, gli esiti degli accertamenti diagnostici e quant'altro ritenuto utile per la salute del paziente
La posizione del semilibero è assimilabile a quella del detenuto, pertanto segue le stesse procedure	Ricoveri ospedalieri e altre prestazioni sanitarie ambulatoriali esterne	Azienda USL o ospedaliera	I ricoveri, come le visite specialistiche, sono richieste dal medico penitenziario	L'autorità giudiziaria competente, se trattasi di ricovero ordinario; se urgente, il Direttore dell'Istituto, con successiva ratifica dell'autorità giudiziaria competente.	SSN L'Azienda USL che effettua la prestazione, richiede il rimborso a quella di residenza o di provenienza	Il ricovero ospedaliero spesso è fonte di disagio sia per il personale che per gli altri pazienti, soprattutto se è prevista la presenza degli agenti. In alcuni casi il ricovero viene trasformato in arresto in luogo di cura, eliminando così la presenza degli agenti di polizia penitenziaria

Tabella VIII. (continua)

Posizione giuridica	Prestazione	Chi la eroga	Modalità di accesso	Autorizzazioni	Costi	Osservazioni/proposte
	Ricovero in Centro diagnostico terapeutico	Amministrazione penitenziaria	Invio da parte del medico penitenziario	Il ricovero nel CDI, che rappresenta un trasferimento, è disposto dal Ministero o dall'autorità giudiziaria competente	Amministrazione penitenziaria, ora	
	Farmaci	Istituto penitenziario, tramite la farmacia interna			Amministrazione penitenziaria, ora	
	Visita medica	Medico di fiducia del detenuto	Il detenuto può chiedere di essere visitato da un proprio medico di fiducia, dimostrando di essere in grado di sostenere la spesa. La richiesta può essere fatta con apposita "domandina" indicando chiaramente tutti i dati anagrafici del medico	L'autorità giudiziaria competente	A carico del detenuto	

N.B. Il cittadino straniero detenuto ha diritto alle stesse prestazioni del detenuto italiano.

Tabella IX. L'assistenza sanitaria in esecuzione pena, intra- ed extra-muraria

Posizione giuridica	Prestazione	Chi la eroga	Modalità di accesso	Autorizzazioni	Costi	Osservazioni/proposte
Arresti domiciliari (giudicabile)	Assistenza medico-generica	Medico di base	Il medico effettua visita domiciliare, oppure il paziente si reca in ambulatorio nelle ore di libertà, già concesse dall'autorità giudiziaria competente; se queste non corrispondono, richiede nuove autorizzazioni	Gli spostamenti, fuori dall'orario già autorizzato, devono essere richiesti al Giudice competente. L'autorizzazione viene notificata all'interessato dalla PS o dai CC	AUSL, SSN	Fornire adeguata informazione ai medici di base, con particolare attenzione alle patologie infettive. È opportuno che il paziente, responsabilmente, informi il suo medico dello stato giuridico in cui si trova, per evitare che questi lo induca seppure involontariamente, a violare le prescrizioni impartitegli dal Giudice. Una tale violazione potrebbe comportare una denuncia per evasione.
	Assistenza specialistica	Specialista USL o privato	Richiesta del medico di base. La condizione giuridica è influente ai fini della prestazione. Il paziente si reca alla visita nelle ore di libertà autorizzate, altrimenti si fa autorizzare.	<i>idem</i>	<i>idem</i> oppure a totale o parziale (<i>ticket</i>) carico dell'utente	<i>idem</i>
	Ricovero	Azienda USL o ospedaliera	Richiesta del medico di base o dello specialista. Se il ricovero è stato concordato il paziente avrà già provveduto a farsi rilasciare apposita autorizzazione dal Giudice competente. Se il ricovero è urgente il paziente dovrà darne immediata comunicazione all'autorità giudiziaria, tramite il posto di polizia se è presente al Pronto Soccorso o le Forze dell'Ordine che solitamente notificano le comunicazioni giudiziarie.	<i>idem</i>	Azienda USL o ospedaliera SSN	Il ricovero in ambiente ospedaliero spesso è fonte di disagio sia per il personale che per gli altri pazienti, specialmente se è contemplata la presenza di agenti.

Tabella IX. (continua)

Posizione giuridica	Prestazione	Chi la eroga	Modalità di accesso	Autorizzazioni	Costi	Osservazioni/proposte
Detenzione domiciliare (definitivo)	<i>idem</i>	<i>idem</i>		A differenza degli arresti domiciliari, le autorizzazioni vanno chieste alla Magistratura di sorveglianza, in quanto si tratta di esecuzione pena su sentenza passata in giudicato		
Affidamento in prova al SS	<i>idem</i>	<i>idem</i>	Non vi sono particolari differenze nelle modalità di accesso ai servizi, rispetto al cittadino libero	Se l'affidato si deve spostare dai luoghi che gli sono stati assegnati dal Magistrato di sorveglianza, per motivi di cura, deve richiedere la relativa autorizzazione	<i>idem</i>	
Differimento pena	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>	<i>idem</i>	Il differimento pena viene concesso quando lo stato di salute del condannato è incompatibile con il regime detentivo. Viene fissata una scadenza temporale, entro la quale la situazione sanitaria viene rivista; se permangono le condizioni di incompatibilità, la misura viene riconfermata. È opportuno che il medico curante sia informato dal paziente, non solo per motivi terapeutici, delle cause del differimento pena.

N.B. Il cittadino straniero in esecuzione di pena in misura alternativa, se lavora con un regolare contratto, usufruisce dell'assistenza sanitaria anche se irregolarmente presente in Italia. Nei casi che non sono contemplati dagli artt. 34 e 35 del TU 286/1998 e dagli artt. 42 e 43 del Regolamento attuativo può rivolgersi agli ambulatori delle associazioni di volontariato, ove esistenti.

Tabella XI. *Detenuti stranieri negli istituti penali della regione Emilia-Romagna. Serie storica. Maschi*

Data	Detenuti stranieri	% totale detenuti	Bologna	% totale detenuti
30/06/1994	751	22,9	229	31,5
31/12/1994	845	27,3	245	34,8
30/06/1995	812	26,8	252	33,5
31/12/1995	724	26,5	190	29,8
30/06/1996	754	28,3	234	38,1
31/12/1996	709	28,6	217	41,5
30/06/1997	885	31,7	278	41,2
31/12/1997	945	33,8	335	49,3
30/06/1998	915	33,3	256	41,2
31/12/1998	1.018	36,5	317	46,3

Fonte: *Provveditorato regionale Amministrazione penitenziaria Emilia-Romagna.*

Elaborazione: *Osservatorio comunale delle immigrazioni.*

Tabella XII. *Detenute straniere negli istituti penali della Regione Emilia-Romagna. Serie storica. Femmine*

Data	Detenuti stranieri	% totale detenuti	Bologna	% totale detenuti
30/06/1994	26	17,1	13	27,7
31/12/1994	29	23,6	14	33,3
30/06/1995	42	34,1	15	42,9
31/12/1995	20	21,5	8	24,2
30/06/1996	22	23,7	11	32,4
31/12/1996	30	30,3	14	42,4
30/06/1997	31	31,3	8	22,9
31/12/1997	27	31,4	13	43,3
30/06/1998	25	28,7	10	33,3
31/12/1998	29	36,7	10	33,3

Elaborazione: *Osservatorio comunale delle immigrazioni.*

Tabella XIII. Detenute straniere/e negli istituti penali della Regione Emilia-Romagna, al 30/6 e al 31/12/1997

Uomini	Dati al 30/6/1997										Dati al 31/12/1997									
	Istituti penitenziari	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri	
Rimini	70	7,9	38	54,3	2	2,9	159	5,7	44,0	68	7,2	45	66,2	2	2,9	161	5,8	42,2		
Ferrara	42	4,7	21	50,0	1	2,4	191	6,8	22,0	59	6,2	19	32,2	1	2,4	195	7,0	30,3		
Ravenna	22	2,5	9	40,9	-	-	94	3,4	23,4	22	2,3	12	54,5	-	-	87	3,1	25,3		
Forlì	40	4,5	7	17,5	-	-	122	4,4	32,8	46	4,9	9	19,6	-	-	141	5,0	32,6		
Bologna	278	31,4	78	28,1	2	0,7	675	24,2	41,2	335	35,4	92	27,5	1	0,4	679	24,3	49,3		
Castelfranco	2	0,2	2	100,0	-	-	91	3,3	2,2	3	0,3	2	66,7	-	-	90	3,2	3,3		
Saliceta	-	-	-	-	-	-	48	1,7	-	-	-	-	-	-	-	72	2,6	-		
Modena	151	17,1	70	46,4	-	-	333	11,9	45,3	108	11,4	52	48,1	1	0,7	248	8,9	43,5		
Reggio E. OPG	8	0,9	3	37,5	-	-	204	7,3	3,9	8	0,8	3	37,5	-	-	205	7,3	3,9		
Reggio Emilia	46	5,2	18	39,1	-	-	157	5,6	29,3	51	5,4	12	23,5	-	-	173	6,2	29,5		
Parma	159	18,0	88	55,3	1	0,6	527	18,9	30,2	163	17,2	72	44,2	4	2,5	550	19,7	29,6		
Piacenza	67	7,6	24	35,8	1	1,5	194	6,9	34,5	82	8,7	24	29,3	1	1,5	193	6,9	42,5		
Totale	885	100,0	358	40,5	7	0,8	2795	100,0	31,7	945	100,0	342	36,2	10	1,1	2794	100,0	33,8		

Donne	Dati al 30/6/1997										Dati al 31/12/1997									
	Istituti penitenziari	Totale straniere	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affette HIV	Val. %	Totale detenute	% col.	% straniere	Totale straniere	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affette HIV	Val. %	Totale detenute	% col.	% straniere	
Rimini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ferrara	1	3,2	-	-	-	-	14	14,1	7,1	-	-	-	-	-	-	7	8,1	-		
Ravenna	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Forlì	4	12,9	1	25,0	-	-	8	8,1	50,0	7	-	1	14,3	-	-	14	16,3	50,0		
Bologna	8	25,8	-	-	-	-	35	35,4	22,9	13	-	-	-	-	-	30	34,9	43,3		
Castelfranco	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Saliceta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Modena	10	32,3	2	20,0	-	-	20	20,2	50,0	3	-	2	66,7	-	-	10	11,6	30,0		
Reggio E. OPG	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Reggio Emilia	3	9,7	-	-	-	-	8	8,1	37,5	2	-	-	-	-	-	13	15,1	15,4		
Parma	3	9,7	-	-	-	-	3	3,0	100,0	-	-	-	-	-	-	1	1,2	-		
Piacenza	2	6,5	-	-	-	-	11	11,1	18,2	2	-	-	-	-	-	11	12,8	18,2		
Totale	31	100,0	3	9,7	0	0,0	99	100,0	31,3	27	0,0	3	11,1	0	0,0	86	100,0	31,4		

Tabella XIII. (continua)

Totale	Dati al 30/6/1997										Dati al 31/12/1997									
	Istituti penitenziari stranieri	Totale	% Col.	di cui tossicod.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% straniere	Totale stranieri	% col.	di cui tossicod.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% straniere	
Rimini	70	7,6	38	54,3	2	2,9	159	5,5	44,0	68	7,0	45	66,2	2	-	161	5,6	42,2		
Ferrara	43	4,7	21	48,8	1	2,3	205	7,1	21,0	59	6,1	19	32,2	1	-	202	7,0	29,2		
Ravenna	22	2,4	9	40,9	-	-	94	3,2	23,4	22	2,3	12	54,5	-	-	87	3,0	25,3		
Forlì	44	4,8	8	18,2	-	-	130	4,5	33,8	53	5,5	10	18,9	-	-	155	5,4	34,2		
Bologna	286	31,2	78	27,3	2	0,7	710	24,5	40,3	348	35,8	92	26,4	1	-	709	24,6	49,1		
Castelfranco	2	0,2	2	100,0	-	-	91	3,1	2,2	3	0,3	2	66,7	-	-	90	3,1	3,3		
Saliceta	-	-	0	-	-	-	48	1,7	-	-	-	-	-	-	-	72	2,5	-		
Modena	161	17,6	72	44,7	-	-	353	12,2	45,6	111	11,4	54	48,6	1	-	258	9,0	43,0		
Reggio E. OPG	8	0,9	3	37,5	-	-	204	7,0	3,9	8	0,8	3	37,5	-	-	205	7,1	3,9		
Reggio Emilia	49	5,3	18	36,7	-	-	165	5,7	29,7	53	5,5	12	22,6	-	-	186	6,5	28,5		
Parma	162	17,7	88	54,3	1	0,6	530	18,3	30,6	163	16,8	72	44,2	4	-	551	19,1	29,6		
Piacenza	69	7,5	24	34,8	1	1,4	205	7,1	33,7	84	8,6	24	28,6	1	-	204	7,1	41,2		
Totale	916	100,0	361	39,4	7	0,8	2894	100,0	31,7	972	100,0	345	35,5	10	0,0	2880	100,0	33,8		

Fonte: Proveditorato regionale Amministrazione penitenziaria Emilia-Romagna.

Elaborazione: Osservatorio comunale delle immigrazioni.

