

## Presenza di immigrati stranieri

**Significato.** La quota di cittadini provenienti da paesi definiti ad «alta pressione migratoria» (praticamente tutti i paesi, tranne quelli dell'Unione europea, del Nord-America, l'Australia, il Giappone ed Israele), calcolata rispetto al totale della popolazione, vuole porre in evidenza l'aspetto quantitativo dei problemi collegati con l'immigrazione e, in particolare, quelli della convivenza e dell'integrazione. Dal punto di vista sociale e sanitario, tale popolazione risulta particolarmente a rischio per le condizioni nelle quali spesso si trova a vivere.

Parametro misurato	Cittadini di «paesi ad alta pressione migratoria» iscritti in anagrafe per mille abitanti
Numeratore	Cittadini di «paesi ad alta pressione migratoria iscritti» in anagrafe al 1° gennaio 2001
Denominatore	Popolazione totale iscritta in anagrafe al 1° gennaio 2001

**Validità e limiti.** La quota di stranieri iscritti in anagrafe ha una validità relativa rispetto alla reale presenza straniera sul territorio, in quanto dipende dalle norme in vigore (solo da poco tempo è richiesta una precisa corrispondenza tra permesso di soggiorno, e quindi presenza legale in Italia, ed iscrizione ad un'anagrafe comunale), dalla mobilità temporanea degli immigrati all'interno del paese, dalle presenze di «irregolari». Inoltre, le uscite definitive dall'Italia, per ritorno al paese d'origine o per altra destinazione, difficilmente vengono trascritte in anagrafe, con la conseguenza nel tempo di sovrastimare la presenza anagrafica straniera.

I permessi di soggiorno sono gestiti dalle questure secondo le norme in vigore e, in particolare, subiscono tutte le variazioni indotte dalle «sanatorie» che negli ultimi anni sono state piuttosto frequenti. Le relative statistiche, curate dall'ISTAT, hanno dovuto più volte subire ridimensionamenti, anche importanti, per l'evidente presenza negli archivi di nominativi duplicati e di permessi da tempo scaduti.

Cittadini di paesi ad alta pressione migratoria iscritti in anagrafe (per 1.000 abitanti)



Per entrambe le misure qui utilizzate, che sono calcolate come media a livello regionale, va tenuto presente che la concentrazione della presenza straniera è molto disomogenea sul territorio di una regione, potendosi avere, in generale, una maggiore presenza nei grandi centri, nelle aree industriali, ovvero in quelle ad agricoltura intensiva.

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** ISTAT, La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2001.

Regione	Da paesi ad alta pressione migratoria	Stranieri in	Permessi di
	Stranieri in	anagrafe: 2001	soggiorno: 2000
	(‰ residenti)		(‰ residenti)
Piemonte	22,2		17,0
Valle d'Aosta	15,7		15,8
Lombardia	32,0		27,9
Trentino-Alto Adige	23,4		20,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	19,6		...
<i>Trento</i>	27,2		...
Veneto	28,7		24,3
Friuli-Venezia Giulia	24,1		24,0
Liguria	18,7		16,8
Emilia-Romagna	29,7		23,6
Toscana	26,6		25,0
Umbria	29,8		24,6
Marche	25,4		18,9
Lazio	36,0		36,8
Abruzzo	15,9		12,9
Molise	6,1		5,2
Campania	8,3		8,9
Puglia	7,9		7,1
Basilicata	5,2		4,8
Calabria	8,2		7,1
Sicilia	11,9		9,1
Sardegna	5,7		5,7
<b>ITALIA</b>	<b>21,8</b>		<b>19,3</b>
<i>Variabilità regionale (C.V.)</i>	<i>51,0</i>		<i>52,4</i>

C.V. = Coefficiente di variazione = Deviazione standard / Media (%)

### **Descrizione dei Risultati**

La presenza straniera nelle regioni italiane ha assunto carattere di immigrazione a partire dai tardi anni '70. Essa si mantiene in ogni caso a livelli molto inferiori a quelli sperimentati da altri paesi europei di più antica esperienza migratoria: anche scontando la probabile regolarizzazione a seguito dell'ultima sanatoria, ancora in fase di verifica, l'Italia rimane al di sotto della soglia del 5%.

Le regioni del Sud, tranne Abruzzo e Sicilia, sono nettamente al di sotto della media nazionale, anche se in parte si può dubitare che le anagrafi locali non riportino adeguatamente la popolazione straniera residente nelle regioni meridionali, per un minore rispetto delle regole e, soprattutto, a causa di una presenza a carattere più temporaneo o stagionale. La presenza massima registrata nel Lazio è in parte dovuta al ruolo di riferimento che Roma mantiene come centro della cristianità, come sede delle ambasciate e, più in generale, come uno tra i principali punti di primo approdo.

### **Gli immigrati stranieri: il loro aumento negli anni '90 secondo le diverse fonti**

**Significato.** La presenza nella popolazione di cittadini stranieri è ormai diventata di una certa consistenza quasi ovunque in Italia. Il fenomeno ha avuto negli anni '90 un vistoso incremento di fatto, ma anche una migliore sistemazione legale grazie a due specifici provvedimenti legislativi (legge «Martelli» e legge «Turco-Napolitano», alle quali nel 2002 si è aggiunta la legge «Bossi-Fini»), provvedimenti che sono sempre stati accompagnati nella loro prima applicazione da «sanatorie», che hanno trasformato numerosi immigrati irregolari in stranieri regolarmente residenti nel nostro paese.

Dal momento che, in genere, un'immigrazione recente come la nostra è costituita per la maggior parte da individui giovani e tendenzialmente selezionati per uno stato di salute sufficientemente buono, la popolazione immigrata non presenta particolari aspetti di rischio sanitario, se non per le cattive condizioni nelle quali spesso si trova costretta a vivere e per la pericolosità dei lavori che spesso svolge. Nei casi in cui l'insediamento dell'immigrato sia compiuto nelle forme della formazione di una nuova famiglia o di un ricongiungimento con la famiglia precedentemente lasciata nel paese d'origine ci si può aspettare una maggiore utilizzazione dei servizi materno-infantili, proprio a causa dell'alta quota di coppie giovani più che ai differenziali dei loro livelli riproduttivi.

**Validità e limiti.** Alle due tradizionali fonti di dati sulla presenza straniera – i permessi di soggiorno e le anagrafi – in occasione dei censimenti se ne aggiunge una terza, che enumera i residenti in possesso di cittadinanza straniera. Nei casi di presenza più precaria o irregolare il reperimento degli immigrati da parte dei rilevatori di censimento può non essere stato esaustivo, specie in alcune aree del paese dove è più facile occultare la propria presenza (in particolare le grandi città) o dove è minore l'integrazione sociale o la presenza di organizzazioni etniche ed assistenziali (segnatamente il Sud Italia), le quali in molte situazioni hanno validamente coadiuvato gli organi ufficiali per il censimento degli immigrati.

Per quanto riguarda i dati sui cittadini stranieri iscritti nelle anagrafi dei comuni italiani va ricordato che gli immigrati dall'estero sono estremamente mobili, specialmente nella prima fase di insediamento. Tale mobilità, in genere connessa con le vicende lavorative, può comportare sia spostamenti temporanei o definitivi tra le varie aree del nostro paese, sia ritorni più o meno prolungati al paese d'origine, sia eventualmente migrazioni verso altri paesi. In molti di questi casi l'immigrato non ha alcun interesse a comunicare all'anagrafe d'iscrizione il suo spostamento. Può così succedere che le anagrafi riportino una situazione non attuale della presenza straniera.

Infine, i dati statistici tratti dalla tenuta dei registri dei permessi di soggiorno, per quanto saltuariamente «ripuliti» dai permessi scaduti e dalle sempre possibili duplicazioni, costituiscono più il sottoprodotto di una fonte amministrativa che una specifica fonte statistica. Va considerato inoltre il fatto che le leggi più recenti hanno teso ad abbinare la concessione del permesso di soggiorno con l'iscrizione in anagrafe, facendo così dell'immigrato regolare forzatamente un residente con cittadinanza straniera.

Per le misure qui utilizzate, che sono calcolate come media a livello regionale, va tenuto presente che la concentrazione della presenza straniera è molto difforme sul territorio di una regione, potendosi avere, in generale, una maggiore presenza nei grandi centri, nelle aree industriali, ovvero in quelle ad agricoltura intensiva. Per questo motivo, si è preferito presentare sul cartogramma la misura più generica della presenza straniera (cittadini stranieri residenti per 100 residenti in totale) ad un livello territoriale molto articolato (le ASL), senza però poter distinguere la tipologia della loro provenienza (paesi a forte pressione migratoria o meno).

Parametro misurato	Presenza di cittadini stranieri
Numeratore	Cittadini stranieri secondo le diverse fonti
Denominatore	Popolazione residente totale

**Fonte dei dati e anni di riferimento:** Istat: 13° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 20 ottobre 1991; 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 21 ottobre 2001; La presenza straniera in Italia negli anni '90. (Informazioni n. 61 - 1998); La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2001. (Statistiche in breve - 1° agosto 2001); La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche. Permessi di soggiorno al 1° gennaio degli anni 2001, 2002, 2003. (Collana Informazioni 21 giugno 2004).

### **Descrizione dei Risultati**

Nella situazione ancora immatura dell'immigrazione d'inizio anni '90 il censimento del 1991 era riuscito ad enumerare nell'insieme dell'Italia solo circa 350 mila stranieri residenti, che corrispondevano a poco più della metà dei contemporanei permessi di soggiorno e che sottovalutavano di circa 200 mila i cittadini stranieri iscritti in anagrafe. Nel 2001, i dati delle tre fonti tendono invece a coincidere intorno a 1,4 milioni, con il dato tratto dal censimento leggermente inferiore (1,335 milioni) e quello d'anagrafe al 1° gennaio 2001 un po' più elevato (1,465 milioni).

L'aumento (qui misurato con la variazione media annua percentuale) è stato dunque molto rilevante, in parte come conseguenza dei reali afflussi di nuovi immigrati nel corso del decennio, in parte per una più corretta considerazione legale della loro presenza a seguito delle diverse sanatorie intervenute e, per quanto riguarda i censimenti, probabilmente per una più efficace azione di reperimento dei residenti stranieri. Gli aumenti più vistosi sono registrati nelle regioni della cosiddetta «Terza Italia», cioè nelle Venezie, in Emilia-Romagna, nelle Marche ed in Umbria; quelli più ridotti si sono registrati nelle Isole, e poi in Campania, Molise e Lazio – in quest'ultima regione, però, la presenza straniera era già forte all'inizio del decennio.

L'incidenza sulla popolazione totale è conseguentemente aumentata, portandosi ad una media italiana del 2,3%, ma non superando in alcuna regione la soglia del 4%. Le differenze tra il Centro-Nord ed il Sud sono però molto rilevanti, con quasi tutte le regioni del Sud su valori inferiori ad un immigrato residente ogni 100 residenti in totale. Si può imputare parte di questi divari ad una maggiore precarietà delle presenze straniere al Sud, sia sotto gli aspetti dell'insediamento che sotto quelli dell'ufficialità e continuità dei lavori svolti: in tali condizioni la loro presenza potrebbe risultare sia sottoregistrata nella popolazione anagrafica, sia più difficilmente censita durante le operazioni censuarie. Ad entrambi i censimenti prevalgono le provenienze da paesi «a forte pressione migratoria», ma la quota è sensibilmente aumentata, superando ora quasi ovunque l'80%. Sotto quest'aspetto, il Centro (Marche escluse) sta con le regioni del Sud, su valori inferiori alla media italiana, dovendosi però considerare per il Lazio la presenza della capitale come sede di ambasciate straniere e di congregazioni religiose che ospitano cittadini provenienti da tutto il mondo e, per la Toscana e l'Umbria, il non trascurabile fenomeno delle cosiddette «elezioni di residenza» da parte di cittadini abbienti e spesso anziani, provenienti da paesi sviluppati, che hanno scelto di trasferirsi nei luoghi considerati più ameni nel nostro paese.

Rispetto ai dati qui presentati, riferiti a periodi antecedenti l'ultima sanatoria, va considerato che questa ha accolto più di 600 mila immigrati portando il totale a più di due milioni.

### Tasso di infortuni sul lavoro di lavoratori nati all'estero

**Significato.** L'indicatore esprime il rischio infortunistico che i lavoratori stranieri conoscono nel nostro paese. Il tasso di infortunio è tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (European Statistics on Accidents at Work) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di infortuni occorsi nel 2001 a lavoratori nati all'estero, iscritti all'INAIL e indennizzati entro il 2003, e il numero di lavoratori nati all'estero iscritti all'INAIL. Sono esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto durata non superiore a 3 giorni (non indennizzabili).

---

Numeratore Numero incidenti sul lavoro indennizzati dall'INAIL a lavoratori nati all'estero  
 Denominatore Numero di lavoratori nati all'estero iscritti all'INAIL

---

**Validità e limiti.** L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. Sono quindi escluse alcune categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. La statistica riporta i dati di lavoratori «nati all'estero» senza distinguere tra immigrati e cittadini italiani nati all'estero.

A imporre una certa cautela nella lettura dei risultati è il fatto che i dati sugli infortuni riguardano indistintamente sia i lavoratori stranieri che i lavoratori nati all'estero, includendo perciò anche una quota di figli di italiani emigrati. Perciò la cautela è d'obbligo nei confronti di paesi quali Svizzera, Germania, Francia e diversi paesi americani che sono stati tradizionale sbocco per i nostri flussi migratori.

Un'altra distorsione consiste nel fatto che il numero degli infortuni rilevato statisticamente è sottodimensionato rispetto alla realtà poiché molti lavoratori, specialmente quando lavorano in nero, sono costretti a denunciare gli eventi come semplici malattie al fine di evitare ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

**Benchmark.** Dati lavoratori italiani: 4,2 infortuni per 100 addetti nel 2001.

Dati europei: 4,1 infortuni per 100 addetti nel 1999 (ESAW - EUROSTAT).

Dati europei: 3,8 infortuni per 100 addetti nel 2001 (UE - classificazione NACE).

Grafico 1 - Infortuni indennizzati a lavoratori nati all'estero - Tasso per 100 iscritti - Anno 2001

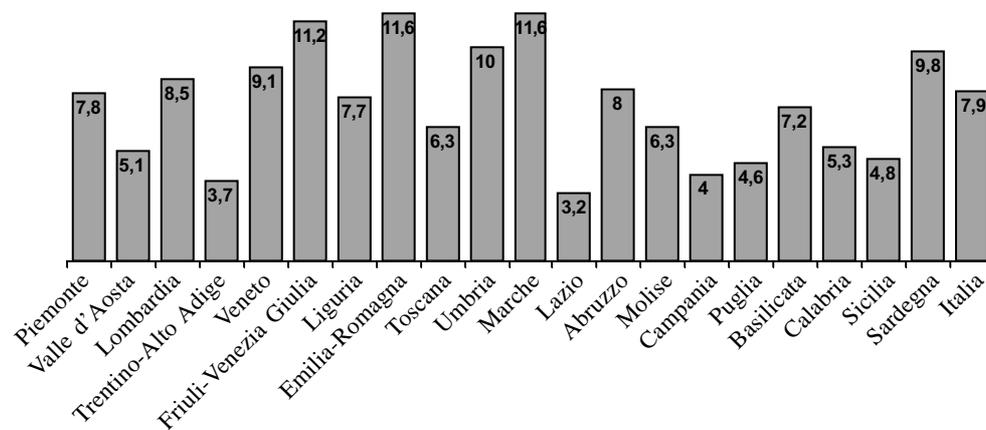


Tabella 1 - *Infortuni indennizzati a lavoratori nati all'estero - Anno 2001*

Regione	N. infortuni	N. iscritti	Tasso per 100 iscritti
Piemonte	3.658	46.617	7,8
Valle d'Aosta	132	2.585	5,1
Lombardia	13.063	153.870	8,5
Trentino-Alto Adige	2.259	61.395	3,7
Veneto	11.010	121.350	9,1
Friuli-Venezia Giulia	2.973	26.602	11,2
Liguria	943	12.295	7,7
Emilia-Romagna	10.823	93.443	11,6
Toscana	3.379	53.992	6,3
Umbria	1.602	16.006	10,0
Marche	3.130	27.034	11,6
Lazio	1.656	52.243	3,2
Abruzzo	1.162	14.510	8,0
Molise	97	1.546	6,3
Campania	469	11.679	4,0
Puglia	825	17.979	4,6
Basilicata	180	2.495	7,2
Calabria	183	3.452	5,3
Sicilia	712	14.862	4,8
Sardegna	238	2.418	9,8
<b>Italia</b>	<b>58.494</b>	<b>736.373</b>	<b>7,9</b>

Fonte dati: INAIL - infortuni sul lavoro indennizzati, Anno 2001.

### **Descrizione dei Risultati**

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2001 rappresenta circa il 4% degli occupati. Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose, nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura. Il rischio infortunistico è conseguentemente più alto tra questi lavoratori, mediamente circa il doppio di quello dei lavoratori italiani. Le regioni con il maggior numero di casi di infortunio tra gli stranieri sono la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna, ma in termini relativi spiccano, insieme alla stessa Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche con circa un infortunio indennizzato per ogni dieci lavoratori assicurati. I dati ufficiali forniscono indicazioni utili sulle caratteristiche dell'incidentalità; tuttavia comparazioni geografiche tra lavoratori stranieri e italiani e tra settori lavorativi sono inficiate dalla diversa incidenza del lavoro irregolare nelle regioni.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il rapporto tra numero di infortuni e numero di occupati è un indicatore del fenomeno infortunistico. Va tenuto presente che l'incidenza degli infortuni dipende dal numero degli assicurati.

Il tasso di infortunio va calcolato con riferimento non alla popolazione in generale bensì alle forze lavoro in attività e, in particolare, a quelle assicurate all'INAIL. Queste distinzioni pongono una certa complessità nel caso dei lavoratori immigrati. Per calcolare il tasso di rischio infortunistico degli immigrati è necessario rapportare gli infortuni al totale dei lavoratori stranieri occupati. Sono disponibili dati INAIL sul totale delle posizioni assicurative di lavoratori nati all'estero a tutto dicembre 2001 e sul numero di nuove assunzioni a livello regionale. Da questi dati è stato possibile stimare un denominatore quanto più possibile coerente con i dati disponibili sugli infortuni indennizzati.

### Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia

**Significato.** In Italia la popolazione straniera è raddoppiata nell'ultimo decennio, passando da circa 650.000 a 1.350.000 presenze regolari. Nonostante l'AIDS venga da più parti indicato come un'area critica per la salute degli immigrati, a tutt'oggi non esistono stime dell'incidenza della malattia tra gli stranieri nel nostro paese, soprattutto per via delle difficoltà legate alla quantificazione dei denominatori.

Il tasso di incidenza dell'AIDS permette di valutare la frequenza di casi diagnosticati in relazione alla dimensione della popolazione che li ha originati. I tassi, costruiti su base triennale per attenuare le imprecisioni dei denominatori stimati su base annua, sono stati calcolati specifici per età, sesso e area di provenienza.

Numeratore	Numero di casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia nel triennio, età > 17 anni	x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia nel triennio, età > 17 anni	

La fonte dei dati relativi ai casi di AIDS è rappresentata dal Registro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale registro raccoglie le diagnosi di AIDS notificate in Italia a partire dal 1982. La notifica è obbligatoria per legge dal 1987.

La stima della popolazione straniera presente in Italia, utilizzata al denominatore, si basa sui dati dei permessi di soggiorno rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat.

Il presente studio, nato da una collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, Istituto Italiano di Medicina Sociale e Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ha l'obiettivo di stimare l'incidenza dell'AIDS tra gli immigrati presenti in Italia e di analizzarne i trend temporali. Il periodo considerato è compreso tra il 1992 e il 2000.

**Validità e limiti.** Lo studio, condotto su scala nazionale, è basato su dati di popolazione raccolti da un registro consolidato: questi rappresentano i suoi principali punti di forza.

I limiti riguardano essenzialmente la stima dei denominatori.

In primo luogo, la presenza straniera in Italia è sottostimata in quanto le fonti di rilevazione ufficiali non permettono di individuare la quota di irregolari. Questo limite dovrebbe tradursi verosimilmente in una sovrastima dei tassi. Tuttavia, è possibile che tale effetto sia in parte controbilanciato dalla quota di stranieri regolari che soggiornano in Italia per periodi di tempo inferiori all'anno e che, pertanto, dovrebbe contribuire al calcolo del denominatore solo per frazioni di anno.

In secondo luogo, si osservano nel periodo in studio forti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con le due sanatorie, avvenute nel 1995 (D.L. 489/95) e nel 1998 (L. 40/98). Per tale ragione, si è scelto di calcolare l'incidenza come tasso medio triennale.

**Benchmark.** Può essere utile confrontare i tassi di incidenza tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, nei tre trienni considerati (valori di riferimento: 8,8 nel 1992-1994; 8,3 nel 1995-1997; 3,5 nel 1998-2000).

**Descrizione dei Risultati**

Dal 1992 al 2000, sono stati notificati all'Istituto Superiore di Sanità 34.718 casi di AIDS, relativi a soggetti maggiorenni: di questi 2.069 (6%) erano stranieri.

Nel periodo in studio, la percentuale di stranieri tra i casi è aumentata costantemente, passando dal 3% nel 1992 al 14% nel 2000.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza, si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1995-1997, sia tra gli stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo che tra quelli provenienti da paesi a sviluppo avanzato.

Tabella 1 - *Tassi di incidenza triennali di AIDS tra gli stranieri in Italia di età >17 anni, per area di provenienza - Anni 1992-2000 (tassi per 100.000)*

Area di provenienza	Triennio		
	1992-1994	1995-1997	1998-2000
Paesi in via di sviluppo	56,1	72,1	53,5
Paesi a sviluppo avanzato	22,0	24,0	8,7
<b>Italia</b>	<b>8,8</b>	<b>8,3</b>	<b>3,5</b>

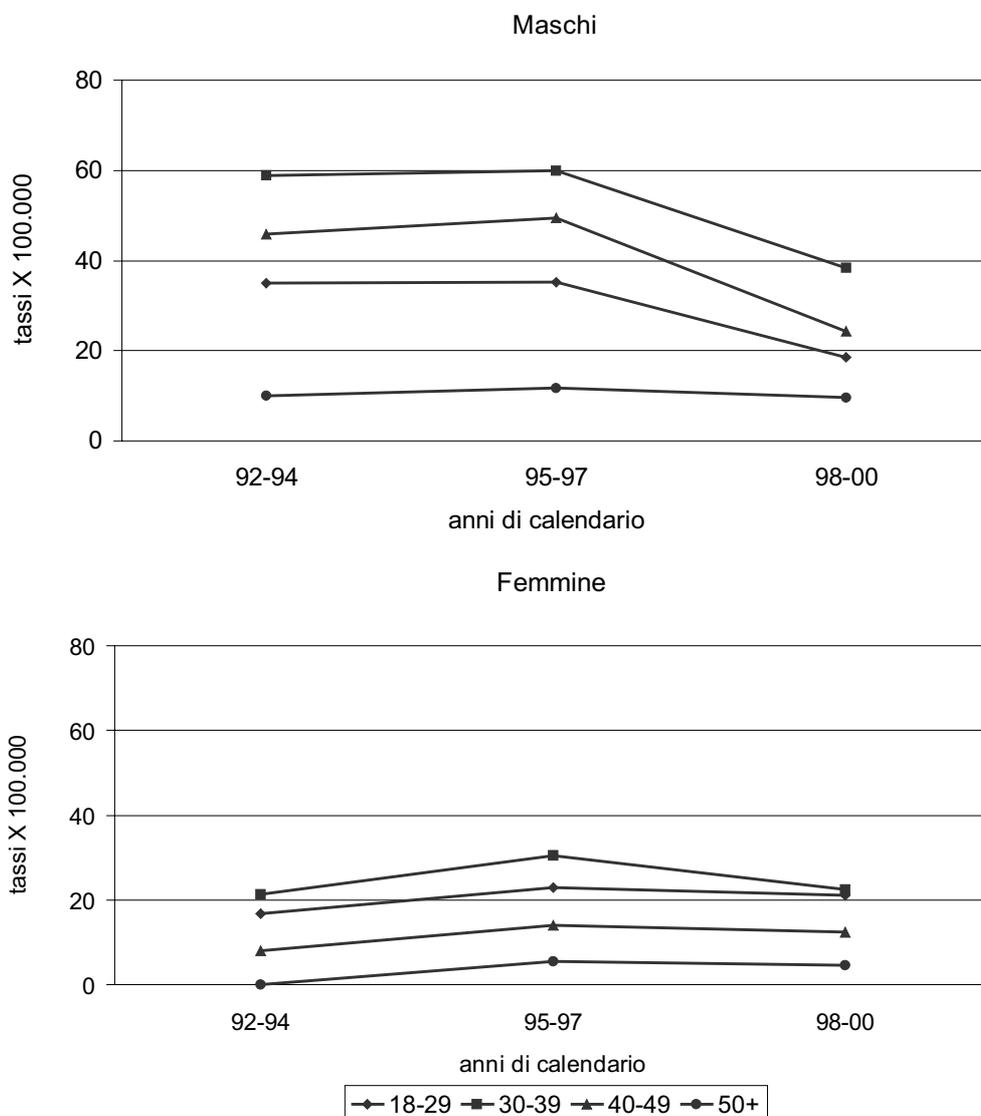
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istituto Superiore di Sanità - Registro Nazionale AIDS, Anni 1992-2000; Istat, Anni 1992-2000.

La riduzione dell'incidenza è stata osservata in entrambi i sessi e ha riguardato tutte le classi d'età. In particolare, negli uomini il decremento è stato intorno al 40%, tranne che nella classe d'età  $\geq 50$  anni (-18%); nelle donne, l'incidenza si è ridotta apprezzabilmente solo nella classe 30-39 anni, con un decremento pari al 26% (vedi grafico 1). Si deve sottolineare come il trend osservato tra gli stranieri sia analogo a quello registrato negli italiani e la riduzione coincida temporalmente con l'introduzione in Italia di combinazioni di farmaci antiretrovirali dimostratesi altamente efficaci nel ridurre il rischio di progressione in AIDS nei soggetti HIV-positivi.

Pertanto, è ipotizzabile che proprio la possibilità di accesso alle cure da parte degli immigrati abbia determinato tale inversione di tendenza. Questo anche in considerazione del fatto che non si è registrata nel periodo un'analoga riduzione di incidenza dell'AIDS nei paesi di provenienza; inoltre, l'Italia in questi anni ha compiuto numerosi sforzi, sia in termini normativi che programmatici, per garantire l'accesso degli immigrati ai servizi socio-sanitari.

Pertanto, il decremento dell'incidenza pressoché uniforme per età, sesso e area di provenienza conferma che il trend non dipende da modifiche nel profilo demografico della popolazione immigrata, né dall'aumento del flusso migratorio da paesi a bassa endemia.

Grafico 1 - Tassi di incidenza triennali di AIDS tra gli stranieri in Italia di età >17 anni, per classi d'età e sesso - Anni 1992-2000 (tassi per 100.000)



#### Raccomandazioni di Osservasalute

L'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini stranieri ha assunto in tempi recenti una posizione centrale, non solo nell'organizzazione dei servizi di offerta ma anche nell'ambito delle scelte strategiche di tutela e promozione della salute della popolazione immigrata.

Questi risultati sembrano confermare che, laddove l'accesso ai servizi viene garantito e la fruibilità delle prestazioni assicurata, le condizioni di salute degli immigrati possono migliorare anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria.

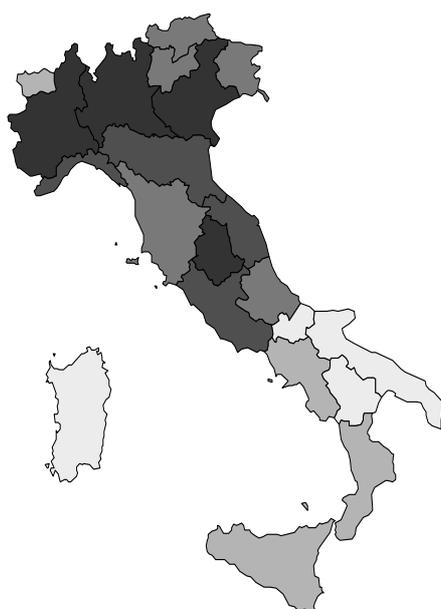
### Tasso di abortività volontaria specifico per cittadinanza

**Significato.** Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Infatti, delle 129.446 IVG effettuate nel 2002 per le quali è disponibile il dato sulla cittadinanza, 29.263 (pari al 22,4%) hanno riguardato cittadine straniere rispetto a 10.131 (7,4%) del 1996. L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

Numeratore	Numero di IVG ottenute da cittadine straniere di età 18-49 anni residenti in Italia	x 1.000
Denominatore	Numero di donne cittadine straniere di età 18-49 anni residenti in Italia	

**Validità e limiti.** Questo indicatore permette di valutare il fenomeno separatamente per le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti. L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito la cittadinanza italiana in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi.

Un altro problema per gli indicatori che riguardano la popolazione straniera è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.



Percentuale di IVG in donne straniere residenti in Italia. Anno 2002

□	3.2-5.04
■	5.05-12.78
■	12.79-26.28
■	26.29-29.94
■	29.95-34.1

Tabella 1 - Numero di IVG per cittadinanza e regione di intervento - Anno 2002

Regione	Italia	Est Europa	Africa	America Latina	Asia	Altre nazionalità	Nazionalità non rilevata	Numero IVG in straniere	Totale IVG	% IVG in straniere
Piemonte	7.897	1.885	834	519	131	60	2	3.429	11.328	30,3
Valle d'Aosta	246	14	10	3	1	4	1	32	279	11,5
Lombardia	14.471	2.384	1.556	2.402	986	164	83	7.492	22.046	34,1
Prov. Aut. Bolzano	376	52	25	19	20	3	0	119	495	24,0
Prov. Aut. Trento	1.183	108	43	20	7	1	0	179	1.362	13,1
Veneto	4.544	1.155	577	135	277	58	149	2.202	6.895	32,6
Friuli-Venezia Giulia	1.721	216	142	45	32	13	7	448	2.176	20,7
Liguria	2.702	245	147	662	51	20	0	1.125	3.827	29,4
Emilia-Romagna	8.126	1.490	936	331	457	79	0	3.293	11.419	28,8
Toscana	6.100	1.101	293	249	294	111	14	2.048	8.162	25,1
Umbria	1.610	455	115	165	41	20	52	796	2.458	33,1
Marche	1.903	425	145	68	73	16	24	727	2.654	27,6
Lazio	11.096	2.808	390	786	445	100	0	4.529	15.625	29,0
Abruzzo	2.483	307	57	33	34	12	13	443	2.939	15,1
Molise	623	13	5	3	2	0	1	23	647	3,6
Campania	8.845	832	93	43	63	37	3.000	1.068	12.913	10,8
Puglia	12.616	265	70	21	30	15	73	401	13.090	3,1
Basilicata	615	20	6	0	0	2	1	28	644	4,4
Calabria	3.120	219	16	7	15	8	40	265	3.425	7,8
Sicilia	8.774	152	156	30	135	30	21	503	9.298	5,4
Sardegna	2.263	52	18	13	18	12	48	113	2.424	4,8
<i>Nord</i>	<i>41.266</i>	<i>7.549</i>	<i>4.270</i>	<i>4.136</i>	<i>1.962</i>	<i>402</i>	<i>242</i>	<i>18.319</i>	<i>59.827</i>	<i>30,7</i>
<i>Centro</i>	<i>20.709</i>	<i>4.789</i>	<i>943</i>	<i>1.268</i>	<i>853</i>	<i>247</i>	<i>90</i>	<i>8.100</i>	<i>28.899</i>	<i>28,1</i>
<i>Sud</i>	<i>28.302</i>	<i>1.656</i>	<i>247</i>	<i>107</i>	<i>144</i>	<i>74</i>	<i>3.128</i>	<i>2.228</i>	<i>33.658</i>	<i>7,3</i>
<i>Isole</i>	<i>11.037</i>	<i>204</i>	<i>174</i>	<i>43</i>	<i>153</i>	<i>42</i>	<i>69</i>	<i>616</i>	<i>11.722</i>	<i>5,3</i>
<b>Italia</b>	<b>101.314</b>	<b>14.198</b>	<b>5.634</b>	<b>5.554</b>	<b>3.112</b>	<b>815</b>	<b>3.529</b>	<b>29.263</b>	<b>134.106</b>	<b>22,4</b>

Nota: dati provvisori.

Fonte dei dati: Ministero della Salute.

Tabella 2 - Tassi\* di abortività volontaria per cittadinanza ed età - Confronto 1996-2000

Età	1996				2000			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,8	48,5	13,2	4,1
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	11,0	41,7	12,7	3,8
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	10,3	33,3	11,5	3,2
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	9,1	23,6	9,7	2,6
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,3	10,0	4,5	2,3
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,5	0,5	3,8
<b>18-49 grezzo</b>	<b>8,9</b>	<b>30,3</b>	<b>9,3</b>	<b>3,4</b>	<b>8,2</b>	<b>32,0</b>	<b>9,1</b>	<b>3,9</b>
<b>18-49 std</b>	<b>9,1</b>	<b>28,0</b>	<b>9,5</b>	<b>3,1</b>	<b>8,5</b>	<b>29,7</b>	<b>9,5</b>	<b>3,5</b>

\* Per il calcolo dei tassi si sono considerate al numeratore le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera residenti in Italia. Al denominatore si è stimata la popolazione straniera residente. Al numeratore sono quindi stati eliminati i casi di IVG effettuati da donne straniere NON residenti in Italia.

### **Descrizione dei Risultati**

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere nel 2002 è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 34% di IVG in Lombardia a 3% in Puglia). La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi dell'Africa, del Centro-Sud America e dell'Asia nell'ordine (tabella 1). Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono i paesi da cui proviene la maggioranza delle donne presenti nel nostro paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile, specie a partire dalla fine degli anni '90.

Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle straniere residenti in Italia (28,0 per 1.000 nel 1996 e 29,7 nel 2000). Questo indicatore evidenzia un aumento molto contenuto nel tempo del ricorso all'IVG da parte delle straniere mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (di circa tre volte). Inoltre, risulta abbastanza diverso il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che per le donne straniere la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

### **Note conclusive**

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne cittadine straniere nel nostro paese vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno può avere un'influenza sull'andamento generale dell'IVG in Italia e indica la necessità di indagini mirate su cui basare specifiche politiche di supporto per le donne straniere.

## Gli effetti della “sanatoria 2002”

**Significato.** Il D.L. 195/2002, emanato a seguito della L. 189/2002, più nota come “Bossi-Fini”, ha ammesso che i datori di lavoro che alla data dell’emanazione (9/9/2002) occupavano alle proprie dipendenze lavoratori extracomunitari in posizione irregolare da almeno tre mesi potessero denunciare la sussistenza di tale rapporto di lavoro entro trenta giorni dalla data di pubblicazione del decreto. Furono presentate più di 700 mila domande, corredate dalla documentazione richiesta e dall’attestato del pagamento di un consistente contributo. L’esame di ammissibilità delle dichiarazioni di emersione da parte delle Prefetture e

la verifica da parte delle Questure della mancanza di motivi ostativi al rilascio del permesso di soggiorno, nonché le procedure successive per la stipula tra le parti del contratto di soggiorno per lavoro subordinato e per il contestuale rilascio del permesso di soggiorno, della durata di un anno, si sono protratte per più di un anno e mezzo. Alla fine, poco meno di 650 mila domande sono state accolte e stanno tuttora dando luogo ai rilasci dei permessi di soggiorno ufficiali ed alle iscrizioni nelle anagrafi comunali, quando previsto.

### Tasso di domande di sanatoria presentate

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Domande di sanatoria presentate}}{\text{Permessi di soggiorno all'1/1/2003}} \times 100$$

### Tasso di domande di sanatoria accolte

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Domande di sanatoria accolte}}{\text{Permessi di soggiorno all'1/1/2003}} \times 100$$

### Percentuale di domande accolte

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Domande di sanatoria accolte}}{\text{Domande di sanatoria presentate}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Il rapporto percentuale tra le domande presentate ed i permessi di soggiorno preesistenti al 1° gennaio 2003 può essere letto come un approssimativo indicatore della presenza di lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari o clandestini ogni cento permessi di soggiorno concessi nella regione. Non può però essere assunto come indicatore generale della quota di irregolarità, perché non tiene conto di quanti svolgevano irregolarmente un lavoro autonomo e degli extracomunitari occupati in attività illegali o comunque non denunciabili. Il rapporto percentuale tra le domande accolte ed i permessi preesistenti stima invece l’aumento relativo dei permessi di soggiorno imputabile alla sanatoria. Si tratta di un indicatore approssimativo, in quanto esclusi i permessi nel frattempo scaduti e non rinnovati e quelli concessi ex novo a seguito dei decreti sui flussi d’ingresso approvati nel 2003 e nel 2004. Infine non rientrano gli extracomunitari minorenni (che hanno il permesso di soggiorno congiunto a quello dei genitori) e gli immigrati che, pur possedendo un regolare permesso di soggiorno, non risiedono più nel nostro paese ma risultano ancora iscritti nell’Anagrafe comunale.

### Descrizione dei risultati

Da un punto di vista territoriale, le regioni che hanno visto presentare il maggior numero di domande di regolarizzazione sono la Lombardia e il Lazio (trainate dalle province di Roma e Milano), mentre in Valle d’Aosta e Molise è stato fatto meno ricorso, in termini assoluti, alla sanatoria: questo dato risente, ovviamente, della diversa estensione territoriale e popolazione delle regioni italiane (tabella 1).

In Italia il rapporto percentuale delle domande presentate ed i permessi di soggiorno preesistenti al 1° gennaio 2003 tocca quasi il 47%. L’indicatore assume dei valori comparativamente maggiori in Campania (dove i lavoratori dipendenti stranieri che hanno presentato la domanda di regolarizzazione sono risultati addirittura di più di tutti quelli che alla fine del 2003 avevano il permesso di soggiorno concesso nella regione), in Calabria ed in Basilicata. I valori più bassi si registrano, invece, per il Trentino-Alto Adige e per il Friuli-Venezia Giulia.

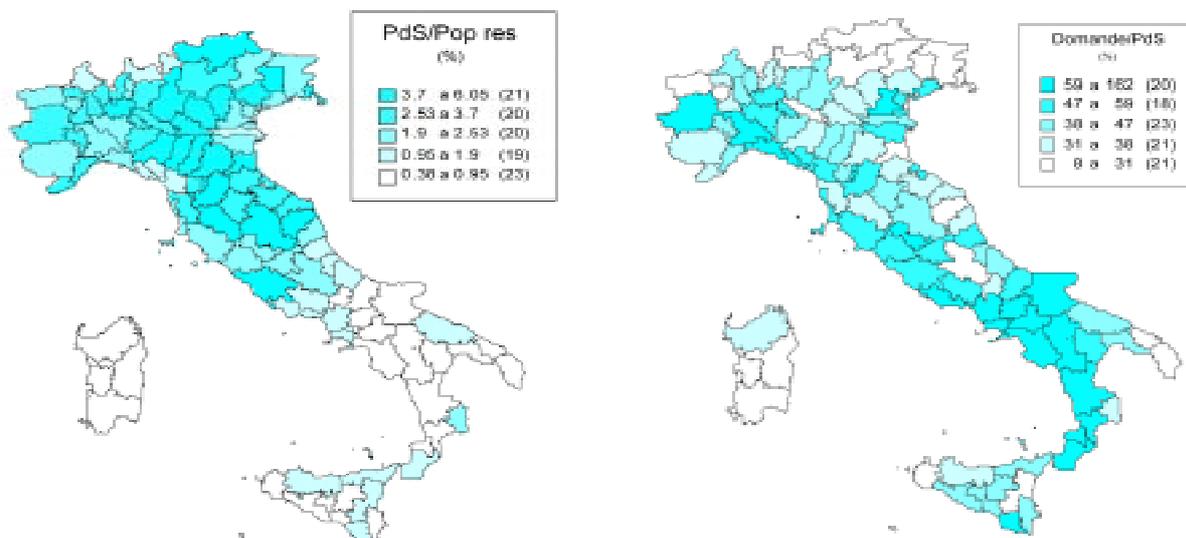
È solo, però, attraverso la lettura congiunta dei due cartogrammi che si può avere un quadro dinamico degli effetti della sanatoria sulla presenza extracomu-

nitaria nelle province italiane: la presenza legale di immigrati al 1° gennaio 2003 misurata rispetto al totale dei residenti in ciascuna provincia (cartogramma a sinistra) si distribuisce come un continuum dai valori più alti nel Nord del paese fino ai più bassi nelle province del Meridione e delle Isole. Il cartogramma a destra rappresenta il rapporto percentuale tra le domande di regolarizzazione accolte ed i permessi di soggiorno in essere prima della sanatoria. In esso, la distribuzione territoriale appare in parte di segno opposto al precedente: l'indicatore, infatti, assume valori elevati nelle province del Sud, dove era esiguo il numero di permessi preesistenti all'ultima sanatoria e dove è probabile che fosse elevato il numero di lavoratori illegalmente presenti sul territorio (impiegati specialmente nel settore agricolo, industriale e delle costruzioni). Alle province del Sud si aggiungono, però, alcune province del Centro-Nord dove la domanda di lavoro, specie nelle industrie, non era ancora pienamente soddisfatta con le presenze regolari all'inizio del 2003. All'interno di questo quadro generale si distinguono le grandi città, dove gli illegali sono impiegati prevalentemente nel lavoro domestico e di assistenza, impieghi per i quali la domanda di lavoro è in forte espansione, e dove quindi il tasso di aumento della presenza straniera a seguito della sanatoria è stato particolarmente elevato.

Nella tabella 2 sono riportati i permessi di soggiorno in essere prima della sanatoria, quelli rilasciati a seguito della regolarizzazione e la stima dello stock di

permessi di soggiorno dopo la sanatoria per cittadinanza del lavoratore. Quest'ultimo dato è stato ottenuto sommando quelli contenuti nelle prime due colonne: si tratta, quindi di una stima, perché non tiene conto né degli immigrati che, pur possedendo un regolare permesso di soggiorno, non risiedono più nel nostro Paese, né dei minorenni (che hanno il permesso di soggiorno congiunto a quello dei genitori) e neanche degli immigrati che hanno ottenuto il permesso di soggiorno nel 2003 perché facenti parte dei flussi programmati (quote) di immigrazione o per ricongiunzione familiare. Appare evidente come attraverso la sanatoria si sia ulteriormente rafforzata la presenza di immigrati provenienti dall'Albania e dalla Romania. In particolare, gli immigrati provenienti da quest'ultimo Paese sono quelli che hanno beneficiato maggiormente della regolarizzazione, tanto che nel 2004 si stima che essi siano, per numerosità, la prima comunità di immigrati soggiornanti in Italia (nel 2003 occupavano la terza posizione). Oltre al rafforzamento numerico di alcune delle comunità di immigrati già da tempo radicate nel nostro Paese (come i nordafricani e gli immigrati provenienti dai Paesi Balcanici), la sanatoria ha messo in luce la massiccia presenza di lavoratori dipendenti immigrati dall'Europa Centro-Orientale. Di particolare rilievo è quella proveniente dall'Ucraina, comunità che passa dal ventisettesimo al quarto posto nella graduatoria pre e post sanatoria.

#### Percentuale di domande accolte per province. Anno 2003



**Tabella 1** - *Permessi di soggiorno pre-sanatoria, domande di sanatoria presentate e accolte, percentuale di domande accolte, tasso di domande presentate e tasso di domande accolte per regione (dati in migliaia e tasso per 100 permessi concessi) - Anno 2003*

Regioni	PdS al 1/1/03	Domande di sanatoria		Domande accolte %	Tasso domande	
		Presentate	Accolte		Presentate	Accolte
Piemonte	108,0	57,5	53,8	93,4	53,3	49,8
Valle d'Aosta	2,9	0,7	0,6	94,9	23,4	22,2
Lombardia	346,8	159,2	144,2	90,6	45,9	41,6
Trentino-Alto Adige	38,1	5,6	5,2	93,3	14,6	13,6
Bolzano-Bolzen	20,2	2,2	2,0	92,5	10,7	9,9
Trento	17,9	3,4	3,2	93,8	19,0	17,9
Veneto	153,5	61,6	56,6	91,8	40,1	36,8
Friuli-Venezia Giulia	49,0	8,3	7,7	93,3	16,9	15,8
Liguria	35,4	19,4	17,9	92,4	54,9	50,7
Emilia-Romagna	147,8	57,2	53,3	93,2	38,7	36,0
Toscana	111,1	50,9	46,6	91,6	45,8	41,9
Umbria	29,9	13,9	12,3	88,7	46,4	41,1
Marche	47,1	14,9	14,0	93,8	31,7	29,7
Lazio	238,6	124,3	114,3	91,9	52,1	47,9
Abruzzo	21,2	8,8	7,9	89,7	41,5	37,2
Molise	2,4	1,2	1,0	90,8	48,0	43,6
Campania	58,0	68,5	60,0	87,5	118,0	103,3
Puglia	31,2	14,1	12,2	86,6	45,3	39,3
Basilicata	3,5	2,5	2,3	94,2	71,0	66,9
Calabria	17,5	15,8	14,9	94,3	90,4	85,2
Sicilia	49,7	18,0	16,2	90,3	36,1	32,6
Sardegna	11,7	3,2	2,8	87,8	27,6	24,2
<b>Italia</b>	<b>1503,3</b>	<b>705,5</b>	<b>643,9</b>	<b>91,3</b>	<b>46,9</b>	<b>42,8</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione di dati Istat e Ismu. Anno 2005.

**Tabella 2** - *Permessi di soggiorno (PdS) al 1° gennaio 2003 e stima dei permessi di soggiorno al 1° gennaio 2004, per cittadinanze prevalenti da paesi a forte pressione migratoria (dati in migliaia)*

Numero d'ordine	PdS al 1/1/04		PdS al 1/1/04	Variazione percentuale %	
1	Albania	171,6	Romania	227,8	240,3
2	Marocco	170,7	Albania	218,7	127,5
3	Romania	94,8	Marocco	217,8	127,5
4	Filippine	65,6	Ucraina	115,0	777,3
5	Cina	64,0	Cina	96,9	151,4
6	Tunisia	51,1	Filippine	74,7	113,9
7	Jugoslavia	40,2	Polonia	65,4	186,8
8	Senegal	37,0	Tunisia	59,4	116,2
9	Sri Lanka	35,7	Senegal	48,8	51,1
10	Polonia	35,0	Perù	47,4	151,3
<b>Totale</b>		<b>1503,3</b>		<b>2139,2</b>	-

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione di dati Istat e Ismu. Anno 2005.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione permette di valutare il ricorso alle strutture ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp, secondo la classificazione Istat: paesi dell'Europa Centro-Orientale, dell'Africa, dell'Asia a eccezione di Israele e Giappone, e dell'America Centro-Meridionale) rispetto agli italiani, tenendo conto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto. È stata compiuta la scelta di limitare il calcolo dell'indicatore ai maggiorenni, in considerazione della notevole sottostima del numero di immigrati di età <18 anni, in molti casi registrati sul permesso di soggiorno dei genitori.

I tassi degli stranieri sono stati standardizzati per età e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. La popolazione standard è quella residente

in Italia alla data dell'ultimo Censimento (21 ottobre 2001).

La fonte dei dati relativi ai ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute che raccoglie tutte le dimissioni effettuate in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private (accreditate e non). Sono escluse dall'analisi di seguito riportata le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2003.

Per stimare il numero degli stranieri presenti in Italia, da utilizzare come denominatore del tasso, sono stati considerati i permessi di soggiorno, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media tra i permessi rilevati al 31/12/2002 e la stima provvisoria relativa al 31/12/2003.

### Tasso di ospedalizzazione di cittadini di paesi a forte pressione migratoria

Numeratore	Dimissioni di cittadini da Pfp di età 18 anni e oltre	
Denominatore	Popolazione media straniera da Pfp regolarmente soggiornante di età 18 anni e oltre	x 1.000

**Validità e limiti.** L'indicatore utilizza al numeratore dati di fonte amministrativa, non campionari, rilevati routinariamente secondo modalità sufficientemente standardizzate e caratterizzati da elevata copertura nazionale e al denominatore dati di popolazione che rispetto agli anni precedenti presentano un minore grado di sottostima della clandestinità (il 2003 è, infatti, l'anno immediatamente successivo alla sanatoria prevista dalla Legge Bossi-Fini).

Tra i limiti, va menzionata in primo luogo la qualità stessa dei dati SDO, che potrebbero essere talvolta incompleti e potenzialmente distorti in quanto adoperati primariamente per il finanziamento delle prestazioni.

Inoltre, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, non sempre è riportata in modo accurato e la sua validità può variare anche molto tra le diverse regioni italiane. Infine, è verosimile che una certa sottostima della presenza straniera in Italia permanga, soprattutto per effetto dei numerosi nuovi ingressi dai Paesi dell'Est, con conseguente sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei risultati, occorre sottolineare che il ricovero ospedaliero è solo uno dei possibili eventi della complessa rete di risposte assistenziali, punto d'approdo di un percorso in cui entrano in gioco le istanze del paziente, l'accessibilità

delle cure ospedaliere e dei livelli di cura alternativi, il ricorso più o meno tempestivo ai servizi sanitari e la gravità clinica, le decisioni del medico. Per tali ragioni, l'analisi dei ricoveri può fornire solo generiche indicazioni in merito all'occorrenza di una malattia e all'espressione di un bisogno di salute.

Si tenga anche presente che per alcune regioni i tassi sono poco affidabili perché basati su una casistica poco numerosa.

**Valori di riferimento.** I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età degli stranieri vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (italiana+straniera) al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri nelle regioni italiane e di individuare alcune condizioni patologiche di particolare criticità.

La scelta di utilizzare come riferimento il tasso calcolato su tutti i residenti (e non solo sugli italiani) deriva dal fatto che le attuali fonti informative non permettono di separare per singola classe di età la popolazione straniera residente da quella italiana. Ciò potrebbe tradursi in una distorsione, prevedibilmente nel senso dell'attenuazione delle differenze tra i valori a confronto.

**Descrizione dei risultati**

Nel 2003, i ricoveri di cittadini stranieri avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private sono stati 365.729, pari al 3% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro paese. La quasi totalità delle dimissioni (99%) è stata effettuata da reparti per acu-

ti. Per quanto riguarda la provenienza, l'89% dei ricoveri effettuati da cittadini non italiani ha riguardato immigrati da Pfp: il 42% dall'Est europeo; il 30% dal continente africano, in particolare dall'Africa settentrionale (19%); il 14% dall'Asia; il 14% dall'America Latina.

**Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e cittadinanza (numero e variazione percentuale) - Anni 1998, 2000, 2003**

Cittadinanza	Ricoveri ordinari				Day-Hospital			
	1998	2000	2003	Variazione %	1998	2000	2003	Variazione %
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	-17,6	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	+1,6
Stranieri da Pfp	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	+62,1	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	+187,8
<b>Totale ricoveri nazionali</b>	<b>9.964.872</b> <b>(100%)</b>	<b>9.556.665</b> <b>(100%)</b>	<b>9.184.175</b> <b>(100%)</b>	<b>-7,8</b>	<b>2.016.336</b> <b>(100%)</b>	<b>2.340.604</b> <b>(100%)</b>	<b>3.105.941</b> <b>(100%)</b>	<b>+54,0</b>

\* Psa: paesi a sviluppo avanzato.

Pfp: paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

**Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero per sesso e regione (numero e tasso standardizzato per 1.000 abitanti) - Anno 2003**

Regioni	Ricoveri ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)
(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	
Piemonte	5.808	125,8	122,4	12.284	168,0	128,5	2.276	53,6	61,9	6.034	88,8	63,8
Valle d'Aosta	147	98,0	146,4	295	170,9	145,8	45	91,9	61,4	86	50,0	55,2
Lombardia	24.215	140,8	166,0	36.401	185,5	158,2	5.856	36,5	61,3	15.340	74,0	70,2
Liguria	3.656	203,4	147,6	5.630	245,3	145,2	1.232	64,2	89,1	3.040	121,5	96,3
Bolzano-Bozen	1.145	194,0	198,9	1.153	181,9	204,3	151	13,4	36,6	393	47,6	53,0
Trento	780	114,2	154,1	1.553	166,9	154,4	246	34,2	54,5	553	57,8	64,2
Veneto	9.706	131,4	144,9	16.810	188,1	146,7	2.866	79,5	64,8	5.598	89,9	67,8
Friuli-Venezia Giulia	1.736	80,8	136,6	3.034	134,4	135,8	460	20,0	38,1	1.257	48,7	46,7
Emilia-Romagna	9.632	130,3	146,3	16.124	186,8	149,7	2.040	29,8	53,5	6.301	67,4	63,6
Toscana	6.565	136,1	131,7	11.461	178,5	133,7	1.697	28,9	52,2	4.300	61,4	55,4
Umbria	1.768	120,2	139,0	3.657	180,0	137,0	461	46,4	65,6	1.469	68,4	72,6
Marche	1.729	91,4	151,0	3.579	128,2	147,3	436	16,5	47,0	1.054	37,0	51,8
Lazio	11.178	111,6	175,9	18.717	142,5	180,1	4.302	25,2	75,6	9.047	54,8	80,7
Abruzzo	1.125	125,5	223,0	2.027	175,5	211,5	271	36,7	59,3	821	62,1	74,7
Molise	62	49,1	195,8	122	63,7	193,8	7	49,2	50,3	29	14,2	56,6
Campania	3.748	193,1	190,7	6.798	245,3	182,1	696	28,4	69,1	2.483	60,6	69,2
Puglia	2.089	131,9	198,0	3.077	219,1	198,3	158	18,4	38,4	323	25,4	42,4
Basilicata	35	75,7	170,8	36	58,2	170,2	9	28,1	64,5	8	7,6	70,6
Calabria	927	174,6	194,5	1.460	258,5	192,8	193	62,5	64,6	576	74,6	74,6
Sicilia	2.992	372,0	192,0	3.910	348,8	181,2	1.245	114,8	98,8	1.956	129,1	107,1
Sardegna	550	502,6	186,4	872	663,9	181,6	228	325,4	64,1	355	250,7	77,6
<b>Italia</b>	<b>89.593</b>	<b>134,7</b>	<b>165,2</b>	<b>149.000</b>	<b>179,7</b>	<b>163,6</b>	<b>24.875</b>	<b>39,0</b>	<b>63,8</b>	<b>61.023</b>	<b>69,0</b>	<b>70,2</b>

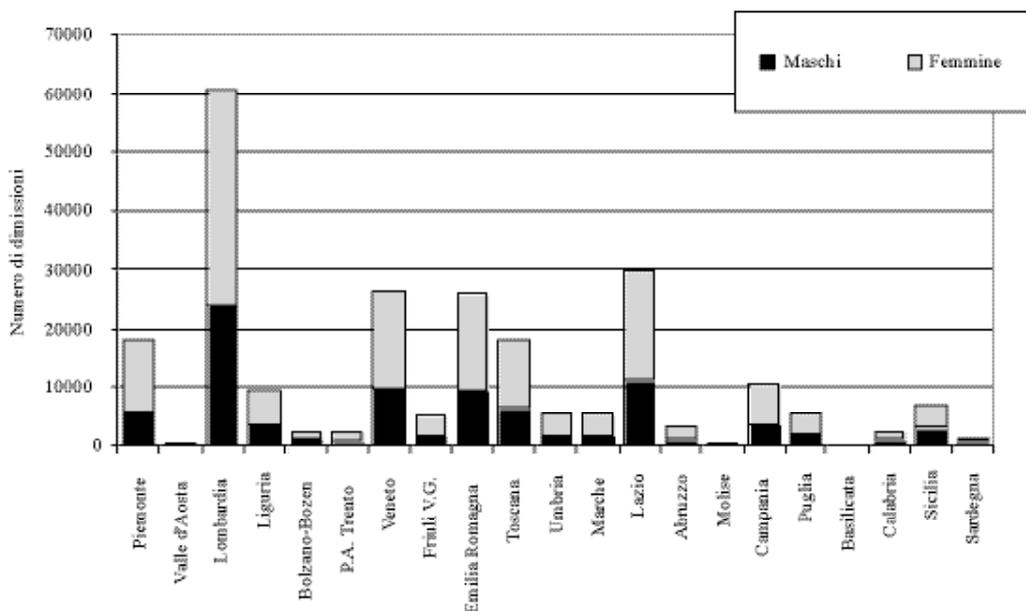
(a) Tutte le età.

(b) Età 18 anni e oltre.

(c) Tra i residenti sono inclusi anche quelli con cittadinanza straniera.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005; Istat - Popolazione straniera presente e Popolazione residente. Anno 2005.

**Grafico 1** - Numero di dimissioni in regime di ricovero ordinario di cittadini provenienti da Pfp

La tabella 1 mostra l'andamento dei ricoveri negli anni 1998, 2000 e 2003, per regime di ricovero e provenienza. Rispetto al 1998, il numero di ricoveri a carico di stranieri da Pfp è aumentato in media dell'83%, dato spiegato solo in parte dall'incremento demografico (stima pre-sanatoria +50%), a fronte di una sostanziale stabilità dell'attività ospedaliera complessivamente erogata in Italia (+3% nello stesso periodo). L'aumento dei ricoveri in termini relativi ha riguardato maggiormente l'attività di day-hospital (+188%).

Per quanto riguarda l'età, si tratta di pazienti prevalentemente giovani: nel 2003, il 75% dei ricoveri di stranieri da Pfp è risultato a carico di persone tra i 18 e i 49 anni (la percentuale nei residenti, che include anche gli stranieri, si è attestata intorno al 30%) e il 17% a carico di minorenni. Decisamente poco rappresentata è risultata, invece, la classe d'età sopra i 65 anni (3% rispetto al 40% nei residenti). Questo dato riflette evidentemente il profilo demografico della popolazione immigrata.

La tabella 2 riporta il numero di ricoveri di stranieri provenienti da Pfp, per regione di erogazione, sesso e regime di ricovero, e i tassi standardizzati di ospedalizzazione negli stranieri e nei residenti di età superiore a 17 anni. Dei 324.491 ricoveri complessivamente erogati a stranieri da Pfp nel 2003, 238.593 (74%) sono stati effettuati in regime ordinario. La Lombardia è al primo posto con 81.812 ricoveri (pari al 25% del totale nazionale), seguita dal Lazio con 43.244 (13%), dal Veneto e dal Friuli-Venezia Giulia (11%). Il 63% dei ricoveri è concentrato nelle regioni del Nord (38% nel Nord-Ovest e 25% nel Nord-Est), il 25% al Centro e solo il 12% al Sud e nelle Isole, dati questi che ancora una volta ricalcano la ripartizione

geografica della popolazione straniera nel nostro Paese. La distribuzione per sesso mostra una prevalenza di donne, con 149.000 ricoveri ordinari (62% delle dimissioni in questo regime) e 61.023 in day-hospital (72%).

Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione, si è evidenziato un minore ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione straniera rispetto alla popolazione residente tra i maschi, in particolare in day-hospital (-40%). Per contro, sono stati osservati tassi più elevati tra donne straniere rispetto alle residenti in regime ordinario (+10%) e quasi uguali in day-hospital, in conseguenza dell'elevato numero di ricoveri per parto e interruzione volontaria di gravidanza. Inoltre, si è osservata una marcata variabilità geografica, con tassi di ospedalizzazione in regime ordinario superiori mediamente al Sud, sia tra gli stranieri che tra i residenti; viceversa, in regime di day-hospital, i valori tendono a essere più elevati nelle regioni del Nord, soprattutto tra gli stranieri. Colpisce il dato abnormemente alto registrato nelle Isole, probabilmente imputabile a un problema di qualità delle informazioni.

La tabella 3 riporta la distribuzione dei ricoveri di stranieri maggiorenni provenienti da Pfp e i tassi standardizzati di ospedalizzazione in regime ordinario per gli stranieri e per la popolazione residente, per sesso e causa di ricovero.

La causa più frequente di accesso al ricovero ordinario tra gli uomini è rappresentata dai traumatismi, con una percentuale pari al 26%; seguono le malattie dell'apparato digerente (14%, tra cui è stata osservata un numero particolarmente elevato di interventi per appendicite acuta), del sistema circolatorio (9%) e di quello respiratorio (8%, in particolare broncopolmo-

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per sesso e cause di ricovero, età 18 anni e oltre (numero, percentuali di dimissioni e tassi standardizzati per 1.000 abitanti) - Anno 2003

ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine			
		Numero (Pfp)	% (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti) (a)	Numero (Pfp)	% (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti) (a)
001-139	Malattie infettive	3.987	5,9	4,7	2,5	2.448	1,9	3,6	1,7
140-239	Tumori	2.572	3,8	11,5	17,5	5.801	4,4	12,5	14,5
240-279	Mal. endocrine e immunitarie	1.051	1,6	3,1	2,8	1.328	1,0	3,6	4,3
280-289	Mal. sangue	369	0,5	0,9	1,2	715	0,5	1,4	1,3
290-319	Disturbi psichici	2.983	4,4	3,3	4,9	2.722	2,1	3,4	4,7
320-389	Mal. sistema nervoso	3.251	4,8	7,4	9,4	2.686	2,0	6,9	9,1
390-459	Mal. sistema circolatorio	5.780	8,6	27,7	38,3	4.210	3,2	20,2	24,0
460-519	Mal. apparato respiratorio	5.563	8,3	12,6	14,5	3.391	2,6	9,3	7,9
520-579	Mal. apparato digerente	9.279	13,8	16,1	19,5	8.542	6,5	16,5	13,7
580-629	Mal. apparato genito-urinario	3.047	4,5	7,9	10,6	10.134	7,7	13,0	11,6
630-677	Gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	72.854	55,2	55,6	32,1
680-709	Mal. pelle e sottocutaneo	1.179	1,8	1,9	2,1	694	0,5	1,4	1,6
710-739	Mal. sistema osteo-muscolare	3.990	5,9	6,4	10,5	2.820	2,1	7,0	11,3
740-779	Mal. congenite e perinatali	479	0,7	0,5	0,8	484	0,4	0,6	0,8
780-799	Stati morbosi mal definiti	4.144	6,2	8,1	8,1	4.521	3,4	8,0	6,4
800-999	Traumi e avvelenamenti	17.492	26,1	18,5	15,5	5.931	4,5	11,6	11,7
V01-V82	Fatt. che influenzano lo stato di salute	1.927	2,9	4,4	6,9	2.622	2,0	5,4	6,9
	<b>Totale</b>	<b>67.093</b>	<b>100,0</b>	<b>134,7</b>	<b>165,2</b>	<b>131.903</b>	<b>100,0</b>	<b>179,7</b>	<b>163,6</b>

(a) Tra i residenti sono inclusi anche quelli con cittadinanza straniera.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. SDO. Anno 2005; Istat - Popolazione straniera presente e Popolazione residente. Anno 2005.

nite e broncopneumopatie croniche). Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è invece rappresentata dalla gravidanza e dal parto, con una percentuale pari al 55%. Seguono le malattie dell'apparato genitourinario (8%) e dell'apparato digerente (7%). Per quanto riguarda la casistica in day-hospital (dati non mostrati), tra gli uomini si è osservata una prevalenza di ricoveri a seguito di "fattori che influenzano lo stato di salute" (13%, in particolare chemioterapia e rimozione di gesso o placche ortopediche); di malattie dell'apparato digerente (12%, tra cui interventi di ernia inguinale, epatopatie croniche e disturbi digestivi funzionali); e di malattie infettive (11%, soprattutto AIDS ed epatiti). A proposito di queste ultime, si sottolinea come, rispetto al 2000, si è registrata una diminuzione del numero di ricoveri in termini sia assoluti che relativi, nonostante quelli in day-hospital tra i maschi siano notevolmente aumentati in tutti i principali raggruppamenti di diagnosi. Tra le donne colpisce il dato relativo ai ricoveri per motivi legati alla riproduzione, pari al 60%, quasi esclusivamente per interruzioni volontarie di gravidanza.

Negli stranieri, tassi specifici per patologia particolarmente elevati hanno riguardato le malattie del sistema circolatorio e i traumi tra i maschi (rispettivamente 27,7 e 18,5 per 1.000); il parto e le malattie del sistema circolatorio tra le femmine (55,6 e 20,2 per 1.000). Rispetto alla popolazione residente, valori più alti si sono osservati nei seguenti raggruppamenti: malattie

infettive, traumi e malattie endocrine tra i maschi; malattie infettive, parto, stati morbosi mal definiti e affezioni degli apparati digerente, respiratorio e genito-urinario tra le femmine.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni. Dei 544.063 nati vivi registrati nel

2003 (dati provvisori), 48.471 avevano almeno uno dei genitori con cittadinanza straniera. Questo indicatore permette di valutare l'andamento della natalità tra i cittadini stranieri presenti nel nostro paese e la loro influenza sull'andamento delle nascite in Italia

### Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Numero di nati con almeno un genitore cittadino straniero  
 Denominatore: Numero di nati

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi perché la nuova fonte dei dati sulle nascite, la Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe, rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia sono ormai un numero molto basso di tutti i nati (meno di 2000).

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito la cittadinanza italiana, ad esempio in seguito a matrimonio con cittadino italiano. Tra le donne che partoriscono questo ultimo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita, che tuttavia presenta lo svantaggio di includere le donne nate all'estero da genitori italiani.

**Valore di riferimento.** Può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese. Questo incremento è anche superiore a quello registrato per la popolazione generale; infatti, se la popolazione straniera residente rappresenta il 4,5% di tutti i residenti, i nati con almeno un genitore straniero sono ormai il 9% di tutti i nati in Italia, cioè circa un nato ogni 10. Molti sono figli di genitori entrambi stranieri (67% del totale), con un incremento di quasi 10 volte del numero dal 1983 al 2003 (tabella 1). I dati per regione (tabella 2) evidenziano un valore di questo indicatore più elevato nelle aree dove la presenza straniera è maggiore: nel 2003 si passa da un massimo del 15% del totale dei nati vivi in Emilia Romagna e in Umbria a un minimo di 2,1% in Campania. In generale i valori più elevati si osservano al Centro-Nord, mentre il Sud presenta sempre i valori più bassi.

**Tabella 1** - Nati in Italia con almeno un genitore cittadino straniero - Anni 1986-1989; 1992-1996; 2001-2003

Anni	Padre italiano/ madre straniera	Padre straniero/ madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
1986	2.058	1.349	2.988	6.395	1,1
1987	2.339	1.459	3.200	6.998	1,3
1988	2.767	1.512	3.848	8.127	1,4
1989	3.408	1.705	4.722	9.835	1,7
1992	5.115	2.005	8.745	15.865	2,8
1993	5.073	2.152	9.972	17.197	3,1
1994	5.935	2.260	11.817	20.012	3,7
1995	6.028	2.375	13.096	21.499	4,1
1996	6.675	2.677	14.583	23.935	4,5
2001(a)	9.397	2.913	26.416	38.726	7,3
2002(a)(b)	10.449	3.034	29.483	42.966	8,0
2003(a)(b)	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9

(a) nati vivi; (b) dati provvisori.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite. 2001-2003: Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita.

**Tabella 2** - Nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione – Anno 2003

Anni	Padre italiano/ madre straniera	Padre straniero/ madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
Piemonte	1.201	337	2.965	4503	12,4
Valle d'Aosta	39	10	57	106	9,2
Lombardia	2.424	823	8.465	11.712	13,4
Trentino-Alto Adige	364	151	677	1192	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>214</i>	<i>100</i>	<i>287</i>	<i>601</i>	<i>11,2</i>
<i>Trento</i>	<i>150</i>	<i>51</i>	<i>390</i>	<i>591</i>	<i>11,9</i>
Veneto	1.213	447	4.342	6.002	13,7
Friuli-Venezia Giulia	315	107	721	1.143	11,6
Liguria	424	97	653	1.174	10,2
Emilia-Romagna	1.166	318	3.911	5.395	15,1
Toscana	992	289	2.200	3.481	12,0
Umbria	303	55	715	1.073	15,1
Marche	425	100	1.290	1.815	14,1
Lazio	1.199	323	3.567	5.089	10,1
Abruzzo	306	55	422	783	7,1
Molise	60	11	32	103	3,9
Campania	791	127	481	1.399	2,1
Puglia	288	97	552	937	2,4
Basilicata	76	13	61	150	2,8
Calabria	335	47	264	646	3,4
Sicilia	405	95	851	1.351	2,6
Sardegna	204	67	146	417	3,1
<b>Italia</b>	<b>12.530</b>	<b>3.569</b>	<b>32.372</b>	<b>48.471</b>	<b>8,9</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita.

Percentuale di nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione. Anno 2003



## Abortività volontaria per cittadinanza

**Significato.** Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Infatti, delle 124.118 IVG effettuate nel 2003 per le quali è disponibile il dato sulla cittadinanza, 31.825 (pari al 25,6%) hanno riguardato cittadine straniere rispetto a 10.131 (7,4%) del 1996.

L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

### Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti

Numeratore	Numero di IVG di cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile straniere residenti di età 18-49 anni	

**Validità e limiti.** Questo indicatore permette di valutare il fenomeno separatamente per le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti. L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi. Un altro problema per gli indicatori che riguardano la popolazione straniera è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.

(28,0 per 1.000 nel 1996, 29,7 nel 2000 e 35,5 nel 2002). Questo indicatore evidenzia un aumento, negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, forse dovuto a un cambiamento della provenienza delle donne immigrate in Italia, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (negli ultimi anni di circa tre-quattro volte). Inoltre abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

**Valori di riferimento.** Può essere assunto come tale il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

### Percentuale di IVG di cittadine straniere per regione. Anno 2003

#### Descrizione dei risultati

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere nel 2003 è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 37% delle IVG in Lombardia a 4% in Puglia). La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine (tabella 1). Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono i paesi da cui provengono la maggioranza delle donne presenti nel nostro Paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile, specie a partire dalla fine degli anni '90. Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle straniere residenti in Italia



**Tabella 1** - Numero di IVG per cittadinanza e regione di intervento - Anno 2003

Regioni	Italia	Est Europa	Africa	America centro-meridionale	Asia	Altre nazionalità	Totale numero IVG in straniere	Non indicata	Totale IVG	Cittadine straniere %
Piemonte	7.341	2.041	736	587	162	52	3.578	0	10.919	32,8
Valle d'Aosta	267	11	8	6	1	1	27	0	294	9,2
Lombardia	14.415	2.752	1.585	2.823	1.263	155	8.578	76	23.069	37,2
Trentino-Alto Adige	1.429	191	44	51	31	8	325	0	1.754	18,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	382	91	15	21	14	2	143	0	525	27,2
<i>Trento</i>	1.047	100	29	30	17	6	182	0	1.229	14,8
Veneto	4.189	1.339	613	171	331	55	2.509	73	6.771	37,1
Friuli-Venezia Giulia	1.640	285	161	49	38	10	543	20	2.203	24,6
Liguria	2.692	276	134	718	51	20	1.199	0	3.891	30,8
Emilia-Romagna	7.462	1.763	1.021	356	546	103	3.789	22	11.273	33,6
Toscana	5.747	1.209	284	378	367	93	2.331	26	8.104	28,8
Umbria	1.472	453	116	156	42	21	788	33	2.293	34,4
Marche	1.862	440	139	104	97	8	788	22	2.672	29,5
Lazio	10.458	2.990	380	830	415	114	4.729	0	15.187	31,1
Abruzzo	2.376	339	61	42	40	14	496	30	2.902	17,1
Molise	486	30	1	5	0	1	37	1	524	7,1
Campania (a)	3.810	492	33	24	31	6	586	0	4.396	13,3
Puglia	11.991	310	71	21	41	23	466	55	12.512	3,7
Basilicata	582	21	6	3	2	0	32	1	615	5,2
Calabria	2.760	265	35	10	23	6	339	40	3.125	10,8
Sicilia	8.609	217	138	31	123	32	541	39	9.203	5,9
Sardegna	2.254	73	29	9	20	13	144	13	2.411	6,0
<b>Italia (a)</b>	<b>91.842</b>	<b>15.497</b>	<b>5.595</b>	<b>6.374</b>	<b>3.624</b>	<b>735</b>	<b>31.825</b>	<b>451</b>	<b>124.118</b>	<b>25,6</b>

(a) I dati relativi alla regione Campania sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2005.

**Tabella 2** - Tassi<sup>(a)</sup> di abortività volontaria per cittadinanza e classi di età (tassi per 1.000 donne) - Anni 1996, 2002

Età	1996				2002			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,5	58,2	13,5	5,1
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	10,7	50,6	13,1	4,7
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	9,8	38,4	11,5	3,9
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	7,7	27,4	8,5	3,6
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	13,7	4,4	3,4
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,2	0,4	3,1
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,6	36,7	8,9	4,8
18-49 std*	9,1	28,0	9,5	3,1	8,1	35,5	9,4	4,4

(a) Il numeratore comprende le IVG effettuate da donne straniere residenti in Italia, eliminando quindi le straniere non residenti. Questo per avere dati omogenei al denominatore che comprende una stima della popolazione straniera residente.

\* La standardizzazione è stata effettuata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie delle gravidanze. Anno 2005.

## Incidenti sul lavoro di lavoratori extracomunitari

**Significato.** L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di infortuni occorsi nel 2003 a lavoratori nati in paesi che all'epoca non erano parte della Unione Europea, iscritti all'INAIL, e il numero di lavoratori extra UE stimati combinando i dati sui permessi di soggiorno con quelli sulle assunzioni del 2003. Sono

esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto prognosi non superiore a 3 giorni (non indennizzabili). Il tasso di infortunio è incluso tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (European Statistics on Accidents at Work) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo.

### Tasso di infortuni sul lavoro di nati in paesi extra Unione europea

Numeratore                      Numero di infortuni sul lavoro, di nati in paesi extra UE, denunciati all'INAIL  
 ----- x 100  
 Denominatore                      Stima del numero di lavoratori nati in paesi extra UE

**Validità e limiti.** L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. Sono quindi esclusi alcune categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. Non è possibile calcolare dalle fonti istituzionali correnti il numero dei lavoratori extracomunitari da mettere a confronto con le denunce di infortunio presentate da questi lavoratori. Si è quindi proceduto alla stima delle forze lavoro immigrate attraverso i dati sui permessi per lavoro forniti dal Ministero degli Interni, aggiungendo una quota del 30%, stimata come verosimile, di soggiornanti per motivi di ricongiungimento familiare. Infatti i coniugi ricongiuntisi ai lavoratori già residenti in Italia non solo sono a loro volta autorizzati a lavorare, ma spesso lavorano effettivamente, come risulta anche da alcune indagini specifiche. Tale stima è stata inoltre valutata alla luce dei dati Istat sulle nuove assunzioni per l'anno 2003.

Una possibile distorsione deriva dal fatto che il numero degli infortuni rilevato statisticamente, come tale, è sottodimensionato rispetto alla realtà poiché molti lavoratori, soprattutto per gli infortuni più lievi, sono portati a denunciare gli eventi come semplice malattia.

**Benchmark.** Dati lavoratori italiani: 3,7 infortuni per 100 addetti nel 2003. Dati europei: 3,8 infortuni per 100 addetti nel 2001 (UE – classificazione NACE)

### Descrizione dei risultati

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2003 ha rappresentato circa il 7% degli occupati. Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose, come quelle dei settori dell'edilizia e dell'agricoltura. Il rischio infortunistico è conseguentemente più alto tra questi lavoratori (6,6%), circa il doppio di

**Tabella 2 - Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari per regione (numero e tasso per 100 lavoratori) - Anno 2003**

Regioni	Numero	Tasso
Piemonte	8.148	6,4
Valle D'aosta	286	10,8
Lombardia	22.553	5,9
Trentino-Alto Adige	3.619	11,4
Veneto	20.991	13,0
Friuli-Venezia Giulia	4.887	12,5
Liguria	2.297	5,6
Emilia-Romagna	20.170	12,2
Toscana	7.827	6,3
Umbria	2.683	8,7
Marche	5.144	11,3
Lazio	3.317	1,4
Abruzzo	1.653	7,3
Molise	162	7,2
Campania	749	0,9
Puglia	875	3,0
Basilicata	180	4,3
Calabria	419	1,8
Sicilia	797	1,7
Sardegna	183	2,1
<b>Italia</b>	<b>106.930</b>	<b>6,6</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** INAIL. Rapporto annuale 2003. Istat, Forze di lavoro. Anno 2004. Permessi di soggiorno. Anno 2003.

quello osservato tra i lavoratori italiani (3,7%). Il rischio è molto differenziato per aree territoriali: mentre il Nord Ovest si avvicina ai valori medi (6,0%), per il Nord Est è mediamente il doppio della media nazionale (12,5%). Nelle regioni centrali si riscontrano situazioni eterogenee: la Toscana e l'Umbria si avvicinano alla media nazionale (rispettivamente 6,0% e 8,7%), le Marche sono caratterizzate da un indice molto alto (11,3%), mentre il Lazio presenta un indice basso (1,4%). Nel Sud il tasso registrato è del 2,4% e nelle Isole dell'1,8%. L'andamento in queste due aree è abbastanza uniforme e, fatta eccezione per l'Abruzzo e il Molise regioni che si avvicinano al

valore medio nazionale, i valori sono sempre al di sotto di questo livello: la punta più bassa si registra in Campania (0,9%). Sulle evidenti differenze regionali riscontrate influiscono le lavorazioni alle quali sono addetti gli immigrati (ad esempio il settore della collaborazione domestica è meno rischioso dei settori delle costruzioni e dell'industria dei metalli), le politiche di prevenzioni adottate dai datori di lavoro e la propensione dei datori di lavoro a denunciare come tali tutti gli infortuni. Per il dato riguardante il Sud non è possibile ignorare il forte impatto che ha il lavoro non regolare, specie tra gli extracomunitari, che incide sul numero degli infortuni denunciati.

**Tasso di infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari per regione. Anno 2003**



### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il rapporto tra numero di infortuni denunciato all'INAIL e il numero di occupati è un indicatore del fenomeno infortunistico. Tuttavia, il denominatore idoneo dovrebbe includere il complesso dei lavoratori extra comunitari assicurati presso l'INAIL. Questo dato non è disponibile, poiché l'INAIL fornisce informazioni dettagliate solo sul ammontare delle quote relative alle posizioni assicurative. La stima utilizzata appare comunque accettabile come approssimazione del numero degli assicurati INAIL, data l'obbligatorietà dell'iscrizione all'assicurazione per tutti gli addetti ad attività rischiose. Resta la difficoltà legata al fatto che il denominatore così come è stato calcolato, presuppone che i lavoratori siano esposti al rischio di infortunio per l'intero anno, quando una quota non trascurabile di lavoratori ha contratti stagionali o a tempo parziale.

### **Riferimenti bibliografici**

CARITAS di Roma. Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2004. Ed. IDOS Roma, 2004.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla

leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni. Dei 548.244 nati vivi registrati nel 2004 (dati provvisori), 65.062 (12%) avevano almeno uno dei due genitori con cittadinanza straniera.

### Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero  
 Denominatore: Nati in Italia

**Validità e limiti.** Questo indicatore permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi perché la nuova fonte dei dati sulle nascite, la "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" dell'Istat, rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano un'entità numericamente molto contenuta rispetto al totale dei nati (meno di 2000) (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero che sono cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale (20-30%). L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita, che tuttavia presenta lo svantaggio di includere le donne nate all'estero da genitori italiani.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese. Questo incremento è anche superiore a quello registrato per la popolazione generale; infatti, se la popolazione straniera residente rappresenta il 4,6% di tutti i residenti (Caritas/Migrantes. Immigrazione, Dossier statistico 2005. Idos, 2005), i nati con almeno un genitore straniero sono ormai il 12% di tutti i nati in Italia, cioè più di un nato ogni 10 (tabella 1). La gran maggioranza sono figli di genitori entrambi stranieri (72% del totale), con un incremento di 10 volte il numero dal 1983 al 2004.

I dati per regione (tabella 2) evidenziano un valore più elevato per questo indicatore nelle aree dove la presenza straniera è maggiore: nel 2004 si passa da un massimo del 20% del totale dei nati vivi in Emilia-Romagna, Veneto e Umbria a un minimo di 2,7% in Puglia. In generale i valori più elevati si osservano al Centro-Nord, mentre il Sud presenta i valori più bassi.

**Tabella 1 - Nati in Italia con almeno un genitore cittadino straniero - Anni 1986-1989; 1992-1996; 2001-2004**

Anni	Padre italiano/ Madre straniera	Padre straniero/ Madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
1986	2.058	1.349	2.988	6.395	1,1
1987	2.339	1.459	3.200	6.998	1,3
1988	2.767	1.512	3.848	8.127	1,4
1989	3.408	1.705	4.722	9.835	1,7
1992	5.115	2.005	8.745	15.865	2,8
1993	5.073	2.152	9.972	17.197	3,1
1994	5.935	2.260	11.817	20.012	3,7
1995	6.028	2.375	13.096	21.499	4,1
1996	6.675	2.677	14.583	23.935	4,5
2001(a)	9.397	2.913	26.416	38.726	7,3
2002(a)	10.449	3.034	29.483	42.966	8,0
2003(a)	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9
2004(a)*	14.541	3.923	46.598	65.062	12,0

(a) nati vivi; \* dati provvisori.

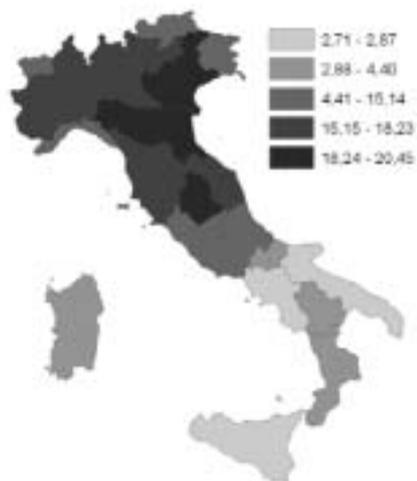
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite, fino al 1996. Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita, Anni 2001-2004.

**Tabella 2 - Nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione di residenza – Anno 2004**

Regioni	Padre italiano/ Madre straniera	Padre straniero/ Madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
Piemonte	1.356	388	4.580	6.324	17,39
Valle d'Aosta	37	16	92	145	12,60
Lombardia	2.696	928	12.244	15.868	18,12
Trentino-Alto Adige	464	121	1.089	1.674	16,18
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>264</i>	<i>63</i>	<i>465</i>	<i>792</i>	<i>14,70</i>
<i>Trento</i>	<i>200</i>	<i>58</i>	<i>624</i>	<i>882</i>	<i>17,79</i>
Veneto	1.367	405	6.946	8.718	19,85
Friuli-Venezia Giulia	379	114	998	1.491	15,14
Liguria	450	129	1.143	1.722	14,93
Emilia-Romagna	1.387	374	5.556	7.317	20,45
Toscana	1.185	293	3.809	5.287	18,23
Umbria	282	60	1.058	1.400	19,68
Marche	521	112	1.633	2.266	17,57
Lazio	1.627	427	4.000	6.054	11,99
Abruzzo	353	58	540	951	8,67
Molise	65	6	44	115	4,40
Campania	920	157	769	1.846	2,83
Puglia	344	104	628	1.076	2,71
Basilicata	70	10	81	161	3,06
Calabria	375	56	300	731	3,89
Sicilia	454	109	927	1.490	2,87
Sardegna	209	56	161	426	3,14
<b>Italia</b>	<b>14.541</b>	<b>3.923</b>	<b>46.598</b>	<b>65.062</b>	<b>11,96</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita. Anno 2004.

Percentuale di nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione. Anno 2004



### Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è, se e quanto, incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata. Probabilmente ciò dipende dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei paesi di origine. È tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane. È raccomandabile che vengano in ogni caso condotte delle valutazioni a livello regionale sui criteri assistenziali e sugli esiti della gravidanza per evidenziare eventuali differenze in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne.

## Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita

**Significato.** Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995 (grafico 1). Nel 2003, delle 124.118 IVG effettuate a livello nazionale, 31.825 (pari al 25,7%) hanno riguardato cittadine straniere e 37.088 donne nate all'estero

(30,2%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. Per una valutazione del fenomeno il migliore indicatore è il tasso. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

### *Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti*

Numeratore	IVG ottenute da cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	
Denominatore	donne cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	x 1.000

### *Percentuale di IVG di donne nate all'estero*

Numeratore	IVG ottenute da donne nate all'estero	
Denominatore	Totale IVG	x 100

### *Percentuale di IVG di cittadine straniere*

Numeratore	IVG ottenute da cittadine straniere	
Denominatore	Totale IVG	x 100

**Validità e limiti.** Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto della modifica della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, ecc.). Inoltre è possibile confrontare le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti. L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Inoltre in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile è una percentuale e non un tasso. Un problema molto rilevante per questi indicatori è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere assunto come valore di riferimento il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

### **Descrizione dei risultati**

Il confronto tra le percentuali di IVG per luogo di nascita e per cittadinanza (grafico 1) mostra che non vi sono grandi differenze tra i valori e gli andamenti. Nel 2003 il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere o relativi a donne nate all'estero è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 37% delle IVG in Lombardia a 4% in Puglia). La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono donne nate nell'Est Europa, ma anche in paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine (tabella 1). Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono i paesi da cui proviene la maggioranza delle donne presenti nel nostro paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile, specie a partire dalla fine degli anni '90. Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle straniere residenti in Italia (28,0 per 1000 nel 1996, 29,7 nel 2000, 35,5 nel 2002 e 34,0 nel

2003). Questo indicatore evidenzia un aumento, negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, forse dovuto a un cambiamento della provenienza delle donne immigrate in Italia, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (negli ultimi anni di circa tre-quattro volte). Inoltre abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età

della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

**Tabella 1 - Interruzioni volontarie della gravidanza per luogo di nascita e regione di intervento - Anno 2003**

Regioni	Italia	Ubiione europea	Europa Centro-Orientale	Altri paesi europei	Africa	America del Nord	America Centro Meridionale	Asia	Australia, Oceania e altro	Non indicato	Totale
Piemonte	7.054	100	2.123	18	773	4	665	178	4	0	10.919
Valle d'Aosta	233	4	22	1	17	0	12	5	0	0	294
Lombardia	13.533	204	2.942	74	1.713	24	2.999	1.318	8	254	23.069
Trentino-Alto Adige	1.198	29	295	12	87	3	81	49	0	0	1.754
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>360</i>	<i>10</i>	<i>92</i>	<i>4</i>	<i>17</i>	<i>1</i>	<i>23</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>525</i>
<i>Trento</i>	<i>838</i>	<i>19</i>	<i>203</i>	<i>8</i>	<i>70</i>	<i>2</i>	<i>58</i>	<i>31</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1.229</i>
Veneto	3.859	75	1.474	49	673	24	214	359	11	33	6.771
Friuli-Venezia Giulia	1.512	31	331	21	174	2	71	46	1	14	2.203
Liguria	2.591	45	298	11	142	4	740	59	0	1	3.891
Emilia-Romagna	6.994	146	1.925	70	1.085	19	428	606	0	0	11.273
Toscana	5.298	103	1.068	20	242	14	255	251	4	849	8.104
Umbria	1.397	37	477	16	124	6	175	46	1	14	2.293
Marche	1.702	31	501	19	159	2	146	107	0	5	2.672
Lazio	9.275	184	3.689	40	488	42	975	484	8	2	15.187
Abruzzo	2.112	68	439	38	83	17	84	51	3	7	2.902
Molise	453	16	33	6	1	1	12	1	0	1	524
Campania*	3.634	52	521	52	38	15	46	34	3	1	4.396
Puglia	11.446	213	450	125	100	16	61	57	5	39	12.512
Basilicata	550	8	31	7	7	0	6	2	1	3	615
Calabria	2.561	61	358	25	44	14	24	27	3	8	3.125
Sicilia	8.217	186	278	60	178	32	72	155	6	19	9.203
Sardegna	2.135	41	95	8	41	7	24	30	4	26	2.411
<i>Nord-Ovest</i>	<i>23.411</i>	<i>353</i>	<i>5.385</i>	<i>104</i>	<i>2.645</i>	<i>32</i>	<i>4.416</i>	<i>1.560</i>	<i>12</i>	<i>255</i>	<i>38.173</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>13.563</i>	<i>281</i>	<i>4.025</i>	<i>152</i>	<i>2.019</i>	<i>48</i>	<i>794</i>	<i>1.060</i>	<i>12</i>	<i>47</i>	<i>22.001</i>
<i>Nord</i>	<i>36.974</i>	<i>634</i>	<i>9.410</i>	<i>256</i>	<i>4.664</i>	<i>80</i>	<i>5.210</i>	<i>2.620</i>	<i>24</i>	<i>302</i>	<i>60.174</i>
<i>Centro</i>	<i>17.672</i>	<i>355</i>	<i>5.735</i>	<i>95</i>	<i>1.013</i>	<i>64</i>	<i>1.551</i>	<i>888</i>	<i>13</i>	<i>870</i>	<i>28.256</i>
<i>Sud</i>	<i>20.756</i>	<i>418</i>	<i>1.832</i>	<i>253</i>	<i>273</i>	<i>63</i>	<i>233</i>	<i>172</i>	<i>15</i>	<i>59</i>	<i>24.074</i>
<i>Isole</i>	<i>10.352</i>	<i>227</i>	<i>373</i>	<i>68</i>	<i>219</i>	<i>39</i>	<i>96</i>	<i>185</i>	<i>10</i>	<i>45</i>	<i>11.614</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>31.108</i>	<i>645</i>	<i>2.205</i>	<i>321</i>	<i>492</i>	<i>102</i>	<i>329</i>	<i>357</i>	<i>25</i>	<i>104</i>	<i>35.688</i>
<b>Italia</b>	<b>85.754</b>	<b>1.634</b>	<b>17.350</b>	<b>672</b>	<b>6.169</b>	<b>246</b>	<b>7.090</b>	<b>3.865</b>	<b>62</b>	<b>1.276</b>	<b>124.118</b>

\*I dati relativi alla regione Campania sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

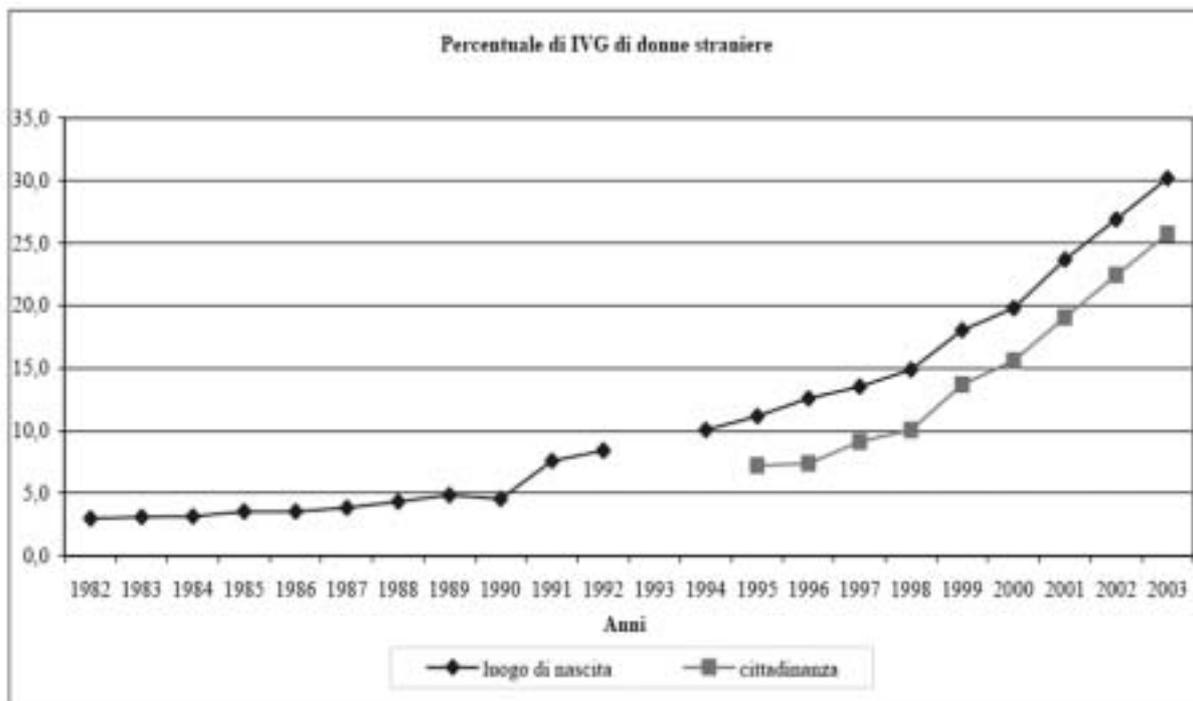
**Tabella 2 - Tassi di abortività volontaria per cittadinanza e classi d'età (tassi per 1.000 donne) - Anni 1996, 2002-2003**

Età	1996				2002				2003* (escludendo la Campania)			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,5	58,2	13,5	5,1	11,2	56,1	13,9	5,0
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	10,7	50,6	13,1	4,7	10,4	48,0	13,5	4,6
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	9,8	38,4	11,5	3,9	9,2	39,3	11,4	4,3
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	7,7	27,4	8,5	3,6	7,6	26,4	8,7	3,4
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	13,7	4,4	3,4	3,9	10,5	4,2	2,7
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,2	0,4	3,1	0,4	0,7	0,4	1,8
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,6	36,7	8,9	4,8	7,3	34,5	8,9	4,8
18-49 std	9,1	28,0	9,5	3,1	8,1	35,5	9,4	4,4	7,8	34,0	9,6	4,3

\* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di IVG di donne straniere – Anni 1982-2003



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il dato per luogo di nascita e quello per cittadinanza non differiscono di molto ed hanno un andamento simile.

