

XLI CONFERENZA ITALIANA DI SCIENZE REGIONALI – REGIONI TRA SFIDE E OPPORTUNITÀ INATTESE

LA SALUTE NELLE AREE INTERNE ITALIANE: ANALISI E COMPARAZIONE REGIONALE SULL'USO DEI SERVIZI OSPEDALIERI DEI RESIDENTI ITALIANI E STRANIERI.

Maura Marras¹, Sergio Pollutri², Barbara Vallesi³

SOMMARIO

Il presente lavoro si ispira ad uno studio progettuale dell'Osservatorio sul Fenomeno Immigrazione di Macerata, il cui obiettivo era l'analisi sull'accesso della popolazione residente italiana e straniera ai servizi sanitari a livello provinciale, con statistiche provenienti da elaborazioni delle schede di dimissione ospedaliera.

Lavori successivi hanno ampliato l'analisi territoriale a livello regionale confrontando poi i dati delle Regioni Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria, Sardegna con popolazione residente simile alla Regione Marche.

Dall'esperienza sviluppata, si propone un'analisi dei dati a livello regionale, costruendo alcuni indicatori sanitari per confrontare le popolazioni di riferimento nei territori "interni" ovvero usando la suddivisione del territorio in "poli" e "aree" a diverso grado di perifericità sviluppata dall'Agenzia per la Coesione Territoriale.

Sono stati calcolati alcuni indicatori sanitari dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane anche per specifiche categorie di popolazione: questo fornirà un quadro generale in merito sia alla struttura della popolazione residente e ospedaliera, sia alle potenzialità di salute ricavabile da alcune diagnosi e interventi contenuti nelle cartelle cliniche desunte dai ricoveri.

¹ Istat, DIRM, RTI sede per la Sardegna, viale Trieste 159/3, 09123, Cagliari, e-mail: marras@istat.it.

² Istat, DIRM, RTI sede per la Sardegna, viale Trieste 159/3, 09123, Cagliari, e-mail: pollutri@istat.it.

³ Istat, DIRM, RTF sede per le Marche, via Castelfidardo 4, 60121, Ancona, e-mail: vallesi@istat.it.

1. Introduzione e descrizione metodologica⁴

Questa analisi nasce sulla scia di studi passati sviluppatasi all'interno dell'Osservatorio sul Fenomeno Immigrazione (OFI) e inseriti nelle ultime edizioni del Rapporto immigrazione in provincia di Macerata⁵. Dalle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) si è cercato di comprendere l'accesso degli stranieri ai servizi sanitari con confronti, sia tra le diverse comunità di stranieri, sia rispetto alla popolazione italiana: questo processo di conoscenza del fenomeno a livello provinciale è servito come spunto per ulteriori analisi a livello regionale.

Lo studio progettuale è cominciato con la costruzione di indicatori sintetici a livello comunale, così da permettere confronti su argomenti sanitari e territori eterogenei appartenenti a province o regioni diverse, anche per affinare la scelta delle informazioni da analizzare e le aree tematiche da approfondire.

Le SDO, quale strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati, forniscono informazioni sulle caratteristiche anagrafiche del paziente (fra cui età, sesso, residenza, livello di istruzione), contemporaneamente alle caratteristiche del ricovero e a quelle cliniche (per esempio: diagnosi principale, diagnosi concomitanti, eventuali interventi effettuati, ecc.).

La migliore conoscenza dei dati sulle attività di ricovero ospedaliero ha evidenziato differenze e somiglianze in ambito sanitario e di salute fra le diverse popolazioni di riferimento, permettendo di ampliare la cognizione di processi e fenomeni complessi e dinamici, in un quadro di riferimento in lento, ma costante mutamento.

Infatti, nonostante nel nostro Paese le norme garantiscano la salute della popolazione immigrata indipendentemente dal loro status giuridico, diversi studi sottolineano che questa scelta inclusiva non abbia del tutto eliminato le disuguaglianze, sia riguardo l'accesso alle cure e alle strutture, sia riguardo il trattamento efficace delle patologie "(Tognetti, 2012)".

Di questo argomento si è occupata anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità istituendo già nel 2005 una Commissione per analizzare le disuguaglianze sistematiche sullo stato di salute della popolazione e i fattori che causano tali condizioni, chiamate "determinanti sociali della salute" "(CSDH (2008))": ne sono un esempio la mancanza di risorse, un'istruzione carente, un lavoro precario o poco sicuro; il Rapporto finale della Commissione sottolinea che le disuguaglianze di salute sono evitabili e dipendono dall'efficacia del sistema sanitario ma anche dai contesti di vita in cui gli individui vivono e lavorano.

Una delle aspirazioni del precedente lavoro era determinare le disuguaglianze, intese come differenze misurabili tra le popolazioni oggetto di analisi, quindi esaminare quali fattori di natura socio-economica, culturali e relativi agli "stili di vita", influissero sulle scelte degli individui in ambito sanitario e come ricavare informazioni utili dalle statistiche e dalle fonti di dati amministrativi presenti e disponibili.

Le disuguaglianze sono multidimensionali, per cui è importante considerare tutti i fattori che possono influenzare la salute dell'individuo e della comunità, oltre a quelli strettamente sanitari. La riorganizzazione nell'ambito dei servizi sanitari e la riduzione delle risorse disponibili, non solo economiche, hanno generato negli ultimi anni asimmetrie e ostacoli per l'accesso all'assistenza sanitaria ed accentuato la distanza territoriale da essa.

Per analizzare il *gap* di salute fra le persone sono state scelte le SDO perché offrono in termini di accuratezza una buona qualità del dato ed una migliore comparabilità rispetto ad altre fonti statistiche e

⁴ Le opinioni espresse in questo lavoro sono quelle degli autori e non impegnano la responsabilità delle istituzioni a cui appartengono. Si ringrazia la dott.ssa Silvia Seracini dell'Università Politecnica delle Marche, per il supporto e l'aiuto

⁵ Il Rapporto è consultabile sul sito web dedicato (http://www.comunicazione.macerata.it/ofi_itc/), sul sito della Prefettura di Macerata (http://www.prefettura.it/macerata/contenuti/Osservatorio_immigrazione-55720.htm) e in quello dell'Istat – sezione pagine regionali: (<https://www.istat.it/it/archivio/161553>) <https://www.istat.it/it/uffici-territoriali#UfficiTerritorialiPerleMarcheAbruzzoLaPuglia-4>).

amministrative, soprattutto per le informazioni di natura clinica. La serie storica individuata (dal 2012 al 2018) appare proporzionata e rilevante numericamente, permettendo confronti statistici più pertinenti.

La scelta di analizzare i territori comunali di tutte le regioni italiane proviene dalla già citata esperienza progettuale dell'OFI e da un precedente lavoro presentato alla XI Conferenza Espanet Italia in cui la disamina era limitata alle regioni con una popolazione complessiva numericamente simile a quella delle Marche (Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria, Sardegna) e il confronto era avvenuto sui dati ospedalieri e sanitari in comuni raggruppati in diverse fasce demografiche.

Si è scelto come variabile di classificazione l'intero territorio nazionale, affiancando alla tradizionale divisione amministrativa regionale, una classificazione che tenesse conto della distribuzione degli insediamenti demografici ed economici, compresa l'eventuale disponibilità sanitaria, cioè la presenza nel territorio di strutture ospedaliere.

1.1. L'organizzazione del territorio a diverso grado di perifericità: poli ed aree

Per esplorare il fenomeno oggetto di studio si è utilizzato un metodo trasversale rispetto alle caratteristiche e alla posizione geografica dei territori, ossia alla suddivisione in “centri” e “aree interne” effettuata dall'Agenzia della Coesione Territoriale “(ACT 2014)” che offre una chiave di lettura policentrica dei territori italiani, caratterizzata da una rete di comuni o aggregazioni di comuni (“centri d'offerta di servizi”) attorno ai quali gravitano porzioni di territorio (aree) con diversi livelli di “perifericità spaziale” mentre i Comuni che ricadono nell'Area Interna (c.d. Comuni Interni) sono tali perché distano significativamente dai principali centri di offerta di servizi.

Il Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, in una nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree afferma “il carattere di centro di offerta di servizi è riservato solo ed esclusivamente a quei comuni, o aggregati di comuni confinanti, in grado di offrire simultaneamente tutta l'offerta scolastica secondaria; ospedali sedi di Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di primo livello e stazioni ferroviarie Platinum, Gold o Silver”.

I centri possono essere distinti a loro volta in poli, nei quali è verificata la compresenza dei tre servizi appena detti, poli intercomunali (gruppi di comuni che congiuntamente soddisfano la stessa condizione del polo), e in comuni di cintura, ossia aree periurbane che distano meno di 20 minuti di percorrenza rispetto al polo più prossimo.

All'individuazione dei Centri fa seguito la classificazione dei Comuni di Area interna in tre fasce: aree intermedie, aree periferiche e aree ultra periferiche, ottenuta sulla base di un indicatore di accessibilità calcolato in termini di minuti di percorrenza rispetto al polo più prossimo che per le tre tipologie sono rispettivamente $20' < t < 40'$; $40' < t < 75'$; $t > 75'$.