Tabella XIV. Detenute straniere negli istituti penali della Regione Emilia-Romagna, al 30/6 e al 31/12/1998

Uomini	Dati al 30/6/1998											Dati al 31/12/1998										
	Istituti penitenziari	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri			
																				Totale	% col.	di cui tossicodip.
Rimini	70	7,9	-	38	54,3	2	2,9	159	5,7	44,0	68	7,2	45	66,2	2	2,9	161	5,8	42,2			
Rimini	76	8,3	-	76	100,0	1	1,3	188	6,8	40,4	82	8,1	50	61,0	2	2,4	155	5,6	52,9			
Ferrara	64	7,0	-	28	43,8	1	1,6	200	7,3	32,0	66	6,5	21	31,8	1	1,5	212	7,6	31,1			
Ravenna	37	4,0	-	9	24,3	-	-	108	3,9	34,3	33	3,2	7	21,2	-	-	75	2,7	44,0			
Fornli	37	4,0	-	5	13,5	-	-	128	4,7	28,9	41	4,0	8	19,5	1	2,4	117	4,2	35,0			
Bologna	256	28,0	67	26,2	26	10,2	10,2	621	22,6	41,2	317	31,2	66	20,8	2	0,6	685	24,5	46,3			
Castelfranco	3	0,3	-	2	66,7	-	-	91	3,3	3,3	2	0,2	1	50,0	-	-	93	3,3	2,2			
Saliceta	1	0,1	-	-	0,0	-	-	62	2,3	1,6	3	0,3	1	33,3	3	100,0	65	2,3	4,6			
Modena	128	14,0	-	50	39,1	1	0,8	282	10,3	45,4	155	15,3	83	53,5	1	0,6	308	11,0	50,3			
Reggio E. OPG	12	1,3	-	6	50,0	-	-	202	7,4	5,9	10	1,0	3	30,0	-	-	189	6,8	5,3			
Reggio E.	43	4,7	-	20	46,5	-	-	142	5,2	30,3	48	4,7	20	41,7	-	-	145	5,2	33,1			
Parma	164	17,9	-	72	43,9	1	0,6	534	19,4	30,7	175	17,2	93	53,1	1	0,6	560	20,1	31,3			
Piacenza	94	10,3	-	33	35,1	1	1,1	190	6,9	49,5	84	8,3	22	26,2	1	1,2	187	6,7	44,9			
Totale	915	100,0	356	38,9	31	3,4	2.748	100,0	33,3	1.016	100,0	375	36,9	12	1,2	2.791	100,0	36,4				

Donne	Dati al 30/6/1998											Dati al 31/12/1998										
	Istituti penitenziari	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	di cui affetti HIV	Val. %	Totale detenuti	% col.	% stranieri			
																				Totale	% col.	di cui tossicodip.
Rimini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ferrara	-	-	-	-	-	-	-	6	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ravenna	-	-	-	-	-	-	-	14	16,1	64,3	4	13,8	1	25,0	-	-	11	13,9	36,4			
Fornli	9	36,0	-	1	11,1	-	-	30	34,5	33,3	10	34,5	-	-	-	-	30	38,0	33,3			
Bologna	10	40,0	-	1	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Castelfranco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Saliceta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Modena	4	16,0	-	2	50,0	1	25,0	16	18,4	25,0	7	24,1	1	14,3	-	-	13	16,5	53,8			
Reggio E. OPG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Reggio E.	2	8,0	-	-	-	-	-	10	11,5	20,0	2	6,9	-	-	1	50,0	9	11,4	22,2			
Parma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Piacenza	-	-	-	-	-	-	-	11	12,6	-	6	20,7	-	-	-	-	16	20,3	37,5			
Totale	25	100,0	4	16,0	1	4,0	87	100,0	28,7	29	100,0	2	6,9	1	3,4	79	100,0	36,7				

Tabella XIV. (continua)

Istituti penitenziari	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	Dati al 30/6/1998			Totale detenuti	% col.	%	Totale stranieri	% col.	di cui tossicodip.	Val. %	Dati al 31/12/1998			Totale col. stranieri	%
					di cui affetti HIV	Val. %	Totale affetti HIV								Val. %	di cui affetti HIV	Val. %		
Rimini	76	8,1	76	100,0	1	1,3	188	6,6	40,4	82	7,8	50	61,0	2	2,4	155	5,4	52,9	
Ferrara	64	6,8	28	43,8	1	1,6	206	7,3	31,1	66	6,3	21	31,8	1	1,5	212	7,4	31,1	
Ravenna	37	3,9	9	24,3	0	0,0	108	3,8	34,3	33	3,2	7	21,2	0	0,0	75	2,6	44,0	
Forlì	46	4,9	6	13,0	0	0,0	142	5,0	32,4	45	4,3	9	20,0	1	2,2	128	4,5	35,2	
Bologna	266	28,3	68	25,6	26	9,8	651	23,0	40,9	327	31,3	66	20,2	2	0,6	715	24,9	45,7	
Castelfranco	3	0,3	2	66,7	0	0,0	91	3,2	3,3	2	0,2	1	50,0	0	0,0	93	3,2	2,2	
Saliceta	1	0,1	0	0,0	0	0,0	62	2,2	1,6	3	0,3	1	33,3	3	100,0	65	2,3	4,6	
Modena	132	14,0	52	39,4	2	1,5	298	10,5	44,3	162	15,5	84	51,9	1	0,6	321	11,2	50,5	
Reggio E. OPG	12	1,3	6	50,0	0	0,0	202	7,1	5,9	10	1,0	3	30,0	0	0,0	189	6,6	5,3	
Reggio E.	45	4,8	20	44,4	0	0,0	152	5,4	29,6	50	4,8	20	40,0	1	2,0	154	5,4	32,5	
Parma	164	17,4	72	43,9	1	0,6	534	18,8	30,7	175	16,7	93	53,1	1	0,6	560	19,5	31,3	
Piacenza	94	10,0	33	35,1	1	1,1	201	7,1	46,8	90	8,6	22	24,4	1	1,1	203	7,1	44,3	
Totale	940	100,0	360	38,3	32	3,4	2835	100,0	33,2	1045	100,0	377	36,1	13	1,2	2870	100,0	36,4	

Fonte: Proveditorato regionale Amministrazione penitenziaria Emilia-Romagna.

Elaborazione: Osservatorio comunale delle immigrazioni.

ALLEGATO D. POVERTÀ E DISAGIO SOCIALE

1. SITUAZIONE ATTUALE

Dal Rapporto annuale sulla povertà relativo al 1998, redatto dall'ISTAT per incarico della Presidenza del Consiglio - reso noto al pubblico in data 14 luglio 1999, sull'intero territorio nazionale risultavano vivere in condizioni di "povertà relativa"¹ 2.558.000 famiglie pari all'11,8% del totale delle famiglie, per complessivi 7.423.000 individui, pari al 13% della popolazione.

L'incidenza della povertà non è la medesima nelle diverse parti del paese: nel 1998, per quanto riguarda le famiglie (ossia la percentuale di famiglie povere su quelle residenti) è del 5,7% al Nord, del 7,5% al Centro e del 23,2% nel Mezzogiorno. Rispetto alle persone (persone povere sul totale delle persone residenti) si hanno i seguenti valori: 5,7% al Nord, 7,9% al Centro e 24,5% nel Mezzogiorno. La differenza fra i valori relativi alle famiglie e quelli relativi alle persone è dovuta alla maggiore incidenza della povertà tra i nuclei familiari più numerosi.

Riguardo all'età, nel 1998 l'incidenza della povertà si è assestata nelle diverse classi di età nel modo seguente: 16,7% per le persone fino a 18 anni; 13,5% per le persone di età compresa tra i 19 e i 34 anni; 11,4% per le persone da 35 a 64 anni; e 12,4% per persone con 65 anni e oltre. Quindi, i giovani e gli anziani - rispetto alle persone nella fase centrale della vita - risultano i gruppi di età più sfavoriti.

Se poi ci si colloca del 20% sopra o sotto la linea di povertà, la demarcazione della popolazione tra poveri e non poveri, muta considerevolmente; si vengono così a individuare le seguenti quattro situazioni:

- un'area di forte disagio a cui appartengono le famiglie con valori di consumo al di sotto dell'80% della soglia di povertà;
- un'area di disagio meno accentuato a cui appartengono le famiglie con valori di consumo tra l'80% della soglia e la soglia stessa;
- un'area a rischio di disagio in cui si collocano le famiglie con valori di consumo superiori alla soglia di non più del 20%;
- un'area in cui i livelli di consumo sono più elevati.

La metà delle famiglie povere (1.241.000 nuclei pari al 5,7% delle famiglie italiane) vive in condizioni di forte disagio economico: si tratta di 236.000 famiglie al Nord, 125.000 al Centro e 880.000 nel Mezzogiorno; un ulteriore 8% delle famiglie italiane si situa appena sopra la soglia della povertà, e non può dirsi totalmente immune da condizioni di disagio.

¹ La valutazione della condizione di povertà relativa si ottiene per confronto con la linea di povertà *standard*, secondo la quale viene definita povera una famiglia di due componenti la cui spesa mensile per consumi sia inferiore o uguale a quella media per persona nel paese. Il valore della linea di povertà è risultato pari a 1.476.000 lire mensili correnti nel 1998 e a 1.430.600 lire correnti nel 1997.

Le differenze territoriali sono accentuate: le famiglie non a rischio di povertà sono il 90% al Nord, contro il 65% del Mezzogiorno italiano.

Tabella I. Gruppi di popolazione che meritano più attenzione per gli svantaggi sociali che li caratterizzano: qualche indicatore demografico

Gruppo	Anno	Dimensione	Andamento	Fattori di rischio
Bambini e ragazzi in povertà (0-18 anni)	1998	1.768.000 (15% di bambini e ragazzi 0-18 anni)	+ 11% tra 1996 e 1998	Sud e Isole; famiglie numerose; famiglie monogenitoriali; genitori disoccupati, di bassa istruzione, occupati in agricoltura
Anziani in povertà (più di 65 anni)	1996	1.094.000 (14,4% di anziani con più di 65 anni)	Stabile tra 1994 e 1998	Età superiore a 75 anni; donna anziana capofamiglia; soli o in coppia al Nord; in famiglia allargata al Sud
Madri sole con figli dipendenti	1993	351.000 (5,2% di famiglie con bambini) (di cui 34.000 in povertà)	In aumento	Sud e Isole; alta occupazione ma basso reddito; conflitto tra lavoro e cura di famiglia
Disoccupato lunga durata (più di un anno)	1998	1.937.000 (8,4% forze di lavoro)	+ 115% tra 1981 e 1998	Sud e Isole; donne; giovani
Disoccupati giovani (15-24 anni)	1998	33,4% forze di lavoro 15-24 anni	+ 31% tra 1979 e 1998	Sud e Isole; donne; bassa istruzione
Stranieri immigrati da paesi poveri a forte pressione migratoria	1998	1.044.000 di cui 235.000 irregolari (2% della popolazione residente)	+ 70% tra 1992 e 1998	Nord-Africa e Europa dell'Est

All'estremo di questi gruppi a rischio di povertà ed emarginazione si trovano i veri emarginati, del tutto privi di significative relazioni sociali: i senza fissa dimora. Si tratta di un tipo di popolazione elusiva, di cui è difficile stimare le dimensioni. È una situazione di precarietà che comporta contemporaneamente problemi di accesso al lavoro, alle cure, a una scolarità soddisfacente, e un isolamento sociale e affettivo. Secondo le stime più aggiornate, i senza fissa dimora in Italia sono tra i 60 e gli 80 mila. Il fenomeno è più visibile nelle aree metropolitane, ma è presente anche nei medi e piccoli centri, ed è legato alla molteplicità delle storie personali: malattia mentale, alcolismo, tossicodipendenza, disoccupazione, sfratti e crisi familiari.

La condizione di senza fissa dimora si associa a:

- elevata esposizione a fattori di rischio per la salute;
- maggiore incidenza di malattie e condizioni che richiedono interventi sanitari (compresi traumatismi, violenze, incidenti);
- insufficiente scolarizzazione;
- bassa speranza di vita (3-4 volte inferiore alla popolazione generale).

Da una ricerca sul campo condotta nel 1995 dalla Commissione d'indagine sulla povertà, risulta che tra i senza tetto - per tre quarti maschi - la componente più giovane (al di sotto dei 35 anni) sfiora il 40% del totale, contro il 45,6% della fascia tra i 35 e i 54 anni, l'11,3% di quella compresa tra i 55 e i 64 e il 5,7% degli ultra-sessantaquattrenni. Il fenomeno riguarda quindi soprattutto le classi giovani, forse anche perché non si può sopportare a lungo la vita di strada e, se non interviene la morte, si deve trovare un ricovero.

Dall'indagine citata emerge che il 48,2% non intende avvalersi dei servizi sanitari, mentre la restante parte non li rifiuta ma non sa come accedervi, o trova l'accesso difficile, o vi ricorre solo in situazioni di urgenza (25% dei casi).

Per la metà di queste persone, alloggio, ospitalità e denaro sono i tipi di sostegno più richiesti, mentre una percentuale variabile tra un quarto e un terzo chiedono assistenza, accompagnamento e aiuto per le pratiche. E ancora: un quarto dei senza fissa dimora non è in grado di lavorare, un altro quarto non riesce a trovare lavoro, un terzo non vuole lavorare. Per sopravvivere si ricorre alla pensione, ai sussidi, a qualche lavoretto precario, ma anche all'accattonaggio e al furto. Per facilitare a queste persone l'acquisizione della tessera sanitaria e del libretto di lavoro, alcuni Comuni - tra i quali quello di Roma - hanno permesso di fissare la residenza presso una realtà del privato sociale.