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne straniere nel nostro paese vivono spesso in situazioni

disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno ha un'influenza sull'andamento generale dell'IVG in Italia (vedi capitolo Salute materno-infantile) ed evidenzia la necessità di specifiche politiche di supporto per queste donne.

## Tasso di mortalità tra gli stranieri

**Significato.** Il principale indicatore di sintesi proposto è il tasso di mortalità, utile in analisi di tipo differenziale per sottolineare le eventuali disuguaglianze nell'universo degli stranieri preso in esame. La fonte di riferimento è l'“*Indagine sulle cause di morte*” dell'Istat, a carattere censuario e corrente, che utilizza

la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni (Istat D4 e D5). Tale rilevazione riguarda, senza distinzione, tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano; al contempo consente analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte.

### *Tasso di mortalità standardizzato della popolazione straniera residente in Italia*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia (fascia di età 18-64 anni), aree di cittadinanza, sesso, cause di morte}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia (fascia di età 18-64 anni), area di cittadinanza e sesso}} \times 10.000$$

Più precisamente, al fine di raggiungere un sufficiente grado di comparabilità a fronte di un universo di riferimento tutt'altro che composito, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

**Validità e limiti.** Al fine della costruzione dell'indicatore prescelto sono stati considerati nello specifico gli stranieri residenti in Italia: in effetti, essendo il concetto di residenza imprescindibile dalla presenza “regolare” sul territorio (connotata dal permesso o dalla carta di soggiorno validi), solo per loro è possibile ricavare una misura corretta della popolazione di riferimento. In tal modo, seppur con alcuni limiti inevitabili, legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, diventa possibile anche con riferimento agli stranieri procedere alla misura di indicatori importanti all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano. Nello specifico, nel calcolo dei tassi differenziali per sesso, età, cittadinanza, causa, per la popolazione media al denominatore è stata considerata quella residente al 31.12 degli anni di interesse, che non essendo disponibile nell'incrocio cittadinanza/età è stata riproporzionata utilizzando la struttura dei permessi di soggiorno. L'ipotesi di base, valida esclusivamente a livello Italia, è l'analogia tra i permessi da una parte, la popolazione residente dall'altra (la maggior parte degli stranieri con permesso di soggiorno risulta iscritta nei registri anagrafici). Al momento del calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, invece, è stata utilizzata la popolazione straniera residente in Italia per sesso e singolo anno di età, che non consente altri incroci.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi, tra sesso e aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

### **Descrizione dei risultati**

Nel decennio di osservazione (1992-2002), l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità, con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera. Gli eventi dei non residenti rappresentano sempre la maggioranza, mentre il sotto universo degli stranieri con cittadinanza dell'area dei paesi a forte pressione migratoria evidenzia percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettivamente nel 1992 e soprattutto nel 1999 (52,4%) anche se, nel confronto con la totalità dei decessi di stranieri residenti, questi rappresentano la maggioranza a partire dal 1997. Tra i non residenti, i decessi dei cittadini dei paesi a forte pressione migratoria diventano la maggioranza solo a partire dal 2000 (tabella 1 e grafico 1).

La distribuzione territoriale delle intensità tra le regioni di residenza rispecchia quella della popolazione di riferimento, con una prevalenza del Nord (Nord-Ovest per gli uomini, Nord-Est per le donne) e del Centro; passando però ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti nel Nord-Est, seguito dall'Italia meridionale e insulare (tabella 2).

In generale, dopo attenti e accurati controlli, si è ritenuto di limitare l'analisi differenziale per i più significativi gruppi di cause di morte agli stranieri residenti nella fascia di età 18-64 anni, così da giungere a risul-

tati più affidabili considerato il carattere di elevata stabilità della loro presenza sul territorio italiano. A tale proposito, si può affermare che la mortalità degli stranieri è assoggettata a due effetti in qualche modo convergenti che contribuiscono a mantenerla su livelli piuttosto contenuti. Il primo, senz'altro più evidente e rilevante, è quello del *migrantesano*, alla base della logica stessa dei flussi migratori: in sintesi, una delle caratteristiche che determinano la decisione allo spostamento è proprio la buona condizione di salute. Il secondo, dal significato meno immediato e strettamente legato all'età, che potrebbe avere effetti sul paese di arrivo, è il possibile ritorno nel paese di origine di chi ha sviluppato una malattia. Ciò porterebbe, nel medio periodo, a una diminuzione del numero dei decessi in Italia a fronte di popolazioni di riferimento che non rispondono in modo così repentino al cambiamento. Le cancellazioni anagrafiche, per loro natura caratterizzate da una certa rigidità generale comune a tutta la popolazione residente indipendentemente dalla cittadinanza, con la loro diversa velocità di risposta al cambiamento potrebbero avere delle conseguenze sul calcolo dei tassi in maniera certamente più evidente per il sotto universo, di per sé contenuto, degli stranieri.

Passando all'analisi dei tassi standardizzati di morta-

lità, riferiti ai cittadini stranieri residenti in età 18-64 anni, tra gli elementi degni di nota si segnala una tendenza alla diminuzione, seppur leggera, dei tassi attribuibile soprattutto al 2002. Inoltre, accanto a questo, si evidenzia un netto vantaggio delle donne, che registrano, tra il 1994 e il 2002, valori più contenuti rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza (tabella 3 e grafico 2).

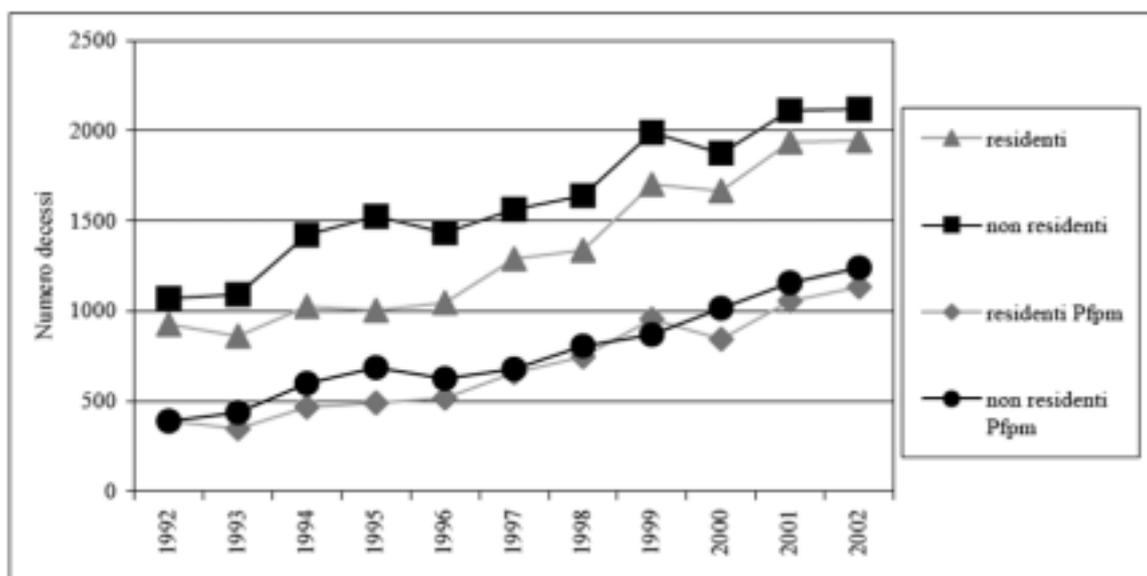
Accanto ai tassi standardizzati di mortalità complessiva sono stati calcolati anche tassi per alcune principali cause di decesso. Le cause selezionate, riferite a raggruppamenti della Classificazione Internazionale delle Malattie - ICD9, adottata per la codifica delle cause di morte in Italia per gli anni analizzati, sono le seguenti: Tumori (codici 140-239), Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo (codici 240-279 escluso il codice 279.1), Aids (codice 279.1), Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio (codici 390-459), Malattie dell'Apparato Respiratorio (codici 460-519), Cause esterne e/o accidentali (codici 800-999), Altre Malattie (gruppo residuale rispetto ai codici causa considerati negli altri raggruppamenti). Per quanto concerne invece le aree di cittadinanza in corrispondenza delle quali sono stati calcolati i tassi di mortalità, è necessario precisare che i paesi a forte pressione migratoria comprendono quelli appartenenti

**Tabella 1 - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia (valori assoluti e percentuali) - Anni 1992-2002**

Anno di decesso	Totale decessi					
	Residenti	Valori assoluti Non residenti	Totale	Residenti	Valori percentuali Non residenti	Totale
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	100,00
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86	100,00
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14	100,00
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30	100,00
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85	100,00
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80	100,00
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09	100,00
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90	100,00
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	100,00
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15	100,00
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15	100,00
<b>Totale</b>	<b>14.736</b>	<b>17.842</b>	<b>32.578</b>	<b>45,23</b>	<b>54,77</b>	<b>100,00</b>
<b>DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA</b>						
1992	390	389	779	50,06	49,94	100,00
1993	348	438	786	44,27	55,73	100,00
1994	467	598	1.065	43,85	56,15	100,00
1995	490	687	1.177	41,63	58,37	100,00
1996	517	625	1.143	45,27	54,73	100,00
1997	658	679	1.337	49,21	50,79	100,00
1998	747	807	1.554	48,07	51,93	100,00
1999	954	868	1.822	52,36	47,64	100,00
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57	100,00
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28	100,00
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23	100,00
<b>Totale</b>	<b>7.605</b>	<b>8.502</b>	<b>16.108</b>	<b>47,22</b>	<b>52,78</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2002.

**Grafico 1** - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento al complesso dei paesi a forte pressione migratoria – Anni 1992-2002



**Tabella 2** - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia, per sesso e regione di residenza (valori assoluti e tassi standardizzati per 10.000) – Anno 2002

Regioni	Decessi di stranieri residenti (valori assoluti)			Tassi standardizzati di mortalità (tassi per 10.000)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	95	55	150	22,16	12,29	16,69
Lombardia	229	142	371	21,26	13,35	17,08
Trentino-Alto Adige	95	154	249	84,18	85,11	85,32
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>74</i>	<i>132</i>	<i>206</i>	<i>96,67</i>	<i>68,24</i>	<i>79,29</i>
<i>Trento</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>43</i>	<i>43,99</i>	<i>41,97</i>	<i>45,47</i>
Veneto	101	57	158	21,33	14,25	17,86
Friuli-Venezia Giulia	50	25	75	36,08	13,26	22,51
Liguria	33	36	69	20,84	15,77	17,85
Emilia-Romagna	86	59	145	18,58	16,13	17,54
Toscana	89	59	148	21,05	11,82	16,24
Umbria	19	14	33	19,02	12,25	15,46
Marche	33	20	53	29,44	20,87	23,96
Lazio	113	102	215	21,72	11,85	15,51
Abruzzo e Molise	17	9	26	16,56	10,60	13,93
Campania	42	29	71	20,33	16,49	18,46
Puglia	25	18	43	18,08	13,20	15,85
Basilicata	5	5	10	58,57	36,24	69,46
Calabria	20	11	31	23,72	19,90	21,58
Sicilia	52	18	70	35,03	8,53	20,08
Sardegna	14	14	28	31,52	34,26	32,16
<i>Italia Nord-Occidentale</i>	<i>357</i>	<i>233</i>	<i>590</i>	<i>21,77</i>	<i>13,41</i>	<i>17,24</i>
<i>Italia Nord-Orientale</i>	<i>332</i>	<i>295</i>	<i>627</i>	<i>34,95</i>	<i>28,93</i>	<i>31,96</i>
<i>Italia Centrale</i>	<i>254</i>	<i>195</i>	<i>449</i>	<i>21,32</i>	<i>12,27</i>	<i>16,06</i>
<i>Italia Meridionale</i>	<i>109</i>	<i>72</i>	<i>181</i>	<i>20,24</i>	<i>15,18</i>	<i>17,91</i>
<i>Italia Insulare</i>	<i>66</i>	<i>32</i>	<i>98</i>	<i>33,83</i>	<i>13,06</i>	<i>22,30</i>
<b>Italia</b>	<b>1.118</b>	<b>827</b>	<b>1.945</b>	<b>24,56</b>	<b>16,16</b>	<b>20,03</b>

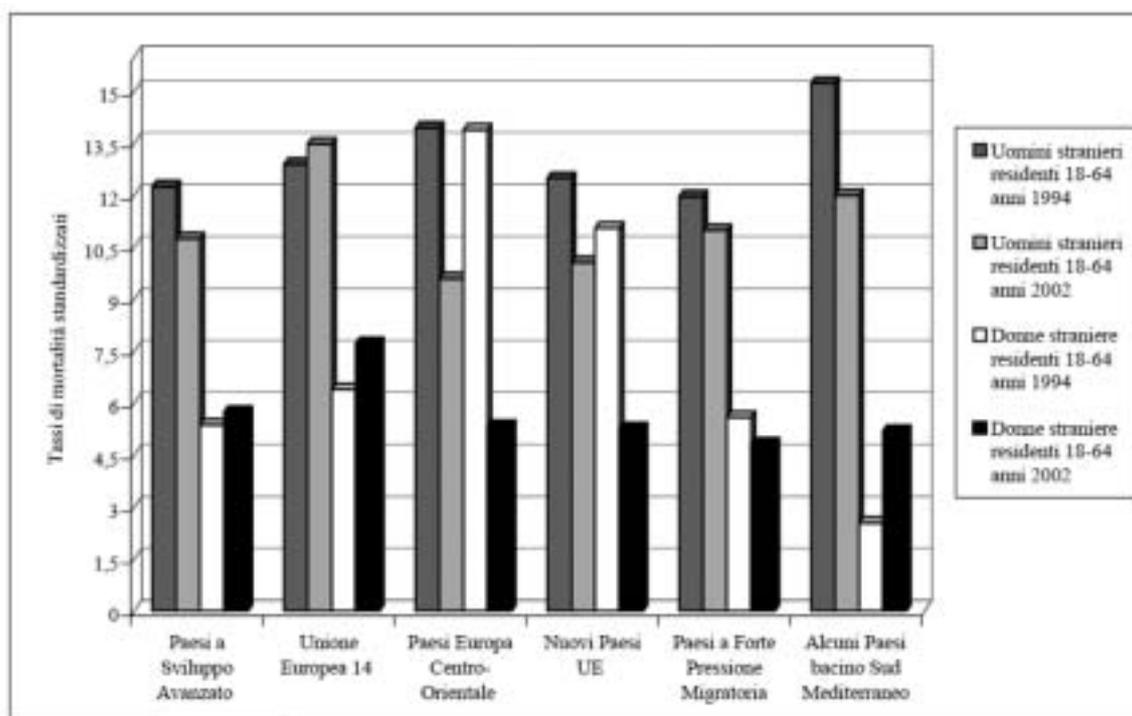
Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002.

**Tabella 3 - Tassi standardizzati di mortalità degli stranieri residenti in Italia in età 18-64 anni, per sesso, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di decesso (tassi per 10.000) - Anni 1994, 2002**

Aree di cittadinanza	Cause di decesso	Tassi standardizzati - età 18-64 anni (tassi per 10.000)					
		Anno 1994			Anno 2002		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	Tumori	2,74	2,09	2,43	2,34	2,98	2,69
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	0,15	-	0,08	0,43	0,28	0,33
	Aids	0,50	-	0,23	-	0,07	0,05
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,93	1,12	2,53	2,56	0,59	1,50
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,48	0,22	0,33	0,57	0,26	0,43
	Cause esterne e/o accidentali	2,50	0,90	1,64	2,03	0,69	1,26
	Altre Malattie	1,95	1,05	1,46	2,81	0,88	1,74
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>12,25</b>	<b>5,38</b>	<b>8,70</b>	<b>10,75</b>	<b>5,75</b>	<b>8,00</b>
<b>Paesi Europa Centro-Orientale</b>	Tumori	4,21	7,45	5,83	2,26	2,50	2,32
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,18	-	0,08
	Aids	-	-	-	0,03	-	0,01
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,76	1,40	2,27	1,87	1,39	1,64
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,70	0,36	0,05	-	0,03
	Cause esterne e/o accidentali	5,42	2,71	4,42	3,90	1,04	2,46
	Altre Malattie	1,56	1,64	1,51	1,31	0,41	0,79
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>13,95</b>	<b>13,89</b>	<b>14,39</b>	<b>9,60</b>	<b>5,34</b>	<b>7,33</b>
<b>Paesi a Forte Pressione Migratoria</b>	Tumori	2,64	1,87	2,28	2,06	1,74	1,86
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	0,05	0,02	0,01	0,07	0,05
	Aids	0,77	0,21	0,55	0,41	0,20	0,32
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	1,37	1,37	1,41	2,47	0,90	1,74
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,35	0,24	0,31	0,59	0,24	0,41
	Cause esterne e/o accidentali	5,00	1,00	3,36	4,14	0,74	2,55
	Altre Malattie	1,84	0,86	1,44	1,31	0,95	1,15
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>11,97</b>	<b>5,59</b>	<b>9,36</b>	<b>10,99</b>	<b>4,83</b>	<b>8,07</b>
<b>FOCUS SU ALCUNE SPECIFICHE AREE DI CITTADINANZA</b>							
<b>Unione Europea 14</b>	Tumori	2,26	2,30	2,28	2,65	4,10	3,39
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,59	0,40	0,48
	Aids	0,71	-	0,35	-	0,09	0,06
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,95	1,38	2,70	3,67	0,80	2,13
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,69	-	0,32	0,60	0,27	0,43
	Cause esterne e/o accidentali	2,89	1,29	2,06	2,49	0,80	1,49
	Altre Malattie	2,39	1,42	1,85	3,48	1,28	2,26
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>12,90</b>	<b>6,40</b>	<b>9,56</b>	<b>13,48</b>	<b>7,72</b>	<b>10,24</b>
<b>Nuovi Paesi UE</b>	Tumori	4,06	7,00	5,50	1,97	3,09	2,62
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	Aids	-	-	-	-	-	-
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,77	2,40	2,79	-	0,42	0,25
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,80	0,40	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	5,15	2,78	4,37	4,42	1,10	2,25
	Altre Malattie	0,91	1,01	0,89	3,67	0,66	1,47
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>12,90</b>	<b>13,99</b>	<b>13,96</b>	<b>10,06</b>	<b>5,27</b>	<b>6,59</b>
<b>Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo</b>	Tumori	3,87	0,14	2,93	1,45	2,16	1,69
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	Aids	0,15	-	0,12	0,14	0,19	0,14
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	1,77	1,86	1,66	2,23	0,56	1,71
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,56	0,55	0,69	0,68	0,27	0,48
	Cause esterne e/o accidentali	7,57	-	5,64	5,83	0,47	3,82
	Altre Malattie	1,32	-	1,06	1,68	1,54	1,65
	<b>Tasso standardizzato totale 18-64 anni</b>	<b>15,24</b>	<b>2,54</b>	<b>12,11</b>	<b>12,00</b>	<b>5,19</b>	<b>9,50</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1994 e 2002.

**Grafico 2 - Tassi standardizzati di mortalità complessiva degli stranieri residenti in Italia in età 18-64 anni, per sesso e aree di cittadinanza (tassi per 10.000) - Anni 1994, 2002**



Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1994 e 2002.

all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) ed all'America centro-meridionale; per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo; all'Europa Centro-Orientale appartengono tutti i paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i 10 paesi compresi nell'allargamento dell'Unione Europea a 25 avvenuta nel maggio 2004 ed infine nei paesi a sviluppo avanzato rientrano i paesi appartenenti all'Unione europea a 15, gli Altri paesi europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone. Oltre ai raggruppamenti di cittadinanze in grandi aree, è stata focalizzata l'attenzione anche su alcuni gruppi contenuti nei precedenti ed in particolare i paesi dell'Unione Europea (esclusa l'Italia), i nuovi 10 paesi dell'Unione Europea a 25, inclusi dopo l'allargamento nel maggio 2004 ed alcuni paesi del bacino Sud del Mediterraneo, comprendente i paesi dell'Africa del Nord e la Turchia. Per gli stranieri con cittadinanza del complesso dei paesi a sviluppo avanzato, le cause di morte più rilevanti sono i tumori, il tasso standardizzato aumenta da 2,4 per 10.000 residenti a 2,7 nei due anni messi a confronto, e le malattie del sistema cardio-circolatorio che diminuiscono (da 2,5 per 10.000 a 1,5). In generale, i tumori caratterizzano la mortalità di tutte le aree di cittadinanza considerate e mettono in luce lo svantaggio delle donne e dei paesi dell'Europa Centro-Orientale. Questo, in particolare nel 1994, è fortemente correlato da un

lato alla scarsa attitudine alla prevenzione, dall'altro agli effetti di lungo periodo legati al disastro nucleare di Chernobyl del 1980; in ogni caso, la situazione presenta notevoli segnali di miglioramento nel 2002. D'altra parte, per il complesso dei paesi a forte pressione migratoria, soprattutto in relazione agli uomini, accanto ai tumori spiccano le cause esterne e/o violente (tra le quali gli incidenti stradali e sul lavoro) dovute alle difficili condizioni di vita e lavorative, addirittura prima causa di morte degli stranieri con cittadinanza dei paesi del bacino sud del Mediterraneo (nel complesso 5,6 per 10.000 nel 1994, 3,8 nel 2002; per gli uomini rispettivamente 7,6 e 5,8). Per quanto concerne l'AIDS, dai dati relativi agli stranieri residenti in Italia si evince che l'effetto del forte ricorso alla medicalizzazione ha reso tale causa di morte meno significativa, pur facendo emergere differenze nell'ordine di grandezza delle variazioni tra le aree di cittadinanza (tabella 3). Ciò suggerisce disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Per concludere brevemente, è bene ricordare che la mortalità rappresenta un indicatore rilevante per il monitoraggio, anche se in qualche modo ex post, del grado di integrazione della popolazione straniera sul territorio, e il confronto temporale operato suggerisce, seppur con il permanere di evidenti differenze, un generale miglioramento delle condizioni degli stranieri in Italia.

**Riferimenti bibliografici**

1. Bruzzone S., Mignolli N., La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: "documentazione e criteri di misura", in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano 2003; pp. 412-433.
2. Bruzzone S., Mignolli N., Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati, Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 13-15 Settembre 2001, RUX editrice, Perugia, 2002; pp. 395-410.
3. Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2004), La nuova Unione Europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio – Giugno 2004; pp. 97 – 120.
4. Meslé F., Hertrich V., Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, Atti del Congrès international de la population, Beijing 1997.
5. Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J., Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, 1976; Vol. 3, 15.

## Stranieri in Italia

**Significato.** Negli ultimi decenni in Italia si sono verificati importanti flussi migratori che hanno avuto un notevole impatto sulla struttura e sulla dinamica demografica del paese. Il crescere del numero assoluto di stranieri presenti sul territorio italiano ha infatti contrastato l'invecchiamento della popolazione residente ed ha influito sulla dinamica naturale e su quella migratoria, sia interna che con l'estero. Il numero dei paesi di provenienza è andato sempre crescendo: accanto ai flussi provenienti da paesi di più "vecchia"

provenienza, quali il Marocco, la Tunisia e le Filippine, che nel 1992 rappresentavano il 35% dei permessi di soggiorno rilasciati, si è assistito al sopraggiungere di nuove collettività di immigrati come, ad esempio, quella degli ucraini e, più in generale, quelle dai Paesi Balcanici e dell'Est europeo. Tutto ciò ha comportato variazioni nella graduatoria dei permessi di soggiorno per area di provenienza e del peso relativo delle singole cittadinanze sul totale dei permessi rilasciati.

### *Variazione percentuale 2005-2006 dei permessi di soggiorno*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2006} - \text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}}{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

### *Quota della popolazione straniera residente*

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Popolazione straniera residente all'01/01/2006}}{\text{Popolazione residente all'01/01/2006}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

**Validità e limiti.** Quantificare il numero di immigrati presenti in Italia è un'operazione che richiede particolare attenzione. La definizione stessa di immigrato straniero presenta delle criticità (1) e i dati disponibili risentono fortemente dell'instabilità residenziale di questo contingente, nonché della presenza di immigrati irregolari. I permessi di soggiorno rilasciati sono dati di natura amministrativa che colgono una parte ampia del fenomeno: essi comprendono sia gli immigrati legali stabili ma anche quelli semi-stabili (si tenga conto però che si ha una sottostima degli stranieri minorenni, in quanto una parte di questi non sono titolari di un proprio permesso di soggiorno ma sono conteggiati in quello di un loro familiare). I dati sugli stranieri iscritti nelle anagrafi comunali consentono analisi più dettagliate sia sull'evoluzione dello stock che sulle componenti della dinamica degli stranieri residenti in Italia; contemporaneamente essi risentono delle mancate cancellazioni anagrafiche degli immigrati che lasciano il territorio nazionale per cui ne deriva una sovrastima sia del saldo migratorio che della quota di popolazione straniera realmente residente in Italia (2). Dall'analisi congiunta dei dati sui permessi di soggiorno in corso di validità e di quelli di fonte anagrafica si possono delineare alcune caratteristiche della componente migratoria legalmente presente, mancano però le informazioni sulla presenza degli stranieri irregolari. Il numero di questi ultimi ha subito importanti riduzioni in occasione delle ripetute "regolarizzazioni", basate su regole più o meno restrittive, ma successivamente tende ad aumentare

anche per la mancanza di una politica ed una prassi immigratoria sufficientemente realistica. In occasione dell'ultima regolarizzazione, avvenuta in seguito al D.L. 195/2002, furono presentate più di 700 mila domande e oltre il 90% di queste furono accolte (3). Questo dato evidenzia la forte presenza di immigrati irregolari sul territorio nazionale. Le ultime stime della presenza straniera irregolare parlano di 541 mila unità all'1 luglio 2005: il numero di stranieri irregolari ogni 100 stranieri presenti è pari a 16,1. Tale tasso di irregolarità si attesta su valori più alti di quelli medi nazionali specialmente nel Sud del paese (a Cosenza raggiunge il valore massimo di 51) e nelle grandi metropoli del Centro-Nord quali Roma (25%), Torino (23%) e Milano (19%) (4).

### **Descrizione dei risultati**

Il numero di permessi di soggiorno in essere all'1 gennaio 2006 ammonta a circa 2 milioni e 860 mila unità: confrontando tale dato con quello relativo all'anno precedente si registra una variazione percentuale del +1,8 (tabella 1). Con riferimento alla graduatoria dei permessi di soggiorno per cittadinanza, si nota come tale aumento sia stato particolarmente significativo per le collettività provenienti dalla Polonia, Romania, Serbia Montenegro e Cina, mentre solo i permessi per i filippini sono diminuiti. In relazione alle posizioni relative a tale graduatoria stilata per le prime dieci provenienze all'inizio dei due anni in analisi, risalta come solo in testa e in coda ci siano state delle variazioni: i rumeni nel 2006 sono la prima collettività per

numero di permessi rilasciati (l'anno precedente erano secondi solo agli albanesi), mentre in coda della graduatoria il peso relativo della comunità degli indiani si va riducendo, passando dal nono al decimo posto, scavalcata da quella dei serbi montenegrini<sup>1</sup>. La quota degli stranieri iscritti in Anagrafe all'1 gennaio 2006 sulla popolazione residente è per l'Italia pari al 4,5%, tuttavia si riscontrano forti differenze a livello territoriale (tabella 2). Difatti, nelle regioni del Centro-Nord il peso relativo della popolazione straniera è sistematicamente più alto del valore medio nazionale, ad eccezione della Valle d'Aosta (4,0%). Nel Mezzogiorno, invece, la quota di stranieri residenti, ad eccezione dell'Abruzzo, è inferiore al 2%; in particolare in Sardegna e in Basilicata tale quota si attesta all'1,1%. Al contrario, la regione dove il peso relativo della popolazione straniera è maggiore è la Lombardia, dove ogni 100 residenti 7 non hanno la cittadinanza italiana: una presenza forte di stranieri si ha anche in Emilia-Romagna, Umbria e Veneto. Se si prendono in considerazione le macro aree di provenienza degli stranieri (tabella 3), si può notare come la grande maggioranza provenga da Paesi a forte pressione migratoria: tale quota si attenua soltanto nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Sardegna, dove per ragioni diverse risiede in proporzione un maggior numero di cittadini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato. Il flusso più ampio di immigrati (oltre la metà degli stranieri residenti) si ha dai Paesi dell'Europa, in particolare, centro-orientale, e poco più di un quarto dai Paesi Africani, il 17,0% dall'Asia e, per la quota rimanente, dall'America. Anche per questo indicatore si riscontrano delle diversità tra le regioni: il peso relativo degli africani residen-

ti è particolarmente alto in Sicilia. In cinque regioni (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo e Puglia) gli stranieri provenienti dai Paesi Europei rappresentano oltre il 60% del totale degli immigrati regolarmente iscritti in anagrafe. I flussi migratori dai Paesi Asiatici sono particolarmente rilevanti, invece, in Lombardia, Toscana e Sicilia. Infine, si noti come gli stranieri residenti provenienti dall'America (in realtà, dal Sudamerica) superino in Liguria più di tre volte il dato medio nazionale. Di particolare interesse è la distribuzione degli stranieri residenti per macro aree che si riscontra in Lombardia, regione dove risulta molto più equilibrata che nel resto delle regioni italiane. La tabella 4 mostra i dati relativi agli stranieri residenti all'1 gennaio del 2006, ripartiti per sesso e per le prime tre cittadinanze nelle regioni italiane. Si evince che, per il segmento maschile, in tutte le regioni le prime due cittadinanze sono quella marocchina seguita da quella albanese (o viceversa), tranne che nel Lazio, dove sono i romeni gli stranieri residenti più numerosi, e in Sicilia, dove la prima collettività sono i tunisini. Si riscontra quindi una generale omogeneità nella distribuzione dei primi due contingenti stranieri iscritti in anagrafe; in relazione alla terza cittadinanza c'è invece una maggiore difformità tra le regioni. Quanto appena osservato non si verifica con riferimento alle straniere residenti, per le quali non è possibile individuare univocamente le cittadinanze prevalenti. In alcune regioni, ad esempio, si rileva la presenza nella prima cittadinanza di collettività non presenti nelle prime tre posizioni negli altri contesti regionali (è il caso della Liguria in cui la prima collettività è quella ecuadoriana).

**Tabella 1** - *Permessi di soggiorno (in migliaia) e variazione percentuale per i primi dieci Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) - 01/01/2005-01/01/2006*

	Permessi di soggiorno		Variazione percentuale	
	01/01/2005	01/01/2006		
Albania	251,2	Romania	271,5	8,9
Romania	249,4	Albania	256,9	2,3
Marocco	235,0	Marocco	239,7	2,0
Ucraina	111,6	Ucraina	115,1	3,2
Cina Rep. Popolare	106,8	Cina Rep. Popolare	114,2	6,9
Filippine	75,8	Filippine	75,0	- 1,1
Polonia	65,5	Polonia	73,2	11,7
Tunisia	59,3	Tunisia	61,5	3,8
India	50,7	Serbia e Montenegro	52,3	8,1
Serbia e Montenegro	48,3	India	51,8	2,2
<i>Totale primi 10 Pfp</i>	<i>1.253,6</i>		<i>1.311,2</i>	<i>4,6</i>
<i>Altri Pfp</i>	<i>671,7</i>		<i>688,9</i>	<i>2,6</i>
<i>Totale Pfp</i>	<i>1.925,3</i>		<i>2.000,1</i>	<i>3,9</i>
<i>Totale altri paesi</i>	<i>320,2</i>		<i>285,9</i>	<i>- 10,7</i>
<b>Totale</b>	<b>2.245,5</b>		<b>2.286,0</b>	<b>1,8</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>>.

<sup>1</sup>I cambiamenti più rilevanti in questa graduatoria si sono avuti nel 2002, in occasione della regolarizzazione avvenuta in seguito alla legge Bossi-Fini che ha evidenziato il rafforzamento della presenza di stranieri provenienti dai Paesi dell'Est Europa (soprattutto dalla Romania e dall'Albania), ma anche il sopraggiungere nelle prime posizioni della classifica degli stranieri residenti per cittadinanza di provenienza di nuove comunità, come quella degli ucraini (3).

**Tabella 2 - Residenti stranieri (in migliaia) e quota degli stranieri residenti (per 100) per regione ed area geografica di provenienza - 01/01/2006**

Regioni	Europa	Asia	Africa	America	Altro	Totale	Paesi a forte pressione migratoria	Quota stranieri residenti/totali residenti (%)
Piemonte	122,5	18,1	70,0	20,9	0,1	231,6	215,6	5,3
Valle d'Aosta	2,1	0,2	2,2	0,5	0,0	5,0	4,3	4,0
Lombardia	224,7	147,5	203,3	90,0	0,4	665,9	621,0	7,0
Trentino-Alto Adige	35,7	5,9	10,4	3,6	0,0	55,7	46,1	5,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,9</i>	<i>3,6</i>	<i>3,8</i>	<i>1,2</i>	<i>0,0</i>	<i>25,5</i>	<i>18,4</i>	<i>5,3</i>
<i>Trento</i>	<i>18,8</i>	<i>2,4</i>	<i>6,7</i>	<i>2,4</i>	<i>0,0</i>	<i>30,3</i>	<i>27,6</i>	<i>6,0</i>
Veneto	166,1	51,7	87,0	15,8	0,2	320,8	303,8	6,8
Friuli-Venezia Giulia	44,4	5,5	11,4	3,8	0,1	65,2	58,9	5,4
Liguria	29,8	6,4	14,6	23,6	0,1	74,4	66,0	4,6
Emilia-Romagna	119,8	52,2	101,8	15,0	0,1	288,8	271,9	6,9
Toscana	115,7	46,4	36,8	16,3	0,3	215,5	189,3	6,0
Umbria	36,0	4,3	12,5	6,4	0,1	59,3	52,2	6,8
Marche	50,3	13,2	21,8	5,9	0,0	91,3	83,1	6,0
Lazio	155,0	51,3	34,1	34,0	0,7	275,1	228,6	5,2
Abruzzo	29,8	4,6	5,9	3,4	0,1	43,8	38,8	3,4
Molise	2,5	0,3	1,0	0,5	0,0	4,3	3,6	1,3
Campania	49,8	14,7	21,5	6,5	0,2	92,6	79,5	1,6
Puglia	30,4	5,0	11,0	2,3	0,1	48,7	43,2	1,2
Basilicata	3,7	0,8	1,6	0,4	0,0	6,4	5,8	1,1
Calabria	15,9	5,2	10,6	1,7	0,2	33,5	28,7	1,7
Sicilia	20,3	18,2	32,0	3,9	0,3	74,6	65,2	1,5
Sardegna	7,6	3,3	5,7	1,3	0,0	17,9	13,3	1,1
<b>Italia</b>	<b>1.262,0</b>	<b>454,8</b>	<b>695,0</b>	<b>255,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2.670,5</b>	<b>2.453,0</b>	<b>4,5</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

**Tabella 3 - Residenti stranieri (per 100) per regione e area di provenienza - 01/01/2006**

Regioni	Europa	Asia	Africa	America	Altro	Paesi a forte pressione migratoria (%)
Piemonte	52,9	7,8	30,2	9,0	0,1	93,1
Valle d'Aosta	41,2	4,3	44,9	9,5	0,1	86,5
Lombardia	33,8	22,1	30,5	13,5	0,1	93,3
Trentino-Alto Adige	64,1	10,7	18,7	6,5	0,1	82,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>66,4</i>	<i>14,0</i>	<i>14,8</i>	<i>4,7</i>	<i>0,1</i>	<i>72,4</i>
<i>Trento</i>	<i>62,1</i>	<i>7,9</i>	<i>22,0</i>	<i>8,0</i>	<i>0,0</i>	<i>91,2</i>
Veneto	51,8	16,1	27,1	4,9	0,1	94,7
Friuli-Venezia Giulia	68,1	8,5	17,5	5,8	0,2	90,4
Liguria	40,0	8,6	19,6	31,7	0,1	88,7
Emilia-Romagna	41,5	18,1	35,2	5,2	0,0	94,1
Toscana	53,7	21,5	17,1	7,6	0,1	87,8
Umbria	60,7	7,3	21,1	10,7	0,1	88,1
Marche	55,1	14,5	23,9	6,5	0,1	91,0
Lazio	56,4	18,6	12,4	12,4	0,2	83,1
Abruzzo	67,9	10,6	13,5	7,8	0,2	88,5
Molise	57,6	8,2	22,6	11,2	0,4	84,0
Campania	53,7	15,8	23,2	7,0	0,2	85,9
Puglia	62,3	10,4	22,5	4,7	0,2	88,6
Basilicata	57,3	12,9	24,2	5,5	0,1	91,2
Calabria	47,5	15,4	31,5	5,1	0,5	85,6
Sicilia	27,2	24,3	42,8	5,3	0,3	87,5
Sardegna	42,3	18,2	31,8	7,4	0,3	73,9
<b>Italia</b>	<b>47,3</b>	<b>17,0</b>	<b>26,0</b>	<b>9,6</b>	<b>0,1</b>	<b>92,3</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007 <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

**Tabella 4** - Residenti stranieri (in migliaia) da Paesi a forte pressione migratoria per regione, sesso e cittadinanze prevalenti - 01/01/2006

Regioni	Residenti stranieri (maschi)	Cittadinanza			Residenti stranieri (femmine)	Cittadinanza		
		Prima	Seconda	Terza		Prima	Seconda	Terza
Piemonte	115,7	Mar.	Rom.	Alb.	115,9	Rom.	Mar.	Alb.
Valle d'Aosta	2,4	Mar.	Alb.	Tun.	2,6	Mar.	Rom.	Alb.
Lombardia	353,5	Mar.	Alb.	Eg.	312,4	Mar.	Alb.	Rom.
Trentino-Alto Adige	28,3	Alb.	Mar.	Mac.	27,5	Alb.	Mar.	Rom.
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>13,0</i>	<i>Alb.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Ser. Mon.</i>	<i>12,5</i>	<i>Alb.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Ser. Mon.</i>
<i>Trento</i>	<i>15,3</i>	<i>Alb.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Rom.</i>	<i>15,0</i>	<i>Alb.</i>	<i>Rom.</i>	<i>Mar.</i>
Veneto	171,2	Mar.	Rom.	Alb.	149,6	Rom.	Mar.	Alb.
Friuli-Venezia Giulia	33,8	Alb.	Ser. Mon.	Rom.	31,4	Alb.	Rom.	Ser. Mon.
Liguria	35,4	Alb.	Mar.	Ecu.	39,0	Ecu.	Alb.	Mar.
Emilia-Romagna	149,9	Mar.	Alb.	Tun.	138,9	Mar.	Alb.	Ucr.
Toscana	107,8	Alb.	Cina	Mar.	107,8	Alb.	Rom.	Cina
Umbria	28,3	Alb.	Mar.	Rom.	31,0	Alb.	Rom.	Mar.
Marche	46,1	Alb.	Mar.	Mac.	45,2	Alb.	Mar.	Rom.
Lazio	124,9	Rom.	Alb.	Fil.	150,2	Rom.	Fil.	Pol.
Abruzzo	20,7	Alb.	Mac.	Mar.	23,1	Alb.	Rom.	Ucr.
Molise	1,9	Mar.	Rom.	Alb.	2,4	Rom.	Alb.	Mar.
Campania	39,4	Mar.	Ucr.	Alb.	53,2	Ucr.	Pol.	Cina
Puglia	25,4	Alb.	Mar.	Cina	23,3	Alb.	Mar.	Ucr.
Basilicata	3,1	Alb.	Mar.	Cina	3,3	Alb.	Ucr.	Rom.
Calabria	15,6	Mar.	Alb.	Ucr.	17,9	Ucr.	Mar.	Pol.
Sicilia	38,6	Tun.	Mar.	Sri L.	36,0	Tun.	Sri L.	Mar.
Sardegna	8,7	Mar.	Sen.	Cina	9,2	Mar.	Cina	Ger.
<b>Italia</b>	<b>1.350,6</b>	<b>Alb.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Rom.</b>	<b>1.319,9</b>	<b>Rom.</b>	<b>Alb.</b>	<b>Mar.</b>

Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Eg. = Egitto; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. Mon. = Serbia Montenegro; Sri. L. = Sri Lanka; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Giovannelli C., Strozza S. La presenza straniera: contesto nazionale e area romana in Immigrati stranieri e la capitale, Franco Angeli, Milano 2006; (14-44).  
 (2) Golini A. "Politiche migratorie", in Livi Bacci (a cura di) "L'incidenza economica dell'immigrazione", Giappichelli Editore, Torino 2005.

(3) Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane Rapporto Osservasalute 2005. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

(4) Fondazione ISMU, Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005, Franco Angeli, Milano, 2006.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla

leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro paese.

### *Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Questo indicatore permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte Istat dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano attualmente un'entità numericamente molto contenuta (inferiore a 2.000 casi) rispetto al totale dei nati (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2005 è risultata essere del 98,3% rispetto al 96,1% dell'anno precedente), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del loro paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra può escludere i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. Tuttavia attualmente il dato sul paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre dal codice fiscale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

### **Descrizione dei risultati**

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese: nel 2005 i nati con madre straniera sono il 12,2% di tutti i nati in Italia, quindi in

aumento rispetto all'11,3% del 2004 (tabella 1). Questa quota risulta nettamente superiore alla quota di cittadini stranieri residenti in Italia nel 2005, pari al 4,1% (sul totale della popolazione residente italiana, Fonte: Health for All – Italia, giugno 2007).

La quota più elevata di nascite da almeno un genitore straniero risulta più elevata al Nord-Ovest (circa il 40% del totale delle nascite), seguito dal Nord-Est (intorno al 30%), dal Centro (leggermente inferiore al 25%), dal Sud (circa il 5%) e infine dalle Isole (inferiore al 5%) e questo accade per tutti gli anni considerati. Nel dettaglio però tale quota risulta in aumento nelle ripartizioni del Nord e in lieve riduzione al Centro e nel Mezzogiorno (grafico 1). In particolare dal 1999 al 2005 la percentuale di nati da genitori entrambi stranieri è passata dal 38,1% al 39,6% nel Nord-Ovest, da 26,3% a 30,8% nel Nord-Est, da 24,6% a 21,9% al Centro, da 6,5% a 5,2% al Sud e da 4,6% a 2,5% nelle Isole.

Dal 1999, con l'istituzione della "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri Paesi Europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se invece solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce cittadinanza italiana o straniera a seconda delle leggi in vigore nel paese di cittadinanza del genitore straniero. Con riferimento ai dati del 2005, tutti i nati con un genitore italiano e uno straniero risultano avere la cittadinanza italiana; va tuttavia sottolineato che in alcuni casi i minori hanno la doppia cittadinanza (quella di entrambi genitori) che possono mantenere fino al raggiungimento della maggiore età. Nel 2005 i primi tre paesi di cittadinanza straniera del nato sono risultati essere il Marocco (17,0% del totale dei nati cittadini stranieri), l'Albania (14,2%) e la Romania (11,5%).

**Tabella 1** - *Nati vivi per cittadinanza dei genitori e ripartizione di residenza - Anni 1999-2005*

Anni	Nati da genitori entrambi stranieri o da sola madre straniera					Italia
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	
1999	10.876	7.280	6.982	2.617	1.379	29.134
2000	12.954	9.262	8.415	2.935	1.435	35.001
2001	13.930	10.629	9.304	3.103	1.485	38.451
2002	15.852	12.361	10.181	3.137	1.480	43.011
2003	16.841	13.110	10.669	3.900	1.701	46.221
2004	23.438	18.628	14.659	4.871	1.870	63.466
2005	25.150	19.670	15.609	5.167	2.098	67.694

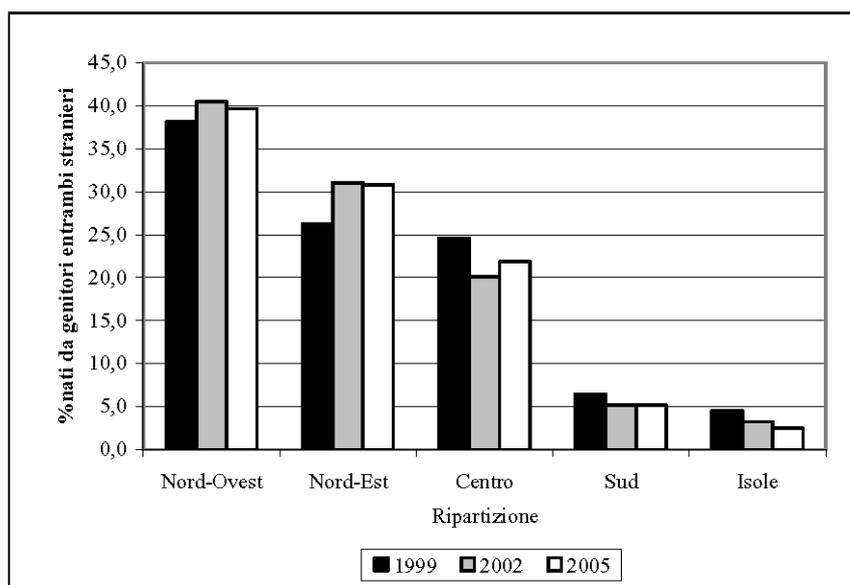
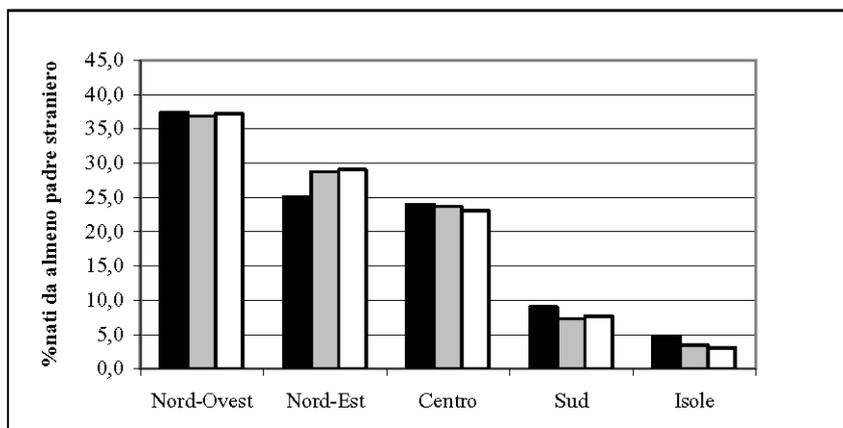
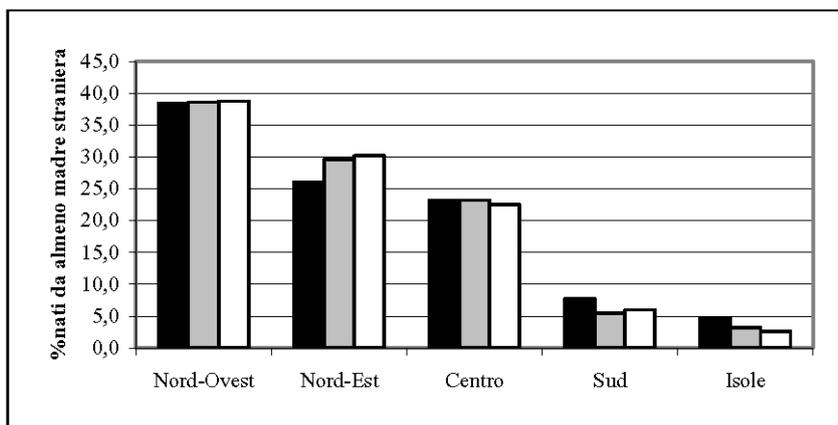
Anni	Nati da genitori entrambi stranieri o da solo padre straniero					Italia
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	
1999	9.107	6.166	5.491	1.825	1.124	23.713
2000	10.939	7.824	6.671	2.029	1.161	28.624
2001	11.958	9.171	7.607	2.063	1.168	31.967
2002	13.725	10.528	8.247	1.949	1.147	35.596
2003	14.020	11.075	8.517	2.394	1.254	37.260
2004	20.360	16.045	11.936	3.135	1.372	52.848
2005	21.767	16.972	12.643	3.355	1.479	56.216

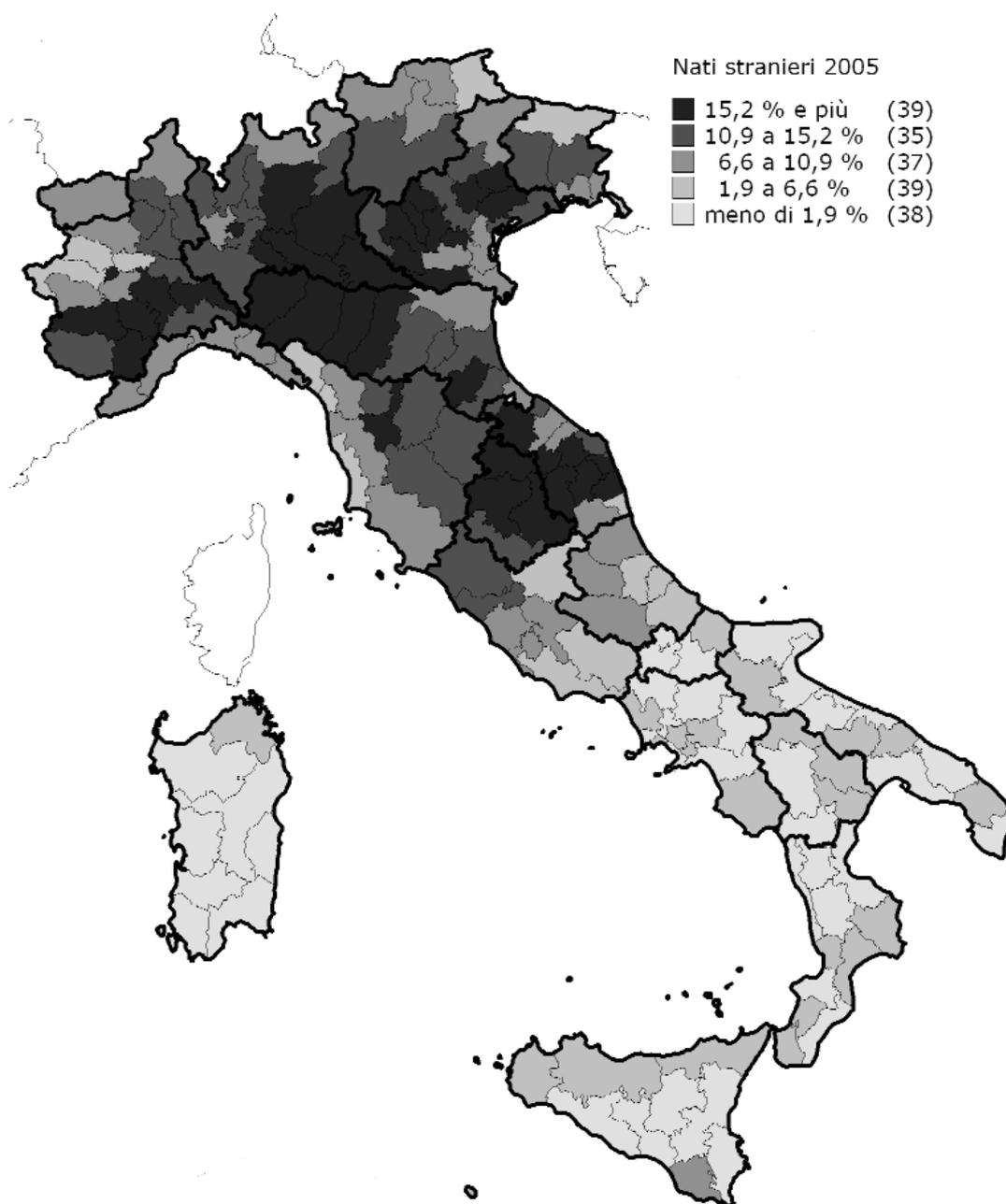
Anni	Nati da genitori entrambi stranieri					Italia
	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	
1999	7.737	5.337	4.996	1.313	929	20.312
2000	9.150	6.832	5.511	1.456	996	23.945
2001	10.389	8.012	5.478	1.580	957	26.416
2002	11.924	9.144	5.935	1.527	953	29.483
2003	12.140	9.651	7.772	1.812	997	32.372
2004	18.059	14.589	10.500	2.362	1.088	46.598
2005	20.005	15.546	11.046	2.625	1.260	50.482

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it/>, Tav. 1.7 e Tav. 2.6. Anno 2007.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da almeno un genitore straniero secondo la cittadinanza dei genitori – Anni 1999, 2002, 2005



Quota dei nati da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia per ASL. Anno 2005.



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat disponibili alla pagina  
<<http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>>.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è, se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata.

È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione

(prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei paesi di origine. È tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica.

## Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita

**Significato.** Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995. Nel 2004, delle 137.140 IVG rilevate a livello nazionale, 36.496 (pari al 26,6%) hanno riguardato cittadine straniere e 42.587 donne nate all'estero (31,1%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è

dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia (infatti nel 1994 la percentuale di IVG effettuata da donne di cittadinanza straniera era di poco superiore al 7%). Per una valutazione del fenomeno l'indicatore più appropriato risulta essere il tasso di abortività volontaria. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

### *Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti\**

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Numeratore: IVG effettuate da cittadine straniere residenti di età 18-49 anni  
 Denominatore: Donne cittadine straniere residenti di età 18-49 anni

### *Percentuale di IVG di donne nate all'estero*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: IVG effettuate da donne nate all'estero  
 Denominatore: Totale IVG

### *Percentuale di IVG di cittadine straniere*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: IVG effettuate da cittadine straniere  
 Denominatore: Totale IVG

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto delle modifiche della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, etc...). Inoltre rende possibile il confronto tra le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di distinguere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Ma in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile sarebbe una percentuale e non un tasso.

Un problema rilevante per il tasso di abortività delle cittadine straniere è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati. Per il calcolo dei tassi specifici

ci delle cittadine straniere residenti è stato necessario stimare la popolazione di riferimento a cui rapportare i casi di IVG. Ciò è stato fatto considerando l'ammontare delle straniere residenti (dato disponibile dalla rilevazione annuale sulla popolazione straniera residente dell'Istat) e ridistribuendolo per età e stato civile sulla base della composizione dei permessi di soggiorno.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere assunto come valore di riferimento il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

### **Descrizione dei risultati**

Nel 2004 il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere o relativi a donne nate all'estero è molto variabile a livello regionale (tabella 1), con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione che va dal 40,15% di IVG da cittadine straniere effettuate in Veneto a 3,81% in Puglia).

La maggior parte delle straniere che abortiscono in

Italia sono cittadine dell'Est-Europa provenienti principalmente dalla Romania, Moldavia e Ucraina, seguono il Marocco e l'Albania (tabella 2).

Un'alta percentuale di IVG da cittadine rumene si osserva in Piemonte, PA di Trento, Lazio e Basilicata mentre in Liguria prevalgono le IVG da donne dell'Ecuador e in Campania dell'Ucraina.

Tutto ciò conferma la tendenza degli ultimi anni che ha visto un aumento delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e dell'America Latina. Nel 1996, tra i primi paesi, comparivano infatti anche la Nigeria e il Ghana che ora non presentano particolare rilevanza. C'è da sottolineare che negli anni c'è stato in Italia un aumento dell'immigrazione dall'Est Europa e che attualmente la maggioranza delle donne straniere proviene da questi paesi.

Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività standardizzato relativo alle donne straniere residenti in Italia. Questo è risultato essere pari a 25,4 per 1.000 nel 1996 e 29,4 nel 2004 (valori standardiz-

zati) (tabella 3). Si evidenzia quindi un aumento negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione (da 8,8 nel 1996 a 7,7 nel 2004). In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (quasi 4 volte nel 2004) e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane. La struttura per età del fenomeno risultava diversa tra i due contingenti nel 1996, in quanto per le italiane i livelli più elevati si avevano in corrispondenza delle classi 25-29 e 30-34, mentre per le straniere tra le più giovani (età 18-24 anni). Nel corso degli anni il modello di abortività è cambiato anche tra le donne italiane (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281): nel 2004 il tasso di abortività delle più giovani (18-24 anni) risulta essere il valore più elevato sia per le italiane che per le straniere, sebbene le diversità per età tra le straniere siano molto più marcate.

**Tabella 1** - Interruzioni volontarie della gravidanza (valori assoluti e percentuali) da donne nate all'estero e da cittadine straniere per regione di intervento - Anno 2004

Regioni	IVG di donne nate all'estero		IVG di cittadine straniere	
	N	%	N	%
Piemonte	4.369	37,27	3.894	33,22
Valle d'Aosta	70	25,27	32	11,55
Lombardia	10.043	42,02	9.323	23,13
Trentino-Alto Adige	625	32,93	439	23,13
<i>Bolzano-Bozen</i>	192	32,99	146	25,09
<i>Trento</i>	433	32,90	293	22,26
Veneto	3.297	44,45	2.978	40,15
Friuli-Venezia Giulia	826	34,40	669	27,86
Liguria	1.476	36,89	1.320	32,99
Emilia-Romagna	4.698	39,80	4.229	35,83
Toscana	2.874	32,79	2.797	31,91
Umbria	1.010	40,50	909	36,45
Marche	1.009	38,81	876	33,69
Lazio	6.551	40,34	5.379	33,13
Abruzzo	815	28,14	523	18,06
Molise	109	16,93	52	8,07
Campania	1.764	14,06	1.435	11,44
Puglia	1.177	9,31	482	3,81
Basilicata	69	11,06	27	4,33
Calabria	598	17,49	389	11,37
Sicilia <sup>(a)</sup>	986	11,75	576	6,86
Sardegna	276	11,21	167	6,78
<i>Nord-Ovest</i>	15.958	39,99	14.499	36,34
<i>Nord-Est</i>	9.446	40,16	8.324	35,39
<i>Centro</i>	11.444	38,02	9.961	33,10
<i>Sud</i>	4.532	13,83	2.908	8,87
<i>Isole<sup>(a)</sup></i>	1.262	11,62	743	6,84
<b>Italia<sup>(a)</sup></b>	<b>42.642</b>	<b>31,09</b>	<b>36.435</b>	<b>26,57</b>

<sup>(a)</sup>I dati della Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

**Tabella 2 - Primi tre paesi di cittadinanza per le donne che effettuano IVG per regione - Anno 2004**

Piemonte	Romania (39,5%), Marocco (10,1%), Albania (8,5%)
Valle d'Aosta	Marocco (43,8%), Perù (9,4%), Francia, Romania, Moldavia, Filippine (6,3%)
Lombardia	Romania (14,5%), Ecuador (11,5%), Perù (10,7%)
Bolzano-Bozen	Albania (5,5%), Macedonia, Marocco(3,4%)
Trento	Romania (71,9%), Moldavia (38,2%), Albania (33,7%)
Veneto	Romania (22,0%), Moldavia (11,8%), Albania (7,6%)
Friuli-Venezia Giulia	Romania (14,5%), Albania (11,1%), Jug.Serbia-Montenegro (9,6%)
Liguria	Ecuador (40,7%), Romania (10,8%), Albania (8,6%)
Emilia-Romagna	Romania (14,4%), Moldavia, Marocco (8,9%), Albania (7,7%)
Toscana	Romania (26,5%), Albania (11,3%), Cina (9,0%)
Umbria	Romania (24,2%), Albania (11,4%), Ecuador (10,2%)
Marche	Romania (17,8%), Albania (11,1%), Marocco (7,2%)
Lazio	Romania (47,9%), Ucraina (6,2%), Perù (5,3%)
Abruzzo	Romania (27,7%), Albania (10,9%), Cina (9,6%)
Molise	Romania (28,8%), Albania (13,5%), Ucraina (11,5%)
Campania	Ucraina (43,8%), Romania (12,5%), Polonia (9,1%)
Puglia	Albania (25,1%), Romania (23,4%), Polonia (6,6%)
Basilicata	Romania (33,3%), Albania (18,6%), Ucraina (14,8%)
Calabria	Romania (26,2%), Ucraina (23,4%), Bulgaria (9,6%)
Sicilia <sup>(a)</sup>	Romania (22,6%), Sri Lanka (10,2%), Tunisia (7,3%)
Sardegna	Romania (21,0%), Cina (15,0%), Nigeria (10,2%)

**Nota:** La percentuale è calcolata sul totale delle IVG effettuate da cittadine straniere.

<sup>(a)</sup>I dati della Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004.

**Tabella 3 - Tassi di abortività volontaria (per 1.000) per cittadinanza e classi di età - Anni 1996, 2004**

Età	1996				2004			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/ Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/ Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,8	55,0	14,4	4,7
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	11,2	45,6	14,4	4,1
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	10,0	37,7	12,2	3,8
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	8,4	27,1	9,7	3,2
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	10,8	4,5	2,6
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	0,9	0,4	2,4
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,8	33,0	9,4	4,3
18-49 std	8,8	25,4	9,2	2,9	7,7	29,4	9,3	3,8

**Nota:** I dati della Sicilia sono stati stimati. Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione media femminile del 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne straniere nel nostro paese vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno ha un'influenza sull'andamento generale dell'IVG (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281) ed evidenzia la necessità di specifiche politiche di supporto.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", in Conti C., Sgritta G.B., Salute e società - Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri, Anno III, 2/2004.
- (2) Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M.E. (2006), L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2006 (Rapporti Istituzionali 06/17): 115 p.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione viene utilizzato per confrontare il ricorso alle strutture ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) rispetto agli italiani, in modo da tener conto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto.

L'indicatore è stato calcolato solo per gli stranieri maggiorenni, in considerazione della notevole sottostima nel numero di minori, in molti casi registrati sul

permesso di soggiorno dei genitori.

I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia al Censimento 2001) e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e diagnosi alla dimissione. Sono stati anche calcolati i tassi età-specifici per consentire l'analisi del trend per età nelle popolazioni a confronto.

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli immigrati\*

Numeratore	Dimissioni di stranieri da Pfp** nell'anno, età 18 anni e oltre	x 1.000
Denominatore	Popolazione media straniera da Pfp** regolarmente soggiornante, età 18 e oltre	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

\*\*Pfp, secondo la classificazione Istat: Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia a eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale.

La fonte dei dati relativi ai ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute che raccoglie le dimissioni effettuate in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private. Sono escluse dall'analisi le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2004.

Per stimare il numero degli stranieri presenti in Italia (denominatore del tasso) sono stati considerati i permessi di soggiorno raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media dei permessi rilevati al 31/12/2003 e al 31/12/2004.

**Validità e limiti.** L'indicatore utilizza al numeratore dati di fonte amministrativa, non campionari, rilevati secondo modalità sufficientemente standardizzate e caratterizzati da elevata copertura nazionale. Tra i limiti va menzionata la qualità dei dati SDO che possono essere incompleti e potenzialmente distorti. Inoltre l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, non sempre è accurata e la sua validità può variare tra le diverse regioni italiane. Rispetto al denominatore, è possibile presumere che la sottostima della popolazione straniera, dovuta alla presenza di irregolari non inclusi nelle stime ufficiali, si traduca in una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione degli immigrati vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (anno 2004).

### Descrizione dei risultati

Nel 2004 sono stati effettuati in Italia oltre 433 mila ricoveri a carico di cittadini stranieri (3,3% delle

dimissioni totali). Il 90% ha riguardato stranieri provenienti da Pfp: il 43,5% dall'Europa centro-orientale e in particolare dalla Romania; il 29,6% dall'Africa (dove il paese più rappresentato è il Marocco); il 14,1% dall'Asia, con una maggior frequenza dalla Cina; il 12,7% dall'America latina e soprattutto dall'Ecuador.

La tabella 1 mostra l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni per regime di ricovero e provenienza. Rispetto al 1998, si è osservato un notevole incremento dei ricoveri di cittadini provenienti dai Pfp, quasi raddoppiati in regime ordinario nel 2004, e più che triplicati in Day Hospital, aumento che trova solo in parte spiegazione nell'incremento della presenza straniera regolare nel nostro paese.

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età riferiti agli immigrati da Pfp sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli della popolazione residente (tabella 2). La differenza è risultata particolarmente evidente tra gli uomini, con tassi in regime ordinario di 123,5 e 160,1 per 1.000, rispettivamente per i cittadini da Pfp e per i residenti; e in Day Hospital di 43,4 e 67,0 per 1.000. Le notevoli differenze di genere sono spiegate quasi esclusivamente da eventi legati alla salute riproduttiva (parti naturali e complicanze della gravidanza e del parto).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei ricoveri, il 64% dell'attività erogata a immigrati maggiorenni si concentra nelle regioni del Nord; seguono il Centro (24%), e infine il Sud e le Isole (11%). Tale distribuzione ricalca molto fedelmente la ripartizione della popolazione immigrata sul territorio nazionale. Le cause di ricovero più frequenti registrate tra gli uomini sono state i traumatismi (25,9%), seguiti dal-

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e variazioni percentuali) per provenienza e regime di ricovero - Anni 1998, 2000, 2003, 2004

Provenienza	Ricoveri ordinari					Day-Hospital				
	1998	2000	2003	2004	Δ % 1998-2004	1998	2000	2003	2004	Δ % 1998-2004
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	34.077 (0,4%)	-14,9	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	9.165 (0,2%)	13,0
Stranieri da Pfp**	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	287.813 (3,2%)	95,5	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	102.472 (2,6%)	243,4
<b>Totale ricoveri nazionali</b>	<b>9.964.872 (100%)</b>	<b>9.556.665 (100%)</b>	<b>9.184.175 (100%)</b>	<b>9.106.967 (100%)</b>	<b>-8,6</b>	<b>2.016.336 (100%)</b>	<b>2.340.604 (100%)</b>	<b>3.105.941 (100%)</b>	<b>3.884.129 (100%)</b>	<b>92,6</b>

\*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

\*\*Pfp: Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tassi standardizzati per 1.000) di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni e oltre per regione di dimissione, regime di ricovero e sesso - Anno 2004

Regioni	Ricoveri ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi Pfp	Tasso std Pfp	Tasso std residenti	Dimessi Pfp	Tasso std Pfp	Tasso std residenti	Dimessi Pfp	Tasso std Pfp	Tasso std residenti	Dimessi Pfp	Tasso std Pfp	Tasso std residenti
Piemonte	8.184	115,7	120,1	15.044	152,2	128,2	2.773	48,3	64,7	7.136	79,6	67,6
Valle d'Aosta	197	160,3	147,0	315	133,8	145,8	51	59,8	65,2	106	62,8	55,7
Lombardia	29.260	131,4	160,1	43.885	168,8	156,1	6.614	36,0	61,9	17.624	72,2	71,8
Trentino-Alto Adige	2.376	156,1	167,1	3.542	167,8	172,2	439	19,6	51,0	1.161	52,6	63,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>1.280</i>	<i>190,1</i>	<i>187,4</i>	<i>1.514</i>	<i>189,2</i>	<i>195,3</i>	<i>166</i>	<i>18,9</i>	<i>44,6</i>	<i>448</i>	<i>44,1</i>	<i>59,7</i>
<i>Trento</i>	<i>1.096</i>	<i>131,0</i>	<i>148,7</i>	<i>2.028</i>	<i>155,8</i>	<i>152,0</i>	<i>273</i>	<i>21,2</i>	<i>56,8</i>	<i>713</i>	<i>57,8</i>	<i>66,9</i>
Veneto	12.684	112,5	139,0	21.817	171,1	144,4	4.025	156,1	62,9	7.476	132,7	64,8
Friuli-Venezia Giulia	2.203	82,7	130,9	3.928	136,7	135,2	545	20,4	37,0	1.433	44,5	46,5
Liguria	3.980	160,5	141,0	6.365	201,2	141,2	1.698	59,3	95,8	3.677	116,9	106,5
Emilia-Romagna	12.847	125,8	143,7	20.650	162,5	149,6	2.303	27,9	52,0	7.189	58,1	61,0
Toscana	8.160	112,3	125,3	13.427	145,7	129,8	1.968	23,6	52,5	5.128	51,3	56,3
Umbria	2.244	135,8	135,0	4.060	162,9	135,3	526	35,1	66,1	1.662	62,0	73,2
Marche	2.295	94,2	150,6	4.545	124,6	147,4	417	16,3	46,9	1.149	29,4	52,7
Lazio	12.272	112,8	174,7	21.387	142,1	180,9	5.369	28,4	80,5	10.889	59,5	87,8
Abruzzo	1.411	136,7	222,1	2.680	166,8	214,5	331	27,1	64,6	1.053	54,4	81,1
Molise	86	149,4	193,5	173	105,1	199,4	11	32,6	53,0	62	22,3	62,9
Campania	4.094	186,6	186,7	7.311	189,2	181,2	824	35,6	79,3	2.957	66,6	79,5
Puglia	1.889	121,7	186,5	3.318	175,3	189,6	191	19,2	47,2	537	31,9	51,1
Basilicata	40	53,6	163,9	61	37,9	161,5	12	4,4	68,5	24	9,7	76,1
Calabria	912	135,5	188,9	1.679	175,2	192,4	187	36,0	61,3	678	52,7	74,1
Sicilia	2.904	205,3	182,8	3.901	232,8	173,5	1.272	100,5	110,1	2.328	144,3	118,9
Sardegna	639	475,3	181,5	1.048	551,4	180,6	270	286,6	67,1	377	180,9	77,9
<i>Nord-Ovest</i>	<i>41.621</i>	<i>130,1</i>	<i>146,0</i>	<i>65.609</i>	<i>167,2</i>	<i>146,2</i>	<i>11.136</i>	<i>41,0</i>	<i>66,3</i>	<i>28.543</i>	<i>77,8</i>	<i>74,1</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>30.110</i>	<i>116,5</i>	<i>142,0</i>	<i>49.937</i>	<i>163,0</i>	<i>147,5</i>	<i>7.312</i>	<i>71,4</i>	<i>54,6</i>	<i>17.259</i>	<i>82,0</i>	<i>61,1</i>
<i>Centro</i>	<i>24.971</i>	<i>110,8</i>	<i>151,6</i>	<i>43.419</i>	<i>142,6</i>	<i>156,0</i>	<i>8.280</i>	<i>26,4</i>	<i>65,2</i>	<i>18.828</i>	<i>54,1</i>	<i>71,4</i>
<i>Sud</i>	<i>8.432</i>	<i>143,4</i>	<i>189,8</i>	<i>15.222</i>	<i>166,3</i>	<i>188,4</i>	<i>1.556</i>	<i>27,6</i>	<i>64,7</i>	<i>5.311</i>	<i>51,0</i>	<i>70,0</i>
<i>Isole</i>	<i>3.543</i>	<i>261,4</i>	<i>182,4</i>	<i>4.949</i>	<i>287,4</i>	<i>175,2</i>	<i>1.542</i>	<i>140,0</i>	<i>99,0</i>	<i>2.705</i>	<i>150,1</i>	<i>108,5</i>
<b>Italia</b>	<b>108.677</b>	<b>123,5</b>	<b>160,1</b>	<b>179.136</b>	<b>160,6</b>	<b>161,3</b>	<b>29.826</b>	<b>43,4</b>	<b>67,0</b>	<b>72.646</b>	<b>70,0</b>	<b>74,0</b>

Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

le malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e da quelle dell'apparato respiratorio (8,2%), come riportato nella tabella 3. Per questi problemi di salute, i tassi degli immigrati sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli dei residenti, con l'esclusione dei traumatismi (16,6 contro 14,8 per 1.000) e delle malattie infettive e parassitarie (4,2 contro 2,4 per 1.000). Tra le donne, il 56,6% delle dimissioni ha riguardato la gravidanza e

il parto, con un tasso del 52,3 tra le donne immigrate contro 32,7 tra le residenti. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono state le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Anche in questo caso, i tassi dei cittadini stranieri sono risultati più bassi o simili rispetto ai residenti, eccetto che per le malattie infettive e parassitarie (3,0 contro 1,7 per 1.000). L'andamento dei

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni e oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso - Anno 2004

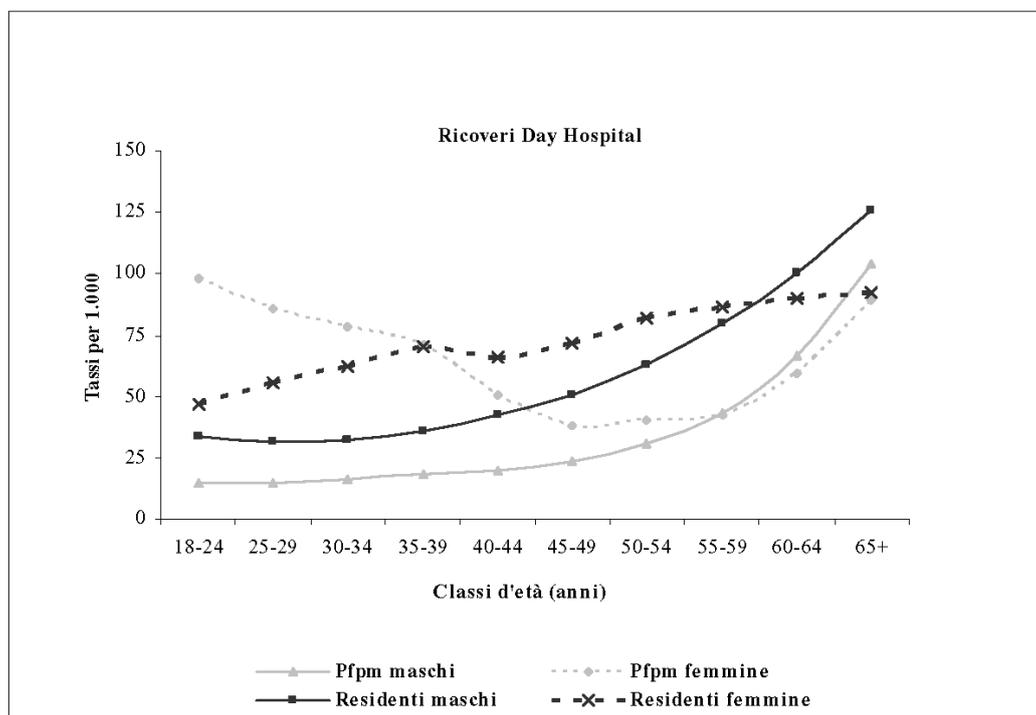
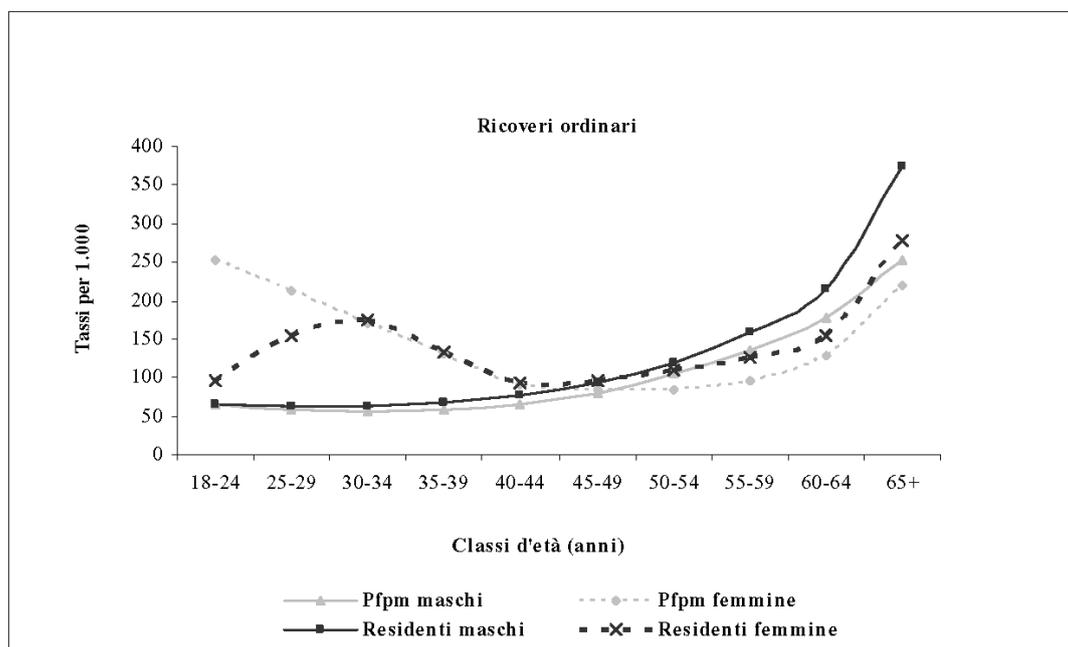
ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine				
		Dimessi Pfp	(%) Pfp	Tasso std Pfp	Tasso std residenti	Dimessi Pfp	% Pfp	% Pfp (esclusi ricoveri salute riproduttiva)	Tasso std Pfp	Tasso std residenti
001-139	Malattie infettive e parassitarie	4.000	5,7	4,2	2,4	2.479	1,7	3,9	3,0	1,7
140-239	Tumori	2.741	3,9	11,3	17,4	6.689	4,6	10,5	11,6	14,4
240-279	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.113	1,6	2,6	2,7	1.469	1,0	2,3	3,2	4,2
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	412	0,6	1,0	1,2	798	0,5	1,3	1,3	1,3
290-319	Disturbi psichici	3.239	4,6	3,0	4,7	2.913	2,0	4,6	3,1	4,5
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.276	4,7	6,5	8,7	2.937	2,0	4,6	5,7	8,4
390-459	Malattie del sistema circolatorio	6.572	9,4	26,3	38,0	4.693	3,2	7,4	18,0	23,6
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	5.756	8,2	11,1	13,7	3.461	2,4	5,4	7,8	7,6
520-579	Malattie dell'apparato digerente	9.637	13,8	14,6	18,6	9.182	6,3	14,4	13,5	13,4
580-629	Malattie del sistema genito-urinario	3.114	4,4	7,1	10,1	10.722	7,3	16,8	11,1	11,2
630-677	Gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	83.001	56,6	-	52,3	32,7
680-709	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.098	1,6	1,4	2,0	730	0,5	1,1	1,0	1,5
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.222	6,0	5,6	10,3	3.123	2,1	4,9	6,6	11,4
740-779	Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	565	0,8	0,5	0,8	595	0,4	0,9	0,6	0,9
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4.005	5,7	7,2	7,8	4.759	3,2	7,5	7,3	6,1
800-999	Traumatismi e avvelenamenti	18.132	25,9	16,6	14,8	6.164	4,2	9,7	9,5	11,5
V01-V82	Fattori che influenzano lo stato di salute	2.138	3,1	4,4	7,1	2.990	2,0	4,7	4,9	7,0
	<b>Totale</b>	<b>70.020</b>	<b>100,0</b>	<b>123,5</b>	<b>160,1</b>	<b>146.705</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>160,6</b>	<b>161,3</b>
	<b>Totale (esclusi ricoveri salute riproduttiva)</b>					<b>63.704</b>			<b>108,3</b>	<b>128,6</b>

**Nota:** Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

tassi di ricovero ordinario per età (grafico 1) mostra tra gli immigrati uomini valori inferiori rispetto ai residenti; per quanto riguarda quelli in Day Hospital, i tassi si mantengono più marcatamente al di sotto rispetto ai residenti per tutte le classi d'età. Nelle donne si evidenzia un maggior ricorso ai servizi ospedalieri nelle classi d'età riproduttiva (ricongiungibile ai parti in regime ordinario e alle IVG in Day Hospital), con un picco più pronunciato e anticipato rispetto alle donne residenti. Diversi fattori potrebbero concorrere a spiegare il minore ricorso alle cure ospedaliere da parte della popolazione straniera. In primo luogo, è ipotizzabile che l'effetto migrante

sano continui a svolgere un ruolo nelle dinamiche di salute di questa popolazione, per quanto nel tempo possa essersi affievolito per via dell'invecchiamento e dell'aumento dei ricongiungimenti familiari. Inoltre, non si può escludere che la persistenza di barriere di tipo linguistico-culturale e amministrativo-burocratico sia all'origine del ridotto utilizzo dei servizi ospedalieri. Occorre infine sottolineare che il tasso di ospedalizzazione, essendo solo una misura indiretta dei bisogni di salute, va utilizzato con cautela nella descrizione del profilo epidemiologico della popolazione in studio.

**Grafico 1** - Tassi di ospedalizzazione (per 1.000) per regime di ricovero, classe d'età, provenienza e sesso - Anno 2004

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I livelli di ospedalizzazione dei cittadini stranieri evidenziano nel complesso un minore ricorso al ricovero rispetto alla popolazione residente. Da un punto di vista di salute pubblica è importante

segnalare l'elevata frequenza dei ricoveri per traumasmi negli uomini e per IVG nelle donne, nei confronti dei quali possono essere individuate politiche di prevenzione efficaci.

## Incidenza di AIDS tra gli stranieri

**Significato.** La popolazione straniera nel nostro paese è in rapida espansione ed evoluzione. Tra i problemi di salute di questa popolazione l'AIDS viene spesso segnalato come particolarmente grave, anche in considerazione dell'influenza che questa patologia esercita sulla sensibilità collettiva (1). È dunque importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS tra gli stranieri presenti in Italia, al fine di attivare adeguati interventi

di prevenzione e assistenza sanitaria. La migliore conoscenza di questo fenomeno potrebbe inoltre contribuire a ridimensionare l'eccessivo allarmismo legato alla paura del dilagare della malattia. Il presente lavoro ha l'obiettivo di stimare l'incidenza di AIDS tra gli stranieri nel periodo che va dal 1992 al 2003, anni in cui la numerosità della popolazione immigrata nel nostro paese ha assunto un peso significativo (2).

### *Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni e oltre  
Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni e oltre

Sono stati utilizzati i dati del Registro Nazionale dei casi di AIDS, istituito a partire dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (3). L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati a cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi, ed è stata limitata al periodo 1992-2003 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti (meno del 3% sul totale dei casi diagnosticati tra il 1982 e il 1991). Sono stati calcolati i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età. I tassi sono stati calcolati su base triennale al fine di attenuarne la variabilità dovuta soprattutto alle oscillazioni cui sono soggette le stime della popolazione straniera presente. La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2003 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4).

**Validità e limiti.** Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato complessivamente da un'elevata copertura (5).

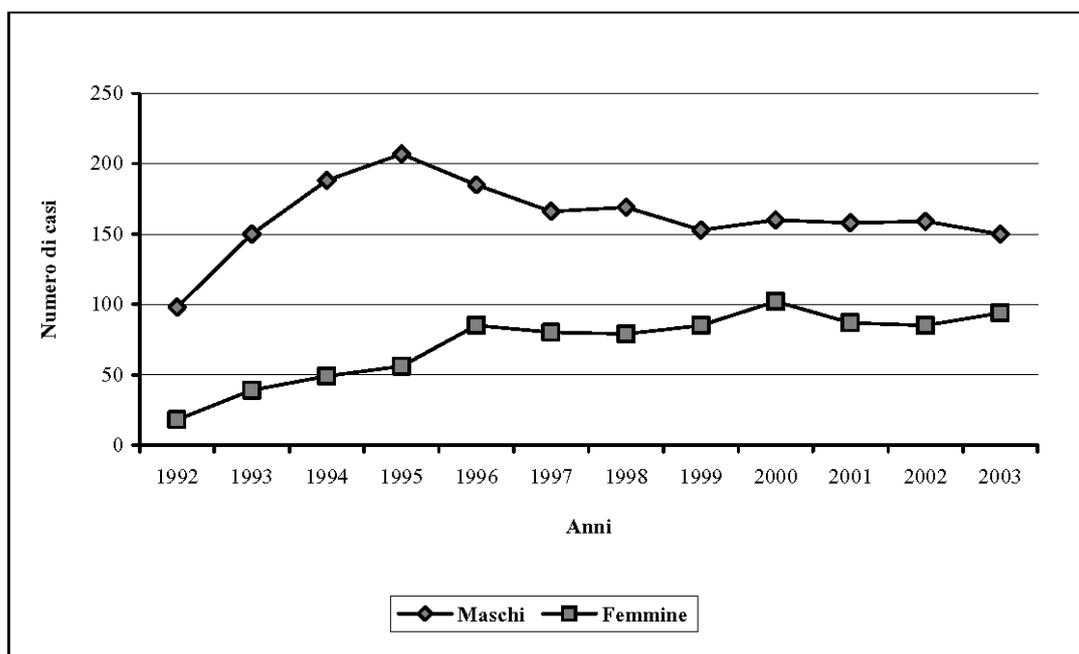
Il limite maggiore deriva invece dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta infatti sottostimata nel nostro paese poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono clandestinamente. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i tre provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni. Il calcolo di tassi su base triennale ha tuttavia permesso di attenuare tali oscillazioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere utile confrontare i tassi di incidenza tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, nei tre trienni considerati.

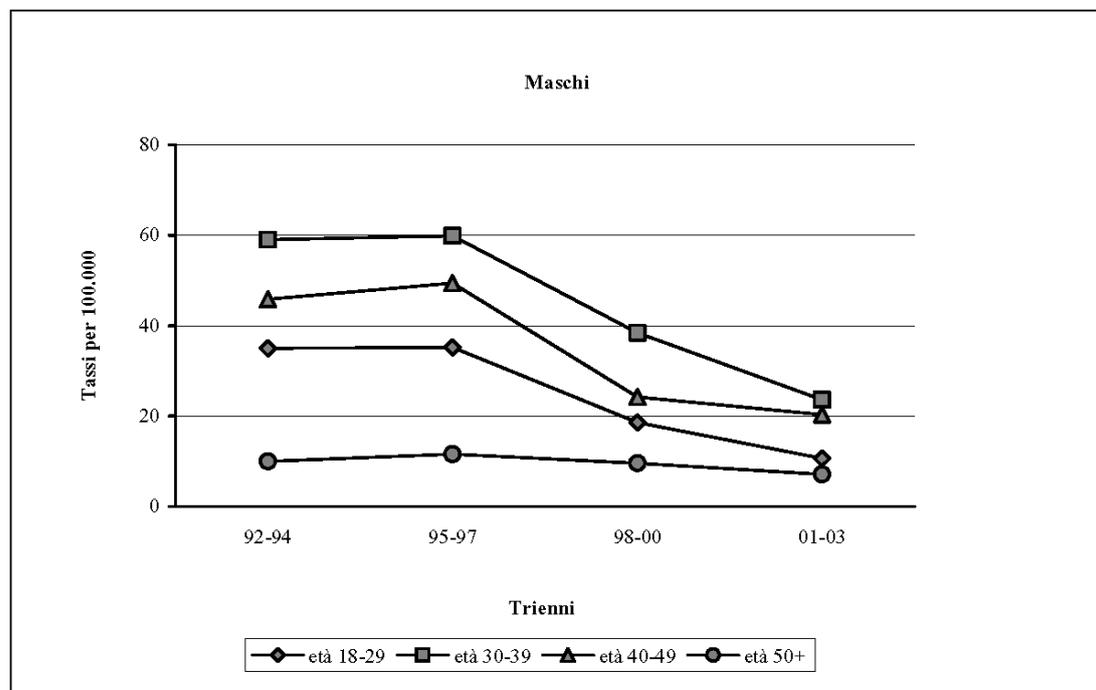
### **Descrizione dei risultati**

Tra il 1992 e il 2003 sono stati diagnosticati in Italia circa 40.000 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 2.800 hanno riguardato stranieri.

La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese è passata dal 3% nel 1992 al 15% nel 2003 (in termini assoluti da 116 a 251 casi). Tuttavia, a partire dal 1996 il numero delle diagnosi tra gli stranieri maggiorenni è diminuito tra gli uomini, ed è rimasto sostanzialmente stazionario tra le donne, nonostante la popolazione straniera sia notevolmente aumentata (grafico 1). Anche i tassi d'incidenza hanno subito una diminuzione che nell'intero periodo in studio è risultata mediamente del 59% tra gli uomini e del 21% tra le donne. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 e ha riguardato tutte le classi d'età (grafico 2 e 3), riflettendo il trend osservato tra gli italiani. I risultati dello studio sembrerebbero indicare che l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese dipenda dalla continua crescita del numero di immigrati, piuttosto che da un incremento dell'epidemia. Evidenziano, inoltre, che la dimensione del fenomeno è rimasta nel tempo abbastanza contenuta in termini di numerosità. Considerato che in molti paesi di origine degli immigrati non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quanto avvenuto in Italia (6), è legittimo ipotizzare che i risultati registrati siano riconducibili a una maggiore opportunità di accesso alle cure da parte degli stranieri, oltre alla possibile persistenza di un effetto migrante sano. Anche per questa popolazione, come per gli italiani, è presumibile che la riduzione dei tassi dipenda, almeno in parte, dall'introduzione in Italia della terapia antiretrovirale altamente efficace, avvenuta nel 1996.

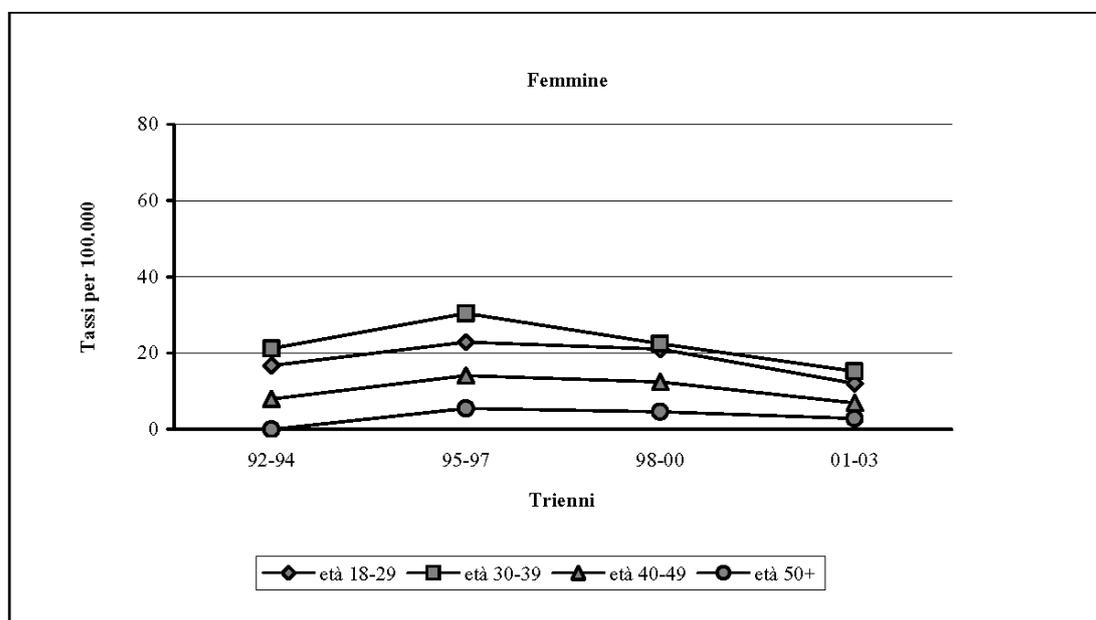
**Grafico 1 - Casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri di 18 anni e oltre per sesso - Anni 1992-2003**

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

**Grafico 2 - Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004**

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

**Grafico 3** - Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati di questo studio sembrano suggerire che l'accesso ai servizi e la fruibilit  delle prestazioni rappresentino elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticit  sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte a ostacoli di natura linguistica, culturale, socio-economica che, nel caso particolare dell'HIV, impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS (7) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia.   di conseguenza importante valutare l'accesso alla diagnostica ed alla terapia secondo la cittadinanza e compiere sforzi per garantire agli immigrati un equiaccesso ai servizi socio-sanitari (8) al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di strategie di prevenzione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 2000; 36 (4): 445-9.
- (2) Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Roma: IDOS; 2005.
- (3) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
- (4) Istat. *Geo-demo "Demografia in Cifre"*. Sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
- (5) Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Toccaceli V, Caiani G. La sottonotifica della mortalit  per AIDS in Italia (1992): qualit  della certificazione e sottonotifica. *Giornale italiano dell'AIDS* 1997; 8 (1).
- (6) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary. Geneva: UNAIDS; 2004.
- (7) Del Amo J, Erwin J, Fenton KA, Gray K. *AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action*. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
- (8) Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Roma: Nuova Anterem; 2002.