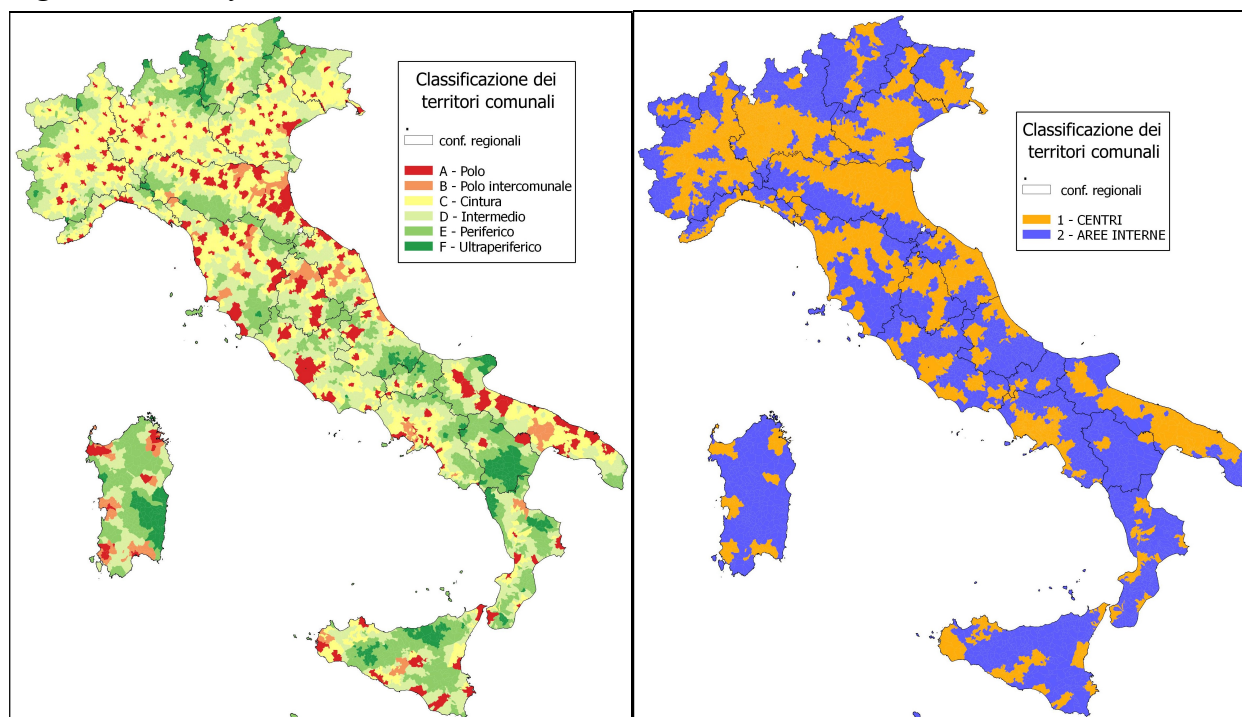
Il territorio viene così ordinato lungo un *continuum* “centralità-periferia” che ne misura la rilevanza funzionale. Si individuano sei gruppi che vengono bipartiti in “centri” e “aree interne”: nella macro area “centro” sono compresi tutti quei Comuni che distano meno di 20 minuti dai servizi essenziali suddetti e che, a loro volta, sono classificati in polo, polo intercomunale e cintura a seconda dei servizi presenti e del tempo impiegato per raggiungerli, mentre nelle “aree interne” si distinguono tre fasce: aree intermedie, aree periferiche e aree ultra periferiche, sempre in base al tempo di accessibilità ai servizi individuati.

La presenza di un ospedale in un Comune diventa elemento centrale nella classificazione dicotomica centro – aree interne ed ha influito nella scelta di utilizzare poli e aree individuate dall'ACT per classificare i territori italiani.

Questo approccio permette un confronto fra un insieme di territori con caratteristiche sociali ed economiche diverse, accomunati dalla distanza tra gli altri dal “fattore ospedaliero”.

Nella Figura 1 sono evidenziati i confini regionali e tutti i Comuni italiani classificati per le sei tipologie precedentemente specificate e le due macro aree.

Figura 1 – Classificazione dei comuni in centri ed aree interne – Italia



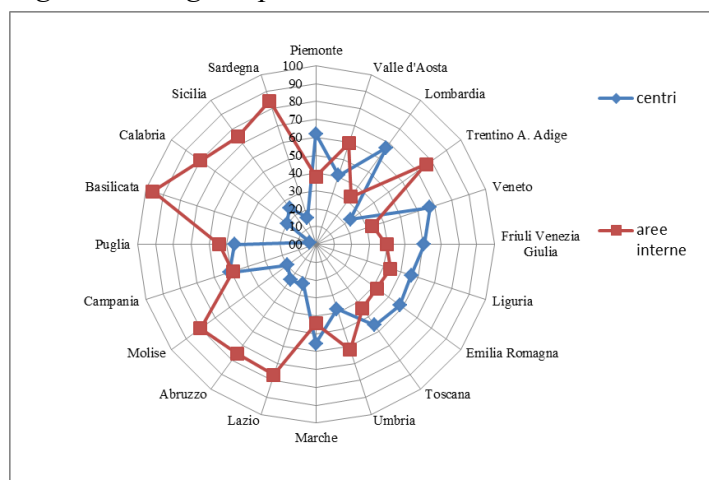
Fonte: nostra elaborazione su dati Istat e ACT

Per questo studio si è ritenuto utile elevare la città di Olbia a territorio “polo”, anziché “ultraperiferico” poiché, nonostante non abbia pienamente le caratteristiche per essere classificato come tale secondo i parametri dell’ACT, è importante che la quarta città sarda per popolazione e uno dei più importanti sistemi turistici e marittimi del Paese, non distorca le analisi dei Comuni “ultraperiferici” dell’intera regione⁶.

I comuni interni sono 4.185, più della metà dei comuni italiani (51,7 per cento) e occupano una superficie complessiva di 180.538 chilometri quadrati, pari a circa il 60 per cento della superficie nazionale.

Vi risiedono 13.328.750 abitanti, meno di un quarto della popolazione italiana (22,4 per cento); la densità demografica è in media di 73,8 abitanti per chilometro quadrato.

Figura 2 – Regioni per numero comuni centri – aree interne



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica (DPS)

⁶ I parametri adottati con riferimento l’anno 2014, attualmente sono superati, visto che ad Olbia sono presenti più complessi ospedalieri che erogano servizi considerati essenziali dalla ACT

La loro distribuzione è diffusa su tutte le regioni e solo in quattro regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche) non è presente alcun territorio comunale ultra-periferico.

La Basilicata è la regione dove più del 95 per cento dei Comuni ricadono nelle “aree interne”, a seguire il Molise e la Calabria, entrambe con percentuali superiori all’80 per cento.

La figura sottostante mostra a livello regionale la distribuzione percentuale dei comuni tra le due macro-aree.

L’analisi dettagliata per le sei tipologie appartenenti alle due macro aree evidenzia la prevalenza delle categorie liminali, ovvero “Intermedio” per la macro area “aree interne” e “Cintura” per la macro area “centro”.

Le regioni dove i Comuni periferici e ultra-periferici sono percentualmente più elevati sono la Basilicata, il Molise e la Sardegna.

Figura 3 – Regioni per numero comuni e classi di centri – aree interne



Fonte: Elaborazione su dati Istat - Demo

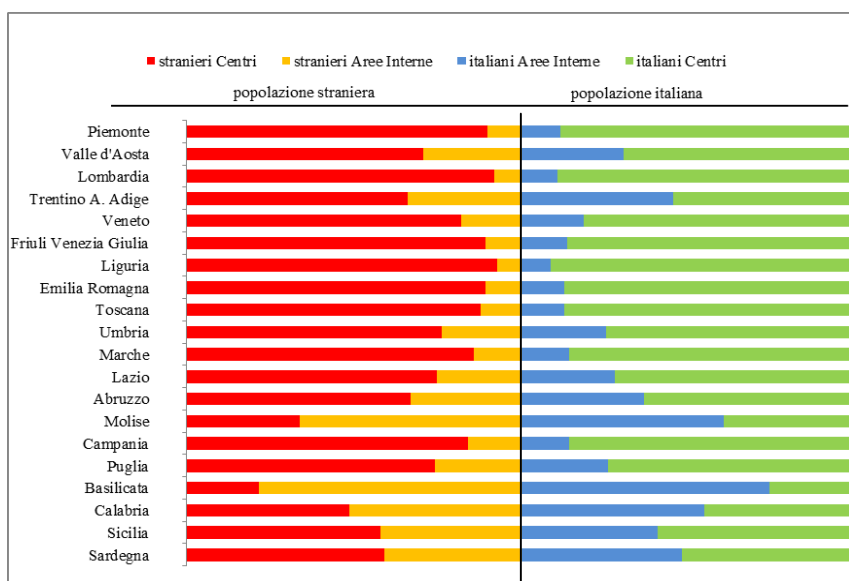
Gli stranieri residenti rappresentano mediamente, negli anni oggetto d’analisi, circa l’8 per cento della popolazione italiana; il dettaglio a livello regionale evidenzia differenti caratteristiche di insediamento con percentuali superiori al 10 per cento nelle regioni del Nord-Est e nel Lazio.

L’utilizzo della variabile di analisi per macro-classi “Centro-Aree interne” mostra nelle aree “Centro” un aumento dell’incidenza degli stranieri sul totale della popolazione le poche eccezioni non sono significative.

La distribuzione percentuale dei dati della popolazione residente per cittadinanza e macro classe del Comune di residenza non mostra differenze evidenti: in quasi tutte le regioni i residenti prediligono i territori che ricadono nelle aree “Centro”, i valori per la componente italiana e straniera sono piuttosto simili e solo in alcune regioni (Molise, Campania e Basilicata) la percentuale degli stranieri nelle aree interne è maggiore.

Altrettanto simili fra le regioni appaiono le distribuzioni per genere nelle due partizioni mentre una maggiore diversità viene osservata introducendo la nazionalità, ossia una delle variabili principali di questo studio.

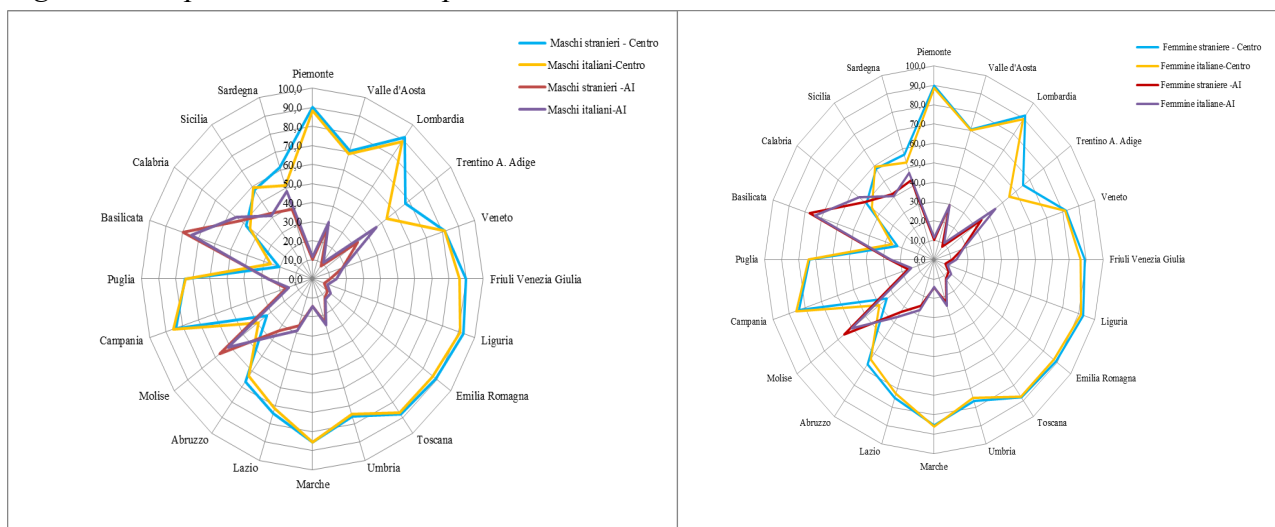
Figura 4 – Popolazione residente per cittadinanza nei centri e nelle aree interne, popolazione media 2011-2018



Fonte: Elaborazione su dati Istat - Demo

La figura sottostante presenta la distribuzione percentuale nella parte destra degli uomini e nella sinistra delle donne per cittadinanza e macro-classi.