Numerosi studi e ricerche, condotti nell'ambito delle scienze sociali e anche dell'epidemiologia, hanno messo in evidenza un'estensione quantitativa e qualitativa dei fattori di malessere sociale, riconducibili a elementi innovativi e aggiuntivi tipici dell'assetto socio-economico che le società post-industriali stanno via via assumendo.

Il concetto di povertà si configura sempre più come non pieno godimento della cittadinanza e si correla al concetto di esclusione, da intendersi non solo come deprivazione economica, ma anche come condizione di problematico godimento ed esercizio di un seppur minimo livello di cittadinanza sociale.

Lo sviluppo del *welfare* in Italia e il suo consolidamento, seppure con differenze territoriali, ha dato progressivamente vita a una notevole quantità di servizi per i cittadini, cercando di fornire risposte organizzate e professionali ai bisogni esistenti. Gli interventi e le strutture allestiti, più sul versante sanitario che su quello sociale, si sono informati a un universalismo di fondo, andando a costituire una tradizione di servizi abbastanza solida, anche se non priva di aspetti problematici. Nonostante ciò, il rischio di perdere una condizione di relativo benessere e di entrare in un processo - tanto opaco nelle sue componenti e traiettorie, quanto repentino nel suo accadere - di scivolamento verso il basso

(*skidding*) diventa attuale per un numero crescente di persone, impedendo loro il pieno esercizio dei diritti sociali di cittadinanza.

La configurazione del disagio sociale è in qualche modo connessa anche alla fisionomia assunta dalle politiche sociali. A questo proposito, è opportuno richiamare due elementi caratterizzanti.

- Le politiche sociali hanno cercato di identificare i soggetti a cui rivolgersi tramite una scomposizione della popolazione in fasce di età, attribuendo problematiche e bisogni specifici alle diverse fasi del ciclo di vita. La maggior parte delle politiche sociali, degli interventi e dei servizi si sono rivolti a fasce di popolazione identificate come particolarmente portatrici di bisogni: anziani e minori.
- Il modello di intervento sanitario prevalente è stato quello sociale-preventivo. Di fronte a una scelta alternativa tra normale e patologico, è stato difficile trovare risposte adeguate per alcune condizioni di disagio sociale non propriamente riconducibili a patologie codificate. Una simile incapacità di lettura di particolari stati di bisogno è certamente rintracciabile nella difficile realizzazione e attuazione dell'integrazione tra sociale e sanitario, auspicata dalla Legge 833/1978 ma implementata con modalità molto parziali, e dalla normativa sanitaria attuativa successiva all'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Gli elementi suddetti hanno reso difficoltosa l'adeguata interpretazione della natura e della portata del disagio sociale, anche quando a seguito delle trasformazioni socio-economiche sono emersi nuovi bisogni e nuovi soggetti deboli, non riconducibili ai *target* delle provvidenze di *welfare* più consolidate.

In questo quadro, una delle problematiche maggiormente scoperta è proprio quella del disagio sociale adulto. Nei confronti degli adulti in difficoltà, infatti, l'andamento delle politiche sociali è stato rivolto alla sola dimensione economica, con un sistema di protezione sociale focalizzato sul rischio di perdita del lavoro per malattie, infortuni, maternità.

Oggi sono notevolmente aumentati gli adulti che sperimentano nuove forme di disagio, influenzate solo in parte dalla dimensione economica, e molto più da fattori che si definiscono patologie della modernità, legate a condizioni di solitudine, isolamento, difficoltà motivazionali e relazionali. Non di rado queste persone sono prossime a situazioni *borderline* derivanti non più solamente da una patologia sanitaria di tipo psichiatrico, ma da *deficit* riconducibili a problemi sociali.

In questi adulti, situazioni soggettive e oggettive di difficoltà che di per sé non sarebbero sufficienti a configurare una situazione di disagio, spesso si coniugano con effetti non di semplice sommatoria ma di incremento esponenziale: emergono così da una dimensione latente ed esplodono in seguito a una sequenza di micro-fratture o di *life event* particolarmente stressanti.

La relativa novità del concetto e la labilità dei confini che lo delimitano rendono difficile definire e identificare esattamente il profilo del disagio sociale adulto; del resto, è molto complicato anche dare una definizione di concetto assoluto di povertà. Il concetto di disagio sociale adulto può comprendere sia condizioni di povertà estrema, riferita cioè al rischio di mancanza delle risorse più elementari, a partire da quelle economiche; sia condizioni di povertà immateriali, tipiche dei contesti urbani e relative alla carenza di integrazione e di relazioni sociali: in altri termini, difficoltà relazionali, motivazionali, di integrazione, di orientamento, di stili di vita, con forme sempre diverse nei singoli soggetti. Con disagio sociale adulto ci si riferisce inoltre a condizioni di precarietà o di labilità suscettibili di trasformarsi in situazioni di ulteriore e più grave svantaggio.

Da quanto argomentato consegue che si considera escluso sociale il soggetto che si colloca al di sotto della linea di povertà, e non possiede gli strumenti culturali e comunicativi per interagire coi diversi nodi della rete sociale (famiglia, amici, ambiente lavorativo, istituzioni, ecc.).

Per l'ambito regionale non sono disponibili dati recenti e/o estensibili all'intero contesto, anche se è significativo che l'Emilia-Romagna continua a essere la seconda regione, dopo la Lombardia, per reddito disponibile *pro capite*. Alcuni dati, seppure frammentari, portano comunque a considerare in aumento il verificarsi di condizioni problematiche per persone (singole o all'interno di nuclei) in particolari difficoltà di tipo economico e psico-relazionale.

Oltre ad attivare azioni, misure e progetti per fornire risposte alle diverse problematiche di cui sopra, i servizi pubblici degli Enti locali, delle istituzioni private, del volontariato e in particolare del mondo cattolico (la Caritas *in primis*), hanno interpretato e monitorato le varie condizioni di povertà e disagio sociale (vedi *Tabella I*). La molteplicità e la diversa natura dei soggetti istituzionali coinvolti non offrono tuttavia all'utenza una connotazione comprensibile e uniforme sul tipo di prestazioni erogate e sulle modalità con cui esse vengono proposte. In ragione della loro multiproblematicità, gli individui possono ricevere più prestazioni, o più volte la medesima prestazione, e rivolgersi anche a più servizi dello stesso ambito territoriale, o di ambito diverso. Manca una rete operativa formale fra i professionisti delle diverse istituzioni pubbliche, private e del volontariato, che possa contribuire a superare il problema.

Le statistiche di attività e utenza a livello regionale mostrano un *trend* di incremento del fenomeno; la maggiore pressione sui servizi non deriva necessariamente da un deterioramento della situazione locale, ma è in parte attribuibile all'attrazione nei confronti di non residenti e/o originari della regione, esercitata tanto dalle prospettive di inserimento occupazionale e sociale, quanto da aspettative di *standard* socio-assistenziali più elevati.

Si riscontra anche un aumento del numero di persone in condizione di disagio sociale soprattutto nelle aree più ricche e nei centri urbani a maggiore densità di popolazione, in cui la tensione per il problema abitativo è più forte e i costi della vita sono più alti.

2. CARICO DI MALATTIA

Gli studi clinici effettuati su questa popolazione dimostrano che molte malattie colpiscono più frequentemente le persone povere. La relazione tra povertà e salute/malattia è molto complessa.

Non disponendo di dati significativi per tutte le realtà regionali, su tali patologie è possibile solo trarre alcune esemplificazioni relative a studi sulla mortalità differenziale condotti negli anni '90 a Torino, Roma, Livorno, Firenze, negli Stati Uniti e in Inghilterra, e a livello nazionale negli anni '80 dall'ISTAT: da tutti questi studi emergono disuguaglianze sociali di mortalità intense e regolari.

Quale che sia l'indicatore di posizione sociale impiegato, l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione, il rischio di morte cresce in ragione inversa rispetto alle risorse sociali di cui gli individui dispongono. Questo vale per tutte le fasce di età, con la sola eccezione dei ragazzi e degli adolescenti, e per quasi tutte le cause di morte, in particolare per quelle associate a stili di vita insalubri (tumore del polmone, cirrosi), a lunghe esperienze di povertà e svantaggio sociale (malattie respiratorie e tumori dello stomaco), al disagio sociale (suicidi, morti droga-correlate e AIDS), alle condizioni di *stress* (malattie ischemiche del cuore) e alle difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria (morti evitabili).

Le disuguaglianze sociali provocherebbero un numero di morti pari a quello di un incidente aereo grave o di un incendio come quello del Cinema Statuto di Torino, che si ripetessero ogni 2-3 settimane.

È dimostrata una riduzione significativa della speranza di vita media con profili di mortalità particolarmente sfavorevoli per i fruitori di intervento economico del servizio sociale.

Se si considera il numero dei morti o dei malati attribuibili alle differenze sociali, si deve concludere che le circostanze sociali ed economiche condizionano lo stato di salute molto più di quanto non facciano fattori di rischio importanti e ben conosciuti come il fumo. È possibile individuare alcuni fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza e la persistenza di malattie della povertà.

Le disuguaglianze nella salute possono nascere assai precocemente a causa di scadenti condizioni di vita e di nutrizione: secondo la teoria della programmazione biologica, inizierebbero ad accumularsi ritardi di maturazione dei tessuti che potrebbero mostrare i loro effetti in età adulta, con un aumento del rischio delle malattie respiratorie, cardiocircolatorie e metaboliche.

Alla programmazione biologica si associa nei primi anni di vita la programmazione sociale della persona, quella in cui si struttura l'identità della persona e si sviluppa la capacità di gestire relazioni sociali e situazioni di vita. Con queste abilità la persona potrà raccogliere e valorizzare le opportunità e le risorse educative e di lavoro, potrà reagire alle difficoltà della vita senza conseguenze negative sulla salute e sui comportamenti.

È in questa fase del bambino-ragazzo-giovane che nascono e si strutturano quei comportamenti così pericolosi per la salute e per la carriera sociale, come le dipendenze da fumo, alcool, sostanze stupefacenti, violenza, ecc.; si tratta di comportamenti che una volta instaurati, sono molto più difficili da modificare tra le persone meno istruite e tra i poveri, i quali presentano una particolare resistenza ai messaggi di educazione alla salute in assenza di azioni positive di sostegno.

I gruppi socio-economici più disagiati hanno un rischio di ospedalizzazione ordinaria più elevato del 50%, che si spiega sia con il diverso stato di salute, sia con un'assistenza ambulatoriale inadeguata. Queste persone sono infatti frequentemente sottoposte a interventi chirurgici evitabili (appendicectomia, tonsillectomia, isterectomia), e sono più vulnerabili all'offerta di prestazioni inappropriate.

Le deprivazioni del contesto sociale, soprattutto abitativo-residenziale (per la mancanza di domicilia o per la loro inadeguatezza sotto il profilo igienico, di isolamento termico, di riscaldamento, del regime alimentare, della dotazione di vestiario e di calzature), così come quelle più propriamente di ordine soggettivo e intersoggettivo (problemi di equilibrio psichico più o meno compromesso, difficoltà di natura relazionale, linguistica e comunicativa in genere) sono importanti determinanti di salute.

È altrettanto vero che talvolta la povertà ha origine proprio dall'insorgenza di alcune malattie che possono causare in alcuni soggetti la perdita del lavoro e/o dell'autonomia psico-fisica e/o della capacità di mantenimento di relazioni sociali stabili o di responsabilità e di impegni di varia natura (vedi *Tabella I*).

Spesso l'attenzione alla propria salute è residuale; soggetti in condizione di particolare disagio non sono in grado di interpretare correttamente la gravità dei sintomi delle malattie e di adottare comportamenti che consentano il buon esito delle terapie prescritte. La difficoltà è ancora maggiore nel caso di malattie che richiedano un trattamento a medio o lungo termine, per il frequente fenomeno dell'abbandono.

Le condizioni oggettive e soggettive delle persone in stato di povertà estrema o di disagio sociale che portano all'insorgenza di diverse malattie, tra cui quelle richiamate, costituiscono fattori aggiuntivi che rendono poco agevole l'accesso a quasi tutti i servizi sanitari, ad eccezione del Pronto Soccorso. A scoraggiare il ricorso ai servizi sanitari territoriali contribuiscono vari elementi tra cui la difficoltà sul piano psicologico, informativo e cognitivo a intraprendere percorsi burocratici: in particolare, è difficile scegliere il medico di base e mantenere con lui un rapporto terapeutico continuativo, soprattutto a causa dei frequenti spostamenti e della mancanza di un domicilio stabile.

Si instaura così un circolo vizioso in cui la malattia e la condizione di esclusione sono alternativamente l'una causa dell'altra. Gli interventi focalizzati sull'una o l'altra problematica non risultano efficaci fino a quando non mirano a spezzare il circolo vizioso. A volte risulta inutile e fuorviante tentare una individuazione puntuale, e classificare cause ed effetti e la loro sequenza cronologica.