## Incidenza della tubercolosi tra gli stranieri

**Significato.** La tubercolosi è annoverata tra le principali aree critiche della salute degli stranieri in Italia (1). In questi anni, i casi di TB tra gli immigrati sono aumentati sensibilmente, passando da 525 (10% dei casi notificati) nel 1995 a 1.809 (44%) nel 2005 (2,3). Parallelamente, si è registrato un costante incremento delle presenze straniere nel nostro paese, che negli stessi anni sono passate da 700 mila a più di 2 milioni (4). Nonostante la rilevanza assunta dal problema, a tutt'oggi non sono disponibili a livello nazionale stime

sulla reale incidenza della TB tra gli stranieri, soprattutto a causa delle difficoltà legate alla quantificazione dei denominatori.

Questo studio rappresenta un primo tentativo di quantificare la frequenza di nuove diagnosi di TB nella popolazione straniera e analizzarne il trend temporale. L'indicatore utilizzato è il tasso di incidenza annuale, misura che permette di valutare l'occorrenza dei casi notificati di malattia rispetto alle dimensioni della popolazione che li ha originati.

### Tasso di incidenza di tubercolosi

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Casi di tubercolosi diagnosticati a stranieri  
Popolazione media straniera

La fonte dei dati relativi ai casi notificati di TB (numeratore) è rappresentata dal Sistema Informativo per le Malattie Infettive e Diffusive, istituito dal Ministero della Salute con DM 15 dicembre 1990 (3,5).

Per stimare la popolazione degli stranieri presenti in Italia (denominatore) sono stati utilizzati i dati dei permessi di soggiorno, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4). Il numero di presenze stimate a metà anno è stato calcolato come media della popolazione all'inizio e alla fine dell'anno.

Per l'analisi del trend temporale, è stata costruita una prima serie di tassi annuali relativi al periodo 1999-2005, utilizzando al denominatore la popolazione regolarmente presente. Una seconda serie di tassi è stata costruita stimando al denominatore una quota di irregolarità del 20% e, per gli anni immediatamente successivi alle sanatorie del 1998 e del 2002, una quota del 10% (6).

Limitatamente all'anno 2005, l'incidenza della tubercolosi tra gli stranieri è stata confrontata con quella degli italiani; il rapporto tra i tassi, aggiustato per età, è stato calcolato utilizzando il metodo della standardizzazione inversa (7), sotto differenti ipotesi di presenza irregolare (10% e 20% della popolazione regolare).

**Validità e limiti.** I dati utilizzati provengono da un sistema di rilevazione consolidato ed esteso su scala nazionale, che permette di valutare l'entità del fenomeno nel tempo e nella sua globalità.

Il limite principale riguarda la quantificazione dei denominatori e, in particolare, la difficoltà di stimare la quota di irregolarità. Al fine di tener conto delle possibili distorsioni sulle misure, l'analisi di seguito riportata propone diverse stime di incidenza, calcolate sotto differenti ipotesi di irregolarità. Un secondo

limite è costituito dalla sottostima dei minorenni nei permessi di soggiorno, che si traduce in una lieve soprastima dei tassi di incidenza e conseguentemente dei rischi relativi.

Un terzo problema da considerare è quello derivante dai limiti propri di ogni sistema di rilevazione, che presenta dei margini di possibile sottotifica delle diagnosi. Non sono disponibili stime a livello nazionale sull'entità di tale sottotifica, tuttavia è ragionevole assumere che il livello di attendibilità del sistema si sia mantenuto pressoché costante negli ultimi anni, così da non influenzare in modo consistente gli andamenti rilevati.

**Valore di riferimento/Benchmark.** È stato utilizzato come valore di riferimento il tasso di incidenza annuale tra gli italiani residenti (anno 2005).

### Descrizione dei risultati

In Italia, dal 1999 al 2005 sono stati diagnosticati quasi 31.000 casi di TB: di questi, 9.778 (32%) erano stranieri. La tabella 1 riporta il numero di notifiche annuali relative agli stranieri e agli italiani, nel periodo in studio. Si osserva un sensibile incremento delle segnalazioni tra gli stranieri (+88%), a fronte di un decremento tra gli italiani (-32%); la percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 22% al 44%.

Occorre tuttavia sottolineare che l'aumento osservato nel numero di casi non trova riscontro in un incremento dell'incidenza. Il grafico 1 mostra una sostanziale stabilità dei tassi, con fluttuazioni annuali presumibilmente legate all'imprecisione nella stima dei denominatori. Tali fluttuazioni, peraltro, si attenuano quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari; per il periodo considerato, il valore medio dell'incidenza si attesta intorno a 70 nuovi casi per 100.000 persone-anno, a indicare

che il numero crescente di diagnosi di TB tra gli stranieri è interamente riconducibile alla crescita della popolazione immigrata in Italia.

Per contro, tra gli italiani viene riportato un trend in diminuzione (-33%), coerentemente con la riduzione del numero assoluto di casi.

La distribuzione per età e provenienza dei casi relativi a cittadini stranieri rispecchia in parte il profilo demografico: nel 2005, l'80% dei pazienti aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni (24% tra gli italia-

ni); le principali aree di provenienza sono risultate l'Africa (36%), l'Europa (26%) e l'Asia (25%). La percentuale di uomini sul totale è pari al 62% (60% tra gli italiani).

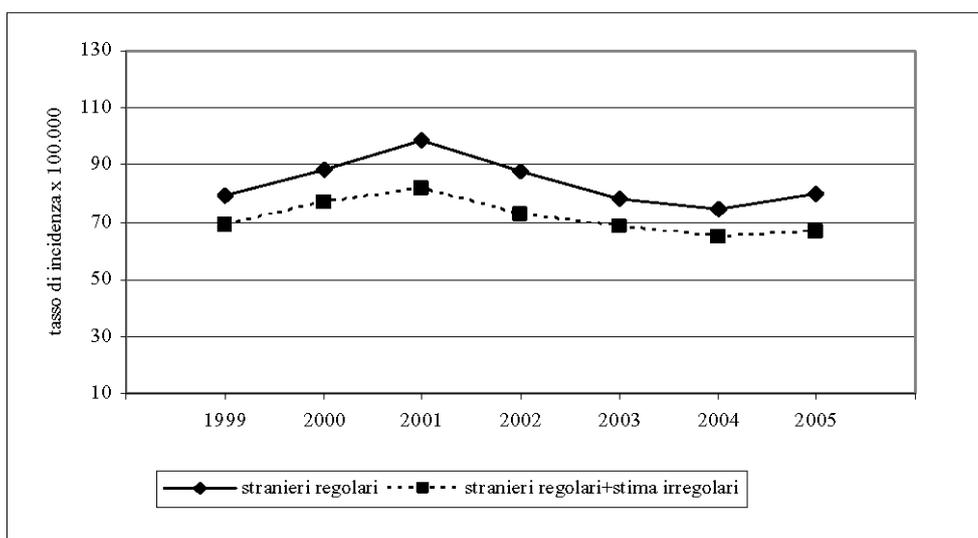
Il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati per età ha permesso di stimare per gli stranieri un rischio relativo rispetto agli italiani compreso tra 25 e 28, sotto le due differenti ipotesi di irregolarità rispettivamente del 20% e del 10%.

**Tabella 1 - Casi di TB notificati in Italia per nazionalità - Anni 1999-2005**

Anni	Stranieri	Italiani	Nazionalità non nota	Totale	% Stranieri
1999	961	3.346	122	4.429	21,7
2000	1.201	3.511	47	4.759	25,2
2001	1.391	3.063	51	4.505	30,9
2002	1.293	2.890	29	4.212	30,7
2003	1.459	2.846	213	4.518	32,3
2004	1.664	2.520	36	4.220	39,4
2005	1.809	2.285	43	4.137	43,7

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5).

**Grafico 1 - Tassi di incidenza (per 100.000) di TB tra gli stranieri (denominatori con e senza quota stimata di immigrati irregolari) - Anni 1999-2005**



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5); Istat. Anni 1999-2005 (4).

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'analisi sopra riportata, pur con la cautela derivante dai limiti delle fonti utilizzate, consente alcune considerazioni di carattere generale.

La prima riguarda il consistente aumento nel numero dei casi di TB tra gli stranieri, sia in valore assoluto che in percentuale sul totale delle diagnosi notificate a livello nazionale.

Tale aumento non sembra peraltro derivare da un inasprimento dell'epidemia, ma può essere interamente spiegato alla luce della crescita della popolazione straniera in Italia, come suggerisce l'andamento dei tassi di incidenza nel periodo 1999-2005. Questo porterebbe in parte a ridimensionare l'allarme sociale intorno al problema della diffusione della malattia e della possibile trasmissione alla popolazione ospite, che nel periodo esaminato ha fatto registrare una sensibile diminuzione nel numero di casi.

La differenza evidenziata nei tassi di incidenza tra stranieri e italiani concorre a enfatizzare l'elevato livello di criticità che questa patologia raggiunge nella popolazione immigrata e ripropone le questioni centrali dell'accessibilità dei servizi socio-sanitari e della *compliance* dei pazienti ai protocolli terapeutici, accanto alla necessità di sviluppare strategie di Sanità Pubblica per il contrasto dei determinanti nel medio e lungo periodo.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Ann Ital Med Int*, ottobre 2001; 16 (suppl 1): 167S-171S.
- (2) Ministero della Salute. Atti del seminario "Tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo". Roma, 12 maggio 2006: pp. 11-14.
- (3) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2005. Sito: [www.eurotb.org](http://www.eurotb.org).
- (4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).
- (5) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2004. Sito: [www.eurotb.org](http://www.eurotb.org).
- (6) ISMU. Dodicesimo Rapporto sulle Migrazioni – 2006. Milano: Franco Angeli, 2007.
- (7) Cacciani L, Baglio G, Spinelli A, Osborn J. Tassi di ospedalizzazione tra gli immigrati in Italia: la standardizzazione indiretta-inversa. In: Rapporto Osservasalute: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane: 2006. Milano: Vita & Pensiero Ed 2006: 225-6.

## Mortalità tra gli stranieri

**Significato.** Partendo dai dati assoluti sui decessi oltre il primo anno di vita, riportati in serie storica per il complesso degli stranieri in Italia distinti in residenti e non residenti, sono stati costruiti e analizzati tassi di mortalità totali e per la fascia di età 18 anni e oltre, disaggregati per sesso e aree di cittadinanza. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

A completamento di questo studio, è sembrato utile procedere anche a un approfondimento delle caratteristiche dei decessi dei cittadini cinesi, data la presenza da tempo più che stabile di questa comunità, soprat-

tutto in determinate aree territoriali, e la sua crescente importanza in diversi ambiti di interesse per il nostro paese.

Al fine di effettuare analisi di tipo comparativo l'indicatore di riferimento più idoneo è senz'altro il tasso standardizzato di mortalità, con il metodo diretto o della *popolazione tipo* individuata nella popolazione standard mondiale. Inoltre, sono state effettuate alcune valutazioni sui tassi di mortalità specifici, che sono parte integrante dell'indicatore di sintesi proposto e rappresentano un completamento al dettaglio delle informazioni disponibili in campo demografico e sanitario.

### *Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia di 18 anni e oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia di 18 anni e oltre}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'*Indagine sulle cause di morte*, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) attraverso l'utilizzo della scheda di morte, documento la cui ufficialità è sancita anche dal Regolamento di Polizia mortuaria attualmente in vigore (D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285). L'*Indagine sulle cause di morte* è di tipo totale con un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche. L'analisi della mortalità per gli immigrati in Italia è stata circoscritta alla popolazione straniera residente, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per questo motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel paese. D'altra parte, attraverso tale fonte non è possibile dettagliare le informazioni per età; di conseguenza, l'ipotesi di base utilizzata, valida esclusivamente a livello nazionale, è stata quella di attribuire

agli stranieri residenti la struttura per età ricavata dai dati di un'altra fonte della massima rilevanza, i *permessi di soggiorno dei cittadini stranieri*, attraverso un riproporzionamento. Tale ipotesi è avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'anagrafe del comune di dimora abituale. A questo riguardo, si sottolinea che i permessi di soggiorno rappresentano l'unica fonte ufficiale in grado di rilevare la struttura per classi di età degli stranieri regolarmente presenti in Italia insieme alla cittadinanza, anche se con riferimento ai soli maggiorenni. Data la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, in alcuni casi si è reso necessario limitare il campo di osservazione agli stranieri maggiorenni residenti in Italia per i quali, di conseguenza, è stata possibile una stima dei denominatori di riferimento e la costruzione di tassi di mortalità specifici e standardizzati distinti per età, sesso e cittadinanza.

In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti e all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

Per il calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, dove non è possibile considerare la cittadinanza per i motivi appena evidenziati, è stata utilizzata la rilevazione della *popolazione straniera residente in Italia*

per sesso e singolo anno di età, che non consente ulteriori disaggregazioni.

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono in qualche modo peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del *migrante sano*; il secondo è il possibile ritorno nel paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto, come rimarcato dalle autrici in diverse occasioni, si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero infatti sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

A seguito dell'introduzione in Italia della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i decessi riferiti agli anni 2003 e 2004 non sono ancora disponibili classificati per causa di morte; pertanto, non è stato possibile aggiornare l'indicatore proposto in questo senso e avvalersi di analisi a carattere differenziale. I dati più recenti in tema di mortalità per causa sono stati diffusi nel Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 219-224.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Si è proceduto alla disamina dell'andamento dei decessi degli stranieri in Italia nei tredici anni di interesse; inoltre, sono stati effettuati confronti tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi; tra sesso e aree di cittadinanza per gli altri tassi presentati.

### **Descrizione dei risultati**

In generale, sulla base di quanto affermato più sopra, il numero dei decessi dei cittadini stranieri, seppur in aumento, è ancora piuttosto esiguo e attualmente si attesta intorno allo 0,7% del totale degli eventi registrati in Italia. Nello specifico del periodo di osservazione considerato (1992-2004), l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 41.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che si attesta su una

media annua del +7,4% per i residenti e di circa il +6% per i non residenti, per un complessivo aumento del 6,6%. Tale variazione è significativamente più elevata per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria che registrano tra i residenti un aumento medio annuo del 12,3%, contro quasi il +11% dei non residenti (tabella 1 e grafico 1). Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, mentre per il sotto universo dei cittadini con cittadinanza dell'area più svantaggiata dei Paesi a forte pressione migratoria, che comunque equivalgono quasi sempre alla maggioranza dei decessi di stranieri sia tra i residenti (a partire dal 1996, pari a circa il 73% nel 2004) sia tra i non residenti (a partire dal 2000, pari al 63% nel 2004), si registrano percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettivamente nel 1992 (50,1%), nel 1999 (52,4%), e soprattutto nel 2004 (53,8%). Tra i non residenti, i decessi dei cittadini dei Paesi a forte pressione migratoria diventano la maggioranza solo tra il 2000 e il 2003 (tabella 1 e grafico 1).

In questo senso va interpretato il primo allargamento dell'Unione Europea avvenuto proprio nel 2004, con l'entrata di dieci nuovi paesi appartenenti a questa area, che ha dato origine a un *effetto moltiplicatore* avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di questo ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria. In effetti, l'appartenenza all'Unione Europea, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato, caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei Paesi a forte pressione migratoria, in condizioni più disagiate.

Come già accennato, in aggiunta a quanto incluso nella precedente edizione del Rapporto Osservasalute è stato effettuato un *focus* sugli stranieri di cittadinanza cinese, per i quali si rileva un ammontare complessivo di 482 decessi verificatisi nel corso dei tredici anni considerati, che registrano un incremento medio annuo

particolarmente consistente tra i residenti (circa il +26%), e pari al +15,3% tra i non residenti. Il peso percentuale dei decessi dei residenti di questa comunità, fatta eccezione per il 1994 e il 1996, è sempre superiore al 50%, mentre raggiunge il 74% nel 2004.

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2004 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza del Nord-Ovest e del Nord-Est per gli uomini, e del Nord-Ovest e del Centro per le donne; passando però ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti nel Nord-Est e nell'Italia insulare (tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini valori superiori al tasso di riferimento a livello Italia (22 per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano in Lombardia (22,5 per 10.000), in Trentino-Alto Adige (circa 27 per 10.000), in Veneto (quasi 26 per 10.000), in Liguria e in Emilia-Romagna (rispettivamente circa 26 e circa 23 per 10.000), nelle Marche (circa 23 per 10.000), nel Lazio (27 per 10.000), in Campania (25 per 10.000) e nelle Isole (la Sicilia con il 22,5 e la Sardegna con il 30,4 per 10.000 stranieri residenti). Per le donne, selezionate positivamente rispetto alla mortalità soprattutto se non residenti, a causa della generale più giovane struttura per età, mentre tra i residenti i rapporti di mascolinità più contenuti sottolineano un avvicinamento dei due sessi, il tasso di mortalità standardizzato a livello Italia è decisamente più contenuto e pari a circa 13 per 10.000 straniere residenti. In questo caso, Piemonte e Valle d'Aosta si attestano su un valore complessivo di 16 per 10.000, il Trentino-Alto Adige sul 15 per 10.000, Veneto e Friuli-Venezia Giulia entrambe sul 14 per 10.000, Emilia-Romagna, Umbria (dove il tasso di mortalità delle straniere è più alto di quello degli uomini) e Marche su valori di poco superiori alla media generale, Abruzzo e Molise su circa il 15 per 10.000, la Puglia su quasi il 14 per 10.000 e anche qui i valori per le donne sono più elevati, la Sicilia e la Sardegna rispettivamente sul 15 e sul 28 per 10.000 (tabella 2).

Passando ai tassi standardizzati di mortalità per sesso e area di cittadinanza riferiti agli anni 2002 e 2004, dopo attenti e accurati controlli si è ritenuto di limitare l'analisi agli stranieri residenti nella fascia di età 18-64 anni, così da giungere a risultati più affidabili considerato il carattere di stabilità particolarmente

elevato della loro presenza sul territorio italiano (tabella 3). I raggruppamenti di cittadinanze presi in considerazione sono rappresentati dalle tre grandi aree dei Paesi a sviluppo avanzato, dei Paesi dell'Europa Centro-Orientale e dei Paesi a forte pressione migratoria, per le quali sono stati evidenziati alcuni sottogruppi; in particolare, l'Unione Europea dei 14, i dieci nuovi Paesi aderenti all'Unione Europea, i Paesi del bacino sud del Mediterraneo e la Cina.

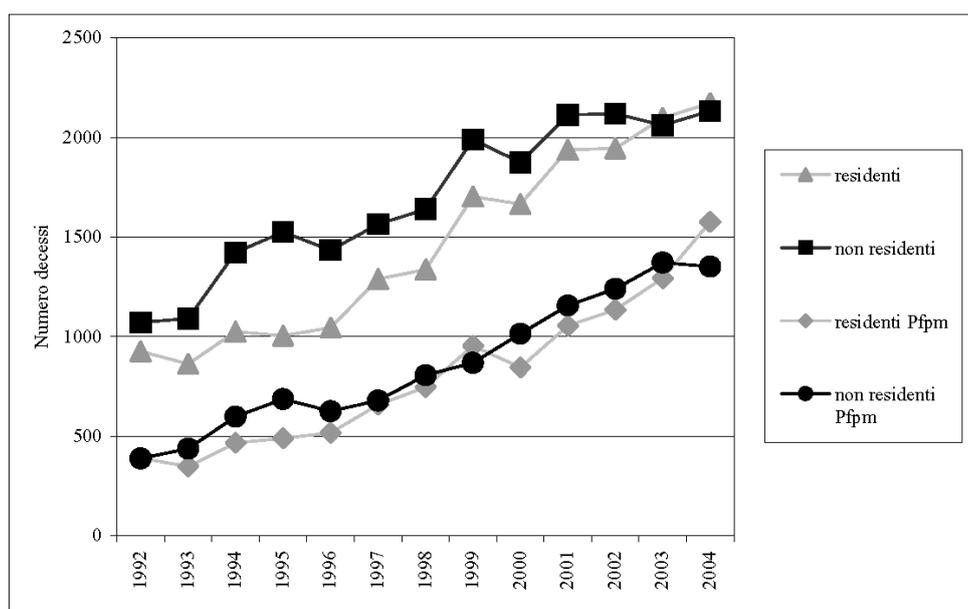
Nel complesso, sembra opportuno evidenziare un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e una tendenza generale all'aumento dei tassi di mortalità tra il 2002 e il 2004 (tabella 3).

Questa tendenza risulta comunque differenziata e più evidente per gli uomini dei Paesi dell'Europa centro-orientale, con un tasso di mortalità che passa, nel biennio 2002-2004, da 9,6 per 10.000 residenti a 12,7, e una variazione percentuale totale pari a +32,6%. L'aumento registrato sembra imputabile in gran parte ai nuovi Paesi dell'Unione Europea per i quali si osserva un aumento del tasso degli uomini di quasi l'88% e delle donne del 28,7%, contro una diminuzione del dato femminile per il complesso dell'area (-11,8%). In relazione alle donne, aumenti più consistenti dei tassi si rilevano per il complesso dei Paesi a sviluppo avanzato (da 5,8 nel 2002 a 7,6 per 10.000 residenti nel 2004, pari a +31,7%). Una variazione positiva del tasso di mortalità si registra anche per il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria, attestandosi però su livelli più contenuti soprattutto per le donne: passa, infatti, tra gli uomini da circa 11 a circa 14 per 10.000 residenti (con una variazione percentuale totale nel biennio di +27%), rimanendo quasi costante, intorno al 5 per 10.000, tra le donne con una variazione percentuale di appena +0,6%. Nell'ambito di questa area, se da una parte si assiste a una significativa diminuzione del tasso di mortalità a vantaggio delle donne dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (-27,6%), dall'altra per la comunità dei residenti di cittadinanza cinese in Italia si registrano consistenti aumenti nel biennio a carico di entrambi i sessi (rispettivamente +53,8% e +21,4%). Inoltre, il confronto con il dato medio del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria evidenzia uno svantaggio delle donne cinesi, che registrano tassi di mortalità standardizzati più elevati sia nel 2002 (5,2 contro il valore generale di 4,8 per 10.000 residenti) sia nel 2004 (6,4 contro 4,9 per 10.000).

**Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e percentuali) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2004**

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia					
	Valori assoluti			Valori percentuali		
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	100,00
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86	100,00
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14	100,00
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30	100,00
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85	100,00
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80	100,00
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09	100,00
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90	100,00
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	100,00
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15	100,00
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15	100,00
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54	100,00
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55	100,00
<b>Totale 1992-2004</b>	<b>19.006</b>	<b>22.035</b>	<b>41.041</b>	<b>46,31</b>	<b>53,69</b>	<b>100,00</b>
	<b>DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA</b>					
1992	390	389	779	50,06	49,94	100,00
1993	348	438	786	44,27	55,73	100,00
1994	467	598	1.065	43,85	56,15	100,00
1995	490	687	1.177	41,63	58,37	100,00
1996	517	625	1.143	45,27	54,73	100,00
1997	658	679	1.337	49,21	50,79	100,00
1998	747	807	1.554	48,07	51,93	100,00
1999	954	868	1.822	52,36	47,64	100,00
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57	100,00
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28	100,00
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23	100,00
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50	100,00
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17	100,00
<b>Totale 1992-2004</b>	<b>10.473</b>	<b>11.225</b>	<b>21.699</b>	<b>48,26</b>	<b>51,73</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2004.

**Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) di stranieri residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento ai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) - Anni 1992-2004**

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2004.

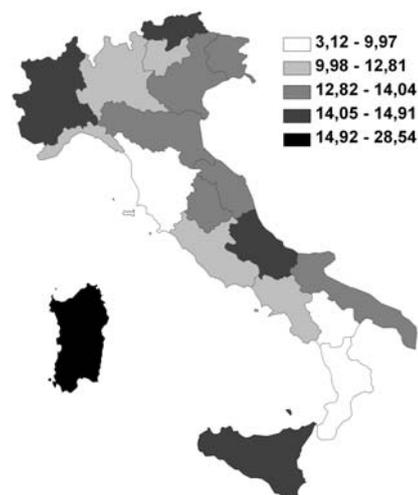
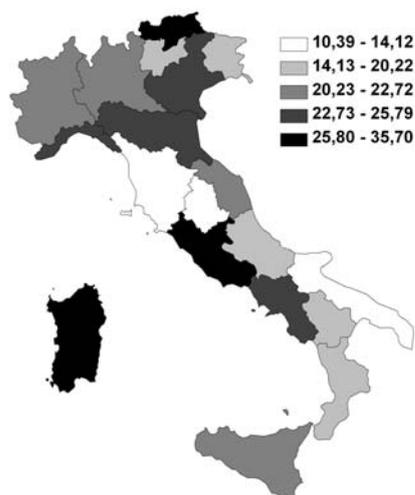
**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti e tassi standardizzati per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione e sesso – Anno 2004

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi standardizzati di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	118	82	200	21,24	15,96	18,23
Lombardia	299	164	463	22,47	12,37	16,84
Trentino-Alto Adige	36	32	68	26,83	14,93	20,23
<i>Bolzano-Bozen</i>	30	25	55	35,70	14,74	24,67
<i>Trento</i>	6	7	13	15,86	12,81	14,19
Veneto	170	66	236	25,79	13,98	19,67
Friuli-Venezia Giulia	33	28	61	16,74	14,04	15,88
Liguria	61	38	99	25,73	11,42	18,08
Emilia-Romagna	135	60	195	22,97	13,12	17,60
Toscana	83	57	140	14,12	9,97	12,02
Umbria	16	19	35	10,39	13,61	13,20
Marche	37	25	62	22,72	13,45	16,85
Lazio	179	119	298	26,94	12,35	17,88
Abruzzo e Molise	20	15	35	18,11	14,91	16,30
Campania	63	31	94	25,06	11,32	16,98
Puglia	19	20	39	12,85	13,97	13,36
Basilicata	4	2	6	20,22	3,12	12,77
Calabria	24	6	30	19,73	4,60	12,37
Sicilia	51	31	82	22,46	14,57	18,54
Sardegna	17	12	29	30,42	28,54	29,78
<i>Nord-Ovest</i>	478	284	762	22,26	13,28	17,32
<i>Nord-Est</i>	374	186	560	23,95	13,85	18,57
<i>Centro</i>	315	220	535	19,68	11,49	14,99
<i>Sud</i>	130	74	204	19,23	11,04	14,86
<i>Isole</i>	68	43	111	24,03	17,71	21,03
<b>Italia</b>	<b>1.365</b>	<b>807</b>	<b>2.172</b>	<b>21,62</b>	<b>12,74</b>	<b>16,77</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2004.

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Maschi. Anno 2004.

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Femmine. Anno 2004.

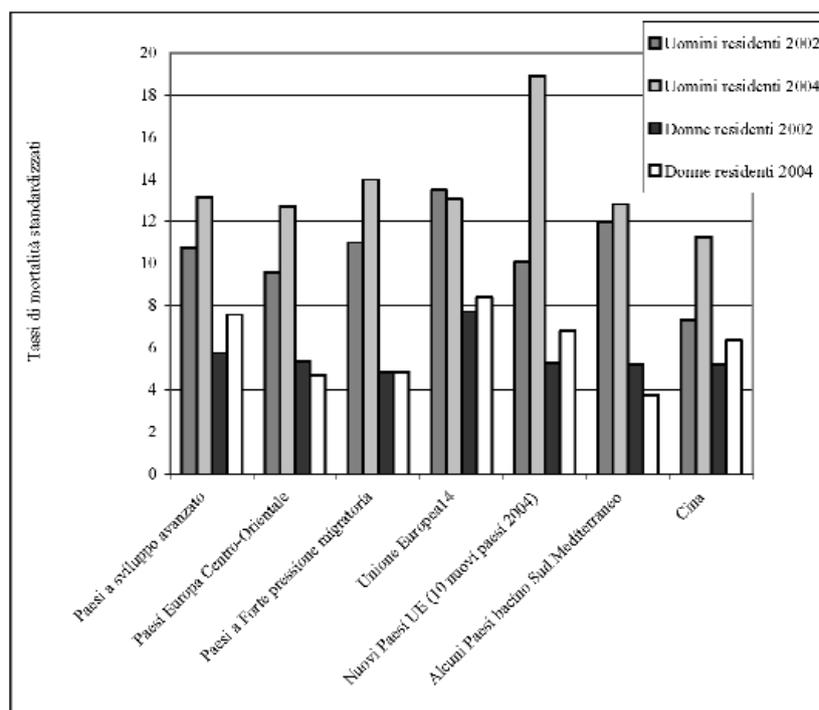


**Tabella 3** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004

Aree di cittadinanza*	2002			2004		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	<b>10,75</b>	<b>5,75</b>	<b>8,00</b>	<b>13,13</b>	<b>7,57</b>	<b>9,77</b>
<i>Unione Europea 14</i>	<i>13,48</i>	<i>7,72</i>	<i>10,24</i>	<i>13,05</i>	<i>8,38</i>	<i>10,25</i>
<b>Paesi dell'Europa centro-orientale</b>	<b>9,60</b>	<b>5,34</b>	<b>7,33</b>	<b>12,73</b>	<b>4,71</b>	<b>8,04</b>
<i>Nuovi Paesi UE (i 10 Paesi che hanno aderito nel 2004)</i>	<i>10,06</i>	<i>5,27</i>	<i>6,59</i>	<i>18,90</i>	<i>6,78</i>	<i>9,74</i>
<b>Paesi a Forte Pressione Migratoria</b>	<b>10,99</b>	<b>4,83</b>	<b>8,07</b>	<b>13,98</b>	<b>4,86</b>	<b>9,38</b>
<i>I Paesi del bacino Sud Mediterraneo</i>	<i>12,00</i>	<i>5,19</i>	<i>9,50</i>	<i>12,82</i>	<i>3,76</i>	<i>9,29</i>
<i>Cina</i>	<i>7,33</i>	<i>5,23</i>	<i>6,34</i>	<i>11,27</i>	<i>6,35</i>	<i>8,88</i>

\*Nell'ambito delle cittadinanze considerate, nei Paesi a Sviluppo Avanzato rientrano gli appartenenti all'Unione europea, gli altri Paesi Europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone; all'Europa centro-orientale appartengono tutti i Paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i 10 Paesi compresi nell'allargamento dell'Unione Europea a 25 avvenuta nel maggio 2004; i Paesi a Forte Pressione Migratoria comprendono quelli appartenenti all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all'America centro-meridionale (per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo); nell'ambito di questa area, il sottogruppo dei Paesi del bacino Sud del Mediterraneo comprende l'Africa del Nord e la Turchia.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

**Grafico 2** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

I risultati ottenuti confermano che, per quanto concerne le loro condizioni di salute, gli immigrati formano in generale gruppi diversificati tra loro e rispetto alla popolazione di accoglienza; anche dalla presente analisi emergono infatti problemi specifici che possono riflettere, come ad esempio nel caso degli immigrati dall'Europa Centro Orientale, situazioni osservate nei loro paesi di origine. Ad aggravarne le condizioni di salute, e quindi gli stessi livelli di mortalità, interviene poi una molteplicità di fattori a cominciare da privazioni e difficoltà sociali ed economiche derivanti dall'immigrazione, difficoltà linguistiche e culturali specifiche in tema di comunicazione, che rendono difficile la formulazione di diagnosi specifiche e la conoscenza adeguata dei loro bisogni da parte del personale medico e più in generale di quello preposto all'assistenza. Gli effetti della possibile discriminazione sul mercato del lavoro costituiscono poi una fonte di ulteriore rischio e possono diventare fattori di esclusione sociale.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Bruzzone S., Mignolli N., La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura. Atti della Ricerca MURST 2000 - Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, 2003.
- (2) Bruzzone S., Mignolli N., Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica - Verona settembre 2001 - RUX editrice, Perugia, 2002; 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N., La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005.
- (4) Meslé F. and Hertrich V., Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing 1997.
- (5) Meslé F., La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991 ; vol. 46, n. 3.
- (6) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J., Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication 1976, Lyon, Vol. 3, 15.

## Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari

**Significato.** L'indicatore esprime il rischio infortunistico per l'anno 2005 dei lavoratori nati nei Paesi extracomunitari. Viene calcolato come il rapporto tra il numero di infortuni denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), relativi ai settori Agricoltura, Industria e Servizi, occorsi nel 2005 a lavoratori nati in paesi non appartenenti all'Unione Europea ed il

numero di lavoratori extra UE iscritti all'INAIL al 31 dicembre del 2005. Sono esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto prognosi non superiore a 3 giorni (non indennizzabili) ed i casi mortali. Il tasso di infortunio è tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (*European Statistics on Accidents at Work*) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo.

### *Tasso di infortunio sul lavoro di nati in Paesi extra Unione Europea*

Numeratore	Infortuni sul lavoro, di nati in Paesi extra UE, denunciati all'INAIL	
Denominatore	Lavoratori nati in Paesi extra UE iscritti all'INAIL	x 100

**Validità e limiti.** Gli infortuni considerati sono relativi alle denunce di infortunio occorse nel 2005 e pervenute all'INAIL. L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. L'INAIL, inoltre, non raccoglie dati sugli infortuni nelle attività marittime e portuali in quanto queste fanno capo ad altra specifica assicurazione. Sono escluse, quindi, tali categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. Dall'anno 2005 l'INAIL fornisce, oltre al numero totale degli occupati iscritti, anche la loro ripartizione per luogo di nascita. Per questo motivo è possibile disporre di un denominatore affidabile anche per i lavoratori extracomunitari. Nella dizione lavoratori extracomunitari vengono compresi i lavoratori nati fuori dei Paesi extra UE allargata. L'avvento della nuova Europa allargata ha spostato rispetto alle precedenti statistiche i lavoratori dell'Est-Europa tra i lavoratori della UE, in quanto questi vengono attualmente considerati assieme a quelli italiani. Pertanto, fasce di lavoratori stranieri della nuova UE, impiegati soprattutto nel settore edilizio ed esposti ad un elevato rischio di infortunio, vengono considerati nell'indicatore presentato assieme ai lavoratori italiani. Questo potrebbe spiegare la diminuzione delle differenze tra i rischi evidenziati nel 2005 tra lavoratori comunitari ed extracomunitari e soprattutto l'aumento del tasso grezzo di infortuni tra i lavoratori comunitari impiegati nei settori dell'agricoltura, industria e servizi rispetto a quanto riscontrato nel 2003 (6,4 per 100 lavoratori comunitari nel 2005 vs 3,7 nel 2003).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Dati lavoratori italiani e UE: 6,4 infortuni per 100 addetti nei settori Agricoltura, Industria e Servizi nel 2005.

### **Descrizione dei risultati**

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2005 rappresenta il 10,3% degli occupati (dati INAIL). Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose come quelle dei settori della metallurgia, edilizia ed agricoltura. Prendendo in considerazione solo i settori dell'Agricoltura e dell'Industria e Servizi il rischio infortunistico è complessivamente più alto tra questi lavoratori (7,5%) rispetto a quello dei lavoratori italiani (6,4%). Il rischio è molto differenziato per aree territoriali: per il Nord si registrano valori più elevati soprattutto a carico del Nord-Est con un tasso di 10,7 per 100 lavoratori extracomunitari rispetto a 9,1 per i lavoratori italiani e UE; per il Centro si evidenziano valori essenzialmente uguali, mentre per il Sud e le Isole i valori del tasso grezzo sono più elevati tanto tra i lavoratori italiani e comunitari che tra quelli extracomunitari: 4,4 e 4,0 rispetto a 2,9 e 2,4. Sulle evidenti differenze regionali riscontrate influiscono le lavorazioni alle quali sono addetti gli immigrati (ad esempio il settore della collaborazione domestica è meno rischioso dei settori delle costruzioni e dell'industria dei metalli), le politiche di prevenzioni adottate e la propensione dei datori di lavoro a denunciare come tali tutti gli infortuni. Per il dato riguardante il Sud non è possibile ignorare il forte impatto che ha il lavoro irregolare, specie tra gli extracomunitari, che incide sul numero degli infortuni denunciati.

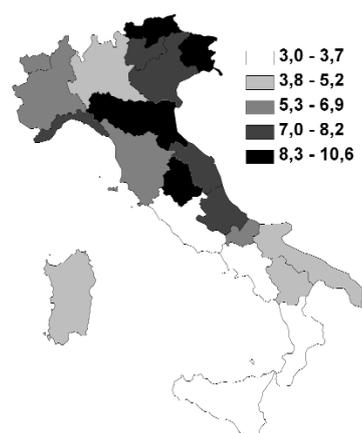
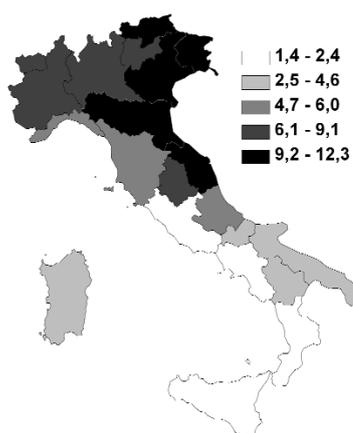
**Tabella 1 - Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari (valori assoluti e tassi per 100) e tasso di riferimento lavoratori italiani e UE nei settori Agricoltura, Industria e Servizi per regione - Anno 2005**

Regioni	Lavoratori extracomunitari		Tasso di riferimento lavoratori italiani e UE
	Infortuni	Tasso	
Piemonte	8.648	7,1	6,2
Valle d'Aosta	342	8,9	5,7
Lombardia	24.149	6,2	5,1
Bolzano-Bozen	1.636	9,5	9,0
Trento	2.075	7,3	7,2
Veneto	20.270	10,0	8,2
Friuli-Venezia Giulia	4.807	10,0	8,6
Liguria	2.425	6,0	7,9
Emilia-Romagna	22.259	12,3	10,6
Toscana	7.794	6,0	6,9
Umbria	2.643	9,1	8,9
Marche	4.895	9,2	8,2
Lazio	3.560	2,3	3,1
Abruzzo	1.853	5,5	7,3
Molise	172	4,6	6,8
Campania	768	1,4	3,0
Puglia	915	2,9	5,2
Basilicata	171	2,7	4,8
Calabria	386	2,4	3,7
Sicilia	815	2,3	3,6
Sardegna	199	2,6	4,9
Nord-Ovest	35.564	6,4	5,6
Nord-Est	51.047	10,7	9,1
Centro	18.892	5,1	5,2
Sud	4.265	2,9	4,4
Isole	1.014	2,4	4,0
<b>Italia</b>	<b>110.782</b>	<b>7,5</b>	<b>6,4</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: INAIL. Rapporto annuale. Anno 2005.

Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori extracomunitari (per 100) nei settori Agricoltura, Industria e Servizi. Anno 2005

Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori comunitari (per 100) nei settori Agricoltura, Industria e Servizi. Anno 2005



***Raccomandazioni di Osservasalute***

Il maggior rischio rilevato nel Centro e nel Nord a carico dei lavoratori stranieri richiede ulteriori approfondimenti per chiarire se tali differenze di rischio siano dovute ad attività in settori a maggior rischio o a carenze di formazione professionale. In ogni caso maggiori sforzi dovrebbero essere posti nella formazione per la sicurezza soprattutto per i lavoratori stranieri e per le attività in settori notoriamente esposti a maggior rischio di infortuni.

Sarebbe opportuno inoltre che nella presentazione delle statistiche infortunistiche i dati siano presentati per singolo paese di provenienza, in modo da superare le difficoltà di interpretazione legate alla classificazione di lavoratori UE ed extra UE che raggruppa assieme ai lavoratori italiani quelli entrati di recente a far parte della Comunità europea e che tuttora sono principalmente impiegati nei settori dell'edilizia e della metallurgia.

## Infortuni sul lavoro di lavoratori stranieri

**Significato.** L'indicatore esprime il rischio infortunistico 2007 dei lavoratori stranieri. Viene calcolato come il rapporto tra il numero di infortuni denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), nei settori Agricoltura, Industria e Servizi occorsi nel 2007 a lavoratori stranieri, sul numero di lavoratori stranieri, negli stessi settori di attività, forniti dall'INAIL aggregati per le aree

del Nord, Centro e Sud e disaggregati proporzionalmente a livello regionale sulla base dei dati della rilevazione sulle forze lavoro Istat. Sono esclusi i casi di infortunio lieve, con prognosi fino a 3 giorni ed i casi mortali. Il tasso di infortunio è tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (*European Statistics on Accidents at Work*) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo.

### Tasso di infortunio sul lavoro dei lavoratori stranieri

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore                      Infortuni sul lavoro di lavoratori nati all'estero denunciati all'INAIL  
 Denominatore                      Numero medio di lavoratori stranieri

**Validità e limiti.** Nel 2007 l'INAIL ha considerato tra gli stranieri tutti i nati fuori del territorio italiano (comprendendo così anche i lavoratori comunitari dell'Unione Europea). Questa nuova aggregazione rende difficile il confronto tra i tassi di infortunio con gli anni precedenti: i lavoratori comunitari venivano prima aggregati ai lavoratori italiani (confronto tra lavoratori comunitari ed extracomunitari), mentre adesso, questi sono conteggiati tra gli stranieri. Inoltre nel 2007 l'INAIL non ha fornito il totale lavoratori stranieri disaggregato per regione, ma solamente per le tre grandi aree di Nord, Centro e Sud. La stima del numero dei lavoratori stranieri per regione è stata fatta, distribuendo proporzionalmente i totali INAIL tra le regioni sulla base della distribuzione percentuale delle forze lavoro Istat. I rischi evidenziati per gli stranieri nel 2007 risultano più elevati rispetto a quelli registrati negli anni precedenti e questo potrebbe essere spiegato in quanto i lavoratori della nuova UE, impiegati soprattutto nel settore edilizio ed industria vengono considerati, ora, tra i lavoratori stranieri e non più tra quelli italiani. Non è stato possibile considerare ulteriori settori lavorativi poiché non forniti dall'INAIL disaggregati per italiani e stranieri, né considerare separatamente il settore dei Servizi (dove la presenza italiana è maggiore ed il rischio infortunistico minore) dall'Industria, in quanto fornite sempre aggregate. Nell'anno 2007 si è registrato, rispetto al 2005, un aumento del tasso grezzo di infortunio per gli stranieri ed una diminuzione per i lavoratori italiani nei settori dell'Agricoltura, Industria e Servizi (un tasso di 9,3% tra i lavoratori stranieri nel 2007 vs 7,5% tra i lavoratori extracomunitari nel 2005 ed un tasso di 3,4% tra i lavoratori italiani nel 2007 contro 6,4% tra i lavoratori comunitari (Italiani ed EU allargata nel 2005).

3,4% tra gli occupati nei settori Agricoltura, Industria e Servizi nel 2007 (4,0% Nord; 3,0% Centro e 2,8% Sud); separatamente per Agricoltura (5,8% Nord; 5,0% Centro e 7,0% Sud) e per Industria e Servizi (3,9% Nord; 2,9% Centro e 2,6% Sud).

### Descrizione dei risultati

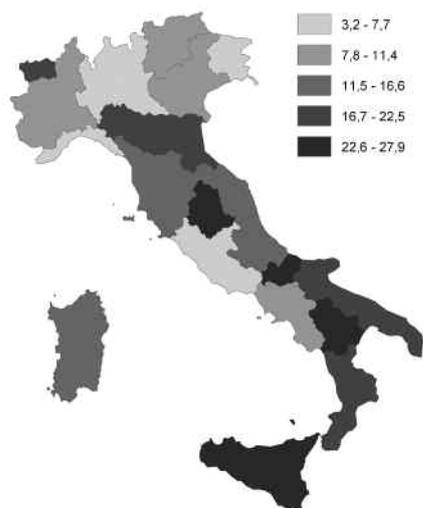
Il numero di lavoratori stranieri occupati nei 3 settori considerati è pari al 6,47% del totale lavoratori (totale lavoratori nel 2007=23.222.000 di cui stranieri 1.502.000, dati INAIL), mentre la percentuale di infortuni a carico degli stranieri è del 15,83% (totale infortuni denunciati all'INAIL nel 2007=883.467, di cui per stranieri 139.854, dati). Il tasso infortunistico è complessivamente più alto tra i lavoratori stranieri (9,3%) rispetto a quello degli italiani (3,4%). Nel Nord si registrano valori più elevati: con un tasso pari al 11,3% tra i lavoratori stranieri, rispetto a 4,0% tra i lavoratori italiani, per il Centro 6,3% contro 3,0% e per il Sud e Isole 4,9% tra gli stranieri rispetto a 2,8% tra gli italiani. Il tasso infortunistico più elevato si registra in Agricoltura sia per stranieri che per italiani: 10,5% e 5,9% rispettivamente con un gradiente Nord-Sud, tasso di 17,5% e 7,0% per stranieri ed italiani al Sud. Per l'Industria e Servizi il trend in aumento ha una direzione Sud-Nord, con valori molto simili al complesso dei settori di attività considerati (l'Agricoltura impiega percentualmente solo una piccola parte del numero di lavoratori dei settori considerati: il 4% dei lavoratori, ma ben il 7% degli infortuni). Il rischio relativo di infortunio per i lavoratori stranieri rispetto agli italiani in Agricoltura è pari a 1,78%, mentre nei settori di Industria e Servizi è di 2,82%. Per gli stranieri si evidenzia sempre un tasso grezzo di infortunio maggiore rispetto ai lavoratori italiani sia nei settori considerati che nelle varie aree territoriali del Paese, con un'unica eccezione nel Trentino-Alto Adige nel settore Agricoltura con un tasso di infortunio maggiore per gli italiani rispetto agli stranieri (17,5% vs 11,4%).

**Tabella 1** - Infortuni sul lavoro di lavoratori stranieri (numero e tassi per 100) e tassi di riferimento dei lavoratori italiani nei settori Agricoltura, Industria e Servizi, per regione - Anno 2007

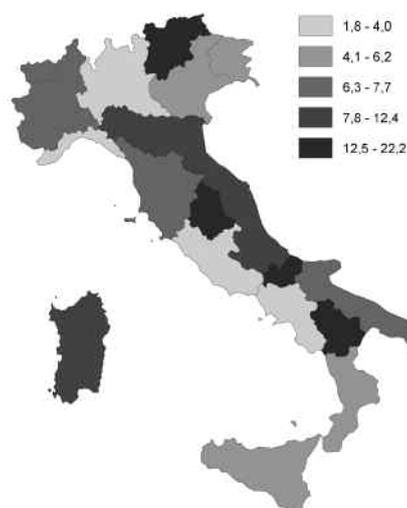
Regioni	Agricoltura, Industria e Servizi			Agricoltura		Industria e Servizi	
	Lavoratori stranieri Infortuni	Tassi	Tassi di riferimento lavoratori italiani	Tassi di lavoratori stranieri	Tassi di riferimento lavoratori italiani	Tassi di lavoratori stranieri	Tassi di riferimento lavoratori italiani
Piemonte	10.609	9,9	3,6	9,6	7,1	9,9	3,4
Valle d'Aosta	402	11,2	3,3	21,8	7,4	10,8	3,1
Lombardia	29.461	8,6	2,8	5,3	2,3	8,8	2,9
Trentino-Alto Adige	5.404	7,9	5,1	11,4	17,5	7,7	4,6
Veneto	23.986	13,6	4,5	8,1	6,2	13,8	4,4
Friuli-Venezia Giulia	6.472	13,6	4,7	7,7	5,1	13,9	4,7
Liguria	3.551	8,7	4,8	5,6	3,7	8,9	4,8
Emilia-Romagna	27.289	16,9	5,8	18,8	10,4	16,9	5,6
Toscana	10.084	7,6	4,0	16,5	6,5	7,3	3,9
Umbria	3.151	11,5	4,9	23,2	13,5	11,1	4,6
Marche	5.966	11,4	4,5	13,4	11,8	11,4	4,2
Lazio	5.093	2,9	1,9	3,2	1,8	2,9	1,9
Abruzzo	2.584	9,0	4,5	16,6	12,4	8,7	4,2
Molise	277	7,9	4,3	27,9	22,2	7,1	3,6
Campania	1.048	2,6	1,9	8,1	4,0	2,4	1,9
Puglia	1.491	5,1	3,4	22,5	7,7	4,5	3,2
Basilicata	277	4,9	3,1	24,7	13,8	4,2	2,7
Calabria	659	3,9	2,4	16,7	5,6	3,5	2,2
Sicilia	1.551	4,2	2,3	22,8	4,6	3,5	2,3
Sardegna	499	5,2	3,2	16,6	11,7	4,8	2,8
<b>Italia</b>	<b>139.854</b>	<b>9,3</b>	<b>3,4</b>	<b>10,5</b>	<b>5,9</b>	<b>9,3</b>	<b>3,3</b>
<i>Nord</i>	<i>107.174</i>	<i>11,3</i>	<i>4,0</i>	<i>9,2</i>	<i>5,8</i>	<i>11,4</i>	<i>3,9</i>
<i>Centro</i>	<i>24.294</i>	<i>6,3</i>	<i>3,0</i>	<i>10,6</i>	<i>5,0</i>	<i>6,2</i>	<i>2,9</i>
<i>Sud ed Isole</i>	<i>8.386</i>	<i>4,9</i>	<i>2,8</i>	<i>17,5</i>	<i>7,0</i>	<i>4,5</i>	<i>2,6</i>

Fonte dei dati e anno di riferimento: INAIL. Rapporto annuale 2007 - Istat. Rilevazione delle forze lavoro. Anno 2007.

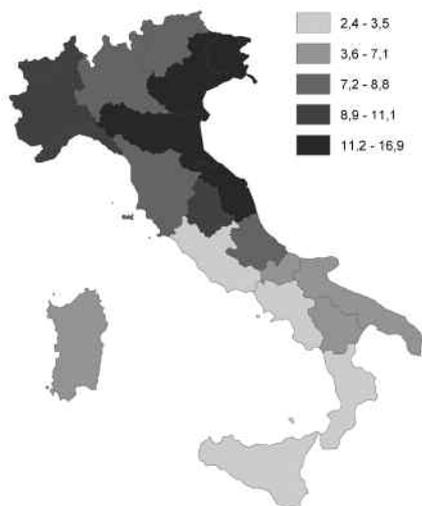
Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori stranieri (per 100) nel settore Agricoltura per regione. Anno 2007



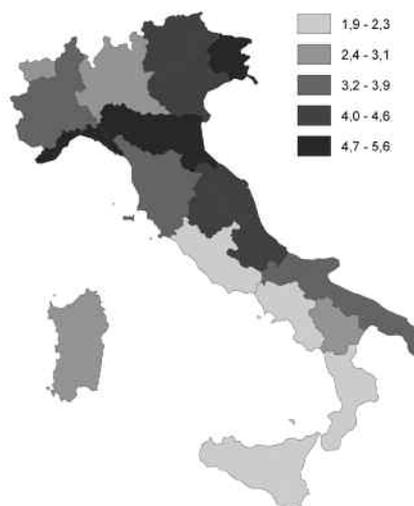
Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori italiani (per 100) nel settore Agricoltura per regione. Anno 2007



**Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori stranieri (per 100) nei settori Industria e Servizi per regione. Anno 2007**



**Tassi di infortunio sul lavoro di lavoratori italiani (per 100) nei settori Industria e Servizi per regione. Anno 2007**



#### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I tassi di infortunio rilevati per gli stranieri risultano molto più elevati (raddoppiati e triplicati) rispetto ai lavoratori italiani. Maggiore attenzione deve essere posta nella formazione antinfortunistica dei lavoratori stranieri in quanto proprio questo aspetto potrebbe spiegare le differenze registrate.

Occorre maggiore attenzione nella definizione del denominatore che, soprattutto per l'Agricoltura potrebbe essere sottostimato a causa del lavoro stagionale.

Alcune differenze regionali devono essere valutate

attentamente in quanto tassi troppo elevati potrebbero essere dovuti a una sottostima della reale forza lavoro e tassi estremamente bassi ad una mancata notifica degli infortuni.

#### **Riferimenti bibliografici**

(1) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. Rapporto Annuale sull'andamento infortunistico 2007. Milano, Luglio 2008.

(2) Istat. Indagine sulle forze lavoro. 2007.

(3) Spagnolo A, Rosano A, D'Amico F, Pittau F. Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari. In: Rapporto Osservasalute 2007, pp 95-97.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Nell'ultimo decennio si è registrato in Italia un incremento del numero di nati: ciò è da un lato imputabile all'aumento del numero di iscritti in Anagrafe per nascita avvenuto nelle regioni del Centro-Nord e dall'altro al forte incremento del

numero di nati da genitori stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro Paese.

### Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Questo indicatore permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte Istat dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va, comunque, sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano attualmente un'entità numericamente molto contenuta (inferiore a 2.000 casi) rispetto al totale dei nati (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2005 è risultata essere del 98,3% rispetto al 96,1% dell'anno precedente), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del loro Paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero, ma cittadini italiani, dall'altra può escludere i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. Tuttavia, attualmente il dato sul Paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre dal codice fiscale.

Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri

Paesi Europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce cittadinanza italiana o straniera a seconda delle leggi in vigore nel Paese di cittadinanza del genitore straniero.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con un solo genitore straniero che con entrambi. In particolare la quota più elevata è quella dei nati di cui almeno la madre è cittadina straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre): questa ha raggiunto il 13,5% del totale delle nascite (Grafico 1).

La distribuzione territoriale riproduce, ovviamente, la stessa situazione della presenza straniera in Italia: laddove è più consistente la quota di cittadini stranieri residenti, è anche più elevato il numero di nascite avvenute da questi ultimi. Nel 2006 circa il 20% dei nati residenti in Emilia-Romagna ha almeno un genitore di cittadinanza straniera (contro circa il 12% nazionale). Seguono Veneto, Lombardia, Umbria, Marche, Piemonte, Trento (Tabella 1).

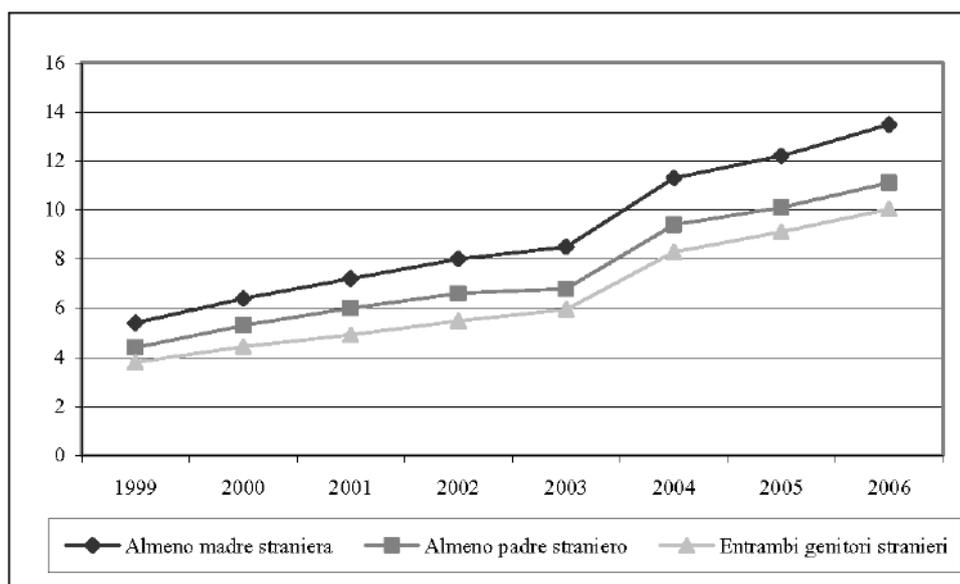
Ugualmente interessante è l'evoluzione nella composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche di provenienza dei genitori (Grafico 2): continua, infatti, a crescere il peso dei nati da cittadini provenienti dall'Europa centro-orientale (+9,9% in 7 anni), che rappresentavano nel 2006 ben il 36% del totale delle nascite da cittadini stranieri. Nel periodo di tempo considerato particolarmente rilevante è, invece, la contrazione delle nascite da cittadini nord-africani (-6,9%). Analogamente si è verificata la diminuzione della quota di nati da genitori provenienti dalle altre aree geografiche ad eccezione di quelle imputabili alla comunità latino-americana (+1,5%).

Il Grafico appena proposto ben illustra il quadro di

riferimento entro il quale collocare il fenomeno della natalità degli immigrati in Italia. Tuttavia i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza sono il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti riproduttivi delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte degli stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica. La Tabella 2 ben si presta ad evidenziare le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio rappresentano oltre il 58% di tutti gli stranieri residenti in Italia: in particolare le prime tre (albanesi, marocchini e rumeni) ne costituiscono oltre il 36%. Prima di tutto occorre sottolineare come il 65% delle nascite da genitori stranieri siano imputabili a queste dieci comunità. Particolarmente numerose sono le nascite da genitori marocchini, albanesi e rumeni; al contrario le comunità degli ucraini e dei polacchi si

caratterizzano per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini e, in misura lievemente minore, ai rumeni, che si è riscontrata la maggiore crescita del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 1999. Ciò è imputabile non tanto a mutati comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità quanto, piuttosto, alla forte crescita nell'ultimo decennio della presenza di queste comunità sul territorio italiano. Gli indici di natalità più elevati sono, invece, quelli relativi alle comunità dei cinesi, tunisini, marocchini e indiani. Al contrario, relativamente basso è l'indice di natalità inerente gli ucraini e i polacchi. Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e sesso della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze rispetto ad altre.

**Grafico 1** - Percentuale di nati vivi da cittadini stranieri - Anni 1999-2006

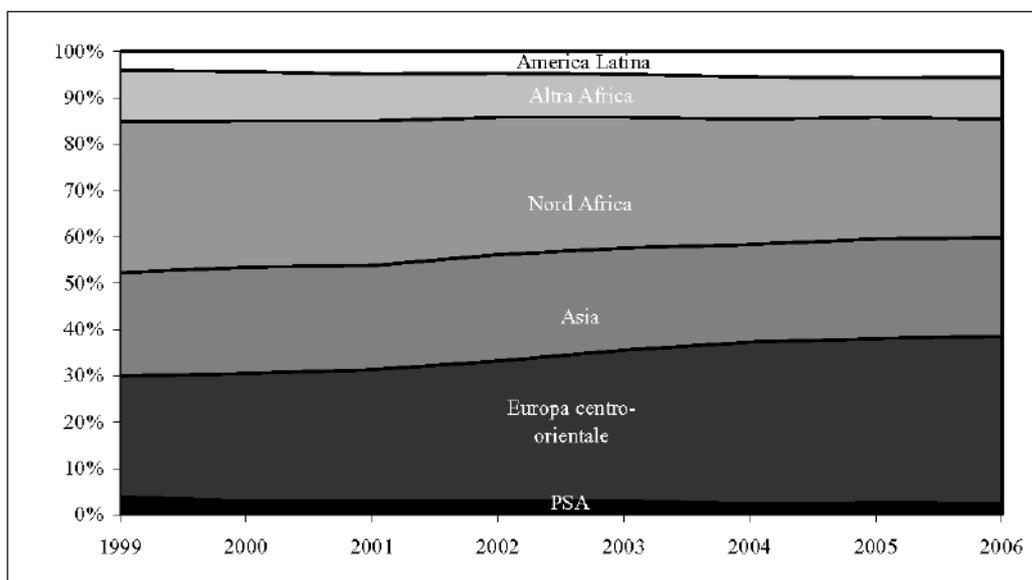


Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tavv. 1.5 e 2.10. Anno 2008.

**Tabella 1** - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2006

Regioni	Nati con almeno padre straniero	Nati con almeno madre straniera
Piemonte	15,2	18,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,2	13,1
Lombardia	18,1	20,5
Trentino-Alto Adige	13,1	16,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>11,5</i>	<i>14,6</i>
<i>Trento</i>	<i>14,7</i>	<i>17,9</i>
Veneto	18,3	20,7
Friuli-Venezia Giulia	13,3	16,3
Liguria	11,5	14,8
Emilia-Romagna	18,5	21,6
Toscana	14,5	17,7
Umbria	16,0	20,2
Marche	15,4	19,2
Lazio	10,7	13,5
Abruzzo	7,9	11,1
Molise	2,5	5,9
Campania	2,0	3,5
Puglia	2,3	3,2
Basilicata	1,8	3,7
Calabria	2,6	5,2
Sicilia	2,8	3,8
Sardegna	2,3	3,9
<b>Italia</b>	<b>11,1</b>	<b>13,5</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 1.5. Anno 2008.

**Grafico 2** - Composizione percentuale di nati da cittadini stranieri per area di provenienza - Anni 1999-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 2.10. Anno 2008.

**Tabella 2** - Stima dei nati da cittadini stranieri per le prime 10 collettività residenti (valori assoluti e percentuali sul totale dei nati stranieri) e variazione percentuale - Anni 1999, 2006

Cittadinanze	Nati stranieri 1999	Nati stranieri 2006	Nati stranieri sul totale delle nascite % 2006	Δ % 1999-2006
Albania	2.973	7.979	13,81	168,38
Marocco	4.480	9.606	16,63	114,42
Romania	488	7.199	12,46	1.375,20
Cina Rep. Popolare	1.464	4.524	7,83	209,02
Ucraina	25	591	1,02	2.264,00
Filippine	1.119	1.607	2,78	43,61
Tunisia	1.365	2.566	4,44	87,99
Macedonia	444	1.456	2,52	227,93
Polonia	203	610	1,06	200,49
India	500	1.778	3,08	255,60
Altra	8.125	19.849	34,36	144,30
<b>Totale</b>	<b>21.186</b>	<b>57.765</b>	<b>100,00</b>	<b>172,66</b>

**Nota:** le stime per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dal modello Istat P4 (Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita) all'ammontare dei nati vivi desunti dal modello Istat P3 (Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 2.10. Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata. È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente

giovane) e dalle abitudini riproduttive dei Paesi di origine. È tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica.

## Abortività volontaria da donne straniere

**Significato.** Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995, mentre fino al 1999 il luogo di nascita viene identificato solo come 'Italia' o 'Estero', il dettaglio del Paese di nascita è disponibile solo dal 2000. Nel 2005, delle 129.272 IVG notificate a livello nazionale, 37.972 (pari al 29,4%) hanno riguardato cittadine straniere e

43.357 donne nate all'estero (33,5%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia (infatti, nel 1994 la percentuale di IVG effettuate da donne di cittadinanza straniera era di poco superiore al 7%). Per una valutazione del fenomeno l'indicatore più appropriato risulta essere il tasso di abortività volontaria. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

### Percentuale di IVG di donne straniere

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

IVG per cittadinanza o luogo di nascita  
Totale IVG

### Tasso di abortività volontaria per cittadinanza riferito alle sole donne residenti\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

IVG da donne di età 18-49 anni residenti in Italia per cittadinanza  
Popolazione femminile media di età 18-49 anni residente in Italia per cittadinanza

### Tasso di abortività volontaria delle donne straniere

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

IVG da cittadine straniere (o nate all'estero)  
Permessi di soggiorno per cittadinanza

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto delle modifiche della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, etc.).

Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza se da una parte ha il vantaggio di distinguere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra, può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

I tre indicatori proposti considerano entrambe le possibilità e individuano diverse popolazioni di riferimento al denominatore.

Il primo identifica la donna straniera tramite la cittadinanza e considera solo le IVG di donne residenti in Italia. In questo modo la popolazione di riferimento

viene ben identificata dalle cittadine straniere residenti (quindi, numeratore e denominatore sono omogenei) e può essere fatto il confronto dei tassi tra le cittadine italiane e quelle straniere. Ovviamente, però, il considerare IVG dalle sole donne residenti esclude i casi effettuati da donne straniere presenti ma non residenti nel nostro Paese. Quindi questo tasso, pur permettendo il confronto tra italiane e straniere, potrebbe sottovalutare i livelli di abortività delle donne straniere.

In parte si può ovviare a questo considerando tutte le IVG da cittadine straniere indipendentemente dalla loro residenza (secondo tasso proposto). Il numeratore, quindi, aumenta di oltre 7.000 unità nel 2005, passando da 30.725 IVG nel primo caso a 37.972 IVG nel secondo. Per costruire il tasso a denominatore dovremmo avere la popolazione femminile presente, dato non disponibile. Possiamo ovviare considerando i permessi di soggiorno, ma in tal modo si escludono le donne presenti sul territorio italiano in modo irregolare, che, invece, sono contemplate nel numeratore. Inoltre, vengono escluse le minorenni in quanto nella

maggior parte dei casi compaiono sul documento del genitore. Infine, i dati sui permessi di soggiorno sono soggetti alle legislazioni vigenti, quindi, il loro numero può cambiare notevolmente non a causa di una reale modifica della presenza straniera, ma a causa di regolarizzazioni. Un caso emblematico è quello riferito alla legge sulla regolarizzazione del 2002 che ha causato un flusso di 700.000 domande quasi tutte accolte nei due anni successivi. Di conseguenza, il numero dei permessi di soggiorno è notevolmente aumentato creando inevitabilmente un trend anomalo del tasso di abortività. Anche considerando al numeratore le IVG di donne nate all'estero (il numero di IVG incrementa ancora e diventa pari a 43.357 nel 2005), secondo la definizione alternativa alla cittadinanza per identificare la donna straniera, il problema del denominatore permane e probabilmente i valori ottenuti sovrastimano i livelli di abortività (terzo tasso proposto).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Può essere assunto come valore di riferimento il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

#### **Descrizione dei risultati**

Sia in termini assoluti che percentuali si osserva chiaramente come il numero di IVG effettuate da cittadine straniere sia aumentato costantemente nel tempo: da un 6,6% riferito al 1995 si è giunti ad un 29,4% del 2005. Questa proporzione è molto elevata se rapportata alla corrispondente quota di popolazione femminile residente immigrata (pari al 3,9% all'1 gennaio 2005) o alla quota dei permessi di soggiorno (pari al 6,9% sempre all'1 gennaio 2005) (Grafico 1).

Se la percentuale fornisce il contributo delle straniere al fenomeno delle IVG in Italia, tuttavia questo indicatore non permette di valutare la reale propensione all'aborto delle donne considerate e il suo andamento nel tempo; solo con i tassi, che tengono conto della popolazione a rischio, è possibile fare ciò. Il tasso calcolato sulla popolazione residente permette inoltre di confrontare le donne italiane con quelle straniere.

Dalla Tabella 1 si può osservare che il fenomeno dell'abortività volontaria si differenzia, oltre che per età della donna (Abortività volontaria pagg. 268-270) e per stato civile (Rapporto Osservasalute 2007 pagg. 257-260) anche per cittadinanza.

In generale, le straniere presentano livelli di abortività circa quattro volte più alti rispetto alle italiane. Inoltre, dal 1996 al 2005 i livelli di abortività delle italiane (considerando il tasso standardizzato per età che permette confronti più attendibili tra i due collettivi) sono diminuiti: si passa da 8,8 casi ogni 1.000 donne di età 18-49 a 7,3 nel 2005. Invece, il ricorso all'IVG da parte delle straniere aumenta leggermente tra il 1996 e il 2003, per poi sperimentare un calo negli ultimi due anni (2004 e 2005) mantenendosi, comunque,

su valori superiori al 25 per 1.000. Questa diversa tendenza al ricorso all'IVG e l'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno ha provocato il sostanziale assestamento in Italia del tasso di abortività attorno a valori di poco superiori al 9 per 1.000 riscontrato negli ultimi dieci anni.

Esistono però sostanziali differenze per età e stato civile.

Dal Grafico 2 possiamo osservare che il rapporto tra i tassi delle donne straniere e delle donne italiane è sempre superiore all'unità quindi, per tutte le classi di età considerate e sia per le nubili che per le coniugate la propensione all'aborto volontario è sempre più alta tra le donne straniere.

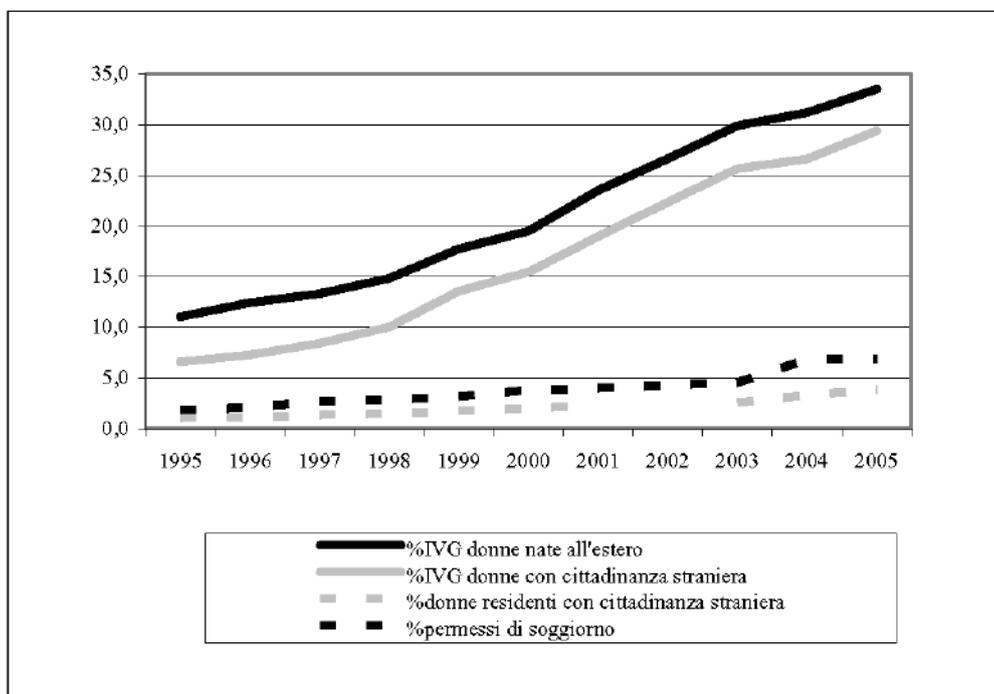
Per tutti e tre gli anni considerati i rapporti per le donne nubili seguono un andamento molto simile rispetto alle classi di età, decrescendo al crescere dell'età, mentre per le donne coniugate c'è una certa stabilità. Questo può essere interpretato come una differenza di comportamenti più elevata tra le giovani nubili dove le differenze tra i due collettivi sono ancora più marcate (ad esempio nel 2005 le straniere nubili di età 18-24 presentano 50,3 IVG ogni 1.000 donne contro 10,3 delle italiane), anche se si sono ridotte nel tempo.

Ribadendo il fatto che le donne straniere presentano sempre valori più elevati dei tassi, si osserva una riduzione dei rapporti per la classe di età 18-24, una sostanziale stabilità per la classe 25-29 anni e poi un incremento per le restanti (con l'eccezione della classe 45-49 anni). Questo è dovuto al fatto che i tassi delle donne giovani di cittadinanza straniera (siano esse nubili o coniugate) nei tre anni considerati hanno subito un lieve decremento (da 57,0 per 1.000 del 1996 a 50,3 del 2005), mentre quelli riferiti alle donne italiane sono aumentati passando da 9,5 a 10,3 per 1.000. Invece, per le donne meno giovani è accaduto il contrario: un lieve incremento dei tassi delle straniere e un lieve decremento di quelli riferiti alle italiane hanno fatto sì che i rapporti tra i due subissero un aumento nel tempo.

Quindi, si può affermare che le donne straniere continuano a ricorrere all'IVG in misura maggiore rispetto alle donne italiane, con una riduzione dei livelli tra le più giovani (peraltro molto elevati) e un aumento tra le meno giovani.

Se consideriamo il terzo indicatore, con al numeratore tutte le IVG da donne cittadine straniere (tasso B) o quelle da donne nate all'estero (tasso C), si ottengono valori più elevati in confronto con il tasso fin qui descritto e riferito alle sole residenti (tasso A) (Grafico 3). Questo è dovuto, principalmente, al fatto che per quest'ultimo indicatore al numeratore consideriamo tutte le IVG da donne straniere, indipendentemente dalla loro posizione legale, e al denominatore abbiamo i permessi di soggiorno che, quindi, non contengono le donne irregolarmente presenti sul territorio.

**Grafico 1** - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza straniera e tra le donne nate all'estero, percentuale di donne con cittadinanza straniera residenti e quota dei permessi di soggiorno sul totale delle donne straniere residenti - Anni 1995-2005



**Nota:** il dato sulle donne straniere residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002 non è disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. Anno 2006.

**Tabella 1** - Tassi di abortività volontaria per cittadinanza (per 1.000 donne residenti) nella classe 18-49 anni - Anni 1996, 1999, 2000, 2003-2005

Anni	Tassi grezzi		Tassi standardizzati	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
1996	8,9	30,3	8,8	25,4
1999	8,6	32,5	8,5	28,5
2000	8,2	32,0	8,5	29,7
2003	7,3	34,5	7,8	34,0
2004	7,5	31,9	7,7	29,4
2005	7,0	28,3	7,3	26,3

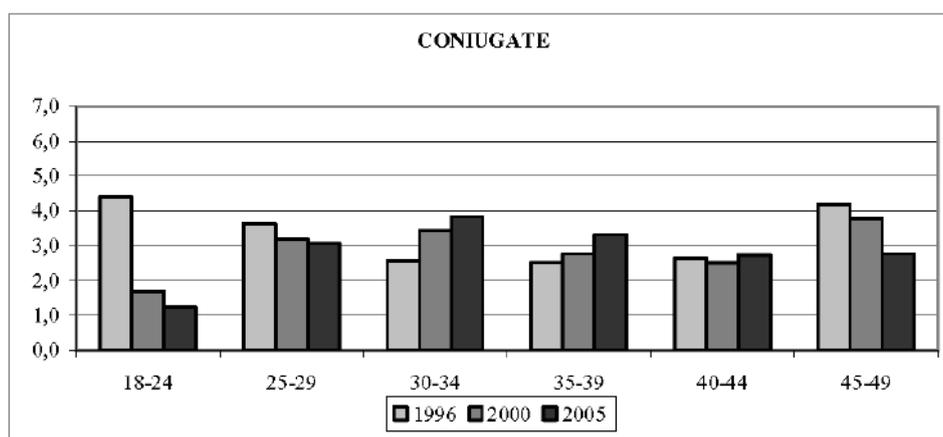
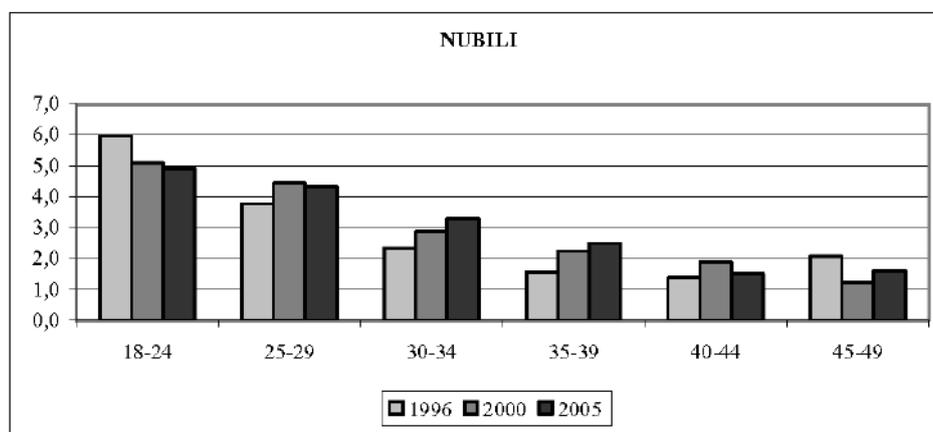
**Nota:** i tassi sono stati calcolati utilizzando al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno.

Il tasso è standardizzato con il metodo diretto utilizzando come popolazione tipo quella media residente in Italia al 2001.

I tassi non sono stati calcolati per l'anno 1997 a causa di una elevata percentuale di casi con cittadinanza non indicata, per l'anno 1998 a causa di problemi di qualità della variabile cittadinanza, per gli anni 2001 e 2002 a causa della mancanza dei dati sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Anno 2006.

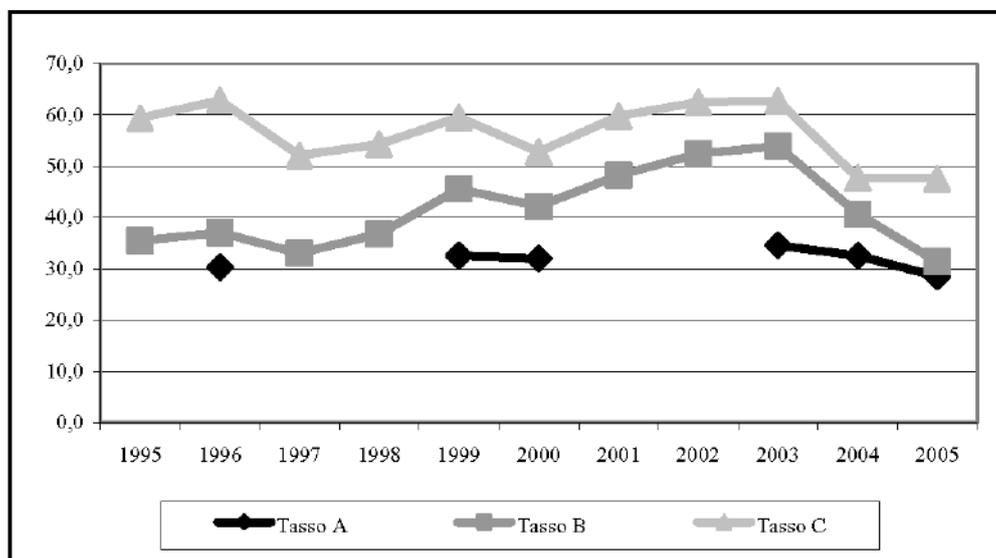
**Grafico 2** - Rapporti tra i tassi di abortività volontaria delle donne straniere e delle donne italiane per stato civile e classe di età - Anni 1996, 2000, 2005



**Nota:** i tassi sono stati calcolati utilizzando al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Anno 2006.

**Grafico 3** - Tassi di abortività volontaria delle donne straniere (per 1.000 donne) nella classe 18-49 anni - Anni 1995-2005



**Nota:** Il tasso A è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da cittadine straniere residenti e al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno. Non è stato calcolato per l'anno 1997 a causa di una elevata percentuale di casi con cittadinanza non indicata, per l'anno 1998 a causa di problemi di qualità della variabile cittadinanza, per gli anni 2001 e 2002 a causa della mancanza dei dati sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza.

Il tasso B è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da cittadine straniere e al denominatore i permessi di soggiorno.

Il tasso C è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da donne nate all'estero e al denominatore i permessi di soggiorno.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. Anno 2006.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno ha un'influenza sull'andamento generale dell'IVG (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 249-281) ed evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica.

Va, comunque, sottolineato che, nella programmazione di attività di prevenzione o supporto, bisogne-

rebbe anche tenere conto del fatto che le donne straniere hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2008), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2006. Dati provvisori 2007. Roma: Ministero della Salute, 2008. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

(2) Istat (2008), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2005. Tavole di dati: [http://www.istat.it/dati/dataset/20080331\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20080331_00/).

## Incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri

**Significato.** La presenza di persone straniere nel nostro Paese è ormai una realtà consolidata. L'infezione da HIV e l'AIDS vengono spesso considerate come problemi particolarmente gravi di questa popolazione, anche in considerazione dell'influenza che questa patologia esercita sulla sensibilità collettiva (1).

È, dunque, importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS e HIV tra gli stranieri presenti in Italia, al

fine di favorire adeguati interventi di prevenzione e assistenza sanitaria e per tenere sotto controllo allarmismi legati alla paura della diffusione della malattia. L'indicatore rappresenta una stima dell'andamento dell'incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri dal 1992 al 2006, periodo in cui la dimensione del fenomeno migratorio nel nostro Paese ha assunto un peso sempre più rilevante (2).

### Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

Numeratore	Casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni ed oltre	x 100.000

### Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

Numeratore	Casi di HIV diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni ed oltre	x 100.000

Sono stati utilizzati i dati del Registro Nazionale dei casi di AIDS, istituito a partire dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (3), che arruola tutti i casi di AIDS identificati nel territorio italiano. Sono stati, inoltre, utilizzati i dati del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (4), in particolare quelli delle regioni Liguria, Piemonte, Veneto, Lazio e delle province di Modena, Sassari e Rimini poiché raccolgono il dato sulla nazionalità della persona con una nuova diagnosi di infezione da HIV.

L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati tra i cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi. L'esclusione dei minori è giustificata dalla sottostima dei permessi di soggiorno, utilizzati per il calcolo dei tassi di incidenza, in questa fascia di età (registrati prevalentemente sul permesso dei genitori); è stata, inoltre, limitata al periodo 1992-2006 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti.

Sono stati calcolati i tassi di incidenza annuali di AIDS e HIV tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età.

La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2006 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (5).

**Validità e limiti.** Per quanto riguarda la casistica di AIDS, il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato

complessivamente da un'elevata copertura (6). Quanto all'HIV, in Italia non esiste un sistema nazionale di notifica delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Vi sono, però, alcune regioni e province che già da vari anni si sono organizzate autonomamente e raccolgono informazioni sulla diffusione di tale diagnosi. Tra queste, alcune raccolgono informazioni anche sulla nazionalità del cittadino con una nuova diagnosi di infezione da HIV.

I casi segnalati in queste regioni e province non rappresentano certamente tutti i casi di nuove infezioni da HIV, ma possono fornire un'utile indicazione sulla diffusione dell'HIV nel nostro Paese e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia da HIV in Italia.

Un limite maggiore deriva, invece, dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata nel nostro Paese poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone irregolarmente soggiornanti, che invece, possono essere presenti nei registri considerati. Inoltre, si tenga in considerazione che nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i diversi provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Nel periodo considerato può essere utile confrontare i tassi di incidenza di AIDS/HIV tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani.

## Descrizione dei risultati

### Casi di AIDS

Tra il 1992 e il 2006 sono stati diagnosticati in Italia circa 44.500 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 3.800 casi hanno riguardato stranieri.

La percentuale di cittadini stranieri maggiorenni diagnosticati con AIDS nel nostro Paese, rispetto al totale dei casi, è passata dal 3% nel 1992 al 22% nel 2006 (in termini assoluti da 116 a 310 casi).

Tra gli uomini, dopo un costante aumento della casistica osservata tra il 1992 e il 1995, il numero delle diagnosi negli stranieri maggiorenni è diminuito nel 1996 e 1997, per rimanere poi sostanzialmente stazionario fino al 2004. Nel 2005 si osserva un nuovo aumento dei casi notificati, comunque al di sotto dei valori precedenti al 1996 (Grafico 1). Tra le donne è stata osservata, invece, una tendenza all'incremento durante tutto l'arco temporale considerato.

Il dato certamente più interessante è rappresentato dai tassi di incidenza che a partire dal 1996-97 risultano in costante diminuzione, mediamente del 70% tra gli uomini e del 54% tra le donne (da 58,1 a 17,2 e da 22,7 a 10,4 per 100.000 permessi di soggiorno, rispettivamente).

Tenendo presenti le oscillazioni cui sono soggetti i denominatori a causa dei provvedimenti di regolarizzazione, tale diminuzione ha riguardato, in entrambi i sessi, pressoché tutte le classi d'età (Grafico 2) e tutte le aree geografiche (Grafico 3).

### Casi di HIV

Tra il 1992 e il 2006 sono state registrate nelle province e regioni considerate circa 21.851 nuove diagnosi di infezioni da HIV, di cui 4.625 in stranieri.

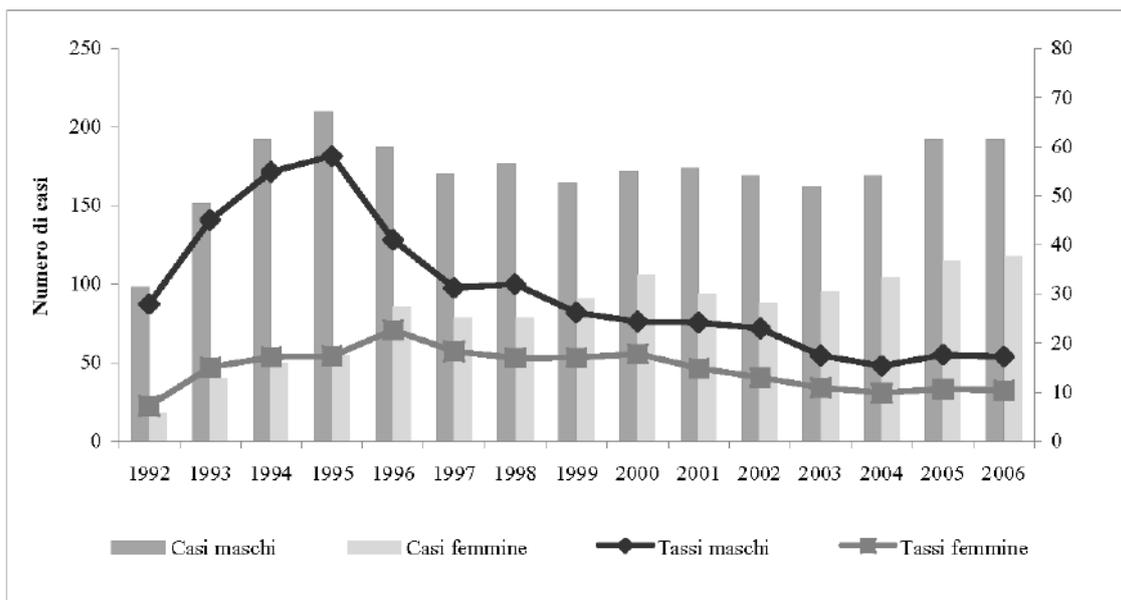
La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con una nuova diagnosi di infezione da HIV nelle aree considerate, rispetto al totale dei casi, è passata dall'11% nel 1992 al 34% nel 2006.

Sia tra gli uomini che tra le donne si osserva un andamento crescente nel periodo considerato: gli uomini sono aumentati da 163 casi nel 1992 a 306 casi nel 2006; mentre le donne sono passate da 65 casi nel 1992 a 200 casi nel 2006.

I tassi di incidenza mostrano, tuttavia, un andamento in diminuzione: il tasso degli uomini passa dal 104,9 per 100.000 stranieri con regolare permesso di soggiorno nel 1992 a 72,5 per 100.000 nel 2006; quello delle donne dal 59,2 per 100.000 permessi di soggiorno nel 1992 a 45,3 per 100.000 nel 2006. Per tutto il periodo considerato, le due serie di tassi hanno un andamento simile, anche se nel 2006 il tasso degli uomini sembra aumentare, al contrario di quello delle donne che continua a mostrare un andamento decrescente (Grafico 4).

Sia tra gli uomini che tra le donne, nel periodo considerato, i tassi di incidenza per età mostrano una diminuzione delle classi più giovani, mentre la fascia 40-49 anni rimane pressoché stabile e quella degli ultra cinquantenni sembra aumentare.

**Grafico 1** - Casi e tassi di incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS in Italia tra gli stranieri di 18 anni ed oltre per sesso - Anni 1992-2006



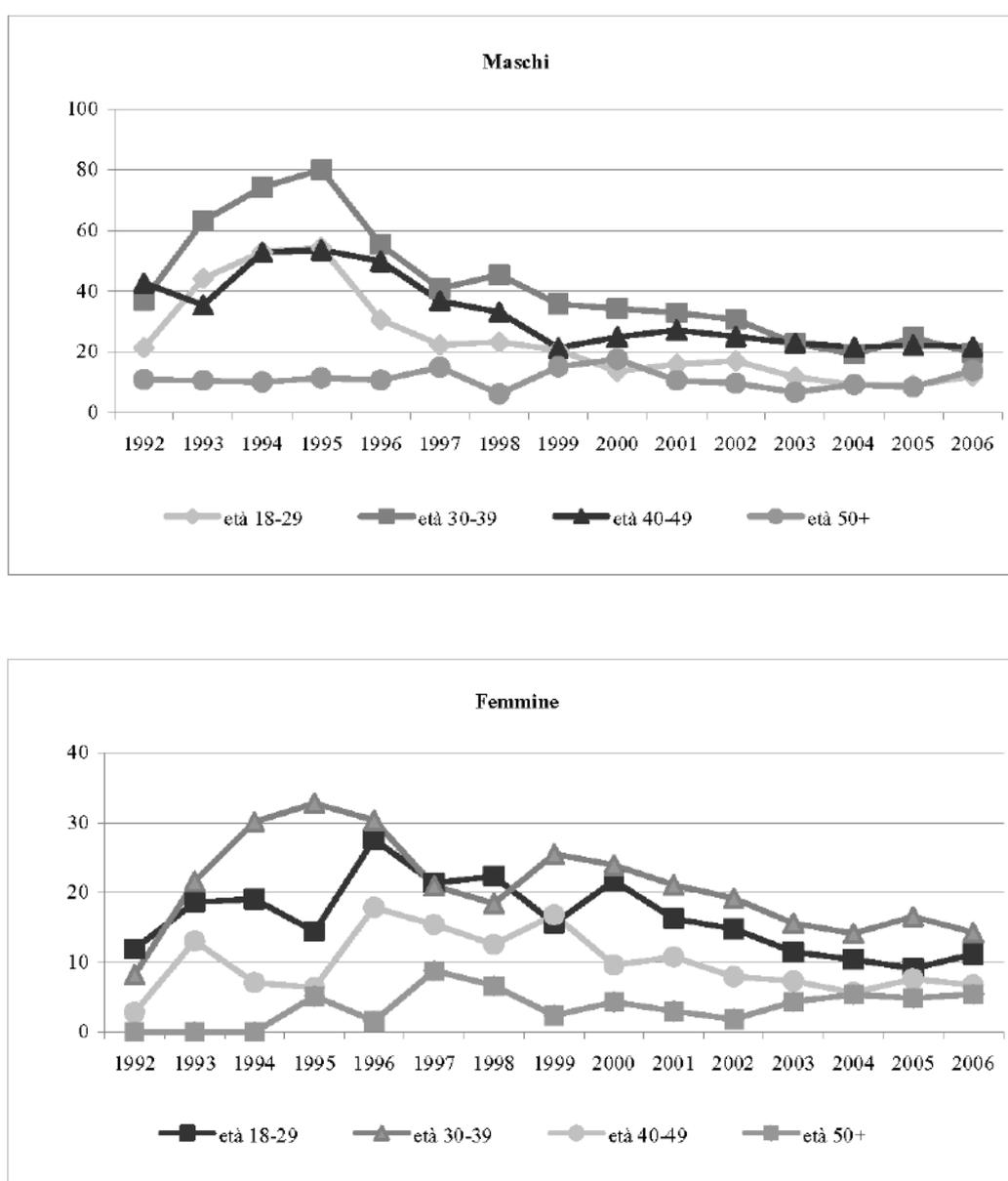
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza dei cittadini stranieri, negli ultimi anni sembra che si stia verificando un aumento della casistica, sia in termini assoluti che con riferimento ai tassi di incidenza, per le persone provenienti dall'America (sia del Nord che del Sud) e dall'Africa.