Figura 5 – Popolazione residente per sesso, cittadinanza e macro-classe, media 2011-2018



Fonte: Elaborazione su dati Istat – Demo

In quasi tutte le regioni, per gli uomini stranieri si notano percentuali più alte nelle aree di centro rispetto a quelli italiani: la differenza più elevata si osserva in Trentino Alto Adige con il 67 per cento dei residenti stranieri e circa il 54 per cento dei residenti italiani; diversamente in Molise, Campania, Basilicata e Sicilia si riscontra una situazione inversa.

Per le donne il fenomeno è simile a quanto riscontrato prima, ma con differenze meno accentuate.

2. 1. Gli indicatori sanitari e ospedalieri ricavati dalle SDO: descrizione

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) rappresenta lo strumento di raccolta ordinario delle informazioni relative ad ogni paziente che accede ai servizi sanitari per ricovero ordinario o in day hospital negli istituti di ricovero pubblici e privati di tutto il territorio italiano.

Scegliere di utilizzare i dati raccolti delle SDO, garantisce l'accesso ad una serie di informazioni accurate di natura clinica e variabili demografiche ricavate da ogni paziente dal momento in cui entra in clinica fino a quando non ne esce, quindi un elevato numero d'informazioni utili per effettuare confronti diretti ed esaustivi, ottenuto da una fonte unica; altre fonti statistiche, quali cause di morte, interruzioni volontarie di gravidanza, ecc., avrebbero richiesto ulteriori attività teoriche e di analisi ampliando troppo e in maniera dispersiva lo studio intrapreso, allontanandolo dalle finalità conoscitive.

Nella scelta degli indicatori da utilizzare ha contribuito l'utilizzo del rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane "(ONSRI, 2018), un documento che ogni anno individua più di 90 indicatori, validati a livello internazionale, scelti dall'elenco del Progetto EUPHIN (European Union Public Health Indicators) della Commissione Europea, a cui si aggiungono ulteriori indicatori costruiti per aspetti specifici.

Gli indicatori scelti per questo studio sono stati riuniti tipologicamente in tre gruppi: il primo descrive alcune caratteristiche generali delle dimissioni ospedaliere (struttura e tipologia) per le popolazioni prese in esame, il secondo è incentrato su alcune malattie indicative, almeno parzialmente, dello stato di salute e il terzo è focalizzato sull'ospedalizzazione di popolazioni "vulnerabili" e specifiche (donne, minori e anziani).

Le tabelle 1, 2 e 3 sintetizzano le specifiche di ogni parametro valutato nei territori regionali: il rapporto tra valori assoluti e rispettive popolazioni medie del territorio a cui si riferiscono (con l'eccezione dell'anno 2011 in cui sono stati utilizzati i dati del Censimento della Popolazione) consente la costruzione di indicatori specifici che facilitano il confronto fra regioni, superando e relativizzando la diversa consistenza numerica (la quale avrebbe reso più difficile un'analisi comparativa fra i diversi territori) dei fenomeni rilevati.

Tabella 1 – Indicatori strutturali ricavati dalle SDO anni 2012-2018

| <i>Indicatore</i> | <i>Tipo ricovero</i> | <i>per genere</i> | <i>unità</i> | <i>pop. di riferim.</i> | <i>rapporto</i> |
|----------------------------|----------------------|---------------------|--------------|-------------------------|-----------------|
| Tasso standard SDO | | | SDO | tutti | n/1000 |
| Tasso RO | Ricovero ordinario | SI (masch. e femm.) | RO | tutti | n/1000 |
| Tasso DH | Day Hospital | SI (masch. e femm.) | DH | tutti | n/1000 |
| Tasso RO per fasce d'età | Ricovero ordinario | | RO | pop. 0-14anni | n/1000 |
| | Ricovero ordinario | | RO | pop. 15-24anni | n/1000 |
| | Ricovero ordinario | | RO | pop. 25-64anni | n/1000 |
| | Ricovero ordinario | | RO | pop. 65-74anni | n/1000 |
| | Ricovero ordinario | | RO | pop. oltre 75anni | n/1000 |
| % acuti su RO | Ricovero ordinario | | RO | RO | n/100 |
| % lungodegenti su RO | Ricovero ordinario | | RO | RO | n/100 |
| % ric. riabilitativi su RO | Ricovero ordinario | | RO | RO | n/100 |
| RO chirurgici | Ricovero ordinario | | RO | RO | n/100 |
| RO medici | Ricovero ordinario | | RO | RO | n/100 |
| Degenza media RO | Ricovero ordinario | SI (masch. e femm.) | giorni | RO | giorni/RO |

Tutti gli indicatori elencati nelle tabelle 1 e 2 sono identici a quelli utilizzati dal rapporto Osservasalute, sia per ipotesi metodologiche, sia per metodo di calcolo e l'unica eccezione riguarda l'indicatore d'incidenza di tumori che proviene da una fonte statistica diversa: si è preferito non modificare alcun parametro in virtù della loro validità a livello internazionale, nonostante il diverso riferimento territoriale (sommatoria di Comuni in questo studio, entità regionali in quel rapporto).

Tabella 2 – Indicatori sugli stati di salute ricavati dalle SDO anni 2012-2018

| Indicatore | caratteristiche spec. | fonte | tipo | pop. di riferim. | rapporto |
|------------------------|-----------------------|------------------------|------|------------------|-----------|
| Malattie ischemiche | Ischemiche del cuore | diagnosi princ. | RO | adulti (+25anni) | n/100mila |
| Mal. cerebro vascolari | Cerebro-vascolari | diagnosi princ. | RO | adulti (+25anni) | n/100mila |
| Malattie metaboliche | Diabete mellito | diagnosi princ. e sec. | SDO | tutti | n/10mila |
| Disturbi psichici | Solo acuti | diagnosi princ. e sec. | SDO | tutti | n/10mila |
| Incidenza tumori | Benigni e maligni | diagnosi princ. | SDO | 0-99 anni | n/10mila |

Per le popolazioni specifiche utilizzate per il calcolo degli indicatori della tabella 3 occorrono alcune precisazioni.

L'indicatore "parti cesarei sulle donne feconde" mette in relazione il numero assoluto con l'ammontare delle donne potenzialmente fertili e residenti negli stessi territori delle puerpere, per fornire una *proxy* dell'incidenza di questo intervento specifico nella popolazione potenzialmente interessata.

Per lo stesso motivo, gli interventi pediatrici (eseguiti sulla popolazione da 0 a 17 anni) e quelli considerati ad alto impatto sociale riguardanti gli anziani (popolazione con 65 anni ed oltre) sono rapportati, sia con le SDO specifiche per classe d'età, sia con le rispettive popolazioni di riferimento nel territorio per un'analisi più dettagliata dei fenomeni.

Infine sono state escluse dal *set* dei dati le SDO in cui non era specificato correttamente il territorio comunale di residenza (in alcuni casi era indicata solamente la provincia o solo la regione) e/o la cittadinanza del paziente dimesso.

Tabella 3 – Indicatori su specifiche popolazioni ricavati dalle SDO anni 2012-2018

| Indicatore | caratteristiche spec. | fonte | tipo | pop. di riferim. | rapporto |
|---|-------------------------------------|--------------------------|------|------------------------|-----------|
| Parti cesarei / tot. parti | | DRG | SDO | SDO femmine | n/100 |
| Parti cesarei / donne "feconde" | | DRG | SDO | femmine 15-49anni | n/1000 |
| Tassi di ospedalizzazione pediatrica e minorile | tot. ricoveri | SDO | SDO | pop. 0-17anni | n/1000 |
| | tot. ricoveri | SDO | SDO | pop. 1-4anni | n/1000 |
| | tot. ricoveri | SDO | SDO | pop. 5-14anni | n/1000 |
| Minori 60 | Tonsillectomia e adenoidectomia | DRG | SDO | SDO fino a 17anni | n/1000 |
| Minori 70 | Otite e infezioni vie respiratorie | DRG | SDO | SDO fino a 17anni | n/1000 |
| Minori 184 | Esofagite e mal. Apparato digerente | DRG | SDO | SDO fino a 17anni | n/1000 |
| 60+70+184 / SDO | somma 60+70+184 | DRG | SDO | SDO fino a 17anni | n/1000 |
| 60+70+184 / pop. fino a 17 anni | somma 60+70+184 | DRG | SDO | minori (fino a 17anni) | n/1000 |
| Interventi (ad alto impatto sociale) su anziani | chirurgia: protesi all'anca | intervento princ. e sec. | SDO | anziani (oltre 65anni) | n/100mila |
| | bypass coronarico | intervento princ. e sec. | SDO | anziani (oltre 65anni) | n/100mila |
| | angioplastica coronarica | intervento princ. e sec. | SDO | anziani (oltre 65anni) | n/100mila |
| Indicatore di impatto sociale anziani | somma ch+by+an | intervento princ. e sec. | SDO | anziani (oltre 65anni) | n/100mila |
| rapporto su SDO anziani | somma ch+by+an | intervento princ. e sec. | SDO | SDO (oltre 65anni) | n/1000 |

Legenda: DRG = diagnosis related group, è una nomenclatura internazionale che classifica tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei basati fondamentalmente su un sistema di diagnosi ed eventuali procedure associate.

2. Il confronto con gli indicatori strutturali: risultati

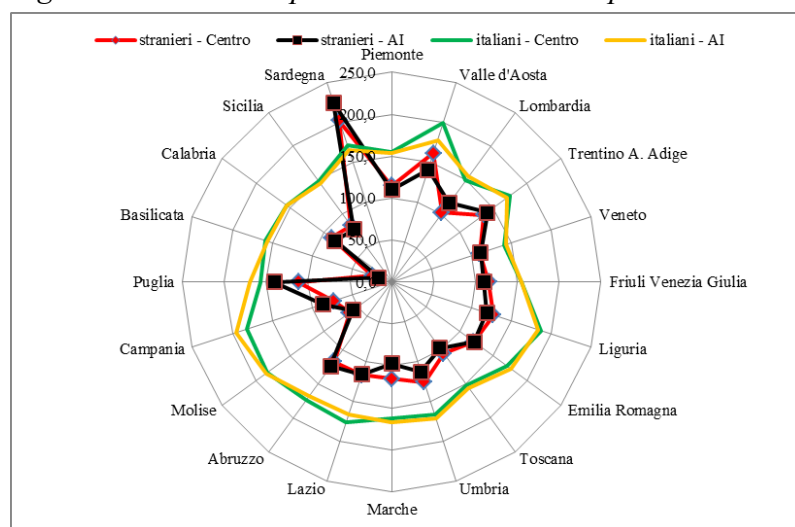
Il primo set di indicatori presi in esame cerca di verificare la struttura quantitativa del ricorso alle strutture ospedaliere da parte delle popolazioni straniere e italiane nelle due zone in cui si è bipartito il territorio nazionale: tutti gli indicatori sono calibrati secondo una popolazione media residente nello stesso periodo (vedi Tabella 1), permettendo un confronto con indicatori omogenei fra territori molto differenti.