Piuttosto che creare servizi *ad hoc* per spezzare questo circolo, è più efficace portare i servizi laddove il disagio sociale trova il suo rifugio e il soddisfacimento dei bisogni primari. È dimostrato infatti che il contatto con le persone emarginate, che solitamente presentano scarse competenze comunicative, è difficoltoso e avviene più facilmente nei punti in cui possono ricevere più servizi (mense, dormitori, ecc.).

In ambito regionale sono presenti quasi tutte le patologie individuate in gruppi a rischio studiati di recente anche in altri contesti. Utilizzando i dati di utenza e attività, seppure raccolti con i più diversi criteri e modalità, e le osservazioni effettuate dagli operatori dei servizi pubblici, le patologie rintracciate più frequentemente sono:

- patologie carenziali soprattutto da malnutrizione;
- patologie infettive (anche veneree e cutanee);
- disturbi vari di carattere neuropsichiatrico;
- patologie dell'apparato digerente;
- patologie dell'apparato respiratorio;
- patologie cardiovascolari;
- artrosi e artriti varie;
- parassitosi;
- particolari patologie da raffreddamento: eritema pernio (geloni);
- patologie derivanti da incidenti e traumi in genere.

Poiché la condizione di povertà, soprattutto estrema, e/o di disagio sociale spesso si accompagna alla tossicodipendenza, i casi di epatite, di positività al *test* HIV e di altre patologie correlate non sono infrequenti.

Occorre inoltre notare che la tubercolosi, storicamente associata (anche se in maniera non esclusiva) a condizioni di povertà e disagio sociale, tende oggi a configurarsi - almeno nei paesi più sviluppati - come malattia delle minoranze etniche e dei gruppi che vivono in condizione di carenza di risorse abitative e nutrizionali e di lontananza dal sistema dei servizi e dei controlli sanitari. Infatti, nel determinarsi dell'infezione primaria, un ruolo rilevante è rappresentato dalle particolari condizioni sociali in cui si trovano gli immigrati stranieri; l'insorgenza della malattia non è quindi da mettere in esclusiva relazione con l'area geografica di provenienza degli immigrati stessi.

Anche la scabbia, una parassitosi oggetto di allarmismi da parte della stampa, che negli ultimi decenni era rara nel contesto nazionale e regionale, è oggi in fase di crescita ed è stata segnalata in qualche caso di povertà estrema, soprattutto se associata a condizioni di vita particolarmente promiscue e/o di senza dimora.

3. STRUMENTI OPERATIVI E RISORSE

Gli strumenti operativi attivati in regione sono molto diversi; in quasi tutti i contesti provinciali sono stati promossi interventi che vedono impegnati le Aziende USL, gli Enti locali e i soggetti del terzo settore, soprattutto le cooperative sociali e il mondo del volontariato, ma che non sono integrati tra loro, risultando a volte sovrapponibili e a volte lacunosi.

Si ha così una vastissima articolazione di azioni, prestazioni, servizi e progetti finalizzati a rispondere alle più diverse esigenze: risposte ai bisogni di prima necessità (cibo, pasti, vestiti, posti letto, servizi per l'igiene della persona), distribuzione di farmaci e di presidi sanitari e non, offerta di servizi professionali anche di tipo medico-sanitario, interventi di reinserimento sociale tramite la socializzazione al lavoro, attività di sensibilizzazione nei confronti della comunità sulle espressioni del disagio.

Un'indagine svolta dall'Istituto regionale emiliano-romagnolo per i servizi sociali e sanitari, la ricerca applicata e la formazione (IRESS) per conto della Regione Emilia-Romagna e del Comune di Bologna, ha ricondotto le diverse azioni e misure promosse in questo ambito alle seguenti tipologie:

- contributi in denaro (sussidio alla persona),
- esenzione per il pagamento di rette e/o imposte,
- abbonamenti (trasporti),
- servizio mensa (comunale o privato sociale), buoni mensa e buoni spesa, concessione di borse viveri,
- concessione di vestiario,
- messa a disposizione di servizi igienici,
- offerta di prestazioni sanitarie di I livello, distribuzione di farmaci/presidi medico-sanitari,
- risposta ai bisogni alloggiativi (riparo notturno, dormitorio, prima accoglienza temporanea abitativa; risposte residenziali, ecc.),
- contribuzioni al costo (utenze, affitti, fondo sociale regionale per l'affitto),
- concessione della residenza anagrafica come prerequisito di un diritto di cittadinanza locale,
- politiche attive del lavoro (borse lavoro, incentivi alle assunzioni, orientamento al lavoro),
- servizio di informazione (segretariato sociale),
- servizio di consulenza (giuridico-amministrativa),
- formazione professionale,
- mediazione sociale/culturale sul territorio,
- interventi di animazione per il tempo libero (centri diurni, circoli, offerta educativo-ricreativa per adulti),

- assistenza socio-educativa all'adulto,
- centri per le famiglie,
- prestiti sull'onore.

Proprio in questo ambito di lotta all'emarginazione e alla povertà estrema si ha forse un significativo esempio di un sistema di *welfare mix* effettivamente realizzato. I modi per lo scambio di risorse tra pubblico e privato sono i più diversi: si va dall'acquisto da parte del pubblico di servizi realizzati da soggetti privati, attraverso lo strumento dei contratti di fornitura, al protocollo d'intesa, alla concessione di locali e di beni per la realizzazione di determinati servizi privati, o all'erogazione di contributi economici a diverse espressioni del volontariato, in relazione al riconoscimento dell'utilità dell'attività svolta.

In alcune situazioni le prestazioni o i servizi svolti sono di tipo sanitario, come nel caso degli ambulatori di medicina di base (e anche specialistica) a bassa soglia realizzati da associazioni e/o fondazioni private, nei quali vengono effettuate visite ai soggetti (in possesso o meno di tesserini di pronto intervento) che ne fanno richiesta o che sono stati inviati da altri punti della rete (soprattutto dai Centri di ascolto della Caritas).

In altre casi, le attività svolte sono di tipo socio-assistenziale, negli obiettivi e nei contenuti; hanno un rilievo sanitario; contribuiscono in vario modo alla prevenzione delle malattie e al loro trattamento una volta insorte; promuovono una migliore capacità di gestione dei vari aspetti della vita quotidiana.

Nel settore dell'emarginazione e del disagio sociale adulto, il ruolo della Caritas è rilevante e la sua presenza assume un'articolazione abbastanza simile nelle diverse Diocesi della regione. In ognuna di esse è attivo un Centro di ascolto in cui vengono forniti diversi tipi di risposte a esigenze di prima necessità, in alcuni casi anche di carattere medico-sanitario (vedi *Tabella II*).

4. OBIETTIVI

4.1. Obiettivo generale

Promuovere la salute dei cittadini in situazione di disagio sociale attraverso:

- lo sviluppo di una grande capacità di ascolto empatico, di comprensione, di reinserimento; *l'empowerment* e la partecipazione; la tessitura di alleanze sul territorio per la costruzione di un progetto unitario, non basato sull'assistenzialismo, cercando le strade per un'autentica promozione sociale;
- il miglioramento dell'identificazione e della caratterizzazione di questa popolazione nel territorio;
- la riduzione dei fattori di rischio sociale e del carico di malattia;
- la definizione di metodi concreti nel relativo trattamento e per l'accessibilità;
- la pluridisciplinarietà degli interventi, l'integrazione fra discipline, e il lavoro di rete con altri attori intra-aziendali, istituzionali, volontariato.

4.2. Obiettivi intermedi

Obiettivo intermedio 1.

Valutare i bisogni di salute dei cittadini in stato di esclusione sociale

Obiettivi specifici

- 1.1. Costruire una prima base di dati per monitorare l'area della marginalità sociale nelle sue relazioni con la salute e la malattia, e con il sistema dei servizi e delle prestazioni realizzati sia dai soggetti pubblici sia da quelli privati. A medio termine.
- 1.2. Migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione in stato di esclusione sociale. A medio termine.

Azioni

- Predisporre una griglia dei dati effettivamente rilevabili in tutte le realtà del volontariato e dei servizi pubblici, relativi allo stato di salute e ai servizi necessari.
- Effettuare un monitoraggio dello stato di salute della popolazione in condizione di esclusione sociale utilizzando la griglia.
- Definire obiettivi locali di riduzione delle principali patologie rilevate.
- Istituire una rete informativa fra gli attuali punti di affluenza di questa popolazione, per la conoscenza dei servizi a facile accesso offerti dalle istituzioni pubbliche e del volontariato.

Obiettivo intermedio 2.

Migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari

Obiettivi specifici

- 2.1. Facilitare la reiscrizione, anche temporanea, al SSN attraverso misure diverse. A breve termine.
- 2.2. Promuovere una informazione diffusa e capillare alla popolazione interessata attraverso il volontariato, le pubbliche istituzioni (Enti locali, sindacati, Aziende sanitarie, ecc.), le farmacie pubbliche e private. A medio termine.
- 2.3. Offrire ai professionisti occasioni di formazione sulle problematiche specifiche.
- 2.4. Rafforzare e consolidare il processo di partecipazione alle decisioni da parte dei cittadini in stato di esclusione e del volontariato.

Azioni

- Favorire la possibilità di reiscrizione al SSN attraverso: residenza presso il Municipio, tessera sanitaria di durata limitata, tesserino di soccorso, ricerca presso il Comune di origine, ecc.
- Costruire una rete di referenti esperti.

- Utilizzare l'agenzia eletta come primo punto di accesso non solo per rispondere al problema presentato, ma per offrire un più ampio servizio informativo (in particolare sulle modalità per l'iscrizione al SSN e sui programmi vaccinali previsti in regione), di orientamento e di *empowerment*, come punto strategico per creare le basi per un nuovo rapporto di comunicazione.
- Produrre semplice materiale informativo; adeguare a specifici bisogni il materiale informativo esistente.
- Attivare canali comunicativi con le diverse associazioni per la formulazione delle politiche locali nel campo.

Obiettivo intermedio 3.

Promuovere gli interventi di prevenzione primaria e secondaria, con particolare attenzione alla malattia tubercolare, alle vaccinazioni e alle malattie infettive e parassitarie maggiormente incidenti, in collaborazione col volontariato

Obiettivi specifici

- 3.1. Raggiungere la copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie e facoltative previste dai programmi regionali, per la popolazione che risiede o frequenta centri pubblici e del volontariato. A medio/lungo termine.
- 3.2. Conoscere la prevalenza e l'incidenza della malattia tubercolare nella popolazione che risiede o frequenta centri pubblici e del volontariato.

Azioni

- Progettare specifiche iniziative vaccinali presso i luoghi di residenza, contatto e incontro.
- Promuovere iniziative di *screening* per la TBC.
- Offrire interventi di educazione alla salute sulla prevenzione delle malattie infettive e parassitarie maggiormente incidenti, presso i luoghi di residenza, contatto e incontro.

Obiettivo intermedio 4.

Migliorare lo stato di salute della popolazione in stato di esclusione sociale

Obiettivi specifici

- 4.1. Ridurre l'insorgenza di malattie particolarmente correlate alla condizione di povertà. A medio/lungo termine.
- 4.2. Favorire interventi educativi e sanitari a bassa soglia presso le sedi erogative del servizio sociale (es. dormitori) o del volontariato, con operatori volontari. A breve termine.
- 4.3. Offrire percorsi di accesso agevolati per alcune patologie (es. odontoiatria).
- 4.4. Offrire ai professionisti delle istituzioni pubbliche e del volontariato occasioni di formazione su lle problematiche specifiche (inclusi vigili urbani, agenti di polizia, ecc.).

Azioni

- Elaborare progetti locali di intervento sanitario che vedano coinvolte le istituzioni pubbliche e il volontariato, finalizzati alla rimozione di alcuni fattori di rischio.
- Supportare gli Enti locali e i volontari nella individuazione delle criticità e nella definizione delle priorità di intervento, e lavorare in rete.
- Esercitare un ruolo di *advocacy* conseguente al monitoraggio delle disuguaglianze.
- Prevedere nei Servizi di Pronto Soccorso, in particolare nelle aree cittadine, specifici percorsi volti a facilitare l'ascolto e l'indirizzo dei pazienti in condizione di esclusione sociale, verso percorsi sanitari più corretti o facilitati. A medio termine.
- Raccogliere dati sul disagio psichico e impostare progetti di collaborazione fra Dipartimenti di salute mentale, sociali e volontariato per la creazione di percorsi che facilitino la cura. A medio termine
- Offrire attivamente informazioni sull'assistenza sanitaria e sui servizi offerti dal volontariato presso le sedi erogative del servizio sociale (es. dormitori) o del volontariato, con operatori volontari. A medio termine
- Individuare in ogni Servizio SM (o distretto) alcuni operatori di riferimento per l'accoglienza (AS, medici, IP). A breve termine
- Organizzare corsi di aggiornamento focalizzati sulle realtà locali.

5. INDICATORI

N. progetti presentati per Azienda/anno.

Esistenza di una rete informativa formalizzata fra gli attuali punti di affluenza.

Esistenza di un sistema di raccolta dei dati relativi a ricoveri ospedalieri e denunce di malattie infettive e parassitarie per soggetti seguiti dai servizi sociali pubblici e del volontariato.