Questi dati mostrano, anche rispetto ad alcune analisi precedenti (7, 8, 9), che ancora una volta l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS o HIV nel nostro Paese sembra dipendere più dalla crescita della numerosità della popolazione immi-

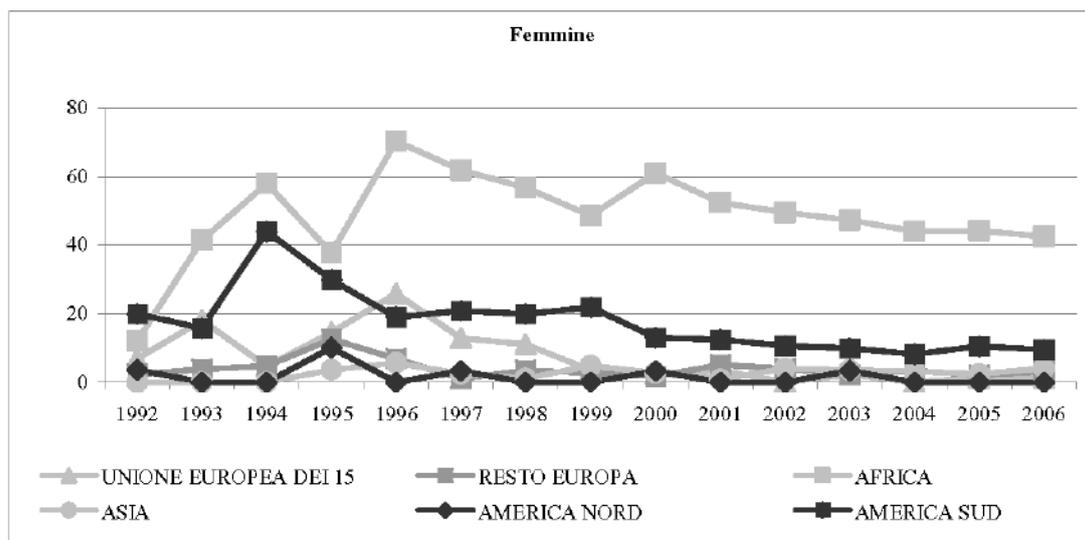
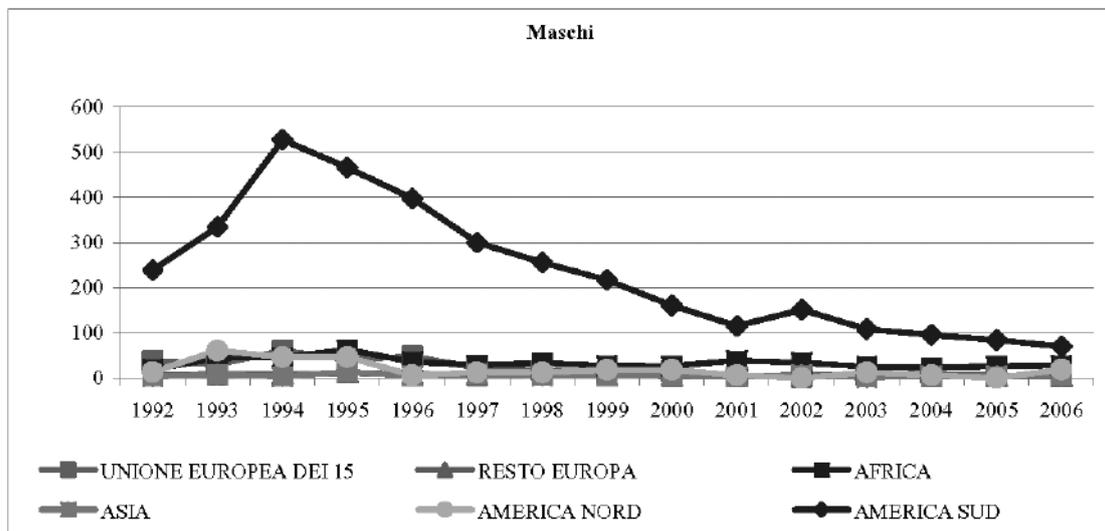
grata che da un incremento dell'epidemia. Continuano, inoltre, a evidenziare che la dimensione numerica del fenomeno rimane contenuta nel tempo, anche a fronte di oscillazioni migratorie dinamiche rispetto ai Paesi di provenienza, in cui non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quella registrata in Italia (10). Una maggiore opportunità di accesso alla terapia antiretrovirale altamente efficace da parte degli stranieri in Italia rispetto ai propri Paesi di origine, oltre alla persistenza di un effetto migrante sano, possono in parte spiegare questi risultati.

**Grafico 2** - Tassi d'incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS tra gli stranieri di 18 anni ed oltre in Italia, per sesso - Anni 1992-2006



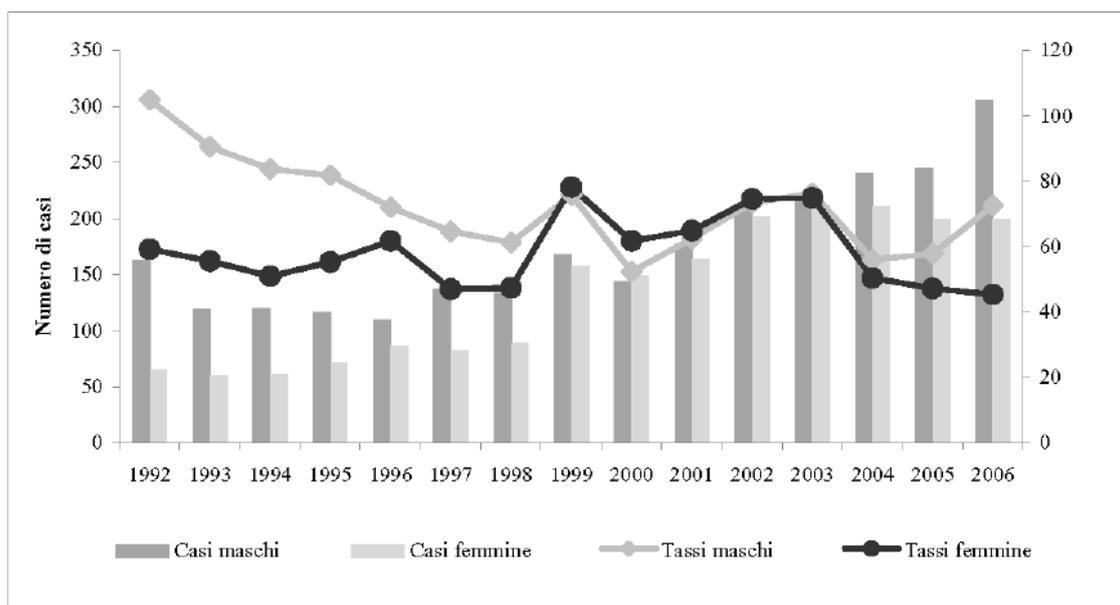
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

**Grafico 3** - Tassi d'incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS tra i cittadini stranieri di 18 anni ed oltre in Italia, per area geografica di cittadinanza e sesso - Anni 1992-2006



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

**Grafico 4** - Casi e tassi d'incidenza (per 100.000) delle nuove diagnosi di infezione da HIV diagnosticate in Piemonte, Liguria, Veneto, Lazio, Modena, Sassari e Rimini a stranieri di 18 anni ed oltre per sesso - Anni 1992-2006



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentano elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS e l'HIV. La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte a ostacoli di natura linguistica, culturale, socio-economica che, nel caso particolare dell'HIV, impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura (11) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia. È, quindi, importante compiere sforzi per garantire agli immigrati l'accesso ai servizi socio-sanitari (12), al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di efficaci strategie di prevenzione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 2000; 36 (4): 445-9.
- (2) Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto. Roma: IDOS; 2007.
- (3) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
- (4) Centro Operativo AIDS, Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 dicembre 2007. *Notiziario*

Istituto Superiore di Sanità, vol 21 (5) suppl 1, 2008, consultabile sul sito <http://www.iss.it/binary/publ/cont/ONLINECOA.1215161347.pdf>.

- (5) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).
- (6) Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Toccaceli V, Caiani G, La sottotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottotifica. *Giornale italiano dell'AIDS* 1997; 8 (1).
- (7) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Camoni L, Suligoi B, Rezza G, Baglio G. (2007). Indidenza di AIDS tra gli stranieri. In: *Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. PREX Edizione Italiana, Milano: pp. 303-5.
- (8) Cacciani L, Rosano A, Camoni L, Boros S, Urciuoli R, Rezza G, et al. (2005). Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982-2000). *Rapporti ISTISAN* 05/39 - Istituto Superiore di Sanità 2005; 05/39: 33 p.
- (9) Camoni L, Salfa MC, Regine V, Pasqualini C, Borghi V, Icardi G, Curtale F, Ferro A, Suligoi B. HIV incidence estimated among non-nationals in Italy. *Eur J Epidemiol* (2007) 22: 813-817.
- (10) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary. Geneva: UNAIDS; 2004.
- (11) Del Amo J, Erwin J, Fenton KA, Gray K. *AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action*. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
- (12) Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Roma: Nuova Anterem; 2002.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione ha permesso in questi anni di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi sanitari e di confrontare la frequenza del ricorso alle cure ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp<sup>m</sup>)<sup>1</sup> rispetto al complesso dei residenti, al netto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto.

Il calcolo dell'indicatore viene ristretto ai soggetti di

18 anni ed oltre, in ragione della notevole sottostima dei minorenni nell'archivio dei permessi di soggiorno. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli immigrati\*

Numeratore	Dimissioni di stranieri da Pfp <sup>m</sup> di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione media straniera da Pfp <sup>m</sup> regolarmente soggiornante di 18 anni ed oltre	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) del Ministero della Salute (attualmente Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) che registra tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private (accreditate e non). Sono escluse dall'analisi di seguito riportata le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2005.

La stima del numero di stranieri presenti in Italia (denominatore) si basa sui permessi di soggiorno, registrati dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media dei permessi rilevati al 31/12/2004 e al 31/12/2005.

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione, è pur sempre passibile di distorsioni opportunistiche o generica inaccuratezza nelle variabili socio-demografiche e cliniche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, continua a presentare in diverse regioni italiane una bassa sensibilità, che si traduce in una sottostima dei ricoveri a carico della popolazione immigrata.

Una distorsione nel calcolo del numeratore, di segno opposto, deriva dall'impossibilità di eliminare dai ricoveri degli stranieri quelli a carico dei soggetti irregolari (STP).

I due errori potrebbero in parte annullarsi, anche se è molto difficile valutare in quale misura questo possa

avvenire nelle diverse regioni.

Rispetto al denominatore, possiamo presumere che la sottostima della popolazione straniera, dovuta alla presenza degli irregolari non inclusi nelle stime ufficiali, si traduca in una tendenza alla sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione degli immigrati, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (anno 2005), al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri nelle regioni e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente critiche.

### Descrizione dei risultati

Nel 2005, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati oltre 450 mila (pari al 3,6% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati quasi esclusivamente in reparti per acuti e per il 73% in regime ordinario (Tabella 1).

Per quanto riguarda la provenienza, il 90% ha riguardato immigrati da Pfp<sup>m</sup> e di questi: il 46% dall'Est europeo (di cui più di un terzo dalla Romania); il 28% dal continente africano, in particolare dal Nord-Africa (18%); il 14% dall'Asia, soprattutto dalla Cina (4%); e il 12% dall'America Latina.

Nel corso degli anni, si è registrato un costante aumento dei ricoveri a carico di stranieri da Pfp<sup>m</sup> (Tabella 1). In particolare, rispetto al 1998 le degenze in regime ordinario sono raddoppiate e i Day Hospital quasi quadruplicati, dati solo in parte spiegabili alla luce dell'incremento demografico. Soprattutto

<sup>1</sup>Sono considerati a forte pressione migratoria, secondo la classificazione Istat, i Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia ad eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale.

l'aumento dell'attività di Day Hospital consolida una tendenza osservata oramai da diverso tempo e attribuita ad un utilizzo più maturo dei servizi da parte degli immigrati, ossia svincolato dalle situazioni di stretta emergenza.

L'analisi della casistica in base alle caratteristiche socio-demografiche mostra pazienti prevalentemente giovani, in linea con il profilo demografico: il 71% dei ricoveri di stranieri da Pfp è risultato a carico di persone tra 18 e 49 anni (la percentuale calcolata per l'intera popolazione residente si attesta al 30%); la classe d'età degli ultrasessantacinquenni non supera tra gli immigrati il 3% (rispetto al 40% nei residenti). Le donne rappresentano il 66% (53% tra i residenti). La Tabella 2 mostra il numero di ricoveri di immigrati per regione di erogazione, sesso e regime di ricovero, e i tassi di ospedalizzazione, standardizzati per età, negli stranieri e nei residenti maggiorenni.

Il 62% dei ricoveri è concentrato nelle regioni del Nord, il 26% al Centro e il 12% al Sud e nelle Isole, dati che riflettono essenzialmente la ripartizione geografica della popolazione straniera nel nostro Paese. Tra le regioni, la Lombardia figura al primo posto con circa 101 mila ricoveri (pari a un quarto del totale nazionale), seguita dal Lazio con 58.330 (14%), dall'Emilia-Romagna (11%) e dal Veneto (10%).

Per gli uomini, i tassi di ospedalizzazione riferiti agli immigrati da Pfp sono risultati più bassi rispetto alla popolazione residente (131 contro 156 per 1.000 in regime ordinario; 42 contro 68 per 1.000 in Day Hospital), segno di un minore ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione straniera.

Per le donne, invece, la situazione si inverte, con valori nettamente più elevati tra le straniere rispetto alle residenti in regime ordinario (174 contro 157 per 1.000) e sostanzialmente equivalenti in Day Hospital. Tale eccesso di ospedalizzazione è attribuibile all'elevato numero di ricoveri per motivi legati alla riproduzione (parti e interruzioni volontarie di gravidanza).

Si evidenzia, inoltre, una marcata variabilità geografica, con tassi di ospedalizzazione tendenzialmente più elevati nelle regioni meridionali, tanto per gli stranieri quanto per i residenti (sia uomini che donne). Tale variabilità, accostata al dato eccessivamente alto per le Isole, rivela la persistenza di problemi legati a una diversa qualità delle informazioni disponibili.

La Tabella 3 riporta la distribuzione dei ricoveri ordinari per sesso e diagnosi alla dimissione e i tassi standardizzati di ospedalizzazione relativi agli stranieri da Pfp e alla popolazione residente sopra i 18 anni. Negli uomini, la causa più frequente continua a essere rappresentata dai traumatismi, con una percentuale media pari al 24,5% e una certa variabilità tra i grup-

pi etnici: in particolare, tra i romeni e gli ucraini tale percentuale raggiunge il 30%, mentre scende al 19% tra i cinesi e al 15% tra i filippini.

Al secondo posto troviamo le malattie dell'apparato digerente (14%), tra cui si osserva un numero particolarmente elevato di appendicitis acute (circa un quinto delle diagnosi gastroenterologiche). Seguono le malattie del sistema circolatorio (10%) e di quello respiratorio (9%, in particolare broncopneumopatie croniche).

Per quanto riguarda i tassi maschili, gli unici raggruppamenti nei quali gli immigrati presentano valori superiori a quelli della popolazione residente sono i già citati traumatismi (17 contro 14 per 1.000) e le malattie infettive (4,2 contro 2,2 per 1.000).

Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto e dalle complicanze della gravidanza, con una percentuale pari al 57% e un tasso di 58 per 1.000 (contro 32 per 1.000 nelle residenti). Se escludiamo i ricoveri legati alla riproduzione, troviamo ai primi posti le infezioni dell'apparato genitourinario (17%), dell'apparato digerente (14%) e dei tumori (11%, di cui un quarto sono leiomiomi uterini). A differenza degli uomini, i tassi di ospedalizzazione delle donne immigrate risultano superiori a quelli delle residenti in svariati gruppi diagnostici, con valori quasi doppi per la gravidanza e il parto, e per le malattie infettive.

Per quanto riguarda i ricoveri in Day Hospital (dati non mostrati), tra gli uomini troviamo ai primi posti le malattie dell'apparato digerente (13%, in larga parte interventi di ernia inguinale) e i "fattori che influenzano lo stato di salute" (12%, in particolare chemio e radioterapia); seguono le malattie infettive (10%, soprattutto HIV/AIDS e tubercolosi), le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (9%) e i traumatismi (9%).

Tra le donne più della metà degli accessi in Day Hospital (56%) è determinato da motivi legati alla riproduzione e di questi l'interruzione volontaria di gravidanza costituisce quasi la totalità (85%).

L'andamento dei tassi di ricovero per età (Grafici 1 e 2) mostra tra gli immigrati uomini livelli analoghi a quelli dei residenti in regime ordinario, mentre in Day Hospital i valori si mantengono marcatamente al di sotto, in tutte le classi d'età. Nelle donne si conferma il maggior ricorso ai servizi ospedalieri nelle classi d'età riproduttiva, con un picco anticipato e molto più pronunciato rispetto alle donne residenti. In età più avanzata, i tassi scendono al di sotto di quelli osservati sul totale delle residenti e si allineano sui livelli di ospedalizzazione degli immigrati uomini.

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e variazioni percentuali) per provenienza e regime di ricovero - Anni 1998, 2000, 2003, 2005

Provenienza	Ricoveri ordinari					Day Hospital				
	1998	2000	2003	2005	Δ % 1998-2005	1998	2000	2003	2005	Δ % 1998-2005
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	33.715 (0,4%)	-15,8	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	10.284 (0,3%)	+26,8
Stranieri da Pfp**	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	295.236 (3,4%)	+100,6	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	113.794 (2,9%)	+281,3
<b>Totale ricoveri nazionali</b>	<b>9.964.872 (100%)</b>	<b>9.556.665 (100%)</b>	<b>9.184.175 (100%)</b>	<b>8.587.529 (100%)</b>	<b>-13,8</b>	<b>2.016.336 (100%)</b>	<b>2.340.604 (100%)</b>	<b>3.105.941 (100%)</b>	<b>3.986.924 (100%)</b>	<b>+97,7</b>

\*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

\*\*Pfp: Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tassi standardizzati per 1.000) di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni ed oltre per regione di ricovero, regime di ricovero e sesso - Anno 2005

Regioni	Ricoveri ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti
Piemonte	7.545	123,3	116,6	15.912	167,4	124,4	3.120	57,2	64,9	7.919	86,1	68,0
Valle d'Aosta	151	98,7	141,1	357	179,2	145,0	55	52,7	63,1	113	45,6	58,5
Lombardia	28.647	131,6	156,8	46.277	176,3	153,2	7.599	41,2	62,3	18.597	70,2	70,9
Trentino-Alto Adige	2.166	146,3	160,7	3.686	172,5	166,9	608	26,5	52,6	1.347	55,9	65,3
Bolzano-Bozen	1.188	155,4	178,2	1.619	184,2	188,6	261	22,1	49,2	551	48,4	63,8
Trento	978	138,5	144,7	2.067	165,4	147,9	347	30,4	55,7	796	61,0	66,6
Veneto	10.820	110,5	136,4	21.113	164,9	141,9	3.401	65,3	59,7	7.083	74,3	61,1
Friuli-Venezia Giulia	2.208	93,0	130,7	4.128	137,0	134,2	623	17,9	35,7	1.509	43,3	43,8
Liguria	3.759	163,3	136,9	6.603	247,2	138,0	1.797	80,4	96,2	4.043	143,5	108,5
Emilia-Romagna	11.930	125,6	142,1	21.477	165,8	148,2	2.632	29,7	47,7	7.825	57,0	55,3
Toscana	6.693	105,1	121,2	12.911	157,7	126,6	2.048	23,0	52,2	6.010	60,5	56,1
Umbria	2.067	124,8	128,2	4.408	169,7	132,3	556	37,1	61,4	1.813	73,0	67,5
Marche	2.437	92,0	146,8	5.508	137,4	144,3	563	25,9	47,0	1.460	35,4	51,9
Lazio	14.294	144,8	172,4	24.581	173,7	179,0	6.829	43,1	90,5	12.626	75,4	97,2
Abruzzo	1.652	155,5	218,2	3.307	190,7	208,2	434	36,2	65,3	1.431	76,7	81,5
Molise	54	34,3	195,1	143	63,5	193,5	15	16,2	61,5	61	31,9	67,6
Campania	3.995	210,7	185,3	7.566	221,5	177,5	879	45,2	83,2	3.711	86,0	86,2
Puglia	2.039	142,5	185,8	3.877	224,9	187,4	269	25,0	52,4	738	45,0	55,4
Basilicata	47	54,2	155,2	76	25,1	150,7	10	24,6	71,6	48	12,4	76,3
Calabria	1.119	145,2	181,7	2.350	232,0	181,4	287	46,7	64,2	911	82,9	75,3
Sicilia	2.911	187,6	169,9	4.406	240,1	163,2	1.408	102,6	112,0	2.716	145,1	120,0
Sardegna	761	437,6	174,2	1.255	397,0	175,6	239	138,7	66,4	461	178,6	76,8
<b>Italia</b>	<b>105.295</b>	<b>130,7</b>	<b>156,2</b>	<b>189.941</b>	<b>174,3</b>	<b>157,4</b>	<b>33.372</b>	<b>42,4</b>	<b>68,3</b>	<b>80.422</b>	<b>71,5</b>	<b>75,0</b>

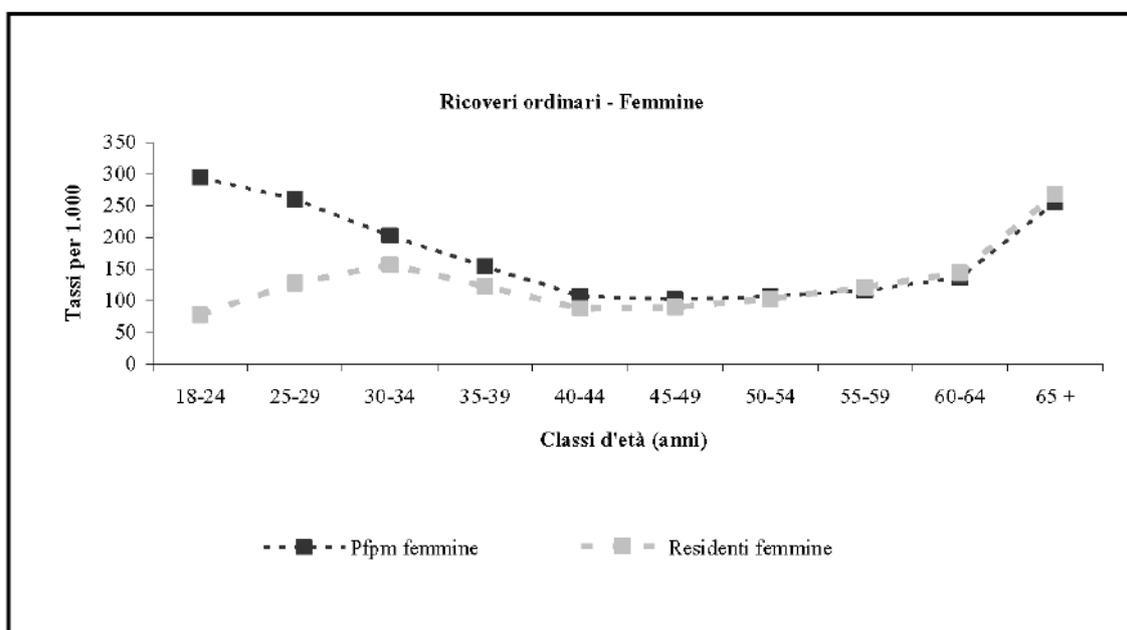
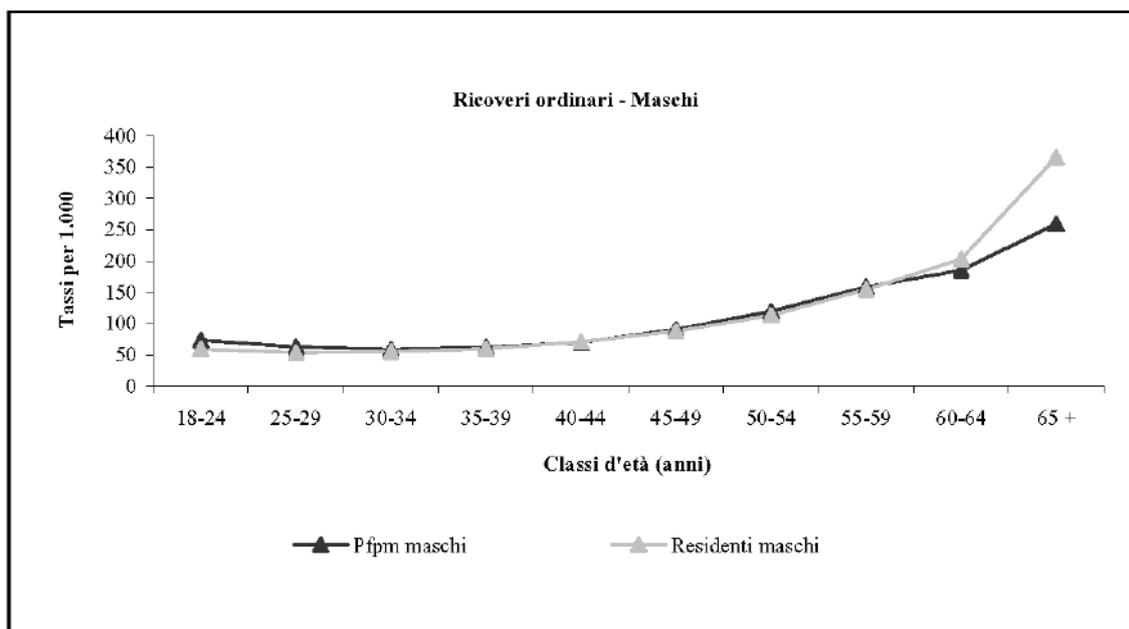
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni ed oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso - Anno 2005

ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine			
		Dimessi Pfp	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti
001-139	Malattie infettive e parassitarie	4.071	5,5	4,2	2,2	2.597	1,6	2,9	1,6
140-239	Tumori	3.147	4,3	12,0	17,1	7.827	4,8	12,9	14,1
240-279	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.268	1,7	2,7	2,7	1.645	1,0	3,5	4,1
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	477	0,6	1,0	1,1	822	0,5	1,3	1,2
290-319	Disturbi psichici	3.346	4,5	3,0	4,5	3.310	2,0	3,3	4,4
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.538	4,8	6,7	8,0	3.148	1,9	5,9	7,6
390-459	Malattie del sistema circolatorio	7.316	9,9	28,9	36,8	5.263	3,2	19,3	22,9
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	6.369	8,6	12,9	14,1	3.960	2,4	8,6	7,9
520-579	Malattie dell'apparato digerente	10.245	13,9	15,6	17,8	10.084	6,1	14,4	12,9
580-629	Malattie del sistema genito-urinario	3.298	4,5	7,8	9,8	12.055	7,3	12,1	10,8
630-677	Gravidanza, parto e puerperio					93.618	56,9	57,5	32,1
680-709	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.094	1,5	1,3	1,9	804	0,5	1,2	1,4
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.513	6,1	6,3	10,1	3.601	2,2	7,1	11,2
740-779	Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	560	0,8	0,5	0,8	666	0,4	0,6	0,8
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4.095	5,6	6,8	7,8	5.001	3,0	7,4	6,1
800-999	Traumatismi e avvelenamenti	18.006	24,5	16,7	14,4	6.690	4,1	10,6	11,3
V01-V82	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2.295	3,1	4,2	7,2	3.360	2,0	5,6	7,0
	<b>Totale</b>	<b>73.638</b>	<b>100,0</b>	<b>130,7</b>	<b>156,2</b>	<b>164.451</b>	<b>100,0</b>	<b>174,3</b>	<b>157,4</b>

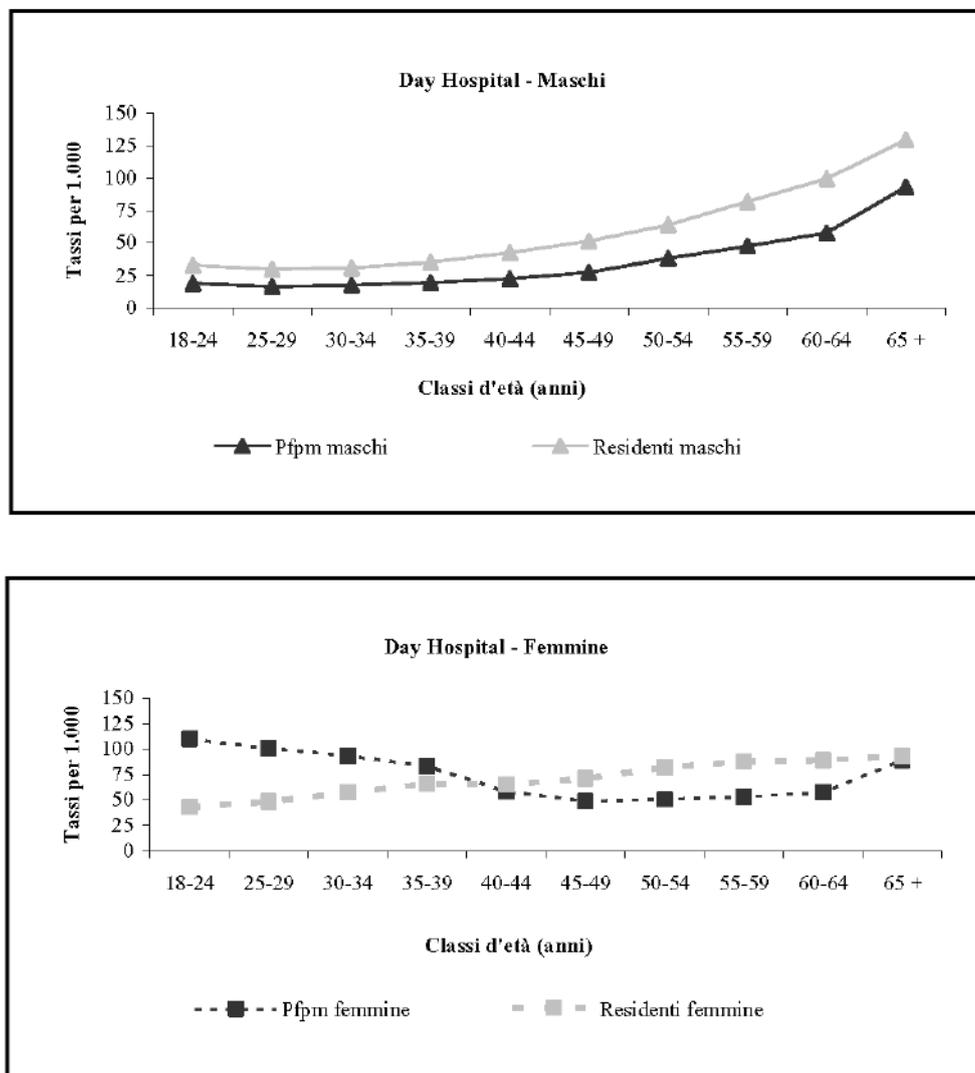
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 1** - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per provenienza e sesso - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 2** - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in Day Hospital per provenienza e sesso - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I livelli di ospedalizzazione degli stranieri uomini evidenziano un ricorso al ricovero ordinario sostanzialmente sovrapponibile alla popolazione maschile residente, mentre continua a evidenziarsi un sottoutilizzo del Day Hospital.

Per le donne la situazione si inverte, con valori medi nettamente più elevati tra le straniere rispetto alle residenti in regime di ricovero ordinario e sostanzialmen-

te equivalenti in Day Hospital, per motivi legati alla vita riproduttiva.

Dal punto di vista della Sanità Pubblica, continuano a persistere alcune aree di particolare criticità, in particolare i traumatismi per gli uomini e le IVG per le donne.

Si segnala l'alto numero di ricoveri per interventi ad alto rischio di inappropriatazza (appendiciti e leiomiomi), che merita di essere approfondito.

## Mortalità tra gli stranieri

**Significato.** Nel presente lavoro, partendo dai dati assoluti sui decessi oltre il primo anno di vita, riportati in serie storica per il complesso degli stranieri in Italia distinti in residenti e non residenti, sono stati costruiti e analizzati tassi di mortalità totali e per la fascia di 18-64 anni, disaggregati per sesso, aree di cittadinanza, principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del livello di salute della popolazione e,

come conseguenza, una misura del livello di disagio sociale e del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

Più precisamente, al fine di raggiungere un sufficiente grado di comparabilità a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato per età attraverso il metodo diretto o della *popolazione tipo*, individuata nella popolazione standard mondiale.

### *Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia di 18-64 anni}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'Indagine sulle cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e che utilizza la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce a un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche. L'analisi della mortalità è stata circoscritta alla popolazione straniera residente in Italia, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese. D'altra parte, attraverso tale fonte non è possibile dettagliare le informazioni per età; di conseguenza, l'ipotesi di base utilizzata, valida esclusivamente a livello nazionale, è stata quella di attribuire agli stranieri residenti la struttura per età ricavata dai dati di un'altra fonte della massima rilevanza, i permessi di soggiorno dei cittadini stranieri, attraverso un riproporzionamento. Tale ipotesi è avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'Anagrafe del Comune di dimora abituale. A questo

riguardo, si fa presente che al momento i permessi di soggiorno rappresentano l'unica fonte ufficiale in grado di rilevare la struttura per classi di età degli stranieri regolarmente presenti in Italia insieme alla cittadinanza, anche se con riferimento ai soli maggiorenni.

Per il calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, a causa dei problemi evidenziati più sopra in relazione alle variabili di disaggregazione, è stata utilizzata un'ulteriore fonte, la rilevazione della popolazione straniera residente in Italia per sesso e singolo anno di età, la quale tuttavia non raccoglie informazioni sulla cittadinanza.

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del migrante sano; il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto, come rimarcato dalle autrici in diverse occasioni, si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un ulteriore effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero, infatti, sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente

dalla cittadinanza, tuttavia certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

Nell'insieme emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, che in alcuni casi ha portato a limitare le analisi ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, per i quali da un lato la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa, dall'altro è possibile una stima dei denominatori di riferimento e la costruzione di tassi di mortalità specifici e standardizzati distinti per età, sesso, cittadinanza, gruppi di cause di morte. In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti e all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

Nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati riportati i tassi di mortalità anche per gruppi di cause di decesso riferiti all'anno 2003, il più recente disponibile; tali informazioni aggiornate al 2002 erano state diffuse nel volume 2006. Lo slittamento che si è verificato è dovuto all'adozione da parte dell'Italia della X Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi, tra sesso e aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2005, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 45.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +7,6% per i residenti, del +5,6% per i non residenti, del +6,6% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria: +12,3% tra i residenti, +10,7% tra i non residenti, +11,5% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1).

Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, mentre per il sotto universo degli stranieri con cittadinanza dell'area più svantaggiata dei Paesi a forte pressione migratoria, che comunque equivalgono quasi sempre alla maggioranza dei decessi di stranieri sia tra i residenti (a partire dal 1997, pari al 73,5% nel 2005), sia tra i non residenti (a partire dal 2000, pari al 67% nel 2005), si registrano percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettiva-

mente nel 1992 (50,1%), nel 1999 (52,4%), nel 2004 (53,8%) e, soprattutto, nel 2005 (54,7%).

In questo senso va interpretato il primo allargamento dell'Unione Europea, avvenuto nel 2004 con l'entrata di dieci nuovi Paesi appartenenti a questa area, che ha dato origine a un effetto moltiplicatore avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria. In effetti, l'appartenenza all'Unione Europea, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato, caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei Paesi a forte pressione migratoria, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2005 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza del Nord-Ovest e del Centro; passando però ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti nel Nord-Est, nel Centro e nell'Italia insulare (Tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini valori superiori al tasso medio di riferimento rappresentato dal valore totale (circa 22 decessi per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano in Trentino-Alto Adige (poco più di 30 per 10.000), in Friuli-Venezia Giulia (quasi 24 per 10.000), in Liguria e in Emilia-Romagna (rispettivamente circa 29 e circa 25 per 10.000), in Toscana e nelle Marche (circa 23 per 10.000), nel Lazio (28,5 per 10.000) e in Campania (29,7 per 10.000). Per le donne, selezionate positivamente rispetto alla mortalità soprattutto se non residenti, a causa della generale più giovane struttura per età, mentre tra i residenti i rapporti di mascolinità più

contenuti sottolineano un avvicinamento dei due sessi, il tasso di mortalità standardizzato a livello Italia è decisamente più contenuto e pari a 13,2 decessi per 10.000 straniere residenti. In questo caso, il Trentino-Alto Adige si attesta su 22 decessi per 10.000, il Veneto su 14,4 per 10.000, la Liguria su circa 14 per 10.000, le Marche su 14,9 per 10.000, il Lazio su 15,7, la Campania su 13,7 per 10.000, la Puglia e la Calabria, con valori superiori a quelli degli uomini, su circa 14 decessi per 10.000 straniere residenti; la Sardegna, infine, registra un tasso di mortalità pari a quasi 17 per 10.000 (Tabella 2).

A causa dei limiti illustrati in precedenza e relativi alle fonti statistiche dei dati, l'introduzione delle aree di cittadinanza nell'analisi della mortalità e, successivamente, delle cause di decesso porta a circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti di età 18-64 anni. Il confronto tra il 2003 e il 2005 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità nel triennio (Tabella 3 e Grafico 2). Gli uomini dei Paesi a sviluppo avanzato sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media percentuale pari a -4,3% nel complesso e a -3,6% considerando i 14 Paesi dell'Unione Europea; le donne, al contrario, registrano variazioni positive anche consistenti (+27% nel totale dei Paesi a sviluppo avanzato; +7% per i 14 Paesi dell'Unione Europea). Una situazione opposta è quella dei Paesi dell'Europa centro-orientale dai quali sono stati separati i nuovi Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea tra Maggio 2004 e Gennaio 2007: in questo caso sono i tassi di mortalità degli uomini ad aumentare, con variazioni che per il sottogruppo dei cittadini dei nuovi Paesi dell'Unione Europea raggiungono addirittura +32,3% (l'aumento complessivo dell'area è +2,4%). La diminuzione dei livelli di mortalità delle donne è pari a -16%. Anche le restanti cittadinanze comprese nell'area dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono caratterizzate da tassi di mortalità in discesa, soprattutto tra gli uomini dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (-19%).

Per quanto concerne le cause di morte, i dati più recenti del 2003 sono stati messi a confronto con quelli del 1995; nella selezione dei gruppi principali sembra utile ricordare che ora il riferimento è la X Revisione della Classificazione Internazionale delle

Malattie e alcune variazioni nei tassi potrebbero essere imputabili all'impatto dovuto a questo passaggio (Tabella 4).

Per gli stranieri con cittadinanza del complesso dei Paesi a sviluppo avanzato, dal 1995 al 2003 le malattie del sistema cardio-circolatorio, che subiscono lievi modifiche aumentando tra gli uomini (da 3,3 per 10.000 a 3,9) e diminuendo tra le donne (da 1,1 a 0,8), lasciano la posizione di preminenza ai tumori, caratterizzati da una crescita piuttosto decisa soprattutto tra gli uomini (da 2,6 nel 1995 a 5,2 decessi per 10.000 residenti nel 2003) rispetto alle donne (da 1,9 a 2,9). Nell'ambito di questo gruppo aumentano anche i tassi di mortalità per le cause esterne o accidentali, ma solo per gli uomini. I 14 Paesi dell'Unione Europea riflettono pienamente le caratteristiche della mortalità dell'intera area di riferimento, registrando valori più alti dei tassi.

I Paesi dell'Europa centro-orientale per ciò che riguarda i tumori seguono lo stesso andamento crescente delle cittadinanze precedenti con differenze più marcate che in un'ottica di genere, seppur con segnali di miglioramento, mettono in luce lo svantaggio delle donne dei nuovi Paesi dell'Unione Europea (nel 1995, 6,4 decessi per tumore per 10.000 donne contro il 2,4 degli uomini; nel 2003, 3,3 contro 1,9 per 10.000). Tutto ciò denota una scarsa cultura della prevenzione già all'interno di questi Paesi che condiziona negativamente le tendenze della mortalità degli stranieri con nazionalità dell'Est europeo anche in Italia; in effetti, tali patologie sono particolarmente legate sia alle campagne di sensibilizzazione, sia alle diagnosi precoci orientate a interventi di cura tempestivi. Per entrambi i sessi la seconda causa di morte in ordine di importanza è rappresentata dalle cause esterne o accidentali.

D'altra parte, per gli uomini dei Paesi a forte pressione migratoria, i tassi di mortalità per le cause esterne e/o accidentali sono i più significativi e risultano in leggero aumento sia per il complesso dell'area (da 4,4 per 10.000 residenti a 4,6), sia per i cittadini dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (da 5,1 a 5,8): in questo ambito gli incidenti stradali e sul lavoro rappresentano la maggioranza.

Per quanto concerne l'AIDS, dai dati relativi agli stranieri residenti in Italia si evince che l'effetto del forte ricorso alla medicalizzazione ha reso tale causa di morte decisamente meno rilevante.

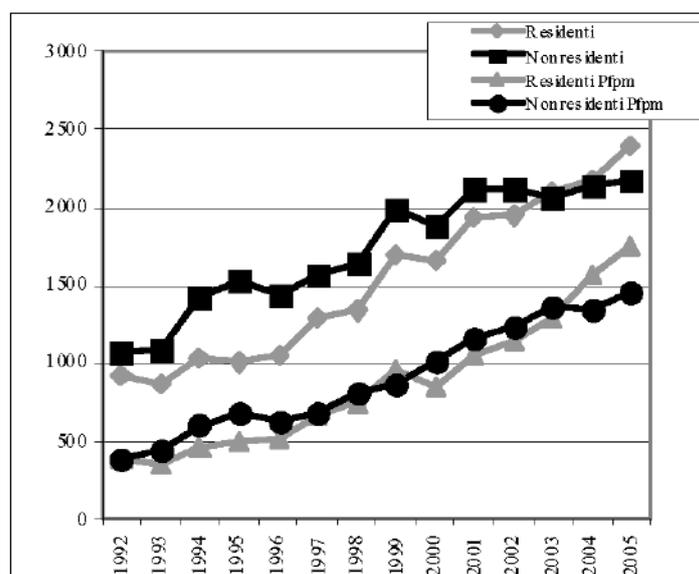
**Tabella 1** - Percentuale di decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2005

Anni	Residenti	Non residenti	Totale
1992	46,37	53,63	100,00
1993	44,14	55,86	100,00
1994	41,86	58,14	100,00
1995	39,70	60,30	100,00
1996	42,15	57,85	100,00
1997	45,20	54,80	100,00
1998	44,91	55,09	100,00
1999	46,10	53,90	100,00
2000	47,03	52,97	100,00
2001	47,85	52,15	100,00
2002	47,85	52,15	100,00
2003	50,46	49,54	100,00
2004	50,45	49,55	100,00
2005	52,35	47,65	100,00
<b>Totale</b>	<b>46,92</b>	<b>53,08</b>	<b>100,00</b>

**DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA**

1992	50,06	49,94	100,00
1993	44,27	55,73	100,00
1994	43,85	56,15	100,00
1995	41,63	58,37	100,00
1996	45,27	54,73	100,00
1997	49,21	50,79	100,00
1998	48,07	51,93	100,00
1999	52,36	47,64	100,00
2000	45,43	54,57	100,00
2001	47,72	52,28	100,00
2002	47,77	52,23	100,00
2003	48,52	51,48	100,00
2004	53,83	46,17	100,00
2005	54,65	45,35	100,00
<b>Totale</b>	<b>49,09</b>	<b>50,91</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2005.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento ai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 1992-2005

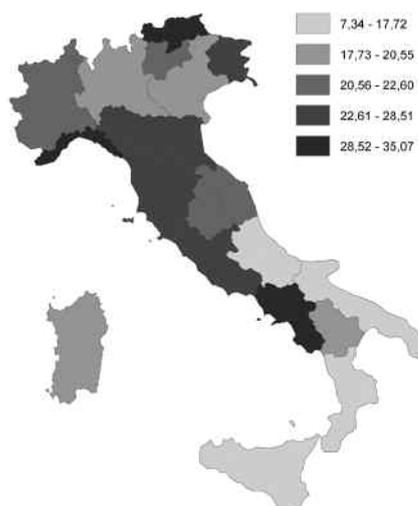
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2005.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti) e tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione e sesso - Anno 2005

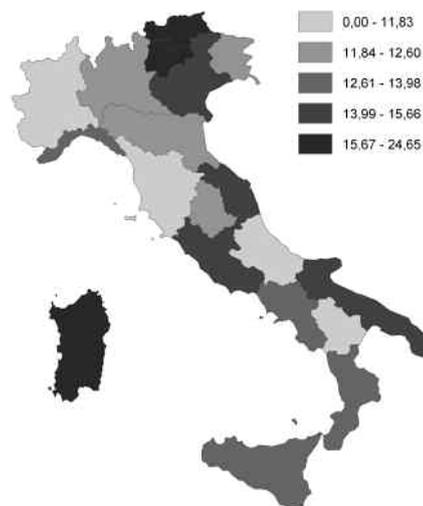
Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi standardizzati di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	129	68	197	21,78	11,44	16,19
Lombardia	287	175	462	18,26	11,91	14,94
Trentino-Alto Adige	45	48	93	30,32	22,14	25,63
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>31</i>	<i>39</i>	<i>70</i>	<i>35,07</i>	<i>24,65</i>	<i>29,34</i>
<i>Trento</i>	<i>14</i>	<i>9</i>	<i>23</i>	<i>22,34</i>	<i>19,31</i>	<i>20,07</i>
Veneto	154	81	235	20,23	14,43	17,25
Friuli-Venezia Giulia	47	27	74	23,77	12,60	18,32
Liguria	63	41	104	28,62	13,98	20,34
Emilia-Romagna	154	61	215	24,65	12,38	17,93
Toscana	124	60	184	22,95	10,95	16,05
Umbria	32	21	53	21,16	12,06	15,56
Marche	52	28	80	22,60	14,86	17,74
Lazio	209	166	375	28,51	15,66	20,60
Abruzzo e Molise	17	14	31	13,14	11,83	12,23
Campania	74	43	117	29,66	13,70	19,99
Puglia	18	21	39	7,34	14,04	10,78
Basilicata	4	0	4	20,55	0,00	9,47
Calabria	13	18	31	8,99	13,87	10,97
Sicilia	43	33	76	17,72	12,99	15,13
Sardegna	11	10	21	18,59	16,76	15,85
<b>Italia</b>	<b>1.476</b>	<b>915</b>	<b>2.391</b>	<b>21,64</b>	<b>13,16</b>	<b>16,98</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Popolazione straniera residente per età e sesso". Anno 2005.

**Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione. Maschi. Anno 2005**



**Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione. Femmine. Anno 2005**

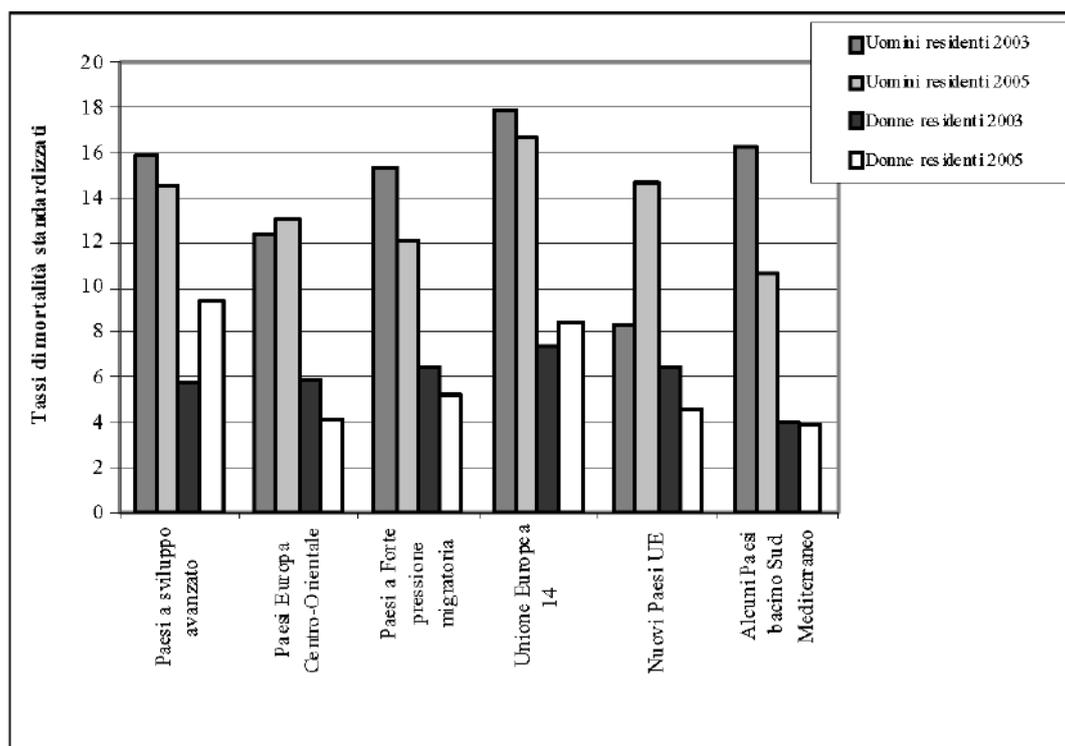


**Tabella 3** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per area di cittadinanza e sesso - Anni 2003, 2005

Aree di cittadinanza*	2003			2005		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	<b>15,82</b>	<b>5,79</b>	<b>9,97</b>	<b>14,48</b>	<b>9,34</b>	<b>11,66</b>
Unione Europea 14	17,90	7,33	11,83	16,63	8,44	12,00
<b>Paesi Europa centro-orientale</b>	<b>12,40</b>	<b>5,91</b>	<b>8,55</b>	<b>13,01</b>	<b>4,13</b>	<b>7,69</b>
Nuovi Paesi UE	8,37	6,45	7,56	14,65	4,55	8,34
<b>Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>15,35</b>	<b>6,43</b>	<b>10,84</b>	<b>12,13</b>	<b>5,29</b>	<b>8,76</b>
Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo	16,21	3,97	11,08	10,66	3,94	8,11
<b>Totale</b>	<b>14,90</b>	<b>5,87</b>	<b>9,90</b>	<b>13,17</b>	<b>5,32</b>	<b>8,90</b>

\*Nell'ambito delle cittadinanze considerate, i Paesi a Sviluppo Avanzato includono i 14 membri dell'Unione Europea, gli Altri Paesi Europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone. All'Europa centro-orientale appartengono tutti i Paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea a 27 a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania. I Paesi a forte pressione migratoria comprendono, infine, quelli appartenenti all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all'America centro-meridionale; per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo; nell'ambito di questa area, il sottogruppo dei Paesi del bacino Sud del Mediterraneo comprende l'Africa del Nord e la Turchia.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 2003, 2005.

**Grafico 2** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per sesso e aree di cittadinanza\* - Anni 2003, 2005

\*cfr. Tab. 3.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 2003, 2005.

**Tabella 4** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per area di cittadinanza, principali gruppi di cause di decesso e sesso - Anni 1995, 2003

Aree di cittadinanza*	Cause di decesso	1995			2003		
		M	F	Totale	M	F	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	Tumori	2,60	1,90	2,20	5,2	2,92	3,88
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	0,10	0,10	0,5	0,25	0,38
	AIDS	1,10	0,10	0,50	0,2	-	0,07
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,30	1,10	2,20	3,9	0,84	2,18
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,30	0,10	0,2	-	0,06
	Cause esterne e/o accidentali	2,10	0,90	1,40	3,4	0,86	1,82
	Altre Malattie	1,80	0,90	1,30	2,55	0,92	1,59
	Totale	11,00	5,30	7,80	15,82	5,79	9,97
<b>Paesi Europa centro-orientale</b>	Tumori	0,70	3,60	2,00	4,43	2,70	3,32
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,11	0,44	0,32
	AIDS	-	0,10	-	0,02	0,03	0,02
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,90	1,40	3,20	2,63	0,93	1,57
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,10	0,10	0,19	-	0,07
	Cause esterne e/o accidentali	5,40	0,90	3,30	3,76	1,33	2,49
	Altre Malattie	1,20	1,50	1,40	1,25	0,48	0,76
	Totale	12,20	7,60	10,0	12,40	5,91	8,55
<b>Paesi a forte pressione migratoria</b>	Tumori	1,20	1,90	1,50	3,50	2,61	3,03
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	0,10	0,70	0,40	0,28	0,11	0,19
	AIDS	0,70	0,40	0,60	0,64	0,27	0,45
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,50	1,20	1,90	4,49	1,04	2,55
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,60	0,10	0,30	0,48	0,15	0,31
	Cause esterne e/o accidentali	4,40	1,40	3,00	4,64	0,97	2,97
	Altre Malattie	1,90	0,50	1,30	1,31	1,28	1,33
	Totale	11,50	6,00	8,90	15,35	6,43	10,84
<b>Focus su alcune specifiche aree di cittadinanza</b>							
<b>Unione Europea 14</b>	Tumori	2,55	2,23	2,39	5,95	3,68	4,67
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,76	0,38	0,55
	AIDS	1,04	0,15	0,56	0,24	-	0,11
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,04	1,66	2,80	4,75	1,00	2,70
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,18	0,09	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	2,30	1,26	1,65	3,40	1,02	1,89
	Altre Malattie	1,74	1,29	1,47	2,80	1,25	1,91
	Totale	11,67	6,78	8,98	17,90	7,33	11,83
<b>Nuovi Paesi UE</b>	Tumori	2,37	6,36	4,70	1,90	3,34	3,00
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	AIDS	-	0,22	0,16	-	0,08	0,04
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,96	-	2,11	0,86	1,49	1,28
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	-	-	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	10,09	1,69	4,28	4,94	1,31	2,82
	Altre Malattie	4,24	1,50	2,73	0,67	0,24	0,42
	Totale	21,65	9,78	13,98	8,37	6,45	7,56
<b>Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo</b>	Tumori	0,36	0,80	0,45	3,01	2,14	2,82
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,12	-	0,08
	AIDS	0,14	0,10	0,13	0,28	0,13	0,23
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,11	-	2,38	4,88	1,08	2,88
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	1,20	-	0,92	0,55	-	0,25
	Cause esterne e/o accidentali	5,09	-	3,44	5,79	0,19	3,66
	Altre Malattie	3,12	0,13	2,37	1,58	0,43	1,16
	Totale	13,01	1,03	9,70	16,21	3,97	11,08

\*cfr. Tab. 3.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 1995, 2003.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Lo studio della mortalità degli stranieri ha messo in luce l'esistenza di gruppi di popolazione molto diversificati tra loro e caratterizzati da problematiche specifiche che spesso derivano da situazioni preesistenti, osservate nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, come si è visto in precedenza, quelle sul mercato del lavoro, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per determinate cause.

A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e di integrazione degli stranieri in Italia, una molteplicità di fattori a cominciare dalle privazioni, dalle difficoltà sociali, economiche linguistiche e culturali, che possono agire negativamente anche sulla formulazione di diagnosi specifiche e sulla conoscenza adeguata dei bisogni degli stranieri sia da parte del personale medico, sia da quello preposto all'assistenza.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.
- (2) Bruzzone S., Mignolli N. (2002), Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 2001, RUX editrice, Perugia, pp. 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in «Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica», Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (5) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (6) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n. 3.
- (7) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto della popolazione straniera sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese è sempre più significativo. Verranno qui analizzati i dati più recenti sui permessi di soggiorno validi e sui residenti stranieri iscritti in Anagrafe per

### *Permessi di soggiorno*

### *Permessi di soggiorno per area geografica di provenienza*

### *Percentuale della popolazione straniera residente*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe}}{\text{Popolazione residente iscritta in Anagrafe}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera, così come evidenziato nel paragrafo precedente, risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. In particolare, i dati derivanti dall'archivio dei permessi di soggiorno validi sottostimano la presenza straniera in quanto i minori non sono possessori di un proprio permesso di soggiorno, ma vengono registrati su quello dei genitori e, soprattutto, a partire dal 27 marzo 2007 i cittadini dei Paesi che hanno aderito all'Unione Europea, avendo diritto alla libera circolazione e soggiorno nel territorio degli Stati membri, non necessitano più del permesso di soggiorno per poter risiedere regolarmente in Italia. I minori stranieri risultano, invece, negli archivi anagrafici dei residenti: tuttavia, non tutti coloro che hanno un regolare permesso di soggiorno presentano domanda di iscrizione in Anagrafe. Inoltre, sia le statistiche sui permessi di soggiorno che quelle di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Infine, i cambiamenti di definizioni (derivanti ad esempio dall'entrata nell'Unione Europea di nuovi Paesi o dalle disposizioni giuridiche sulla definizione di chi necessita del permesso di soggiorno) o la messa in atto di (frequenti) "sanatorie" della posizione giuridica degli stranieri irregolari comportano ulteriori difficoltà. In questo paragrafo verranno utilizzate le due principali fonti di dati che misurano la presenza degli stranieri nel nostro Paese ossia i dati sullo *stock* dei permessi di soggiorno rilasciati dal Ministero degli Interni e gli stranieri residenti iscritti in Anagrafe.

### *Descrizione dei risultati*

Nel Grafico 1 è riportato l'andamento del numero di permessi di soggiorno validi all'1 gennaio di ciascuno degli anni che vanno dal 1992 al 2008. Si può facilmente notare come la presenza straniera (così come

evidenziare a quanto ammonta tale componente della popolazione sul territorio regionale e nazionale e come la presenza straniera sia cambiata negli ultimi anni.

risulta utilizzando tale fonte) sia aumentata notevolmente nei diciassette anni considerati. In particolare, nel 1992 i permessi di soggiorno validi erano circa 650 mila, mentre nel 2008 questi erano più che triplicati. In particolare, balza all'occhio l'ingente crescita del numero di permessi di soggiorno che è stata registrata durante il 2003: all'1 gennaio 2004 il numero di permessi di soggiorno validi risultava, infatti, di oltre 724 mila unità superiore rispetto a quello registrato l'anno precedente. Tale crescita repentina è in larga parte la conseguenza del D. Lgs. 195 del 2002 che ha consentito la regolarizzazione della posizione di molti stranieri irregolari che avevano un rapporto di lavoro dipendente da almeno tre mesi dall'emanazione del D. Lgs. stesso. La flessione nel numero di permessi di soggiorno validi registrata alla data dell'1 gennaio 2008 è imputabile non ad un calo del numero di stranieri presenti nel nostro Paese, quanto, piuttosto, agli effetti del D. Lgs. 30 del 2007 che, come anticipato, ha stabilito che i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea non necessitano del permesso di soggiorno per risiedere regolarmente nel nostro Paese. Il Grafico 2 illustra l'andamento del numero di permessi di soggiorno validi per macroaree di provenienza: dalla sua lettura si evince come nel periodo considerato si sia assistito ad un vero e proprio cambiamento non solo dell'entità della presenza straniera, ma anche della sua composizione per Paese di provenienza. Nel 1992 la maggior parte dei permessi di soggiorno validi erano intestati a cittadini provenienti dai Paesi europei allora non Unione Europea e dall'Africa (rispettivamente 32% e 35% del totale): nel decennio successivo è, invece, aumentato in modo consistente il peso relativo dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini europei a scapito delle altre macroaree. In particolare, così come emerge dallo studio dei permessi di soggiorno per singole cittadinanze effettuato

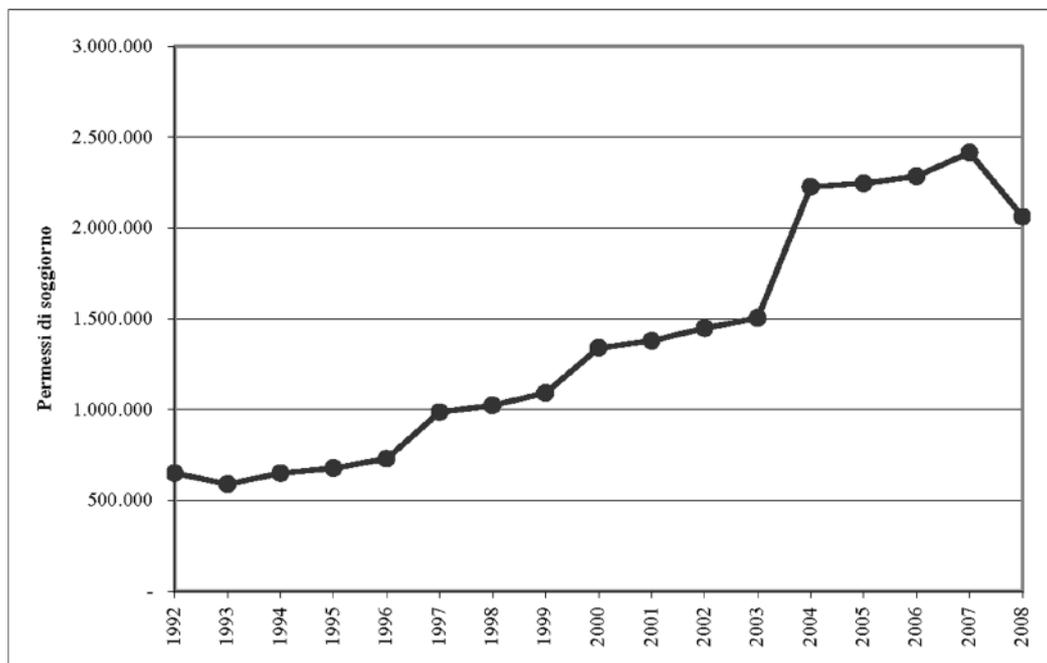
dall'Istat (1), l'aumento del peso relativo dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini provenienti dai Paesi europei centro-orientali è stato particolarmente consistente in occasione della sanatoria avviata nel 2002 a seguito della quale è più che raddoppiato il numero dei rumeni con permesso di soggiorno (tanto da rendere tale comunità la più numerosa nel nostro Paese) e più che settuplicato quello degli Ucraini. A partire dal 27 marzo del 2007, così come anticipato, non è richiesto ai cittadini dell'Unione Europea il possesso di un regolare permesso di soggiorno per poter risiedere legalmente nel territorio degli Stati Membri. Questo ha portato ad una netta flessione del numero assoluto dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini europei e del loro peso relativo sul totale dei permessi di soggiorno visto che a partire dall'1 gennaio 2007 la Romania (ossia uno dei principali Paesi di provenienza dei cittadini stranieri) e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea.

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita" emerge che al 31 dicembre 2007 gli stranieri residenti in Italia hanno superato 3,4 milioni di unità tanto da rappresentare il 5,8% dell'intera popolazione residente sul territorio italiano (Tabella 1). Tuttavia, l'incidenza della presenza straniera è assai diversificata sul territorio nazionale. In particolare, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori relativamente più elevati (ossia superiori all'8%) in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto. Al contrario la presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno, specie in Puglia, Basilicata e Sardegna dove meno di 2 residenti su 100 hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Oltre la metà dei residenti stranieri provengono da un Paese del continente europeo (ossia sia

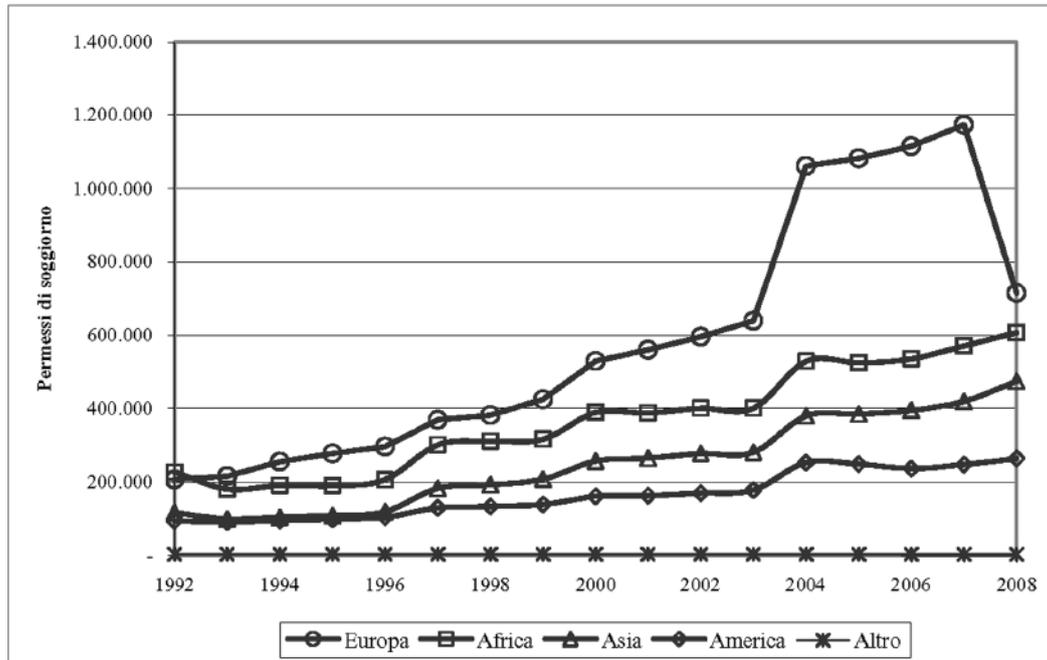
dell'Unione Europea che dell'Europa centro-orientale). La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 23,2%, il 16,1% dei residenti proviene dall'area asiatica, mentre solo l'8,6% ha la cittadinanza americana (sia essa del Nord che dell'America centro-meridionale).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza. In particolare vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le 3 comunità più numerose in Italia, sia quando si considerano gli stranieri residenti uomini che donne. Le differenze regionali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la presenza della comunità tedesca nella PA di Bolzano (imputabile a fattori storici e culturali), dall'altro spicca la presenza degli ucraini in Campania o degli ecuadoriani in Liguria.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese all'1 gennaio 2008. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle ASL, così come definite all'1 gennaio 2008, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da garantire l'equinumerosità delle classi. Dalla lettura del Cartogramma risulta confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola, infatti, in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

**Grafico 1** - *Permessi di soggiorno validi - Anni 1992-2008*

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

**Grafico 2** - *Permessi di soggiorno validi per macroarea di provenienza - Anni 1992-2008*

**Nota:** la macroarea "Altro" è ottenuta come la somma dei permessi di soggiorno rilasciati ai cittadini provenienti dai Paesi dell'Oceania e quelli intestati agli stranieri apolidi.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

**Tabella 1** - Stranieri residenti (migliaia), composizione percentuale per macroarea di provenienza e quota degli stranieri residenti (per 100), per regione - 31/12/2007

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di provenienza %					Stranieri residenti/ totale residenti %
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	310,5	59,3	6,9	25,9	7,8	0,0	7,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,6	47,5	4,2	39,7	8,4	0,1	5,3
Lombardia	815,3	37,4	21,1	28,5	12,9	0,1	8,5
Trentino-Alto Adige	70,8	66,8	10,6	16,7	5,9	0,1	7,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	32,9	68,7	13,5	13,3	4,4	0,1	6,8
<i>Trento</i>	37,9	65,1	8,1	19,6	7,1	0,0	7,5
Veneto	404,0	55,1	16,1	24,4	4,4	0,1	8,5
Friuli-Venezia Giulia	83,3	69,8	8,9	16,5	4,7	0,2	6,9
Liguria	90,9	44,3	8,2	18,3	29,2	0,1	5,7
Emilia-Romagna	365,7	46,5	17,0	32,0	4,6	0,0	8,7
Toscana	275,1	58,8	19,1	15,3	6,7	0,1	7,6
Umbria	75,6	64,9	6,7	19,0	9,3	0,1	8,7
Marche	115,3	58,0	14,6	21,7	5,6	0,0	7,5
Lazio	391,0	58,9	18,5	11,9	10,6	0,2	7,1
Abruzzo	59,7	72,5	9,5	11,7	6,1	0,2	4,6
Molise	6,3	67,2	7,5	17,2	7,9	0,2	2,0
Campania	114,8	58,8	15,2	19,8	6,0	0,2	2,0
Puglia	63,9	66,3	10,2	19,4	4,0	0,1	1,6
Basilicata	9,6	66,8	10,8	18,2	4,1	0,1	1,6
Calabria	50,9	62,5	11,4	22,3	3,5	0,3	2,5
Sicilia	98,2	39,6	20,9	35,1	4,2	0,2	2,0
Sardegna	25,1	51,4	16,5	25,8	6,1	0,2	1,5
<b>Italia</b>	<b>3.432,7</b>	<b>52,0</b>	<b>16,1</b>	<b>23,2</b>	<b>8,6</b>	<b>0,1</b>	<b>5,8</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

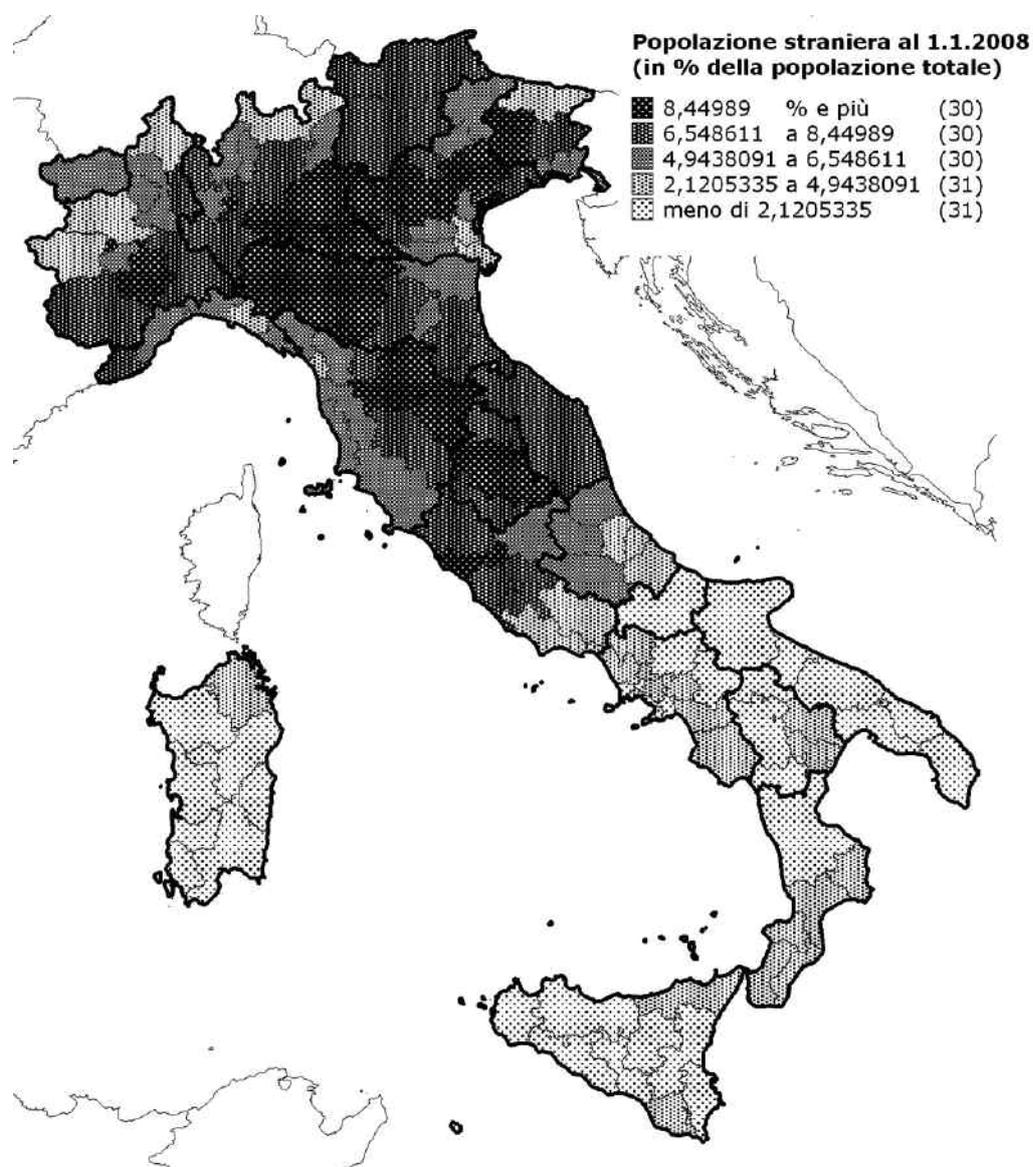
**Tabella 2** - Stranieri residenti (migliaia) per regione, sesso e cittadinanze prevalenti - 31/12/2007

Regioni	Stranieri residenti	Maschi					Femmine				
		Cittadinanza e peso % sul totale					Stranieri residenti	Cittadinanza e peso % sul totale			
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda		Terza			
Piemonte	152,4	Rom. 31,9	Mar. 20,0	Alb. 13,6	158,2	Rom. 34,2	Mar. 14,5	Alb. 11,2			
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,1	Mar. 31,8	Rom. 16,5	Alb. 13,3	3,5	Mar. 24,7	Rom. 20,6	Alb. 9,3			
Lombardia	425,8	Mar. 12,4	Rom. 11,3	Alb. 10,8	389,5	Rom. 12,2	Mar. 9,3	Alb. 9,3			
Trentino-Alto Adige	35,1	Alb. 16,2	Mar. 11,0	Rom. 9,5	35,7	Alb. 12,4	Rom. 10,8	Mar. 8,6			
<i>Bolzano-Bozen</i>	16,3	Alb. 15,5	Ger. 11,5	Mar. 9,4	16,7	Ger. 14,4	Alb. 11,1	Mar. 6,9			
<i>Trento</i>	18,9	Alb. 16,7	Rom. 15,1	Mar. 12,4	19,0	Rom. 16,4	Alb. 13,5	Mar. 10,0			
Veneto	210,4	Rom. 18,2	Mar. 13,9	Alb. 9,9	193,6	Rom. 19,9	Mar. 10,5	Alb. 8,8			
Friuli-Venezia Giulia	42,6	Rom. 15,4	Alb. 14,5	Ser. 11,4	40,7	Rom. 17,2	Alb. 13,6	Ser. 9,8			
Liguria	42,8	Alb. 20,8	Ecu. 16,0	Mar. 14,8	48,1	Ecu. 21,7	Alb. 14,5	Rom. 9,6			
Emilia-Romagna	185,0	Mar. 17,7	Alb. 14,5	Rom. 10,3	180,7	Mar. 13,4	Rom. 12,5	Alb. 11,7			
Toscana	134,5	Alb. 23,3	Rom. 16,9	Cina 10,2	140,6	Rom. 20,6	Alb. 17,4	Cina 8,6			
Umbria	35,5	Alb. 21,7	Rom. 18,9	Mar. 14,0	40,2	Rom. 22,1	Alb. 15,8	Mar. 8,6			
Marche	57,2	Alb. 18,6	Mar. 12,4	Rom. 11,4	58,1	Alb. 15,6	Rom. 15,2	Mar. 9,5			
Lazio	180,6	Rom. 32,4	Alb. 5,9	Fil. 5,7	210,4	Rom. 29,2	Fil. 7,8	Pol. 6,4			
Abruzzo	28,3	Alb. 22,2	Rom. 21,3	Mac. 9,9	31,5	Rom. 23,8	Alb. 16,8	Ucr. 7,6			
Molise	2,7	Rom. 25,3	Mar. 18,3	Alb. 16,2	3,6	Rom. 29,0	Alb. 10,3	Mar. 10,3			
Campania	47,8	Mar. 14,9	Ucr. 12,4	Rom. 11,6	67,0	Ucr. 32,5	Pol. 10,6	Rom. 10,5			
Puglia	31,1	Alb. 33,6	Rom. 12,9	Mar. 11,3	32,7	Alb. 27,7	Rom. 18,3	Mar. 6,1			
Basilicata	4,3	Rom. 24,7	Alb. 19,5	Mar. 15,7	5,3	Rom. 32,2	Alb. 12,4	Ucr. 10,5			
Calabria	22,9	Rom. 26,4	Mar. 24,3	Alb. 5,8	28,0	Rom. 25,9	Ucr. 13,1	Mar. 12,7			
Sicilia	48,1	Tun. 20,3	Rom. 13,8	Mar. 11,6	50,1	Rom. 21,6	Tun. 10,1	Mar. 7,6			
Sardegna	11,7	Mar. 18,3	Rom. 14,9	Sen. 14,8	13,4	Rom. 20,5	Mar. 10,3	Cina 7,3			
<b>Italia</b>	<b>1.701,8</b>	<b>Rom. 17,3</b>	<b>Alb. 13,1</b>	<b>Mar. 12,7</b>	<b>1.730,8</b>	<b>Rom. 19,1</b>	<b>Alb. 10,4</b>	<b>Mar. 8,6</b>			

Legenda: Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia Montenegro; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe (per 100 residenti iscritti) per ASL - 01/01/2008



**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è andato aumentando notevolmente nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Oltretutto, gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani (con evidenti conseguenze sulla domanda di servizi sanitari) e contribuiscono ampiamente all'aumento del numero delle nascite registrato negli anni più recenti ("Nati da cittadini stranieri" ed il capitolo "Popolazione"). È,

quindi, quanto mai necessario che l'offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore (2).

**Riferimenti bibliografici**

(1) Istat. Statistiche in breve. Gli stranieri in Italia: gli effetti dell'ultima regolarizzazione. Stima all'1 gennaio 2005; Istat: 2005.

(2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Nell'ultimo decennio si è registrato in Italia un incremento del numero di nati: ciò è da un lato imputabile all'aumento del numero di iscritti in Anagrafe per nascita avvenuto nelle regioni del Centro-Nord e dall'altro al forte incremento del numero di nati da genitori stranieri. Quest'ultimo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera

ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro Paese. Viene, quindi, proposto un indicatore che permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia.

### Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo di questo indicatore può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte Istat dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza con riferimento ai soli nati vivi. Va, comunque, sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano attualmente un'entità numericamente molto contenuta (inferiore a 2.000 casi) rispetto al totale dei nati (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (Modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2007 è risultata essere del 98,5%), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (Modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del loro Paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra non include i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. Tuttavia, attualmente, il dato sul Paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre dal codice fiscale.

Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino stra-

niero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana (Legge n. 91/1992).

### Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con uno solo che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore nel 1999 era pari a 5,4%: dall'ultimo dato disponibile del 2007 emerge, invece, come quasi 15 nascite ogni 100 avvenute in Italia sono ascrivibili a madri straniere (Grafico 1). Tuttavia, le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in anagrafe per nascita (Tabella 1). Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono quelle del Nord ed in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. Al contrario nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

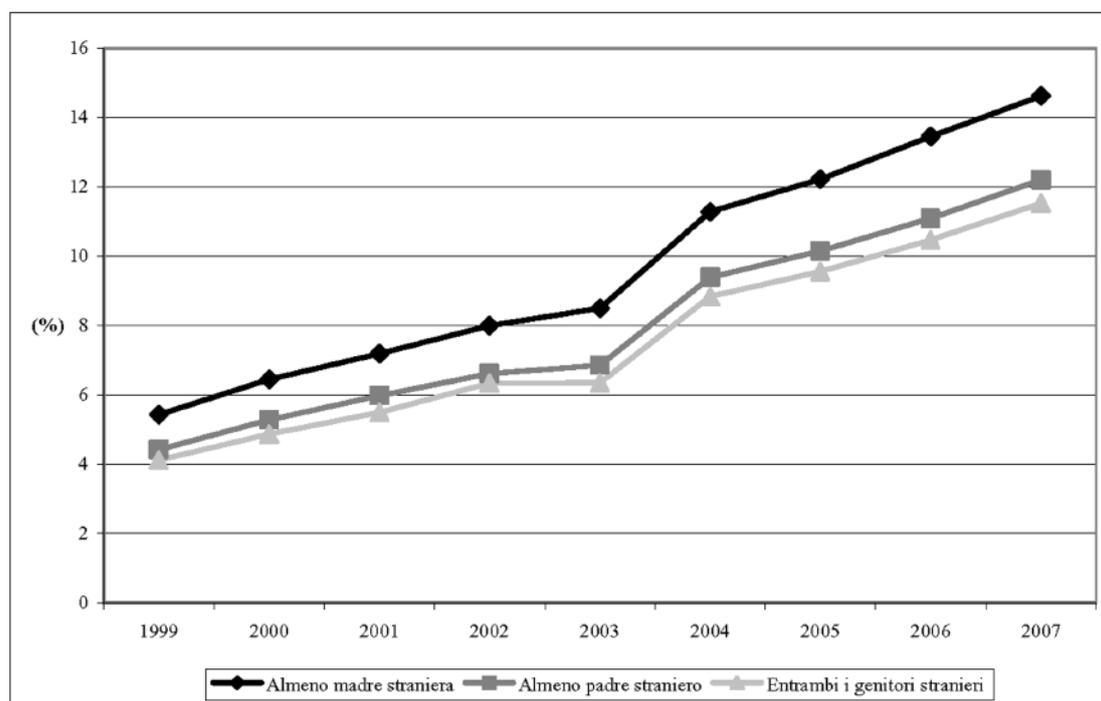
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 17,8% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (Romania in testa), mentre il 22,3% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania e Serbia-Montenegro). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (25,3% dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (20,8%). Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà territoriali molto variegata. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione

Europea sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Molise (45,6%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (27%), specie se confrontata con la media nazionale (5,3%). Occorre, inoltre, sottolineare come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano da sole il 62% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2007 e proprio a queste comunità è imputabile il 67% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza marocchina: i residenti provenienti dal Marocco rappresentano, infatti, la terza comunità per presenza sul territorio

nazionale e al tempo stesso sono responsabili del più alto numero di nati stranieri. Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (e in misura lievemente inferiore ai rumeni) che si è riscontrata la maggiore crescita del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2000. Ciò è imputabile non tanto a cambiati comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità quanto piuttosto alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano. Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e sesso della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche in una recente pubblicazione Istat (1) e nel paragrafo "Fecondità della popolazione" nel capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2007



**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

**Tabella 1** - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2007

Regioni	Nati con almeno il padre straniero	Nati con almeno la madre straniera
Piemonte	17,2	20,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	11,3	14,0
Lombardia	19,2	21,7
Trentino-Alto Adige	14,6	18,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>13,2</i>	<i>16,8</i>
<i>Trento</i>	<i>16,1</i>	<i>19,2</i>
Veneto	19,6	22,2
Friuli-Venezia Giulia	15,1	18,1
Liguria	13,3	16,2
Emilia-Romagna	19,9	23,2
Toscana	16,3	19,4
Umbria	16,2	20,6
Marche	16,6	19,8
Lazio	11,6	14,5
Abruzzo	8,6	12,2
Molise	2,6	5,7
Campania	2,5	4,0
Puglia	2,7	3,7
Basilicata	2,6	4,2
Calabria	3,7	6,3
Sicilia	3,3	4,5
Sardegna	2,6	4,2
<b>Italia</b>	<b>12,2</b>	<b>14,6</b>

**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

**Tabella 2** - Percentuale di nati stranieri per regione e macroarea di cittadinanza - Anno 2007

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro	Totale
Piemonte	29,1	19,4	33,1	6,9	7,1	4,4	0,1	100,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,8	12,8	63,9	0,0	1,5	3,0	0,0	100,0
Lombardia	11,4	16,6	29,1	9,1	24,4	9,3	0,1	100,0
Trentino-Alto Adige	15,7	38,7	26,4	2,2	14,2	2,7	0,0	100,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>13,7</i>	<i>42,2</i>	<i>20,4</i>	<i>2,1</i>	<i>19,1</i>	<i>2,5</i>	<i>0,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Trento</i>	<i>17,3</i>	<i>36,0</i>	<i>31,2</i>	<i>2,3</i>	<i>10,3</i>	<i>2,9</i>	<i>0,0</i>	<i>100,0</i>
Veneto	16,7	25,5	22,1	12,0	22,4	1,3	0,1	100,0
Friuli-Venezia Giulia	17,1	36,5	12,8	16,3	15,1	1,7	0,5	100,0
Liguria	7,1	29,9	23,2	2,9	9,8	27,0	0,2	100,0
Emilia-Romagna	10,0	21,8	34,7	10,9	20,7	1,9	0,0	100,0
Toscana	15,9	31,5	15,0	5,7	28,1	3,7	0,1	100,0
Umbria	21,7	32,7	24,3	6,5	7,3	6,8	0,7	100,0
Marche	10,6	32,0	25,7	8,4	20,6	2,5	0,1	100,0
Lazio	42,6	13,6	9,9	4,5	21,9	7,2	0,2	100,0
Abruzzo	21,4	40,6	16,2	5,1	15,3	1,4	0,0	100,0
Molise	45,6	17,6	26,5	4,4	5,9	0,0	0,0	100,0
Campania	17,5	23,1	18,6	7,9	30,2	2,4	0,2	100,0
Puglia	17,4	42,6	18,8	5,8	14,0	1,2	0,2	100,0
Basilicata	26,6	21,1	25,7	1,8	24,8	0,0	0,0	100,0
Calabria	36,0	14,5	30,2	1,7	17,5	0,0	0,2	100,0
Sicilia	14,7	10,1	32,7	6,7	34,4	1,2	0,2	100,0
Sardegna	18,8	15,2	25,7	8,0	28,6	2,2	1,4	100,0
<b>Italia</b>	<b>17,8</b>	<b>22,3</b>	<b>25,3</b>	<b>8,3</b>	<b>20,8</b>	<b>5,3</b>	<b>0,1</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2000 ed il 2007, per le prime 10 collettività residenti - Anno 2007

Cittadinanze	Stranieri %	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri %	Δ % della stima del numero dei nati stranieri Anni 2000-2007
Romania	18,2	9.731	15,2	929,8
Albania	11,7	8.491	13,3	124,8
Marocco	10,7	10.731	16,8	98,4
Cina Rep. Popolare	4,6	4.756	7,4	146,8
Ucraina	3,9	673	1,1	1.624,8
Filippine	3,1	1.533	2,4	17,7
Tunisia	2,7	2.607	4,1	60,8
Polonia	2,6	754	1,2	209,0
Macedonia	2,3	1.502	2,3	15,4
India	2,3	2.163	3,4	206,9
Altra	38,0	21.108	33,0	144,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>64.049</b>	<b>100,0</b>	<b>147,1</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2007 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per sesso e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

### Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è, se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata. È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei Paesi di origine. È, tuttavia, molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa nata-

lità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica (2).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2007; Istat: 2007.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

## Abortività volontaria delle donne straniere

**Significato.** Come anticipato nella parte introduttiva, quest'anno non vengono presentati i tassi di abortività volontaria delle donne straniere, miglior indicatore dell'intensità del fenomeno, per indisponibilità di stime attendibili della popolazione straniera in Italia. La descrizione del fenomeno, quindi, viene effettuata tramite valori assoluti e percentuali.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Monitorare il ricorso all'IVG di questa specifica popolazione può sicuramente essere utile al fine di

creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali.

La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tutto il fenomeno dell'IVG in Italia. Tuttavia, la mancata disponibilità del tasso di abortività non permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, per età, etc.).

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze di donne straniere

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

IVG effettuate da cittadine straniere o donne nate all'estero  
Totale IVG

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di distinguere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti in quanto questi indicatori dipendono molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata.

### Descrizione dei risultati

Nel 2006, delle 125.782 IVG rilevate a livello nazionale (con una sottostima dei casi per Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia), 39.404 (pari al 31,4%) hanno riguardato cittadine straniere e 44.180 donne nate all'estero (35,1%) (dati elaborati utilizzando i D12 Istat). Dai dati del Sistema di Sorveglianza riportati nella Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali presentata in Parlamento, queste percentuali per il 2007 risultano rispettivamente 32,2% e 37,0%. Dal Grafico 1 si osserva un andamento simile nelle due percentuali e un aumento anche della popolazione femminile straniera, sia considerando i dati sulla residenza, i permessi di soggiorno e le percentuali di nati in Italia da donne straniere.

Si rimanda al Rapporto Osservasalute 2008 per il calcolo dei tassi di abortività e il loro andamento nel

2005, che permette di confrontare la reale propensione all'aborto delle donne con riferimento alle loro caratteristiche (età e stato civile). I risultati mostrano che le donne straniere ricorrono all'IVG in misura maggiore rispetto alle donne italiane, soprattutto se nubili e giovani.

La composizione per età e stato civile delle donne che sono ricorse all'IVG evidenzia notevoli differenze (Grafici 2 e 3). La distribuzione per età delle donne italiane è più sbilanciata verso le età più elevate rispetto a quella delle donne straniere. A conferma di ciò la classe di età con la percentuale più elevata di IVG è quella di 30-34 anni tra le italiane (22,1%) e 25-29 tra le straniere (28,0%). Quest'ultima classe è quella in cui c'è una maggiore differenza tra i due gruppi di donne, seguita dalle classi 40-44 e 35-39 dove sono le italiane a prevalere rispetto alle straniere.

Le differenze per stato civile risultano più contenute: le italiane sono più spesso nubili (48,8%), le straniere più spesso coniugate (49,7%). Si ricorda che, però, trattandosi di percentuali, queste differenze possono essere collegate alle diverse strutture demografiche delle due popolazioni a confronto.

Nel corso del tempo, oltre all'aumento delle donne straniere che ricorrono all'IVG, si è osservato un cambiamento nella loro composizione (Tabella 1).

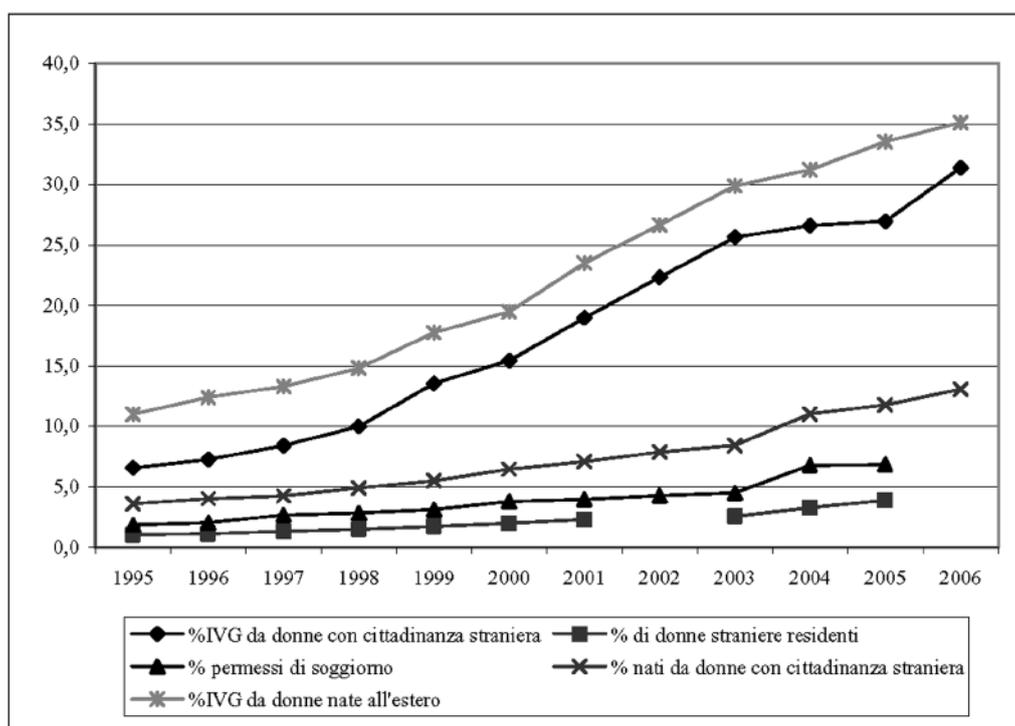
Nel 1996 il numero di IVG da donne straniere non è molto elevato (10.128) e tra queste un 8% è effettuato da donne peruviane, seguite da rumene, nigeriane e albanesi con una quota superiore al 7%, senza la presenza di una cittadinanza dominante rispetto alle altre. Nell'anno 2000, invece, inizia a distinguersi la comunità delle donne rumene che rappresenta il 13,6% di tutte le IVG effettuate in Italia da donne straniere. La loro numerosità, pari a 2.858, inizia ad essere consi-

stente e lo è diventata ancora di più nel 2006 con 11.281 IVG (cui corrisponde una quota del 28,6%). La seconda cittadinanza in ordine di numerosità è l'Albania con 2.630 casi, quindi, con evidente distacco dalla prima. Emergono anche altri Paesi dell'Europa dell'Est (Ucraina, Moldavia e Polonia). C'è da sottolineare che cambiamenti simili di composizione per provenienza si sono osservati nella popolazione generale immigrata in Italia, sebbene per alcune cittadinanze si noti che la proporzione riferita alla popolazione è inferiore a quella riferita alle IVG,

segnale di una più elevata propensione all'aborto rispetto al totale delle straniere.