Nel periodo 2011-2018, confrontando il tasso standard medio d'ospedalizzazione scomposto per nazionalità e partizioni territoriali (centro-aree interne) in ogni regione, si osserva come sia soprattutto la componente italiana a registrare i valori più alti mentre per gli stranieri la quota media più alta è in Sardegna; valori piuttosto bassi si notano nelle regioni con una spiccata presenza di comuni di aree interne, come la Basilicata e il Molise.

In particolare la maggiore ospedalizzazione della componente italiana è numericamente più alta fra i residenti della Valle d'Aosta, nei Comuni “centro” e fra quelli campani nei territori delle aree interne; la componente straniera mostra quote più elevate di ospedalizzazione (oltre che in Sardegna) fra i territori comunali centrali della Valle d'Aosta e tra i Comuni delle aree interne del Trentino Alto Adige/Südtirol e della Puglia.

La suddivisione dei dati medi per centri ed aree mostra minori differenze di accesso alle cure ospedaliere per i residenti italiani (come da elaborazione delle SDO) mentre per gli stranieri e in circa metà delle regioni, i tassi di ospedalizzazione dei residenti nelle aree interne risultano più alti.

Figura 6 – Tassi di ospedalizzazione standard per nazionalità e regione – anni 2011-2018

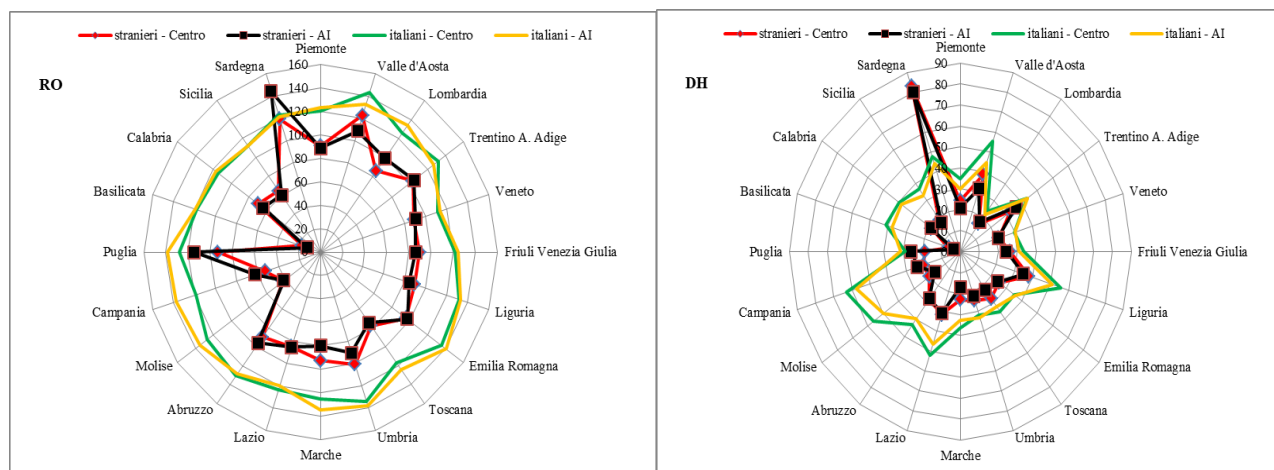


Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Le SDO possono essere classificate in ricoveri ordinari (RO) e day hospital (DH): il tipo di ricovero è legato alla patologia e alle cure necessarie, ma in alcuni casi può essere determinato dalla maggiore o minore promozione e adozione di modelli regionali d'assistenza ospedaliera diversificati.

L'analisi dei ricoveri ordinari (RO) mostra valori più elevati per i residenti italiani provenienti dalle aree interne, caratteristica meno evidente per i dimessi stranieri, come si può apprezzare nella figura 7.

Figura 7 – Tassi di ricoveri ordinari (RO) e in day hospital (DH) per nazionalità e regione – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I valori del tasso di day hospital (DH) degli italiani e stranieri mostra per entrambi valori più elevati per i residenti in aree centrali, con poche eccezioni come in Puglia dove il tasso di DH è più elevato nelle aree interne e in Campania, e in Emilia Romagna ma solo per la componente straniera.

L'ulteriore suddivisione e calcolo del tasso di ricoveri ospedalieri per genere (vedi tabella in appendice) mostra come la componente femminile ottenga sempre i valori più alti fra gli stranieri mentre tra le italiane, residenti nelle aree interne di alcune regioni (tra cui Piemonte, Lombardia e Marche) si osservano valori inferiori a quelli maschili.

Per quello che riguarda la suddivisione dei ricoveri secondo cause chirurgiche (così classificati poiché il paziente ha avuto uno o più interventi effettuati durante il soggiorno nell'istituto di cura) e cause mediche (senza intervento chirurgico, anche se il paziente viene sottoposto ad altre e diverse cure), si è osservato come le percentuali siano piuttosto simili nelle due popolazioni e nelle due zone, con un rapporto medico-chirurgico pari a 6-4 e una lieve prevalenza dei residenti stranieri in tutte le regioni dell'Italia centrale e settentrionale; solo in Sardegna si osserva una grande sproporzione fra le percentuali tra gli italiani e stranieri, con percentuali dei dimessi stranieri ricoverati per cause mediche vicine al 50%.

La composizione dei ricoveri ordinari per motivi a malattie/cause urgenti/acute (quindi non ricoveri riabilitativi o per le lungodegenze) mostra ovunque e per qualunque popolazione, valori superiori all'80%, ma con una "forbice" più vistosa fra i pazienti stranieri che in Lombardia, e Veneto (aree interne) raggiungono a malapena l'84% e in Puglia, Abruzzo, Campania (sempre nelle aree interne) superano il 95%.

Altro indicatore strutturale è quello relativo alla durata media della degenza ospedaliera in ricovero ordinario espressa in giorni: in generale, i valori relativi ai residenti di nazionalità italiana sono più elevati di quelli di nazionalità straniera mentre, considerando la partizione in macro classi, nei Comuni "centro" la degenza media è prevalentemente più alta, soprattutto se riguarda i residenti stranieri.

3. Il confronto con gli indicatori di salute: risultati

Le analisi degli stati di salute della popolazione residente, basate sulle diagnosi principali e in alcuni casi anche secondarie dei dimessi ospedalieri, sono state effettuate attraverso dei quozienti di ospedalizzazione per alcune patologie ben individuate e importanti dal punto di vista sanitario.

Si è scelto di restringere il numero e la tipologia degli argomenti a soli quattro gruppi di malattie e alle sole SDO, con la consapevolezza che il presente studio non possa restituire che solo parzialmente un fenomeno complesso e dinamico, con l'intenzione, inoltre, di offrire degli spunti di riflessione sulle differenze di salute relative soprattutto al binomio centri/aree interne.

Le malattie cardio-cerebrovascolari rappresentano anche in Italia uno dei problemi più importanti per la salute pubblica, infatti sono tra le principali cause di mortalità ed hanno un notevole impatto in termini di morbosità e invalidità.

Sono patologie legate anche all'invecchiamento oltre che allo stile di vita e, in molti casi, chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico con ripercussioni importanti sulla qualità della vita e sui costi economico-sociali.

E' un indicatore importante che spesso rappresenta anche il punto finale di condotte non consone ad uno stile di vita "sano" (corretta alimentazione, attività fisica regolare, abolizione del fumo di tabacco e riduzione del consumo di alcool) e per questo potrebbe anche segnalare la presenza di fattori di rischio socio-economici e psicosociali (livello socio-economico, isolamento sociale, stress, depressione ecc.)⁷.

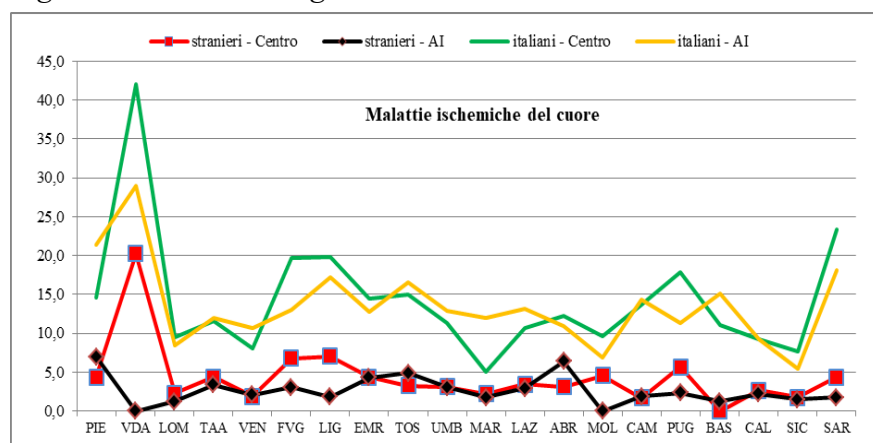
Le malattie cardio-cerebrovascolari sono state elaborate in base a due diverse diagnosi: le malattie ischemiche del cuore (Figura 8) e le malattie cerebro-vascolari (Figura 9).

La popolazione di riferimento usata per i due indicatori è la popolazione adulta dai 25 anni ed oltre.

In tutte le regioni i quozienti di ospedalizzazione riferiti a malattie ischemiche del cuore sono più elevati tra la popolazione italiana con una maggiore variabilità nelle aree "centro"; in Valle d'Aosta l'indicatore raggiunge il valore più elevato di 42 ogni 100mila abitanti seguito dalla Sardegna con 23,4 per 100mila abitanti mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia e nelle Marche.

Anche tra la popolazione straniera i valori più elevati si registrano nelle aree "centro" che raggiunge il massimo in Valle d'Aosta, mentre solo in Piemonte e Abruzzo i quozienti di ospedalizzazione sono significativamente più elevati nelle aree interne.

Figura 8– Indicatori sugli stati di salute: malattie ischemiche del cuore – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Il tasso di ospedalizzazione per malattie cerebro-vascolari, indipendentemente dalla cittadinanza, raggiunge valori molto più alti ed una maggiore variabilità rispetto all'indicatore precedente, come nelle aree interne del Friuli Venezia Giulia che raggiunge il valore di 137,7 ogni 100mila abitanti.