N. iniziative vaccinali effettuate per luogo di residenza, contatto e incontro/anno.

N. soggetti screenati per la TBC/assistiti o residenti nelle strutture pubbliche o del volontariato.

N. interventi di educazione alla salute/centro/anno.

N. e tipologia materiale informativo prodotto/area/anno.

N. e tipologia percorsi di accesso agevolati formalizzati.

N. corsi di aggiornamento effettuati/anno.

N. operatori partecipanti/totale operatori addetti.

N. rilevazioni del gradimento dei percorsi per utenti interni ed esterni/anno.

Tabella II. Griglia di rilevazione dei dati dei Centri di ascolto (CdA)

1. Informazioni generali sul Centro di ascolto

	Piacenza	Fidenza (PR)	Parma
1.1. Ubicazione del Centro di ascolto			
1.2. Popolazione di riferimento	Diocesi di Piacenza-Bobbio. 200.000	23.000	314.000
1.3. Servizi offerti			
centro di ascolto	x	x	x
doccia	x	x	x
guardaroba	x	x	x
mensa	x		x
dormitorio	x		x
ambulatorio			x
altro	mobili e suppellettili	biglietti viaggio fino a 100 km	

2. Utenza bersaglio: italiani senza fissa dimora / povertà

2.1. Numero di contatti nel 1998	145	84 (18 donne)	144
2.2. Servizi erogati nel corso del 1998	mensa (10.859 pasti, compresi gli extracomunitari); centro di ascolto (145); dormitorio (99)	biglietti viaggio (31); pasti (23); docce (90); alimenti (56)	Buoni pasto, ricerca lavoro, alloggio, comunità, aiuti finanziari
2.3. Materiale disponibile sul 1998	Relazione annuale		

3. Il fenomeno a livello locale

3.1. Riflessioni e considerazioni sull'andamento e l'evoluzione del fenomeno	Nel 1996 sono stati 113; nel 1997, 122; nel 1998, 145; sono in costante aumento	Non sono in grado di fare una stima del fenomeno ma è in aumento	Aumento delle persone e delle loro necessità
3.2. Quali sono i rischi/problemi sanitari più rilevanti?	Abitudini di vita, mancanza di docce pubbliche, mancanza di dormitorio per le donne	Mancano strutture specifiche e l'accesso ai servizi pubblici riguarda solo le emergenze (chiamate del 118)	Mancanza di accesso ai servizi sanitari
3.3. Quali sono le malattie più ricorrenti?	Dermatiti, TBC, scabbia, parassitosi varie, alcolismo e malattie derivate	Alcolismo, malattie mentali, malattie da raffreddamento e polmoniti, malnutrizione	Etilismo, droga, malattie psichiche, morbo di Alzheimer, arteriosclerosi per gli anziani
3.4. Quali azioni si sono dimostrate efficaci sul versante sanitario?	A livello locale non è mai stata attuata alcuna azione preventiva sanitaria, la Caritas paga visite mediche, <i>ticket</i> sanitari e medicine	Hanno cercato la collaborazione del SerT	Hanno pagato <i>ticket</i> , assistenza ospedaliera, inserimento anziani in case di riposo e tossicodipendenti in comunità
3.5. Quali azioni/progetti potrebbero efficacemente contrastare i problemi sanitari individuati?	Docce pubbliche, ambulatorio per i senza dimora con l'obbligo di fare un controllo sanitario all'anno, strutture di I e II accoglienza, cure mediche gratuite e relative medicine. In tutti i comuni capoluogo di provincia dovrebbe esserci un ufficio che si occupi delle persone senza dimora, ora non lo fanno perché privi di residenza	Lavori di urgenza A Fidenza c'è la consulta della sanità	Ambulatori accessibili a tutti senza richieste di pagamento

1. Informazioni generali sul Centro di ascolto

	Modena	Reggio Emilia	Carpi (MO)
1.1. Ubicazione del Centro di ascolto			
1.2. Popolazione di riferimento		150.000	100.000
1.3. Servizi offerti			
centro di ascolto	x	x	x
doccia	x	x	
guardaroba	x	x	x
mensa	x	x	x
dormitorio	x	x	
ambulatorio	x	x	
altro	fermo posta	deposito bagagli e documenti; alimenti a donne sole	ricerca lavoro, mobili, cultura

2. Utenza bersaglio: italiani senza fissa dimora / povertà estrema

2.1. Numero di contatti nel 1998	268	150
2.2. Servizi erogati nel corso del 1998		
2.3. Materiale disponibile sul 1998		

3. Il fenomeno a livello locale

3.1. Riflessioni e considerazioni sull'andamento e l'evoluzione del fenomeno	Il fenomeno è in aumento soprattutto nelle fasce più giovani	Aumento di persone s.f.d., con gravi difficoltà a reperire un alloggio; a RE esiste una buona offerta di lavoro ma bassa è la percentuale di disponibilità abitativa per esperienze precedenti di inaffidabilità. Provenienza dal sud del Paese, persone singole o coppie, in stato di grave disagio. Il fenomeno non ha andamento stabile, ma stagionale	
3.2. Quali sono i rischi/problemi sanitari più rilevanti?	Mancano le strutture adeguate alle persone in oggetto e non rispondono alle loro necessità	Le abitudini di vita creano maggiori rischi sanitari perché da questi ne deriva l'incapacità di fare percorsi di inserimento c/o strutture-servizi che sono troppo carenti per le attuali esigenze, specie per i ritardi a interventi	Soglia di accesso ai servizi pubblici
3.3. Quali sono le malattie più ricorrenti?	Malattie psichiche e dipendenze	Cardiopatici, malattie mentali (esaurimento nervoso), AIDS	Influenza, TBC, malattie croniche (diabete) congiuntiviti
3.4. Quali azioni si sono dimostrate efficaci sul versante sanitario?	Hanno fatto solo interventi di emergenza	Un accompagnamento attento e graduale in servizio o struttura idonea, dopo o durante un percorso di accoglienza della persona	Hanno inviato le persone s.d. a un gruppo di medici volontari per le visite; hanno acquistato medicinali
3.5. Quali azioni/progetti potrebbero efficacemente contrastare i problemi sanitari individuati?	Solo un progetto completo di reinserimento sociale può aiutare la persona, il lato sanitario è all'interno di questo. Per gli irriducibili occorrono strutture di accoglienza a bassissima soglia	Un luogo dove svolgere una pronta accoglienza in servizio idoneo e ben attrezzato che consenta una immediata verifica e presa in carico del caso con passaggio subito successivo al servizio sanitario locale	Orientare le persone ai servizi pubblici e sollecitare il pubblico a offrire i servizi

1. Informazioni generali sul Centro di ascolto

	Imola (BO)	Bologna	Rimini
1.1. Ubicazione del Centro di ascolto			
1.2. Popolazione di riferimento	141.500	380.000	
1.3. Servizi offerti			
centro di ascolto	x	x	x
doccia	x	x	x
guardaroba	x	x	x
mensa	pacco alimenti	x	x
dormitorio			x
ambulatorio	x		
altro		punto di incontro pomeridiano	pasto a domicilio per anziani, sportello informativo per immigrati (pratiche burocratiche, lavoro ...)

2. Utenza bersaglio: italiani senza fissa dimora / povertà estrema

2.1. Numero di contatti nel 1998	210	180	180
2.2. Servizi erogati nel corso del 1998	ricerca lavoro, assicurazioni, farmaci, <i>ticket</i> , libretti sanitari		
2.3. Materiale disponibile sul 1998			

3. Il fenomeno a livello locale

3.1. Riflessioni e considerazioni sull'andamento e l'evoluzione del fenomeno	Il fenomeno è in costante aumento	Aumento età media 20/35 anni, aumento tossicodipendenza, aumento donne, aumento separazioni-divorzi, presenza nel totale 40% di persone con malattie mentali	Abbassamento dell'età media (meno di 35 anni), unione disagio economico e disagio psicologico, giovani (italiani ed extracomunitari) con problemi psichici e di alcolismo
3.2. Quali sono i rischi/problemi sanitari più rilevanti?	Le persone sono restie a rivolgersi al pubblico per la burocrazia, tempi lunghi, rifiuto di risposte	I servizi pubblici non li prendono in carico perché privi di residenza; trattamento discriminante anche negli ospedali, li dimettono in tempi brevi	Mancanza di abitazione, e conseguente mancanza di condizioni igieniche: rischi sanitari
3.3. Quali sono le malattie più ricorrenti?	Malattie polmonari, stati depressivi, dermatiti	Malattie psichiatriche, da dipendenza e patologie correlate	Turbe psichiche, casi di TBC, scabbia
3.4. Quali azioni si sono dimostrate efficaci sul versante sanitario?	Hanno contatti costanti con ambulatori USL e della Caritas Misericordia istituto solo per le povertà estreme	Hanno contatti con medici dell'USL e quindi ottengono qualcosa, se non conoscono i medici trovano solo porte chiuse	Collaborazione con AUSL
3.5. Quali azioni/progetti potrebbero efficacemente contrastare i problemi sanitari individuati?	Se le strutture pubbliche fossero in grado di dare risposte a tutte le richieste molti problemi sarebbero risolti all'origine, anche se a volte queste persone sono incapaci di recupero	Superamento delle barriere residenziali e apertura i canali preferenziali con l'USL per queste persone	Studio di TBC e altre malattie, progetti di rivalorizzazione, sistemazione abitativa decente

1. Informazioni generali sul Centro di ascolto

	Ferrara	Faenza (RA)	Forlì
1.1. Ubicazione del Centro di ascolto			
1.2. Popolazione di riferimento	281.485		180.000
1.3. Servizi offerti			
centro di ascolto	x	x	x
doccia	x	x	x
guardaroba	x	x	x
mensa	x	x	x
dormitorio		x	x
ambulatorio	x	x	
altro	servizio legale, parrucchiere, distribuzione alimenti	ricerca lavoro	alimenti, lavanderia, colazione

2. Utenza bersaglio: italiani senza fissa dimora / povertà estrema

2.1. Numero di contatti nel 1998	257	non hanno estrapolato il numero dei senza dimora dal totale degli italiani che è 981	126
2.2. Servizi erogati nel corso del 1998	CdA (257), servizio legale (15), doccia (63), parrucchiere (169), guardaroba (230), distribuzione alimenti (2.020), mensa (78), ambulatorio (55)	docce, pasti, vestiti, alimenti, alloggio	prima colazione (833), alimenti (331), pasti serali (1956), abiti (371), biancheria (199), docce (257), barbiere (4), lavanderia (219), medicinali (10), contributi economici (13), dormitorio (952)
2.3. Materiale disponibile sul 1998			

3. Il fenomeno a livello locale

3.1. Riflessioni e considerazioni sull'andamento e l'evoluzione del fenomeno	Dall'ottobre 1994 il numero degli italiani non ha subito variazioni di rilievo. Gli italiani presenti sono suddivisi per un 50% in anziani soli, un 40% di tossicodipendenti e un 10% con disagi vari. Questo centro solitamente non deve affrontare frequenti disagi di italiani senza fissa dimora per un discreto funzionamento dei servizi pubblici.		Il fenomeno è in aumento e sempre più visibile. In 4 anni sono stati 291, di solito sono non residenti senza riferimenti di parentela. Sono spesso uomini 20-70 anni celibi. Aumento esponenziale di giovani tra i 20-35 anni. Livello di istruzione medio basso, sia del nord che del sud
3.2. Quali sono i rischi/problemi sanitari più rilevanti?	Le problematiche maggiori, per quanto riguarda gli italiani, sono relative ai tossicodipendenti	Abitudini di vita	Carenza di servizi per i senza dimora, abitudini di vita, alcool, tossicodipendenze, sieropositività, generale incapacità dei servizi nell'approccio del problema. Il Pronto Soccorso non basta.
3.3. Quali sono le malattie più ricorrenti?	Epatite B, AIDS	Malattie psichiche, etilismo, traumi	Problemi alle vie respiratorie, dermatiti, malattie dentarie, epatiti, fratture
3.4. Quali azioni si sono dimostrate efficaci sul versante sanitario?	La creazione di un ambulatorio medico che indirizza gli utenti verso le strutture adeguate	Si curano i sintomi ma non la malattia principale	Mandano le persone ai medici volontari disponibili a visitare le persone

	Ferrara	Faenza (RA)	Forlì
3.5. Quali azioni/progetti potrebbero efficacemente contrastare i problemi sanitari individuati?	Un progetto che potrebbe essere efficace sono le vaccinazioni gratuite presso il CdA stesso: antiepatite B, antinfluenzale, antitetanica, tubercolosi (mantoux)	Occorrono persone specializzate per affrontare le tematiche (psicologi-psichiatri)	Creare <i>in loco</i> un coordinamento tra pubblico e privato su chi aggancia il problema ed evidenziare i problemi e le risorse Istituire ambulatorio pubblico per medicina di base facilitato a chi non ha residenza Fare progetti non settoriali, ma che riguardino la persona nel suo insieme fisico, mentale e sanitario

1. Informazioni generali sul Centro di ascolto

	Ravenna	Cesena (Forlì)
1.1. Ubicazione del Centro di ascolto		
1.2. Popolazione di riferimento	136.000	
1.3. Servizi offerti		
centro di ascolto	x	x
doccia	x	x
guardaroba	x	x
mensa	x	x
dormitorio	x	x
ambulatorio		x
altro	sussidi, medicinali	