La regione che si è trovata a dover gestire il più elevato numero di IVG da donne straniere nel 2006 è la Lombardia con 9.441 casi, seguita dal Lazio con 5.965 e dall'Emilia-Romagna con 4.632. La maggior parte delle IVG di donne rumene (il 28% circa) avviene nella regione Lazio (Tabella 2). Ovviamente questi numeri sono molto influenzati dalla presenza straniera nel territorio.

**Grafico 1** - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza straniera e tra le donne nate all'estero, percentuale di nascite da donne con cittadinanza straniera, percentuale di donne residenti con cittadinanza straniera e percentuale dei permessi di soggiorno sul totale delle donne residenti - Anni 1995-2006



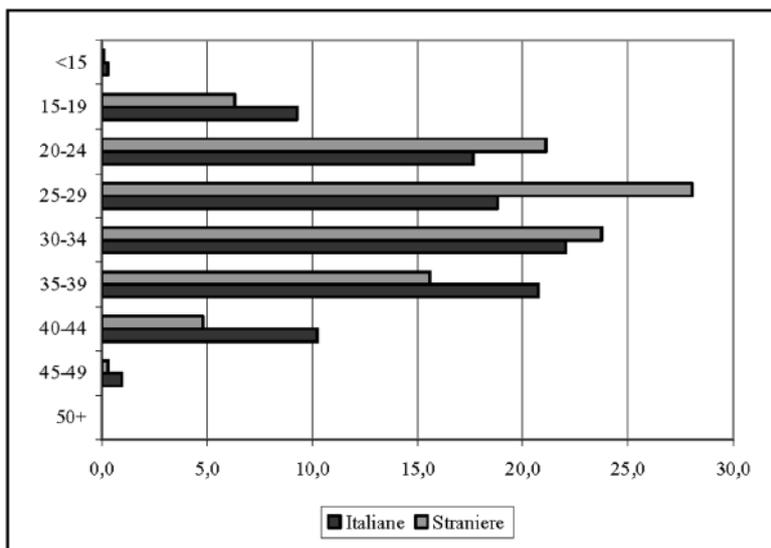
**Nota:** il dato sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002 non è disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Istat. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

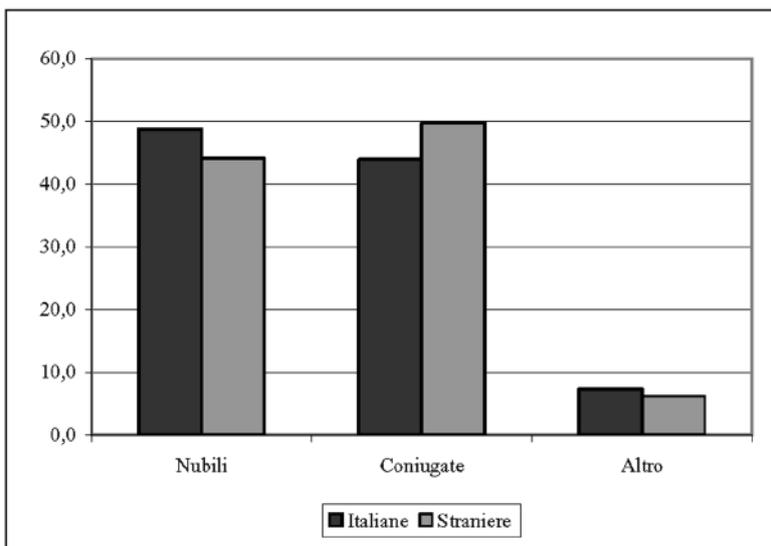
Istat. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

Istat. Indagine sulle iscrizioni in anagrafe per nascita. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

**Grafico 2** - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza italiana e straniera per classi di età - Anno 2006

**Nota:** i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

**Grafico 3** - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza italiana e straniera per stato civile - Anno 2006

**Nota:** i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

**Tabella 1 - IVG (valori assoluti e percentuali) per le prime dieci cittadinanze - Anni 1996, 2000, 2006**

1996			2000			2006		
Paesi	N	%	Paesi	N	%	Paesi	N	%
Perù	812	8,0	Romania	2.858	13,6	Romania	11.281	28,6
Romania	739	7,3	Albania	1.982	9,4	Albania	2.630	6,7
Nigeria	729	7,2	Nigeria	1.410	6,7	Perù	2.167	5,5
Albania	721	7,1	Marocco	1.332	6,4	Marocco	2.110	5,4
Serbia e Montenegro	672	6,6	Ecuador	1.260	6,0	Ucraina	2.048	5,2
Filippine	603	6,0	Perù	1.086	5,2	Rep.Pop.Cinese	1.916	4,9
Marocco	570	5,6	Ucraina	987	4,7	Moldova	1.785	4,5
Rep.Pop.Cinese	356	3,5	Rep.Pop.Cinese	778	3,7	Ecuador	1.561	4,0
Polonia	336	3,3	Filippine	719	3,4	Nigeria	1.307	3,3
Ghana	247	2,4	Serbia e Montenegro	621	3,0	Polonia	871	2,2
Altri	5.785	57,1	Altri	13.033	62,1	Altri	27.676	70,1
<b>Totale IVG straniere</b>	<b>10.128</b>	<b>100,0</b>	<b>Totale IVG straniere</b>	<b>20.974</b>	<b>100,0</b>	<b>Totale IVG straniere</b>	<b>39.478</b>	<b>100,0</b>
<b>Totale IVG</b>	<b>138.925</b>		<b>Totale IVG</b>	<b>134.740</b>		<b>Totale IVG</b>	<b>125.782</b>	

**Nota:** i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

**Tabella 2 - IVG per regione, macroarea di aborto e cittadinanza - Anno 2006**

Regioni	Italia	Paese estero	di cui Romania	Apolide + non indicato	Totale
Piemonte	6.978	4.052	1.698	0	11.030
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	201	73	12	0	274
Lombardia	12.658	9.441	1.513	146	22.245
Trentino-Alto Adige	1.313	559	102	15	1.887
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>347</i>	<i>182</i>	<i>11</i>	<i>0</i>	<i>529</i>
<i>Trento</i>	<i>966</i>	<i>377</i>	<i>91</i>	<i>15</i>	<i>1.358</i>
Veneto	4.015	2.998	645	76	7.089
Friuli-Venezia Giulia	1.401	553	98	10	1.964
Liguria	2.381	1.312	194	0	3.693
Emilia-Romagna	6.823	4.632	748	0	11.455
Toscana	5.581	3.285	986	11	8.877
Umbria	1.309	853	248	15	2.177
Marche	1.669	896	183	15	2.580
Lazio	9.279	5.965	3.108	5	15.249
Abruzzo	2.106	588	186	14	2.708
Molise	582	37	17	0	619
Campania	7.750	1.681	479	1	9.432
Puglia	10.490	730	287	109	11.329
Basilicata	634	66	32	1	701
Calabria	2.649	613	278	40	3.302
Sicilia	6.048	842	380	3	6.893
Sardegna	2.043	228	87	7	2.278
<i>Nord-Ovest</i>	<i>22.218</i>	<i>14.878</i>	<i>3.417</i>	<i>146</i>	<i>37.242</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>13.552</i>	<i>8.742</i>	<i>1.593</i>	<i>101</i>	<i>22.395</i>
<i>Nord</i>	<i>35.770</i>	<i>23.620</i>	<i>5.010</i>	<i>247</i>	<i>59.637</i>
<i>Centro</i>	<i>17.838</i>	<i>10.999</i>	<i>4.525</i>	<i>46</i>	<i>28.883</i>
<i>Sud</i>	<i>24.211</i>	<i>3.715</i>	<i>1.279</i>	<i>165</i>	<i>28.091</i>
<i>Isole</i>	<i>8.091</i>	<i>1.070</i>	<i>467</i>	<i>10</i>	<i>9.171</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>32.302</i>	<i>4.785</i>	<i>1.746</i>	<i>175</i>	<i>37.262</i>
<b>Italia</b>	<b>85.910</b>	<b>39.404</b>	<b>11.281</b>	<b>468</b>	<b>125.782</b>

**Nota:** i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Nell'analisi dei dati relativi all'aborto volontario in Italia è importante considerare il contributo delle donne straniere nel tempo a causa del loro frequente ricorso a quest'intervento. La composizione delle straniere secondo la cittadinanza risulta, infatti, un'informazione essenziale per chi deve operare nel campo della prevenzione dell'IVG. La necessità di comunicare con queste donne e di comprendere la loro cultura, quindi, l'utilità almeno in alcuni casi di un appropriato mediatore culturale, non può prescindere da questa conoscenza. Particolare attenzione va rivolta alla diversa composizione socio-demografica rispetto alle donne italiane, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi. Quindi, l'attività di *counseling*, necessaria per promuovere competenze e consapevolezza delle donne, è molto più impegnativa, come in generale in caso di maggior svantaggio sociale. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nella sua relazione annuale al Parlamento afferma che “verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle

loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi”. Tra gli interventi suggeriti vi sono “la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute materno-infantile; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata” (1).

A livello territoriale è importante individuare zone dove il numero di donne straniere è più elevato e dove il loro ricorso all'IVG è più frequente che in altre, per poter eventualmente indirizzare politiche preventive *ad hoc*.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2007. Dati provvisori 2008. Roma: 2009. [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1010\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1010_allegato.pdf).

(2) Istat (2009), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2006. Tavole di dati: [http://www.istat.it/dati/dataset/20090112\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20090112_00/).

(3) Rapporto Osservasalute 2008, pp. 288-292.

## Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Lo studio della mortalità infantile degli stranieri in un'ottica differenziale rappresenta un valore informativo di notevole importanza soprattutto per la nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali e sociali della popolazione.

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati dalle autrici in diversi studi sul tema: l'*effetto immigrazione* e l'*effetto generazione*. Per il primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti morti nel primo anno di vita e nati in Italia. A questo scopo, attraverso l'utilizzo delle schede di morte dell'Istat sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento succes-

sivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'*effetto emigrazione*, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò soprattutto a causa delle mancate cancellazioni in tempo reale dai registri anagrafici dei Comuni di residenza degli individui con età inferiore a un anno (nati vivi) che si sono trasferiti, i quali rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta ancora più contenuto rispetto alla mortalità neonatale che rappresenta la parte più significativa della mortalità infantile. Riguardo all'*effetto generazione*, i tassi sono stati calcolati attraverso un reale riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati.

### Tasso di mortalità infantile

Numeratore	Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno precedente)	+	Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno di riferimento)	x 1.000
Denominatore	Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)		Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)	

### Tasso di mortalità neonatale

Numeratore	Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno precedente)	+	Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno di riferimento)	x 1.000
Denominatore	Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)		Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)	

**Validità e limiti.** In relazione ai nati vivi, i dati sono stati ricavati dall'uso congiunto delle due Rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso la quale si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per sesso e degli Iscritti in anagrafe per nascita<sup>2</sup>, con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali come la cittadinanza specifica, che viene compilata sul modello a livello individuale sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti

in anagrafe per nascita, è stato ottenuto il collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto a una elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto quella della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un genitore italiano<sup>3</sup>: di

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere con i familiari anziani rimasti nel Paese di origine, trasferendoli fin da molto piccoli.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche *Bassanini bis*) e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat a interrompere l'indagine sulle nascite condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata e attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in anagrafe.

conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogenee con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)<sup>4</sup>.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, inoltre, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

### Descrizione dei risultati

Nel quinquennio più recente disponibile (2002-2006) l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia è pari 1.458 bambini stranieri e 9.322 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di quasi 16 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza dei Paesi a forte pressione migratoria, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda esclusivamente queste cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1).

I decessi nel primo anno di vita interessano prevalentemente i bambini stranieri residenti (tra il 70% e l'80% del totale negli anni considerati). Ciò si spiega con il legame esistente tra queste morti precoci e la natalità che, presupponendo una certa stabilità della presenza in Italia, si esprime prevalentemente tra i residenti e, quindi, tra gli stranieri muniti di permesso o di carta di soggiorno; questo sottintende il raggiungimento di un certo grado di autonomia, in primo luogo economica.

Si è scelto di tenere separati i decessi nel primo mese di vita, denominato periodo neonatale, sia perché rappresentano sempre la maggioranza indipendentemente dalla cittadinanza, sia per la diversa natura delle cause di morte che li caratterizzano (Tabella 1 e Tabella 2). Nel periodo "neonatale" i decessi sono dovuti principalmente a cause denominate endogene, ossia a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Queste sono difficilmente controllabili o almeno prevenibili e, di conseguenza, più elevata è l'incidenza di tali decessi, relativamente minore è l'allarme della situazione che ne deriva. Di con-

tro, il periodo "post-neonatale" è generalmente caratterizzato da decessi dovuti a cause esogene, corrispondenti a patologie legate a fattori quali una inadeguata alimentazione (soprattutto durante lo svezzamento), carenti condizioni igienico-sanitarie, insufficienti conoscenze da parte delle madri e scarso accesso ai servizi sanitari. In questo caso, il riscontro di tassi di mortalità più elevati può essere considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale che rende possibile una pianificazione di interventi mirati di prevenzione a largo raggio. In quest'ottica, le percentuali di decessi nel primo mese di vita più alte per i bambini italiani evidenziano le differenze a svantaggio degli stranieri (Tabella 1).

L'andamento temporale attraverso i numeri indice a base fissa (2000 = 100) mette in luce un ulteriore divario tra i decessi: quelli dei bambini stranieri aumentano, addirittura con un'incisività maggiore considerando il sottoinsieme dei residenti in Italia, che registra una flessione tra il 2005 e il 2006 riportandosi ai livelli della crescita generale; quelli dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuiscono (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). L'insieme dei cittadini dell'Unione Europea 14, a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari per quasi tutto il quinquennio con una diminuzione nel 2006, quasi completamente concentrata nel primo mese di vita e di gran lunga inferiori rispetto a tutte le altre nazionalità, compresa quella italiana.

In relazione alle aree di cittadinanza a forte pressione migratoria, per i Paesi che hanno aderito all'Unione Europea nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro) si riscontrano livelli di mortalità infantile molto più alti nel 2002, con una tendenza a decrescere malgrado la ripresa del 2005. Nel complesso, i tassi registrano una diminuzione e la variazione percentuale media annua (espressa dalla media geometrica), pari a -6,6% per il totale, è del -9,6% nel primo mese di vita. In questo ambito, per i bambini rumeni i tassi di mortalità neonatale sono superiori al dato medio rappresentato dal complesso degli stranieri, con l'eccezione del 2004 e un picco nel 2005 che si riscontra anche nel livello di mortalità infantile generale; tuttavia, la diminuzione nel tempo è continua, in media -5,6% all'anno per la mortalità nel primo mese di vita. I bambini albanesi presentano una connotazione molto simile con un picco di mortalità nel 2005, una decrescita significativa sia nel primo mese di vita (-14,7% annuo) sia nel complesso (-11,2% annuo); si

<sup>4</sup>Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE.

differenziano, comunque, per una propensione verso la mortalità post-neonatale negli anni 2002, 2003 e 2006. I bambini di Serbia e Montenegro sono caratterizzati da un andamento dei tassi fortemente oscillatorio e da un evidente picco di mortalità infantile nel 2003 (9,3 decessi nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; 10,3 nel complesso) e nel 2005 (rispettivamente 5,8 il dato della mortalità neonatale e 7,3 il tasso di mortalità infantile): malgrado ciò, entrambi gli andamenti decrescono. Nel 2004, inoltre, si evidenzia una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale che indica, come già sottolineato, un protrarsi del disagio sociale.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio, evidenziando un andamento più costante rispetto alle altre nazionalità. I tassi di mortalità tra i bambini del Marocco assumono livelli simili a quelli del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze: nel quinquennio in esame sia il tasso di mortalità infantile totale sia quello nel primo mese di vita registrano un aumento (rispettivamente +0,5% e +1,5% all'anno).

All'opposto i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale fanno registrare tassi di mortalità infantile più contenuti in tutti gli anni considerati, mettendo in luce una propensione verso il periodo post-neonatale soprattutto nel periodo 2002-2004. Riguardo ai Paesi asiatici si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in un avvicinamento dei tassi di mortalità infantile al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia. La mortalità infantile e neonatale dei bambini cinesi evidenzia un profilo oscillatorio con alti e bassi nel corso degli anni considerati e con valori che si mantengono sempre al di sotto della media. La variazione percentuale media annua tende a diminuire in

modo più contenuto (-6% nel complesso, -1,3% nel primo mese di vita) con una concentrazione nel periodo post-neonatale nel 2002, e livelli di mortalità neonatale che comunque rimangono al di sotto del 60% del totale nel 2004 e nel 2006. I bambini delle Filippine sono caratterizzati da un andamento oscillatorio e da forti picchi di mortalità nel 2003 e nel 2004 (8,3 e 8 per 1.000 nati vivi nel complesso; 6,8 e 6 per 1.000 nati vivi nel primo mese di vita); si registra, comunque, una diminuzione complessiva dei tassi di circa -8% annuo e di -9% nel periodo neonatale.

Nel 2006, la distribuzione dei tassi per regione fa emergere lo svantaggio del Sud per ciò che riguarda la mortalità neonatale degli stranieri (+63% rispetto al dato nazionale) e dell'Italia sia meridionale sia insulare in relazione alla mortalità infantile complessiva (Tabella 3). I valori registrati in Calabria e Sardegna arrivano a superare i 9 decessi di bambini stranieri nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; il dato complessivo di mortalità infantile è pari a 11,4 per 1.000 nati vivi in Calabria e a poco più di 17 per 1.000 nati vivi in Sardegna dove, come in Puglia, si riscontra anche una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale.

Nell'Italia centrale è il Lazio a presentare i livelli più consistenti di mortalità infantile degli stranieri residenti (3,9 per 1.000 nati vivi il dato di mortalità neonatale, 5 per 1.000 nati vivi il dato complessivo), mentre l'Umbria, con i valori più contenuti di tutta la ripartizione, si distingue per i significativi livelli di mortalità post-neonatale.

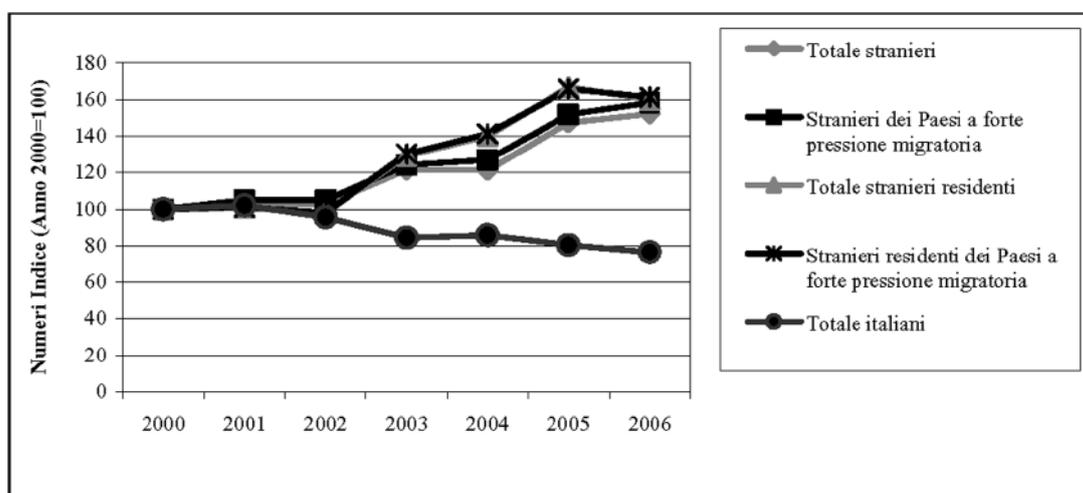
Il Nord-Ovest e il Nord-Est del Paese sono caratterizzati da valori dell'indicatore più contenuti, con punte più alte in Liguria, Veneto e Piemonte. Qui i tassi di mortalità dei bambini stranieri si concentrano dopo il primo mese di vita sia in Trentino-Alto Adige sia in Friuli-Venezia Giulia.

**Tabella 1** - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita: stranieri e italiani a confronto - Anni 2002-2006

Anni di decesso	Stranieri		di cui: Paesi a forte pressione migratoria		Italiani	
	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %
2002	232	62,9	226	63,3	2.106	73,4
2003	275	66,2	267	66,3	1.860	72,9
2004	274	67,9	272	67,6	1.894	73,5
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
2006	344	70,6	339	71,1	1.687	74,9
<b>Totale</b>	<b>1.458</b>	<b>67,9</b>	<b>1.429</b>	<b>68,1</b>	<b>9.322</b>	<b>73,5</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2002-2006.

**Grafico 1** - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per cittadinanza - Anni 2000-2006 (Anno 2000 = 100)



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2000-2006.

**Tabella 2** - Tassi di mortalità neonatale e infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia), per aree di cittadinanza e alcuni principali Paesi - Anni 2002-2006

Aree di cittadinanza	Tassi di mortalità neonatale (nel primo mese di vita)				
	2002	2003	2004	2005	2006
Unione Europea 14	-	2,3	2,3	2,3	2,0
Paesi di nuova adesione UE	4,5	3,7	2,7	4,6	3,0
Romania	3,9	3,2	2,9	4,4	3,1
Altri Paesi Europei	2,8	2,8	1,9	2,6	1,6
Albania	1,7	1,5	1,5	2,4	0,9
Serbia e Montenegro	4,3	9,3	2,0	5,8	1,3
Africa	3,6	4,0	3,4	3,9	3,6
Marocco	3,3	3,6	2,9	3,5	3,5
America centro-meridionale	1,9	2,4	2,7	2,7	2,1
Asia	2,9	4,4	2,9	2,8	2,4
Filippine	2,8	6,8	6,0	3,1	1,9
Repubblica Popolare Cinese	1,9	3,2	1,8	2,2	1,8
<b>Totale stranieri</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>
<b>Totale italiani</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>

Aree di cittadinanza	Tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita)				
	2002	2003	2004	2005	2006
Unione Europea 14	1,9	2,3	2,3	2,3	2,0
Paesi di nuova adesione UE	5,0	4,3	3,6	5,6	3,8
Romania	3,9	4,0	4,0	5,4	3,9
Altri Paesi Europei	4,3	3,9	2,8	3,6	2,4
Albania	2,9	2,6	2,0	3,0	1,8
Serbia e Montenegro	6,0	10,3	4,7	7,3	1,3
Africa	4,7	6,5	5,0	5,7	4,9
Marocco	4,7	5,5	4,5	5,0	4,8
America centro-meridionale	3,8	5,4	4,2	3,7	2,5
Asia	4,7	6,8	4,7	3,9	3,9
Filippine	3,5	8,3	8,0	3,1	2,5
Repubblica Popolare Cinese	4,2	4,8	3,1	2,9	3,3
<b>Totale stranieri</b>	<b>4,6</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>4,6</b>	<b>6,1</b>	<b>4,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>
<b>Totale italiani</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita"; "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente"; "Iscritti in anagrafe per nascita". Anni 2002-2006.

**Tabella 3** - Tassi di mortalità neonatale e infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) degli stranieri per regione di residenza e macroarea - Anno 2006

Regioni	Tassi di mortalità neonatale (nel primo mese di vita)		Tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita)	
	Totale stranieri residenti	Pfpm	Totale stranieri residenti	Pfpm
Piemonte	3,4	3,4	4,3	4,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	-	-	-
Lombardia	2,6	2,7	3,7	3,7
Trentino-Alto Adige	0,8	0,9	1,7	1,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	1,9	2,1	1,9	2,1
<i>Trento</i>	-	-	-	-
Veneto	3,7	3,7	4,2	4,2
Friuli-Venezia Giulia	1,6	1,6	3,2	3,3
Liguria	4,7	4,8	5,5	5,6
Emilia-Romagna	2,6	2,7	4,3	4,1
Toscana	3,3	3,3	4,5	4,5
Umbria	1,7	1,7	4,2	4,2
Marche	3,1	3,1	4,6	4,6
Lazio	3,9	3,9	5,0	5,1
Abruzzo	5,0	5,1	6,3	6,4
Molise	-	-	-	-
Campania	5,3	5,3	7,0	7,1
Puglia	3,9	4,0	7,9	8,0
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	9,1	9,2	11,4	11,5
Sicilia	2,4	2,4	4,8	4,8
Sardegna	8,6	8,8	17,2	17,6
<i>Nord-Ovest</i>	2,9	2,9	3,9	4,0
<i>Nord-Est</i>	2,9	3,0	4,0	4,0
<i>Centro</i>	3,3	3,4	4,7	4,7
<i>Sud</i>	5,2	5,3	7,3	7,4
<i>Isole</i>	3,4	3,4	6,7	6,8
<b>Totale stranieri residenti in Italia</b>	<b>3,2</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,4</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat su “Scheda di morte nel primo anno di vita”; “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”; “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2006.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le informazioni mostrano una tendenza alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità infantile fra italiani e stranieri nel loro complesso; malgrado ciò emergono alcune problematiche per i bambini di specifiche aree di cittadinanza legate al percorso verso l'integrazione ancora piuttosto oneroso, le quali influiscono fortemente sulla variabilità dei dati di riferimento. Entrando nel merito delle specifiche cause di decesso nel primo anno di vita, da una prima valutazione si ricava che, indipendentemente dalla cittadinanza, sono rappresentate soprattutto da malformazioni congenite e da condizioni morbose di origine perinatale. Nell'ambito delle prime spiccano le malattie a carico del sistema circolatorio e le complicanze respiratorie, mentre tra le seconde un peso rilevante è rivestito dalla prematurità fetale e dalle condizioni del parto e del puerperio.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Livi Bacci M. (1999), Introduzione alla demografia, Loescher, Torino.
- (2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia, in Ministero dell'Interno (a cura di), Primo Rapporto sugli immigrati in Italia, Roma.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana “Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo”, Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova Unione Europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97 - 120.
- (5) Masuy-Stroobant G. (1997), Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut national d'études démographiques, Paris, Démographie: analyse et synthèse, Materials di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.
- (6) Pressat R. (sous la direction de) (1985), Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto del comportamento ascrivibile alla popolazione straniera sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese, è sempre più significativo. Verranno analizzati i dati più recenti sugli stranieri iscritti in Anagrafe per evidenziare a quanto ammonti il peso di tale componente sul totale della popolazione ai diversi livelli territoriali e come

la presenza straniera regolare sia cambiata negli ultimi anni.

Rispetto alle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute non verranno riportati gli indicatori costruiti a partire dai dati sui permessi di soggiorno in quanto, ad oggi, non sono stati pubblicati i dati aggiornati, ossia relativi all'anno 2009.

### Percentuale della popolazione straniera residente

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe  
Popolazione residente iscritta in Anagrafe

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera, così come evidenziato nel paragrafo precedente, risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione: in particolare, le statistiche di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per genere ed anno di nascita" emerge che, al 31 dicembre 2008, gli stranieri residenti in Italia raggiungono quasi 4 milioni di unità e rappresentano il 6,5% della popolazione residente (lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 5,8%) (Tabella 1). Tuttavia, l'incidenza della presenza straniera è assai diversificata sul territorio nazionale. In particolare, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori più elevati rispetto a quello nazionale in molte regioni del Centro-Nord ed, in particolare, in Emilia-Romagna (9,7%), Umbria (9,6%), Lombardia e Veneto (9,3% per entrambe). Al contrario, la presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno, specie in Puglia e Sardegna, dove meno di 2 residenti su 100 hanno una cittadinanza diversa da quella italiana.

Oltre la metà dei residenti stranieri (53,6%) provengono da un Paese del continente europeo (sia dell'Unione Europea che dell'Europa centro-orientale) ed il peso di questi, sul totale dei residenti stranieri, appare in crescita se confrontato con quello degli scorsi anni (1). La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 22,4%; il 15,8% dei residenti proviene dall'area asiati-

ca, mentre solo l'8,1% ha la cittadinanza americana (sia del nord che dell'America centro-meridionale).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere. In particolare, vengono indicate, per ciascuna regione, le prime 3 comunità straniere per presenza ed il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le 3 comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato emerge come, la comunità tedesca nella PA di Bolzano, sia quella più presente (ciò è chiaramente imputabile a fattori storici e culturali), mentre dall'altro spicca la presenza degli ucraini (specie donne) in Campania, degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria e dei tunisini in Sicilia.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese al 1 gennaio 2009. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle Aziende Sanitarie Locali, così come definito al 1 gennaio 2008, tranne che per le unità territoriali subcomunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da garantire l'equinumerosità delle classi. Dalla lettura del Cartogramma risulta confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola, infatti, in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è, relativamente, più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

**Tabella 1** - Stranieri residenti (migliaia), composizione percentuale per macroarea di provenienza e quota degli stranieri residenti (per 100), per regione - Situazione al 31 dicembre 2008

Regioni	Stranieri residenti (migliaia)	Presenza straniera per macroarea di provenienza %					Stranieri residenti/ totale residenti %
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	351,1	60,2	6,9	25,2	7,7	0,0	7,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7,5	49,2	4,5	38,5	7,7	0,1	5,9
Lombardia	904,8	38,5	21,0	27,9	12,5	0,1	9,3
Trentino-Alto Adige	78,9	66,8	11,0	16,2	5,9	0,1	7,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,3</i>	<i>68,3</i>	<i>14,0</i>	<i>13,1</i>	<i>4,5</i>	<i>0,1</i>	<i>7,3</i>
<i>Trento</i>	<i>42,6</i>	<i>65,6</i>	<i>8,5</i>	<i>18,9</i>	<i>7,0</i>	<i>0,0</i>	<i>8,2</i>
Veneto	454,5	55,8	16,4	23,6	4,1	0,1	9,3
Friuli Venezia Giulia	95,0	69,5	9,3	16,8	4,2	0,1	7,7
Liguria	104,7	45,6	8,1	17,7	28,5	0,1	6,5
Emilia-Romagna	421,5	48,1	16,8	30,7	4,4	0,0	9,7
Toscana	309,7	60,3	18,1	15,0	6,5	0,1	8,4
Umbria	85,9	66,1	6,6	18,3	8,9	0,1	9,6
Marche	131,0	58,1	15,1	21,3	5,4	0,0	8,3
Lazio	450,2	61,9	17,5	10,9	9,5	0,2	8,0
Abruzzo	69,6	73,2	9,5	11,5	5,7	0,2	5,2
Molise	7,3	70,1	7,1	16,2	6,4	0,2	2,3
Campania	131,3	60,7	15,1	18,5	5,6	0,2	2,3
Puglia	73,8	68,3	10,1	17,8	3,7	0,1	1,8
Basilicata	11,5	70,1	9,9	16,2	3,8	0,1	2,0
Calabria	58,8	64,5	11,3	20,9	3,0	0,3	2,9
Sicilia	114,6	44,3	20,0	31,8	3,7	0,2	2,3
Sardegna	29,5	54,2	16,3	23,7	5,7	0,2	1,8
<b>Italia</b>	<b>3.891,2</b>	<b>53,6</b>	<b>15,8</b>	<b>22,4</b>	<b>8,1</b>	<b>0,1</b>	<b>6,5</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

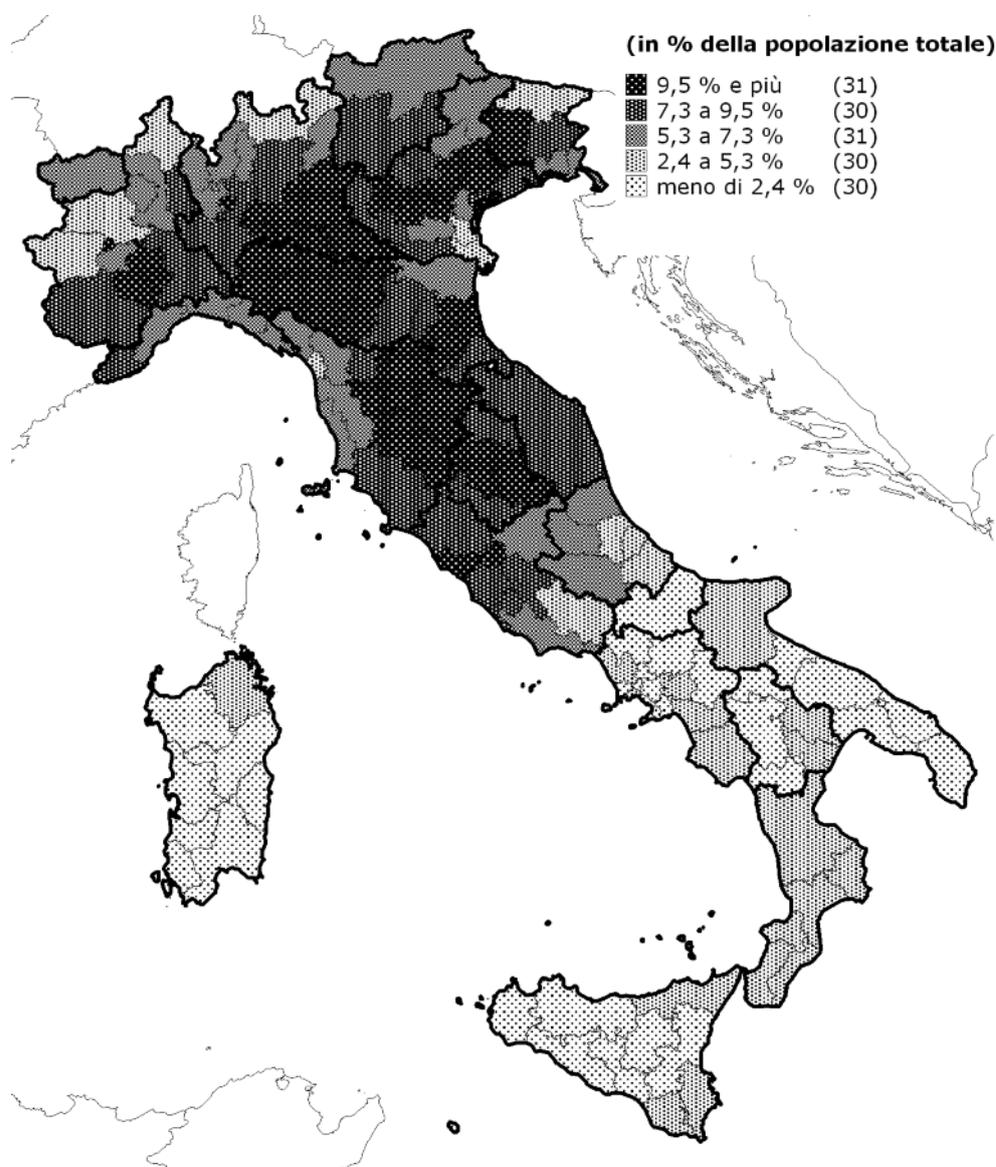
**Tabella 2** - Stranieri residenti (migliaia) per regione, genere e cittadinanze prevalenti - Situazione al 31 dicembre 2008

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine						
		Cittadinanza e peso % sul totale			Cittadinanza e peso % sul totale			Cittadinanza e peso % sul totale			Cittadinanza e peso % sul totale			
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Residenti stranieri	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza
Piemonte	171,6	Rom. 33,4	Mar. 19,2	Alb. 13,2	Rom. 35,5	Mar. 14,4	Alb. 10,9	179,5	Rom. 35,5	Mar. 14,4	Alb. 10,9	Rom. 35,5	Mar. 14,4	Alb. 10,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,5	Mar. 30,6	Rom. 19,6	Alb. 13,0	Mar. 24,8	Rom. 22,4	Alb. 9,2	4,0	Mar. 24,8	Rom. 22,4	Alb. 9,2	Mar. 24,8	Rom. 22,4	Alb. 9,2
Lombardia	469,2	Rom. 12,7	Mar. 12,1	Alb. 10,6	Rom. 13,4	Mar. 9,51	Alb. 9,3	435,6	Rom. 13,4	Mar. 9,51	Alb. 9,3	Rom. 13,4	Mar. 9,51	Alb. 9,3
Trentino-Alto Adige	38,6	Alb. 16,1	Mar. 10,7	Rom. 10,2	Alb. 28,0	Rom. 21,0	Mar. 19,0	40,2	Alb. 28,0	Rom. 21,0	Mar. 19,0	Alb. 28,0	Rom. 21,0	Mar. 19,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>17,6</i>	<i>Alb. 15,4</i>	<i>Ger. 11,0</i>	<i>Mar. 9,4</i>	<i>Ger. 13,0</i>	<i>Alb. 11,0</i>	<i>Mar. 7,1</i>	<i>18,7</i>	<i>Ger. 13,0</i>	<i>Alb. 11,0</i>	<i>Mar. 7,1</i>	<i>Ger. 13,0</i>	<i>Alb. 11,0</i>	<i>Mar. 7,1</i>
<i>Trento</i>	<i>21,0</i>	<i>Alb. 16,8</i>	<i>Rom. 15,9</i>	<i>Mar. 11,8</i>	<i>Rom. 17,2</i>	<i>Alb. 13,4</i>	<i>Mar. 9,7</i>	<i>21,6</i>	<i>Rom. 17,2</i>	<i>Alb. 13,4</i>	<i>Mar. 9,7</i>	<i>Rom. 17,2</i>	<i>Alb. 13,4</i>	<i>Mar. 9,7</i>
Veneto	233,5	Rom. 19,4	Mar. 13,3	Alb. 9,5	Rom. 20,9	Mar. 10,4	Alb. 8,4	220,9	Rom. 20,9	Mar. 10,4	Alb. 8,4	Rom. 20,9	Mar. 10,4	Alb. 8,4
Friuli Venezia Giulia	48,5	Rom. 16,8	Alb. 13,7	Ser. 10,5	Rom. 18,8	Alb. 13,0	Ser. 9,1	46,5	Rom. 18,8	Alb. 13,0	Ser. 9,1	Rom. 18,8	Alb. 13,0	Ser. 9,1
Liguria	49,4	Alb. 20,3	Ecu. 15,9	Mar. 14,0	Ecu. 20,7	Alb. 14,4	Rom. 11,6	55,3	Ecu. 20,7	Alb. 14,4	Rom. 11,6	Ecu. 20,7	Alb. 14,4	Rom. 11,6
Emilia-Romagna	210,4	Mar. 16,8	Alb. 14,3	Rom. 11,9	Rom. 13,8	Mar. 13,0	Alb. 11,5	211,1	Rom. 13,8	Mar. 13,0	Alb. 11,5	Rom. 13,8	Mar. 13,0	Alb. 11,5
Toscana	149,8	Rom. 22,9	Alb. 18,7	Mar. 9,7	Rom. 22,7	Alb. 17,3	Cina. 7,7	159,8	Rom. 22,7	Alb. 17,3	Cina. 7,7	Rom. 22,7	Alb. 17,3	Cina. 7,7
Umbria	40,0	Alb. 21,2	Rom. 21,0	Mar. 13,5	Rom. 24,6	Alb. 15,3	Mar. 8,4	46,0	Rom. 24,6	Alb. 15,3	Mar. 8,4	Rom. 24,6	Alb. 15,3	Mar. 8,4
Marche	64,4	Alb. 18,0	Rom. 12,8	Mar. 12,1	Rom. 17,1	Alb. 14,9	Mar. 9,4	66,6	Rom. 17,1	Alb. 14,9	Mar. 9,4	Rom. 17,1	Alb. 14,9	Mar. 9,4
Lazio	209,8	Rom. 36,7	Alb. 5,4	Fil. 5,2	Rom. 34,0	Fil. 7,1	Pol. 6,0	240,3	Rom. 34,0	Fil. 7,1	Pol. 6,0	Rom. 34,0	Fil. 7,1	Pol. 6,0
Abruzzo	32,9	Rom. 24,4	Alb. 21,0	Mac. 8,9	Rom. 27,1	Alb. 15,8	Ucr. 5,3	36,8	Rom. 27,1	Alb. 15,8	Ucr. 5,3	Rom. 27,1	Alb. 15,8	Ucr. 5,3
Molise	3,2	Rom. 32,0	Mar. 17,4	Alb. 13,7	Rom. 34,8	Mar. 9,8	Alb. 9,5	4,2	Rom. 34,8	Mar. 9,8	Alb. 9,5	Rom. 34,8	Mar. 9,8	Alb. 9,5
Campania	54,5	Rom. 16,1	Mar. 14,1	Ucr. 12,1	Ucr. 30,7	Rom. 14,3	Pol. 4,5	76,8	Ucr. 30,7	Rom. 14,3	Pol. 4,5	Ucr. 30,7	Rom. 14,3	Pol. 4,5
Puglia	35,3	Alb. 31,7	Rom. 17,1	Mar. 11,0	Alb. 25,2	Rom. 23,2	Pol. 6,0	38,6	Alb. 25,2	Rom. 23,2	Pol. 6,0	Alb. 25,2	Rom. 23,2	Pol. 6,0
Basilicata	5,1	Rom. 32,3	Alb. 17,0	Mar. 13,4	Rom. 38,9	Alb. 10,8	Ucr. 9,1	6,4	Rom. 38,9	Alb. 10,8	Ucr. 9,1	Rom. 38,9	Alb. 10,8	Ucr. 9,1
Calabria	26,3	Rom. 30,4	Mar. 22,7	Bul. 4,9	Rom. 30,2	Mar. 12,3	Ucr. 12,0	32,5	Rom. 30,2	Mar. 12,3	Ucr. 12,0	Rom. 30,2	Mar. 12,3	Ucr. 12,0
Sicilia	54,4	Rom. 19,7	Tun. 18,2	Mar. 11,4	Rom. 28,0	Tun. 9,0	Mar. 7,2	60,2	Rom. 28,0	Tun. 9,0	Mar. 7,2	Rom. 28,0	Tun. 9,0	Mar. 7,2
Sardegna	13,4	Rom. 19,3	Mar. 17,3	Sen. 13,2	Rom. 25,2	Mar. 9,4	Ucr. 6,7	16,1	Rom. 25,2	Mar. 9,4	Ucr. 6,7	Rom. 25,2	Mar. 9,4	Ucr. 6,7
<b>Italia</b>	<b>1.913,8</b>	<b>Rom. 19,5</b>	<b>Alb. 12,6</b>	<b>Mar. 12,2</b>	<b>Rom. 21,4</b>	<b>Alb. 10,1</b>	<b>Mar. 8,6</b>	<b>1.977,4</b>	<b>Rom. 21,4</b>	<b>Alb. 10,1</b>	<b>Mar. 8,6</b>	<b>Rom. 21,4</b>	<b>Alb. 10,1</b>	<b>Mar. 8,6</b>

Legenda: Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

**Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe (per 100 residenti iscritti) per ASL - Situazione al 1 gennaio 2009**



**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente, è andato notevolmente aumentando nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Oltretutto, gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani (con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari) e contribuiscono ampiamente all'aumento del

numero delle nascite registrato negli anni più recenti (si vedano il paragrafo “Nati da cittadini stranieri” ed il capitolo “Popolazione”). È, quindi, quanto mai necessario che, l'offerta di servizi sanitari, si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore (1).

**Riferimenti bibliografici**

(1) Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2009; Istat: 2009.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Nell'ultimo decennio si è registrato, in Italia (specie nel Centro-Nord), un tendenziale incremento degli iscritti in Anagrafe per nascita. L'indicatore presentato ha come scopo quello di evi-

denziare il contributo che, i cittadini stranieri, hanno dato alla ripresa della natalità. In particolare, ci si soffermerà sulle principali caratteristiche demografiche e di cittadinanza della popolazione straniera interessata.

### Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo di questo indicatore può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe", istituita proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza con riferimento ai soli nati vivi. Va, comunque, sottolineato che i nati morti rappresentano, attualmente, un'entità numericamente molto contenuta (prossima ai 1.500 casi annui) rispetto al totale dei nati (1).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" (Modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale, per disporre di un'informazione più completa, è stato necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in Anagrafe" (Modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del relativo Paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero, ma cittadini italiani, dall'altra non include i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una frazione abbastanza elevata del totale. Tuttavia, attualmente, il dato sul Paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre attraverso il codice fiscale. Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. La cittadinanza risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Anche nel caso in cui solo 1 dei 2 genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Lo studio dell'andamento nel tempo del peso dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita, appare di particolare interesse: dai dati emerge, infatti, un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con uno che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata, è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Questo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta, nel 2008, a quasi 16 nascite ogni 100 avvenute in Italia (nel 2007 tale valore era pari al 15%) (Grafico 1). Tuttavia, le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno, la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

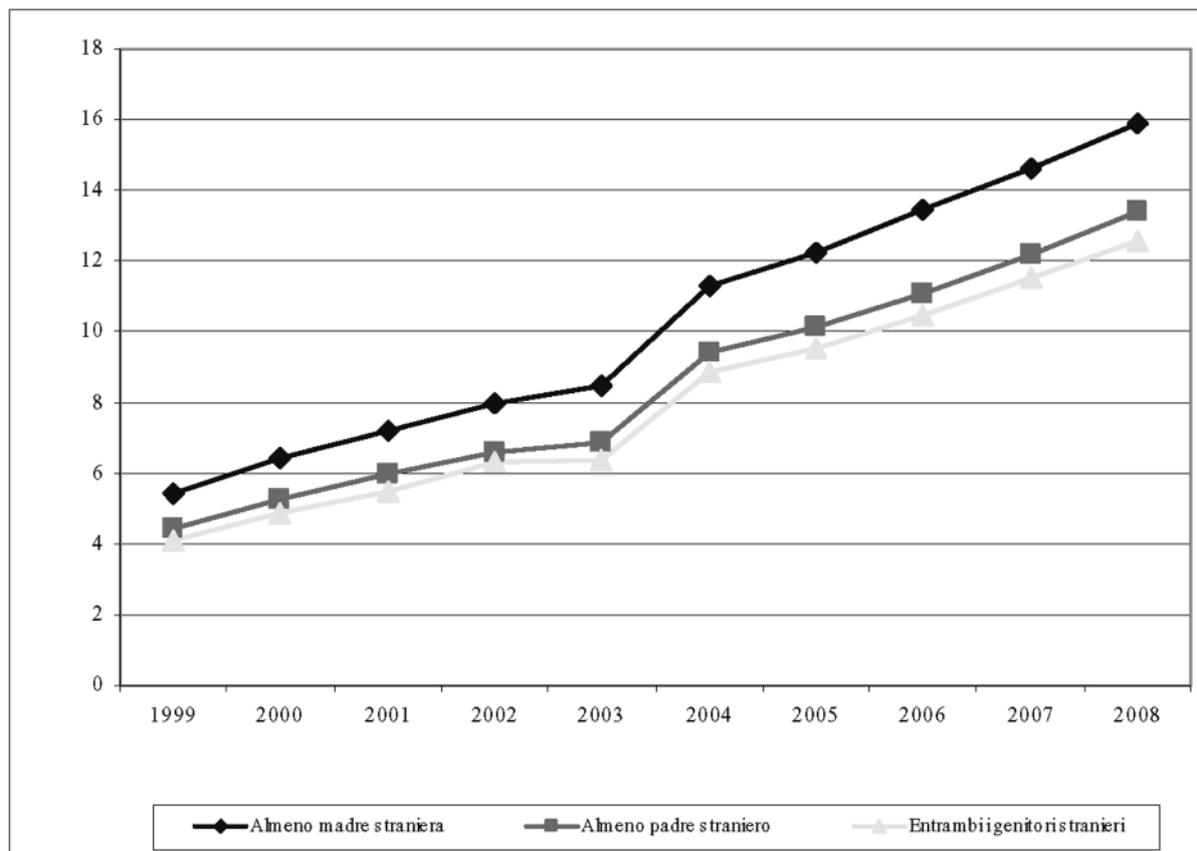
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 19,7% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa) (contro il 17,8% registrato nel 2007), mentre il 21,5% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (24,9% dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (20,1%). Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà territoriali molto variegata. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri, è particolarmente rilevante nel Lazio (47,5%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (26,0%), specie se confrontata con la

media nazionale (5,1%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime 10 comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,2% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2008 e proprio a queste comunità è imputabile circa il 67,0% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano, infatti, la prima comunità per presenza sul territorio nazionale ed al tempo stesso sono responsabili del più alto numero (in termini assoluti) di nati stranieri. Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati se confronta-

to con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (ed in misura ancora più netta per i cittadini moldavi) che si è riscontrata la maggiore crescita in termini percentuali del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2000. Ciò è dovuto non tanto al cambiamento dei comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità, quanto piuttosto alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano che, nel 2000, era particolarmente esigua. Occorre, infine, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche nell'indicatore "Fecondità della popolazione" presente nel capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2008



**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

**Tabella 1** - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2008

Regioni	Nati con almeno il padre straniero	Nati con almeno la madre straniera
Piemonte	18,4	21,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	12,3	13,3
Lombardia	20,6	23,2
Trentino-Alto Adige	13,9	18,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,9</i>	<i>20,0</i>
<i>Trento</i>	<i>15,4</i>	<i>19,1</i>
Veneto	21,6	24,4
Friuli Venezia Giulia	17,6	20,7
Liguria	14,8	18,0
Emilia-Romagna	21,7	25,0
Toscana	17,3	20,5
Umbria	18,4	22,6
Marche	18,3	21,9
Lazio	12,5	15,6
Abruzzo	9,2	12,4
Molise	3,8	7,7
Campania	2,8	4,4
Puglia	2,8	3,9
Basilicata	3,1	5,1
Calabria	4,5	7,2
Sicilia	3,8	5,0
Sardegna	3,0	5,2
<b>Italia</b>	<b>13,4</b>	<b>15,9</b>

**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale delle macroaree di cittadinanza dei nati stranieri per regione - Anno 2008

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	30,2	17,8	32,6	6,8	8,0	4,6	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,2	21,7	51,9	0,8	3,1	1,6	0,8
Lombardia	12,8	15,7	29,5	9,2	23,7	9,0	0,1
Trentino-Alto Adige	15,8	37,3	26,3	2,2	15,0	3,3	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>15,7</i>	<i>38,5</i>	<i>20,0</i>	<i>2,7</i>	<i>19,1</i>	<i>3,7</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>15,8</i>	<i>36,3</i>	<i>31,2</i>	<i>1,9</i>	<i>11,8</i>	<i>3,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	17,2	24,6	22,3	12,4	22,1	1,3	0,1
Friuli Venezia Giulia	19,5	35,7	13,6	14,4	15,2	1,4	0,3
Liguria	7,5	29,5	23,0	3,3	10,5	26,0	0,2
Emilia-Romagna	10,9	22,2	32,5	12,3	19,8	1,7	0,5
Toscana	17,1	30,1	17,0	5,8	25,6	4,1	0,2
Umbria	22,8	33,5	25,1	5,1	7,6	5,5	0,4
Marche	13,9	28,7	24,7	7,5	22,8	2,4	0,1
Lazio	47,5	12,8	8,9	4,2	20,4	6,0	0,2
Abruzzo	25,5	39,2	14,5	5,0	14,2	1,6	0,1
Molise	29,8	23,4	29,8	1,1	10,6	5,3	0,0
Campania	24,0	20,7	17,5	9,5	24,9	3,2	0,2
Puglia	20,9	40,5	17,9	4,2	16,0	0,5	0,0
Basilicata	37,9	17,9	22,9	2,1	17,9	1,4	0,0
Calabria	37,9	14,5	27,9	1,7	17,7	0,1	0,0
Sicilia	22,7	9,1	30,3	7,1	30,1	0,7	0,0
Sardegna	20,3	12,1	22,7	11,5	31,2	1,8	0,3
<b>Italia</b>	<b>19,7</b>	<b>21,5</b>	<b>24,9</b>	<b>8,5</b>	<b>20,1</b>	<b>5,1</b>	<b>0,2</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2000 ed il 2008, per le prime 10 collettività residenti - Anno 2008

Cittadinanze	Stranieri residenti %	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri %	Δ % della stima del numero dei nati stranieri (2000-2008)
Romania	20,5	12.474	17,2	1.220,0
Albania	11,3	9.103	12,6	141,0
Marocco	10,4	12.242	16,9	126,4
Cina Repubblica Popolare	4,4	4.989	6,9	158,9
Ucraina	4,0	735	1,0	1.784,7
Filippine	2,9	1.598	2,2	22,7
Tunisia	2,6	2.650	3,7	63,5
Polonia	2,6	808	1,1	230,9
India	2,4	2.754	3,8	290,7
Moldova	2,3	1.144	1,6	4.668,3
Altra	36,8	23.975	33,1	141,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>72.472</b>	<b>100,0</b>	<b>179,6</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2008 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La ripresa della natalità è imputabile sia al comportamento riproduttivo dei cittadini con cittadinanza diversa da quella italiana che ad un "effetto recupero" delle nascite da parte di donne che avevano posticipato l'esperienza riproduttiva (2). Così come sottolineato nel paragrafo dedicato alla fecondità (capitolo "Popolazione"), la crescita del numero di parti, da donne con cittadinanza diversa da quella italiana, non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. È, infatti, emerso in diversi studi come sussista-

no delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (3).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Bollettino mensile di statistica. Ottobre 2010; 2010.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008; 2010.
- (3) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.

## Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Lo studio della mortalità infantile degli stranieri, in un'ottica differenziale, rappresenta un valore informativo di notevole importanza soprattutto per la nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche della popolazione. I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale in modo da tenere sotto controllo 2 effetti rilevanti già evidenziati nei precedenti Rapporti Osservasalute: l'effetto immigrazione e l'effetto generazione (1-3). Per il primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti nati in Italia e morti nel primo anno di vita. A questo scopo, attraverso l'utilizzo delle schede di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento successivo, avreb-

bero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'effetto emigrazione, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò, soprattutto, a causa delle mancate cancellazioni, in tempo reale, dai registri anagrafici dei comuni di residenza degli individui con età inferiore ad 1 anno (nati vivi) che si sono trasferiti e che rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta ancora più contenuto, rispetto alla mortalità neonatale, che rappresenta la parte più significativa della mortalità infantile. Riguardo all'effetto generazione, i tassi sono stati calcolati attraverso un reale riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati (4-7).

### Tasso di mortalità infantile

Numeratore	Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno precedente)	+	Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno di riferimento)	x 1.000
Denominatore	Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)		Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)	

### Tasso di mortalità neonatale

Numeratore	Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno precedente)	+	Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno di riferimento)	x 1.000
Denominatore	Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)		Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)	

**Validità e limiti.** In relazione ai nati vivi, i dati sono stati ricavati dall'uso congiunto delle 2 rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso le quali si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera, distinti solo per genere, e degli iscritti in Anagrafe per nascita<sup>2</sup>, con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali, tra cui la cittadinanza specifica, che viene compilata sul modello a livello individuale, sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti in

Anagrafe per nascita, è stato ottenuto il collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto ad un'elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto quella della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani, i deceduti con almeno un genitore italiano<sup>3</sup>: di

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere dai familiari anziani rimasti nel Paese di origine, trasferendoli fin da molto piccoli.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche Bassanini *bis*), e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat ad interrompere l'indagine sulle nascite condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata ed attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in anagrafe.

conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno, sono compresi quelli di coppie miste non omogenee con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Inoltre, il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

### Descrizione dei risultati

Nel quinquennio più recente disponibile (2003-2007), l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita, con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia, è pari a 1.539 bambini stranieri e 8.862 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di oltre 17 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza di coloro i quali provengono dai Pfp, tanto da poter affermare che, il fenomeno della mortalità infantile, riguarda, esclusivamente, queste cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1). I decessi nel primo anno di vita interessano prevalentemente i bambini stranieri residenti (tra il 70% e l'80% del totale negli anni considerati). Ciò si spiega con il legame esistente tra queste morti precoci e la natalità che, presupponendo una certa stabilità della presenza in Italia, si esprime, prevalentemente, tra i residenti, tra gli stranieri muniti di permesso o di carta di soggiorno o tra quelli appartenenti ai Paesi dell'Unione Europea (UE). Questo, sottintende il raggiungimento di un certo grado di autonomia, in primo luogo economica.

Si è scelto di tenere separati i decessi nel primo mese di vita, o periodo neonatale, sia perché rappresentano sempre la maggioranza indipendentemente dalla cittadinanza e sia per la diversa natura delle cause di morte che li caratterizzano (Tabelle 1 e 2). Nel periodo "neonatale" i decessi sono dovuti, principalmente, a cause endogene, cioè a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Queste sono difficilmente prevenibili o almeno controllabili e, di conseguenza, più elevata è l'incidenza di tali decessi, relativamente minore è l'allarme della situazione che ne deriva. Di contro, il periodo "post-neonatale", è, generalmente, caratterizzato da decessi dovuti a cause esogene, corrispondenti a patologie legate a fattori quali

un'inadeguata alimentazione (soprattutto durante lo svezzamento), carenti condizioni igienico-sanitarie, insufficienti conoscenze o comportamenti inadeguati da parte delle madri e scarso accesso ai servizi sanitari. In questo caso, il riscontro di tassi di mortalità più elevati, può essere considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale che rende possibile una pianificazione di interventi mirati di prevenzione a largo raggio. In quest'ottica, le percentuali di decessi nel primo mese di vita più alte per i bambini italiani, evidenziano le differenze a svantaggio degli stranieri (Tabella 1).

L'andamento temporale attraverso i numeri indice a base fissa (2000=100) mette in luce un ulteriore divario tra i decessi: quelli dei bambini stranieri aumentano, addirittura con un'incisività maggiore anche se leggermente attenuata negli ultimi anni se si considera il sottoinsieme dei residenti in Italia che, tra il 2005 ed il 2007, registra una flessione riportandosi ai livelli della crescita generale; quelli dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuiscono (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). L'insieme dei cittadini dell'UE a 14, a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari per quasi tutto il quinquennio con una diminuzione, nel 2007, quasi completamente concentrati nel primo mese di vita e di gran lunga inferiori rispetto a tutte le altre nazionalità, compresa quella italiana. I livelli registrati per il 2007, ultimo anno disponibile, per i tassi di mortalità infantile e neonatale con riferimento agli stranieri residenti sono, rispettivamente, pari a 3,9 e 2,6 per 1.000 nati vivi residenti. I valori registrati per gli italiani sono, invece, 3,3 e 2,4 per 1.000 nati vivi residenti.

In relazione alle aree di cittadinanza a forte pressione migratoria, per i Paesi che hanno aderito all'UE, nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro), si riscontrano livelli di mortalità infantile molto più alti nel 2003, con una tendenza a decrescere malgrado la ripresa del 2005. Nel complesso, per i Pfp, i tassi registrano una diminuzione nel periodo 2003-2007. La variazione percentuale media annua (espressa dalla media geometrica) è pari a -10,58% nel primo anno di vita ed a -9,64% nel primo mese di vita. Con riferimento a questo gruppo ed, in particolare, agli indicatori registrati per la Romania, i tassi di mortalità neonatale sono superiori al dato medio rappresentato dal complesso degli stranieri, con l'eccezione del 2004 ed un picco nel 2005 rilevato anche a livello di mortalità infantile generale; tuttavia, la diminuzione nel tempo, è continua, in media -11,09% all'anno per la mortalità nel primo mese di vita, dal 2003 al 2007.

I bambini albanesi presentano un rischio simile a

quello dei bambini rumeni, nel primo periodo, con un picco di mortalità nel 2005 ed una decrescita significativa nel periodo 2003-2006, sia nel primo mese di vita e sia nel complesso. Il 2007, di contro, è caratterizzato da una leggera risalita dei tassi. I bambini provenienti dall'Albania si differenziano, comunque, da quelli provenienti dalla Romania per una propensione verso la mortalità post-neonatale negli anni 2003 e 2006.

Per quanto concerne il quadro della mortalità infantile e neonatale per gli individui provenienti dalla Repubblica di Serbia e dal Montenegro, che dal 2007 sono 2 Stati separati, si registra un andamento dei tassi fortemente oscillatorio: da un evidente picco di mortalità neonatale ed infantile nel 2003 (9,3 decessi nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; 10,3 decessi per 1.000 nati vivi nel complesso) e nel 2005 (rispettivamente 5,8 decessi per 1.000 nati vivi il dato della mortalità neonatale e 7,3 decessi per 1.000 nati vivi il tasso di mortalità infantile), si è passati ad andamenti decrescenti negli anni successivi. Nel 2004, inoltre, si evidenzia una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale che indica, come già sottolineato, un protrarsi del disagio sociale.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio, evidenziando un trend più costante rispetto alle altre nazionalità. Il livello del tasso presenta, comunque, una flessione negli ultimi anni. Tra i Paesi africani, è il Marocco ad avere il numero più elevato di decessi in Italia; i tassi di mortalità assumono livelli simili a quelli del complesso dei Pfp m e si pongono, così, in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze: nel quinquennio 2003-2007 in esame, sia il tasso di mortalità infantile totale e sia quello nel primo mese di vita registrano una diminuzione (rispettivamente -8,83% e -6,94% all'anno). Tuttavia, si sottolinea un notevole miglioramento dei livelli dei tassi nel 2007.

Per quanto concerne i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale, si registrano tassi di mortalità infantile generalmente più contenuti ed inferiori rispetto a quelli registrati per il totale dei Pfp m, isolatamente, però, al periodo 2003-2006. Per l'anno 2007, i tassi di mortalità infantile e neonatale raggiungono, invece, livelli leggermente più elevati della media dei Pfp m.

Con riferimento ai Paesi asiatici, si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in un avvicinamento dei tassi di mortalità infantile al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia. La mortalità infantile e neonatale dei bambini cinesi evidenzia un profilo oscillatorio con alti e bassi nel corso degli anni considerati, ma con una maggiore tendenza alla stabilità negli ultimi anni e con valori che si mantengono sempre al di sotto della media.

La variazione percentuale media annua è pari a -14,11% nel complesso ed a -14,06% nel primo mese di vita,

con una concentrazione nel periodo post-neonatale negli anni 2004, 2006 e 2007.

Per quanto riguarda l'Asia, i bambini delle Filippine sono caratterizzati da tassi con un andamento oscillatorio e da forti picchi di mortalità nel 2003 e nel 2004 (8,3 e 8,0 per 1.000 nati vivi nel complesso; 6,8 e 6,0 per 1.000 nati vivi nel primo mese di vita); si registra, comunque, una diminuzione complessiva dei tassi di circa -17,21% annuo e di -21,36% nel periodo neonatale, con riferimento agli anni 2003-2007, anche se tale diminuzione è calcolata rispetto all'anno 2003, anno nel quale si registrava un tasso particolarmente alto; nel 2007, infatti, il tasso di mortalità infantile e neonatale ha subito un notevole aumento rispetto all'anno precedente.

Passando all'analisi delle differenze territoriali, con riferimento al solo anno 2007, la distribuzione dei tassi per regione fa emergere, come negli anni precedenti, ma in misura più attenuata rispetto al 2006 (8), lo svantaggio del Sud per ciò che riguarda la mortalità neonatale degli stranieri (+15,38% rispetto al dato nazionale) e dell'Italia, sia meridionale che insulare, in relazione alla mortalità infantile complessiva (Tabella 3).

Malgrado siano prevalentemente i residenti nelle regioni del Sud ad essere svantaggiati rispetto alla mortalità infantile e neonatale, anche per alcune delle regioni del Nord e del Centro si registrano tassi con livelli più elevati della media nazionale per gli stranieri residenti. Tali regioni sono Liguria, Piemonte, Emilia-Romagna e Toscana (quest'ultima solo per il tasso di mortalità neonatale e con livello molto vicino alla media nazionale). I tassi di mortalità infantile, sopra la media nazionale, sono compresi tra 4,8 per 1.000 nati vivi residenti per la Liguria e 4,0 per 1.000 nati vivi per l'Emilia-Romagna; la media nazionale è pari a 3,9 per 1.000 nati vivi. Per quanto concerne i tassi di mortalità neonatale, invece, tali livelli, più elevati, sono compresi tra i valori della Liguria (4,8 per 1.000 nati vivi residenti) e quelli della Toscana 2,7 per 1.000 nati vivi. La Liguria, con riferimento al 2007, rappresenta la regione con il tasso di mortalità neonatale più elevato.

Le regioni del Sud, per le quali si registrano, invece, i livelli di mortalità più elevati, sono Campania, Abruzzo, Puglia e Sicilia.

I valori registrati in Campania, Abruzzo e Sicilia sono pari, rispettivamente, a 5,8, 5,6 e 5,3 decessi di bambini stranieri nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; il dato relativo alla mortalità neonatale, riportando sempre valori più elevati della media per i Pfp m, è pari a 3,6 per 1.000 nati vivi in Campania e 4,5 per 1.000 nati vivi in Abruzzo. In Sicilia, il tasso assume, per la mortalità neonatale, livelli più contenuti, mentre, per la natura complementare del tasso, è la mortalità post-neonatale ad assumere valori più alti.

Anche per la regione Puglia i livelli della mortalità neonatale ed infantile per i bambini stranieri sono più

elevati della media nazionale (3,3 per 1.000 nati vivi). Non si rilevano, ad ogni modo, nella regione decessi di bambini stranieri oltre il primo mese di vita.

Le regioni dove i tassi risultano particolarmente bassi sono, soprattutto, quelle del Nord e del Centro: Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto,

Lombardia, ma anche Umbria, Lazio e Marche. Per alcune regioni, invece, per le quali per il 2006 (8) si rilevava un tasso più elevato, non si sono registrati tali picchi anche per il 2007; in questi casi si rilevano forti fluttuazioni dei tassi nel tempo.

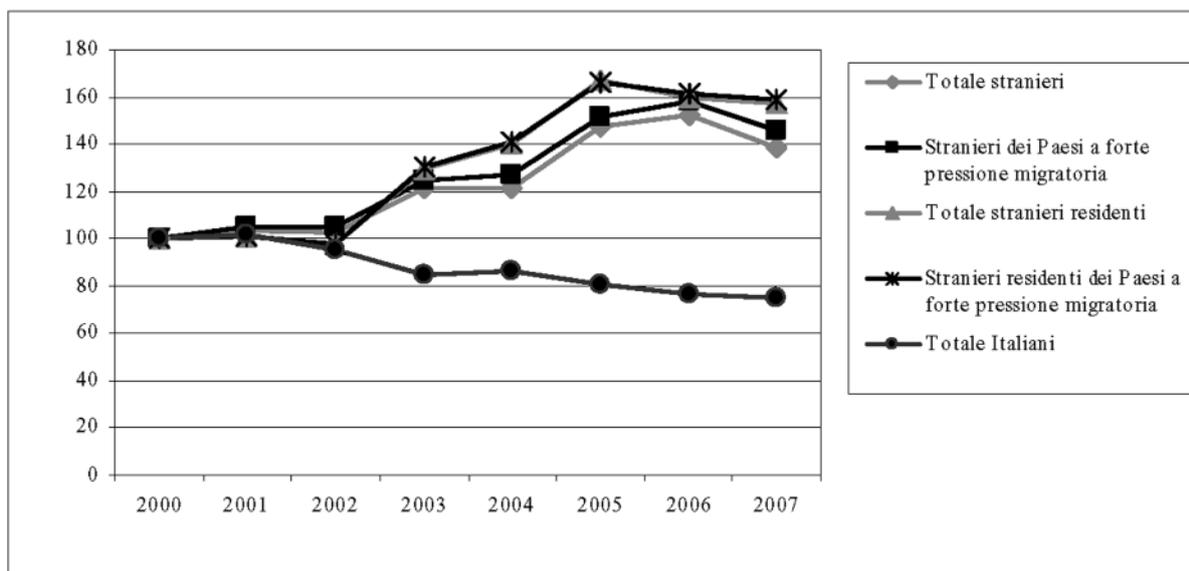
**Tabella 1** - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita: stranieri ed italiani a confronto - Anni 2003-2007

Anni di decesso	Stranieri		di cui: Paesi a forte pressione migratoria*		Italiani	
	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %
2003	275	66,2	267	66,3	1.860	72,9
2004	274	67,9	272	67,6	1.894	73,5
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
2006	344	70,6	339	71,1	1.687	74,9
2007	313	67,7	312	67,6	1.646	71,6
<b>Totale</b>	<b>1.539</b>	<b>68,6</b>	<b>1.515</b>	<b>67,8</b>	<b>8.862</b>	<b>73,1</b>

\*Il gruppo dei Pfm include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'UE.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine sulle cause di morte". Anno 2010.

**Grafico 1** - Numero indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per area di cittadinanza - Anni 2000-2007



**Nota:** Anno 2000=100

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine sulle cause di morte". Anno 2010.

**Tabella 2** - Tassi di mortalità neonatale ed infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia), per area di cittadinanza ed alcuni principali Paesi - Anni 2003-2007

Aree di cittadinanza	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)				
	2003	2004	2005	2006	2007
UE-14	2,3	2,3	2,3	2,0	1,9
Paesi di nuova adesione UE	3,7	2,7	4,6	3,0	1,7
<i>Romania</i>	3,2	2,9	4,4	3,1	2,0
Altri Paesi Europei	2,8	1,9	2,6	1,6	2,5
<i>Albania</i>	1,5	1,5	2,4	0,9	2,0
<i>Repubblica di Serbia–Montenegro*</i>	9,3	2,0	5,8	1,3	0,6
Africa	4,0	3,4	3,9	3,6	3,1
<i>Marocco</i>	3,6	2,9	3,5	3,5	2,7
America centro-meridionale	2,4	2,7	2,7	2,1	2,6
Asia	4,4	2,9	2,8	2,4	2,4
<i>Filippine</i>	6,8	6,0	3,1	1,9	2,6
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	3,2	1,8	2,2	1,8	1,5
<b>Stranieri</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>3,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>
<b>Italiani</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>

Mortalità infantile (nel primo anno di vita)					
UE-14	2,3	2,3	2,3	2,0	1,9
Paesi di nuova adesione UE	4,3	3,6	5,6	3,8	2,5
<i>Romania</i>	4,0	4,0	5,4	3,9	2,8
Altri Paesi Europei	3,9	2,8	3,6	2,4	3,2
<i>Albania</i>	2,6	2,0	3,0	1,8	2,7
<i>Repubblica di Serbia–Montenegro*</i>	10,3	4,7	7,3	1,3	1,3
Africa	6,5	5,0	5,7	4,9	4,7
<i>Marocco</i>	5,5	4,5	5,0	4,8	3,8
America centro-meridionale	5,4	4,2	3,7	2,5	4,1
Asia	6,8	4,7	3,9	3,9	3,7
<i>Filippine</i>	8,3	8,0	3,1	2,5	3,9
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	4,8	3,1	2,9	3,3	2,7
<b>Stranieri</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>6,1</b>	<b>4,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>
<b>Italiani</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>

\*A partire dal 2007 la Repubblica di Serbia e Montenegro costituiscono 2 Stati separati. Sono stati considerati accorpatis nella tabella per dare continuità alla serie storica.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su “Indagine sulle cause di morte”, “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”, “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2010.

**Tabella 3** - Tassi di mortalità neonatale ed infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia), per regione di residenza e macroarea - Anno 2007

Regioni	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)		Mortalità infantile (nel primo anno di vita)	
	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria
Piemonte	3,4	3,4	4,2	4,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	2,5	2,5	4,1	4,1
Trentino-Alto Adige	1,5	1,5	1,5	1,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	3,3	3,5	3,3	3,5
<i>Trento</i>	0,0	0,0	0,0	0,0
Veneto	2,2	2,2	3,9	3,9
Friuli Venezia Giulia	0,7	0,7	0,7	0,7
Liguria	4,7	4,8	4,7	4,8
Emilia-Romagna	3,3	3,3	4,0	4,0
Toscana	2,7	2,7	3,3	3,3
Umbria	0,8	0,8	2,4	2,4
Marche	1,8	1,9	3,7	3,7
Lazio	2,0	2,0	3,4	3,5
Abruzzo	4,4	4,5	5,5	5,6
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	3,6	3,6	5,7	5,8
Puglia	3,3	3,4	3,3	3,4
Basilicata	0,0	0,0	0,0	0,0
Calabria	0,0	0,0	1,6	1,6
Sicilia	2,6	2,6	5,2	5,3
Sardegna	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Nord-Ovest</i>	2,9	2,9	4,2	4,2
<i>Nord-Est</i>	2,4	2,5	3,5	3,5
<i>Centro</i>	2,1	2,1	3,3	3,4
<i>Sud</i>	3,0	3,0	4,2	4,3
<i>Isole</i>	2,2	2,2	4,4	4,4
<b>Stranieri residenti in Italia</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine sulle cause di morte", "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente", "Iscritti in anagrafe per nascita". Anno 2010.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'analisi dei dati si rileva un avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale degli italiani e stranieri nel complesso. Lo studio delle specificità delle singole aree di cittadinanza, però, mette in luce ancora alcune difficoltà alle quali devono far fronte le popolazioni immigrate coinvolte nel processo d'integrazione. Appaiono più penalizzate, in particolare, le popolazioni provenienti dai Pfp, nello specifico dalle aree africane ed asiatiche. L'analisi delle principali cause di morte non mette in luce forti differenziazioni con il "pattern" rilevato per gli italiani. Le principali cause, infatti, per tutti i decessi nel primo anno di vita, sono rappresentate, principalmente, da malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Livi Bacci M. (1999). Introduzione alla demografia, Loescher, Torino.  
 (2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La

mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia, in Ministero dell'Interno (a cura di), Primo Rapporto sugli immigrati in Italia, Roma.

(3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.

(4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004). La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97 - 120.

(5) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2009). Infant mortality among foreigners/non-nationals living in Italy in European Journal of Public Health (2009) Volume 19 suppl 1 - 2nd European Public Health Conference, Human ecology and public health. Lodz, 25-28 November 2009.

(6) Masuy-Stroobant G. (1997). Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut National d'études démographiques, Paris, Démographie: analyse et synthèse, Materiali di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.

(7) Pressat R. (sous la direction de) (1985). Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.

(8) Bruzzone S., Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute 2009. Salute degli immigrati - P. 248-251.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese ascrivibile alla popolazione straniera è sempre più significativo. Verranno qui analizzati i dati più recenti sugli stranieri iscritti in

Anagrafe per evidenziare qual è il peso percentuale di tale componente sul totale della popolazione a livello nazionale e regionale e qual è la composizione per cittadinanza della componente straniera regolare.

### *Percentuale della popolazione straniera residente*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente iscritta in Anagrafe}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione: in particolare le statistiche di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Inoltre, occorre tener presente che vengono considerati come stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana: sono esclusi, quindi, coloro che sono stati naturalizzati, mentre sono incluse le "seconde generazioni" ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno ancora la cittadinanza italiana. I residenti con doppia cittadinanza (di cui una italiana) sono inclusi nel contingente degli stranieri.

### *Descrizione dei risultati*

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per genere ed anno di nascita" emerge che, al 31 dicembre 2009, gli stranieri residenti in Italia superano ampiamente i 4 milioni di unità e rappresentano il 7,0% della popolazione residente (Tabella 1). Il trend di questo fenomeno appare, quindi, in crescita se si considera che nella precedente rilevazione il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 6,5%, l'anno precedente al 5,8%; al tempo stesso il ritmo di tale crescita appare più contenuto rispetto a quello del biennio precedente (1).

L'incidenza della presenza straniera regolare è assai diversificata sul territorio nazionale. In particolare, tale quota si attesta su valori più elevati rispetto a quello nazionale in molte regioni del Centro-Nord (si noti che in Emilia-Romagna, Umbria e Lombardia per la prima volta tale valore è pari o superiore al 10,0%). Al contrario, la presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno: meno di tre residenti su cento hanno una cittadinanza diversa da quella italiana in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

La composizione percentuale dei residenti per macro cittadinanza (Tabella 1) non si discosta da quella delineata negli anni precedenti. A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,6%) proviene da un Paese del continente europeo (ossia sia dell'Unione

Europea che dell'Europa centro-orientale, comprese la Turchia e Cipro). La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 22,0%, il 16,2% dei residenti proviene dall'area asiatica, mentre solo l'8,1% ha la cittadinanza americana (sia essa del Nord che dell'America centro-meridionale). Anche in questo caso è possibile evidenziare alcune peculiarità territoriali: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,7%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi del continente americano è sostenuta in Liguria (27,9%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza ed il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge il ruolo della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche nelle regioni del Mezzogiorno, degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini nel Lazio e delle cinesi in Toscana. Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità: ad esempio, i marocchini, i rumeni e gli albanesi rappresentano il 63,6% di tutti gli uomini stranieri residenti in Valle d'Aosta. Al contrario, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 30,9% delle straniere nella PA di Bolzano.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese al 1 gennaio 2009. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle

Aziende Sanitarie Locali (ASL), così come definite al 1 gennaio 2005, aggiornate al 31 giugno 2010, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da garantire l'equinumerosità delle classi. Dalla lettura del Cartogramma risulta

confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola, infatti, in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

**Tabella 1** - *Stranieri residenti (migliaia), composizione percentuale per macroarea di cittadinanza e quota degli stranieri residenti (per 100) per regione - Situazione al 31 dicembre 2009*

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza (%)					Stranieri residenti/ totale residenti (%)
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	377,2	59,9	7,2	25,0	7,9	0,0	8,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,2	49,7	4,8	37,7	7,7	0,1	6,4
Lombardia	982,2	38,4	21,4	27,5	12,6	0,1	10,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>39,2</i>	<i>67,9</i>	<i>14,6</i>	<i>12,8</i>	<i>4,5</i>	<i>0,1</i>	<i>7,8</i>
<i>Trento</i>	<i>46,0</i>	<i>65,4</i>	<i>9,1</i>	<i>18,6</i>	<i>6,9</i>	<i>0,0</i>	<i>8,8</i>
Veneto	480,6	55,7	16,9	23,4	4,0	0,1	9,8
Friuli Venezia Giulia	100,9	68,9	9,8	16,9	4,2	0,1	8,2
Liguria	114,3	46,2	8,3	17,5	27,9	0,1	7,1
Emilia-Romagna	461,3	48,4	17,2	30,0	4,3	0,0	10,5
Toscana	338,7	60,0	18,3	14,9	6,8	0,1	9,1
Umbria	93,2	66,2	6,9	18,0	8,9	0,1	10,4
Marche	140,5	57,8	16,0	20,8	5,4	0,0	9,0
Lazio	497,9	62,0	17,8	10,8	9,3	0,1	8,8
Abruzzo	75,7	72,7	9,8	11,7	5,6	0,1	5,7
Molise	8,1	69,9	8,1	16,0	5,9	0,1	2,5
Campania	147,1	61,3	15,2	18,0	5,3	0,1	2,5
Puglia	84,3	68,2	11,1	16,9	3,7	0,1	2,1
Basilicata	13,0	70,8	10,2	15,8	3,2	0,0	2,2
Calabria	65,9	64,6	12,0	20,3	2,9	0,2	3,3
Sicilia	127,3	46,0	20,0	30,3	3,5	0,2	2,5
Sardegna	33,3	55,1	16,2	22,9	5,6	0,2	2,0
<b>Italia</b>	<b>4.235,1</b>	<b>53,6</b>	<b>16,2</b>	<b>22,0</b>	<b>8,1</b>	<b>0,1</b>	<b>7,0</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2011.

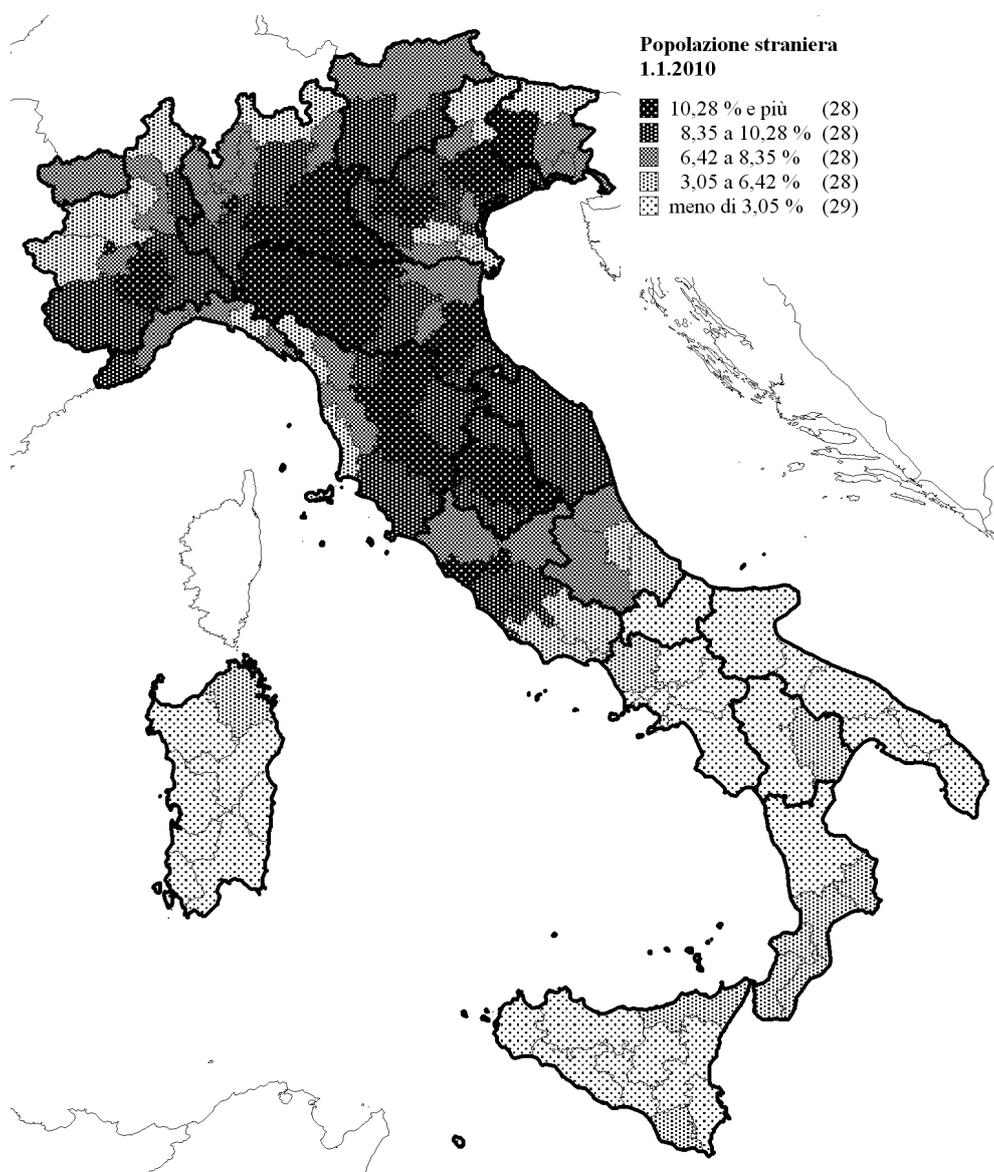
**Tabella 2** - Stranieri residenti (migliaia) per genere, cittadinanze prevalenti e regione - Situazione al 31 dicembre 2009

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine					
		Cittadinanza e peso % sul totale						Cittadinanza e peso % sul totale					
		Prima	Seconda	Terza			Prima	Seconda	Terza				
Piemonte	182,3	Rom. 33,4	Mar. 18,8	Alb. 12,9			Rom. 35,6	Mar. 14,5	Alb. 12,0				
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	Mar. 30,2	Rom. 19,9	Alb. 13,5			Mar. 24,5	Rom. 23,2	Alb. 11,4				
Lombardia	503,8	Rom. 12,7	Mar. 11,7	Alb. 10,4			Rom. 13,5	Mar. 12,4	Alb. 10,9				
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>18,8</i>	<i>Alb. 15,3</i>	<i>Ger. 10,5</i>	<i>Mar. 9,2</i>			<i>20,4</i>	<i>Ger. 12,7</i>	<i>Alb. 11,2</i>	<i>Mar. 7,1</i>			
<i>Trento</i>	<i>22,3</i>	<i>Alb. 16,6</i>	<i>Rom. 16,3</i>	<i>Mar. 11,4</i>			<i>23,7</i>	<i>Rom. 17,3</i>	<i>Alb. 13,3</i>	<i>Mar. 9,5</i>			
Veneto	244,0	Rom. 19,3	Mar. 13,1	Alb. 9,3			Rom. 21,1	Mar. 10,4	Alb. 8,2				
Friuli Venezia Giulia	50,8	Rom. 16,8	Alb. 13,3	Ser. 9,8			50,1	Rom. 19,2	Alb. 12,5	Ser. 8,5			
Liguria	53,9	Alb. 20,1	Ecu. 15,7	Mar. 13,6			60,5	Ecu. 19,8	Alb. 14,4	Rom. 12,3			
Emilia-Romagna	227,3	Mar. 16,3	Alb. 14,0	Rom. 12,0			234,0	Rom. 14,2	Mar. 13,0	Alb. 11,3			
Toscana	161,9	Alb. 22,3	Rom. 18,8	Mar. 9,6			176,8	Rom. 23,1	Alb. 16,9	Cina 7,7			
Umbria	42,9	Rom. 21,3	Alb. 20,7	Mar. 13,2			50,3	Rom. 25,9	Alb. 15,0	Mar. 8,3			
Marche	68,0	Alb. 17,4	Rom. 12,9	Mar. 11,8			72,5	Rom. 17,8	Alb. 14,3	Mar. 9,1			
Lazio	233,2	Rom. 37,1	Alb. 5,2	Fil. 5,0			264,8	Rom. 35,1	Fil. 6,8	Pol. 5,7			
Abruzzo	35,4	Rom. 25,0	Alb. 20,3	Mac. 8,7			40,3	Rom. 28,0	Alb. 15,3	Ucr. 6,9			
Molise	3,5	Rom. 33,4	Mar. 16,8	Alb. 12,3			4,6	Rom. 36,7	Mar. 9,8	Pol. 8,7			
Campania	61,3	Rom. 17,3	Mar. 13,7	Ucr. 12,4			85,8	Ucr. 29,9	Rom. 15,8	Pol. 9,4			
Puglia	39,5	Alb. 4,9	Rom. 18,9	Mar. 10,7			44,8	Rom. 25,9	Alb. 23,1	Pol. 5,8			
Basilicata	5,6	Rom. 34,5	Alb. 15,8	Mar. 13,4			7,4	Rom. 42,1	Alb. 10,2	Ucr. 8,3			
Calabria	29,4	Rom. 31,3	Mar. 21,6	Bul. 5,2			36,5	Rom. 31,1	Mar. 12,0	Ucr. 11,8			
Sicilia	60,8	Rom. 22,5	Tun. 17,4	Mar. 11,0			66,6	Rom. 30,9	Tun. 8,1	Mar. 7,2			
Sardegna	14,9	Rom. 20,6	Mar. 16,5	Sen. 12,9			18,4	Rom. 28,2	Mar. 9,1	Ucr. 7,3			
<b>Italia</b>	<b>2.063,4</b>	<b>Rom. 19,8</b>	<b>Alb. 12,3</b>	<b>Mar. 11,9</b>			<b>2.171,7</b>	<b>Rom. 21,6</b>	<b>Alb. 9,6</b>	<b>Mar. 8,4</b>			

**Legenda:** Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romaniaa; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2011.

**Popolazione straniera residente (per 100) iscritta in Anagrafe per ASL - Situazione al 1 gennaio 2010**



**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è andato aumentando notevolmente nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Oltretutto, gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani (con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari) e contribuiscono ampiamente all'aumento del numero delle nascite registrato negli anni più recenti

(si vedano l'indicatore "Nati da cittadini stranieri" ed il Capitolo "Popolazione"). È, quindi, quanto mai necessario che l'offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2010; Istat 2010.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Dal 2009, per la prima volta nell'ultimo decennio, si è assistito ad un decremento - seppur lieve - del numero complessivo di iscritti per nascita in Anagrafe (1). L'indicatore qui presentato ha come scopo quello di evidenziare il contributo che i cittadini stranieri danno alla natalità in Italia. In particolare, ci si soffermerà sulle principali caratteristiche demo-

grafiche e di cittadinanza della popolazione straniera interessata. Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove viene presentato il Tasso di fecondità totale e l'età media al parto delle straniere residenti, così come la quota di nati da madri straniere sul totale dei nati.

### Percentuale di nati con almeno uno dei genitori cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Denominatore} \quad \text{Nati in Italia}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo di questo indicatore può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza con riferimento ai soli nati vivi. Va, comunque, sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano, attualmente, un'entità numericamente molto contenuta (prossima ai 1.500 casi annui) rispetto al totale dei nati (2).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" (Modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale, per disporre di un'informazione più completa, si rende necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in Anagrafe" (Modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del relativo Paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra non include i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una frazione abbastanza elevata del totale. Tuttavia, attualmente, il dato sul Paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre attraverso il codice fiscale. Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Lo studio dell'andamento nel tempo del peso dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita appare di particolare interesse: dai dati emerge, infatti, un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con un solo che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta nel 2009 a poco più di 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia (nel 2008 tale valore era pari a 15,9%) (Grafico 1). Tuttavia, le differenze regionali sono notevoli e ricalcano, sostanzialmente, la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. In queste regioni la quota di nati da madre e padre stranieri presenta valori superiori al 21,0%. Al contrario, in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

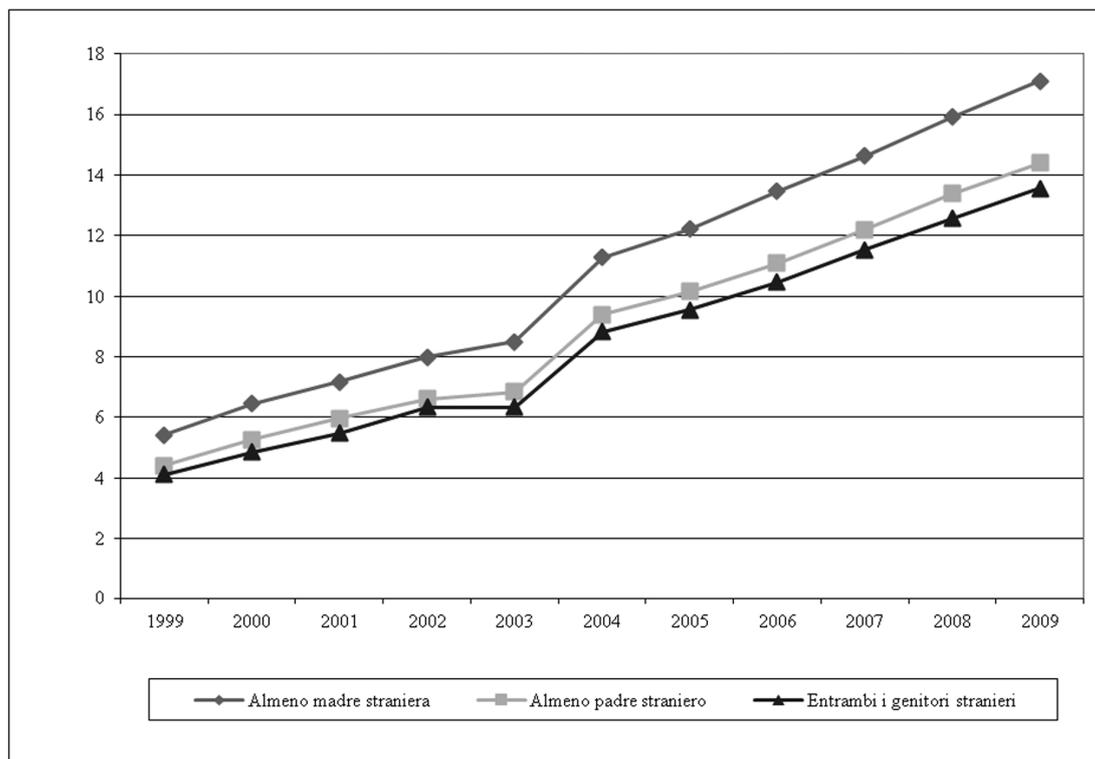
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati da almeno un genitore straniero per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 19,5% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,0% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (25,4% dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (20,4%). Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà territoriali molto variegata. Ad esempio, la quota di

nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (48,1%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (25,2%), specie se confrontata con il valore nazionale (4,9%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano da sole il 63,5% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2009 e proprio a queste comunità è imputabile circa il 66,9% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale ed al tempo stesso sono, insieme al

Marocco, responsabili del più alto numero (in termini assoluti) di nati stranieri. Al contrario, le comunità degli ucraini e dei polacchi si caratterizzano per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (ed in misura ancora più netta per i cittadini moldavi) che si è riscontrata la maggiore crescita in termini percentuali del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2000. Ciò è dovuto non tanto al cambiamento dei comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità, ma piuttosto alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano che, nel 2000, era particolarmente esigua. Occorre, inoltre, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche nell'indicatore "Fecondità della popolazione" del Capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2009



**Nota:** elaborazioni su dati della Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4), della Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3) e del Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

**Tabella 1** - Incidenza (per 100) dei nati con almeno un genitore straniero e da padre e madre entrambi stranieri per regione - Anno 2009

Regioni	Nati con padre italiano e madre straniera <sup>a</sup> (%)	Nati da padre straniero e madre italiana <sup>a</sup> (%)	Nati da padre e madre entrambi stranieri <sup>b</sup>
Piemonte	4,2	1,1	18,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,1	0,6	14,5
Lombardia	4,2	1,2	21,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,8</i>	<i>2,1</i>	<i>12,7</i>
<i>Trento</i>	<i>5,0</i>	<i>1,5</i>	<i>16,8</i>
Veneto	4,0	1,0	21,6
Friuli Venezia Giulia	4,2	0,9	16,5
Liguria	4,6	1,2	14,8
Emilia-Romagna	4,7	1,2	22,9
Toscana	4,4	1,0	17,3
Umbria	4,8	0,8	18,0
Marche	4,8	1,0	18,2
Lazio	4,1	1,1	12,3
Abruzzo	4,0	0,9	10,0
Molise	3,7	0,4	4,7
Campania	2,0	0,3	2,9
Puglia	1,5	0,4	2,9
Basilicata	2,4	0,2	3,4
Calabria	3,3	0,4	4,1
Sicilia	1,7	0,3	3,7
Sardegna	2,5	0,4	2,8
<b>Italia</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>13,6</b>

<sup>a</sup>Elaborazione su dati della Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4).