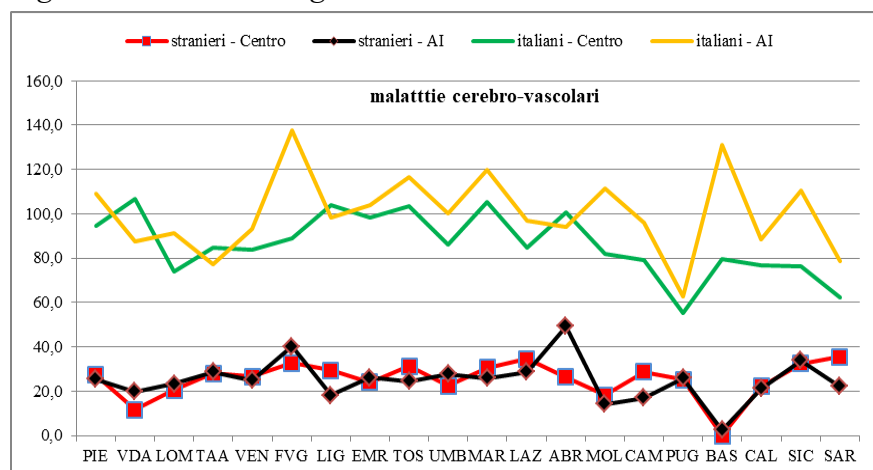
L'analisi per cittadinanza e aree mostra come tra la popolazione italiana i tassi più elevati si registrino nelle aree interne di quasi tutte le regioni ad eccezione della Valle d'Aosta, del Trentino Alto Adige, della

⁷ V Conferenza di Prevenzione Cardiovascolare – ISS, 2017

Liguria e dell'Abruzzo; per le aree "centro", inoltre, i valori tendono a diminuire man mano che si scende lungo l'asse Nord-Sud.

Tra la popolazione straniera, sia nei territori "centro", sia aree interne, la tendenza dell'indicatore è molto simile.

Figura 9– Indicatori sugli stati di salute: malattie cerebro vascolari – anni 2011-2018



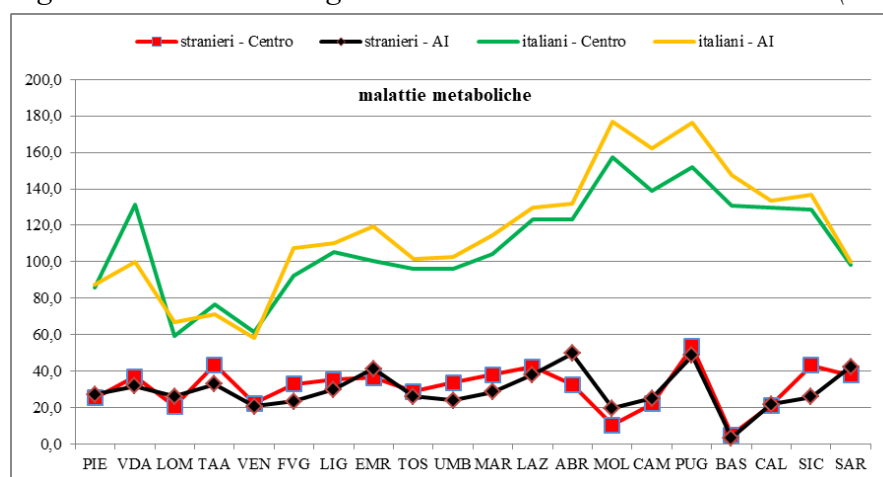
Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

L'approccio usato per misurare l'incidenza delle malattie metaboliche prevede il calcolo del tasso d'ospedalizzazione di degenti con diagnosi di diabete mellito.

Questa malattia è comune e diffusa in tutte le fasce di età, cronica ed eterogenea, rappresenta pertanto un problema sanitario rilevante e crescente, diffuso non solo nel nostro Paese, ma in tutto il mondo.

Il quoziente appare quindi come un buon indicatore sullo stato di salute della popolazione.

Figura 10– Indicatori sugli stati di salute: malattie metaboliche (diabete mellito) – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I tassi d'ospedalizzazione della popolazione italiana, come per gli indicatori precedenti, risultano molto più elevati di quelli della popolazione straniera e sono mediamente più alti nelle regioni del Sud: il valore medio più alto in Molise e in Puglia, dove si nota anche una maggiore variabilità.

La suddivisione per centri e aree interne mostra tra la popolazione italiana quozienti più elevati nelle aree interne ad eccezione di tre regioni del Nord.

Per la popolazione straniera il tasso risulta meno variabile: più elevato in Puglia per i territori “centro” e in Abruzzo per le aree interne.

Si noti come la Regione Puglia presenti, per questo indicatore, i valori più alti in entrambe le popolazioni (italiana e straniera) e per le due partizioni territoriali.

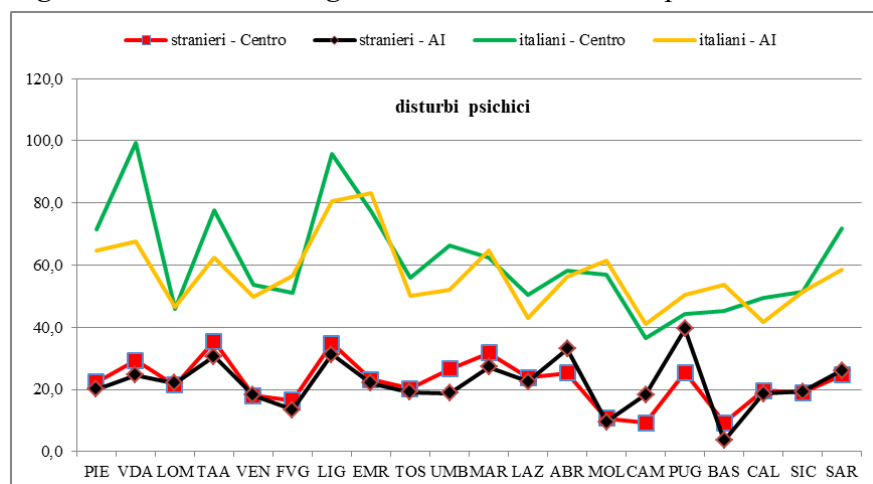
Tra gli indicatori di salute scelti, il tasso d’ospedalizzazione legato a diagnosi di malattie psichiche può rappresentare una variabile *proxy* (parziale) della “salute mentale”, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale per cui ogni individuo ha la capacità di sviluppare e realizzare il proprio potenziale.

I fattori determinanti della salute e dei disturbi mentali dipendono da caratteristiche individuali ma anche da situazioni socio-economiche e culturali.

A differenza dei precedenti indicatori, il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici, relativo a soggetti con necessità di assistenza psichiatrica, è calcolato considerando solo i ricoveri acuti, escludendo quindi i ricoveri riabilitativi e le lungodegenze che per loro natura hanno già ottenuto una diagnosi in precedenti ricoveri.

Valutando gli scostamenti regionali per cittadinanza si nota in Puglia valori abbastanza vicini tra il tasso di ospedalizzazione degli stranieri delle aree interne e quello degli italiani delle aree centro.

Figura 11– Indicatori sugli stati di salute: disturbi psichici – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

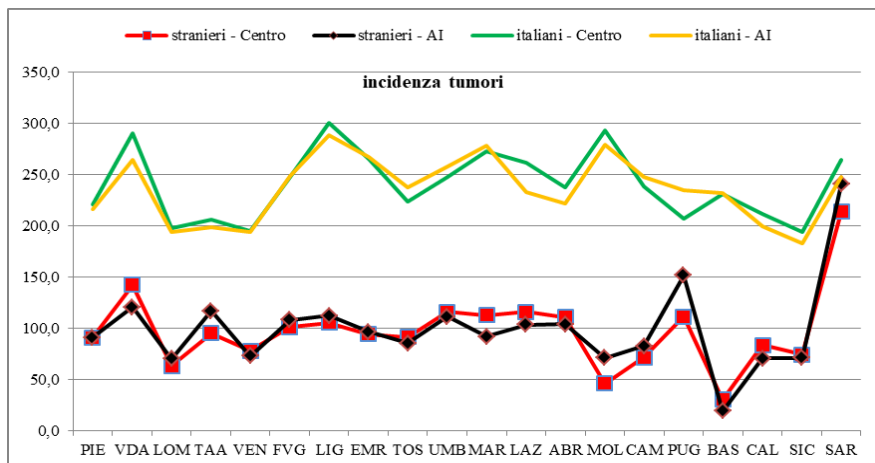
I tassi di ospedalizzazione della popolazione italiana presentano valori medi più elevati e una maggiore variabilità nelle aree centro, con un gradiente Nord- Sud: il valore medio più alto si rileva nella Valle d’Aosta e in Liguria.

L’analisi per “centri”, aree interne e cittadinanza mostra una lieve prevalenza di tassi più elevati nelle aree “centro” per le due popolazioni.

L’ultimo indicatore scelto per analizzare gli stati di salute è quello relativo alle dimissioni per malattie tumorali che, come detto precedentemente, è l’unico fra i cinque presentati a subire una modifica: per questo studio e per uniformità con gli indicatori utilizzati prima, si sono utilizzate le dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di natura tumorale (benigna e maligna), mantenendo però il metodo di calcolo utilizzato dal rapporto Osservasalute (rapporto con la popolazione di 0-99 anni, ogni 10.000 residenti medi nel periodo di riferimento).

I tumori rappresentano una patologia multifattoriale molto complessa, in cui i tempi di latenza tra l’esposizione ai fattori di rischio e lo sviluppo di un tumore possono essere molto lunghi; l’epidemiologia dei tumori è principalmente caratterizzata dall’invecchiamento della popolazione che determina un incremento costante del carico di malattia.

Figura 12– Indicatori sugli stati di salute: tumori – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

I tassi d’ospedalizzazione della popolazione italiana risultano più elevati di quelli della popolazione straniera, ma con una minore variabilità: il valore medio più alto in Liguria, sia per i territori “centro”, sia per le aree interne.

L’analisi per centri e aree interne e cittadinanza mostra una lieve prevalenza di tassi più elevati nelle aree centro per le due popolazioni.

Per la popolazione straniera il tasso più elevato si registra in Sardegna per entrambe le partizioni territoriali; sempre in Sardegna (unica regione), i valori tra il tasso di ospedalizzazione degli stranieri e quello degli italiani sono molto simili.

4. Il confronto con gli indicatori per popolazioni specifiche: risultati

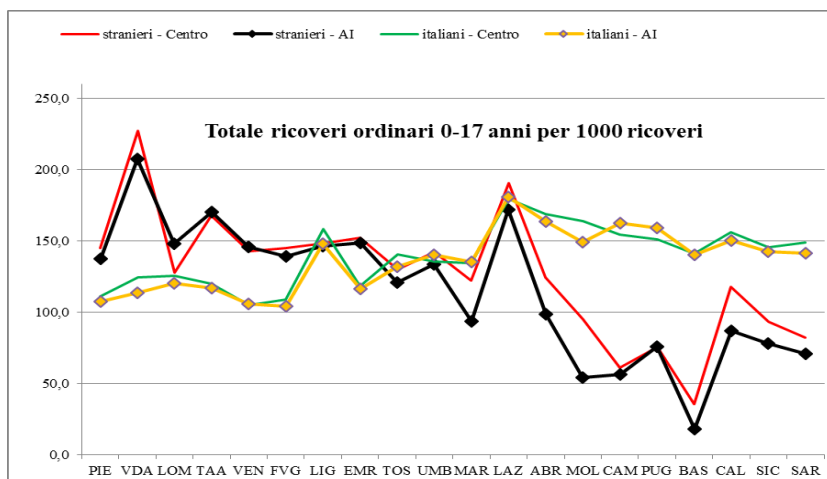
I dati statistici desunti dalle SDO permettono l’analisi per popolazioni “specifiche” (minori, anziani e donne) e quindi un approfondimento su segmenti di popolazione che necessitano di servizi sanitari per patologie tipiche del proprio status, contestualizzando tali informazioni in riferimento agli indicatori sullo stato di salute e sull’attività ospedaliera nel territorio.