2. Utente bersaglio: italiani senza fissa dimora / povertà estrema

2.1. Numero di contatti nel 1998	286
2.2. Servizi erogati nel corso del 1998	ascolto (635), alimenti (463), pasti (2253), abiti (1416), docce (637), contributi economici (67), biglietti treno (18)
2.3. Materiale disponibile sul 1998	

3. Il fenomeno a livello locale

3.1. Riflessioni e considerazioni sull'andamento e l'evoluzione del fenomeno	Il fenomeno è in aumento e la fascia di età è minore di 40 anni. Sono tossicodipendenti, persone con conflitti familiari e problemi di post-detenzione
3.2. Quali sono i rischi/problemi sanitari più rilevanti?	Carenza di strutture, abitudini di vita, esiste solo il Pronto Soccorso Vari problemi di salute dipendenti dalle abitudini di vita. Impossibilità di accesso ai servizi pubblici
3.3. Quali sono le malattie più ricorrenti?	Bronchiti croniche, epatiti, sieropositività, TBC Alcool, droga con patologie correlate, AIDS, sifilide, epatite, malattie della pelle
3.4. Quali azioni si sono dimostrate efficaci sul versante sanitario?	Intervento di medici volontari che danno campioni di medicinali Tentativi sporadici e personali, a volte servendosi dei servizi pubblici, altre volte di amici medici
3.5. Quali azioni/progetti potrebbero efficacemente contrastare i problemi sanitari individuati?	Servizio pubblico gratuito, somministrazione di medicine che vengono prescritte. Esistono farmaci di fascia C di cui non esiste l'equivalente in fascia A e B; si deve quindi intervenire a livello politico Nuova associazione di medici che hanno fatto una convenzione con USL per curare queste persone (c'è già)

ALLEGATO E. LE COMUNITÀ ZINGARE

Il mondo degli zingari è spesso conosciuto attraverso stereotipi e pregiudizi; più spesso però è sconosciuto e circondato da scarso interesse. I *mass media*, che distorcono l'immaginario collettivo amplificando i fenomeni negativi, finiscono per rafforzare l'ignoranza su questa cultura, ignoranza che spesso tocca anche le istituzioni e i rispettivi operatori.

Per sopravvivere, la popolazione zingara deve costantemente affrontare, in tempi brevi e rapidi, cambiamenti che possano portarla verso nuovi equilibri, in un incontro/scontro con il resto della popolazione e con le sue forme rappresentative e istituzionali.

Se e quando questa realtà è considerata, lo è limitatamente alle comunità dei campi, dei centri di prima accoglienza o delle aree sosta, condizioni che rafforzano la povertà, soprattutto delle relazioni, lo sradicamento culturale e la separatezza, e che generano una nuova cultura di *apartheid*.

In questi contesti si alimentano e convivono più fattori critici: la povertà; la cultura originaria dei gruppi e la cultura che si forma in un nuovo contesto di separazione; la devianza come risposta all'emarginazione dal resto della popolazione; la debolezza della proposta istituzionale per l'integrazione. La cultura tradizionale millenaria, riformulata sulla base della cultura/subcultura del vivere nei campi, risulta estremamente dissimile da quella del mondo dei *gagè* (non zingari) per il modo di percepire e di gestire il corpo, lo stato di salute, la malattia, e in particolare l'*handicap* e le malattie mentali.

L'integrazione dovrebbe invece essere intesa nella sua complessità, come riconoscimento delle differenze individuali ed etnico-culturali, come ricerca di possibili equilibri basati sull'incontro/scontro, che possano permettere la convivenza fra popoli zingari e *gagè*.

1. SITUAZIONE ATTUALE

1.1. In Italia

Non esistono rilevazioni precise del fenomeno zingari, perché le presenze reali non sono mai state censite organicamente, neppure di fronte alle esigenze dettate dall'applicazione delle Leggi 40/1998 sull'immigrazione e 390/1992 sulla profuganza dalla ex-Jugoslavia, e delle leggi regionali a tutela delle minoranze Sinte e Rom. I censimenti effettuati dalle diverse regioni non sempre hanno considerato il fenomeno nella sua complessità e usano spesso strumenti impropri (Forze dell'ordine invece di indagini sociali).

Non esistono stime sulla presenza degli irregolari; tuttavia la fisionomia familiare dei gruppi balcanici e i continui flussi migratori fanno supporre che questi numeri siano destinati quanto meno a duplicarsi. Non sono disponibili neppure dati relativi alla distinzione fra zingari nomadi e sedentari, né alla suddivisione per sesso e per fasce di età della popolazione zingara registrata sul territorio nazionale.

Tabella I. *Stima della popolazione zingara sul territorio nazionale*

Zingari	Totale	% sul totale	% sulla popolazione
Cittadini italiani	70.000	63,6%	
Cittadini stranieri	40.000	36,4%	
<i>Totale</i>	<i>110.000</i>	<i>100%</i>	<i>0,7%</i>

1.2. In Emilia-Romagna

L'indagine sulla popolazione zingara curata dalla Regione Emilia-Romagna, al novembre 1998 rileva la presenza nelle aree sosta di 1.851 zingari, dei quali 588 nell'area metropolitana di Bologna. Sul totale dei rilevati, 950 sono maschi, 901 femmine.

Tabella II. *Zingari in Emilia-Romagna secondo il gruppo di appartenenza*

Gruppo di appartenenza	N. zingari	% sul totale
Sinti	1.357	73,3%
Rom *	418	22,6%
ex-Jugoslavia **	76	4,1%
<i>Totale</i>	<i>1.851</i>	<i>100%</i>

* Non è chiaro se si tratti di Rom cittadini stranieri o italiani.

** Va segnalato che, dai dati della Provincia di Bologna, al febbraio 1998 risultano presenti nell'area metropolitana di Bologna 382 Rom slavi.

Tabella III. *Zingari in Emilia-Romagna per fasce di età*

Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale	% sul totale
0 - 5	151	152	303	16,35%
6 - 14	225	192	417	22,53%
15 - 18	81	84	165	8,91%
19 - 30	222	214	436	23,56%
31 - 60	243	224	467	25,23%
> 61	28	35	63	3,42%
<i>Totale</i>	<i>950</i>	<i>901</i>	<i>1.851</i>	<i>100%</i>

È abbastanza significativo il dato sulla popolazione femminile in età compresa fra i 15 e i 30 anni, pari a 298 donne, che rappresentano il 16,1% della popolazione totale e il 33,07% del totale delle donne rilevate. Queste alte percentuali sono dovute ai matrimoni in età precoce, già dal quindicesimo anno di età, e alle continue gravidanze. Si deve comunque ricordare che questa rilevazione non è stata condotta su tutta la popolazione zingara presente sul territorio regionale.

Per quanto riguarda l'area metropolitana di Bologna, si può osservare che:

- non sono stati rilevati tutti gli zingari Rom residenti nei centri di prima accoglienza per profughi della ex-Jugoslavia attivati ai sensi della Legge 390/1992, la cui presenza è pari a 384 persone nel febbraio 1998 (rilevazione a cura del Servizio sicurezza sociale della Provincia di Bologna);
- non sono stati rilevati tutti gli zingari che vivono in aree di loro proprietà;
- non sono rilevati tutti gli zingari che vivono in aree abusive con o senza permesso di soggiorno, che si possono stimare, solo a Bologna, intorno alle 180 persone.

Dal confronto dei dati regionali aggiornati al 1998 con l'analoga rilevazione dell'agosto 1996, risulterebbe nei due anni un calo delle presenze a livello regionale pari a 70 persone. In realtà, è invece indiscutibile l'aumento della presenza di zingari nel territorio emiliano-romagnolo dovuto al recente esodo dai territori della ex-Jugoslavia.

Tabella 4. Aree di maggior concentrazione

Città	Zingari presenti
Bologna	588
Modena	351
Reggio Emilia	343
Piacenza	142
Rimini	192
Su totale regionale	1.851

In riferimento alla situazione abitativa, tutte le aree sosta pubbliche disciplinate dalla Legge regionale 47/1988 sono costituite da *roulotte* di proprietà degli zingari. Le aree sono dotate di servizi a uso comune, spesso in misura ridotta rispetto alle esigenze. Lo stesso vale per le aree dei Rom jugoslavi regolarizzati ai sensi della legge sull'immigrazione. L'equazione "zingaro uguale nomade" è radicata nelle politiche sociali della Regione, le quali non considerano che i Sinti emiliani sono stanziali da ormai tre decenni, e che i Rom jugoslavi non hanno mai praticato il nomadismo.

2. CARICO DI MALATTIA

Non esistono rilevazioni a livello regionale sullo stato di salute degli zingari. Dall'esperienza diretta e dalla letteratura sull'argomento, è però possibile delimitare le aree di rischio sanitario, tenendo presente che su questo tema c'è totale concordanza nella letteratura di diverse parti del mondo.

Al di là dei dati statistici, è necessario e urgente intervenire sulla questione della salute, non solo per diminuire sensibilmente l'insorgere delle patologie che hanno maggiore incidenza fra questa popolazione, quali quelle del cavo orale e dell'apparato respiratorio e gastrointestinale, ma anche per prevenire tutte le patologie che possono presentarsi in seguito al fatto che gli zingari tendono a non riconoscere o a sottovalutare i primi sintomi

della malattia, a nascondere alla famiglia perché motivo di vergogna: questo atteggiamento diventa il principale fattore di rischio, sul quale occorre intervenire in via prioritaria per raggiungere gli obiettivi di salute.

Fra le risposte offerte diviene fondamentale quella informativo-educativa, per permettere agli zingari di riconoscere i bisogni veri di salute. Fra l'altro, in questo contesto una risposta fornita a poche unità assume anche un più ampio carattere preventivo, perché è efficace non solo sul soggetto, ma anche sui membri della famiglia e in particolare sui minori.

Va infine rilevata l'importanza sociale delle terapie odontoiatriche che, oltre a rispondere a esigenze estetiche, rappresentano una questione di *status symbol* per la comunità di appartenenza. Intervenire partendo dalle malattie del cavo orale può costituire la base iniziale necessaria per stabilire e approfondire la comunicazione sui temi della salute.

Prima infanzia	Giovani adulti	Adulti
malattie respiratorie	sindromi gastro-intestinali	disturbi cardiocircolatori
malattie dermatologiche	ipertensione	disturbi osteo-articolari
malattie esantematiche	traumi da incidenti domestici e automobilistici	patologie respiratorie croniche
malattie gastro-intestinali	malattie ginecologiche	malattie metaboliche
malattie del cavo orale	malattie del cavo orale	infezioni alle vie urinarie
basso peso/bassa statura	disturbi del comportamento alimentare	malattie ginecologiche
disturbi del comportamento alimentare	disagio psicologico	malattie del cavo orale
traumi da incidenti domestici		malattie della tiroide
		malattie degenerative
		incidenti e esiti
		disturbi del comportamento alimentare
		stato ansioso

Costituiscono fattori di rischio per la salute degli zingari soprattutto le condizioni di vita nei campi, le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e lo stato di povertà.

- L'abitare nei campi, sia in situazioni più strutturate (aree sosta o centri di prima accoglienza), sia in situazioni non strutturate (campi abusivi), comporta:
 - sovraffollamento abitativo in condizioni di estrema precarietà;
 - carenze igienico-ambientali per l'assenza o l'inadeguatezza di infrastrutture e servizi igienici;
 - rischi connessi all'organizzazione dei campi: la quotidianità domestica si svolge dentro e fuori l'unità abitativa e risulta particolarmente problematica durante la stagione invernale.

- Le difficoltà nell'accesso ai servizi sono dovute a:
 - relativa complessità dei percorsi burocratici necessari per ottenere e avvalersi dell'iscrizione al Servizio sanitario nazionale;
 - non adeguata presa in carico delle problematiche degli zingari da parte dei servizi sanitari;
 - specificità culturali nella percezione della malattia e dei diritti;
 - alta mobilità e relativa scarsa conoscenza dei percorsi socio-sanitari possibili.
- I disturbi del comportamento alimentare riguardano l'abitudine di mangiare molto, a orari irregolari e solo quando è possibile, alternando questo comportamento con periodi di digiuno, anche fino a tre giorni in assenza di cibo disponibile. Lo stato di gravidanza delle donne non costituisce un'eccezione a questa abitudine.
- Le condizioni igienico-sanitarie e logistiche.
- Una riflessione particolare è necessaria riguardo al disagio mentale. Questo problema non è ancora oggetto di una presa in carico da parte dei servizi, nemmeno quando si manifesta in modo evidente ma non viene fatta una richiesta esplicita di aiuto, visti i differenti codici comunicativi e la standardizzazione degli *iter* scientifico-burocratici dei servizi psichiatrici. Di fatto, il disagio mentale non è stato verificato ed è difficilmente verificabile dai servizi, per l'assenza di tecnici del settore in grado di distinguere fra codice culturale e disagio psichico.
- Per quello che riguarda i minori con problemi di *handicap*, va segnalata l'assenza/presenza dei servizi socio-educativi e di sostegno psicologico che, anche quando si verifica la presa in carico, non intervengono con l'efficacia e il coinvolgimento che caratterizza l'abituale *standard* qualitativo di questi servizi. Anche in questo caso, la difficoltà maggiore è quella di trattare l'*handicap* in un contesto culturale differente e specifico.
- La fascia di popolazione femminile fra i 15 e i 35 anni di età (circa 400 in regione) richiede una particolare attenzione, soprattutto in considerazione delle ripetute gravidanze, vissute senza consapevolezza dei bisogni connessi a questo stato.
- Si evidenzia infine la promiscuità e la stretta convivenza con numerosi animali di specie diverse (cani, ovini, pollame, ecc.). Tali animali sono privi di qualsiasi controllo sanitario; sono inoltre spesso di provenienza incerta, e diventa quindi impossibile verificare le eventuali condizioni zoonositarie dei paesi di provenienza. Le problematiche sanitarie sono poi aggravate dallo scarsissimo controllo che i proprietari esercitano sugli animali.
 - La rabbia è ancora presente nei paesi dell'area balcanica, da cui provengono molte famiglie, e l'importazione di un qualsiasi mammifero non controllato può rappresentare un serio pericolo. L'abitudine di lasciar vagare gli animali senza alcun controllo rende quasi impossibile la profilassi prevista per legge e la verifica delle morsicature.