<sup>b</sup>Elaborazione su dati della Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale delle macroaree di cittadinanza dei nati stranieri per regione - Anno 2009

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	29,7	17,9	32,8	7,1	8,0	4,4	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,7	18,2	57,6	0,0	4,0	1,5	0,0
Lombardia	12,5	15,9	29,4	9,5	24,0	8,6	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>14,9</i>	<i>38,2</i>	<i>19,3</i>	<i>0,9</i>	<i>23,5</i>	<i>3,1</i>	<i>0,1</i>
<i>Trento</i>	<i>17,0</i>	<i>37,4</i>	<i>28,6</i>	<i>2,4</i>	<i>10,9</i>	<i>3,6</i>	<i>0,0</i>
Veneto	16,6	24,0	22,8	12,7	22,6	1,2	0,1
Friuli Venezia Giulia	18,9	32,9	15,4	16,0	14,9	1,3	0,5
Liguria	10,3	26,2	24,5	3,9	9,7	25,2	0,2
Emilia-Romagna	10,7	21,8	33,4	11,5	20,2	1,9	0,3
Toscana	16,9	31,6	17,3	5,8	24,9	3,4	0,1
Umbria	22,0	32,6	25,6	4,9	8,2	6,5	0,2
Marche	11,6	26,3	26,8	8,2	24,4	2,5	0,1
Lazio	48,1	12,2	8,5	3,9	21,6	5,5	0,3
Abruzzo	27,2	37,5	16,3	5,1	12,3	1,6	0,0
Molise	40,0	20,9	26,4	0,0	11,8	0,9	0,0
Campania	26,2	19,8	19,3	8,2	24,6	1,7	0,1
Puglia	25,0	34,1	18,7	4,7	16,5	0,9	0,0
Basilicata	36,5	21,6	25,7	1,2	15,0	0,0	0,0
Calabria	38,7	12,4	28,2	2,5	17,9	0,3	0,0
Sicilia	25,5	8,6	28,3	7,9	28,8	0,7	0,1
Sardegna	26,5	16,0	21,8	7,2	26,0	2,5	0,0
<b>Italia</b>	<b>19,5</b>	<b>21,0</b>	<b>25,4</b>	<b>8,6</b>	<b>20,4</b>	<b>4,9</b>	<b>0,1</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2000-2009 per le prime dieci collettività residenti - Anno 2009

Cittadinanze	Stranieri residenti (%)	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri (%)	Δ % della stima del numero dei nati stranieri (2000-2009)
Romania	21,0	13.380	17,4	1.315,9
Albania	11,0	9.263	12,0	145,2
Marocco	10,2	13.600	17,6	151,5
Cina Repubblica Popolare	4,4	5.176	6,7	168,6
Ucraina	4,1	877	1,1	2.149,3
Filippine	2,9	1.622	2,1	24,6
India	2,5	2.963	3,8	320,2
Polonia	2,5	713	0,9	192,1
Moldova	2,5	1.360	1,8	5.564,7
Tunisia	2,4	2.735	3,5	68,7
Altra	36,4	25.420	33,0	156,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>77.109</b>	<b>100,0</b>	<b>197,5</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2009 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nell'indicatore dedicato alla fecondità (Capitolo "Popolazione"), la crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione e valutazione delle attività sanitarie. È, infatti, emerso in diversi studi come sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (3).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anni 2009 e 2010. Statistiche. Report, 2011.
- (2) Istat. Bollettino mensile di statistica. Febbraio 2011.
- (3) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anni 2005, 2008.

## Abortività volontaria delle donne straniere

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può sicuramente essere utile al fine di creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tut-

to il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, per età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne straniere

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da cittadine straniere o donne nate all'estero	
Denominatore	Totale Interruzioni Volontarie di Gravidanza	
		x 100

### Tasso di abortività volontaria di donne straniere\*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne straniere	
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera	
		x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati".

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di non includere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non conteggiare le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di abortività delle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp), standardizzati per età, vengono confrontati con quelli delle cittadine italiane residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nel ricorso ai servizi ospedalieri.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009 delle 114.793 IVG rilevate a livello nazionale (con una sottostima dei casi per le regioni Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna), 38.806 (pari al 33,8%) hanno riguardato cittadine straniere e 43.194 donne nate all'estero (38,0%). L'andamento, in entrambi i casi, è sempre stato crescente fin dal 1995 (Grafico 1), anche se a partire dal 2006 la crescita sembra essere meno incisiva.

Tale percentuale ovviamente è fortemente legata alla

presenza straniera (Tabella 1). Le regioni con una quota più elevata di IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera (Veneto 45,5%, Marche 44,6%, Emilia-Romagna 43,9%), sono in genere quelle con una percentuale più elevata di donne straniere residenti. L'associazione è visibile anche con riferimento alle regioni in cui il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere è a livelli bassi (Molise 6,0%, Sardegna 13,0%, Puglia 14,9%).

Da qualche anno è ormai consolidato il primato delle donne rumene che rappresentano il 28,5% di tutte le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera. Seguono le donne albanesi con il 6,7% e quelle marocchine con 6,1%. Il resto delle cittadinanze è presente con una quota inferiore al 6%. C'è da sottolineare che la Romania, l'Albania e il Marocco sono i primi tre Paesi di provenienza delle donne straniere presenti in Italia.

La disponibilità di stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per genere, età e cittadinanza, rende possibile il calcolo di indicatori più specifici per valutare la propensione all'aborto. Sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti da Pfp, da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e donne con cittadinanza italiana.

La decrescita dei tassi di abortività volontaria in Italia (vedi "Abortività volontaria" del presente Rapporto Osservasalute) risulta confermata da tutti i sottogruppi di popolazione, pur con livelli molto diversi.

Le donne italiane risultano avere tassi più bassi rispetto alle straniere, qualunque sia il gruppo di cittadinanza considerato, e si evidenzia un calo dei tassi standardizzati del 9% circa per il periodo considerato (2003-2008) (Grafico 2).

Il secondo gruppo (donne provenienti da Psa) passa da un tasso pari a 10,8 ad uno uguale a 7,7 (per 1.000 donne di età 15-49 anni), con una differenza del 29%. Infine, le donne provenienti da Pfp sperimentano il calo maggiore (-35%), giustificato in parte dal fatto che i tassi di partenza sono davvero molto elevati, quindi, c'è un margine maggiore su cui poter agire. È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne Pfp sono 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2008 tale rapporto risulta uguale a 3,8. Per le donne Psa tali valori risultano rispettivamente uguali a 1,4 e 1,1, quindi, quasi si equivalgono. Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le

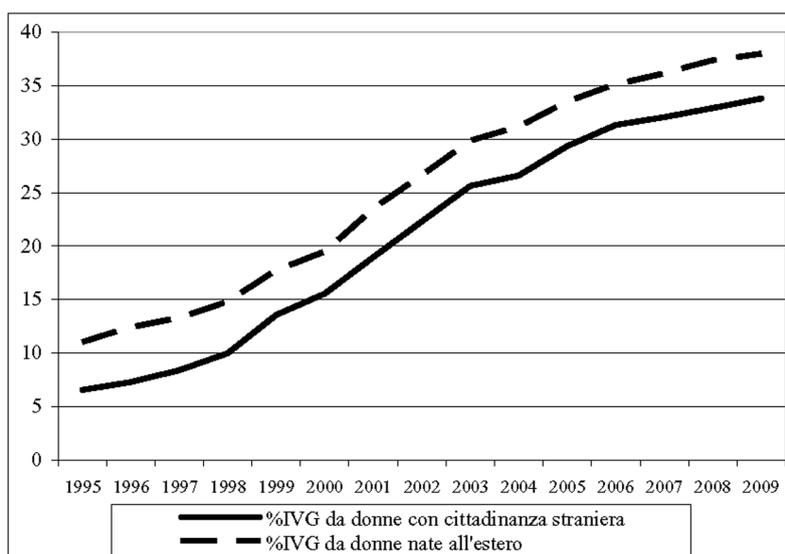
donne Pfp e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La composizione per età delle donne che sono ricorse all'IVG permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata (Grafico 3).

Osservando i dati dell'ultimo anno a disposizione, in tutti e tre i gruppi la classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere Pfp arrivano a quasi il 50 per 1.000: 4,8 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3,8).

Invece, per le donne straniere Psa la differenza maggiore che si riscontra con le donne italiane è nella classe di età più giovane (15-19 anni): i tassi sono 2,4 volte più elevati rispetto alla quasi uguaglianza se ci riferiamo al totale delle donne.

**Grafico 1** - Percentuale di IVG delle donne con cittadinanza straniera e delle donne nate all'estero - Anni 1995-2009



**Nota:** i dati delle seguenti regioni sono incompleti: Piemonte (anni 1995 e 1999), Friuli Venezia Giulia (anni 2005 e 2006), Lazio (anni 2005 e 2006), Abruzzo (anno 2009), Molise (anno 2005), Campania (anni 2002, 2005-2009), Basilicata (anno 2009), Calabria (anno 2008), Sicilia (anni 2004-2009), Sardegna (anni 2008, 2009).

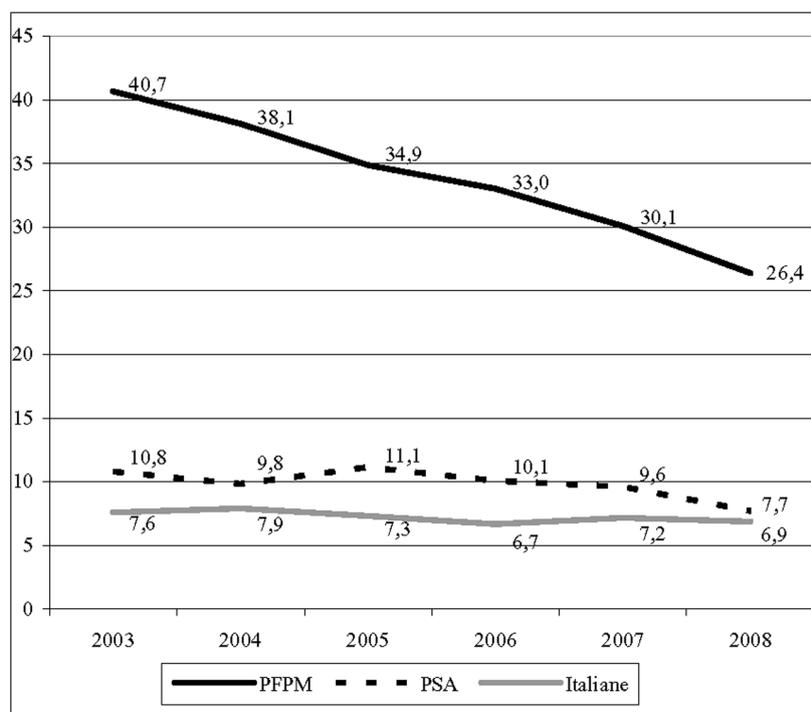
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

**Tabella 1** - Percentuale di IVG delle donne con cittadinanza straniera e percentuale delle donne con cittadinanza straniera residenti in Italia per regione - Anno 2009

Regioni	IVG da donne con cittadinanza straniera	Donne straniere residenti
Piemonte	40,63	7,85
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,65	6,20
Lombardia	43,70	8,71
Bolzano-Bozen	42,38	7,35
Trento	34,69	8,09
Veneto	45,53	8,84
Friuli Venezia Giulia	34,86	7,32
Liguria	39,42	6,53
Emilia-Romagna	43,85	9,43
Toscana	42,42	8,29
Umbria	43,82	9,89
Marche	44,56	8,24
Lazio	36,55	8,18
Abruzzo	26,40	5,35
Molise	6,01	2,52
Campania	15,90	2,56
Puglia	14,87	1,84
Basilicata	17,74	2,14
Calabria	19,90	3,16
Sicilia	15,54	2,31
Sardegna	13,00	1,89
<b>Italia</b>	<b>33,81</b>	<b>6,39</b>

**Nota:** per le IVG i dati delle seguenti regioni sono incompleti: Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna.

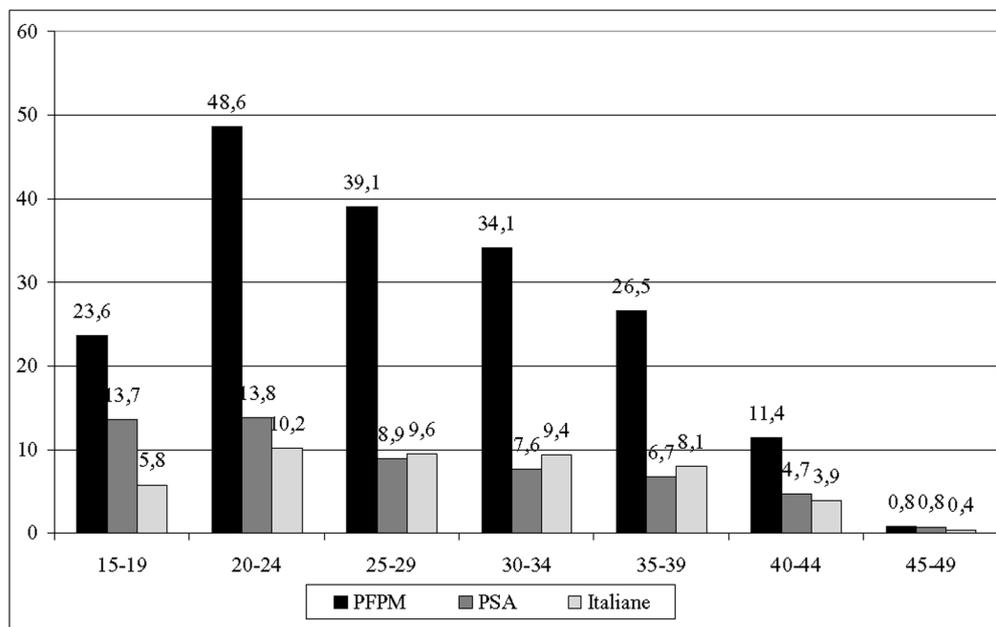
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza - Rilevazione sulla Popolazione residente straniera per sesso ed anno di nascita. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per gruppi di cittadinanza - Anni 2003-2008

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati, i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia (anni 2005 e 2006), Lazio (anni 2005 e 2006), Abruzzo (anno 2009), Molise (anno 2005), Campania (anni 2005-2009), Basilicata (anno 2009), Calabria (anno 2008), Sicilia (anni 2004-2009), Sardegna (anni 2008 e 2009).

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per classi di età e gruppi di cittadinanza - Anno 2008



**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come già messo in evidenza dal Ministero della Salute nell'annuale relazione al Parlamento sull'attuazione della legge per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (1), l'analisi "evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. Attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. È, inoltre, necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il *counselling* sulla procreazione responsa-

bile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane".

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2011), Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2009. Dati provvisori 2010. Roma: Ministero della Salute, 2011.
- (2) Istat (2011), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anni 2008 e 2009. Tavole di dati. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/45855>.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione degli stranieri consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri. In particolare, il tasso standardizzato per età permette di confrontare la frequenza del ricorso alle cure ospedaliere da parte dei cittadini stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfm)<sup>1</sup> rispetto agli italiani, al netto delle diversa struttura per età delle due popolazioni a confronto.

Nel calcolo dell'indicatore sono stati considerati solo i cittadini residenti (sia al numeratore che al denominatore). I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. Per la prima volta, quest'anno vengono presentati i dati, oltre che per alcuni grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC).

### Tasso di ospedalizzazione tra gli stranieri\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a forte pressione migratoria residenti in Italia	x 1.000
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a forte pressione migratoria residente in Italia	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione a livello nazionale, è pur sempre soggetta a distorsioni opportunistiche (collegate ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni) o, comunque, a generica inaccuratezza a carico delle variabili socio-demografiche e cliniche.

In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, in alcune regioni non viene sempre codificata correttamente: questo può determinare una misclassificazione di una certa quota di ricoveri, con probabile sottostima del numero assoluto di ricoveri a carico della popolazione straniera. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato nella SDO, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio; tale distorsione sembra essere di segno opposto rispetto a quella introdotta dalla cittadinanza, in quanto porterebbe ad includere in analisi alcuni ricoveri effettuati da stranieri presenti, ma non iscritti nelle liste anagrafiche o da stranieri irregolari. Nel calcolo dei tassi,

Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi omogenee.

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute. L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è stata prodotta da una collaborazione tra l'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori, ex Istituto degli Affari Sociali, e l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) a partire dai dati di fonte anagrafica e stato civile. Tali dati si riferiscono alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ .

il livello di inaccuratezza nelle variabili socio-demografiche può introdurre dei *bias*, soprattutto per effetto del disallineamento tra numeratore e denominatore. È pur vero che la qualità dei dati è andata progressivamente migliorando e, pertanto, i suddetti errori dovrebbero attenuarsi nel tempo.

Per quanto riguarda i denominatori, si sottolinea come i trend evidenziati a carico dei tassi di ospedalizzazione mostrano, in alcuni casi, delle oscillazioni che sembrano dipendere in gran parte da variazioni nell'ammontare della popolazione residente, per una tendenza a richiedere la residenza in Italia da parte dei cittadini stranieri, diversa nel tempo e da regione a regione.

Occorre, infine, sottolineare che l'analisi riportata di seguito fa riferimento a persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Questo limita la generalizzabilità dei risultati agli stranieri residenti (lasciando fuori i presenti non residenti e gli irregolari). Si tratta pur sempre della componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile - in termini di permanenza sul territorio - ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

<sup>1</sup>Si considerano a forte pressione migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai Pfp, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

### Descrizione dei risultati

Nel 2008, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati quasi 550 mila (pari al 4,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati per il 74,0% in regime di Ricovero Ordinario (RO) (Tabella 1).

Tra il 2003 ed il 2008 si è osservata una progressiva riduzione dei ricoveri in regime ordinario, da un totale di quasi 8,8 milioni a circa 8,1 milioni. Per contro, nello stesso periodo le degenze ordinarie a carico di cittadini stranieri hanno fatto registrare un incremento costante: da 278 mila a 404 mila (+45,0%). Il ritmo di crescita è stato sensibilmente più sostenuto tra gli stranieri da Pfp, la cui percentuale sul totale dei ricoveri è passata da 2,8% nel 2003 a 4,5% nel 2008.

Per quanto riguarda i Day Hospital (DH), si è osservato nel complesso un iniziale incremento dei ricoveri, da 3,6 milioni nel 2003 a quasi 4 milioni nel 2005, seguito da una diminuzione negli anni successivi, fino al raggiungimento nel 2008 di livelli più bassi rispetto al 2003. Tra gli immigrati, analogamente a quanto osservato per il RO, i ricoveri sono risultati in costante aumento, da circa 95 mila a 142 mila. Ancora una volta, l'aumento è stato più marcato tra gli immigrati da Pfp, che nel 2008 costituivano il 3,7% di tutti i ricoveri in DH.

Tali andamenti si prestano a una duplice interpretazione. Da una parte, si è registrato in questi anni un progressivo slittamento di quote rilevanti di casistica dal RO al DH e da quest'ultimo verso il *setting* ambulatoriale, per ragioni essenzialmente legate alla riorganizzazione dei servizi sanitari, in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa; d'altra parte, per gli immigrati ha pesato soprattutto l'incremento demografico e, dunque, l'aumento dei ricoveri deve essere essenzialmente posto in relazione al numero crescente di cittadini stabilmente soggiornanti nel nostro Paese.

La distribuzione dei ricoveri degli stranieri da Pfp nelle regioni presenta un'elevata variabilità (Tabella 2). La geografia delle dimissioni ospedaliere è fortemente determinata dalla presenza straniera nelle diverse aree del Paese (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud). Tuttavia, analizzando le singole regioni emergono delle realtà in cui la quota di pazienti immigrati da Pfp rispetto al totale dei ricoveri è più elevata e diversificata a seconda del regime di ricovero. In RO la percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai Pfp rispetto al totale delle dimissioni è sensibilmente più elevata del-

la media (4,5%) in Veneto, Emilia-Romagna ed Umbria. Per quanto riguarda il DH, rispetto al 3,7% registrato a livello Italia, la percentuale varia tra il 5,8-6,8% in Lombardia, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna.

La Tabella 3 consente di confrontare, per entrambi i generi, i tassi di ricovero (standardizzati per età) in RO ed in DH, tra Pfp e cittadini italiani. Il trend delle degenze ordinarie mostra una diminuzione costante dei tassi, tanto tra gli stranieri quanto tra gli autoctoni. Tra gli uomini, i valori osservati a carico dei Pfp si mantengono costantemente al di sotto di quelli degli italiani residenti (inferiori del 20-30%); tra le donne, i tassi dei Pfp, inizialmente più elevati rispetto a quelli delle italiane (+10,0% nel 2003), si sono successivamente avvicinati, attestandosi su livelli sostanzialmente simili. Anche per quanto riguarda i DH, i tassi dei Pfp sono diminuiti nel tempo, mantenendosi costantemente più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti per entrambi i generi, ma con divari più marcati negli uomini. Tali divari si sono, inoltre, accentuati nel tempo, sia negli uomini che nelle donne.

In tutti gli anni e per le due tipologie di ricovero, si è registrata tra i Pfp una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini, per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto, abortività volontaria). L'andamento per età dei tassi di dimissione ospedaliere in RO (Grafico 1) conferma per gli uomini valori più bassi negli stranieri residenti rispetto agli italiani; tale divario tende ad aumentare con l'età e diventa più rilevante a partire dalle età adulte. Le differenze sono ancora più marcate in regime di DH (Grafico 2).

Per le donne risulta evidente un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri, sia ordinari che diurni, in corrispondenza delle classi di età relative al periodo riproduttivo. Nelle altre età, le differenze tra le due popolazioni sono piuttosto contenute in RO, mentre il ricorso al DH è sensibilmente più frequente tra le italiane.

Approfondendo l'analisi tra i maggiorenni per diagnosi principale alla dimissione in RO ed in DH (Tabelle 4 e 5), si conferma l'elevato ricorso all'ospedalizzazione da parte delle donne provenienti da Pfp, per motivi legati alla riproduzione: i tassi standardizzati nel 2008 sono risultati 1,6 volte più elevati rispetto a quelli delle cittadine italiane in RO (si tratta essenzialmente di parti) e 2,6 volte in DH (in prevalenza Interruzioni Volontarie di Gravidanza). Al secondo posto troviamo le infezioni dell'apparato genitourinario, sia in ordinario (6,0%) che in DH (12,0%), condizioni legate probabilmente a condizioni di vita e di igiene meno protette.

Per quanto riguarda gli uomini, la causa più frequente di ricovero in regime ordinario è rappresentata dai traumi (20,0%). Seguono le malattie dell'apparato digerente (14,4%), soprattutto a carico del tratto intestinale, e le malattie del sistema circolatorio (11,6%).

In DH, si osservano ai primi posti le malattie dell'apparato digerente (13,3%, in larga parte interventi di ernia inguinale), quelle a carico del sistema osteomuscolare e connettivo (11,8%, tra cui degenerazioni della colonna vertebrale e delle articolazioni, e connettivopatie) ed i cosiddetti "fattori che influenzano lo stato di salute" (11,3%, prevalentemente chemioterapie).

Una considerazione più generale riguarda l'andamento dei tassi di ospedalizzazione per patologia ed il confronto tra Pfpim ed italiani: complessivamente, i valori sono diminuiti nel tempo, sia in regime di RO che in DH (dati non riportati in tabella), ad indicare che il processo di de-ospedalizzazione ha interessato tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di cittadinanza. Rispetto alla popolazione italiana, i tassi dei pazienti da Pfpim risultano quasi sempre più bassi, confermando il dato complessivo di un ridotto accesso alle strutture ospedaliere da parte di questa popolazione.

Focalizzando l'attenzione sulle cittadinanze per le quali è più elevata la presenza nel nostro Paese, si conferma tra il 2003 ed il 2008 una diminuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera, sia in regime di RO che in DH (Tabelle 6 e 7).

Nel 2008, rispetto al tasso di ospedalizzazione in regime ordinario riferito al complesso degli stranieri da Pfpim, i tassi per le cittadinanze selezionate sono risultati più bassi, ad eccezione del Marocco che, in particolare tra le donne, ha fatto registrare un tasso pari a 152,6 per 1.000 (contro 126,6 per 1.000 del totale Pfpim). Si rileva, inoltre, un tasso standardizzato particolarmente basso per le persone con cittadinanza cinese. In DH, oltre a confermarsi la bassa ospedalizzazione dei cinesi, il ricorso all'ospedalizzazione si mantiene significativamente più basso rispetto a quello dei cittadini italiani.

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali) per regime di ricovero e provenienza - Anni 2003-2008

Provenienza	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stranieri da Psa*	33.265	33.728	33.789	35.475	35.449	34.725	8.284	9.191	10.347	9.906	9.610	9.122
di cui residenti in Italia (%)	50,0	52,9	54,0	55,6	56,6	57,4	81,0	83,0	84,8	84,9	85,4	86,3
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da Pfpim	245.114	267.564	295.162	327.162	347.819	369.510	86.269	102.389	113.729	122.777	126.310	132.812
di cui residenti in Italia (%)	79,5	81,7	82,3	82,1	83,0	85,3	79,3	81,3	81,1	80,5	82,9	85,8
% sul totale	2,8	3,1	3,4	3,8	4,2	4,5	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7
<b>Totale ricoveri</b>	<b>8.799.495</b>	<b>8.709.500</b>	<b>8.587.521</b>	<b>8.527.212</b>	<b>8.272.500</b>	<b>8.122.885</b>	<b>3.628.309</b>	<b>3.877.944</b>	<b>3.985.600</b>	<b>3.917.701</b>	<b>3.653.613</b>	<b>3.564.606</b>
di cui residenti in Italia (%)	99,2	99,3	99,1	99,1	99,0	99,1	99,4	99,5	99,4	99,3	99,3	99,4
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali) di stranieri da Pfp per regime di ricovero e regione - Anno 2008

Regioni	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	N	% sul totale	N	% sul totale
Piemonte	29.843	5,9	14.316	4,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	787	5,2	230	3,8
Lombardia	92.240	6,5	25.931	5,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.989</i>	<i>4,9</i>	<i>1.114</i>	<i>4,1</i>
<i>Trento</i>	<i>4.111</i>	<i>6,6</i>	<i>1.635</i>	<i>6,0</i>
Veneto	39.799	6,8	11.448	5,4
Friuli Venezia Giulia	8.238	5,3	2.954	5,8
Liguria	11.995	5,6	7.676	5,0
Emilia-Romagna	43.942	6,8	13.703	6,8
Toscana	24.703	5,7	10.530	5,0
Umbria	8.504	7,4	2.955	5,4
Marche	10.377	5,0	2.529	3,2
Lazio	44.570	5,4	21.125	5,3
Abruzzo	6.168	3,2	2.079	2,7
Molise	376	0,7	112	0,5
Campania	14.291	1,8	5.369	1,2
Puglia	8.411	1,3	1.946	0,9
Basilicata	112	0,2	50	0,1
Calabria	5.510	2,2	2.152	1,7
Sicilia	9.136	1,4	4.233	1,0
Sardegna	2.408	1,1	725	0,8
<b>Italia</b>	<b>369.510</b>	<b>4,5</b>	<b>132.812</b>	<b>3,7</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

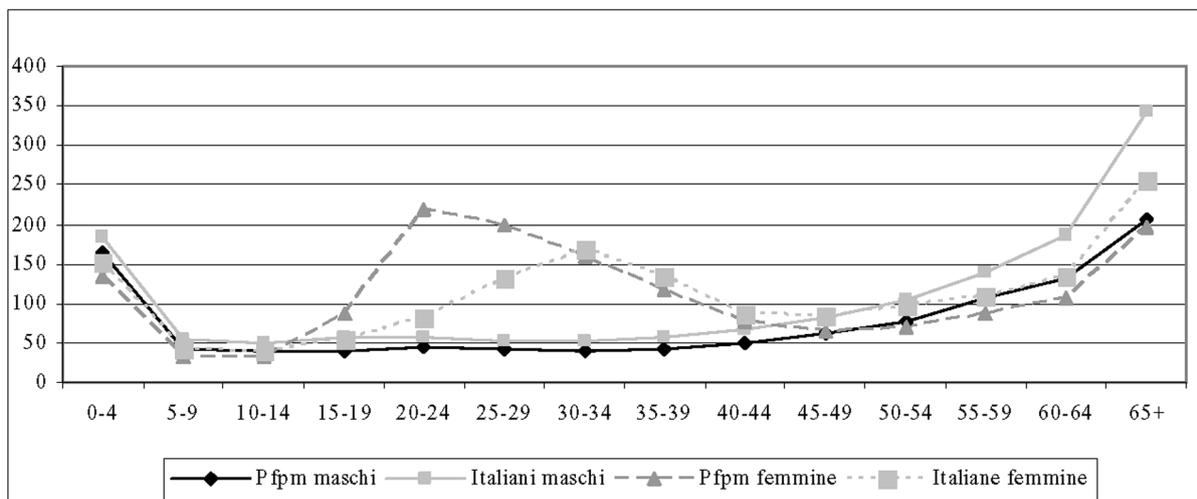
**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2008

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani
2003	93.069	122,7	154,3	152.045	162,5	148,2	25.016	40,9	61,1	61.253	62,4	64,5
2004	98.502	108,1	149,8	169.062	145,6	146,1	29.781	43,5	64,5	72.608	63,1	68,2
2005	105.278	101,5	146,3	189.884	141,5	142,6	33.321	37,7	66,1	80.408	57,7	69,6
2006	114.220	100,5	142,9	212.942	141,4	141,1	35.519	32,7	64,4	87.258	52,9	67,6
2007	120.192	94,3	137,0	227.627	133,7	135,7	36.522	29,9	60,2	89.788	47,1	62,2
2008	126.648	91,5	132,8	242.862	126,6	132,9	39.543	28,6	58,6	93.269	44,5	60,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

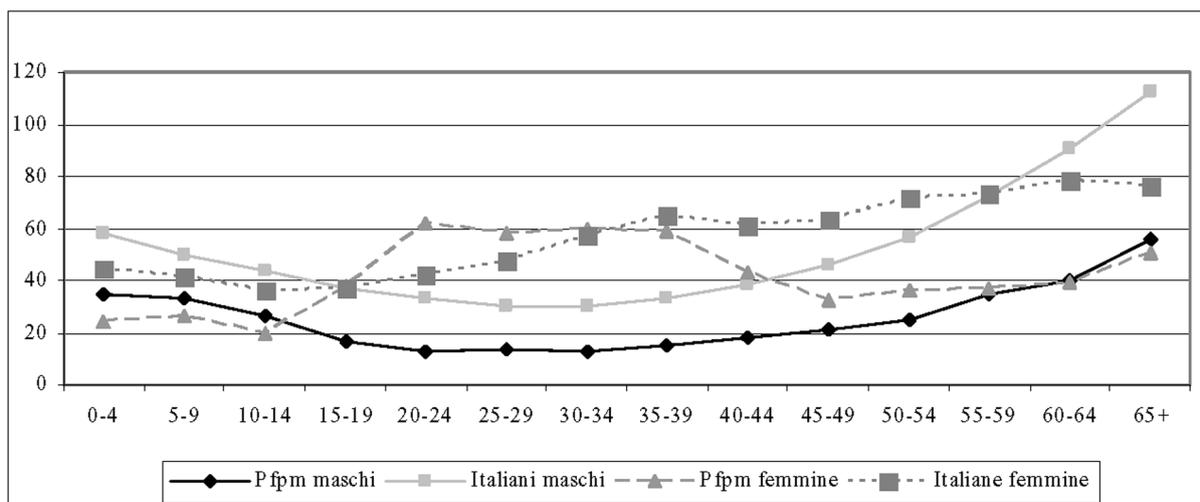
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in RO per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2008



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in DH (Distretto di Roma) per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2008



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 4** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp di 18 anni ed oltre in RO per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2008

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani
Non indicato	31	0,0			50	0,0		
I - Malattie infettive e parassitarie	3.551	5,2	2,8	2,1	2.430	1,3	2,1	1,5
II - Tumori	3.473	5,1	9,3	16,2	9.181	5,0	10,2	13,5
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	1.252	1,8	2,0	2,5	1.878	1,0	2,7	3,7
IV - Malattie sangue ed organi ematopoietici	441	0,6	0,8	1,1	946	0,5	1,2	1,2
IV.1 - Anemie	299	0,4	0,7	0,8	704	0,4	0,9	0,9
V - Disturbi psichici	2.741	4,0	2,0	4,0	3.300	1,8	2,2	3,8
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	3.335	4,9	4,2	6,3	3.327	1,8	4,1	5,9
VI.4 - Epilessia	463	0,7	0,4	0,5	297	0,2	0,3	0,4
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.044	1,5	1,8	2,4	838	0,5	1,6	2,0
VI.8 - Malattie dell'orecchio	840	1,2	0,7	0,9	1.095	0,6	1,0	1,0
VII - Malattie sistema circolatorio	7.996	11,6	21,6	33,6	5.945	3,2	14,8	20,5
VII.2 - Malattie del cuore	5.350	7,8	14,8	22,0	3.302	1,8	9,2	12,1
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	6.089	8,9	9,1	12,5	4.364	2,4	6,6	7,3
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2.505	3,6	3,3	3,5	2.088	1,1	2,4	2,4
VIII.2 - BPCO	458	0,7	1,7	2,4	370	0,2	1,3	1,1
VIII.3 - Asma	326	0,5	0,2	0,1	301	0,2	0,3	0,2
IX - Malattie apparato digerente	9.898	14,4	11,7	15,8	10.938	6,0	11,7	11,6
IX.6 - Disturbi tratto intestinale inferiore (incl. appendicite)	3.500	5,1	2,9	3,5	2.905	1,6	2,5	3,0
X - Malattie apparato genito-urinario	3.506	5,1	6,2	9,1	11.922	6,5	9,1	10,0
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	108.401	59,1	50,0	31,1
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.021	1,5	1,0	1,6	701	0,4	0,8	1,2
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5.047	7,4	5,2	9,6	4.679	2,6	6,8	10,5
XIV - Malformazioni congenite	591	0,9	0,5	0,7	729	0,4	0,5	0,8
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	2	0,0	0,0	0,0	8	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.548	5,2	4,7	7,0	4.833	2,6	5,2	5,6
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	13.742	20,0	10,2	13,1	6.095	3,3	7,5	10,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.376	3,5	3,8	6,8	3.748	2,0	4,7	6,7
<b>Totale</b>	<b>68.640</b>	<b>100,0</b>	<b>95,2</b>	<b>142,1</b>	<b>183.475</b>	<b>100,0</b>	<b>140,3</b>	<b>145,7</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 5** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp di 18 anni ed oltre in DH per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2008

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani
Non indicato	10	0,0			18	0,0		
I - Malattie infettive e parassitarie	1.907	8,4	1,3	1,4	1.844	2,7	1,1	0,9
II - Tumori	1.757	7,7	3,6	7,9	3.914	5,6	3,9	6,8
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	551	2,4	0,8	2,4	1.018	1,5	1,0	3,0
IV - Malattie sanguine ed organi ematopoietici	296	1,3	0,4	0,9	652	0,9	0,6	1,1
IV.1 - Anemie	157	0,7	0,2	0,6	485	0,7	0,5	0,9
V - Disturbi psichici	212	0,9	0,3	0,6	367	0,5	0,2	0,8
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	1.908	8,4	4,4	8,6	2.769	4,0	5,3	9,1
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.297	5,7	3,9	6,7	1.613	2,3	4,4	6,2
VII - Malattie sistema circolatorio	1.769	7,8	2,2	5,9	2.926	4,2	2,8	4,6
VII.5 - Malattie delle vene ed organi linfatici	1.263	5,6	0,9	1,8	2.437	3,5	1,9	2,1
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	1.010	4,4	0,8	1,9	938	1,3	0,6	1,3
VIII.1 - Infezioni respiratorie	277	1,2	0,2	0,3	354	0,5	0,2	0,3
IX - Malattie apparato digerente	3.034	13,3	3,5	7,0	2.091	3,0	1,7	3,7
IX.5 - Ernia addominale	1.708	7,5	2,2	3,6	450	0,6	0,4	0,5
X - Malattie apparato genito-urinario	1.633	7,2	1,9	4,4	8.356	12,0	5,5	8,8
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	33.592	48,3	15,6	6,1
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	-	28.841	41,5	13,4	4,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	941	4,1	0,7	2,0	837	1,2	0,7	1,4
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.684	11,8	2,2	5,1	2.917	4,2	2,8	5,8
XIV - Malformazioni congenite	143	0,6	0,1	0,3	346	0,5	0,2	0,4
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	303	1,3	0,4	1,2	420	0,6	0,3	1,0
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	2.020	8,9	1,3	2,2	996	1,4	0,8	1,5
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.567	11,3	4,7	8,9	5.506	7,9	5,6	8,3
<b>Totale</b>	<b>22.745</b>	<b>100,0</b>	<b>28,5</b>	<b>60,7</b>	<b>69.508</b>	<b>100,0</b>	<b>48,8</b>	<b>64,4</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 6** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di residenti in Italia in RO per genere e principali cittadinanze - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std
<i>Romania</i>						
2003	9.309	65,3	126,9	18.670	69,0	172,5
2008	21.508	78,6	80,7	48.031	82,6	113,0
<i>Albania</i>						
2003	13.250	79,6	97,0	18.307	83,9	141,8
2008	16.081	87,6	81,6	25.413	91,0	124,2
<i>Marocco</i>						
2003	14.777	81,3	94,8	16.594	91,3	161,5
2008	17.692	86,9	92,6	28.293	93,7	152,6
<i>Cina</i>						
2003	3.107	79,2	73,9	6.833	78,9	126,0
2008	4.215	82,8	47,6	10.951	80,1	92,9
<i>Ucraina</i>						
2003	1.377	54,8	161,0	6.688	66,4	140,1
2008	2.342	68,7	68,4	10.142	79,5	94,5
<i>Stranieri da Pfp</i>						
2003	93.069	76,8	122,7	152.045	81,2	162,5
2008	126.648	82,1	91,5	242.862	86,9	126,6
<i>Italiani</i>						
2003	4.043.144	99,9	154,3	4.477.972	99,9	148,2
2008	3.649.059	99,9	132,8	4.069.591	99,9	132,9

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 7** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di residenti in Italia in DH per genere e principali cittadinanze - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std
<i>Romania</i>						
2003	2.437	80,3	87,8	10.351	62,4	96,7
2008	6.775	90,5	26,4	22.374	83,2	46,1
<i>Albania</i>						
2003	3.512	82,9	28,7	5.341	82,8	43,0
2008	5.593	90,7	26,3	8.287	92,4	41,0
<i>Marocco</i>						
2003	3.319	90,3	32,4	4.443	89,7	56,3
2008	4.679	91,5	27,8	6.789	89,9	38,0
<i>Cina</i>						
2003	645	88,7	16,7	2.027	84,0	40,9
2008	849	88,6	10,7	3.806	82,5	32,6
<i>Ucraina</i>						
2003	342	73,1	47,8	3.921	59,8	65,6
2008	830	75,1	25,4	5.433	77,0	40,0
<i>Stranieri da Pfp</i>						
2003	25.016	85,1	40,9	61.253	77,0	62,4
2008	39.543	89,2	28,6	93.269	84,4	44,5
<i>Italiani</i>						
2003	1.620.581	100,0	61,1	1.913.175	99,9	64,5
2008	1.617.419	100,0	58,6	1.805.253	100,0	60,2

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I livelli di ospedalizzazione degli stranieri Pfp<sub>m</sub> si mantengono generalmente più bassi in confronto agli italiani, soprattutto tra gli uomini ed in DH, confermando la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in misura minore, spesso per ragioni legate alla fisiologia della riproduzione o per cause accidentali (traumi). Tale quadro sarebbe in parte una conseguenza dell'effetto migrante sano a carico della popolazione immigrata, ma potrebbe anche dipendere dalla persistenza di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso.

Rimane di difficile lettura il dato secondo cui i tassi di ospedalizzazione dei Pfp<sub>m</sub>, contrariamente a quanto era possibile attendersi in base a dinamiche demografiche tendenti ad una maggiore integrazione della popolazione immigrata residente nel tempo, si sono, invece, progressivamente distanziati da quelli degli italiani. Il fenomeno potrebbe, in parte, dipendere da un significativo aumento di specifici gruppi di popolazione (in particolare, cittadini rumeni) che, soprat-

tutto negli ultimi anni, avrebbero "diluito" di fatto gli effetti di una stabilizzazione, anche sotto il profilo sanitario. Peraltro, non può escludersi che quanto osservato sia piuttosto frutto di un *bias*: un certo numero di ricoveri di stranieri non residenti, classificati erroneamente come ricoveri di residenti, potrebbe aver determinato una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione degli immigrati, soprattutto nei primi anni della serie temporale analizzata; successivamente, il miglioramento nella qualità dei dati potrebbe aver attenuato l'entità della misclassificazione, portando così ad un apparente allontanamento dei tassi tra Pfp<sub>m</sub> ed italiani. In ogni caso, il dato evidenziato appare meritevole di ulteriori approfondimenti ed analisi.

Dal punto di vista della Sanità Pubblica, continuano a persistere alcune aree di particolare criticità, specialmente il ricorso elevato alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, verso cui orientare gli interventi e, più in generale, le scelte di politica sanitaria in favore di un maggiore accesso ai servizi ed alle misure di prevenzione.

## Mortalità per causa tra gli stranieri

**Significato.** Nel presente lavoro, partendo dai dati assoluti sui decessi oltre il primo anno di vita, riportati in serie storica per il complesso degli stranieri in Italia, distinti in residenti e non residenti, sono stati costruiti ed analizzati i tassi di mortalità standardizzati oltre il primo anno di vita e per la classe di età 18-64 anni, disaggregati per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del

livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

Più precisamente, al fine di raggiungere un sufficiente grado di comparabilità a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

### Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e che utilizza la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce ad un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche.

L'analisi della mortalità è stata circoscritta alla popolazione straniera residente in Italia, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

Per la prima volta, in questa edizione del Rapporto Osservasalute, è stato possibile utilizzare stime della popolazione straniera media residente, per il periodo 2003-2008, dettagliate per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico progetto. L'esigenza di produrre delle stime "ufficiali" della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce a seguito dell'allargamento dell'Unione

Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004 e, successivamente, a 27 Paesi nel 2007. Dopo l'inclusione, infatti, dei nuovi 12 Paesi, allargamento completato a partire da gennaio 2007, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari ed utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.

Prima della diffusione delle stime sopra citate, infatti, si disponeva solamente di alcune fonti che dovevano essere combinate per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di cittadinanza, la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per Paese di cittadinanza, ed i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono ad iscriversi all'Anagrafe del comune di dimora abituale. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenni.

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del migrante sano; il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di

chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un ulteriore effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero, infatti, sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia, certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

Nell'insieme emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, che in alcuni casi ha portato a limitare le analisi ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, per i quali la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa. In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità ed alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti e all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

Nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati riportati i tassi di mortalità anche per gruppi di cause di decesso riferiti all'anno 2008, il più recente disponibile.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale ed il dato italiano per i tassi complessivi, tra genere ed aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

### **Descrizione dei risultati**

Nel periodo di osservazione 1992-2008, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 61.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +8,2% per i residenti, del +4,4% per i non residenti, del +6,4% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp): +12,4% tra i residenti, +8,8% tra i non residenti, +10,8% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2008 si sono verificati 5.380 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 3.247 residenti e 2.133 non residenti. Di questi la quota di cittadini dei Pfp rappresenta la maggioranza: 4.041

sono gli stranieri con cittadinanza dei Pfp di cui 2.546 residenti e 1.495 non residenti.

Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, superati puntualmente dalla proporzione di residenti negli anni successivi (la quota degli stranieri residenti per il 2008 è pari al 60,35% ed al 39,65% per i non residenti, 63,00% e 37,00% le proporzioni, invece, per residenti e non residenti dei Pfp). Elemento fondamentale per l'inversione di tendenza tra le proporzioni di decessi di residenti e non residenti stranieri in Italia è rappresentato dall'allargamento dell'UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di dieci nuovi Paesi e nel 2007 con l'ingresso degli ultimi due Paesi candidati Romania e Bulgaria. L'inclusione tra i Paesi dell'UE ha dato origine ad un effetto moltiplicatore, avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Pfp. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti, essenzialmente, ai decessi dei cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato (Psa), caratterizzati da una struttura per età più anziana, ed a quelli degli stranieri non residenti dei Pfp, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2008 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della presenza della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza nel Nord-Ovest e nel Centro. Passando ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti al Nord, in particolare al Nord-Ovest ed al Centro (Tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini, valori superiori al tasso medio di riferimento rappresentato dal valore totale (18,85 decessi per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano nella PA

di Bolzano (29,77 per 10.000), in Liguria (24,11 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia, PA di Trento ed in Veneto (oltre 21,00 per 10.000), ma anche in Umbria, Lazio, Marche, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta e Campania, tutte con valori compresi tra circa 19-21 (per 10.000). Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 12,78 decessi (per 10.000) straniere residenti. Per il contingente femminile è il Nord-Ovest (14,77 per 10.000) ad assumere i livelli più alti del tasso. In particolare, emerge la Liguria con 17,79 decessi ogni 10.000 cittadine straniere residenti nella regione ed il Piemonte-Valle d'Aosta (15,33 decessi per 10.000). Per il Nord-Est è la PA di Bolzano ad assumere i valori più elevati del tasso. Tra le regioni del Sud, è la Calabria ad attestarsi sui livelli più alti (17,75 per 10.000) e molto vicini a quelli degli uomini (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Utilizzando le stime della popolazione straniera residente per genere, singolo anno di età e Paese di cittadinanza è stato possibile ricalcolare, con i nuovi denominatori, i tassi di mortalità standardizzati per aree di cittadinanza e per la serie temporale 2003-2008, periodo per il quale è stata fornita la ricostruzione della popolazione. Un'analisi più dettagliata per causa di decesso è, invece, presentata per l'anno di riferimento 2008, ultimo disponibile per i dati di mortalità e popolazione (Tabelle 3 e 4). Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2008, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. La popolazione italiana residente per età, genere, proveniente dalla rilevazione Istat sulla popolazione residente è stata ricalcolata sottraendo l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo di rischi relativi per ciascuna area di cittadinanza (Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/Tassi italiani).

Il confronto tra gli anni del periodo 2003-2008 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ed un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei Psa e dei Pfp sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media annua percentuale pari a circa il -2%. Isolando i Paesi di nuova adesione, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato e, comunque, una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità (circa +10%). Anche per gli ita-

liani i tassi di mortalità tendono a diminuire nel periodo 2003-2008 (-3,4%). Per quanto riguarda le donne si registra una variazione percentuale media annua negativa, ma molto contenuta per i Psa (+0,4%). Per i Pfp e per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registra una diminuzione dei tassi di mortalità standardizzati per la classe 18-64 anni (-4,4% e -1,1%). Anche per le italiane la diminuzione rilevata è consistente ed è pari a -2,6%. Analizzando i Rischi Relativi per ciascuna area di cittadinanza emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, per entrambi i generi, per tutto il periodo considerato 2003-2008 e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale indicatore raggiunge mediamente per gli uomini livelli tra 0,6-0,8 per i Pfp e tra 0,5-0,4 per i Psa. Se si considerano i soli Paesi di nuova adesione UE, invece, escludendo Malta e Cipro, verificiamo che sempre per il genere maschile il Rischio Relativo assume valori più oscillatori, con un picco di 1,1 nel 2005. Tale fenomeno può essere presumibilmente spiegato da una più massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004 dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE ed ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del Rischio Relativo.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2008, i tassi sono stati standardizzati per la classe 18-64 anni, i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità ed Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la decima revisione (ICD10), i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4.

Per gli stranieri con cittadinanza dei Paesi a sviluppo avanzato si rileva che le Cause esterne ed i Tumori rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato. Per quanto concerne i Tumori si registra uno svantaggio delle donne rispetto agli uomini (3,08 e 2,72 per 10.000). Le Malattie del Sistema Circolatorio rappresentano la terza causa di morte per i Psa, in questo caso con un netto svantaggio per gli uomini.

Anche per i Pfp, le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause violente e Malattie del Sistema Circolatorio, ma con livelli dei tassi standardizzati più alti e, comunque, a svantaggio del genere maschile (Tabella 4). Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori e per le Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi, seguite da

Malattie del Sistema Circolatorio. Per i Pfm e per i Paesi di nuova adesione UE si registrano livelli dei Rischi Relativi rispetto agli italiani superiori all'unità (1,3 per gli uomini e 1,6 per le donne) in corrispon-

denza dell'insieme delle cause esterne di morbosità e mortalità e 1,2 per le sole donne in corrispondenza delle malattie infettive e parassitarie.

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e percentuali) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2008

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			Totale stranieri deceduti in Italia (%)	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
<b>Totale</b>	<b>30.274</b>	<b>30.747</b>	<b>61.021</b>	<b>49,61</b>	<b>50,39</b>

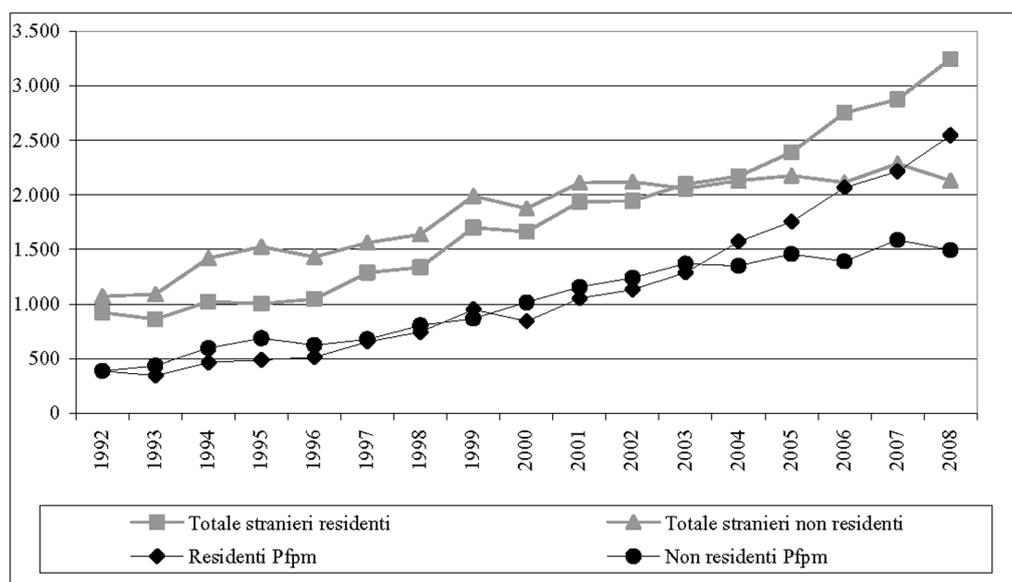
  

Di cui con cittadinanza dei Paesi a forte pressione migratoria*					
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
<b>Totale</b>	<b>19.063</b>	<b>17.157</b>	<b>36.220</b>	<b>52,63</b>	<b>47,37</b>

\*Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente e non inclusi nei gruppi di popolazione considerati in tabella.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia per i Pfp - Anni 1992-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per genere e regione - Anno 2008

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	165	130	295	19,49	15,33	17,43
Lombardia	361	261	622	16,72	13,61	15,19
Bolzano-Bozen	35	26	61	29,77	13,90	20,91
Trento	22	17	39	21,81	16,23	18,03
Veneto	195	104	299	21,36	12,03	16,17
Friuli Venezia Giulia	48	39	87	21,48	13,81	17,60
Liguria	68	70	138	24,11	17,79	20,61
Emilia-Romagna	173	105	278	19,61	10,32	13,83
Toscana	156	85	241	17,82	9,52	13,16
Umbria	42	36	78	20,76	15,72	17,93
Marche	56	42	98	20,30	11,50	15,31
Lazio	248	203	451	20,35	14,22	16,53
Abruzzo-Molise	38	29	67	15,78	13,25	14,67
Campania	66	53	119	19,22	14,13	15,87
Puglia	39	22	61	15,96	7,05	11,15
Basilicata	5	1	6	-	-	-
Calabria	28	21	49	17,84	17,75	16,69
Sicilia	61	39	100	15,08	9,18	11,91
Sardegna	14	8	22	13,49	7,51	11,05
Regione non indicata	110	26	136	-	-	-
Nord-Ovest	594	461	1.055	18,64	14,77	16,65
Nord-Est	473	291	764	21,38	12,52	16,38
Centro	502	366	868	19,02	12,58	15,23
Sud	176	126	302	18,08	11,68	14,16
Isole	75	47	122	15,07	8,74	11,75
Macroarea non indicata	110	26	136	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>1.930</b>	<b>1.317</b>	<b>3.247</b>	<b>18,85</b>	<b>12,78</b>	<b>15,45</b>

Nota: nel caso di un numero di decessi troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori è stato utilizzato il segno convenzionale "-".

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

**Tabella 3** - Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) e Rischi Relativi riferiti a cittadini stranieri residenti ed italiani di 18-64 anni, per genere ed area di cittadinanza - Anni 2003-2008

Aree di cittadinanza	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Maschi</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	10,2	10,1	11,5	10,6	8,5	9,2
Paesi a forte pressione migratoria	17,0	19,5	17,4	16,1	15,5	15,5
Paesi di nuova adesione UE	9,7	22,7	27,3	20,8	19,6	15,7
<b>Italiani</b>	<b>26,5</b>	<b>24,9</b>	<b>24,3</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,9	1,1	0,9	0,9	0,7
<b>Femmine</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	5,2	7,0	7,7	7,7	7,7	5,1
Paesi a forte pressione migratoria	8,5	6,8	6,6	6,9	5,6	6,8
Paesi di nuova adesione UE	7,6	6,4	6,7	6,0	6,5	7,2
<b>Italiani</b>	<b>13,1</b>	<b>12,3</b>	<b>12,2</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
<b>Totale</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	7,7	8,5	9,6	9,0	11,8	6,9
Paesi a forte pressione migratoria	12,7	12,9	11,6	11,2	10,0	10,6
Paesi di nuova adesione UE	8,7	12,6	14,0	11,5	7,4	10,3
<b>Italiani</b>	<b>19,6</b>	<b>18,5</b>	<b>18,1</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,7	0,8	0,7	0,4	0,6

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

**Tabella 4** - Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) e Rischi Relativi per gli stranieri residenti in Italia e per gli italiani in età 18-64 anni per genere, principali gruppi di cause ed area di cittadinanza - Anno 2008

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std - età 18-64 anni°			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi italiani		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,25	0,07	0,15	0,4	0,3	0,3
	Tumori	2,72	3,08	2,90	0,3	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	1,65	0,80	1,16	0,3	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,49	0,10	0,27	0,9	0,4	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,81	0,73	1,65	0,8	0,9	0,7
	Altre malattie	1,26	0,30	0,73	0,4	0,2	0,3
	<b>Tasso std totale</b>	<b>9,17</b>	<b>5,07</b>	<b>6,85</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,53	0,28	0,39	0,8	1,2	0,9
	Tumori	4,36	3,16	3,61	0,5	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,87	1,31	2,39	0,8	0,8	0,7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,39	0,15	0,25	0,7	0,6	0,6
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,28	1,06	2,61	1,2	1,4	1,2
	Altre malattie	2,03	0,83	1,36	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>	<b>15,47</b>	<b>6,80</b>	<b>10,61</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,36	0,17	0,24	0,5	0,7	0,5
	Tumori	4,45	4,05	4,14	0,5	0,6	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,66	0,99	1,84	0,8	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,20	0,26	0,26	0,4	1,0	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,85	1,23	2,73	1,3	1,6	1,2
	Altre malattie	2,18	0,55	1,12	0,6	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>	<b>15,70</b>	<b>7,24</b>	<b>10,33</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Italiani	Malattie infettive e parassitarie	0,66	0,23	0,44	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,98	6,77	7,84	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,82	1,61	3,19	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,53	0,27	0,40	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,65	0,77	2,22	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,60	1,81	2,69	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>	<b>22,24</b>	<b>11,46</b>	<b>16,78</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99); Tumori (C00-D48); Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

°Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976) (7).

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri ha messo in luce l'esistenza di fenomeni molto diversificati tra i gruppi di popolazione e caratterizzati da problematiche specifiche che spesso derivano da situazioni preesistenti, osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, come si è visto in precedenza, quelle sul mercato del lavoro, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per determinate cause.

A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e

d'integrazione degli stranieri in Italia, una molteplicità di fattori a cominciare dalle privazioni, dalle difficoltà sociali, economiche linguistiche e culturali, che possono agire negativamente anche sulla formulazione di diagnosi specifiche e sulla conoscenza adeguata dei bisogni degli stranieri sia da parte del personale medico, sia da quello preposto all'assistenza.

### Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.

- (2) Bruzzone S., Mignolli N. (2002), Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 2001, RUX editrice, Perugia, pp. 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni

- di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in «Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica», Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (5) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (6) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n° 3.
- (7) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

## Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Di particolare rilevanza e valore informativo è lo studio della mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. In un'ottica differenziale, infatti, tali indicatori forniscono un valore aggiunto nell'esplorazione dei fattori che li legano alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche della popolazione.

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale, in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati nei precedenti Rapporti Osservasalute: l'effetto immigrazione e l'effetto generazione (1-3). Relativamente al primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti nati in Italia e morti nel primo anno di vita. A questo scopo, attraverso l'utilizzo dei dati provenienti dall'Indagine su decessi e cause di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei bam-

bini nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento successivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'effetto emigrazione, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò si verifica soprattutto a causa delle mancate cancellazioni, dai registri anagrafici dei Comuni di residenza, degli individui con età <1 anno (nati vivi) che si sono trasferiti e che rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta più contenuto proprio rispetto alla mortalità neonatale che rappresenta la componente più rilevante della mortalità infantile. Riguardo all'effetto generazione, i tassi sono stati calcolati attraverso un riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati (4-7).

### Tasso di mortalità infantile

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

### Tasso di mortalità neonatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** L'ammontare dei nati vivi è stato ricavato con l'uso integrato delle due rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso le quali si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per genere e degli iscritti in Anagrafe per nascita<sup>2</sup>, con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali tra cui la cittadinanza specifica, che viene compilata sul modello a livello individuale sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti in

Anagrafe per nascita, è stato ottenuto il dato collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto ad un'elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto la cittadinanza della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere dai familiari anziani rimasti nel Paese di origine, dove vengono trasferiti fin da molto piccoli.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche "Bassanini bis") e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat ad interrompere l'Indagine sulle nascite condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.

genitore italiano<sup>3</sup>: di conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogame con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, inoltre, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

### Descrizione dei risultati

Nel quinquennio più recente per cui i dati sono disponibili (2004-2008), l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita, con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia, è pari a 1.597 bambini stranieri e 8.666 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di oltre 18 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza tra i provenienti dai Pfp, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda, esclusivamente, queste cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1).

I decessi nel primo anno di vita tra i bambini stranieri, quasi integralmente appartenenti ai Pfp, interessano in prevalenza i residenti e sono concentrati nel primo mese di vita (percentuali comprese tra il 65,2-70,6% sul totale dei decessi infantili nel periodo 2004-2008). Tale situazione è sicuramente riconducibile al fatto che il comportamento dei residenti, più stabilmente insediati e con autonomia economica delle famiglie di appartenenza, si avvicina a quello degli italiani nella stessa fascia di età (Tabella 1). La componente della mortalità post neonatale, oltre il primo mese di vita, risulta più significativa, infatti, per gli stranieri non residenti provenienti dai Pfp.

Proprio per queste motivazioni, potendo procedere al calcolo dei tassi solo per i deceduti residenti, vista la disponibilità dei soli nati vivi stranieri residenti da porre al denominatore, si è scelto di tenere separati i decessi nel primo mese di vita rispetto alla mortalità complessiva nel primo anno di vita (Tabelle 1 e 2).

Le cause di morte che caratterizzano i decessi nei due periodi infantile e neonatale sono anch'esse molto diversificate e sono strettamente legate a fattori "endogeni" nel primo caso ed "esogeni" nel secondo.

Le cause endogene sono, principalmente, connesse alle condizioni della gravidanza, mentre i fattori esogeni sono corrispondenti a patologie dovute soprattutto ad una inadeguata alimentazione, carenti condizioni igienico-sanitarie o ad un non adeguato comportamento da parte delle madri.

La variazione dell'ammontare dei decessi di cittadini stranieri ed italiani, residenti e non residenti, analizzata attraverso i numeri indice a base fissa (2000=100), mette in luce interessanti differenze. Il numero dei decessi di bambini stranieri aumenta abbastanza velocemente a partire dal 2000. Tale incremento appare leggermente attenuato negli ultimi anni se si considera il sottoinsieme degli stranieri residenti in Italia. Si registra, infatti, tra questi ultimi, una flessione tra il 2005 ed il 2007 ed un lieve aumento nel 2008. Il numero dei decessi dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuisce per tutto il periodo 2000-2008, anche se con una battuta di arresto negli ultimi due anni (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza, nell'ambito delle quali sono state selezionate alcune singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). L'insieme dei cittadini dei 14 Paesi dell'Unione Europea (Paesi UE-14), definita area a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari fino al 2005, con una diminuzione nel 2006 e nel 2007. Nel 2008, invece, non sono stati registrati decessi tra i residenti in questa area di cittadinanza. I valori dei tassi per i Paesi UE-14, trattandosi di Paesi a bassa pressione migratoria, sono, come ci si aspettava inferiori a quelli degli italiani residenti. I valori registrati per gli italiani nel 2008 sono pari a 2,4 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità neonatale e 3,3 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità infantile.

In relazione alla cittadinanza in Pfp, per i Paesi di nuova adesione UE, entrati nell'UE nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro), si riscontrano livelli di mortalità infantile oscillanti nel corso del quinquennio considerato. Malgrado diminuiscano, infatti, nel 2006 e 2007 rispetto al 2004, tendono nuovamente ad aumentare nel 2008. Con riferimento agli indicatori registrati per la Romania, i tassi di mortalità neonatale ed infantile rilevati risultano superiori al dato medio, rappresentato dal complesso degli stranieri, nel 2005 e nel 2008. Per i bambini stranieri di cittadinanza rumena, malgrado l'andamento non costante nel tempo, si registra, comunque, una diminuzione nel periodo 2004-2008 in media pari al 2,7% annuo per la mortalità nel primo mese di vita ed allo 0,6% per la mortalità infantile. La diminuzione è stata calcolata mediante una variazione

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata ed attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in anagrafe.

percentuale media annua tra il 2004 ed il 2008. I bambini albanesi presentano, invece, livelli dei tassi più bassi rispetto ai rumeni, ma con un aumento dei valori nel corso del quinquennio considerato e con un picco di mortalità registrato nel 2005.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio nazionale, evidenziando un trend più costante rispetto alle altre nazionalità. Il livello del tasso presenta, comunque, una flessione negli ultimi anni. Nel quinquennio 2004-2008 in esame, infatti, sia il tasso di mortalità infantile, sia quello neonatale registrano una diminuzione di circa il 2% all'anno. Tra i Paesi africani, è il Marocco ad avere il numero più elevato di decessi in Italia; i tassi di mortalità assumono livelli simili a quelli del complesso dei Pfp m e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze.

Per quanto concerne i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale, si registrano tassi di mortalità infantile generalmente più contenuti ed inferiori rispetto a quelli registrati per il totale dei Pfp m, nel periodo 2004-2008 (fatta eccezione per l'anno 2007).

Con riferimento ai Paesi asiatici, si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in tassi di mortalità infantile inferiori al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia (ad eccezione della mortalità infantile nel 2004). Tra i bambini asiatici, la mortalità infantile e neonatale dei cinesi evidenzia un profilo oscillatorio nel corso degli anni considerati, ma con una maggiore tendenza, della mortalità neonatale, alla stabilità nel 2007 e 2008 e con

valori che si mantengono al di sotto della media. Nel complesso, ad ogni modo, per i Pfp m i tassi registrano una diminuzione nel periodo 2004-2008. La variazione percentuale media annua è pari a -4,96% nel primo anno di vita ed a -5,52% nel primo mese di vita.

Passando all'analisi delle differenze territoriali, con riferimento all'anno 2008, la distribuzione dei tassi per regione fa emergere, come negli anni precedenti, lo svantaggio del Sud se confrontato con i livelli medi nazionali per ciò che riguarda la mortalità neonatale e la mortalità infantile degli stranieri (4,3 e 7,0 per 1.000 nati vivi rispetto ai valori nazionali di 2,5 e 3,8 per 1.000 nati vivi, rispettivamente) (Tabella 3).

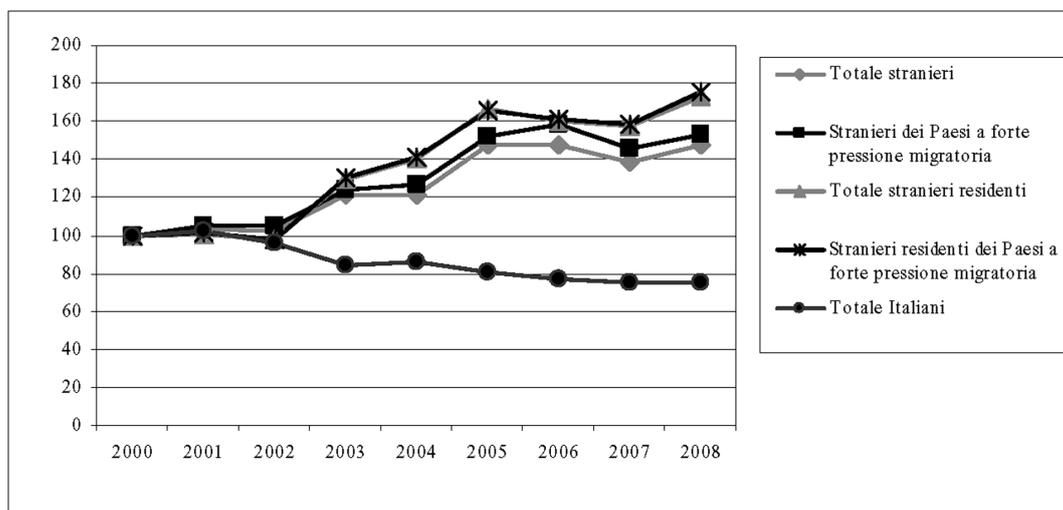
Malgrado siano prevalentemente i residenti nelle regioni del Sud ad essere penalizzati rispetto alla mortalità infantile e neonatale, anche per alcune delle regioni del Nord e del Centro si registrano tassi con livelli più elevati della media nazionale per gli stranieri residenti. Tali regioni sono il Piemonte, con riferimento alla mortalità neonatale, la PA di Bolzano, per la mortalità infantile ed Emilia-Romagna e Lazio in corrispondenza di entrambe le componenti. I tassi di mortalità infantile per gli stranieri sono compresi in un intervallo tra 9,2 e 1,2 (per 1.000 nati vivi residenti) rispettivamente per Campania e Friuli Venezia Giulia; il valore nazionale è pari a 3,8 (per 1.000 nati vivi residenti). Per quanto concerne i tassi di mortalità neonatale, invece, tali livelli, più contenuti, oscillano tra il 5,9 (per 1.000 nati vivi residenti) della Campania e lo 0 (per 1.000 nati vivi residenti), per l'assenza di decessi, della PA di Trento.

**Tabella 1** - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita di stranieri ed italiani - Anni 2004-2008

Anni di decesso	Stranieri		di cui: Paesi a forte pressione migratoria*		Italiani	
	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)
2004	274	67,9	272	67,6	1.894	73,5
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
2006	344	70,6	339	71,1	1.687	74,9
2007	313	67,7	312	67,6	1.646	71,6
2008	333	65,2	327	65,4	1.664	72,8
<b>Totale</b>	<b>1.597</b>	<b>67,4</b>	<b>1.575</b>	<b>68,3</b>	<b>8.666</b>	<b>73,1</b>

\*Il gruppo dei Pfp m include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'UE.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Grafico 1** - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per area di cittadinanza - Anni 2000-2008

**Nota:** Anno 2000=100.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Tabella 2** - Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) neonatale ed infantile per area di cittadinanza ed alcuni principali Paesi - Anni 2004-2008

Aree di cittadinanza	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)				
	2004	2005	2006	2007	2008
Unione Europea 14°	2,3	2,3	2,0	1,9	-
Paesi di nuova adesione UE*	2,7	4,6	3,0	1,7	2,7
<i>Romania</i>	2,9	4,4	3,1	2,0	2,6
Altri Paesi europei	1,9	2,6	1,6	2,5	2,0
<i>Albania</i>	1,5	2,4	0,9	2,0	1,5
Africa	3,4	3,9	3,6	3,1	3,1
<i>Marocco</i>	2,9	3,5	3,5	2,7	2,9
America centro-meridionale	2,7	2,7	2,1	2,6	1,9
Asia	2,9	2,8	2,4	2,4	1,6
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	1,8	2,2	1,8	1,5	1,4
<b>Stranieri</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
<b>Italiani</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

Mortalità infantile (nel primo anno di vita)					
Unione Europea 14°	2,3	2,3	2,0	1,9	-
Paesi di nuova adesione UE*	3,6	5,6	3,8	2,5	4,0
<i>Romania</i>	4,0	5,4	3,9	2,8	3,9
Altri Paesi europei	2,8	3,6	2,4	3,2	3,1
<i>Albania</i>	2,0	3,0	1,8	2,7	2,5
Africa	5,0	5,7	4,9	4,7	4,6
<i>Marocco</i>	4,5	5,0	4,8	3,8	4,7
America centro-meridionale	4,2	3,7	2,5	4,1	3,2
Asia	4,7	3,9	3,9	3,7	2,6
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	3,1	2,9	3,3	2,7	2,0
<b>Stranieri</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>4,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>
<b>Italiani</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>

°Per i cittadini residenti in Italia entro il primo anno di vita, provenienti dai Paesi dell'Unione Europea UE-14 (UE-15 esclusa l'Italia), non si sono verificati decessi durante il 2008.

\*Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte", "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente", "Iscritti in anagrafe per nascita". Anno 2011.

**Tabella 3** - Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) neonatale ed infantile per regione - Anno 2008

Regioni	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)		Mortalità infantile (nel primo anno di vita)	
	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria
Piemonte	2,7	2,6	3,8	3,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	-	-	-
Lombardia	2,0	2,0	3,1	3,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	1,6	1,5	4,9	4,5
<i>Trento</i>	0,0	0,0	2,4	2,4
Veneto	2,2	2,2	3,7	3,7
Friuli Venezia Giulia	0,6	0,6	1,2	1,1
Liguria	2,4	2,3	2,4	2,3
Emilia-Romagna	3,5	3,5	4,6	4,6
Toscana	2,2	2,2	3,7	3,7
Umbria	2,8	2,7	2,8	2,7
Marche	1,2	1,2	2,4	2,4
Lazio	2,8	2,7	4,1	4,1
Abruzzo	3,0	3,0	4,0	4,0
Molise	0,0	-	0,0	-
Campania	5,9	5,9	9,2	9,2
Puglia	3,1	3,1	5,2	5,1
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	4,0	4,0	6,7	6,6
Sicilia	4,0	3,9	5,7	5,6
Sardegna	2,9	2,8	2,9	2,8
<i>Nord-Ovest</i>	2,2	2,2	3,2	3,2
<i>Nord-Est</i>	2,5	2,5	3,9	3,8
<i>Centro</i>	2,3	2,3	3,6	3,6
<i>Sud</i>	4,3	4,2	7,0	6,9
<i>Isole</i>	3,8	3,8	5,2	5,2
<b>Stranieri residenti in Italia</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>

**Nota:** per le regioni nelle quali non si sono verificati decessi entro il mese o il primo anno di vita o il numero dei casi risultava troppo esiguo, non sono stati calcolati i tassi di mortalità infantile e neonatale. È stato utilizzato il segno convenzionale “-” nel caso di un numero di decessi troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su “Indagine su decessi e cause di morte”, “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”, “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'analisi dei dati si rileva un avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale tra stranieri ed italiani nel complesso. Lo studio delle specificità delle singole aree di cittadinanza, però, mette in luce ancora alcune disuguaglianze nell'indicatore legate alla difficoltà alle quali devono far fronte le popolazioni immigrate coinvolte nel processo di integrazione. Appaiono più penalizzate, in particolare, le popolazioni provenienti dai Pfp, nello specifico dalle aree africane e asiatiche. L'analisi della mortalità infantile e neonatale degli stranieri per regione di residenza evidenzia, inoltre, come siano i residenti nel Sud e nelle Isole a presentare uno svantaggio rispetto alla situazione nazionale, segno evidente di un difficoltoso percorso di insediamento tra le famiglie immigrate specialmente nell'area del Mezzogiorno, in cui gli stessi italiani risultano, nel confronto con le altre regioni, ancora penalizzati per mortalità infantile e neonatale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Livi Bacci M. (1999). Introduzione alla demografia,

Loescher, Torino.

(2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia, in Ministero dell'Interno (a cura di), Primo Rapporto sugli immigrati in Italia, Roma.

(3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana “Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo”, Cacucci Editore, Bari.

(4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004). La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.

(5) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2009). Infant mortality among foreigners/non-nationals living in Italy in European Journal of Public Health (2009) Volume 19 suppl 1 - 2nd European Public Health Conference, Human ecology and public health. Lodz, 25-28 November 2009.

(6) Masuy-Stroobant G. (1997). Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut National d'études démographiques, Paris, Démographie: analyse et synthèse, Materials di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.

(7) Pressat R. (sous la direction de) (1985). Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.

(8) Bruzzone S., Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute 2010. Salute degli immigrati - P. 287-292.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto del comportamento ascrivibile alla popolazione straniera sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese è sempre più significativo. L'analisi dei dati relativi agli stranieri iscritti

in Anagrafe permette di conoscere quale sia il peso di tale componente sul totale della popolazione a livello nazionale e regionale e quale sia la composizione per cittadinanza della componente straniera regolare.

### Percentuale della popolazione straniera residente

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe}}{\text{Popolazione residente iscritta in Anagrafe}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera, così come evidenziato nel paragrafo precedente, risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione: in particolare, le statistiche di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Infine, occorre tener presente che vengono considerati come stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana: sono esclusi, quindi, coloro che sono stati naturalizzati, mentre sono incluse le "seconde generazioni" ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana. I residenti con doppia cittadinanza (di cui una italiana) sono inclusi nel contingente degli stranieri.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per genere ed anno di nascita" emerge che, al 31 dicembre 2010, gli stranieri residenti in Italia superano i 4,5 milioni di unità e rappresentano il 7,5% della popolazione residente. Il trend di questo fenomeno appare, quindi, in crescita se si considera che lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 7,0%, mentre l'anno precedente al 6,5% (Tabella 1); al tempo stesso il tasso di crescita appare più contenuto rispetto a quello registrato nel biennio precedente (1).

Dall'analisi dell'incidenza della presenza straniera emerge come il fenomeno sia fortemente diversificato a livello territoriale. In particolare, la quota di cittadini stranieri residenti è particolarmente marcata in molte regioni del Centro-Nord (si noti che in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto tale valore è pari o superiore al 10%). Al contrario, la presenza straniera regolare è decisamente contenuta nel Mezzogiorno: meno di 3 residenti su 100 hanno una cittadinanza diversa da quella italiana in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

La composizione percentuale dei residenti per macroarea di cittadinanza (Tabella 1) non si discosta significativamente da quella presentata nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute. A livello

nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,4%) proviene da un Paese del continente europeo (ossia sia dell'Unione Europea che dell'Europa centro-orientale). La quota di cittadini residenti con cittadinanza di Paesi africani è pari al 21,6% del totale degli stranieri residenti, mentre il 16,8% proviene da Paesi asiatici e solo l'8,1% ha la cittadinanza americana (sia essa del Nord che dell'America centro-meridionale). Anche in questo caso è possibile evidenziare alcune peculiarità territoriali: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,6%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi del continente americano è più elevata in Liguria (27,8%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere. Nello specifico, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza ed il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le tre comunità più numerose tra gli stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Le differenze territoriali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. La comunità tedesca è, infatti, fortemente presente solo nella PA di Bolzano, mentre la presenza di donne ucraine e polacche nelle regioni del Mezzogiorno è particolarmente consistente, così come quella degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini nel Lazio e dei cinesi in Toscana. Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino, da sole, gran parte del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà si osserva una maggiore eterogeneità nella composizione per cittadinanza: ad esempio, i marocchini, i rumeni e gli albanesi rappresentano oltre il 64% di tutti gli stranieri residenti in Valle d'Aosta ed in Piemonte. Al contrario, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 30% delle straniere nella PA di Bolzano.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo

degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese al 1 gennaio 2011. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle Aziende Sanitarie Locali, così come definite al 1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali subcomunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da

garantire la stessa numerosità in ciascuna classe. Dalla lettura del Cartogramma risulta confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul totale della popolazione residente è più elevata nelle regioni settentrionali e centrali del Paese che nel resto del Paese.

**Tabella 1** - *Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, percentuale per macroarea di cittadinanza e quota (per 100) degli stranieri residenti per regione - Situazione al 31 dicembre 2010*

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	398,9	59,7	24,6	7,6	8,0	0,0	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,7	50,7	36,7	4,8	7,7	0,1	6,8
Lombardia	1.064,4	38,2	27,0	21,9	12,9	0,1	10,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>41,7</i>	<i>67,4</i>	<i>12,7</i>	<i>15,2</i>	<i>4,5</i>	<i>0,1</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>48,6</i>	<i>65,4</i>	<i>18,2</i>	<i>9,6</i>	<i>6,8</i>	<i>0,0</i>	<i>9,2</i>
Veneto	504,7	56,0	22,8	17,2	3,8	0,1	10,2
Friuli Venezia Giulia	105,3	68,8	16,7	10,1	4,2	0,1	8,5
Liguria	125,3	46,3	17,3	8,5	27,8	0,1	7,8
Emilia-Romagna	500,6	48,9	29,3	17,6	4,2	0,0	11,3
Toscana	364,2	59,1	14,8	19,0	6,9	0,1	9,7
Umbria	99,8	66,1	17,7	7,3	8,8	0,1	11,0
Marche	146,4	57,2	20,4	16,9	5,5	0,0	9,4
Lazio	542,7	61,5	10,6	18,6	9,2	0,1	9,5
Abruzzo	81,0	72,6	12,3	9,5	5,4	0,1	6,0
Molise	8,9	68,8	15,9	8,9	6,3	0,1	2,8
Campania	164,3	61,9	17,5	15,6	4,8	0,1	2,8
Puglia	95,7	66,4	16,7	13,3	3,6	0,1	2,3
Basilicata	14,7	70,8	15,3	10,7	3,1	0,0	2,5
Calabria	74,6	64,3	19,8	13,0	2,7	0,2	3,7
Sicilia	141,9	47,0	29,3	20,3	3,3	0,2	2,8
Sardegna	37,9	55,1	22,7	16,5	5,5	0,2	2,3
<b>Italia</b>	<b>4.570,3</b>	<b>53,4</b>	<b>21,6</b>	<b>16,8</b>	<b>8,1</b>	<b>0,1</b>	<b>7,5</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2012.

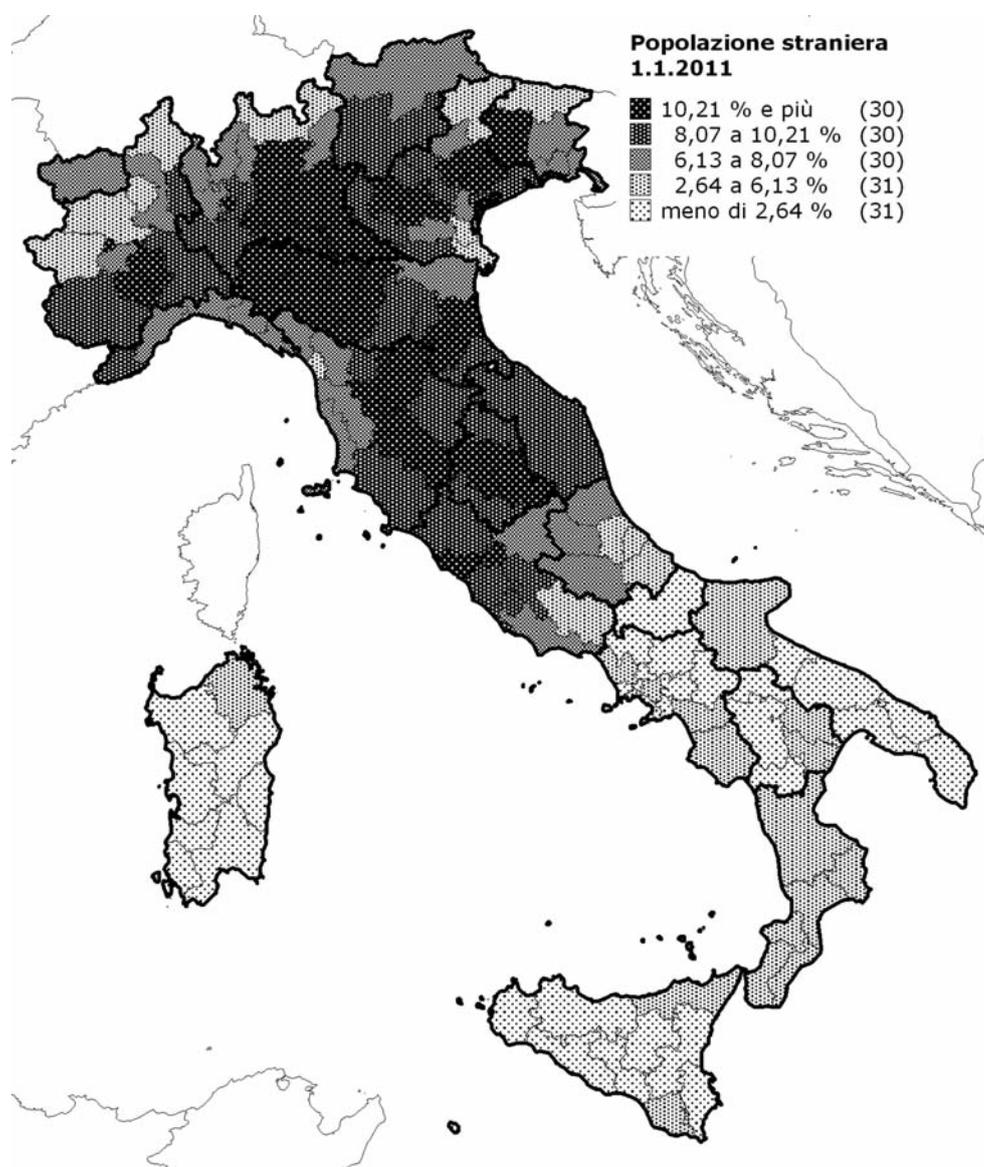
**Tabella 2** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e percentuale di cittadinanze prevalenti per genere e regione - Situazione al 31 dicembre 2010

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Stranieri residenti	Femmine					
		Cittadinanza		Cittadinanza		Terza	Cittadinanza		Cittadinanza		Terza			
		Prima	Seconda	Prima	Seconda		Terza	Prima	Seconda	Prima		Seconda	Terza	
Piemonte	190,7	Rom. 33,1	Mar. 18,3	Alb. 12,6			208,2	Rom. 35,5	Mar. 14,1	Alb. 10,4				
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,9	Mar. 30,1	Rom. 21,4	Alb. 12,7			4,8	Mar. 23,6	Rom. 25,0	Alb. 8,7				
Lombardia	537,7	Rom. 12,5	Mar. 11,3	Alb. 10,0			526,8	Rom. 13,4	Mar. 9,2	Alb. 8,8				
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,8</i>	<i>Alb. 14,9</i>	<i>Ger. 10,0</i>	<i>Mar. 9,1</i>			<i>21,9</i>	<i>Ger. 12,0</i>	<i>Alb. 10,8</i>	<i>Mar. 7,2</i>				
<i>Trento</i>	<i>23,2</i>	<i>Rom. 17,1</i>	<i>Alb. 16,1</i>	<i>Mar. 11,1</i>			<i>25,4</i>	<i>Rom. 18,0</i>	<i>Alb. 12,9</i>	<i>Mar. 9,0</i>				
Veneto	251,1	Rom. 19,3	Mar. 12,8	Alb. 9,0			253,6	Rom. 21,1	Mar. 10,1	Mol. 9,4				
Friuli Venezia Giulia	52,2	Rom. 17,4	Alb. 12,9	Ser. 9,2			53,1	Rom. 20,0	Alb. 12,0	Ser. 9,2				
Liguria	58,6	Alb. 19,7	Ecu. 15,5	Mar. 13,4			66,7	Ecu. 19,4	Alb. 14,1	Rom. 8,0				
Emilia-Romagna	242,7	Mar. 15,8	Rom. 12,0	Alb. 13,5			257,9	Mar. 12,5	Rom. 14,3	Alb. 10,8				
Toscana	172,0	Alb. 21,6	Rom. 18,7	Cina 9,6			192,1	Alb. 23,4	Rom. 16,2	Cina 7,9				
Umbria	45,4	Rom. 21,7	Alb. 20,1	Mar. 12,9			54,5	Rom. 26,6	Alb. 14,5	Mar. 8,2				
Marche	69,4	Alb. 16,7	Rom. 12,9	Mar. 11,3			77,0	Alb. 18,2	Rom. 13,5	Mar. 8,8				
Lazio	254,9	Rom. 36,8	Fil. 5,0	Alb. 4,9			287,8	Rom. 35,7	Fil. 6,8	Pol. 5,4				
Abruzzo	37,6	Rom. 26,0	Alb. 19,5	Mar. 9,0			43,4	Rom. 29,1	Alb. 14,8	Ucr. 7,0				
Molise	3,9	Rom. 32,4	Mar. 16,5	Alb. 10,4			5,1	Rom. 36,7	Mar. 9,6	Pol. 8,9				
Campania	68,5	Rom. 18,6	Mar. 13,6	Ucr. 12,5			95,7	Ucr. 30,1	Rom. 17,3	Pol. 8,5				
Puglia	44,3	Alb. 27,3	Rom. 19,7	Mar. 10,8			51,4	Alb. 27,0	Rom. 20,8	Mar. 5,6				
Basilicata	6,5	Rom. 36,8	Alb. 13,6	Mar. 13,0			8,3	Rom. 44,9	Alb. 9,3	Ucr. 7,5				
Calabria	33,8	Rom. 31,8	Mar. 21,1	Ind. 6,4			40,8	Rom. 32,5	Mar. 11,9	Ucr. 11,5				
Sicilia	68,1	Rom. 23,9	Tun. 16,5	Mar. 11,1			73,8	Rom. 32,5	Tun. 7,7	Mar. 7,1				
Sardegna	16,9	Rom. 21,3	Mar. 15,7	Sen. 14,1			21,0	Rom. 30,1	Mar. 8,5	Ucr. 8,2				
<b>Italia</b>	<b>2.201,2</b>	<b>Rom. 20,0</b>	<b>Alb. 11,8</b>	<b>Mar. 11,6</b>			<b>2.369,1</b>	<b>Rom. 22,3</b>	<b>Alb. 9,4</b>	<b>Mar. 8,3</b>				

**Legenda:** Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Ind. = India; Mar. = Marocco; Mol. = Moldavia; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2012.

**Percentuale di popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe per ASL. Situazione al 1 gennaio 2011**



**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il peso assoluto e relativo degli stranieri residenti sul totale della popolazione residente è andata aumentando notevolmente negli anni e le previsioni al 2065 effettuate dall'Istat mostrano come il peso di questo segmento della popolazione possa aumentare considerevolmente nei prossimi decenni (2). Oltretutto, gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani (con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari) e contribuiscono ampia-

mente a definire gli indicatori di fecondità del Paese (Indicatore “Nati da cittadini stranieri” ed il Capitolo “Popolazione”). È, quindi, quanto mai opportuno che l’offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Istat. Statistiche report. La popolazione straniera residente in Italia; Istat: 2011.
- (2) Istat. Statistiche report. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065; Istat: 2011.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** L'indicatore qui presentato ha come scopo quello di evidenziare il contributo che i cittadini stranieri danno alla natalità in Italia. In particolare, ci si soffermerà sulle principali caratteristiche demografiche e di cittadinanza della popolazione straniera interessata. Per ulteriori approfondimenti su questo

tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove viene presentato il Tasso di fecondità totale e l'età media al parto delle straniere residenti, così come la quota di nati da madri straniere sul totale dei nati.

### Percentuale di nati con almeno uno dei genitori cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero  
 Denominatore: Nati in Italia

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo di questo indicatore (che si basa sui dati provenienti dalla rilevazione individuale dell'Istituto Nazionale di Statistica-Istat "Iscritti in Anagrafe per Nascita", che ha preso il via proprio nel 1999) può essere effettuato considerando esclusivamente i nati vivi. Tuttavia, è bene ricordare che i nati morti in Italia rappresentano, attualmente, un'entità numericamente molto contenuta (prossima ai 1.500 casi annui) rispetto al totale dei nati, che supera le 546 mila unità (1). Sebbene la rilevazione individuale Istat "Iscritti in Anagrafe per nascita" abbia quasi raggiunto la copertura totale, per disporre di un'informazione più completa, si rende necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece dell'indicazione del Paese di nascita, ha da una parte il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, mentre dall'altra non include i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana.

Nella rilevazione individuale "Iscritti in Anagrafe per Nascita" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana.