Si vuole precisare che questo studio progettuale è più orientato al primo aspetto piuttosto che al secondo, in coerenza con quanto già esposto fino ad ora.

In riferimento al tasso di ricovero in regime ordinario per la popolazione minorenni, l’analisi per “centri” e aree interne e cittadinanza mostra una lieve prevalenza di tassi più elevati in tutte le regioni del Sud per la componente italiana rispetto a quella straniera, mentre per le regioni del Nord, eccetto Liguria e Lombardia, i valori più elevati sono quelli dei minori stranieri.

Non si osservano scostamenti apprezzabili in riferimento alla tipologia dei Comuni; il tasso più elevato per i minori stranieri si registra in Valle d’Aosta (oltre 200 ricoveri ogni mille) mentre il più basso si osserva in Basilicata che costituisce anche il maggior divario con quello riportato dai minori italiani (18,3 ricoveri ogni mille nelle aree interne e 35,8 nei “centri” contro 140 per gli italiani) (figura 13).

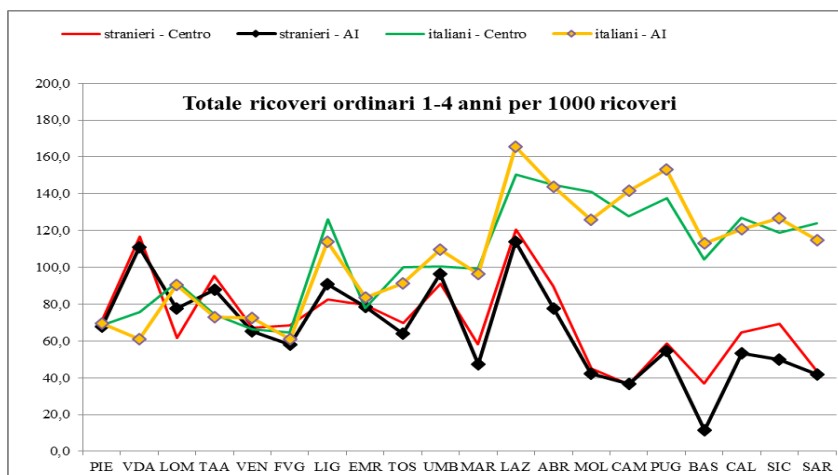
Figura 13– Indicatori su specifiche popolazioni: Totale ricoveri di minori 0-17 – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

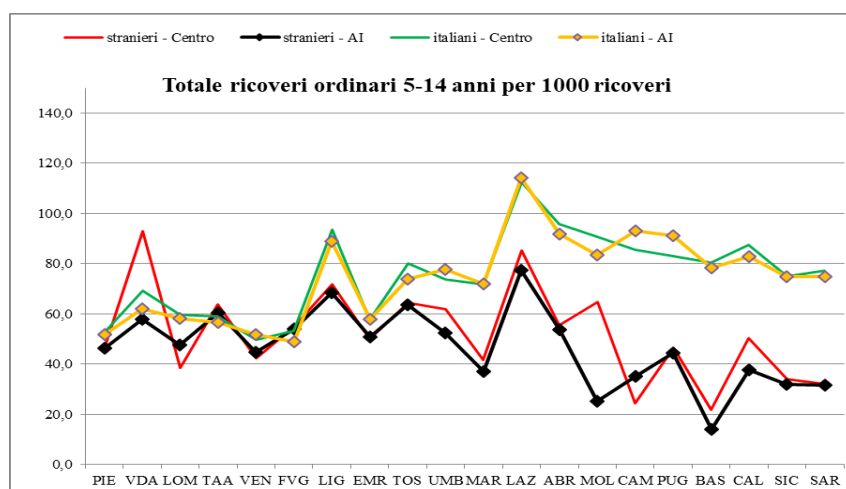
Dall'osservazione del tasso di ricovero dei minori distinto per classi d'età, si osserva come le differenze per cittadinanza risultino ancora più accentuate sempre al Sud per gli stranieri, e più lievi al Centro tranne che per l'Emilia Romagna, sia in riferimento alla classe di età 1-4 anni (Figura 14), sia per la classe 5-14 anni (Figura 15).

Figura 14– Indicatori su specifiche popolazioni: Totale ricoveri di minori 1-4 anni – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

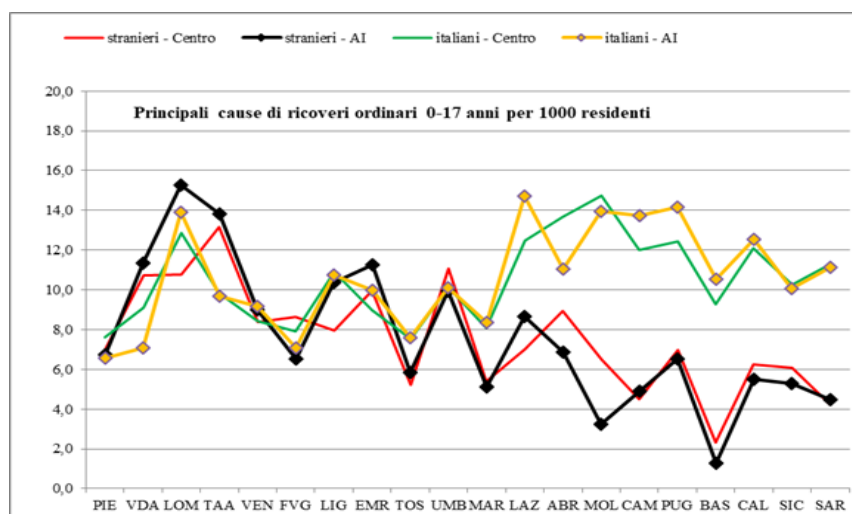
Figura 15– Indicatori su specifiche popolazioni: Totale ricoveri di minori 5-14 anni – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo)

In riferimento alle principali cause dei ricoveri, gli indicatori utilizzati considerano per la componente minorenni gli interventi per tonsillectomia e adenoidectomia, otiti e infezioni delle vie respiratorie, esofagiti e altre malattie dell'apparato digerente e sono riferiti sia al totale dei ricoveri ogni mille, sia al totale della popolazione 0-17 anni.

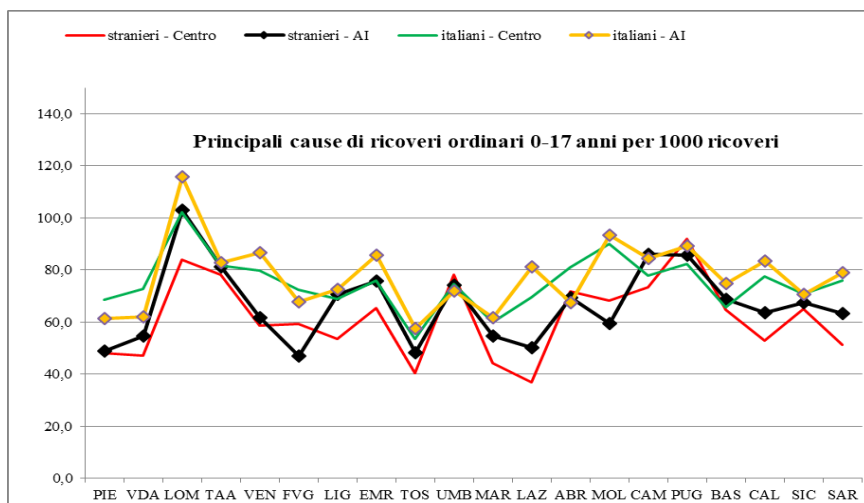
Figura 16– Indicatori su specifiche popolazioni: Principali cause di ricoveri di minori per 1000 residenti – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Il tasso di ospedalizzazione per i minori in relazioni alle principali cause presenta ancora una volta notevoli differenze tra italiani e stranieri in riferimento alla popolazione residente nelle regioni del Sud, cui si aggiungono Lazio e Marche (Figura 16) mentre se ci si riferisce al totale dei ricoveri in età pediatrica, l'indicatore mostra valori simili nelle componenti per cittadinanza e per tipologia di Comuni (Figura 17).

Figura 17 – Indicatori su specifiche popolazioni: Principali cause di ricoveri di minori per 1000 ricoveri – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

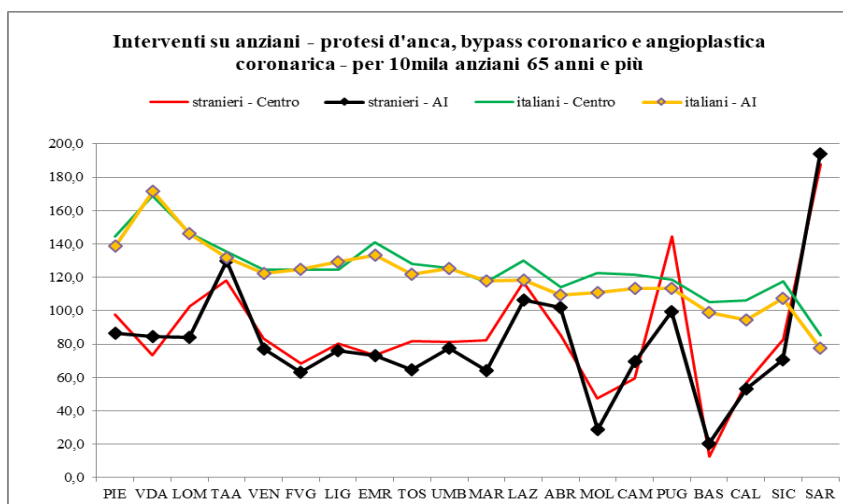
In particolare, le differenze tra le regioni risultano più contenute, in riferimento alle principali cause dei ricoveri, con la Lombardia che registra valori più elevati in tutte le componenti, ma non più così distanti dalle regioni del Sud.

I valori più bassi sono, invece, registrati in Toscana (per tutti), in Friuli Venezia Giulia, in Veneto e nel Lazio (e per gli stranieri inferiori agli italiani).