- La TBC è una malattia trasmissibile dall'uomo al cane o al gatto, animali che vengono spesso a contatto fra loro e con altri esseri umani; ciò potrebbe determinare una recrudescenza della malattia.
- A seguito di probabili contatti con ratti, gli animali non vaccinati potrebbero diventare veicoli di trasmissione per la leptospirosi e altre zoonosi.
- Dermatomicosi e rogne sono favorite dalla mancanza di igiene ambientale.
- La macellazione di ovini con modalità prescritte da principi religiosi che presuppongono spargimento di sangue e altri residui organici, per quanto estranee alla vigente normativa, costituisce un possibile veicolo di trasmissione della echinococcosi.
- Disagi e disturbi arrecati dagli animali senza controllo alla popolazione residente rappresentano l'aspetto forse meno pericoloso, ma più frequente del problema.

3. STRUMENTI OPERATIVI E RISORSE

I servizi ospedalieri e territoriali nel loro insieme non sempre sono consapevoli della differenza della cultura zingara, spesso non conoscono le specificità socio-culturali di questa etnia, in particolare riguardo alla percezione della malattia e ai sistemi di cura, tradizionali e non. I servizi di consultorio pediatrico e familiare sono senza dubbio più esperti in questo ambito professionale. Non sono invece stati attivati servizi sanitari a bassa soglia o *ad hoc*.

Per intervenire efficacemente sono necessari interventi contemporanei articolati su vari livelli, con il diretto coinvolgimento degli zingari:

- livello medico-epidemiologico: studio del fenomeno partendo dalla registrazione esatta delle prestazioni effettuate dai servizi nei confronti di questa popolazione e da uno *screening* sullo stato di salute della popolazione presente;
- livello di intervento sociale: indagine sulla presenza e sulle condizioni di vita degli zingari in Emilia-Romagna; risanamento degli ambienti di vita, intervenendo in primo luogo sulle infrastrutture nei campi esistenti;
- livello di intervento socio-educativo: educazione sanitaria nei campi puntando in modo particolare a una sensibilizzazione sul tema della prevenzione e delle terapie di base; corsi di formazione/sensibilizzazione per operatori sanitari e sociali;
- livello di intervento amministrativo-burocratico: si deve facilitare l'iscrizione e l'accesso ai servizi da parte di questa popolazione, in modo da ridurre al minimo la dispersione sanitaria.

4. OBIETTIVI

4.1. Obiettivo generale

Migliorare lo stato di salute delle popolazioni zingare e le capacità comunicative degli zingari e degli operatori del servizio pubblico, privati e del volontariato, favorendo una diminuzione dell'incidenza delle principali patologie riscontrate nella popolazione zingara, dovute essenzialmente alle condizioni di vita nei campi, ai limitati strumenti culturali con cui gli zingari affrontano la malattia e al rapporto con i servizi.

La questione della salute zingara riguarda una popolazione numericamente limitata, ma è importante che venga affrontata in modo integrato e integrale, avviando un programma che intervenga complessivamente su tutti i fattori di rischio, in modo sinergico con altri soggetti di intervento (Enti locali, volontariato, ecc.).

4.2. Obiettivi intermedi

Obiettivo intermedio 1.

Studiare e analizzare, a livello regionale e locale, lo stato di salute della popolazione zingara, la tipologia delle malattie presentate e l'utilizzo dei servizi sanitari

L'esito finale atteso è la registrazione esatta delle problematiche, sia rispetto all'accesso e all'uso dei servizi, sia rispetto alle patologie riscontrate, calibrando successivamente le azioni specifiche per migliorare la relazione e le prestazioni.

Obiettivi specifici

- 1.1. Accrescere le conoscenze sulle caratteristiche del fenomeno sul territorio regionale, con particolare riguardo agli aspetti di natura sanitaria. A breve termine.
- 1.2. Migliorare le conoscenze epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione zingara. A medio termine.

Azioni

- Attivare un'indagine *ad hoc* in ambito regionale, per rilevare l'esistente riguardo alle prestazioni e alle cure di cui usufruiscono gli zingari. Tale indagine dovrebbe inoltre evidenziare da un lato la percezione dei diretti interessati sulla malattia e sull'aiuto che ricevono dai servizi, dall'altro la valutazione in merito degli operatori del SSN, in quanto testimoni privilegiati delle relazioni di aiuto all'interno dei servizi stessi.
- Fornire gli operatori dei servizi specialistici ambulatoriali e ospedalieri di strumenti di rilevazione adeguati a registrare l'appartenenza del paziente a questa popolazione,¹ soprattutto per capire la sua collocazione sociale e abitativa che incide in modo considerevole sulla salute.

¹ A questo proposito è particolarmente significativa l'esperienza ungherese: in Ungheria, infatti, alla registrazione di ogni atto medico viene richiesta la lingua madre e chi dichiara il *romanès* viene identificato come zingaro. In effetti questo è l'unico elemento che consente una precisa identificazione della popolazione zingara e che non viene vissuto come discriminante.

Obiettivo intermedio 2.

Superare le condizioni che favoriscono l'insorgere di emergenze di tipo socio-sanitario nei Centri di prima accoglienza e nelle aree sosta presenti sul territorio, e progettare interventi per affrontare nuove emergenze che possono manifestarsi a partire da cause non territoriali, come per esempio il flusso non programmabile di profughi e profughe

L'esito finale atteso è il superamento del sistema dei campi e dei centri di prima accoglienza come sistema abitativo appartato.²

Obiettivi specifici

- 2.1. Fornire consulenza e appoggio agli Enti locali e al volontariato per modificare le condizioni socio-abitative.
- 2.2. Progettare un sistema/unità di crisi estremamente agile e flessibile (rete dei referenti e meccanismi operativi necessari) da attivarsi in caso di emergenze dovute a possibili nuovi arrivi per cause non programmabili (ad esempio il modello di unità di crisi costituita a Bologna per l'accoglienza dei profughi kossovares nella primavera-estate del 1999).

Azioni

- Coinvolgere gli Enti locali, del privato sociale e gli zingari nella costituzione di un tavolo di coordinamento politico e soprattutto tecnico.
- Istituire a livello locale una commissione interistituzionale e interprofessionale che fornisca indirizzi operativi.
- Costruire una rete regionale di esperti appartenenti alle varie istituzioni pubbliche, private e del volontariato.
- Le azioni seguenti, che attengono all'ambito del sociale, contribuirebbero in maniera determinante al raggiungimento degli obiettivi di salute:
 - favorire il passaggio dal campo alla casa, sia come apertura dell'edilizia popolare sia come percorso individualizzato con abitazioni reperite sul mercato;
 - sostenere una politica di realizzazione delle aree a destinazione particolare, pubbliche e private, da destinare a singoli gruppi familiari di zingari nomadi;
 - fornire i campi di servizi igienici adeguati alla popolazione presente (un servizio per ogni nucleo familiare), possibilmente con accesso diretto dalla *roulotte* o *container*;

² Si segnala in merito che la maggior parte dei Rom provenienti dalla ex-Jugoslavia era da tempo stanziale e viveva in abitazioni di tipologia occidentale (appartamenti, case coloniche, villette, condomini, ecc.) e che i Sinti italiani sono stanziali da oltre tre decenni. Significativa è inoltre l'esperienza del Comune di Burjassot (Valencia) che ha realizzato 600 appartamenti per le famiglie zingare povere che vivevano in tenda o in *roulotte*, nonché le ricerche sul campo condotte a Bologna dalle quali emerge l'esplicita e diretta richiesta degli zingari di poter abitare in casa.

- mettere a norma le aree per quanto riguarda la fornitura di acqua, energia elettrica ecc.; adeguare e migliorare le aree dal punto di vista urbanistico e paesaggistico, in modo da ridurre gli effetti nocivi sulla salute dovuti all'inquinamento atmosferico, acustico, termico, ecc.;
- diminuire il numero di persone presenti nei Centri di prima accoglienza, avviando un meccanismo di rotazione che favorisca l'uscita dei nuclei familiari realisticamente in grado di mantenersi autonomamente, e consenta così l'attivazione di nuove accoglienze;
- facilitare il collegamento tra i campi e i mezzi di trasporto pubblico, problema strutturale e cronico che influenza negativamente la vita sociale degli zingari e soprattutto delle zingare favorendo le condizioni di isolamento, anche su questioni che riguardano la salute e il corretto uso dei servizi.

Obiettivo intermedio 3.

Favorire l'iscrizione al SSN di tutta la popolazione zingara residente e presente

L'esito finale atteso è l'iscrizione di tutti gli zingari al SSN e l'attenzione alla specificità zingara, includendo quindi la differenza nel SSN, senza creare servizi differenziati.

Obiettivi specifici a breve-medio termine

- 3.1. Indagare sulle dimensioni reali dell'iscrizione al SSN e sull'uso del tesserino di soccorso o esperienze similari, per avere la registrazione esatta del fenomeno.
- 3.2. Applicare rigorosamente la normativa in merito; in particolare, per quanto riguarda gli zingari cittadini stranieri, quella recente sull'immigrazione per gli aspetti relativi alle disposizioni in materia sanitaria.
- 3.3. Prevedere un'azione socio-educativa.

Azioni

- La rete di esperti elabora un semplice schema di indagine.
- Ciascuna realtà locale opera un'indagine presso i servizi comunali e sanitari.
- Le Aziende sanitarie, sulla base delle condizioni specifiche di presenza e della tipologia degli interventi offerti dal volontariato, definiscono percorsi facilitati per l'iscrizione dei residenti e modelli assistenziali applicativi del codice regionale STP.
- Devono essere attuati specifici interventi di educazione alla salute presso i luoghi di abitazione degli zingari, per spiegare l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari, sottolineando le differenze previste per residenti e presenti.

I processi e le azioni individuate necessitano di un'azione amministrativa coordinata fra gli uffici competenti, quali anagrafe comunale, anagrafe sanitaria, Ufficio stranieri.

Obiettivo intermedio 4.

Migliorare lo stato di salute della popolazione zingara attraverso più interventi coordinati

Gli esiti finali attesi sono:

- avvicinare questa popolazione alle strutture e al personale del SSN, sottolineando a entrambe le parti le specificità e peculiarità, rafforzando la comunicazione, e favorendone l'accettazione e l'intesa reciproca;
- favorire la presa di coscienza da parte degli zingari sulle loro condizioni di vita e su come queste incidono rispetto al fattore salute. "Non solo chi sono, ma come sono".

Obiettivi specifici a breve-medio termine

- 4.1. Migliorare l'appropriatezza nel ricorso ai servizi sanitari da parte degli zingari, incentivando un uso corretto delle strutture; rafforzare l'assistenza medica di base in particolare per i membri più deboli della popolazione zingara (donne, bambini, anziani); diminuire sensibilmente il ricorso al servizio di Pronto Soccorso; migliorare l'accessibilità e l'accoglienza da parte dei servizi.
- 4.2. Diminuire sensibilmente l'insorgere di malattie dell'apparato respiratorio e gastrointestinale e delle malattie ginecologiche e pediatriche.
- 4.3. Avviare azioni di prevenzione delle malattie del cavo orale e consentire l'accesso alle terapie, considerando che questo è un problema generalizzato ed esteso a tutta la popolazione zingara, da essa concepito come una questione grave per motivi di estetica e di *status* sociale: può quindi diventare la base di partenza per gli interventi sulla salute in generale, perché permette e facilita la comunicazione su questi temi.
- 4.4. Avviare una riflessione sulla questione del disagio mentale, accompagnata da azioni mirate.
- 4.5. Sperimentare interventi di aiuto per rispondere al disagio mentale e all'*handicap*, tenendo presente la differente contestualizzazione culturale e sociale.
- 4.6. Favorire una maggiore consapevolezza delle donne zingare sull'opportunità di un controllo del percorso nascita e sulle possibilità di accesso ai servizi per la genitorialità e l'infanzia.

Azioni

- Promuovere la distribuzione capillare e omogenea dei pazienti zingari iscritti al SSN tra i medici e pediatri del territorio limitrofo ai campi.
- Effettuare interventi mirati di *screening* su aree specifiche della salute zingara con offerta di servizi a bassa soglia, solo per risposte immediate possibili.
- Elaborare a livello locale semplici protocolli di accesso che facilitino l'intervento sui primi sintomi di malattia, solitamente trascurati dagli zingari.

- Avviare un meccanismo di accesso unico alla rete dei servizi, valorizzando la figura del medico/pediatra di base, il quale dovrebbe essere la persona chiave per l'accesso alla rete dei servizi e degli attori.
- Attivare completamente e rafforzare il servizio di assistenza sanitaria di base, prevedendo visite periodiche e regolari delle assistenti sanitarie visitatrici alla famiglia che vive nel campo, con particolare riguardo alla salute dei bambini in età 0-3 anni e delle donne in gravidanza. Si devono quindi fornire servizi ausiliari che favoriscano l'accesso ai servizi per la genitorialità e la prima infanzia; in particolare vanno sostenute e incoraggiate le donne in stato di gravidanza affinché usufruiscano dei corsi di preparazione al parto che possono a loro volta contemplare e valorizzare la cultura zingara a questo proposito.
- In collaborazione col volontariato, avviare interventi di educazione alla salute e di educazione sanitaria di base nei campi, anche per spiegare come prevenire le malattie che gli zingari recepiscono come non gravi e come utilizzare i servizi sanitari.
- Rafforzare il servizio di assistenza domiciliare agli anziani, per consentire alle ADB di effettuare visite periodiche all'anziano che vive nel campo, per interloquire sugli aspetti igienici e abitativo-sanitari, e per fornire servizi ausiliari (ad esempio l'accompagnamento) che possano facilitare l'accesso alle strutture sanitarie da parte di questa fascia della popolazione zingara.
- Creare gruppi di lavoro/studio con il coinvolgimento di etnopsichiatri, etnopsicologi, pedagogisti, antropologi, educatori, psicologi sociali, in grado di osservare le possibili manifestazioni del disagio mentale nelle comunità zingare e di elaborare ipotesi di intervento adeguate.
- Attivare per un periodo limitato (tre anni) l'istituto delle incentivazioni per il medico di medicina generale e per il pediatra di base per effettuare prestazioni di particolare impegno professionale e visite domiciliari programmate. Questo permetterebbe di stabilire relazioni medico-paziente su una base condivisa e continuativa con questa popolazione.
- Nelle fasi di avvio, supportare gli interventi (in particolare le visite domiciliari del medico e/o dell'ASV e dell'ADB) con mediatori culturali (nella maggior parte dei casi identificati con gli operatori del campo).
- Le azioni vanno precedute e supportate da brevi corsi di formazione/sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari per informarli correttamente sulla salute e sulla comunicazione zingara, e per insegnare a confrontarsi con loro sulle perplessità e difficoltà che si trovano ad affrontare.

Costituiscono condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi:

- una forte sinergia sugli obiettivi prefissati e per la realizzazione delle azioni indicate, attraverso una rete tra servizi sanitari e servizi sociali, e fra enti pubblici e del privato sociale preposti alla loro erogazione;
- un uso flessibile e ampio della disciplina che regola gli interventi della medicina di base e di comunità;
- la concertazione e stipulazione di accordi fra le parti: Aziende USL, Enti locali, personale sanitario e ausiliario coinvolto, popolazione oggetto dell'intervento;
- la collaborazione con le associazioni del volontariato che conoscono bene la realtà dei campi.

Obiettivo intermedio 5.

Migliorare la comunicazione tra zingari e Servizio sanitario nazionale

Gli esiti finali attesi da raggiungere in tre anni riguardano la possibilità per gli zingari di operare delle scelte in ambito sanitario orientate più sulla prevenzione primaria che su quella secondaria e terziaria, rafforzando la capacità di compiere un esame di realtà della loro condizione, e incentivando una maggiore presa di coscienza.

Obiettivi specifici

- 5.1. Avviare una complessa azione socio-educativa rivolta ai diretti interessati: singoli, famiglie, collettività, operatori del settore.
- 5.2. Migliorare la capacità dei servizi di accreditarsi agli occhi della popolazione esclusa.
- 5.3. Stimare il tasso di rispondenza specifico per condizione sociale.

Azioni

- Progettare a livello locale azioni socio-educative sulla salute rivolte alla popolazione zingara.
- Realizzare incontri e assemblee tematiche con i singoli, le famiglie e la comunità, per:
 - presentare le azioni;
 - recuperare positivamente gli usi e i costumi tradizionali che hanno maggiore attinenza con le questioni relative alla salute;
 - informare su pratiche alimentari e igieniche, sui rischi da incidenti domestici, sull'uso dei servizi, sui diritti, ecc.;
 - fornire materiale illustrativo o mediatico pedagogicamente adeguato.
- Realizzare brevi corsi di formazione/sensibilizzazione rivolti al personale sanitario e ausiliario che lavora nei servizi territoriali e nelle strutture ospedaliere.
- Effettuare indagini sul gradimento e sull'utilizzazione dei servizi.
- Monitorare l'incremento delle attività realizzate presso i luoghi di abitazione e l'adesione agli interventi proposti.

Costituiscono condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi:

- una forte sinergia fra Aziende USL, Università, agenzie formative territoriali, Enti locali e associazioni rappresentative della comunità zingara, ma anche enti come il Centro studi zingari di Roma, ecc., per organizzare al meglio i corsi di formazione/ sensibilizzazione e le altre iniziative previste. Questi corsi possono essere realizzati con finanziamenti provinciali;
- una forte motivazione degli operatori.

Obiettivo intermedio 6.

Migliorare il rapporto fra persone e animali

Obiettivi specifici

- 6.1. Attivare modalità di controllo periodico per gli animali presenti in tali comunità.
- 6.2. Avviare specifici programmi di educazione alla salute.

Azioni

- Censire gli animali presenti nei campi, la motivazione e la frequenza di ricambio degli stessi.
- Individuare i medesimi tramite un'anagrafe degli animali.
- Effettuare interventi di:
 - controllo sanitario specifico e legalmente valido per ogni specie,
 - profilassi obbligatoria o consigliata,
 - indagini diagnostiche specifiche in caso di sospetta o provata malattia trasmissibile.
- Interventi mirati di sensibilizzazione su:
 - rischi sanitari conseguenti alla promiscuità e alla alimentazione degli animali,
 - comportamenti utili a evitare gli infestanti,
 - limitazione delle nascite, e idonei interventi chirurgici,
 - modalità di macellazione appropriate dal punto di vista sanitario.

5. INDICATORI

N. punti di aggregazione/separazione abitativa e/o quotidiana (n. campi e CPA).

N. progetti presentati per Azienda/anno.

Esistenza di una rete informativa formalizzata fra gli attuali punti di erogazione di servizi dedicati.

Esistenza di un sistema di raccolta dei dati relativi a ricoveri ospedalieri e denunce di malattie infettive e parassitarie per soggetti seguiti dai servizi sociali pubblici e del volontariato.

N. iniziative vaccinali effettuate per luogo di residenza, contatto e incontro/anno.

N. soggetti screenati per la TBC/assistiti o residenti nelle strutture pubbliche o del volontariato.

N. gravide seguite con protocollo regionale/parti di soggetti seguiti dai servizi sociali pubblici e del volontariato.

N. e tipologia delle prestazioni erogate in ambito odontoiatrico.

N. interventi di educazione alla salute/campo/anno.

N. e tipologia del materiale informativo prodotto/area/anno.

N. e tipologia dei percorsi di accesso agevolati formalizzati.

N. animali censiti (anagrafe).

N. vaccinazioni e/o interventi di profilassi eseguiti sugli animali.

N. interventi di sensibilizzazione/formazione sui rischi sanitari e sulle modalità più adeguate di trattamento e convivenza con gli animali.

N. corsi di aggiornamento effettuati/anno.

N. operatori partecipanti/totale operatori addetti.

N. rilevazioni del gradimento dei percorsi per utenti interni ed esterni/anno.

Negli indicatori di risultato (comportamento e salute) è necessario rilevare e distinguere: fra gli stranieri, gli zingari Rom; e fra i cittadini italiani, gli zingari Sinti.

**PUBBLICAZIONI A CURA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA
NEL SETTORE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI VITA E DI LAVORO**

Collana "DOSSIER"

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990. (*)
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990. (*)
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990. (*)
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991. (*)
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993. (*)
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

(*) volumi disponibili presso il CDS

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994. (*)
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994. (*)
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (*)
28. *Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997. (*)
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998.
(*)

38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.
(su Internet <http://www.regione.emilia-romagna.it/cds/colldoss/dossier.htm>)
40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997*, Ravenna, 1999. (*)
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte*, Ravenna, 2000. (*)
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999*, Ravenna, 2000. (*)
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione*, Ravenna, 2000. (*)
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna*, Ravenna, 2000. (*)
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente*, Ravenna, 2000. (*)
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2000. (*)
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna*, Ravenna, 2000. (*)
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
55. *Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
56. *La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
57. *Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)
58. *Incidenti stradali: prevenzione e strategie di intervento. Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute*, Ravenna, 2001. (*)

Collana "CONTRIBUTI"

1. *I nuovi insediamenti produttivi. Prevenzione e controllo nella progettazione e ristrutturazione degli ambienti di lavoro*, Parma, 1982.
2. *La prevenzione dei danni da rumore. Indicazioni metodologiche ed organizzative*, Reggio Emilia, 1983.
3. *Il sistema informativo regionale per la prevenzione dei danni da lavoro. Orientamenti per la formazione e l'aggiornamento degli operatori*, Ravenna, 1983. (*)
4. *La prevenzione nel settore delle calzature*, Lugo, 1983.
5. *Le lavorazioni ceramiche di decoro a mano e terzo fuoco. Indagine conoscitiva nelle province di Modena e Reggio Emilia, Vignola*, 1983.
6. *La prevenzione nel settore delle calzature. II*, Lugo, 1984.
7. *Indagini sanitarie per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Una proposta operativa*, Bologna, 1984.
8. *Tossicologia industriale. Indicazioni metodologiche ed organizzative per i Servizi di prevenzione*, Montecchio Emilia, 1984.
9. *Presidi multizonali di prevenzione. Orientamenti per l'organizzazione dei Settori impiantistico e fisico-ambientale*, Modena, 1985.
10. *I rischi professionali in agricoltura. Contributi per l'attuazione di un "piano mirato" di prevenzione*, San Giorgio di Piano, 1985.
11. *I rischi da lavoro in gravidanza*, Scandiano, 1985.
12. *Esposizione professionale a Stirene. Esperienze di prevenzione e ricerche in Emilia-Romagna, Correggio*, 1985.
13. *Radiazioni non ionizzanti. Rischi da radiofrequenze e microonde*, Rimini, 1985.
14. *Comparto ospedaliero: Prevenzione dei rischi elettrici e da anestetici nelle sale operatorie*, Ferrara, 1985.
15. *Rischi da radiazioni ionizzanti. L'esposizione del paziente in radiodiagnostica*, Piacenza, 1986.
16. *Prevenzione degli infortuni in ceramica*, Scandiano, 1986.
17. *La soglia uditiva di soggetti non esposti a rumore professionale*, Imola, 1987.
18. *Il lavoro, la sua organizzazione, la sua qualità oggi*, Lugo (RA), 1987.
19. *Le attività sanitarie nei Servizi di medicina preventiva ed igiene del lavoro*, Ferrara, 1987.
20. *Il monitoraggio biologico nei Presidi multizonali di prevenzione*, Bologna, 1988.
21. *Introduzione all'analisi organizzativa dei Servizi di prevenzione*, Bologna, 1989
22. *Educazione sanitaria: esperienze - metodologia - organizzazione in Emilia-Romagna*, Modena, 1989. (*)

23. *Produzione, lavoro, ambiente. Seminario nazionale SNOP, Parma giugno 1989, Langhirano, 1990. (*)*
24. *Promozione della qualità dei dati nel monitoraggio biologico, Bologna, 1990.*
25. *Impieghi medici delle radiazioni non ionizzanti, Modena, 1990.*
26. *I Servizi di Igiene pubblica. Da un corso di formazione per i nuovi operatori, Forlì, 1991. (*)*
27. *Il comparto delle resine poliestere rinforzate con fibre di vetro. Manuale di prevenzione, Correggio, 1992. (*)*
28. *Infortuni in edilizia. Immagini di danno e di prevenzione, Bologna, 1992.*
29. *Dalle soluzioni verso le soluzioni, Modena, 1992.*
30. *Monitoraggio aerobiologico in Emilia-Romagna, Ferrara, 1993.*
31. *Salute e sicurezza nella scuola, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
32. *L'educazione alla salute nelle USL. Problemi e prospettive, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
33. *Il dipartimento di prevenzione, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
34. *Valori di riferimento per il calcolo della soglia uditiva attesa di maschi e femmine per anno di età, Carpi (MO), 1993. (*)*
35. *Metodi di valutazione del rischio chimico. Il piano dipartimentale galvaniche a Bologna, Bologna, 1993.*
36. *Salute e ambiente, San Lazzaro di Savena (BO), 1993.*
37. *Dalle soluzioni verso le soluzioni 2, Bologna, 1994.*
38. *Obiettivo qualità in sanità pubblica. Una esperienza regionale, Fidenza, 1994.*
39. *La prevenzione AIDS in ambito scolastico nella regione Emilia-Romagna, Rimini, 1994. (*)*
40. *Il Dipartimento di Prevenzione. Ipotesi e proposte operative, Ravenna, 1994.*
41. *La formazione degli alimentaristi. Progettazione degli interventi educativi, Parma, 1995.*
42. *I tumori in Emilia-Romagna, Modena, 1997. (*)*