Gli indicatori riferiti alla popolazione anziana, persone di 65 anni e oltre, evidenziano i territori caratterizzati da una maggiore incidenza di interventi derivanti da patologie maggiormente debilitanti e lesive dell'autonomia personale, spesso gravemente compromettenti lo stato generale di salute, e definite per questi motivi ad alto impatto sociale.

Si tratta della somma di interventi di protesi all'anca, di bypass coronarico e angioplastica coronarica rapportati al totale dei ricoveri e alla popolazione residente per la stessa fascia di età.

Figura 18– Indicatori su specifiche popolazioni: Indicatore di impatto sociale anziani: interventi di protesi d'anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica per 10 mila persone di 65 anni e più – anni 2011-2018

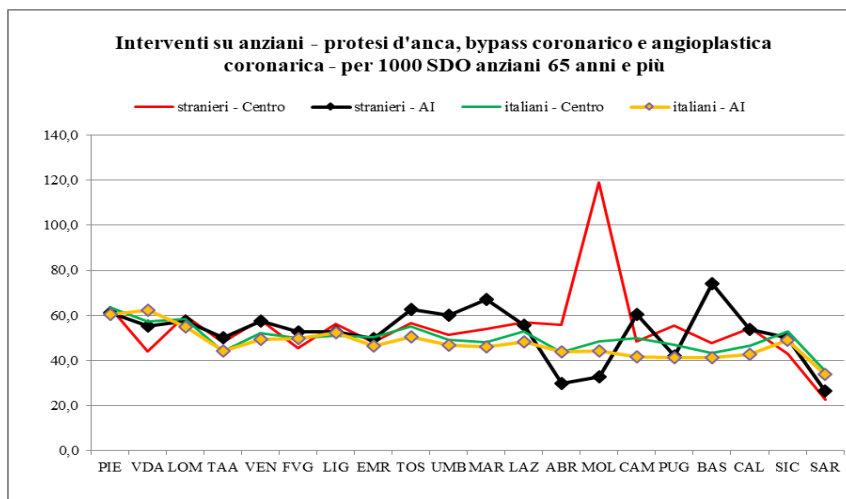


Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Per quasi la totalità delle regioni, la componente italiana mostra tassi sempre superiori a quella straniera, senza distinzione tra Comuni “centro” e aree interne; lievemente maggiori i valori nelle regioni del Nord, in particolare in Valle d’Aosta, Piemonte e Lombardia.

Nessuna differenza per cittadinanza in Trentino Alto Adige/Südtirol e molto contenuta in Lazio, Abruzzo e Puglia; solo in Sardegna l’indicatore è superiore per la componente straniera, addirittura più del doppio degli italiani (Figura 18).

Figura 19– Indicatori su specifiche popolazioni: indicatore di impatto sociale anziani: interventi di protesi d'anca, bypass coronarico e angioplastica coronarica per 1000 SDO di persone di 65 anni e più – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Dal confronto, invece, dell’indicatore riferito al totale dei ricoveri delle persone anziane nelle diverse regioni, le differenze risultano molto contenute nelle quattro componenti (Figura 19).

In alcune regioni del Centro e del Sud, tuttavia, si osserva una maggiore frequenza per gli interventi su stranieri delle aree interne (in Toscana, Umbria, Marche, Campania e Basilicata); il Molise registra un valore molto elevato per gli stranieri dei Comuni area centro, specie se rapportato agli stranieri delle aree interne.

Il numero di parti con taglio cesareo (TC) sul totale dei parti è considerato uno dei più importanti indicatori in grado di misurare la qualità dell’assistenza perinatale ed esistono delle soglie raccomandate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁸: ancora oggi il rapporto dei TC sul totale dei parti serve a monitorare e a confrontare in tutto il mondo la salute riproduttiva delle donne e la qualità dell’assistenza sanitaria.

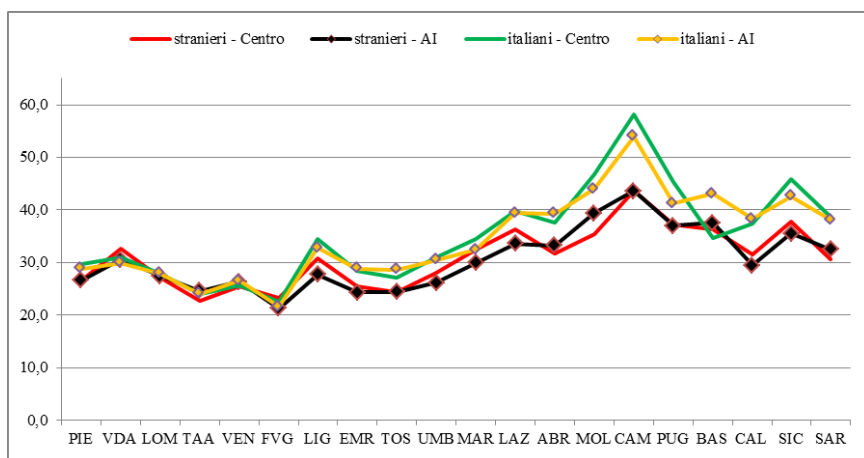
Nel periodo oggetto di analisi la proporzione di parti cesarei continua a scendere, sia per la popolazione italiana, sia per la straniera, rimanendo, tuttavia, significative differenze tra le regioni.

I tassi di ospedalizzazione medi regionali registrano andamenti crescenti a partire dalle regioni centrali, senza grosse differenze tra cittadine italiane e straniere; i valori più alti sono registrati in Campania, Molise e Sicilia.

L’analisi per zone “centro” e aree interne per cittadinanza mostra una lieve prevalenza di tassi più elevati nelle aree “centro” per entrambe le popolazioni (Figura 20).

⁸ Quando medicalmente giustificato, un parto cesareo può prevenire gravi complicanze materne e perinatali, ma se tale procedura non è necessaria sembra non esserci evidenze scientifiche che dimostrino un qualche beneficio in termini di salute per la madre o il bambino, per cui l’OMS suggerisce di non superare una proporzione di TC sul totale parti in un range del 10-15%. Questa soglia negli ultimi anni è oggetto di numerosi dibattiti in ambito scientifico.

Figura 20 – Indicatori su specifiche popolazioni: Parti con taglio cesareo per 1000 parti – anni 2011-2018



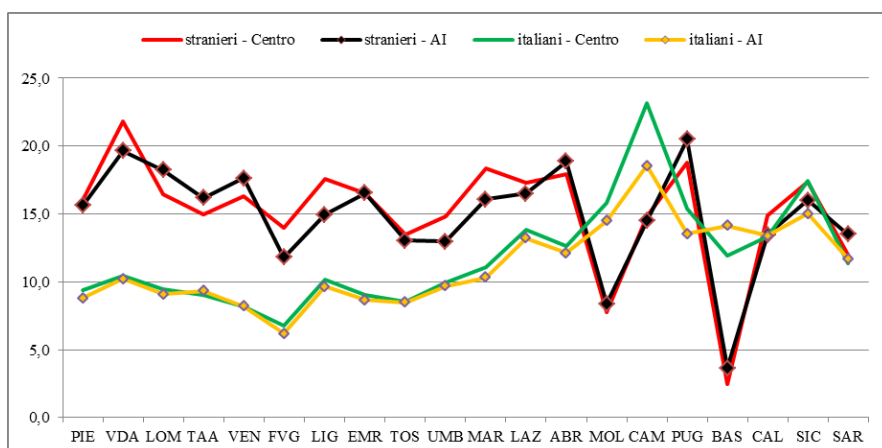
Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

Il tasso di incidenza dei TC è stato creato rapportando il numero di parti cesarei con la popolazione media femminile “fertile” (compresa nella fascia d’età 15-49 anni, in analogia con altri indicatori demografici, quali la natalità, l’abortività, ecc.).

Il suo andamento mostra differenze evidenti tra le due popolazioni: per la popolazione straniera infatti si osserva un maggiore ricorso al taglio cesareo e solo nelle regioni Molise, Campania e Basilicata il tasso di TC è maggiore per le italiane.

L’analisi per “centri” e aree interne per cittadinanza mostra tassi moderatamente più elevati nelle aree “centro” per le due popolazioni.

Figura 21 – Indicatori su specifiche popolazioni: Parti con taglio cesareo per 1000 donne 15-49 – anni 2011-2018



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat (banche dati ArMiDa e Demo).

5. Conclusioni

I dati sanitari estrapolati dalle SDO e le elaborazioni effettuate hanno fornito numerosi spunti e hanno evidenziato fra le regioni differenze e somiglianze, in base alle analisi scelte.

Il presente lavoro è incentrato sulla variabile dicotomica territori “centro”-aree interne, con l'intenzione di accertare, vista la metodologia utilizzata per questa classificazione territoriale, l'eventuale diverso grado d'accesso ai servizi di cura ospedalieri.

La prima sintesi riguarda quindi il tasso d'ospedalizzazione che mostra maggiore variabilità negli ospedalizzati stranieri residenti delle aree interne, con una tendenza alla diminuzione del tasso di ricovero quanto più si scende lungo la Penisola (uniche eccezioni: Puglia e Sardegna).

La scomposizione per tipo di ricovero ordinario (RO) e day hospital (DH) mette in luce alcune differenze, sia analizzando il fenomeno per cittadinanza, sia nelle zone “centro” e aree interne.

I quozienti d'ospedalizzazione RO mostrano differenze tra la componente italiana e straniera: per la prima aumenta l'incidenza nei residenti delle aree interne mentre per la seconda non ci osservano significative variazioni; i quozienti relativi ai DH invece, registrano per entrambe le cittadinanze valori più elevati nelle aree “centro”.

Relativamente alla durata media della permanenza in degenza, si rilevano valori più elevati per gli italiani, ma le differenze a livello regionale diminuiscono con un gradiente Nord-Sud; inoltre, i giorni di degenza media aumentano per i pazienti stranieri e diminuiscono per quelli italiani.

Anche in riferimento agli indicatori di salute si osservano differenze in base alla cittadinanza e alle macro-aree.

Si è osservato infatti che i due indicatori utilizzati per analizzare le malattie ischemiche e cerebrovascolari hanno comportamenti molto diversi per le diverse popolazioni: i quozienti relativi alle malattie ischemiche degli stranieri sono più elevati nelle zone “centro” mentre quelli relativi alle malattie cerebrovascolari dei residenti italiani sono più elevati nelle aree interne.

Questa tendenza che registra valori più elevati per la popolazione italiana nelle aree interne si manifesta anche per i quozienti relativi alle malattie metaboliche e più precisamente al ricovero per diagnosi di diabete mellito: i valori, infatti, ad esclusione di tre regioni del Nord-Ovest, nelle aree interne rimangono sempre più elevati rispetto ai territori “centro” e crescono quanto più si sposta nel Meridione.

Si è osservato, invece, come i valori relativi alle malattie psicologiche siano, nelle diverse regioni, più somiglianti che differenti per medesima macro-classe e presi reciprocamente fra residenti italiani e stranieri

I quozienti relativi alle ospedalizzazioni per cause legate a malattie tumorali non mostrano grandi discrepanze fra le cifre relative alle due macro-classi, tuttavia i valori restano molto variabili se confrontati tra le diverse regioni.

In riferimento alle popolazioni specifiche, le informazioni derivanti dalle SDO forniscono un quadro piuttosto differenziato tra le regioni, in particolare per quanto riguarda la componente in età minorile.

In generale, per le regioni del Sud i tassi per gli stranieri sono sempre inferiori a quelli degli italiani, anche con scostamenti elevati nei due gruppi; al contrario, nelle regioni settentrionali il tasso riferito ai ricoveri dei minori stranieri è maggiore; questa evidenza risulta ancora più accentuata se si considerano i ricoveri dei bambini da 1 a 4 anni.

Tuttavia, osservando gli indicatori riferiti alle principali cause di ricoveri pediatrici, non emergono particolari differenze tra italiani e stranieri e neppure tra territori comunali “centro” e quelli delle aree interne.

La possibile differenza nel ricorso ad una maggiore ospedalizzazione dei minori stranieri al Sud appare, invece, confermata dall'indicatore che rapporta il numero di ricoveri alla popolazione residente per la fascia

0-17 anni, presumibilmente riconducibile alle diverse caratterizzazioni che assume la presenza straniera nelle diverse regioni italiane.

Per quanto riguarda gli anziani, il quadro che emerge dal confronto regionale degli indicatori di maggiore impatto sociale sembra più articolato, ma evidenzia una tendenza chiara, tesa ad un maggior ricorso all'ospedalizzazione da parte della popolazione italiana in quasi tutte le regioni con riferimento alla popolazione di 65 anni ed oltre; eccezioni si riscontrano in Sardegna (valori molto più elevati per gli stranieri) e in Puglia (valori simili per entrambe le componenti).

Se si osservano gli indicatori riferiti al totale delle schede di dimissione per le persone di 65 anni e più, non si evidenziano, invece, particolari differenze: le disuguaglianze tra le regioni riguardano solo alcune regioni che si differenziano dall'andamento medio italiano, sia per gli italiani, sia per gli stranieri (in Sardegna) e in Abruzzo e nel Molise solo per gli stranieri (valori decisamente più bassi per gli stranieri delle aree interne e, solo per il Molise, più elevati per gli stranieri dei comuni centro).

L'indicatore specifico relativo al parto con taglio cesareo evidenzia valori più alti per le regioni centrali e meridionali, senza una marcata differenza in base alle aree Centro- Area interna; inoltre, i valori delle popolazioni sono molto vicini e solo in alcune regioni (tra cui, Campania e Sicilia) i valori delle popolazioni femminili italiane sono significativamente distanti da quelli delle omologhe straniere.

L'analisi dei tassi relativi ai parti con TC relazionati ai numeri medi di donne comprese fra 15 e 49 anni, mostra come cambi completamente la distribuzione regionale per la componente femminile straniera che supera i valori della componente italiana in tutti i casi, ad eccezione del Molise, della Campania e della Basilicata.

Per le italiane, invece, si evidenzia mediamente una maggiore incidenza al parto cesareo nelle popolazioni della macro classe aree Centro.

Quindi non sempre viene confermata l'esistenza di una relazione tra valori minimi dei quozienti d'ospedalizzazione dei residenti e la relativa distanza tra luogo di residenza e ubicazione dell'istituto ospedaliero/sanitario.

Le comparazioni regionali effettuate per i diversi indicatori mostrano un mosaico di informazioni spiegabili, sia da differenti gestioni dei servizi sanitari, sia dalla capacità delle Regioni e dello Stato di attuare politiche preventive che tengano conto della diversa sensibilità, informazione e stato di salute di tutta la popolazione residente, italiana e straniera.

Bibliografia

- Agenzia per la Coesione Territoriale (ACT) (2014), *Strategia nazionale per le Aree Interne: definizione, obiettivi, strumenti e governance*, Roma: http://www.agenziacoesione.gov.it/it/arint/Cosa_sono/
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). Report *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva: World Health Organization.
- Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica (2014), *Le aree interne: di quale territorio parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree*, Roma.
- Istituto Superiore di Sanità, "V Conferenza di Prevenzione Cardiovascolare", Comunicato Stampa 41/20017
- Nuti S., Maciocco G., Barsanti S. (2012), *Immigrazione e salute: percorsi di integrazione sociale*, Bologna: Il Mulino.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane (ONSRI) (2017), *Rapporto Osservasalute 2016*, Roma: Università Cattolica-IBSA.
- Pasini N. (a cura di) (2011), *Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, Milano: Franco Angeli.

Pullini A., (a cura di) (2011), *Diseguaglianze sociali e di salute*, Quaderni Ismu, n. 3/2011, Milano - ottobre 2011.

Saraceno C., Sartor N., Sciortino G. (a cura di) (2013), *Stranieri e disuguali*, Bologna: Il Mulino, pp. 197-224.

Tognetti Bordogna M. (2012), *Donne e percorsi migratori*, Milano: Franco Angeli, pp.142-168.

Appendice statistica (Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat, banche dati ArMiDa e Demo).

Tabella 1 – Indicatori strutturali: RO per genere e regioni (2011-2018)

| regioni | RO | | | | RO - M | | | | RO - F | | | |
|-----------------------|----------|-------|-----------|-------|----------|-------|-----------|------|------------|-------|-----------|-------|
| | italiani | | stranieri | | italiani | | stranieri | | italiane | | straniere | |
| | Centro | AI | Centro | AI | Centro | AI | Centro | AI | Centr o | AI | Centro | AI |
| Piemonte | 120,6 | 123,2 | 90,6 | 88,8 | 120,5 | 124,7 | 66,3 | 66,8 | 120,7 | 121,6 | 112,2 | 108,1 |
| Valle d'Aosta | 143,3 | 132,9 | 122,8 | 108,9 | 140,8 | 131,3 | 88,7 | 78,2 | 145,8 | 134,4 | 148,9 | 132,3 |
| Lombardia | 126,0 | 133,6 | 85,6 | 99,0 | 125,3 | 134,2 | 63,4 | 76,0 | 126,7 | 132,9 | 106,8 | 120,7 |
| Trentino A. | | | | | | | | | | | | |
| Adige | 131,5 | 126,5 | 103,4 | 104,7 | 124,0 | 122,2 | 79,2 | 80,9 | 138,7 | 130,9 | 124,7 | 126,0 |
| Veneto | 111,4 | 113,8 | 89,1 | 90,6 | 107,2 | 110,1 | 64,5 | 65,4 | 115,4 | 117,3 | 111,3 | 114,4 |
| Friuli Venezia Giulia | | | | | | | | | | | | |
| Liguria | 121,6 | 124,5 | 89,6 | 86,0 | 118,2 | 124,4 | 65,7 | 64,1 | 124,8 | 124,6 | 111,3 | 104,6 |
| Emilia R. | 131,9 | 133,3 | 89,4 | 84,4 | 130,9 | 133,5 | 64,1 | 63,9 | 132,9 | 133,0 | 111,4 | 101,8 |
| Toscana | 135,1 | 140,8 | 95,8 | 97,3 | 132,0 | 140,1 | 72,0 | 72,2 | 138,1 | 141,4 | 116,8 | 119,3 |
| Umbria | 116,9 | 123,8 | 77,8 | 74,6 | 114,8 | 125,0 | 56,8 | 55,7 | 118,9 | 122,7 | 95,9 | 90,9 |
| Marche | 134,6 | 138,2 | 100,9 | 90,6 | 133,7 | 138,1 | 77,7 | 70,4 | 135,4 | 138,2 | 118,9 | 107,2 |
| Lazio | 125,5 | 134,5 | 92,6 | 80,1 | 125,2 | 136,1 | 67,1 | 56,6 | 125,7 | 133,0 | 113,9 | 99,5 |
| Abruzzo | 123,6 | 120,1 | 84,9 | 85,4 | 117,9 | 115,6 | 64,6 | 63,4 | 128,8 | 124,5 | 103,2 | 106,0 |
| Molise | 130,3 | 128,9 | 89,6 | 96,0 | 129,1 | 128,8 | 63,4 | 72,1 | 131,5 | 128,9 | 111,4 | 116,2 |
| Campania | 127,1 | 135,1 | 42,0 | 41,0 | 124,8 | 135,0 | 32,8 | 30,0 | 129,4 | 135,3 | 50,3 | 51,3 |
| Puglia | 118,9 | 137,3 | 52,7 | 62,2 | 113,3 | 139,0 | 36,4 | 42,0 | 120,5 | 137,4 | 70,1 | 82,6 |
| Basilicata | 128,1 | 138,2 | 92,7 | 114,5 | 127,0 | 134,2 | 64,3 | 78,5 | 130,8 | 139,6 | 117,4 | 142,1 |
| Calabria | 117,6 | 119,1 | 17,8 | 12,6 | 113,8 | 118,1 | 13,9 | 10,6 | 123,2 | 122,4 | 21,4 | 15,3 |
| Sicilia | 114,6 | 117,3 | 70,1 | 64,4 | 113,2 | 114,3 | 47,3 | 43,2 | 117,1 | 116,1 | 90,9 | 85,0 |
| Sardegna | 111,9 | 112,2 | 64,6 | 60,0 | 109,5 | 110,7 | 47,0 | 39,1 | 114,1 | 113,5 | 82,9 | 81,9 |
| Totale | | | | | | | | 147, | | | | |
| | 123,3 | 121,2 | 119,3 | 144,4 | 118,3 | 118,3 | 106,1 | 7 | 127,9 | 124,1 | 135,8 | 145,4 |
| | 122,7 | 124,4 | 86,0 | 85,3 | 120,1 | 122,8 | 63,4 | 63,0 | 124,9 | 125,7 | 106,6 | 105,7 |

ABSTRACT

This work is inspired by a project study by the Observatory on the Immigration Phenomenon of Macerata, whose objective was the analysis of the access of the Italian and foreign resident population to health services at the provincial level, with statistics coming from the elaboration of the discharge forms hospital.

Subsequent works have expanded the territorial analysis at the regional level by comparing the data of the regions of Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Liguria, Sardinia with a resident population similar to the Marche region.

From the experience developed, an analysis of the data at a regional level is proposed, constructing some health indicators to compare the reference populations in the "internal" territories or using the subdivision of the territory into "poles" and "areas" with different degrees of perifericity developed by the Territorial Cohesion Agency.

Some health indicators of the National Health Observatory in the Italian regions have also been calculated for specific population categories: this will provide a general picture of both the structure of the resident population and hospital, and the health potential that can be derived from some diagnoses and contained interventions. in medical records taken from hospitalizations.