In questa edizione del Rapporto Osservasalute sono riportati i dati recentemente pubblicati relativi ai nati iscritti in Anagrafe nell'anno 2011. Nella precedente edizione, invece, sono stati utilizzati i dati relativi all'anno 2009.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati emerge un notevole aumento nell'ultimo decennio delle nascite da cittadini stranieri, sia considerando i nati con un solo genitore straniero che quelli con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta, nel 2011, a oltre 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia (Grafico 1). Tuttavia, le differenze territoriali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione regionale della presenza straniera regolare in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più numerosa, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). L'incidenza maggiore, infatti, si riscontra nelle regioni del Nord ed, in particolare, in Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia. In queste regioni, infatti, sia la quota di nati da madre straniera che quella di nati da padre straniero presentano valori superiori al 22%. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

Altrettanto interessante è la composizione percentuale dei nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). Il 22,4% dei nati stranieri iscritti in Anagrafe, nel 2010, ha la cittadinanza di uno dei Paesi del Nord-Africa, il 21,8% di un Paese dell'Unione Europea (UE), il 21,5% di un Paese europeo che non fa parte dell'UE ed il 20,9% di un Paese del continente asiatico. Le restanti macroaree geografiche contribuiscono in misura minore alla natalità in Italia. Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà regionali molto variegate. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (47,7%) ed in Calabria (48,4%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (25,2%), specie se confrontata con il dato

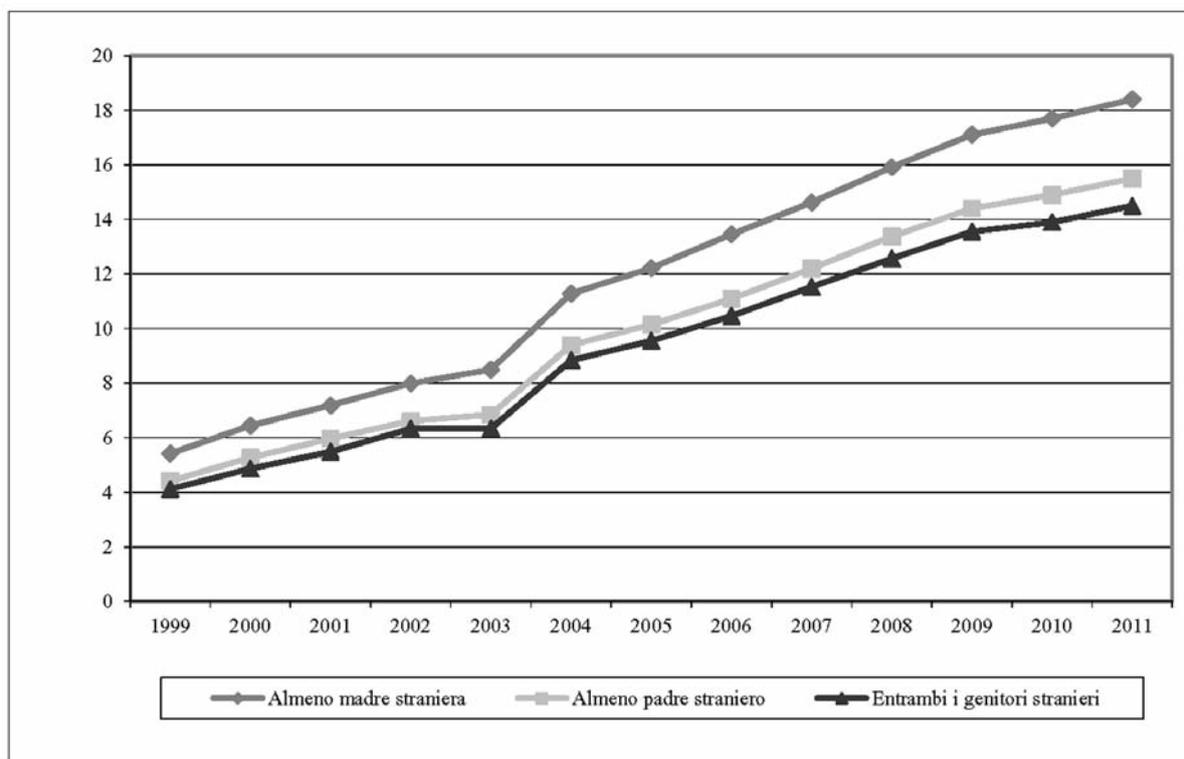
nazionale (5,0%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa la natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,8% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2010 e proprio a queste comunità è imputabile circa il 66,6% del totale dei nati stranieri iscritti in Anagrafe nel 2011.

Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano, infatti, la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (seguiti dagli Albanesi e dai Marocchini) ed al tempo stesso sono responsabili del più alto numero (in termini assoluti) di nati stranieri. Al contrario, la comunità degli ucraini, pur essendo la

quinta per numerosità della popolazione residente, si caratterizza per il numero esiguo di nati. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (ed in misura ancora più netta per i cittadini moldavi) che si è riscontrata la maggiore crescita in termini percentuali del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2002. Ciò è dovuto non tanto al cambiamento dei comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità, quanto, piuttosto, alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano, presenza che nel 2002 era ancora esigua. Occorre, inoltre, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche nell'Indicatore "Fecondità della popolazione" del Capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2011



**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente.

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

**Tabella 1** - Incidenza (per 100) dei nati con almeno un genitore straniero e da padre e madre entrambi stranieri per regione - Anno 2011

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Padre e madre entrambi stranieri
Piemonte	5,1	1,5	19,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	1,4	12,9
Lombardia	4,4	1,3	22,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,2</i>	<i>2,1</i>	<i>13,7</i>
<i>Trento</i>	<i>5,1</i>	<i>2,0</i>	<i>16,9</i>
Veneto	4,6	1,2	21,6
Friuli Venezia Giulia	4,8	1,3	16,8
Liguria	5,4	1,3	16,5
Emilia-Romagna	5,2	1,5	23,9
Toscana	4,8	1,1	18,6
Umbria	5,3	0,9	19,7
Marche	5,1	1,3	18,9
Lazio	4,4	1,2	14,5
Abruzzo	4,1	0,8	11,0
Molise	3,4	0,6	5,2
Campania	1,9	0,3	3,7
Puglia	1,7	0,4	3,7
Basilicata	2,6	0,3	3,8
Calabria	3,1	0,5	5,6
Sicilia	1,8	0,5	4,6
Sardegna	2,7	0,5	3,3
<b>Italia</b>	<b>3,9</b>	<b>1,0</b>	<b>14,5</b>

**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente.

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

**Tabella 2** - Percentuale delle macroaree di cittadinanza dei nati stranieri per regione - Anno 2011

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	31,9	18,6	28,5	7,4	8,8	4,8	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,4	17,1	53,8	0,6	3,2	1,9	0,0
Lombardia	13,2	16,5	26,7	9,3	25,4	8,8	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>12,5</i>	<i>37,8</i>	<i>21,2</i>	<i>1,9</i>	<i>24,0</i>	<i>2,5</i>	<i>0,1</i>
<i>Trento</i>	<i>20,1</i>	<i>35,9</i>	<i>22,5</i>	<i>4,1</i>	<i>14,9</i>	<i>2,5</i>	<i>0,0</i>
Veneto	19,1	25,3	20,9	12,6	20,6	1,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	20,7	35,5	12,4	14,3	15,2	1,6	0,2
Liguria	12,1	26,7	22,1	3,7	10,1	25,2	0,1
Emilia-Romagna	12,6	23,2	29,5	11,7	20,9	2,1	0,1
Toscana	18,5	31,7	15,1	5,4	25,3	3,7	0,3
Umbria	23,2	31,9	23,9	5,4	9,0	6,5	0,1
Marche	12,2	28,5	21,3	10,1	25,1	2,6	0,0
Lazio	47,7	12,9	7,7	3,7	22,5	5,3	0,1
Abruzzo	30,3	36,9	15,8	4,2	11,2	1,6	0,1
Molise	52,0	14,6	17,1	0,8	13,0	1,6	0,8
Campania	27,7	20,4	15,7	7,1	26,4	2,5	0,1
Puglia	29,3	34,2	14,6	4,4	16,9	0,7	0,1
Basilicata	41,4	11,8	21,9	1,2	23,1	0,6	0,0
Calabria	48,4	8,1	26,5	1,4	14,8	0,5	0,3
Sicilia	30,8	7,6	27,1	7,9	26,1	0,5	0,0
Sardegna	24,7	14,7	25,6	8,4	26,1	0,5	0,0
<b>Italia</b>	<b>21,8</b>	<b>21,5</b>	<b>22,4</b>	<b>8,4</b>	<b>20,9</b>	<b>5,0</b>	<b>0,1</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe.

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini (valori assoluti) stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2002-2011 per le prime dieci comunità residenti al 31 dicembre 2010 - Anno 2011

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero dei nati stranieri (2002-2011)
Romania	21,2	15.500	19,6	742,8
Albania	10,6	9.253	11,7	75,4
Marocco	9,9	12.403	15,6	95,2
Cina Repubblica Popolare	4,6	5.353	6,8	100,5
Ucraina	4,4	1.071	1,4	1.131,0
Filippine	2,9	1.734	2,2	21,3
Moldova	2,9	1.740	2,2	2.421,7
India	2,6	2.711	3,4	178,1
Polonia	2,4	596	0,8	124,9
Tunisia	2,3	2.392	3,0	22,5
Altra	36,2	26.508	33,4	109,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>79.261</b>	<b>100,0</b>	<b>135,9</b>

**Nota:** Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe.

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato, la crescita in termini sia assoluti che relativi del numero di nati vivi iscritti in Anagrafe da almeno un genitore straniero, ed in particolare da madri straniere, non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. È, infatti, emerso in diversi studi come sussistano delle differenze sia in termini di accesso che di utilizzo dell'assistenza sanitaria in gravidanza e negli esiti dei concepimenti a

seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Bollettino mensile di statistica. Febbraio 2011; 2011.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.

## AIDS tra gli stranieri

**Significato.** Nonostante l'incidenza dell'AIDS nel nostro Paese sia in diminuzione da diversi anni, tra gli stranieri come tra gli italiani, la patologia continua a destare grave allarme sociale ed è, a tutt'oggi, considerata un'importante criticità sanitaria a carico della popolazione immigrata. Per questo, è necessario monitorarne la diffusione e l'andamento nel tempo, al fine di considerare il fenomeno nelle sue giuste proporzioni.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di AIDS tra gli stranieri residenti. Il numeratore è calcolato a partire dai dati del Registro Nazionale AIDS, attivo dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; tale registro permette di identificare le nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale per cittadinanza. Il denominatore del tasso è stato calcolato, fino al 2005, sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, archiviati presso il

Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (popolazione straniera presente) (1); a partire dal 2006, la stima è, invece, basata sul numero di stranieri residenti (fonte anagrafica e stato civile) (2), in considerazione della progressiva perdita di validità della fonte dei permessi (3).

L'analisi di seguito riportata si riferisce alle nuove diagnosi effettuate tra i cittadini stranieri maggiorenni, limitatamente al periodo 1992-2009 (negli anni precedenti la casistica è estremamente esigua).

L'esclusione dei minori si deve alla sottostima dei permessi di soggiorno utilizzati per il calcolo dei tassi, dal 1992 al 2005, in questa fascia di età in quanto i minori sono registrati prevalentemente sul permesso dei genitori. I tassi di incidenza, calcolati su base annuale, sono specifici per genere.

### Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri

Numeratore	Nuovi casi di AIDS diagnosticati a cittadini stranieri residenti di 18 anni ed oltre
Denominatore	Popolazione straniera media residente di 18 anni ed oltre

**Validità e limiti.** Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato, complessivamente, da un'elevata copertura (4). Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata nel nostro Paese, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone irregolarmente soggiornanti che, invece, possono essere presenti nel registro considerato. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i provvedimenti di regolarizzazione, che possono aver introdotto una certa instabilità nelle stime. Infine, la scelta obbligata di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente limita, ulteriormente, la generalizzabilità dei risultati ad una componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ma certamente più stabile - in termini di permanenza sul territorio - ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esiste un valore di riferimento, ma può essere utile il confronto tra i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani.

### Descrizione dei risultati

Tra il 1992 ed il 2009 sono stati diagnosticati, in Italia, 48.550 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 4.800 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri. La percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 2,6% nel 1992 al 24,5% nel 2009. Se si considerano, però, le nuove diagnosi (in valore assoluto) per anno, si osserva come tra gli stranieri uomini, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, il numero si è pressoché stabilizzato, mantenendosi al di sotto dei 200 casi annui (ad eccezione del 2008, anno in cui si sono registrati 212 casi); tra le donne, invece, il numero di diagnosi è gradualmente cresciuto fino al 2005, attestandosi poi intorno ai 120-130 casi l'anno (Grafico 1). Nello stesso periodo, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è aumentata sensibilmente (+500%) (5).

Il dato certamente più interessante è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza che a partire dal 1996, in seguito all'arrivo delle terapie efficaci, risultano in costante diminuzione, sia tra gli stranieri uomini che tra le donne (seppure in modo meno accentuato), con dei trend che si confermano anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Questi dati comprovano quanto già evidenziato in precedenti analisi pubblicate sul Rapporto Osservasalute (6-8) e cioè che l'incremento della percentuale di stranieri affetti da AIDS sul totale dei casi diagnosticati in Italia non dipende da un aggravamento dell'epidemia,

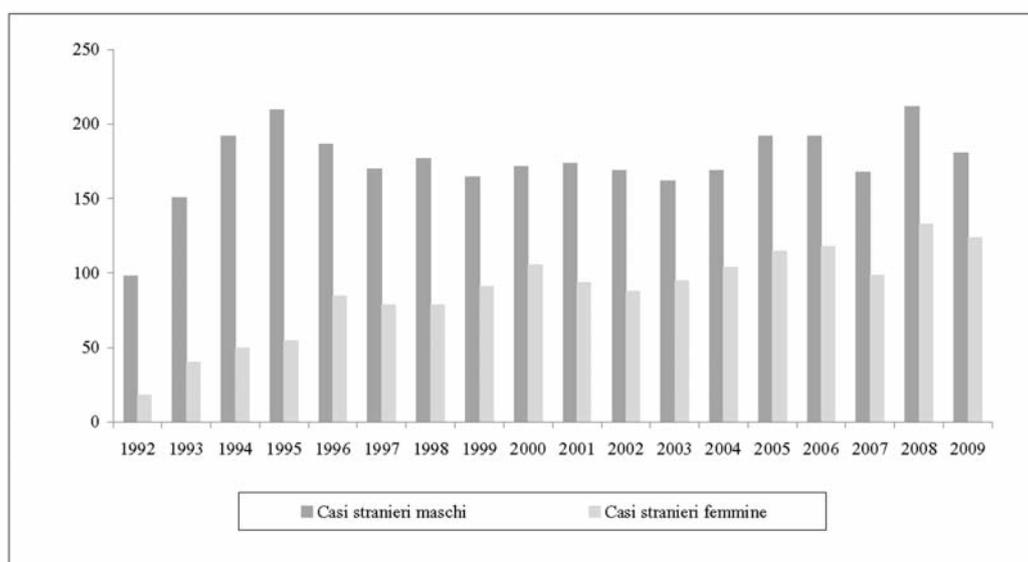
ma dall'aumento della popolazione immigrata, unitamente ad una più marcata riduzione della malattia tra gli italiani.

L'andamento dei tassi di incidenza indica, peraltro, come il contenimento del fenomeno tra gli stranieri sia essenzialmente riconducibile alla possibilità di accesso ai trattamenti antiretrovirali altamente efficaci, disponibili presso le strutture del Servizio Sanitario

Nazionale.

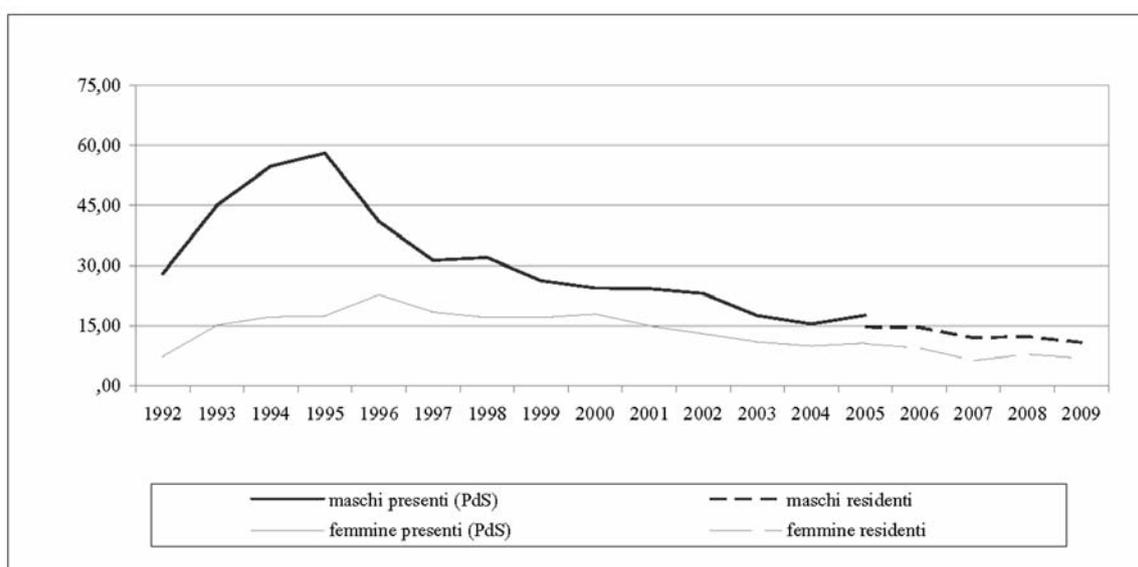
Occorre, infine, segnalare come, a fronte della diminuzione dell'incidenza di AIDS nel tempo, ancora nel 2009 persisteva una differenza tra i tassi degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani: 10,8 e 2,6 per 100.000 rispettivamente, tra gli uomini; 6,9 e 0,6 per 100.000 tra le donne.

**Grafico 1** - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri della classe di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso (per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri della classe di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2012.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentano elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte ad ostacoli di natura linguistica, culturale e socio-economica che impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio ed alle complicanze connesse con l'esordio della malattia. È, di conseguenza, importante da una parte diffondere conoscenze sui comportamenti a rischio e sulla necessità di sottoporsi tempestivamente al test HIV, dall'altra favorire l'accesso alle cure e la *compliance* dei pazienti ai protocolli terapeutici.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. Gazzetta Ufficiale n. 288, 12 dicembre 1986.

(2) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).

(3) Baglio G, Burgio A, Viola G. Le fonti demografiche per la stima della presenza straniera in Italia: punti di forza, limiti e prospettive future. In: Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2009: 226-33.

(4) Conti S, Farchi G, Galletti A, et al. La sottotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottotifica. Giornale italiano dell'AIDS 1997; 8 (1).

(5) Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2011. XXI Rapporto. Roma: IDOS-Redazione Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2011.

(6) Cacciani L, Rosano A, Pezzotti P, Rezza G, Baglio G. Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2004: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Vita & Pensiero Ed 2004: 178-80.

(7) Cacciani L, Rosano A, Boros S, et al. Incidenza di AIDS tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007: 303-5.

(8) Cacciani L, Camoni L, Rosano A, et al. Incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008: 293-7.

## Tubercolosi tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di incidenza della tubercolosi (TBC) permette di valutare la frequenza di casi diagnosticati in relazione alla dimensione della popolazione che li ha originati. I tassi sono stati calcolati per singola regione/PA.

La fonte dei dati relativi ai casi di TBC è il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998),

che rappresenta il flusso informativo ufficiale, a cui si fa riferimento per il monitoraggio dell'andamento della malattia in Italia.

La stima della popolazione straniera residente in Italia, utilizzata al denominatore, si basa sui dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat).

Lo studio fa riferimento agli anni 2003-2009.

### *Tasso di incidenza della Tubercolosi tra gli stranieri*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Casi di Tubercolosi notificati negli stranieri}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Lo studio si basa su dati provenienti da un sistema di notifica consolidato: questo è il suo principale punto di forza. Si sottolinea come, nell'attuale sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (fonte ufficiale dei dati), la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza, al numeratore, per la definizione di "caso di TBC in stranieri", risultano "stranieri" tutti i nati all'estero.

Di contro, al denominatore, per "popolazione straniera" residente in Italia (fonte Istat) si intende la popolazione residente con cittadinanza non italiana (e non con Paese di nascita estero); inoltre, mancano, in questa stima, gli "irregolari" ed i "temporaneamente presenti", non residenti. Al contrario, al numeratore sono inclusi i casi di TBC in stranieri con e senza permesso di soggiorno.

Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei.

Le incidenze calcolate devono essere considerate, pertanto, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sottotifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC negli stranieri può risultare sovradimensionato per l'assenza degli immigrati irregolari al denominatore.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore dell'incidenza complessiva, registrata per gli stranieri e per la popolazione nazio-

nale totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i confronti sono stati effettuati tra i risultati di analisi dei dati a livello regionale e nazionale, al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

### *Descrizione dei risultati*

Il numero dei casi di TBC notificati in Italia, nel periodo 2003-2009, si è mantenuto pressoché stabile (circa 4.500 casi l'anno), ma con una progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto accaduto nell'ultimo quindicennio (da 8 casi/100.000 abitanti nel 1995 a 7 casi/100.000 nel 2009).

La popolazione residente in Italia, nel periodo 2003-2009, è cresciuta di poco più del 5% (in media, meno dell'1% l'anno), mentre la popolazione straniera residente, nello stesso periodo, ha presentato incrementi a livello regionale di circa il 200% (in media, circa il 20-25% l'anno), con rilevanti differenze tra le regioni. In Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all'estero è aumentato in modo significativo (Tabella 1), parallelamente all'incremento della loro numerosità: dal 2003 al 2009, il numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passato dal 37% al 48% del totale dei casi notificati dalle regioni. Nel 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata negli italiani (Grafico 1). Analizzando, però, le incidenze dei casi in nati all'estero sul totale dei residenti stranieri, si noterà un forte decremento, con valori spesso addirittura dimezzati (Grafico 2).

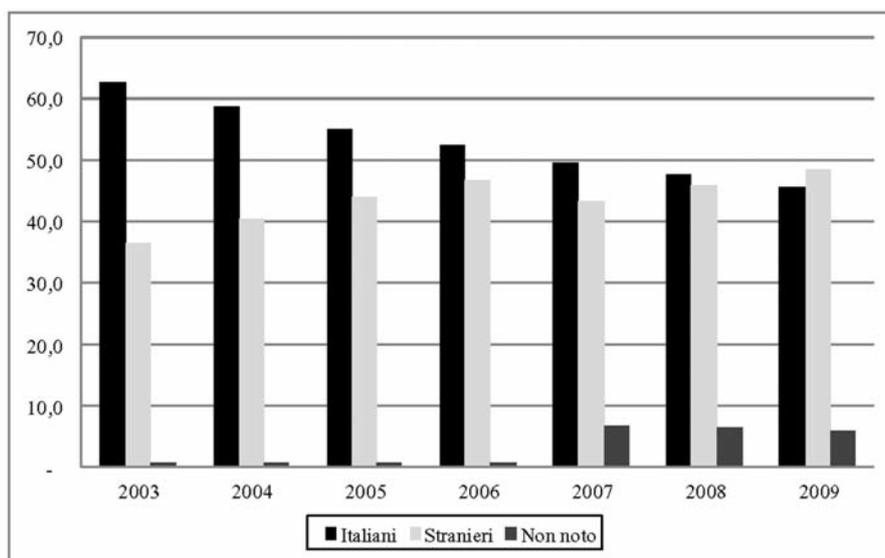
**Tabella 1** - Casi (valori assoluti) di tubercolosi dei nati all'estero per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	139	161	174	148	169	177	207	152	203	239
Valle d'Aosta	1	3	1	6	2	0	1	3	1	0
Lombardia	327	361	269	400	387	473	585	589	723	619
Bolzano-Bozen	15	14	17	15	15	20	9	15	24	20
Trento	8	13	13	15	16	11	7	18	10	23
Veneto	103	118	155	216	250	205	267	n.i.	n.i.	n.i.
Friuli Venezia Giulia	18	16	14	19	19	18	13	29	27	39
Liguria	24	45	44	31	35	41	37	61	47	62
Emilia-Romagna	105	129	158	199	168	211	264	268	253	283
Toscana	109	110	134	163	166	144	171	170	182	196
Umbria	23	25	20	29	23	24	23	31	12	n.d.
Marche	27	29	26	27	35	50	40	43	59	42
Lazio	187	219	199	253	292	329	332	396	345	335
Abruzzo	7	7	9	10	7	24	8	11	-	0
Molise	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1
Campania	64	54	47	75	68	58	68	83	72	46
Puglia	26	29	20	16	22	22	25	36	34	47
Basilicata	3	1	3	2	2	1	1	6	1	-
Calabria	3	2	5	3	4	7	15	9	18	30
Sicilia	9	16	19	20	25	35	30	34	11	63
Sardegna	3	5	5	5	1	4	2	6	3	8
<b>Italia</b>	<b>1.201</b>	<b>1.357</b>	<b>1.332</b>	<b>1.652</b>	<b>1.706</b>	<b>1.854</b>	<b>2.108</b>	<b>1.960</b>	<b>2.027</b>	<b>2.053</b>

- = non disponibile.

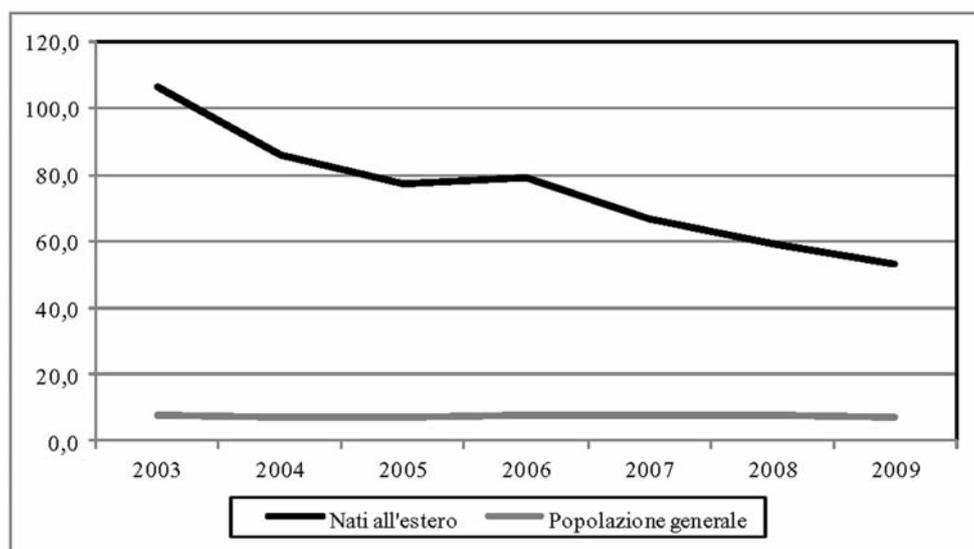
n.i. = non indicato.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

**Grafico 1** - Percentuale di casi di tubercolosi: confronto tra italiani e stranieri - Anni 2003-2009

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

**Grafico 2** - Incidenza (per 100.000) di tubercolosi dei nati all'estero e della popolazione generale - Anni 2003-2009



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come negli altri Paesi occidentali dell'Europa, l'immigrazione è una caratteristica rilevante dell'epidemiologia della TBC in Italia. È opportuno sottolineare che la TBC rappresenta nel nostro Paese un prioritario problema di Sanità Pubblica, nel quale la componente attribuibile alla popolazione immigrata è, sicuramente, un aspetto da affrontare con modalità peculiari, ma che non rappresenta, di per sé, un motivo di allarme sociale; infatti, diversi studi dimostrano come la trasmissione della malattia da immigrati alla popolazione residente sia molto rara.

Tuttavia, risulta quanto mai necessario armonizzare gli interventi nelle diverse regioni e nei servizi, con il principale obiettivo di identificare tempestivamente tutti i casi di TBC ed assicurare loro un trattamento efficace, per il controllo della malattia e per ridurre il rischio che altre persone, prevalentemente appartenenti alla stessa comunità, si possano infettare.

Risulta, inoltre, fondamentale migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, innanzitutto

attraverso l'informazione sui diritti/doveri e sui percorsi sanitari esistenti, ma anche attraverso la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari, il monitoraggio delle condizioni di salute degli immigrati, nonché l'analisi dei percorsi assistenziali per tutti, per tener conto dei bisogni specifici della popolazione immigrata.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione generale della prevenzione - Ufficio V - Malattie infettive e profilassi internazionale. Sistema di notifica delle malattie infettive.
- (2) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- (3) Decreto Ministeriale 29 luglio 1998: Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale 15 dicembre 1990.
- (4) Istat. Popolazione residente straniera al 1° Gennaio. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>
- (5) CARITAS - Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2009. Disponibile sul sito: [www.caritasitaliana.it](http://www.caritasitaliana.it).

## Abortività volontaria delle donne straniere

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può sicuramente essere utile al fine di creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tut-

to il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione residente con cittadinanza straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne straniere

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria <sup>1</sup> e Paesi a Sviluppo Avanzato	
		x 100
Denominatore	Totale Interruzioni Volontarie di Gravidanza	

### Tasso di abortività volontaria di donne straniere\*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati".

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di non includere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non conteggiare le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio, include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, in quanto questa dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata, mentre per il tasso di abortività si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso all'IVG ed ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009, delle 114.793 IVG rilevate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) a livello nazionale (con una sottostima dei casi per Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna), 38.806 (pari al 33,8%) hanno riguardato cittadine straniere e 43.194 donne nate all'estero (38,0%). L'andamento, in entrambi i casi, è sempre stato crescente fin dal 1995, anche se a partire dal 2006 la crescita sembra essere meno incisiva (Indicatore "Abortività volontaria delle donne straniere" - Rapporto Osservasalute 2011).

Grazie alla disponibilità di stime ufficiali relative alla popolazione straniera residente in Italia, è stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno nei diversi sottogruppi.

In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup>, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana.

Le stime della popolazione straniera residente in Italia sono disponibili a partire dal 1 gennaio 2003 fino al 1 gennaio 2011, pertanto per il calcolo degli indicatori è

<sup>1</sup>I Paesi a Forte Pressione Migratoria includono tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente e non inclusi nei gruppi di popolazione considerati in tabella.

stata considerata la popolazione media calcolata per tutti gli anni del periodo di riferimento (2003-2009). I tassi standardizzati di abortività volontaria calcolati per i tre sottogruppi (Grafico 1) confermano una tendenziale diminuzione del fenomeno in Italia.

In particolare, le donne italiane presentano tassi più bassi rispetto alle straniere di qualunque gruppo di cittadinanza e, nonostante ciò, i tassi subiscono comunque una riduzione del 12% circa nel periodo considerato. Le donne straniere provenienti da PFPM continuano a caratterizzarsi per i livelli più alti di abortività anche se si osserva una notevole riduzione del tasso standardizzato (-42% circa). Per quanto riguarda il gruppo di donne provenienti da PSA, il trend risulta caratterizzato da una bassa numerosità dei casi che determina un andamento irregolare.

Si sottolinea come le differenze dei tassi tra il gruppo delle donne straniere da PFPM e le donne italiane si siano ridotte nel tempo: nel 2003 i tassi delle donne da PFPM sono 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2009 tale rapporto risulta pari a 3,6. Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM ed il decrescente divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

Anche se la tendenza all'IVG di questo gruppo di donne continua a ridursi nel tempo, la percentuale di eventi eseguiti risulta, invece, in aumento (Tabella 1), a seguito anche della crescente numerosità della popolazione straniera. A livello nazionale, si passa dal 21,2% al 30,0% tra il 2003 ed il 2009, mentre a livello regionale un aumento degli eventi superiore al 100% si registra in Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (tutte regioni che, comunque, partono da livelli molto bassi). Le regioni che nel 2009 presentano una quota significativa (oltre il 40%)

di IVG effettuate da donne di cittadinanza PFPM risultano essere l'Umbria (44,2%), il Veneto (42,9%), le Marche (42,5%) e l'Emilia-Romagna (41,6%).

Indubbiamente, questi valori sono inficiati dalla diversa presenza di donne straniere nelle varie regioni. In ogni caso questa caratteristica del fenomeno induce ad effettuare riflessioni sulle attività di prevenzione, che sempre più devono raggiungere questo gruppo di donne, spesso più svantaggiato di altri nel ricorso ai servizi socio-sanitari.

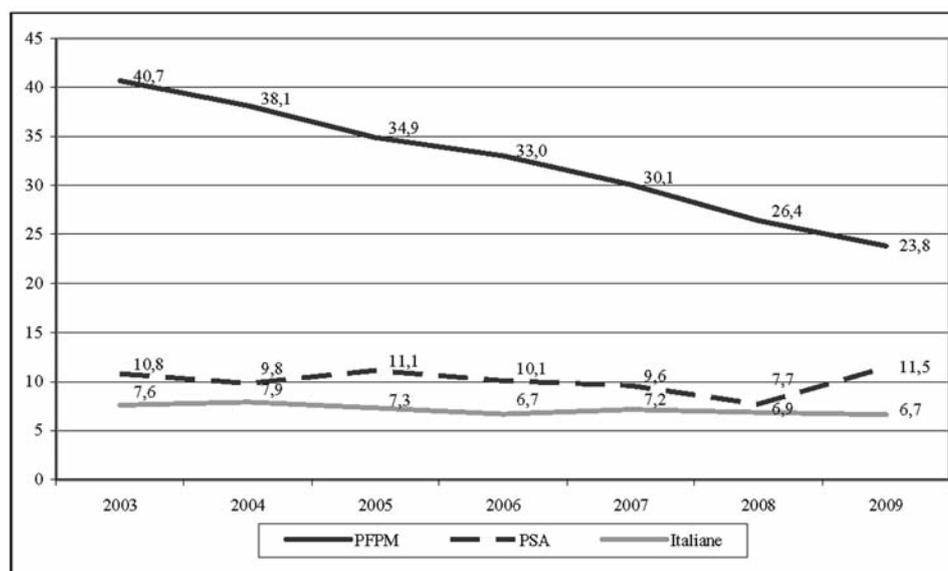
Analizzando il fenomeno secondo l'età (Grafico 2), mantenendo la suddivisione in base alla cittadinanza, possiamo osservare che la classe maggiormente coinvolta è quella compresa tra 20-24 anni.

Infatti, in tale classe si registrano i livelli più alti dei tassi per tutti e tre i sottogruppi: le donne da PFPM arrivano a quasi il 43 (per 1.000), le donne da PSA a circa il 23 (per 1.000) e le italiane a circa il 10 (per 1.000).

Confrontando le donne da PFPM con le cittadine italiane, la differenza maggiore si registra proprio in questa classe di età: le prime presentano un tasso 4,4 volte più alto. Per le donne da PSA la differenza maggiore con le donne italiane si registra nella classe di età più giovane (15-19 anni), con un tasso di quasi 4 volte più elevato.

Focalizzando, infine, l'attenzione sulle cittadinanze più numerose nel nostro Paese (Tabella 2), si conferma ancora, tra il 2003 ed il 2009, una generale riduzione dei tassi standardizzati.

Tale riduzione risulta particolarmente elevata per le donne rumene residenti in Italia, il cui tasso standardizzato passa da 72,0 a 26,5 (per 1.000), con una diminuzione di oltre il 60%. Si conferma, come già visto in precedenza, che il contributo percentuale delle donne da PFPM al fenomeno dell'IVG è aumentato nel tempo, mentre quello delle italiane è diminuito.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati, i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia (2005 e 2006), Lazio (2005 e 2006), Abruzzo (2009), Molise (2005), Campania (2005-2009), Basilicata (2009), Calabria (2008), Sicilia (2004-2009) e Sardegna (2008 e 2009).

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2011.

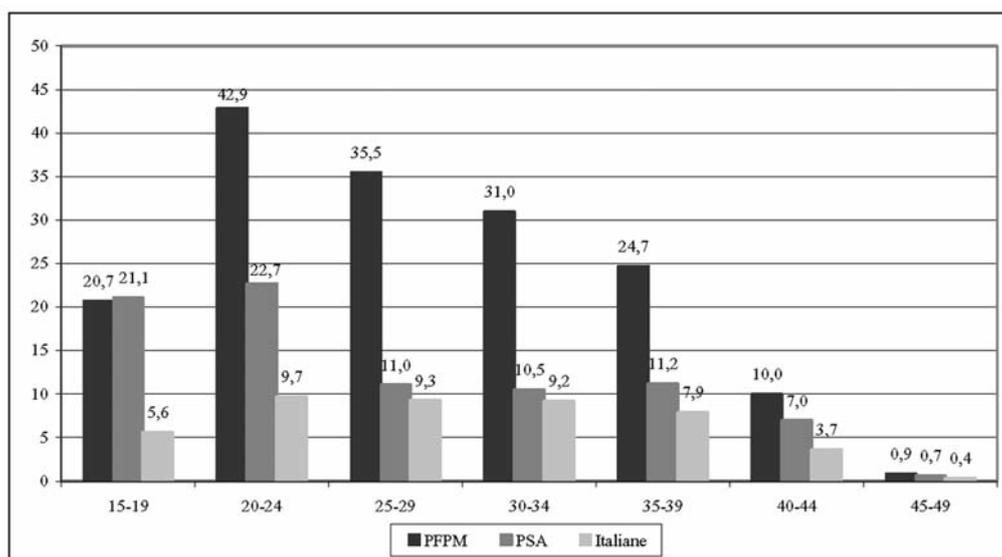
**Tabella 1** - Percentuale di Interruzione Volontaria di Gravidanza di donne straniere da PFPM per regione - Anni 2003, 2009

Regioni	2003	2009
Piemonte	23,2	36,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1
Lombardia	33,7	39,6
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5
Veneto	30,6	42,9
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7
Liguria	26,4	36,7
Emilia-Romagna	29,7	41,6
Toscana	23,8	37,5
Umbria	34,9	44,2
Marche	28,0	42,5
Lazio	23,1	30,0
Abruzzo	15,5	25,2
Molise	5,1	6,4
Campania	12,0	14,5
Puglia	3,3	11,7
Basilicata	4,0	13,0
Calabria	7,9	18,2
Sicilia	5,0	14,5
Sardegna	4,0	10,3
<b>Italia</b>	<b>21,2</b>	<b>30,0</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anno 2009



**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati, i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2012.

**Tabella 2** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) di donne residenti in Italia della classe di età 15-49 anni per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	4.709	4,2	72,0
	2009	9.660	8,7	26,5
Albania	2003	1.969	1,8	25,5
	2009	2.466	2,2	20,8
Marocco	2003	1.538	1,4	23,8
	2009	2.147	1,9	20,1
Straniere da Paesi a Forte Pressione Migratoria	2003	24.150	21,6	40,7
	2009	33.011	29,6	23,8
Italia	2003	86.753	77,6	7,6
	2009	77.712	69,6	6,7

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati i tassi sono stati stimati nel 2009 per le seguenti regioni: Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Nel 2003 la Campania è fortemente sottostimata.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda tutti i Paesi del mondo a dotarsi di leggi che legalizzino e regolamentino l'IVG al fine di garantire la libera scelta delle donne e per scongiurare le morti o le gravi complicazioni causate da pratiche abortive o interventi chirurgici insicuri (2). Come già messo in evidenza nel precedente Rapporto Osservasalute, il

Ministero della Salute ha evidenziato la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica (3, 4). A seguito di questa sollecitazione, nel 2010, ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che ha avuto, tra gli altri obiettivi, quello di formare e sensibilizzare gli

operatori dei servizi ad approcci interculturali in materia di salute riproduttiva (Box “Progetto del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie: Prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza tra le donne straniere”).

Un ulteriore progetto, realizzato in collaborazione con l’Istat nel 2011, ha previsto la realizzazione di una “Indagine sulla condizione di salute degli stranieri residenti in Italia” che, seppur non focalizzata sugli eventi riproduttivi, mostra come l’interesse verso la popolazione immigrata nel nostro Paese sia, sicuramente, aumentato (4) e che ora si può intervenire meglio su problematiche individuate come specifiche della popolazione straniera residente in Italia.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Istat (2011), L’interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anni 2008 e 2009. Tavole di dati. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/45855](http://www.istat.it/it/archivio/45855).

(2) World Health Organization (2012), Safe abortion: technical and policy guidance for health systems - 2nd ed. World Health Organization.

(3) Ministero della Salute (2012), Relazione sull’attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2010. Dati provvisori 2011. Roma: Ministero della Salute, 2011. Disponibile sul sito:

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1824\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf)

(4) Ministero della Salute (2011), Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010. Disponibile sul sito:

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1655\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf).

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione degli stranieri consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri. In particolare, il tasso standardizzato per età permette di confrontare la frequenza del ricorso alle cure ospedaliere da parte dei cittadini stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> rispetto agli italiani, al netto della diversa struttura per età delle due popolazioni a confronto.

Nel calcolo dell'indicatore sono stati considerati solo i cittadini residenti (sia al numeratore che al denominatore). I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. I dati vengono presentati, oltre che per alcuni grandi gruppi dia-

gnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'AHQR-*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un *set* ristretto di classi omogenee.

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute.

L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica a partire dai dati di fonte anagrafica e stato civile. Tali dati si riferiscono alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  ed al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ .

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli stranieri\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a Forte Pressione Migratoria residenti in Italia	
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria residente in Italia	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione a livello nazionale, è pur sempre soggetta a distorsioni opportunistiche (collegate ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni) o, comunque, a generica inaccuratezza a carico delle variabili socio-demografiche e cliniche.

In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, in alcune regioni non viene sempre codificata correttamente: questo può determinare una misclassificazione di una certa quota di ricoveri, con probabile sottostima del numero assoluto di ricoveri a carico della popolazione straniera. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato nella SDO, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio; tale distorsione sembra essere di segno opposto rispetto a quella introdotta dalla cittadinanza, in quanto porterebbe ad includere in analisi alcuni ricoveri effettuati da stranieri presenti, ma non iscritti nelle liste anagrafiche o da stranieri irregolari. Nel calcolo dei tassi, il livello di inaccuratezza nelle variabili socio-demo-

grafiche può introdurre dei *bias*, soprattutto per effetto del disallineamento tra numeratore e denominatore. È pur vero che la qualità dei dati è andata progressivamente migliorando e, pertanto, i suddetti errori tendono ad attenuarsi nel tempo.

Per quanto riguarda i denominatori, si sottolinea come i trend evidenziati a carico dei tassi di ospedalizzazione mostrano, in alcuni casi, delle oscillazioni che sembrano dipendere in gran parte da variazioni nell'ammontare della popolazione residente, per una tendenza a richiedere la residenza in Italia da parte dei cittadini stranieri, diversa nel tempo e da regione a regione.

Occorre sottolineare che l'analisi riportata di seguito fa riferimento a persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Questo restringe l'estensione dei risultati agli stranieri residenti (lasciando fuori i presenti non residenti e gli irregolari). Si tratta, comunque, della componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile, in termini di permanenza sul territorio, ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese. Infine, non essendo disponibili i denominatori per l'anno 2010 (a causa della mancanza di stime sulla popolazione straniera residente al 1 gennaio 2011), i tassi sono stati calcolati fino al 2009.

<sup>1</sup>Si considerano Paesi a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai PFPM, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

### **Descrizione dei risultati**

I ricoveri effettuati da cittadini stranieri ammontano, nel 2010, a circa 560 mila, il 5% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. La quasi totalità di questi ricoveri (93%) riguarda cittadini provenienti dai PFPM (Tabella 1).

Tre ricoveri su quattro sono effettuati in Ricovero Ordinario (RO). A fronte della progressiva riduzione di questi ricoveri (circa 1 milione di eventi in meno complessivamente, tra il 2003 ed il 2010), le degenze ordinarie a carico di cittadini stranieri fanno registrare un incremento del 50% (da 278 mila a 418 mila). Il ritmo di crescita è più sostenuto tra gli stranieri da PFPM (57%).

Per quanto riguarda il regime di Day Hospital (DH), i ricoveri totali risultano in diminuzione dal 2005 e nel 2010 ammontano a poco più di 3 milioni. Tra gli immigrati da PFPM i ricoveri sono aumentati fino al 2008, successivamente sono diminuiti assestandosi intorno a 130 mila (4,2% del totale).

I dati relativi al 2010 confermano l'elevata variabilità dei ricoveri degli stranieri da PFPM nelle regioni (Tabella 2). La geografia delle dimissioni ospedaliere continua a essere fortemente determinata dal numero di stranieri presenti nelle diverse aree del Paese (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud). La percentuale di dimissioni ospedaliere in RO di pazienti provenienti dai PFPM rispetto al totale delle dimissioni è sensibilmente più elevata della media in Umbria, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna. Per quanto riguarda i DH, rispetto al dato registrato a livello nazionale, la percentuale varia tra 7,1% in Emilia-Romagna e 0,1% in Basilicata.

Il trend dei tassi di ricovero (standardizzati per età) in regime ordinario si conferma in diminuzione, sia per gli stranieri da PFPM che per gli italiani (Tabella 3).

Tra gli uomini, i tassi osservati a carico dei PFPM si mantengono costantemente al di sotto di quelli degli italiani residenti ed il divario tende ad ampliarsi nel tempo. Tra le donne, i tassi dei PFPM sono inizialmente simili a quelli delle italiane fino al 2006, mentre dal 2007 tendono a mantenersi più bassi ed, analogamente a quanto registrato per gli uomini, ad allontanarsi progressivamente dai valori delle italiane.

Anche relativamente al regime di DH, i risultati sono simili al RO, ma i divari sono più evidenti e crescenti nel tempo sia negli uomini che nelle donne.

Tra i PFPM l'ospedalizzazione delle donne è sempre maggiore rispetto agli uomini per entrambe le tipolo-

gie di ricovero, per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto ed abortività volontaria).

Permane, quindi, il divario rispetto alla popolazione italiana, con tassi dei pazienti da PFPM che risultano quasi sempre più bassi, a conferma di un ridotto accesso alle strutture ospedaliere da parte di questa popolazione.

L'andamento per età dei tassi di dimissione ospedaliere in RO (Grafico 1) conferma per gli uomini valori più bassi negli stranieri residenti rispetto agli italiani; tale divario tende ad aumentare con l'età e diventa più rilevante a partire dalle età adulte. Le differenze sono ancora più marcate in regime di DH (Grafico 2). Per le donne risulta evidente un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri, sia ordinari che diurni, in corrispondenza delle classi di età relative al periodo riproduttivo. Nelle altre età, le differenze tra le due popolazioni sono piuttosto contenute in regime ordinario, mentre il ricorso al Day Hospital è sensibilmente più frequente tra le italiane.

L'analisi per diagnosi principale alla dimissione in RO ed in DH (Tabella 4) consente di confermare tra i maggiorenni il ricorso frequente all'ospedale da parte delle donne provenienti da PFPM per motivi legati alla riproduzione. In regime ordinario sono essenzialmente i parti delle donne da PFPM a determinare tassi standardizzati 1,6 volte più elevati rispetto a quelli delle cittadine italiane. In DH (Tabella 5) le differenze tra PFPM ed italiane dipendono, principalmente, da un diverso ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (con tassi 2,4 volte più elevati tra le straniere PFPM rispetto alle italiane). Seguono per frequenza di ricoveri le infezioni dell'apparato genitourinario, sia in RO (6,5%) che in DH (12,4%), probabilmente dovuti a condizioni di vita precarie e scarsa igiene.

Negli uomini i traumatismi, con il 18,5% dei ricoveri in regime ordinario, continuano a rappresentare la causa più frequente di ricovero. Seguono le malattie dell'apparato digerente (14,7%), soprattutto a carico del tratto intestinale, e le malattie del sistema circolatorio (12,3%). Anche in DH il quadro nosologico appare immutato con una maggior frequenza di ricoveri per malattie dell'apparato digerente (12,4%, in larga parte interventi di ernia addominale), seguiti da ricoveri per malattie del sistema osteomuscolare e connettivo (11,6%) e dai "fattori che influenzano lo stato di salute" (11,5%).

La Tabella 6 riporta i tassi standardizzati per le cittadinanze maggiormente presenti nel nostro Paese.

Rispetto ai tassi di ospedalizzazione riferiti al complesso degli stranieri da PFPM, i tassi per le cittadinanze selezionate sono generalmente simili o più bassi, sia in regime ordinario che in DH. Solo per le donne provenienti dal Marocco si registra un tasso pari a 147,3 per 1.000, contro 117,8 per 1.000 del totale PFPM. Si confermano, inoltre, valori particolarmente bassi per le persone con cittadinanza cinese.

**Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e percentuale) ospedaliere per regime di ricovero e provenienza - Anni 2003-2010**

Provenienza	Ricoveri Ordinari				Day Hospital											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010			
Stranieri da PSA	33.265	33.728	33.789	35.475	35.449	34.725	33.497	32.884	8.284	9.191	10.347	9.906	9.610	9.122	8.710	8.112
di cui residenti in Italia (%)	50,0	52,9	54,0	55,6	56,6	57,4	59,4	59,3	81,0	83,0	84,8	84,9	85,4	86,3	87,6	88,0
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PPFM	245.114	267.564	295.162	327.162	347.819	369.510	385.541	385.492	86.269	102.389	113.729	122.777	126.310	132.812	130.973	130.631
di cui residenti in Italia (%)	79,5	81,7	82,3	82,1	83,0	85,3	87,3	88,3	79,3	81,3	81,1	80,5	82,9	85,8	87,9	89,6
% sul totale	2,8	3,1	3,4	3,8	4,2	4,5	4,8	5,0	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7	4,0	4,2
<b>Totale ricoveri</b>	<b>8.799.495</b>	<b>8.709.500</b>	<b>8.587.521</b>	<b>8.527.212</b>	<b>8.272.500</b>	<b>8.122.885</b>	<b>7.995.951</b>	<b>7.784.364</b>	<b>3.628.309</b>	<b>3.877.944</b>	<b>3.985.600</b>	<b>3.917.701</b>	<b>3.653.613</b>	<b>3.564.606</b>	<b>3.257.001</b>	<b>3.093.053</b>
di cui residenti in Italia (%)	99,2	99,3	99,1	99,1	99,0	99,1	99,2	99,2	99,4	99,5	99,4	99,3	99,3	99,4	99,5	99,5
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Tabella 2** - Dimissioni (valori assoluti e percentuale) ospedaliere di stranieri da PFPM per regime e regione di ricovero - Anno 2010

Regioni	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	33.527	6,1	11.638	5,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	854	5,7	241	4,2
Lombardia	93.831	7,0	23.310	6,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.806</i>	<i>5,1</i>	<i>1.153</i>	<i>4,3</i>
<i>Trento</i>	<i>4.113</i>	<i>6,7</i>	<i>1.743</i>	<i>5,8</i>
Veneto	39.795	7,1	12.822	6,2
Friuli Venezia Giulia	8.145	5,4	3.134	6,0
Liguria	11.559	5,7	7.444	5,2
Emilia-Romagna	44.640	6,9	14.511	7,1
Toscana	29.074	6,1	9.945	6,3
Umbria	9.252	7,4	2.497	6,6
Marche	11.419	5,6	2.569	4,2
Lazio	47.376	6,2	22.638	6,1
Abruzzo	6.050	3,6	1.990	3,0
Molise	190	0,4	67	0,3
Campania	13.596	1,9	5.309	1,4
Puglia	10.136	1,7	2.516	1,1
Basilicata	157	0,2	32	0,1
Calabria	5.346	2,4	1.662	1,8
Sicilia	9.999	1,7	4.722	1,4
Sardegna	2.627	1,3	688	0,8
<b>Italia</b>	<b>385.492</b>	<b>5,0</b>	<b>130.631</b>	<b>4,2</b>

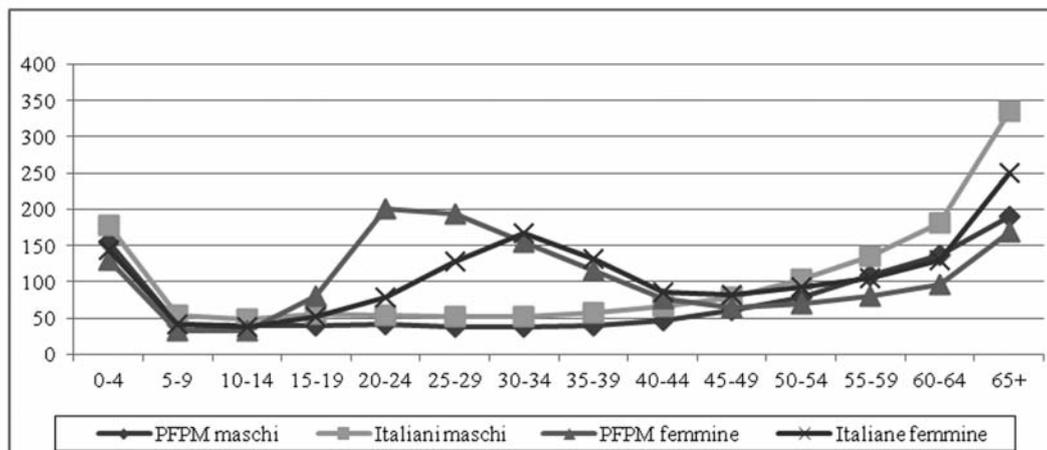
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Tabella 3** - Dimissioni (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2009

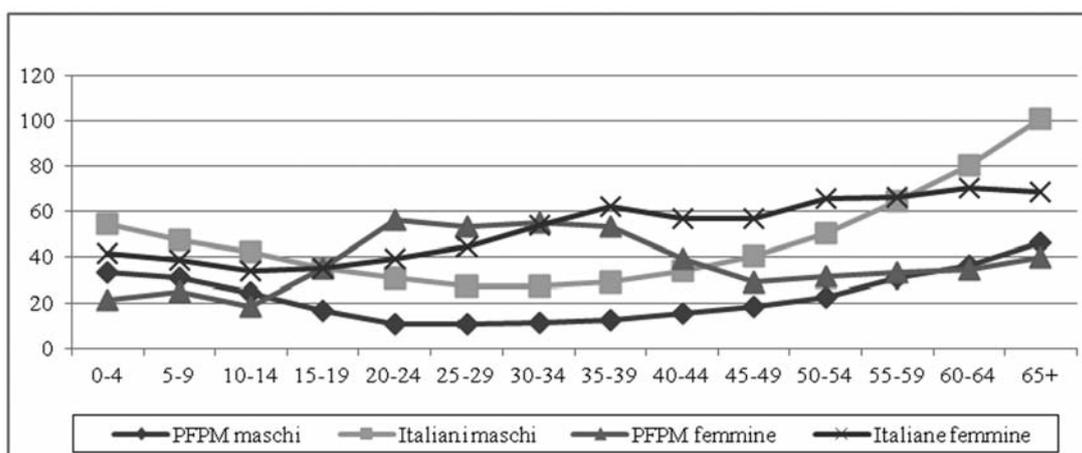
Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani
2003	93.069	122,7	154,3	152.045	162,5	148,2	25.016	40,9	61,1	61.253	62,4	64,5
2004	98.502	108,1	149,8	169.062	145,6	146,1	29.781	43,5	64,5	72.608	63,1	68,2
2005	105.278	101,5	146,3	189.884	141,5	142,6	33.321	37,7	66,1	80.408	57,7	69,6
2006	114.220	100,5	142,9	212.942	141,4	141,1	35.519	32,7	64,4	87.258	52,9	67,6
2007	120.192	94,3	137,0	227.627	133,7	135,7	36.522	29,9	60,2	89.788	47,1	62,2
2008	126.648	91,5	132,8	242.862	126,6	132,9	39.543	28,6	58,6	93.269	44,5	60,2
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Grafico 1** - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in RO per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2009

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in DH per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2009

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Tabella 4** - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM della classe di età 18 anni ed oltre in RO per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2009

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi PFPM	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani	Dimessi PFPM	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani
Non indicato	130	0,2			217	0,1		
I - Malattie infettive e parassitarie	3.369	4,7	2,7	2,0	2.523	1,3	2,0	1,4
II - Tumori	4.023	5,6	8,9	15,9	10.413	5,3	9,9	13,5
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	1.328	1,8	2,0	2,4	2.143	1,1	2,4	3,5
IV - Malattie sangue ed organi ematopoietici	518	0,7	0,7	1,1	1.079	0,5	1,0	1,2
IV.1 - Anemie	313	0,4	0,5	0,8	782	0,4	0,8	0,9
V - Disturbi psichici	2.682	3,7	1,8	3,8	3.362	1,7	2,1	3,6
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	3.388	4,7	4,2	6,1	3.713	1,9	4,0	5,6
VI.4 - Epilessia	411	0,6	0,3	0,5	316	0,2	0,3	0,4
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.101	1,5	1,7	2,3	989	0,5	1,6	1,8
VI.8 - Malattie dell'orecchio	872	1,2	0,8	0,8	1.152	0,6	0,9	0,9
VII - Malattie sistema circolatorio	8.909	12,3	20,2	32,4	6.958	3,5	13,2	20,0
VII.2 - Malattie del cuore	5.570	7,7	12,8	20,6	3.489	1,8	7,6	11,4
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	6.712	9,3	8,2	12,6	5.201	2,6	6,0	7,6
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2.997	4,2	3,2	3,7	2.765	1,4	2,7	2,6
VIII.2 - BPCO	419	0,6	1,4	2,2	285	0,1	0,7	1,1
VIII.3 - Asma	245	0,3	0,2	0,1	239	0,1	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	10.596	14,7	11,0	15,8	11.879	6,0	10,7	11,4
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incl. appendicite)	3.626	5,0	2,6	3,4	2.976	1,5	2,2	2,9
X - Malattie apparato genito-urinario	4.010	5,6	5,9	8,7	12.849	6,5	8,2	9,4
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	114.716	58,2	48,0	30,8
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.047	1,4	0,9	1,5	789	0,4	0,6	1,1
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5.439	7,5	5,2	9,8	5.449	2,8	6,4	10,4
XIV - Malformazioni congenite	598	0,8	0,4	0,7	785	0,4	0,5	0,8
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,0	7	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.417	4,7	4,5	6,4	4.678	2,4	4,1	5,2
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	13.371	18,5	9,3	12,9	6.099	3,1	6,4	10,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.678	3,7	4,3	6,2	4.259	2,2	4,4	6,2
<b>Totale</b>	<b>72.215</b>	<b>100,0</b>	<b>90,3</b>	<b>139,1</b>	<b>197.119</b>	<b>100,0</b>	<b>130,1</b>	<b>142,7</b>

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Tabella 5 - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM della classe di età 18 anni ed oltre in DH per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2009**

Diagnosi principale alla dimissione	Dimessi PFPM	%	Maschi		Dimessi PFPM	%	Femmine	
			Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani			Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani
Non indicato	153	0,7			212	0,3		
I - Malattie infettive e parassitarie	1.725	8,0	1,0	1,2	1.803	2,6	1,0	0,8
II - Tumori	1.820	8,4	3,2	7,0	3.992	5,7	3,4	6,2
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	553	2,6	0,6	2,1	1.050	1,5	0,8	2,6
IV - Malattie sanguine ed organi ematopoietici	330	1,5	0,3	0,9	722	1,0	0,5	1,1
IV.1 - Anemie	152	0,7	0,2	0,4	449	0,6	0,3	0,6
V - Disturbi psichici	193	0,9	0,1	0,5	367	0,5	0,2	0,7
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	1.995	9,2	4,0	7,4	2.664	3,8	3,9	7,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.357	6,3	3,4	5,5	1.484	2,1	3,0	5,0
VII - Malattie sistema circolatorio	1.660	7,7	1,8	5,2	2.869	4,1	2,3	3,9
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	1.065	4,9	0,8	1,5	2.239	3,2	1,5	1,7
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	745	3,4	0,6	1,7	791	1,1	0,5	1,2
VIII.1 - Infezioni respiratorie	176	0,8	0,1	0,3	252	0,4	0,1	0,2
IX - Malattie apparato digerente	2.684	12,4	2,7	6,0	1.935	2,7	1,5	3,2
IX.5 - Ernia addominale	1.372	6,3	1,6	3,0	404	0,6	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	1.605	7,4	1,7	3,7	8.768	12,4	4,9	8,2
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	34.211	48,5	14,4	6,0
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	-	29.295	41,5	12,3	4,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	920	4,2	0,6	1,7	722	1,0	0,5	1,2
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.520	11,6	1,9	4,6	3.129	4,4	2,5	5,3
XIV - Malformazioni congenite	116	0,5	0,1	0,3	322	0,5	0,2	0,4
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,0	-	-	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	340	1,6	0,3	1,0	490	0,7	0,4	0,9
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	1.834	8,5	1,2	1,9	1.052	1,5	0,7	1,3
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.483	11,5	3,9	8,0	5.498	7,8	4,9	7,6
<b>Totale</b>	<b>21.676</b>	<b>100,0</b>	<b>24,3</b>	<b>54,2</b>	<b>70.597</b>	<b>100,0</b>	<b>42,7</b>	<b>58,9</b>

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

**Tabella 6 - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di residenti in Italia in regime di ricovero per genere e principali cittadinanze - Anno 2009**

Cittadinanze	Ricovero Ordinario						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std
Romania	22.423	81,2	80,8	50.786	85,4	104,0	6.782	92,0	21,3	22.395	84,9	38,1
Albania	16.677	89,5	76,1	26.159	92,9	116,7	5.499	92,7	24,0	7.942	93,2	35,1
Marocco	17.862	88,6	86,1	30.868	95,1	147,3	4.342	93,3	23,3	6.691	92,0	33,4
Cina	4.299	82,9	45,3	11.513	81,5	89,7	839	91,1	9,8	3.840	83,0	28,9
Ucraina	2.477	72,1	74,3	10.901	82,6	94,1	802	79,1	22,2	5.423	82,0	37,3
Stranieri da PFPM	130.340	84,2	86,9	255.201	88,9	117,8	38.530	90,7	24,9	92.443	86,7	39,1
Italiani	3.594.889	99,9	129,8	3.981.992	99,9	130,0	1.465.991	100,0	52,8	1.651.319	100,0	55,2

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi aggiornata al 2010 conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani, per ragioni essenzialmente legate alla fisiologia della riproduzione o a cause accidentali come i traumi.

Aumenta progressivamente il peso relativo delle pato-

logie croniche (tumori, malattie cardio-circolatorie, broncopneumopatie ostruttive ed asma), in coerenza con la transizione epidemiologica in atto nella popolazione immigrata, attribuibile all'invecchiamento ed all'acquisizione di stili di vita e comportamenti a rischio nel Paese ospite.

Si conferma di difficile lettura il dato secondo cui i

tassi di ricovero dei PFFPM continuano a ridursi con il passare degli anni, più di quanto non accada ai tassi degli italiani, per cui la distanza tra le due popolazioni in termini di ospedalizzazione tende ad accentuarsi. Il fenomeno potrebbe, in parte, dipendere da un significativo aumento di specifici gruppi di popolazione (in particolare cittadini rumeni) che, soprattutto negli ultimi anni, avrebbero “diluito” di fatto gli effet-

ti di una maggiore stabilizzazione degli immigrati residenti nel tempo, anche sotto il profilo sanitario e dell’accesso ai servizi.

Persistono, infine, situazioni di grave criticità come, ad esempio, l’elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, verso cui orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.

## Mortalità per causa tra gli stranieri

**Significato.** Per l'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri sono stati costruiti tassi di mortalità standardizzati per tutte le età oltre il primo anno di vita ed isolatamente per la classe di età 18-64 anni, disaggregati per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità, indicatore tradizionalmente utilizzato in letteratura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di salute della

popolazione e, come conseguenza, una misura del grado d'integrazione degli stranieri nel Paese ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

### Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), basata sulla scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre ad altre caratteristiche.

L'analisi della mortalità è stata circoscritta alla popolazione straniera residente in Italia, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare stime della popolazione straniera media residente, per il periodo 2003-2008, dettagliate per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico progetto. Anche per il 2009 è stata utilizzata la stima della popolazione straniera residente per genere, età, cittadinanza e regione di residenza predisposta dal *team* di esperti. L'esigenza

di produrre delle stime "ufficiali" della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004 e, successivamente, a 27 Paesi nel 2007. Dopo l'inclusione di 12 Paesi, allargamento completato a partire da gennaio 2007, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari ed utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.

Prima della diffusione delle stime sopra citate, infatti, si disponeva solamente di alcune fonti che dovevano essere combinate per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di cittadinanza, la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per Paese di cittadinanza, ed i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono ad iscriversi all'Anagrafe del Comune di dimora abituale. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenni.

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del migrante sano; il

secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un ulteriore effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori) che risulterebbero, infatti, sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia, certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

Nell'insieme emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, che in alcuni casi ha portato a limitare le analisi ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, per i quali la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa. In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità ed alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti ed all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale ed il dato italiano per i tassi complessivi, tra genere ed aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2009, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 66.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua<sup>1</sup> del +8,1% per i residenti, del +3,9% per i non residenti e del +6,1% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,2% tra i residenti, +7,9% tra i non residenti e +15,0% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2009, si sono verificati 5.496 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 3.457 residenti e 2.039 non residenti. Di questi la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 4.183 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 2.777 residenti e 1.406 non residenti.

La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2009 è pari al 62,90% e al 37,10% per i non residenti). Tale cambiamento è sicuramente spiegato dall'allargamento dell'UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di dieci nuovi Paesi e nel 2007 con l'ingresso degli ultimi due Paesi candidati Romania e Bulgaria, ed alla conseguente emigrazione verso l'Italia.

L'inclusione tra i Paesi dell'UE ha dato origine a un effetto moltiplicatore, avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), caratterizzati da una struttura per età più anziana, ed a quelli degli stranieri non residenti dei PFPM, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza nel 2009, si osserva come esista un effetto discriminante dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti al Nord, in particolare al Nord-Ovest ed al Centro; valori particolarmente elevati si registrano, però, tra le regioni del Sud, in Campania (Tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri. Tale geografia risulta esattamente invertita, con livelli dei tassi più elevati a Sud rispetto al Centro-Nord, per la mortalità infantile e neonatale, indicatore indiretto quest'ultimo della adeguatezza delle condizioni sanitarie, ambientali, sociali ed economiche della popolazione immigrata.

Gli uomini, che rappresentano circa il 62% della popolazione immigrata residente, presentano valori

<sup>1</sup>La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2009 è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[17]{M_{2009} / M_{1992}} - 1 \times 100$

dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (circa 19 decessi per 10.000 stranieri residenti) nella PA di Bolzano (36,36 per 10.000), in Liguria (24,11 per 10.000), in Veneto (20,19 per 10.000) ed in Lombardia (19,83 per 10.000), ma anche nelle Marche e Campania (rispettivamente, 23,39 e 24,67 per 10.000). Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 11,14 decessi per 10.000 straniere residenti. Per il contingente femminile si registrano livelli più alti del tasso per il Nord nelle PA di Bolzano e Trento ed in Piemonte e Valle d'Aosta (rispettivamente, 15,56, 13,29 e 13,07 per 10.000), ma anche in Sardegna (13,98 per 10.000) e Toscana (circa 13 decessi ogni 10.000 cittadine straniere residenti nella regione). Tra le regioni del Sud, è la Puglia ad attestarsi sui livelli più alti (12,23 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Utilizzando le stime della popolazione straniera residente per genere, singolo anno di età e Paese di cittadinanza, era stato possibile, già dalla scorsa edizione del Rapporto Osservasalute, fornire indicatori di mortalità per la serie temporale completa 2003-2008, effettuando un nuovo calcolo dei tassi con i denominatori aggiornati; anche nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati calcolati gli indicatori con il nuovo metodo ed aggiornati con i dati 2009. Un'analisi più dettagliata per causa di decesso è stata condotta per il solo anno di riferimento 2009, ultimo disponibile per i dati di mortalità e popolazione (Tabelle 3 e 4).

Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2009, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. La popolazione italiana residente per età e genere e proveniente dalla rilevazione Istat sulla Popolazione residente (POSAS) è stata ricalcolata sottraendo l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo di Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza (RR: Tassi popolazione straniera/Tassi italiani).

Il confronto tra gli anni del periodo 2003-2009, fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ed un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PSA e PFPM sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media annua percentuale tra il 2003 ed il 2009 analoga e pari a -3,1%. Isolando i Paesi di nuova adesione,

esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato e, comunque, una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità con una diminuzione a partire dal 2007. Anche per gli italiani i tassi di mortalità tendono a diminuire nel periodo 2003-2009 (-3,8%). Per quanto riguarda le donne si registra una variazione percentuale media annua negativa, a sottolineare una diminuzione dei livelli dei tassi, per i PSA (-2,4%), per i PFPM (-7,7%) e per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE (-5,9%). Anche per le italiane la diminuzione rilevata è consistente ed è pari a -2,2%. Analizzando i RR per ciascuna area di cittadinanza emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, per entrambi i generi, per tutto il periodo considerato (2003-2009) e per le diverse aree di cittadinanza siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale indicatore raggiunge, mediamente, per gli uomini livelli tra 0,6 e 0,8 per i PFPM e tra 0,5 e 0,4 per i PSA. Se si considerano i soli Paesi di nuova adesione UE, invece, escludendo Malta e Cipro, verifichiamo che sempre per il genere maschile il RR assume valori più oscillatori, con un picco di 1,1 nel 2005. Tale fenomeno può essere presumibilmente spiegato da una più massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004 dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE e ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2009, i tassi sono stati standardizzati per la classe 18-64 anni, i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità ed Altre malattie.

Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la decima revisione (ICD10), i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota nella Tabella 4.

Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che le Cause esterne ed i Tumori rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato. Per quanto riguarda i Tumori il livello del tasso standardizzato di mortalità assume valori molto simili per gli uomini e per le donne. Le Malattie del Sistema Circolatorio rappresentano la terza causa di morte per i PSA, con un netto svantaggio per gli uomini.

Anche per i PFPM, le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause violente e Malattie del Sistema Circolatorio, ma con livelli dei tassi standardizzati più alti e, comunque, a svantaggio del genere maschile (Tabella 4). Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per i Tumori e per le Cause esterne di

morbosità e mortalità per entrambi i generi, seguite da Malattie del Sistema Circolatorio. Per i PFPM e per i Paesi di nuova adesione UE si registrano livelli dei RR rispetto agli italiani superiori all'unità, per gli

uomini, solamente in corrispondenza dell'insieme delle cause esterne di morbosità e mortalità (rispettivamente, 1,1 e 1,2).

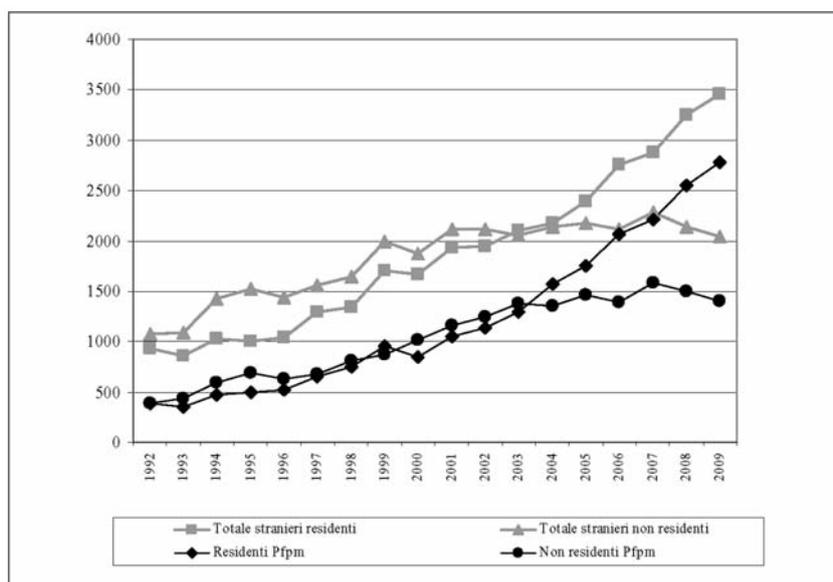
**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e percentuale) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2009

Anni	Stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
<b>Totale</b>	<b>33.731</b>	<b>32.786</b>	<b>66.517</b>	<b>50,71</b>	<b>49,29</b>
<b>Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria*</b>					
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.777	1.406	4.183	66,39	33,61
<b>Totale</b>	<b>21.840</b>	<b>18.564</b>	<b>40.404</b>	<b>54,05</b>	<b>45,95</b>

\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente e non inclusi nei gruppi di popolazione considerati in tabella.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia per i PFPM - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	179	123	302	18,33	13,07	15,67
Lombardia	456	241	697	19,83	11,20	15,09
Bolzano-Bozen	34	20	54	36,36	15,56	25,91
Trento	23	22	45	18,30	13,29	15,02
Veneto	189	108	297	20,19	11,08	14,81
Friuli Venezia Giulia	41	37	78	13,43	11,35	12,42
Liguria	75	45	120	23,74	10,13	15,89
Emilia-Romagna	195	130	325	18,76	12,28	15,12
Toscana	162	123	285	18,68	12,92	15,41
Umbria	39	26	65	12,56	7,68	9,85
Marche	68	40	108	23,39	12,15	16,83
Lazio	262	179	441	19,20	10,43	13,88
Abruzzo e Molise	49	27	76	19,33	8,07	12,60
Campania	94	58	152	24,67	11,43	16,45
Puglia	45	36	81	18,43	12,23	15,42
Basilicata	4	1	5	-	-	-
Calabria	25	19	44	12,94	5,86	9,50
Sicilia	71	45	116	16,45	9,88	12,87
Sardegna	16	14	30	16,60	13,98	15,63
Regione non indicata	118	18	136	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>2.137</b>	<b>1.320</b>	<b>3.457</b>	<b>19,51</b>	<b>11,14</b>	<b>14,76</b>

- = per la Basilicata non è stato calcolato il tasso standardizzato di mortalità a causa del numero di decessi troppo esiguo.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

**Tabella 3** - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi riferiti a cittadini stranieri residenti ed italiani della classe di età 18-64 anni, per genere ed area di cittadinanza - Anni 2003-2009

Aree di cittadinanza	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Maschi</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,2	10,1	11,5	10,6	8,5	9,2	8,7
Paesi a Forte Pressione Migratoria	17,0	19,5	17,4	16,1	15,5	15,5	14,5
Paesi di nuova adesione UE	9,7	22,7	27,3	20,8	19,6	15,7	15,0
<b>Italiani</b>	<b>26,5</b>	<b>24,9</b>	<b>24,3</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>	<b>21,8</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,9	1,1	0,9	0,9	0,7	0,7
<b>Femmine</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	5,2	7,0	7,7	7,7	7,7	5,1	4,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	8,5	6,8	6,6	6,9	5,6	6,8	5,7
Paesi di nuova adesione UE	7,6	6,4	6,7	6,0	6,5	7,2	5,6
<b>Italiani</b>	<b>13,1</b>	<b>12,3</b>	<b>12,2</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5
Paesi di nuova adesione UE	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5
<b>Totale</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	8,5	9,6	9,0	11,8	6,9	6,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	12,7	12,9	11,6	11,2	10,0	10,6	9,4
Paesi di nuova adesione UE	8,7	12,6	14,0	11,5	7,4	10,3	8,6
<b>Italiani</b>	<b>19,6</b>	<b>18,5</b>	<b>18,1</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>	<b>16,7</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,7	0,8	0,7	0,4	0,6	0,5

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" ed Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

**Tabella 4** - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi per gli stranieri residenti in Italia e per gli italiani della classe di età 18-64 anni per genere, principali gruppi di cause ed area di cittadinanza - Anno 2009

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std - età 18-64 anni°			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi italiani		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,17	0,00	0,07	0,3	0,0	0,2
	Tumori	3,04	2,83	2,91	0,3	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,04	0,68	1,25	0,4	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,26	0,12	0,18	0,4	0,4	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,18	0,25	1,13	0,6	0,3	0,5
	Altre malattie	1,02	0,71	0,85	0,3	0,4	0,3
	<b>Tasso std totale</b>	<b>8,71</b>	<b>4,60</b>	<b>6,39</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,56	0,24	0,36	0,9	1,0	0,9
	Tumori	4,00	2,72	3,21	0,5	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,73	0,80	1,98	0,8	0,5	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,35	0,15	0,24	0,6	0,5	0,5
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,86	0,88	2,26	1,1	1,0	1,0
	Altre malattie	1,98	0,88	1,36	0,5	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>	<b>14,48</b>	<b>5,67</b>	<b>9,43</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,25	0,18	0,20	0,4	0,8	0,5
	Tumori	3,46	3,25	3,36	0,4	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,13	0,59	1,55	0,9	0,4	0,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,31	0,02	0,13	0,5	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,12	0,69	1,98	1,2	0,8	0,9
	Altre malattie	2,69	0,89	1,41	0,7	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>	<b>14,96</b>	<b>5,62</b>	<b>8,63</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Italiani	Malattie infettive e parassitarie	0,62	0,24	0,43	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,82	6,86	7,81	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,66	1,57	3,09	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,58	0,29	0,44	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,50	0,84	2,18	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,64	1,87	2,75	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>	<b>21,83</b>	<b>11,67</b>	<b>16,69</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD 10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

°Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976).

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" ed Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti ed osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali quelle sul mercato del lavoro, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente. A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e di integrazione degli stranieri in Italia, una molteplicità di fattori a cominciare dalle privazioni, dalle difficoltà

sociali, economiche, linguistiche e culturali che possono agire negativamente anche sulla formulazione di diagnosi specifiche e sulla conoscenza adeguata dei bisogni degli stranieri sia da parte del personale medico che da quello preposto all'assistenza. Proprio in tale ottica sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari, il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai servizi.

### Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti del-

le relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.

(2) Bruzzone S., Mignolli N. (2002), Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 2001, RUX editrice, Perugia, pp. 395-410.

(3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.

(4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La

nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in «Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica», Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio-Giugno, pp. 97-120.

(5) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.

(6) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n° 3.

(7) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

## Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri

**Significato.** Lo studio della mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia rappresenta un elemento fondamentale nello studio del fenomeno in un'ottica differenziale; tali indicatori, infatti, forniscono un valore aggiunto nell'esplorazione dei fattori che li legano alle condizioni sanitarie, ambientali, sociali ed economiche della popolazione immigrata.

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale, in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati nei precedenti Rapporti Osservasalute: l'effetto immigrazione e l'effetto generazione (1-3). Relativamente al primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti nati in Italia e morti nel primo anno di vita. A questo scopo, attraverso l'utilizzo dei dati provenienti dall'Indagine su decessi e cause di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei bam-

bini nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento successivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'effetto emigrazione, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò si verifica soprattutto a causa delle mancate cancellazioni, dai registri anagrafici dei Comuni di residenza, degli individui con età <1 anno (nati vivi) che si sono trasferiti e che rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta più contenuto proprio rispetto alla mortalità neonatale che rappresenta la componente più rilevante della mortalità infantile.

Riguardo all'effetto generazione, i tassi sono stati calcolati attraverso un riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati (4-7).

### Tasso di mortalità infantile tra gli stranieri

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

### Tasso di mortalità neonatale tra gli stranieri

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Per le analisi dei dati, sia con riferimento ai decessi, sia ai nati vivi, è stata considerata, per l'estrazione del sottoinsieme degli "stranieri", la sola variabile "Paese di cittadinanza". L'informazione sulla cittadinanza viene rilevata, infatti, da tutte le principali fonti statistiche italiane ufficiali al fine di identificare il Paese di provenienza degli individui. L'informazione sulla cittadinanza viene spesso preferita, in Italia, all'utilizzo del Paese di nascita poiché nella maggior parte dei casi è un'informazione coincidente con la seconda, ma più affidabile in termini di qualità del dato. Occorre sottolineare, inoltre, che

l'Italia è un Paese di recente immigrazione ed, inoltre, per ottenere il riconoscimento della cittadinanza italiana è necessario seguire un *iter* molto complesso anche dopo un lungo periodo di permanenza in Italia. L'ammontare dei nati vivi è stato ricavato, invece, con l'uso integrato delle due rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso la quale si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per genere, e degli iscritti in Anagrafe per nascita<sup>2</sup>, con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali, tra cui la

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere dai familiari anziani rimasti nel Paese di origine, dove vengono trasferiti fin da molto piccoli.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche "Bassanini bis"), e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat ad interrompere l'Indagine sulle nascite condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.

cittadinanza specifica, che viene indicata sul modello a livello individuale sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti in Anagrafe per nascita, è stato ottenuto il dato collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto ad un'elaborazione *ad hoc* mediante la quale sono stati considerati "stranieri" gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto la cittadinanza della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un genitore italiano<sup>3</sup>: di conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogame con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, inoltre, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

### Descrizione dei risultati

Le analisi dei dati sono state condotte per il quinquennio 2005-2009, riferito alle più recenti informazioni disponibili per la mortalità per causa. Il numero complessivo dei decessi di individui nel primo anno di vita, esteso a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia, è pari a 1.684 bambini stranieri e 8.457 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di circa 20 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza tra i provenienti dai PFPM, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda esclusivamente questi Paesi di cittadinanza (Tabella 1 e Grafico 1). Per il calcolo degli indicatori, come detto in precedenza, sono stati selezionati i soli deceduti residenti nel primo anno di vita, poiché, per la costruzione dei tassi, sono disponibili i soli nati vivi stranieri residenti da porre al denominatore. Si è scelto, inoltre, di

tenere separati i decessi nel primo mese di vita rispetto alla mortalità complessiva nel primo anno di vita (Tabelle 1 e 2).

La mortalità neonatale (0-29 giorni), infatti, rappresenta sicuramente un indicatore indiretto della salute materna e degli stili di vita in epoca prenatale e neonatale. La mortalità post neonatale (da 2 a 12 mesi) raggiunge, generalmente, livelli più elevati a seguito di un'inadeguata alimentazione del bambino, carenti condizioni igienico-sanitarie o uno scorretto comportamento da parte delle madri.

Le cause di morte che caratterizzano i decessi nei due periodi neonatale e post neonatale sono, anch'esse, molto diversificate e sono strettamente legate a fattori "endogeni" nel primo caso ed "esogeni" nel secondo. Le cause endogene sono principalmente connesse alle condizioni della gravidanza, mentre i fattori esogeni sono corrispondenti a patologie legate ad infezioni, a malattie dell'apparato respiratorio o a malattie virali.

Dall'analisi dei dati si registra che i decessi nel primo anno di vita tra i bambini stranieri, quasi integralmente appartenenti ai PFPM, in prevalenza residenti (circa l'80% del totale), sono concentrati nel primo mese di vita (percentuali comprese per i PFPM, nel periodo 2005-2009, tra il 71,1% ed il 65,4% sul totale dei decessi infantili, Tabella 1). Tale situazione è sicuramente riconducibile al fatto che i residenti, più stabilmente insediati e con autonomia economica, hanno un profilo più simile a quello degli italiani. La componente della mortalità post neonatale, oltre il primo mese di vita, deducibile per differenza tra mortalità infantile e neonatale, risulta più significativa, infatti, per gli stranieri non residenti provenienti dai PFPM (Tabella 1).

La variazione dell'ammontare dei decessi di cittadini stranieri e italiani, residenti e non residenti, analizzato attraverso i numeri indice a base fissa (2000=100), rivela che il numero dei decessi di bambini stranieri aumenta abbastanza velocemente nel tempo a partire dal 2000; tale incremento appare leggermente attenuato negli ultimi anni se si considera il sottoinsieme degli stranieri residenti in Italia. Si registra, infatti, tra questi ultimi, una flessione tra il 2005 ed il 2007, mentre una tendenza all'aumento nel 2008 e 2009. Il numero dei decessi dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuisce per tutto il periodo 2000-2009, anche se con una battuta di arresto nel 2007 e nel 2008 (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza, nell'ambito delle quali sono state selezionate alcune singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2).

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata ed attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in Anagrafe.

Per quanto riguarda l'insieme dei PFPM si registra una diminuzione nel livello dei tassi di mortalità infantile e neonatale nel quadriennio 2005-2008, mentre si rileva un aumento dei tassi nel 2009. La variazione percentuale media annua<sup>4</sup> riporta, comunque, una diminuzione pari a -6,1% nel primo mese di vita ed a -5,4% nel primo anno di vita. Per il totale degli stranieri si registrano livelli dei tassi molto simili a quelli osservati per il gruppo dei PFPM (Tabella 2).

Per gli italiani, i livelli degli indicatori di mortalità, nel 2009, sono pari a 2,5 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità neonatale, in lieve aumento rispetto al valore del 2008 (2,4 per 1.000 nati vivi) e 3,3 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità infantile, quest'ultimo, invece, stabile dal 2007. Effettuando un confronto tra i tassi registrati per gli stranieri nel complesso o per i PFPM e quelli calcolati per gli italiani, mediante un rapporto tra i tassi, si osserva come tale indicatore sia sempre superiore all'unità a svantaggio degli stranieri.

Dall'analisi delle grandi aree di cittadinanza e dei singoli Paesi che più significativamente le rappresentano si osserva, in primo luogo, come l'area dei Paesi dell'Unione Europea (UE) 14, definita area a bassa pressione migratoria, registri valori degli indicatori molto variabili ed in netta diminuzione tra il 2005 ed il 2009. I valori dei tassi per i Paesi UE-14, trattandosi di Paesi a bassa pressione migratoria sono, come ci si aspettava, inferiori a quelli degli italiani residenti e riguardano generalmente un numero molto esiguo di casi.

Per i Paesi di nuova adesione UE, entrati nel 2004 e nel 2007 (esclusi Malta e Cipro), si registrano tassi di mortalità infantile e neonatale con valori oscillanti nel corso del quinquennio considerato. Malgrado diminuiscano nel 2006 e 2007, nel 2008 tendono ad aumentare e poi nuovamente a decrescere nel 2009.

Con riferimento agli indicatori registrati per la Romania, cittadinanza per la quale, insieme all'Albania, si riscontra un elevato numero, in termini assoluti, di decessi nel primo anno di vita in Italia, i tassi di mortalità neonatale ed infantile rilevati risultano superiori al dato del complesso degli stranieri solo nel 2005 e nel 2008; nel 2009, invece, raggiungono livelli perfino più bassi rispetto a quelli degli italiani. Per i bambini stranieri di cittadinanza rumena, malgrado l'andamento non costante nel tempo, si registra, comunque, una diminuzione nel periodo 2005-2009 in media pari al 16,9% annuo per la mortalità nel primo mese di vita ed al 14,4% per la mortalità infantile. La diminuzione è stata calcolata mediante una variazione percentuale media annua tra il 2005 ed il 2009. I bambini albanesi presentano, invece, livelli dei tassi più bassi rispetto ai rumeni, ma con un aumento dei valo-

ri nel corso del quinquennio considerato e con un picco di mortalità registrato nel 2005.

Per i cittadini dell'area africana, i tassi di mortalità neonatale ed infantile si attestano su valori più elevati rispetto al contingente degli stranieri nel loro complesso ed ai PFPM, evidenziando un trend più costante rispetto alle altre nazionalità. I livelli dei tassi presentano, comunque, una flessione nel 2007 (3,1 e 4,7 per 1.000 nati vivi) e 2008 (3,1 e 4,6 per 1.000 nati vivi) ed un nuovo aumento nel 2009 (3,6 e 5,1 per 1.000 nati vivi). Nel quinquennio (2005-2009) in esame sia il tasso di mortalità infantile che neonatale registrano una diminuzione, mediamente, di circa il 2% all'anno. Tra i Paesi africani, è il Marocco ad avere il numero più elevato di decessi in Italia; i tassi di mortalità assumono livelli lievemente più alti rispetto a quelli del complesso dei PFPM e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze. Tra gli altri Paesi nell'area africana, per i quali si registra un numero elevato di decessi nel primo anno di vita in Italia, possiamo citare anche Tunisia e Ghana.

Per i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale, si registrano tassi di mortalità infantile generalmente più contenuti ed inferiori rispetto a quelli registrati per il totale dei PFPM, nel periodo 2005-2009 (fatta eccezione per l'anno 2007). Con riferimento ai Paesi asiatici, si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in tassi di mortalità infantile inferiori al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia (ad eccezione della mortalità infantile nel 2004). Tra i bambini asiatici, si evidenzia una diminuzione dei livelli di mortalità nei cinesi nel periodo tra il 2005 ed il 2008, con valori al di sotto del dato nazionale e un picco inaspettato nel 2009 (rispettivamente, 5,4 e 8,1 per 1.000 nati vivi). Questo fenomeno, di particolare rilevanza, dovrà essere monitorato con particolare attenzione anche negli anni futuri. Tra le cittadinanze da Paesi dell'Asia con un elevato numero di decessi nel primo anno di vita, in termini assoluti, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, si registra l'India (8 decessi nel 2008 e 18 nel 2009).

Analizzando i tassi di mortalità neonatale ed infantile tra gli stranieri per regione di residenza e riferiti all'anno 2009 emerge, come per gli anni precedenti, lo svantaggio delle regioni meridionali se confrontato con i livelli nazionali (rispettivamente, 4,3 e 7,0 per 1.000 nati vivi rispetto ai valori nazionali di 2,5 e 3,8 per 1.000 nati vivi) (Tabella 3). Malgrado siano prevalentemente i residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole ad essere penalizzati rispetto alla mortalità neonatale ed infantile (Sicilia 7,1 e 8,2 e Campania 5,8 e 9,9 per 1.000 nati vivi) anche per alcune delle regioni

<sup>4</sup>La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità infantile e neonatale, nel periodo 2005-2009, è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[4]{M_{2009} / M_{2005}} - 1 \times 100$

del Nord e del Centro si registrano tassi con livelli più elevati del valore nazionale per gli stranieri residenti. Tali regioni sono il Veneto, la PA di Bolzano e l'Emilia-Romagna per la mortalità neonatale, Marche e Friuli Venezia Giulia in corrispondenza di entrambe le componenti. I tassi di mortalità infantile oscillano dall'8,2 (per 1.000 nati vivi residenti) della Sicilia allo

0, per l'assenza di decessi, della PA di Trento; il dato nazionale è pari a 4,0 (per 1.000 nati vivi residenti). Per quanto concerne i tassi di mortalità neonatale, invece, tali livelli, più contenuti, oscillano tra 7,1 (per 1.000 nati vivi residenti) della Sicilia e lo 0, per l'assenza di decessi, della PA di Trento. Il valore nazionale è pari a 2,7 (per 1.000 nati vivi residenti).

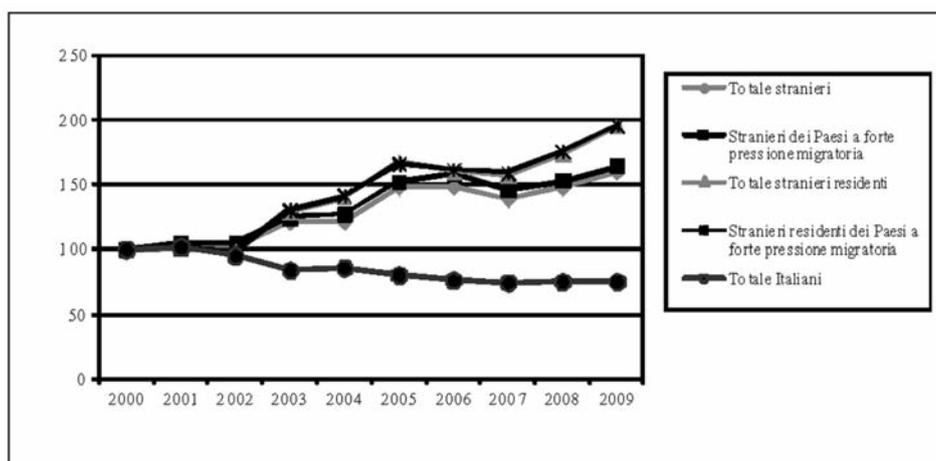
**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti) nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita di stranieri ed italiani - Anni 2005-2009

Anni di decesso	Stranieri		di cui: Paesi a Forte Pressione Migratoria*		Italiani	
	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
2006	344	70,6	339	71,1	1.687	74,9
2007	313	67,7	312	67,6	1.646	71,6
2008	333	65,2	327	65,4	1.664	72,8
2009	361	67,3	351	67,2	1.685	73,7
<b>Totale</b>	<b>1.684</b>	<b>68,1</b>	<b>1.654</b>	<b>68,2</b>	<b>8.457</b>	<b>73,3</b>

\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

**Grafico 1** - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per area di cittadinanza - Anni 2000-2009



**Nota:** Anno 2000=100.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

**Tabella 2** - Tasso (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) di mortalità neonatale ed infantile per area di cittadinanza ed alcuni principali Paesi - Anni 2005-2009

Aree di cittadinanza	Mortalità neonatale				
	2005	2006	2007	2008	2009
Unione Europea 14°	2,3	2,0	1,9	-	-
Paesi di nuova adesione Unione Europea§	4,6	3,0	1,7	2,7	2,1
Romania	4,4	3,1	2,0	2,6	2,1
Altri Paesi europei	2,6	1,6	2,5	2,0	1,5
Albania	2,4	0,9	2,0	1,5	1,3
Africa	3,9	3,6	3,1	3,1	3,6
Marocco	3,5	3,5	2,7	2,9	3,0
America centro-meridionale	2,7	2,1	2,6	1,9	2,4
Asia	2,8	2,4	2,4	1,6	2,5
Repubblica Popolare Cinese	2,2	1,8	1,5	1,4	5,4
<b>Stranieri</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>
<b>Stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,8</b>
<b>Italiani*</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>	<b>2,5</b>

Mortalità infantile					
Unione Europea 14°	2,3	2,0	1,9	-	3,9
Paesi di nuova adesione Unione Europea§	5,6	3,8	2,5	4,0	3,0
Romania	5,4	3,9	2,8	3,9	2,9
Altri Paesi europei	3,6	2,4	3,2	3,1	2,6
Albania	3,0	1,8	2,7	2,5	1,7
Africa	5,7	4,9	4,7	4,6	5,1
Marocco	5,0	4,8	3,8	4,7	4,3
America centro-meridionale	3,7	2,5	4,1	3,2	3,4
Asia	3,9	3,9	3,7	2,6	3,6
Repubblica Popolare Cinese	2,9	3,3	2,7	2,0	8,1
<b>Stranieri</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>
<b>Stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,0</b>
<b>Italiani*</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>

°Per i cittadini residenti in Italia entro il primo anno di vita, provenienti dai Paesi dell'UE-14 (UE-15 esclusa l'Italia), non si sono verificati decessi durante il 2008.

§Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania.

\*Il tasso di mortalità per gli italiani è stato calcolato considerando al numeratore i soli decessi nel primo di vita, avvenuti in Italia, di individui di cittadinanza italiana definita ai sensi della Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche) ed al denominatore il contingente dei nati vivi residenti al netto dei nati vivi di cittadinanza straniera.

- = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte", "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente", "Iscritti in anagrafe per nascita". Anno 2012.

**Tabella 3** - Tasso (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) di mortalità neonatale ed infantile per stranieri residenti e PFPM per regione - Anno 2009

Regioni	Mortalità neonatale		Mortalità infantile	
	Stranieri residenti	PFPM	Stranieri residenti	PFPM
Piemonte	2,5	2,5	3,5	3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	2,4	2,4	3,6	3,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3,0</i>	<i>3,3</i>	<i>3,0</i>	<i>3,3</i>
<i>Trento</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	2,9	3,0	3,9	4,0
Friuli Venezia Giulia	2,9	3,0	5,2	5,3
Liguria	2,7	2,2	3,8	3,3
Emilia-Romagna	2,9	2,9	3,8	3,9
Toscana	2,3	2,4	3,2	3,3
Umbria	1,4	1,4	3,5	3,6
Marche	3,4	3,4	5,3	5,3
Lazio	2,4	2,4	3,1	3,1
Abruzzo	1,8	1,8	5,3	5,4
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	5,8	5,8	9,9	9,9
Puglia	2,8	2,8	6,4	6,5
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	4,0	4,1	8,1	6,8
Sicilia	7,1	7,2	8,2	8,3
Sardegna	2,6	2,7	2,6	2,7
<b>Stranieri residenti in Italia</b>	<b>2,7</b>	<b>2,8</b>	<b>4,0</b>	<b>4,0</b>

**Nota:** per le regioni nelle quali non si sono verificati decessi entro il mese o il primo anno di vita o il numero dei casi risultava troppo esiguo, non sono stati calcolati i tassi di mortalità infantile e neonatale. È stato utilizzato il segno convenzionale “-” nel caso di un numero di decessi troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su “Indagine su decessi e cause di morte”, “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”, “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'analisi dei dati nel periodo 2005-2009 si rileva un graduale avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale tra stranieri ed italiani nel complesso, anche se il rapporto tra i tassi di mortalità stranieri/italiani conduce ad un livello dell'indicatore, approssimabile ad un rischio relativo, con valori sempre superiori all'unità. Le cause di morte più frequenti sono quelle legate a fattori endogeni e, quindi, caratteristiche dell'età neonatale; tra queste l'asfissia del neonato, sindrome di aspirazione neonatale e malformazioni congenite. Lo studio delle caratteristiche delle singole aree di cittadinanza, poi, mette meglio in luce alcune disuguaglianze nei tassi, segnale evidente delle numerose difficoltà alle quali devono far fronte le popolazioni immigrate coinvolte nel processo di integrazione nel Paese ospitante. Le aree di cittadinanza più penalizzate sono quelle appartenenti al gruppo dei PFPM, nello specifico le aree africane ed asiatiche. L'analisi della mortalità infantile e neonatale degli stranieri per regione di residenza evidenzia, inoltre, come siano sempre i residenti nel Sud e nelle Isole a presentare uno svantaggio rispetto alla situazione nazionale, segno evidente di un difficoltoso percorso di insediamento tra le famiglie immigrate specialmente nell'area del Mezzogiorno, in cui gli stessi italiani risultano, nel confronto con le altre regioni, ancora penalizzati per mortalità infantile e neonatale.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Livi Bacci M. (1999). Introduzione alla demografia, Loescher, Torino.
- (2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia, in Ministero dell'Interno (a cura di), Primo Rapporto sugli immigrati in Italia, Roma.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana “Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo”, Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004). La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (5) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2009). Infant mortality among foreigners/non-nationals living in Italy in European Journal of Public Health (2009) Volume 19 suppl 1 - 2nd European Public Health Conference, Human ecology and public health. Lodz, 25-28 November 2009.
- (6) Masuy-Stroobant G. (1997). Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut National d'études démographiques, Paris, Démographie: analyse et synthèse, Materiali di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.
- (7) Pressat R. (sous la direction de) (1985). Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.
- (8) Bruzzone S., Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute 2010. Salute degli immigrati - P. 287-292.

## Epatite virale tra gli stranieri

**Significato.** L'epatite è un'infezione del fegato che può essere provocata da agenti causali diversi, tra cui grande importanza rivestono i virus. In particolare, quelli che più frequentemente causano epatite sono i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta ed E (HEV). I virus A ed E sono a trasmissione feco-orale, mentre HBV, HCV e Delta sono a trasmissione parenterale (sessuale, perinatale, legata ad assunzione di droghe per via endovenosa o a procedure mediche invasive etc.). L'epatite acuta causata dai virus B, C e Delta è spesso asintomatica e tende a cronicizzare; a sua volta l'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta, così, essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Per quanto riguarda il quadro epidemiologico dell'epatite virale acuta in Italia, la circolazione di HAV è progressivamente diminuita e, nel 2010, il tasso di incidenza risultava di 1,1/100.000/anno. Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto ed, attualmente, l'incidenza è pari, rispettivamente, a 0,9/100.000/anno e 0,2/100.000/anno. Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata nel 2010 inferiore a 1/1.000.000/anno (1).

In questo quadro, un elemento di novità è rappresentato dall'aumento della popolazione immigrata: al 31 dicembre 2010 risultavano residenti in Italia 4.570.317 stranieri, pari al 7,5% della popolazione totale, cui si aggiungono oltre 400 mila stranieri irregolari stimati (2); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (3). Tale popolazione ha il suo carico di problematiche sociali, culturali e sanitarie (ad esempio, molte persone provengono da Paesi ad alta endemia di virus B e C). È, dunque, importante

studiare la diffusione dell'epatite virale tra gli stranieri presenti in Italia, allo scopo di favorire interventi di prevenzione ed assistenza sanitaria.

Dal 1985, è presente in Italia un sistema di sorveglianza "ad hoc" delle epatiti virali acute: il SEIEVA-Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (4), che raccoglie le notifiche di tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) che aderiscono volontariamente alla sorveglianza.

A partire dal 2004, il SEIEVA raccoglie, routinariamente, anche l'informazione sulla cittadinanza ed è, quindi, possibile analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza, calcolato separatamente per le diverse tipologie di infezione virale. Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi notificati nelle 10 regioni italiane interamente "sorvegliate" dal Sistema (copertura del 100%): Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) mediante l'integrazione di dati di fonte censuaria, anagrafica e di stato civile. Tali dati si riferiscono alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  ed al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ .

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione di riferimento del SEIEVA nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2010).

### Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Nuovi casi di epatite diagnosticati a cittadini stranieri  
Popolazione straniera media residente

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Il principale punto di forza di questo studio deriva dal fatto che la fonte dei dati utilizzati per ottenere i casi di epatite virale acuta è costituita da un sistema di sorveglianza, il SEIEVA, che è in funzione in Italia da oltre 25 anni ed ha subito pochissime modifiche sostanziali nel corso degli anni: questo consente una valutazione non distorta dei trend temporali. Un altro punto di forza è rappresentato dal-

l'elevata copertura del SEIEVA, che raccoglie attualmente notifiche da circa il 76% delle ASL italiane (percentuale alta, considerando la natura volontaria della sorveglianza) (1).

Il limite maggiore deriva dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché

<sup>1</sup>Si considerano a forte pressione migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce presumibilmente in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di incidenza nella popolazione immigrata in Italia vengono confrontati con i tassi complessivi osservati dal SEIEVA (popolazione generale comprendente italiani ed immigrati).

### Descrizione dei risultati

Nel periodo 2004-2010 sono stati notificati al SEIEVA 7.914 casi di epatite virale acuta: il 14% riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è andata aumentando negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 17,9% nel 2010 (Tabella 1).

La Tabella 1 riporta anche la distribuzione degli stranieri per le diverse eziologie virali: il numero più alto di infezioni (in valore assoluto) ha riguardato le epatiti A e B, mentre le percentuali più elevate si sono riscontrate tra i casi di epatite NonA-NonC.

La Tabella 2 mostra la distribuzione delle infezioni tra gli stranieri, per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica e tipo di epatite. La quasi totalità dei casi osservati in cittadini stranieri proveniva da PFPM (97%) e solo 35 casi da PSA. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (41,6%) e dell'Africa (29,3%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Analizzando in dettaglio i dati per tipo di epatite, si evidenzia come le notifiche di epatite A abbiano riguardato soprattutto cittadini africani, mentre le epatiti a trasmissione parenterale (B e C) provenivano prevalentemente dai Paesi dell'Est-Europa, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (5).

La Tabella 3 presenta la distribuzione del totale di casi notificati al SEIEVA (2004-2010) per tipo di epatite, nazionalità e, tra gli stranieri, per livello di sviluppo del Paese di provenienza. Per quanto riguarda il tipo di epatite diagnosticata, negli stranieri oltre l'81% dei casi è attribuibile ai virus A e B. L'epatite C rappresenta solamente il 4% dei casi negli stranieri, contro quasi il 9% negli italiani. Le differenze osservate tra cittadini italiani e stranieri sono statisticamente significative ( $p < 0,001$ ).

Considerando i casi in base al livello di sviluppo del Paese di origine, si osserva per i cittadini provenienti da PFPM una distribuzione analoga a quella registra-

ta per il totale dei cittadini stranieri (dei quali costituiscono la quasi totalità). Tra i cittadini provenienti da PSA, l'epatite A è la forma di epatite virale acuta più frequente (77% dei casi): questo dato è atteso in quanto l'epatite A non è endemica nei Paesi di provenienza (mentre lo è nei PFPM); di conseguenza, le persone provenienti dai PSA non hanno avuto modo di sviluppare precedentemente anticorpi protettivi contro l'infezione da virus A.

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto tra i tassi di incidenza complessivi osservati dal SEIEVA ed i tassi standardizzati riscontrati in cittadini provenienti da PFPM. Sono, invece, esclusi da questa analisi i casi riferiti a soggetti provenienti da PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità dei numeri.

### Epatite A

Nel periodo in studio, dei 449 casi di epatite A diagnosticati in stranieri (Tabella 2), 422 provenivano da PFPM e ben 178 dal Marocco (42%). L'analisi temporale dei tassi di incidenza (Grafico 1) mostra, per entrambe le popolazioni a confronto, una progressiva diminuzione: da valori intorno al 3 per 100.000 nel 2004 a meno del 2 per 100.000 nel 2010. Sebbene i tassi osservati per gli stranieri da PFPM si siano mantenuti leggermente più elevati di quelli della popolazione generale del SEIEVA, gli andamenti appaiono sostanzialmente sovrapponibili.

### Epatite B

Nel periodo in studio sono state registrate 455 diagnosi di epatite virale acuta B a carico di stranieri provenienti soprattutto dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare dalla Romania (128 casi).

L'incidenza di epatite B negli immigrati da PFPM è risultata maggiore di quella osservata nella popolazione generale; la differenza si è andata riducendo negli anni, grazie ad un trend in diminuzione dei tassi di malattia tra gli stranieri, più accentuato rispetto a quello complessivamente osservato dal SEIEVA (Grafico 2).

Dal momento che nel SEIEVA il dato relativo agli anni di permanenza degli stranieri in Italia non è quasi mai disponibile, possiamo solo avanzare delle ipotesi sui reali motivi di tale andamento durante il periodo considerato. Le spiegazioni possono essere di tre tipi. In primo luogo, l'inizio ritardato della vaccinazione anti-epatite B nei Paesi di origine (l'Italia è stata la prima Nazione ad attuare la vaccinazione di massa con la Legge n. 165/1991, ma molti altri Paesi hanno poi seguito la stessa strada). L'effetto della vaccinazione può essersi manifestato più tardi rispetto ai cittadini italiani, anche perché in diversi Paesi la strategia vaccinale utilizzata è stata quella della sola vaccinazione dei neonati, mentre in Italia si è partiti subito con una vaccinazione in parallelo dei neonati e dei

12enni, in modo da coprire in 12 anni 24 coorti di nascita: questo ha fatto sì che il calo più rilevante tra gli italiani si sia verificato prima del 2004.

Inoltre, un certo numero di stranieri si trova in Italia dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni e, quindi, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Infine, la strategia vaccinale attuata in Italia ha creato nel tempo un'immunità di gruppo (*herd immunity*) grazie alla quale l'infezione ha minore probabilità di diffondersi in quanto la popolazione immune agisce da barriera tra i soggetti contagiosi ed i suscettibili.

#### Epatite C

Dei 652 casi di epatite C notificati al SEIEVA tra il 2004 e il 2010, 44 (6,7%) riguardavano stranieri provenienti da PFPM; per quanto riguarda l'area geografica, il 59% dei casi proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2) e di questi 9 dalla Romania.

Il Grafico 3 presenta l'andamento annuale dei tassi di incidenza standardizzati nella popolazione generale "sorvegliata" dal SEIEVA e negli immigrati (PFPM). Durante il periodo di osservazione, i valori sono rimasti costantemente al di sotto dell'1 per 100.000 in

entrambe le popolazioni. Le due curve evidenziano, peraltro, un livello di rischio simile tra gli stranieri e la popolazione generale.

#### Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta

Durante il periodo di osservazione, tra i casi insorti in cittadini stranieri sono state notificate 162 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota. La Tabella 4 mostra la distribuzione di tali casi per eziologia ed area geografica di provenienza. Un numero rilevante di casi (pari al 18,5%) è risultato attribuibile al virus E dell'epatite e la quasi totalità proveniva dal Sud dell'Asia (Bangladesh, India e Pakistan), zona ad alta endemia per il virus HEV. Considerato che in molti centri clinici italiani ancora non si eseguono indagini sierologiche specifiche per l'HEV, è verosimile che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute siano in realtà casi di epatite E acuta; anche la provenienza geografica di molti dei casi citati avvalorava questa ipotesi.

Per quanto riguarda l'epatite acuta di tipo Delta, la quasi totalità dei casi proveniva dall'Europa dell'Est.

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta negli stranieri per tipo di epatite - Anni 2004-2010

Anni	Totale casi N %	Epatite A N %	Epatite B N %	Epatite C N %	Epatite NonA-NonC N %
2004	147/1.353 (10,9)	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	8/115 (7,0)	24/117 (20,5)
2005	120/933 (12,9)	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)
2006	195/1.089 (17,9)	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)
2007	169/1.039 (16,3)	56/353 (15,9)	85/487 (17,5)	6/102 (5,9)	22/97 (22,7)
2008	167/1.372 (12,2)	71/742 (9,6)	68/453 (15,0)	6/74 (8,1)	22/103 (21,4)
2009	164/1.302 (12,6)	84/752 (11,2)	52/390 (13,3)	8/83 (9,6)	20/77 (26,0)
2010	148/826 (17,9)	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/76 (6,6)	18/53 (34,0)
<b>Totale</b>	<b>1.110/7.914 (14,0)</b>	<b>449/3.618 (12,4)</b>	<b>455/2.970 (15,3)</b>	<b>44/652 (6,7)</b>	<b>162/674 (24,0)</b>

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

**Tabella 2** - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta negli stranieri per area di provenienza e tipo di epatite - Anni 2004-2010

Aree di provenienza	Totale casi N %	Epatite A N %	Epatite B N %	Epatite C N %	Epatite NonA-NonC N %
<b>Livello di sviluppo</b>					
PFPM	1.075 (96,9)	422 (94,0)	448 (98,5)	44 (100,0)	161 (99,4)
PSA	35 (3,1)	27 (6,0)	7 (1,5)	0 (0,0)	1 (0,6)
<b>Area geografica</b>					
Africa	325 (29,3)	213 (47,4)	81 (17,8)	11 (25,0)	20 (12,3)
America centro-meridionale	86 (7,7)	37 (8,2)	39 (8,6)	3 (6,8)	7 (4,3)
Asia	206 (18,6)	54 (12,0)	67 (14,7)	4 (9,1)	81 (50,0)
Europa dell'Est	462 (41,6)	121 (26,9)	262 (57,6)	26 (59,1)	53 (32,7)
Europa occidentale	26 (2,3)	21 (4,7)	5 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nord-America	3 (0,3)	2 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Oceania	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Totale</b>	<b>1.110 (100)</b>	<b>449 (100)</b>	<b>455 (100)</b>	<b>44 (100)</b>	<b>162 (100)</b>

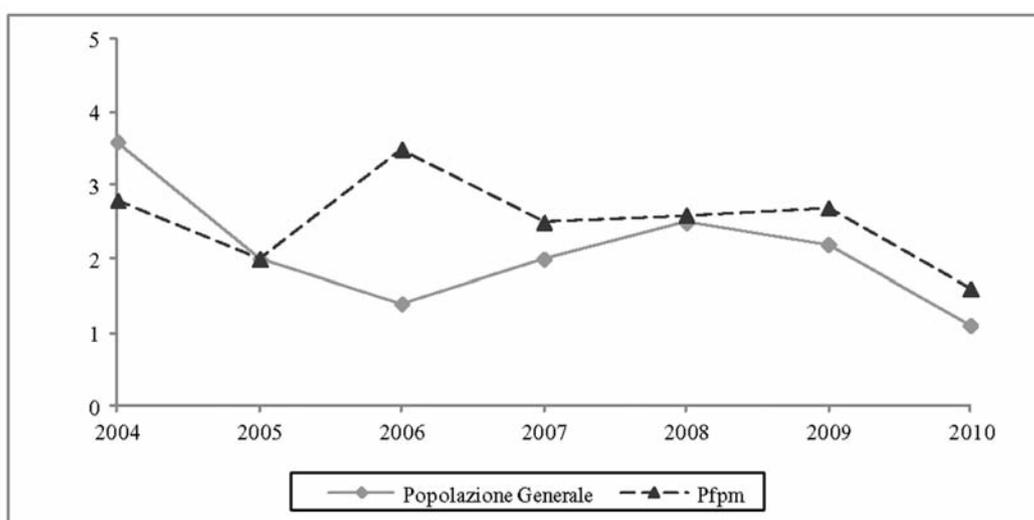
Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

**Tabella 3** - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta per tipo di epatite ed area di provenienza - Anni 2004-2010

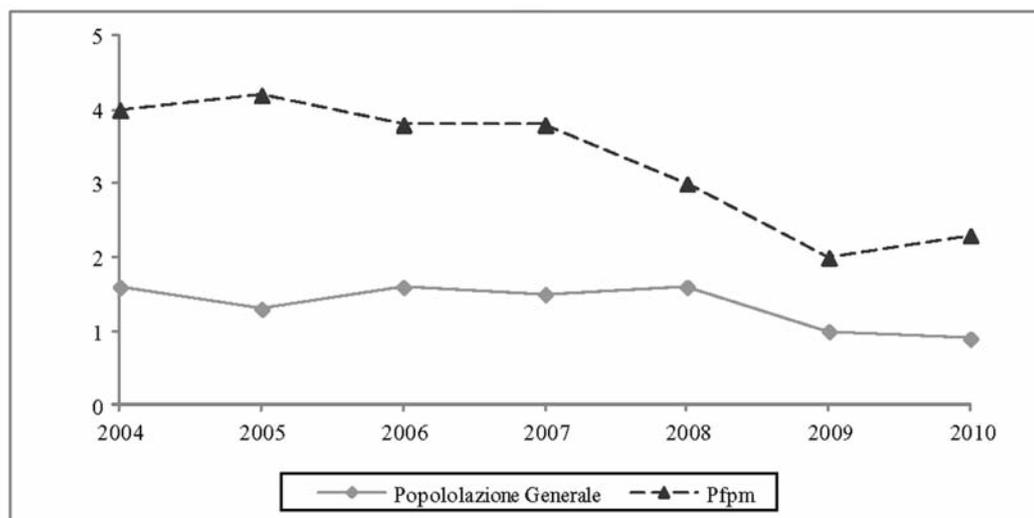
Tipo di epatite	Italiani N %	Totale stranieri N %	PSA N %	PFPM N %
A	3.169 (46,6)	449 (40,4)	27 (77,1)	422 (39,3)
B	2.515 (37,0)	455 (41,0)	7 (20,0)	448 (41,7)
C	608 (8,9)	44 (4,0)	0 (0,0)	44 (4,0)
NonA-NonC*/ sconosciuta	512 (7,5)	162 (14,6)	1 (2,9)	161 (15,0)
<b>Totale</b>	<b>6.804 (100)</b>	<b>1.110 (100)</b>	<b>35 (100)</b>	<b>1.075 (100)</b>

\*Casi di epatite acuta negativi ai test per le epatiti A, B e C.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

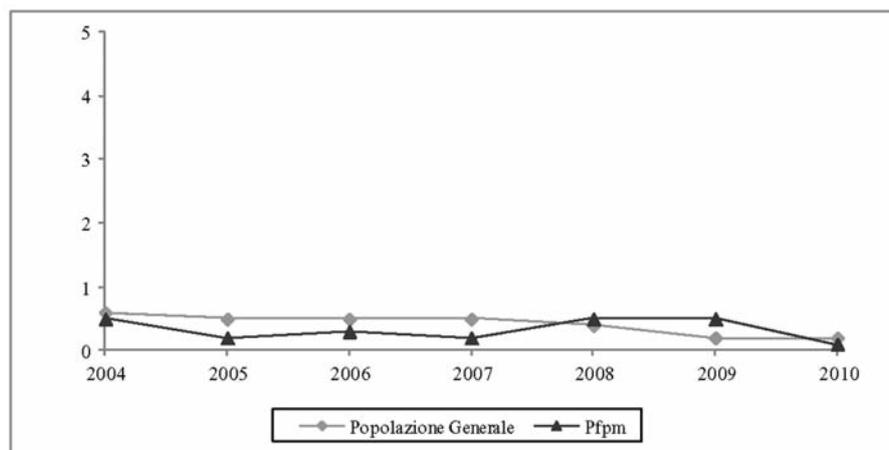
**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite A negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite B negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite C negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010



Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

**Tabella 4** - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per eziologia ed area di provenienza - Anni 2004-2010

Agente eziologico	N %	Area di provenienza (N)
Delta	8 (4,9)	Europa dell'Est (7), Africa (1)
E	30 (18,5)	Asia (29 - Bangladesh, India e Pakistan), Africa (1)
NonA-NonD*	46 (28,4)	Asia (24), Europa dell'Est (14), Africa e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	5 (3,1)	Africa (4), Asia (1)
Sconosciuta	73 (45,1)	Europa dell'Est (32), Asia (27), Africa (10), America centro-meridionale (3), Nord-America (1)
<b>Totale</b>	<b>162 (100,0)</b>	

\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta e HCV e non testati per rilevare la presenza di anticorpi anti-HEV.

\*\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta, HCV e HEV.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2004-2010, il numero di stranieri presenti in Italia è raddoppiato (3) e la maggior parte proviene da Paesi ad alta endemia di epatite B e C. I dati della sorveglianza nazionale SEIEVA hanno evidenziato come, parallelamente ad un aumento della presenza, è aumentata anche la proporzione di stranieri tra i casi notificati di epatite virale acuta.

Le differenze più rilevanti in termini di incidenza tra gli immigrati PFPM e la popolazione generale riguardano l'epatite B, infezione prevenibile grazie ad uno specifico vaccino che si è dimostrato altamente sicuro ed efficace. Esiste, quindi, una possibilità concreta e praticabile di prevenzione da offrire alla popolazione immigrata. Anche l'infezione da virus A può essere prevenuta attraverso un vaccino; tuttavia, in considerazione del rischio leggermente aumentato tra gli stranieri e del fatto che l'epatite A non cronicizza, al momento non si ritiene prioritario intraprendere azioni specifiche per prevenire questo tipo di infezione nelle popolazioni immigrate provenienti da PFPM.

A partire dai dati presentati in questo Capitolo, è possibile formulare alcune sintetiche raccomandazioni:

1. agli immigrati andrebbe offerta attivamente la vac-

cinazione anti-epatite B;

2. andrebbe valutata l'opportunità di effettuare lo screening per HBV e HCV in persone provenienti da Paesi ad alta endemia per questi virus;

3. i soggetti con infezione da HBV o HCV andrebbero indirizzati verso centri specializzati per l'opportuna assistenza e cura;

4. sarebbe auspicabile un'opera di *counseling* volta a rendere consapevoli gli immigrati delle problematiche relative all'epatite, con particolare riguardo ai fattori di rischio ed alla prevenzione.

### Riferimenti bibliografici

(1) Zuccaro O, Tosti ME, Mele A, Spada E and SEIEVA Collaborative Group. Epidemiology of acute viral hepatitis in Italy: results of the surveillance through SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/4).

(2) Dossier Statistico Immigrazione - 21° Rapporto 2011 Caritas/Migrantes.

(3) Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it/](http://www.demo.istat.it/).

(4) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. Eur J Epidemiol 1986; 2 (4): 300-304.

(5) Disponibile sul sito:

[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/).

## Salute percepita

**Significato.** Per una valutazione globale delle condizioni di salute, la percezione dello stato di salute rappresenta un importante riferimento in quanto consente di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come stato di “completo benessere fisico, mentale e sociale”. La salute percepita nelle indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) è misurata attraverso un singolo quesito validato e armonizzato in ambito internazionale (Come va in generale la sua salute?) le cui modalità di risposta sono: molto bene, bene, né bene né male, male e molto male.

### Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano buone condizioni di salute\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di stare bene o molto bene	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 100

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

**Validità e limiti.** L'indicatore relativo alla salute percepita in letteratura è molto utilizzato come *proxy* dello stato di salute globale degli individui e si è rivelato anche un utile predittore dei livelli di consumo sanitario. Il limite principale della salute percepita e, in generale, di tutti gli indicatori basati su una valutazione soggettiva, è che è influenzato sia dalle caratteristiche individuali che da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

Per quanto riguarda il titolo di studio, in genere utilizzato come *proxy* dello *status* sociale, nel caso della popolazione straniera esso è influenzato dal fenomeno dell'*over education* (svolgimento di una attività lavorativa che richiede un livello di istruzione inferiore a quello posseduto). Pertanto, non consente di interpretare in modo univoco la relazione tra titolo di studio e *status* sociale. Tuttavia, si ritiene che il diverso livello di istruzione possa evidenziare importanti differenze nella percezione dello stato di salute.

L'analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** La salute percepita dei cittadini stranieri, standardizzata per età, viene confrontata con quella dei cittadini italiani rilevata nell'Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

Al quesito “Come va in generale la sua salute?”, l'87,5% dei cittadini stranieri ha risposto con una valutazione positiva (“molto bene” o “bene”). Il corrispondente valore per gli italiani è pari a 83,5%. Sia per gli stranieri che per gli italiani la percentuale si riduce all'aumentare dell'età, risultando superiore alla media fino ai 34 anni e assumendo valori significativamente più bassi della media dopo i 45 anni.

### Descrizione dei risultati

In tutte le classi di età gli stranieri fanno registrare percentuali di “buona salute” più elevate degli italiani e il divario aumenta nel passare dalle età più giovani a quelle più anziane. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri ha dichiarato di stare bene o molto bene, contro il 42,4% degli italiani (Grafico 1). Nel confronto di genere emerge una peggiore percezione del proprio stato di salute nelle donne, sia tra gli stranieri che tra gli italiani. Questa caratteristica si conferma anche nelle diverse classi di età. Tuttavia, nelle età più avanzate (55 anni ed oltre) gli uomini stranieri che dichiarano una buona salute (depurando dall'effetto età) sono il 57,6% contro il 61,9% delle donne straniere, mentre tra gli italiani lo svantaggio femminile rimane elevato (48,2% negli uomini *versus* 36,9% nelle donne) (Grafico 2).

Eliminando l'effetto della diversa struttura per età, gli uomini provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) che dichiarano di stare bene o molto bene sono l'88,7% contro l'86,2% delle donne (Grafico 3).

Approfondendo l'indicatore di buona salute nei due generi rispetto alle principali cittadinanze degli stranieri presenti sul territorio italiano, emerge che i filippini dichiarano nel 90,2% dei casi di stare bene o molto bene, sia gli uomini che le donne. Percentuali superiori al 90% si sono registrate tra le donne cinesi (92,4%) e tra gli uomini albanesi (90,3%). I valori più bassi si riscontrano nei cittadini marocchini (in entrambi i generi) e nelle donne moldave. Tali valori

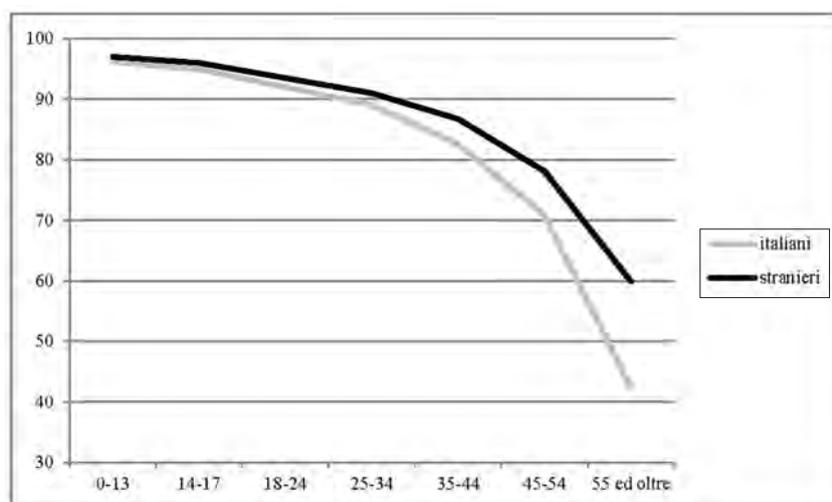
sono, comunque, più elevati di quelli registrati per gli italiani (Grafico 3).

Con riferimento all'area geografica, si evidenzia uno svantaggio dei cittadini stranieri residenti nel Mezzogiorno: l'85,3% ha dichiarato buone condizioni di salute rispetto all'88% circa dei residenti al Centro-Nord. Tale svantaggio non emerge, invece, tra gli italiani, per i quali le percentuali non mostrano differenze significative rispetto alla ripartizione di residenza (Grafico 4).

Considerando il titolo di studio nella sottopopolazione di 25 anni ed oltre (che si presume in massima par-

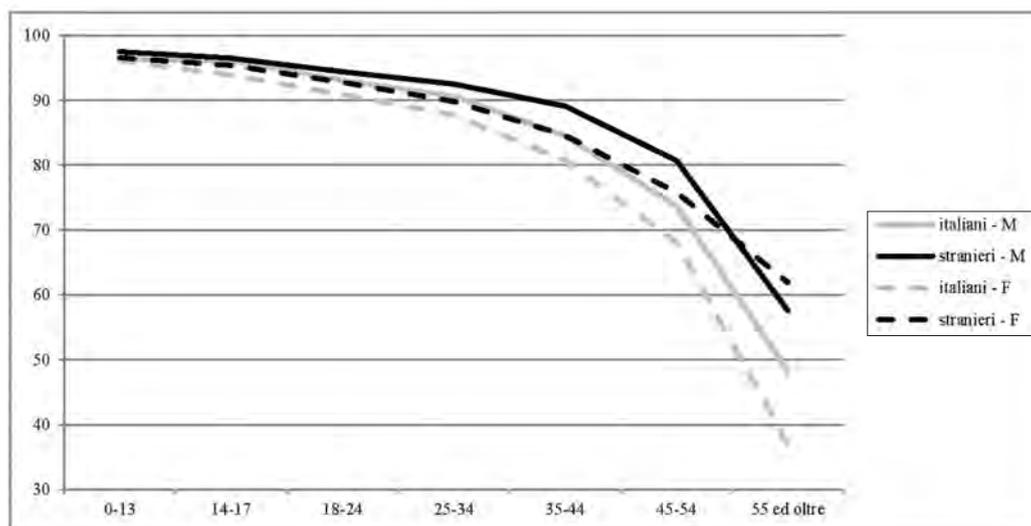
te abbia completato i percorsi scolastici), si rileva che la quota di stranieri che afferma di sentirsi "molto bene" o "bene" cresce all'aumentare del titolo di studio. Lo stesso si evidenzia per gli italiani, per i quali, però, il divario tra chi non ha nessun titolo o ha la licenza elementare e chi possiede il diploma o la laurea è molto più ampio: la differenza è pari a 42,4 punti percentuali negli italiani ed a 13,3 punti percentuali tra gli stranieri, probabilmente anche per effetto del fenomeno dell'*over education*, richiamato in premessa, che riduce le differenze secondo il livello di istruzione degli stranieri (Tabella 1).

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per classe di età - Anni 2011-2012



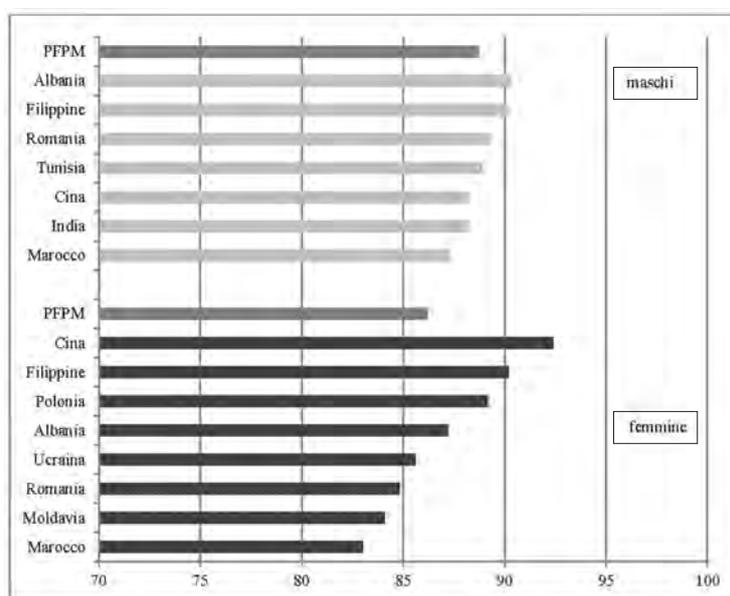
**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per classe di età e genere - Anni 2011-2012



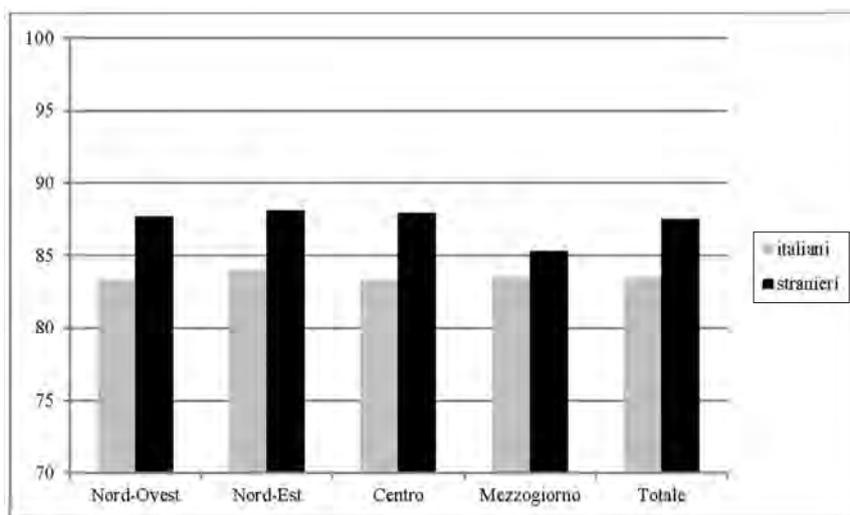
**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano buone condizioni di salute per genere e cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

**Grafico 4** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani che dichiarano buone condizioni di salute per macroarea - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

**Tabella 1** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri e italiani di età 25 anni ed oltre che dichiarano buone condizioni di salute per titolo di studio - Anni 2011-2012

Titoli di studio	Stranieri	Italiani
Laurea o diploma	86,0	85,2
Licenza media	84,7	74,9
Licenza elementare/nessun titolo	72,7	42,8
<b>Totale</b>	<b>83,4</b>	<b>77,9</b>

Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

## Benessere fisico, mentale e psicologico

**Significato.** L'indagine consente la costruzione di indici sintetici relativi alla percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. Tali indici sono strumenti per la misura dell'*Health Related Quality of Life*, già sperimentati e validati in ambito internazionale, e sono denominati "Indice di stato fisico" (*Physical Component Summary* - PCS), "Indice di stato psicologico" (*Mental Component Summary* - MCS) e "Indice di salute mentale" (*Mental Health* - MH) (1). Gli indicatori sono espressi attraverso punteggi

medi. Punteggi molto alti sono associati a condizioni di assenza di limitazioni e disabilità, livelli molto alti di benessere e presenza di più che favorevoli valutazioni del proprio stato generale di salute.

All'opposto, livelli molto bassi dell'indicatore riflettono limitazioni funzionali, importanti disabilità sociali e personali, disagio psicologico e un giudizio sul proprio stato di salute generale veramente poco favorevole.

### *Indice di stato fisico, Indice di stato psicologico, Indice di salute mentale*

Non è possibile sintetizzare mediante una formula il calcolo di tali indici. Pertanto, si rinvia alla descrizione disponibile sul sito: <http://crc.marionegri.it/qdv>.

**Validità e limiti.** Come per l'indicatore di salute percepita, essendo indici basati su una valutazione soggettiva delle proprie condizioni psicofisiche, essi sono influenzati, oltre che dalle caratteristiche individuali, anche da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra diversi gruppi di popolazione occorre tener conto di tali fattori.

L'analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I tassi standardizzati per età sono calcolati con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Attualmente, non si dispone di analoghi indici per i cittadini italiani. Tuttavia, è possibile confrontare l'indice PCS e quello MCS con le stime provvisorie riferite al secondo semestre del 2012, ottenute per il complesso della popolazione nell'Indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Per l'indice MH tale benchmark non è disponibile e, pertanto, i confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

### *Descrizione dei risultati*

Il punteggio medio dell'indice PCS degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 54,6, più elevato di circa 4 punti rispetto al valore registrato per il complesso della popolazione residente nell'Indagine Istat sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari.

Come gli altri indicatori di salute, anche il PCS è più elevato nelle classi di età giovanili, mentre si riduce in maniera significativa a partire dai 45 anni (nella classe di età 45-54 anni è pari a 53,6 e tra gli *over* 54 anni

scende a 50,1).

Il punteggio medio dell'indice MCS degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 53,9. In questo caso il divario con il complesso della popolazione residente è ancora più elevato in quanto il valore registrato nell'Indagine Istat sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari è più basso di 5 punti.

Pertanto, si confermerebbero le migliori condizioni di salute, sia fisica che psicologica, degli stranieri rispetto alla media della popolazione.

L'indice PCS degli stranieri assume valori simili nei due generi fino ai 34 anni, mentre nelle classi di età successive si evidenzia un vantaggio degli uomini rispetto alle donne. Le differenze di genere risultano, invece, meno evidenti per l'indice MCS (Grafico 1).

Il punteggio medio dell'indice MH degli stranieri di 14 anni ed oltre è pari a 78; sale oltre gli 80 punti nei giovani tra 14-24 anni e scende a circa 75 dopo i 44 anni. Negli uomini l'indice assume un valore pari a 78,4, mentre nelle donne ammonta a 77,6.

Per l'indice PCS e l'indice MCS non si registrano differenze significative a livello territoriale, mentre in relazione all'indice MH gli stranieri residenti nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno presentano punteggi medi inferiori a quelli riportati dalla totalità della popolazione. In queste ripartizioni l'indice MH è più basso nelle donne (Grafico 2).

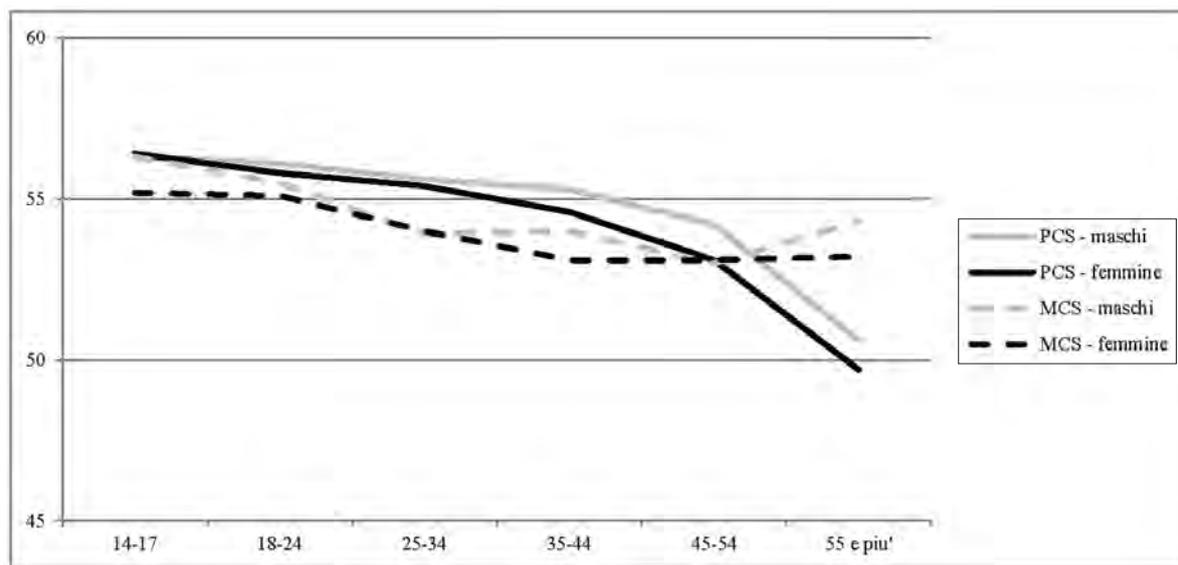
Considerando le principali cittadinanze degli stranieri presenti sul territorio italiano, non si rileva una elevata variabilità dello stato di benessere fisico e psicologico: i valori sono piuttosto vicini alla media degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (54,6 per l'indice PCS e 53,8 per l'indice MCS).

Diverso è il quadro relativo alle singole cittadinanze che emerge per l'indice MH. A fronte di un punteggio medio pari a 77,8 per il totale degli stranieri provenienti dai PFPM, si evidenzia una situazione di mag-

gior svantaggio per i cittadini provenienti dalla Tunisia (75,3) e dal Marocco (76,0). All'opposto, gli stranieri per i quali l'indice MH assume valori più alti sono gli indiani (82,4, con valore più elevato nel gene-

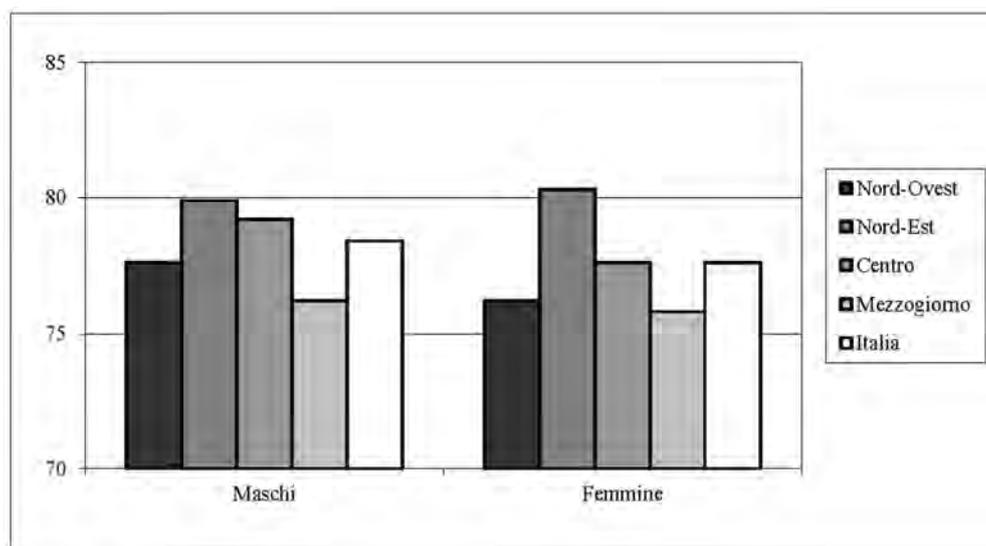
re femminile e pari a 84,4) e i filippini (80,4, con valore più elevato nel genere maschile e pari a 82) (Grafico 3).

**Grafico 1** - *Indice di stato fisico e Indice di stato psicologico (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri per genere e classe di età - Anni 2011-2012*



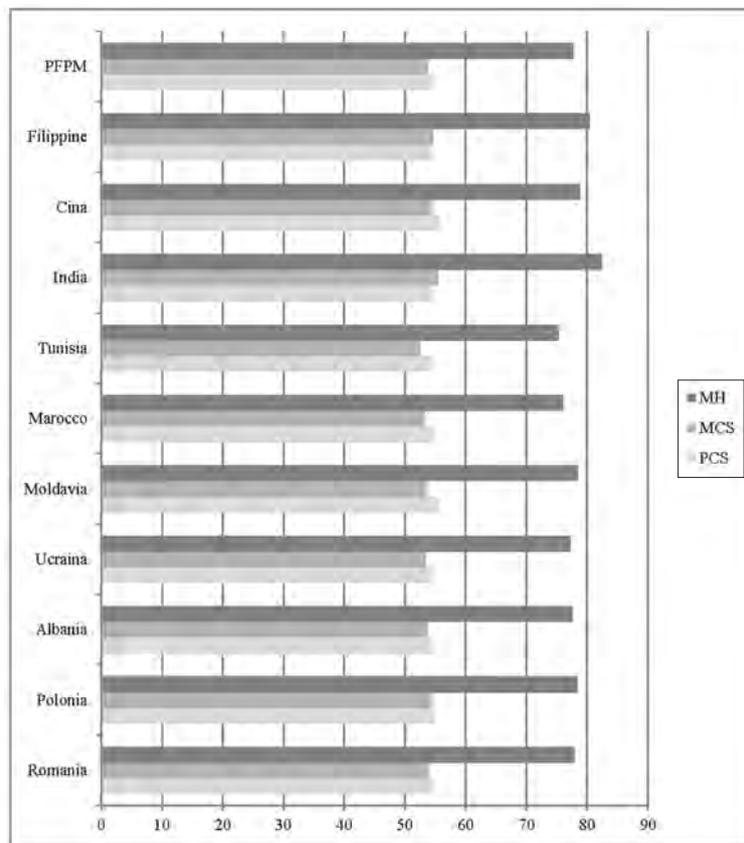
Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

**Grafico 2** - *Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre per genere e macroarea - Anni 2011-2012*



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

**Grafico 3** - *Indice di stato fisico, Indice di stato psicologico e Indice di salute mentale (punteggi medi standardizzati) dei cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre per cittadinanza - Anni 2011-2012*



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

## Ricorso ai servizi sanitari di emergenza: Pronto Soccorso

**Significato.** Il ricorso al Pronto Soccorso tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In Italia,

negli ultimi 3 mesi è andato/a al Pronto Soccorso?”

### Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essere andati al Pronto Soccorso\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essere andati al Pronto Soccorso negli ultimi 3 mesi	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

**Validità e limiti.** Il ricorso al Pronto Soccorso, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all’intervistato, può essere influenzato dall’effetto del *recall bias* (l’interessato non ricorda) e dall’effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

L’analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il ricorso al Pronto Soccorso dei cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell’Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

### Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l’intervista sono stati 66 per 1.000 (67 per 1.000 negli uomini e 65 per 1.000 nelle donne). Considerando il tasso standardizzato per età, il valore

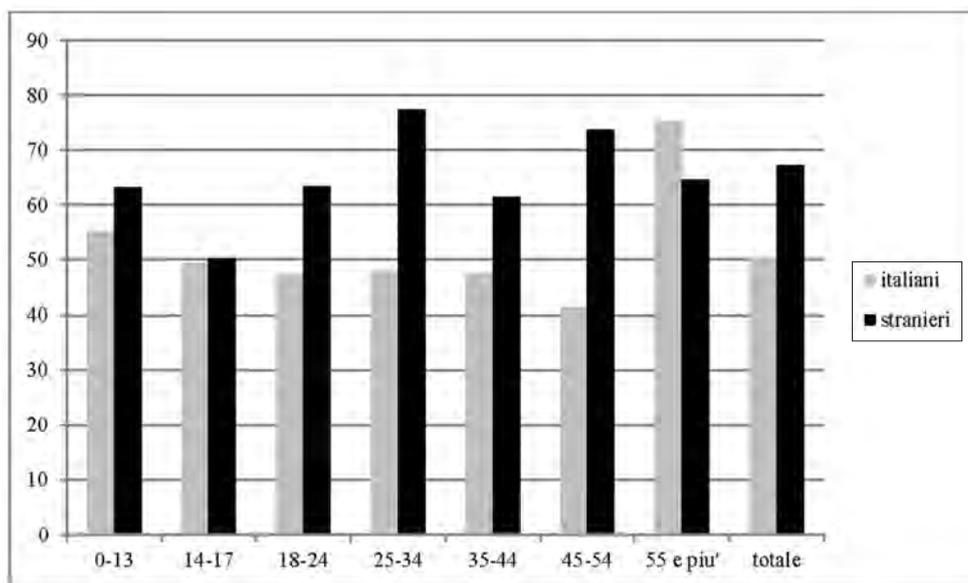
sale a 67,2 (per 1.000) contro un valore pari a 50,5 (per 1.000) tra gli italiani. Nella classe di età 25-34 anni il ricorso è più elevato e pari a 77,5 (per 1.000) (81,3 per 1.000 negli uomini e 74,2 per 1.000 nelle donne), mentre negli italiani è dopo i 55 anni che aumenta la quota di persone che si rivolge al Pronto Soccorso (Grafico 1).

Analogamente agli italiani, ricorrono di più al Pronto Soccorso i cittadini stranieri che risiedono nelle regioni del Nord, con un picco nel Nord-Ovest (85 per 1.000)

Negli uomini l’utilizzo del Pronto Soccorso è molto più elevato della media degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (68,0 per 1.000) per i tunisini (125,0 per 1.000), i marocchini (93,1 per 1.000) e gli albanesi (81,5 per 1.000). I tassi sono molto più elevati anche degli uomini con cittadinanza italiana (53 per 1.000).

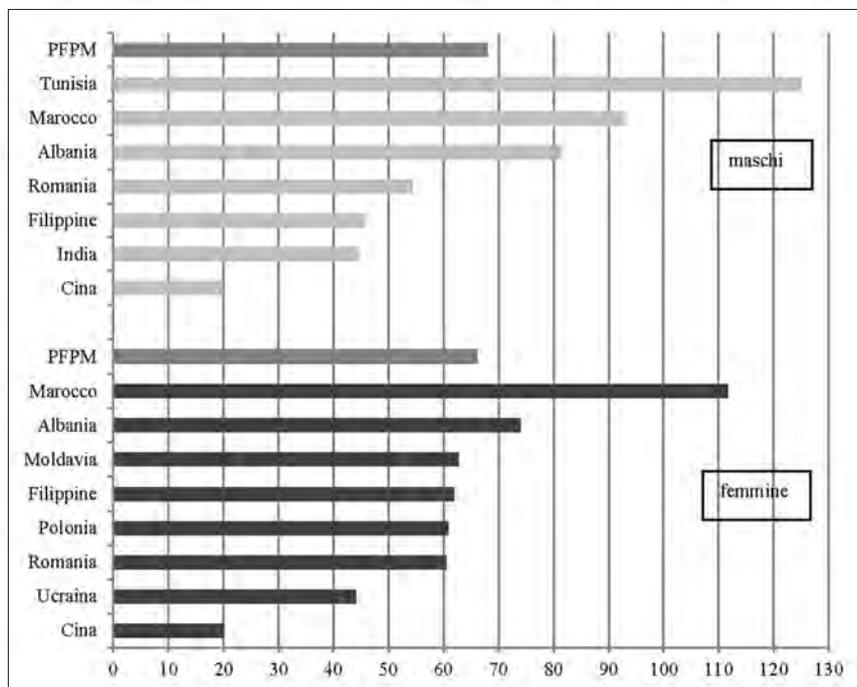
Nelle donne le maggiori utilizzatrici del Pronto Soccorso, rispetto alla media di quelle che provengono dai PFPM (66,2 per 1.000), sono le marocchine (111,6 per 1.000) e le albanesi (74,0 per 1.000). Tali valori sono significativamente più alti del valore stimato per le italiane (48 per 1.000). Al di sotto della media il ricorso al Pronto Soccorso per alcune comunità asiatiche, soprattutto per i cinesi che, in entrambi i generi, dichiarano di ricorrervi solo nel 20 per 1.000 circa dei casi (Grafico 2).

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri e italiani che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri che sono ricorsi al Pronto Soccorso nei 3 mesi precedenti l'intervista per genere e cittadinanza - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

## Ricorso ai servizi sanitari di emergenza: Guardia Medica

**Significato.** Il ricorso alla Guardia Medica tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In Italia,

negli ultimi 3 mesi si è rivolto/a alla Guardia Medica?”

### Tasso di cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essersi rivolti alla Guardia Medica\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani che dichiarano di essersi rivolti alla Guardia Medica negli ultimi 3 mesi	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

**Validità e limiti.** Il ricorso alla Guardia Medica, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all’intervistato, può essere influenzato dall’effetto del *recall bias* (l’interessato non ricorda) e dall’effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

L’analisi per territorio è effettuata considerando la ripartizione di residenza, in quanto la dimensione campionaria non consente di scendere al dettaglio regionale.

I confronti con gli italiani sono fatti utilizzando i tassi standardizzati per età. La standardizzazione è effettuata con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il ricorso alla Guardia Medica dei cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell’Indagine Istat “Aspetti della vita quotidiana”, anno 2012.

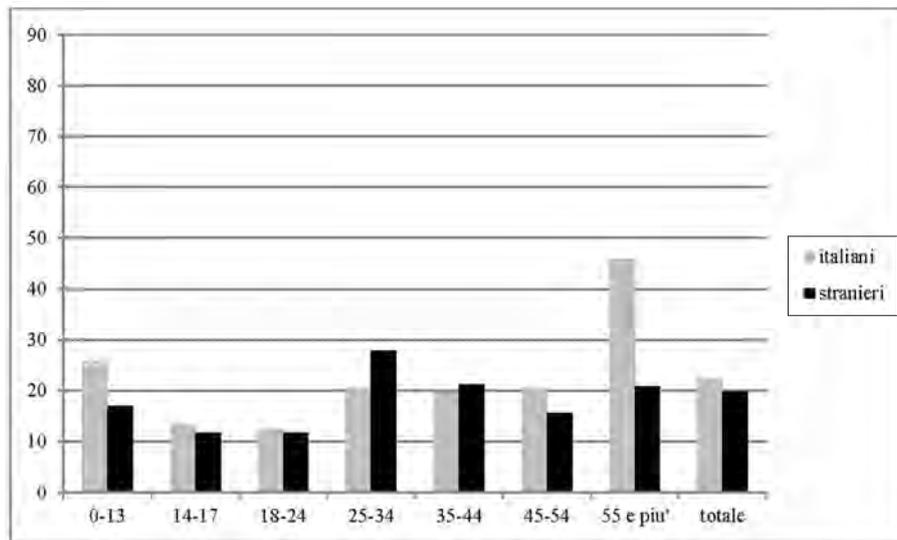
### Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi alla Guardia Medica nei 3 mesi precedenti l’intervista sono stati 21 per 1.000, senza differenze significative secondo il genere. Il tasso standardizzato per età è pari a 19,9 (per 1.000) ed è analogo al valore stimato per gli italiani (22,2 per 1.000). Come per il Pronto Soccorso, è tra i 25-34 anni che il ricorso è più elevato e pari a 27,8 (per 1.000) (27 per 1.000 negli uomini e 29 nelle donne), mentre negli italiani i tassi più elevati si registrano dopo i 55 anni (Grafico 1).

Analogamente agli italiani, ricorrono di più alla Guardia Medica i cittadini stranieri che risiedono nel Mezzogiorno (28 per 1.000). Pertanto, la geografia del ricorso al Pronto Soccorso e alla Guardia Medica riflette la distribuzione dell’offerta di questi servizi nel nostro Paese: la maggiore offerta di Guardia Medica nel Mezzogiorno fa sì che sia elevato il ricorso a questo tipo di servizio e più contenuto l’utilizzo del Pronto Soccorso.

Rispetto al totale degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria, il cui ricorso alla Guardia Medica è pari a 19,8 per 1.000, i tassi standardizzati sono più elevati per gli uomini tunisini (31 per 1.000 *versus* 21 per 1.000 negli italiani) e le donne romene (25 per 1.000 *versus* 23 per 1.000 nelle italiane), mentre il servizio risulta quasi inutilizzato dai cinesi (2,6 per 1.000).

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri e italiani che sono ricorsi alla Guardia Medica nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012 - Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

## Consutorio Familiare

**Significato.** Il ricorso al Consutorio Familiare tra i cittadini stranieri è stato rilevato con il quesito: “In

Italia, negli ultimi 3 mesi si è rivolto/a al Consutorio Familiare?”

### Tasso di cittadini stranieri che dichiarano di essersi rivolti al Consutorio Familiare\*

Numeratore  $\frac{\text{Cittadini stranieri che dichiarano di essersi rivolti al Consutorio Familiare negli ultimi 3 mesi}}{\text{Cittadini stranieri}} \times 1.000$

Denominatore

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonte dei dati”.

**Validità e limiti.** Il ricorso al Consutorio Familiare, essendo misurato mediante un quesito retrospettivo posto all'intervistato, può essere influenzato dall'effetto del *recall bias* (l'interessato non ricorda) e dall'effetto *telescoping* (spostamento temporale di un evento: la persona percepisce un avvenimento recente come più remoto oppure un avvenimento lontano come più recente).

I tassi standardizzati per età sono calcolati con il metodo diretto e la popolazione standard di riferimento è la popolazione residente straniera al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Attualmente, non si dispone di dati relativi al ricorso al Consutorio Familiare per i cittadini italiani. Pertanto, i confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

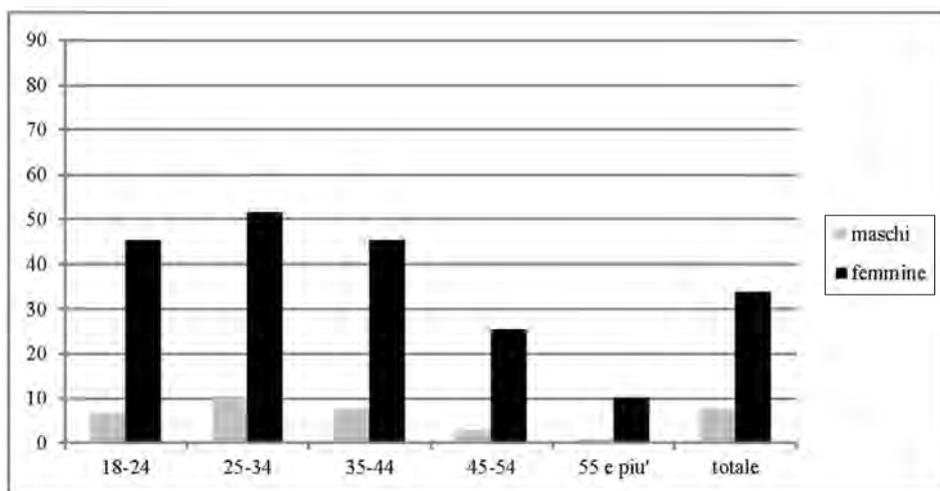
### Descrizione dei risultati

Gli stranieri che sono ricorsi al Consutorio Familiare nei 3 mesi precedenti l'intervista sono stati 21,6 per 1.000.

Al servizio, notoriamente dedicato all'assistenza alla famiglia e alla maternità, si rivolgono più frequentemente le donne rispetto agli uomini (33,7 per 1.000 *versus* 7,8 per 1.000) ed il ricorso è maggiormente diffuso nell'età riproduttiva (18-44 anni) (Grafico 1).

Nel confronto tra nazionalità, si osserva che al consutorio ricorrono di più le donne di nazionalità polacca (52 per 1.000) o moldava (46,3 per 1.000), seguite al terzo posto dalle donne filippine (39,2 per 1.000), mentre solo 11 donne cinesi su 1.000 utilizzano i servizi offerti dai consutori.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 1.000) di cittadini stranieri che sono ricorsi al Consutorio Familiare nei 3 mesi precedenti l'intervista per classe di età e genere\* - Anni 2011-2012



\*Il totale è riferito al complesso dei cittadini stranieri e non ai cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre.

**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

## Barriere linguistiche per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

**Significato.** Le difficoltà linguistiche nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate con due quesiti, in modo da tenere distinto, nell'ambito della comunicazione orale, sia l'aspetto dell'espressione che quello dell'ascolto nel momento della relazione con il personale medico.

Il primo aspetto è stato rilevato con il quesito "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a spiegargli in italiano i tuoi sintomi o disturbi?", mentre il secondo con il quesito "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a capire quello che ti diceva?".

### Tasso di cittadini stranieri che, andando da un medico, dichiarano di avere difficoltà linguistiche\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, andando da un medico, dichiarano di avere difficoltà linguistiche

Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Come per gli altri indicatori basati su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

### Descrizione dei risultati

Nell'accesso ai servizi sanitari, il limite dettato dalle barriere linguistiche può costituire un vero e proprio ostacolo per la popolazione straniera. Tra gli stranieri di 14 anni ed oltre, il 13,8% dichiara di avere difficoltà<sup>1</sup> nello spiegare in italiano i disturbi o i sintomi del proprio stato di salute al medico e il 14,9% riferisce di avere difficoltà a comprendere ciò che dice il medico; il problema è più accentuato per le donne (16,6% delle donne ha difficoltà ad esprimersi e il 17,3% a comprendere) che per gli uomini (12,7% degli uomini ha difficoltà ad esprimersi e il 14,3% a comprendere) e, con l'eccezione della classe 35-44 anni, tende a coinvolgere una quota sempre maggiore di persone con il crescere dell'età, arrivando ad essere un elemento ostativo per circa il 24,4% degli stranieri di 55 anni e oltre (26,4% sul piano della comprensione) (Grafico 1).

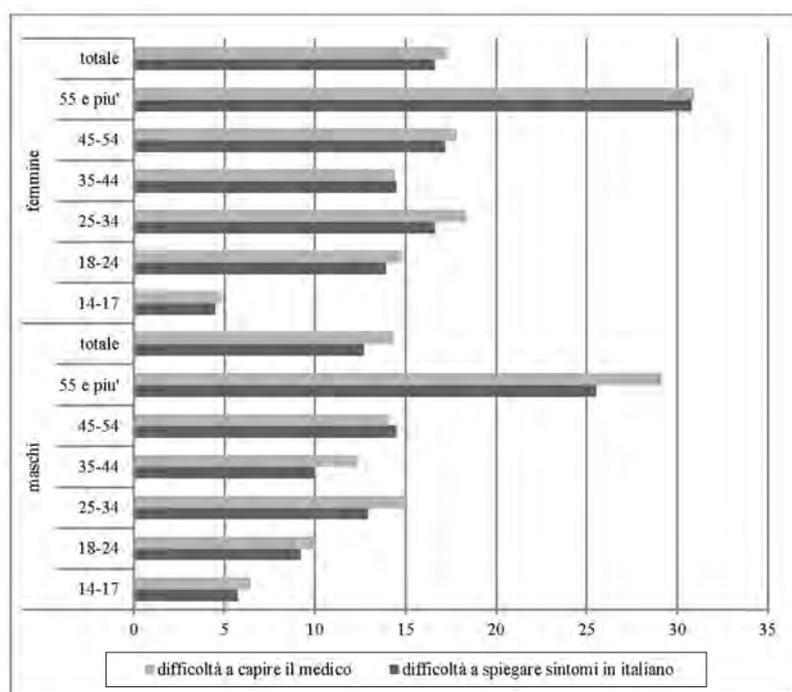
Le difficoltà ad esprimersi in italiano con i medici risultano decisamente contenute per i cittadini che provengono dalla Polonia (il 3,5% delle persone di 14 anni ed oltre), dalla Moldavia (4,4%) e dalla Romania (5,4%), mentre appaiono notevolmente più accentuate per quanti provengono dalla Cina (46,3%), dall'India (39,4%) e dalle Filippine (28,9%). Queste stesse comunità mostrano anche le difficoltà maggiori a comprendere quello che dice il medico (Grafico 2).

La quota di stranieri che sul piano linguistico trova difficoltoso relazionarsi con il personale medico è massima, e pari al 28,8%, tra quanti, arrivati dopo il 2008, si trovano in Italia da minor tempo e raggiunge il picco del 34,7% tra le donne. Le difficoltà si attenuano con il prolungarsi della permanenza in Italia, interessando il 18,5% degli stranieri arrivati tra il 2006 e il 2008 e il 12,1% di coloro che sono in Italia da almeno 7 anni. Va osservato, tuttavia, che, anche a distanza di più di 10 anni dall'ingresso in Italia, permane una quota pari al 10,7% di cittadini stranieri che incontra ancora difficoltà linguistiche con il personale medico.

Lo svantaggio linguistico nell'accesso ai servizi sanitari, inoltre, si osserva maggiormente tra gli stranieri più vulnerabili sul piano socio-economico interessando, infatti, circa un terzo degli stranieri di 25 anni ed oltre che hanno al più un titolo di studio elementare. Lo svantaggio derivante dal possesso di un basso titolo di studio è evidente in tutte le fasce di età, ma è particolarmente significativo tra gli adulti di 45 anni ed oltre, tra i quali la quota di chi ha difficoltà a relazionarsi in italiano con il medico raggiunge il 38,4%.

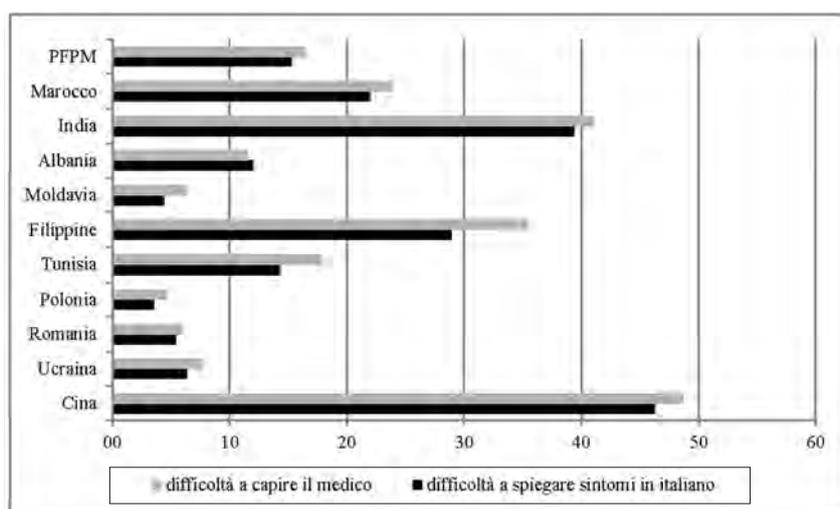
<sup>1</sup>La difficoltà è ricavata considerando congiuntamente le risposte fornite alle modalità "molto" e "abbastanza" della scala ordinale usata nel modello di rilevazione.

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano di avere difficoltà linguistiche per classe di età e genere - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre che dichiarano di avere difficoltà linguistiche per cittadinanza - Anni 2011-2012



Fonte dei dati: Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

## Barriere organizzative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

**Significato.** Le difficoltà organizzative nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate attraverso due quesiti: l'uno, che indaga le eventuali incompatibilità tra gli orari di accesso ai servizi e gli impegni familiari/personali ("In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari

incompatibili con i tuoi impegni familiari/personali (esclusi impegni di lavoro)?"), l'altro, finalizzato alle eventuali incompatibilità tra gli orari di accesso ai servizi e gli impegni di lavoro ("In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari incompatibili con il tuo lavoro?").

### Tasso di cittadini stranieri che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà organizzative\*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numeratore: Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà organizzative

Denominatore: Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

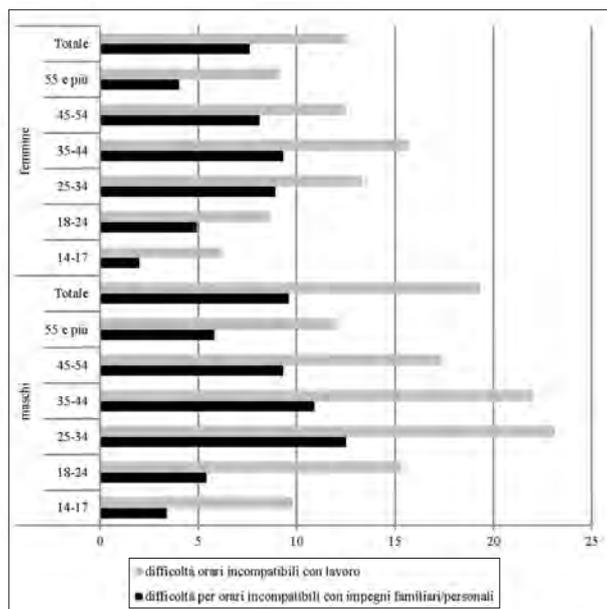
**Validità e limiti.** Essendo indicatori basati su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

### Descrizione dei risultati

L'8,6% degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di avere delle difficoltà nel fare visite o esami medici per gli orari incompatibili con gli impegni familiari e personali, aspetto questo che riguarda di più gli uomini (9,6%), in particolare tra i 25-34 anni (12,5%). Ancor più degli impegni personali sono quelli di lavoro a costituire una barriera di accesso alle cure sanitarie: il 16% degli stranieri di 14 anni ed oltre, infatti, ha dichiarato che effettuare visite o esami medici è incompatibile con gli orari di lavoro e questo si presenta di più per gli uomini (19,3%) che per le donne (12,6%) e soprattutto nelle fascia di età 25-34 anni (Grafico 1).

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri che dichiarano di avere difficoltà organizzative nell'accesso ai servizi sanitari per classe di età e genere - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

A. BURGIO, G. DI GIORGIO, F. DOTA, M. PEREZ, D. SPIZZICHINO

## Barriere burocratiche amministrative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

**Significato.** Le difficoltà burocratiche amministrative nell'accesso ai servizi di cura sono state rilevate attraverso il quesito "In Italia, quando hai necessità di fare

visite o esami medici hai difficoltà a svolgere le pratiche amministrative/burocratiche?".

*Tasso di cittadini stranieri che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà amministrative/burocratiche\**

Numeratore  $\frac{\text{Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che, per visite o esami medici, dichiarano di avere difficoltà amministrative/burocratiche}}{\text{Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre}} \times 100$

Denominatore

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Essendo l'indicatore basato su una valutazione soggettiva, il limite consiste nel fatto che può essere influenzato sia dalle caratteristiche individuali sia da aspetti culturali. Pertanto, nell'effettuare i confronti tra gruppi di popolazione con provenienze e storie di vita molto diverse, occorre tenere in considerazione che intervengono sia fattori legati alle condizioni oggettive della persona, che fattori soggettivi legati ad atteggiamenti frutto del contesto in cui si è nati e cresciuti.

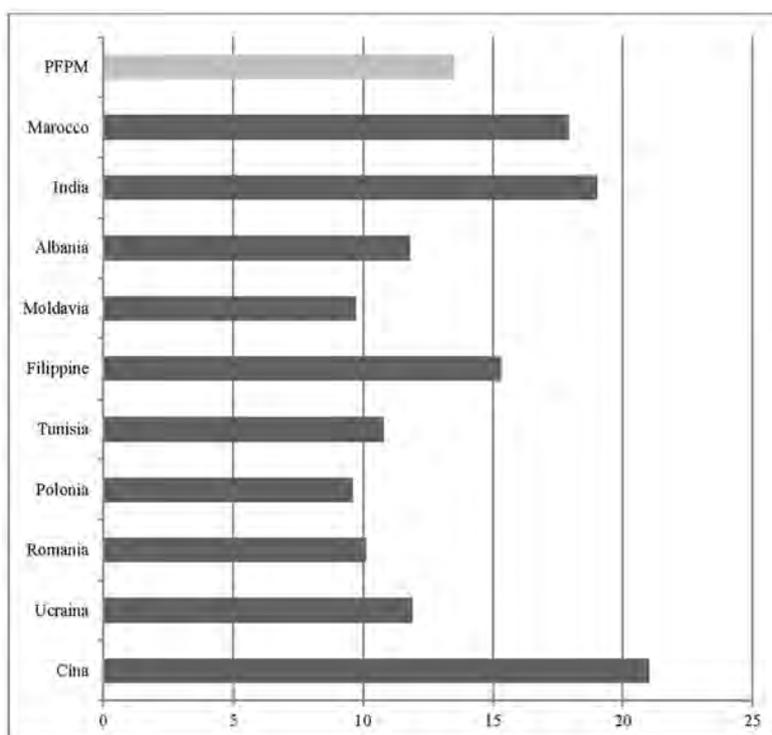
**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra cittadinanze diverse considerando come

valore di riferimento quello relativo al totale degli stranieri.

### Descrizione dei risultati

Circa il 13% degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di aver avuto delle difficoltà nello svolgimento delle pratiche amministrative e burocratiche necessarie per accedere a prestazioni mediche. In questo caso maggiori difficoltà si registrano per la comunità cinese (21,0%), indiana (19,0%), marocchina (17,9%) e filippina (15,3%). Questo tipo di difficoltà è più accentuato per gli stranieri che risiedono nel Mezzogiorno (19,4%) (Grafico 1).

**Grafico 1** - Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre che dichiarano di avere difficoltà amministrative e burocratiche nell'accesso ai servizi sanitari per cittadinanza - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Istat. Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

L'indagine sui cittadini stranieri condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), costituisce una importante opportunità per mettere in luce le caratteristiche specifiche e individuare i bisogni di salute della popolazione immigrata.

I risultati confermano che, allo stato attuale, i cittadini stranieri sono un collettivo "selezionato" sia rispetto al Paese di origine, sia rispetto agli italiani: sono mediamente giovani e in buona salute ("effetto migrante sano") e anche eliminando il vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane (confrontando i tassi standardizzati), gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani. Il sistema sanitario deve, quindi, agire per preservare questo patrimonio di salute ed evitare che il processo di integrazione della popolazione straniera si accompagni al peggioramento delle condizioni epidemiologiche.

Sul fronte dell'accesso ai servizi, la fruibilità delle prestazioni rappresenta un elemento fondamentale per il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati. La popolazione immigrata si trova, infatti, spesso di fronte ad ostacoli di natura linguistica e burocratica che possono rendere questa popolazione altamente vulnerabile, intralciare i percor-

si sanitari e favorire l'insorgenza di complicanze connesse alle malattie. Per i servizi sanitari di emergenza analizzati (Pronto Soccorso e Guardia Medica), il ricorso da parte della popolazione non è più basso di quello registrato per i cittadini italiani. Tuttavia, si sono evidenziate delle differenze significative per alcune cittadinanze, differenze che meritano ulteriori approfondimenti al fine di capire, ad esempio, se un elevato ricorso al Pronto Soccorso dipenda da una carenza, in termini di offerta o di accessibilità, di altri servizi (medicina di base e servizi territoriali) o se lo scarso ricorso ai servizi sanitari considerati dipenda da una incapacità del sistema sanitario di intercettare e farsi carico dei bisogni di salute di alcune nazionalità. Pertanto, l'approfondimento di queste tematiche può fornire indicazioni importanti per interventi mirati a migliorare le condizioni di salute e l'accessibilità ai servizi da parte della popolazione immigrata.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) G Apolone, P Mosconi, L Quattrococchi, E A L Gianicolo, N Groth e John E. Ware J, Questionario sullo stato di salute Sf-12. Versione Italiana. Guerini e Associati Editore, Milano, 2001. Disponibile sul sito: <http://crc.marionegri.it/qdv>.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L’impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andata crescendo in modo significativo negli ultimi decenni. L’analisi dei dati rilevati in occasione del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni che si è svolto in Italia nell’ottobre del 2011 consente, tra le altre cose, di quantificare la pre-

senza straniera nel Paese. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e PA. Per l’incidenza della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente, calcolata sulle evidenze censuarie, si rimanda al Capitolo “Popolazione” del Rapporto Osservasalute 2013.

### *Percentuale della popolazione straniera residente per macroarea di provenienza*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione straniera residente per macroarea di residenza}}{\text{Totale della popolazione straniera residente}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L’analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le “seconde generazioni”, ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

### **Descrizione dei risultati**

Dalle evidenze censuarie emerge come, alla data del 9 ottobre 2011, gli stranieri residenti in Italia superino di poco i 4 milioni di unità (1): in un decennio la presenza straniera è notevolmente aumentata. In occasione del precedente Censimento, infatti, erano stati censiti “solo” 1,3 milioni di stranieri residenti.

Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l’ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la loro composizione percentuale per macroarea di cittadinanza.

A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,0%) proviene da un Paese del continente europeo, in particolare il 27,5% da un Paese dell’Unione Europea (UE) ed il restante 25,5% da un Paese europeo non comunitario. La quota di cittadini provenienti dall’Africa è pari al 21,0% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 17,7% dei residenti proviene dall’area asiatica e solo il 7,8% ha la cittadinanza di un Paese dell’America centro-meridionale.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo e Basilicata (oltre il 70% in entrambe le regioni), mentre quella di residenti con

cittadinanza di Paesi dell’America centro-meridionale è estremamente più elevata in Liguria che nel resto d’Italia (28,4% contro un valore nazionale del 7,8%). La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Rispetto al Censimento svolto nel 2001, inoltre, occorre notare come la presenza dei rumeni sia aumentata di oltre dieci volte (erano 74.885 nel 2001 contro gli 823.100 censiti nel 2011). Anche la presenza regolare di albanesi e marocchini è cresciuta nei 10 anni, ma con ritmi assai più contenuti (1).

Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall’altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche in molte delle regioni del Mezzogiorno, degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini e del Bangladesh nel Lazio e dei cinesi in Toscana.

Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità. A livello nazionale le prime tre comunità (in questo caso rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano poco più del 40% del totale degli stranieri residenti. Tale percentuale è, invece, superiore o prossima al 60% in Piemonte, Valle d’Aosta, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria. Al contrario, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti,

costituiscono “solo” il 30,1% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre comunità (rumeni,

marocchini e albanesi) rappresentano “solo” il 34,2% degli stranieri residenti di genere maschile ed il 31,8% degli stranieri residenti di genere femminile.

**Tabella 1** - Stranieri residenti (valori assoluti in migliaia) e presenza per macroarea di cittadinanza (per 100) per regione - Anno 2011

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza						
		Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	359,3	38,3	21,7	18,6	5,3	8,1	7,9	0,2
Valle d'Aosta	8,4	33,2	18,8	33,2	2,1	4,9	7,4	0,4
Lombardia	947,3	17,5	20,8	17,6	8,1	22,9	12,9	0,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>39,4</i>	<i>31,4</i>	<i>35,4</i>	<i>10,5</i>	<i>1,9</i>	<i>16,0</i>	<i>4,5</i>	<i>0,3</i>
<i>Trento</i>	<i>45,7</i>	<i>25,3</i>	<i>40,7</i>	<i>14,9</i>	<i>2,9</i>	<i>9,7</i>	<i>6,3</i>	<i>0,2</i>
Veneto	457,3	23,8	32,8	13,4	9,3	17,0	3,4	0,3
Friuli Venezia Giulia	96,9	25,8	43,2	6,4	9,8	10,4	3,8	0,5
Liguria	111,4	19,7	26,8	13,0	2,9	8,8	28,4	0,4
Emilia-Romagna	452,0	18,9	30,5	19,2	9,1	18,2	4,0	0,2
Toscana	321,8	28,2	30,2	9,4	4,6	20,4	6,4	0,7
Umbria	87,7	32,2	33,9	13,7	3,9	7,4	8,3	0,7
Marche	133,2	23,1	34,1	14,2	5,9	17,0	5,4	0,3
Lazio	425,7	44,8	14,3	5,1	4,6	22,1	8,4	0,7
Abruzzo	68,1	37,9	35,9	9,1	3,3	8,7	4,7	0,5
Molise	8,0	49,4	20,0	15,4	1,3	8,3	4,5	1,1
Campania	148,1	28,6	31,2	11,8	5,7	17,7	4,4	0,6
Puglia	82,7	35,9	31,6	11,0	4,7	13,1	3,0	0,6
Basilicata	12,9	50,0	20,4	13,9	1,4	10,7	3,3	0,3
Calabria	65,8	47,0	16,4	18,4	2,1	13,4	2,0	0,7
Sicilia	125,0	36,7	8,9	22,0	6,9	22,4	2,6	0,7
Sardegna	30,7	40,4	13,2	13,6	9,3	17,8	5,1	0,6
<b>Italia</b>	<b>4.027,6</b>	<b>27,5</b>	<b>25,5</b>	<b>14,4</b>	<b>6,6</b>	<b>17,7</b>	<b>7,8</b>	<b>0,4</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011. Anno 2014.

**Tabella 2** - Stranieri residenti (valori assoluti in migliaia) e quota delle prime tre cittadinanze (per 100) per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Residenti stranieri	Maschi				Femmine			
		Prima	Cittadinanza Seconda	Terza	Prima	Cittadinanza Seconda	Terza		
Piemonte	166,9	Rom. 32,6	Mar. 18,0	Alb. 13,3	192,4	Rom. 34,9	Mar. 14,2	Alb. 10,9	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,7	Mar. 29,2	Rom. 23,1	Alb. 13,0	4,7	Mar. 25,6	Rom. 23,3	Alb. 9,1	
Lombardia	459,1	Rom. 12,0	Mar. 11,4	Alb. 10,8	488,2	Rom. 13,1	Mar. 9,4	Alb. 9,3	
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>18,1</i>	<i>Alb. 14,7</i>	<i>Mar. 8,8</i>	<i>Pak. 8,7</i>	<i>21,3</i>	<i>Ger. 11,6</i>	<i>Alb. 11,3</i>	<i>Mar. 7,2</i>	
<i>Trento</i>	<i>21,3</i>	<i>Rom. 17,1</i>	<i>Alb. 16,6</i>	<i>Mar. 10,7</i>	<i>24,4</i>	<i>Rom. 18,4</i>	<i>Alb. 13,3</i>	<i>Mar. 9,0</i>	
Veneto	220,5	Rom. 18,8	Mar. 12,7	Alb. 9,3	236,9	Rom. 20,8	Mar. 10,3	Mol. 10,0	
Friuli Venezia Giulia	46,1	Rom. 17,2	Alb. 13,6	Ser. 8,2	50,8	Rom. 19,9	Alb. 12,2	Ser. 7,2	
Liguria	49,9	Alb. 21,0	Ecu. 16,8	Mar. 12,4	61,5	Ecu. 19,2	Alb. 14,8	Rom. 12,6	
Emilia-Romagna	211,0	Mar. 15,8	Alb. 14,2	Rom. 11,6	241,0	Rom. 14,0	Mar. 12,8	Alb. 11,3	
Toscana	147,7	Alb. 22,9	Rom. 17,0	Cina 11,0	174,2	Rom. 22,2	Alb. 17,4	Cina 8,8	
Umbria	38,9	Alb. 21,3	Rom. 20,7	Mar. 13,2	48,9	Rom. 25,9	Alb. 15,5	Mar. 8,8	
Marche	61,4	Alb. 17,3	Rom. 12,2	Mar. 11,4	71,9	Rom. 17,8	Alb. 13,9	Mar. 9,0	
Lazio	196,3	Rom. 34,6	Ban. 7,3	Fil. 6,4	229,5	Rom. 35,3	Fil. 7,8	Ucr. 5,4	
Abruzzo	30,7	Rom. 25,9	Alb. 21,4	Mac. 9,5	37,4	Rom. 29,5	Alb. 16,1	Ucr. 6,7	
Molise	3,4	Rom. 33,5	Mar. 17,5	Alb. 11,9	4,7	Rom. 40,0	Mar. 10,3	Pol. 7,8	
Campania	61,8	Rom. 16,9	Mar. 14,0	Ucr. 12,3	86,4	Ucr. 29,4	Rom. 16,9	Pol. 7,5	
Puglia	37,0	Alb. 28,8	Rom. 21,3	Mar. 10,9	45,7	Rom. 27,8	Alb. 22,1	Mar. 5,9	
Basilicata	5,5	Rom. 36,5	Alb. 14,4	Mar. 13,7	7,4	Rom. 43,4	Alb. 10,4	Mar. 7,7	
Calabria	29,2	Rom. 31,9	Mar. 22,5	Ind. 6,5	36,6	Rom. 33,3	Mar. 12,7	Ucr. 11,1	
Sicilia	59,8	Rom. 22,9	Tun. 15,3	Mar. 12,0	65,2	Rom. 32,3	Mar. 7,5	Tun. 7,5	
Sardegna	13,0	Rom. 19,9	Mar. 15,6	Sen. 14,6	17,7	Rom. 29,4	Mar. 9,0	Ucr. 7,9	
<b>Italia</b>	<b>1.881,0</b>	<b>Rom. 19,0</b>	<b>Alb. 12,5</b>	<b>Mar. 11,7</b>	<b>2146,6</b>	<b>Rom. 21,7</b>	<b>Alb. 10,1</b>	<b>Mar. 8,7</b>	

**Legenda:** Alb. = Albania; Ban. = Bangladesh; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Ind. = India; Mar. = Marocco; Mol. = Moldavia; Pak. = Pakistan; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il numero di stranieri residenti è andato aumentando notevolmente nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari (si rimanda all'Indicatore "Nati da cittadini stranieri"

ed al Capitolo "Popolazione"). È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

### Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Gli stranieri al 15° Censimento della Popolazione; Istat: 2013.

## Nati da cittadini stranieri in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo è il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, viene proposta l'analisi delle

macroaree di cittadinanza del nato.

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione femminile residente.

### Percentuale di nati da un solo genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

### Percentuale di nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100 = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Il "genitore straniero" è colui/colei che al momento dell'iscrizione in Anagrafe per nascita del figlio ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Non fanno, quindi, parte di questo collettivo coloro che, pur essendo nati all'estero, sono cittadini italiani, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno nel corso del tempo acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.

Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato che risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

### Descrizione dei risultati

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento del peso dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (1). In particolare, nel 2012, circa il 19% dei nati, ossia quasi uno ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Quest'ultimo indicatore risulta in forte crescita rispetto al 2000 (quando era pari a 6,4%). È possibile osservare un analogo ritmo di crescita quando si considerano i nati con almeno il padre straniero ed i nati da entrambi i genitori stranieri. Si noti che questi ultimi rappresentano circa il 15% dei nati.

Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano, sostanzialmente, la distribuzione territoriale della pre-

senza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente è anche più elevata l'incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1).

Le regioni dove l'incidenza dei nati stranieri è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, in Emilia-Romagna (24,4%), in Lombardia (22,5%) ed in Veneto (22,0%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. In particolare, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (3,8%).

A livello nazionale un ulteriore 4,1% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (1,1%).

Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati stranieri per macroaree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 20,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,2% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (23,9% del totale dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (20,9%). Tuttavia, il dato nazionale non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che, invece, emerge dall'analisi dei dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (48,2%), mentre in Liguria è estremamente ele-

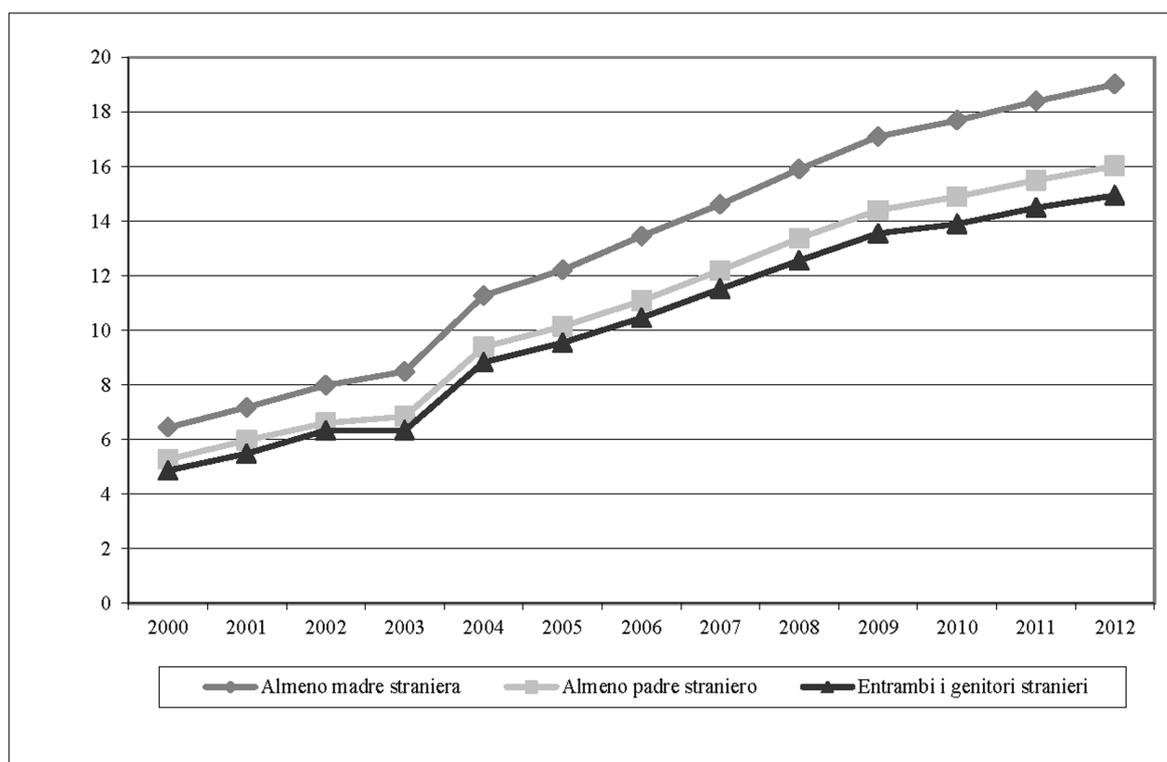
vata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (23,7%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,8%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 64,9% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 65,8% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano, infatti, la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (20,6% del totale degli stranieri) e al tempo stesso sono responsabili del

più alto numero di nati stranieri (20,5% dei nati stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,4% del totale) se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,4% del totale degli stranieri). I marocchini, all'opposto, pur rappresentando il 10,1% degli stranieri residenti contribuiscono fortemente alla natalità degli stranieri: sono marocchini, infatti, il 14,9% dei nati stranieri.

Se si guarda alla variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri tra il 2010 e il 2012 emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite è quella moldava (+23,9%) seguita da quella rumena (+14,5%). Al contrario, sono diminuite nel biennio le nascite della comunità polacca (-17,1%), indiana (-11,6%) e marocchina (-7,7%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 2000-2012



Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2014.

**Tabella 1** - Stima di nati con un genitore straniero e da padre e madre entrambi stranieri sul totale dei nati (per 100) per regione - Anno 2012

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Padre e madre entrambi stranieri
Piemonte	5,2	1,6	19,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,0	2,1	13,5
Lombardia	4,8	1,4	22,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,3</i>	<i>2,7</i>	<i>13,8</i>
<i>Trento</i>	<i>6,0</i>	<i>2,1</i>	<i>18,4</i>
Veneto	4,8	1,3	22,0
Friuli Venezia Giulia	4,7	1,3	17,3
Liguria	5,5	1,7	18,4
Emilia-Romagna	5,4	1,4	24,4
Toscana	4,9	1,3	19,4
Umbria	5,9	1,2	18,8
Marche	5,4	1,3	18,5
Lazio	4,3	1,1	15,3
Abruzzo	4,3	0,8	10,8
Molise	3,5	0,7	5,5
Campania	2,0	0,3	4,0
Puglia	1,9	0,4	4,2
Basilicata	2,7	0,3	4,7
Calabria	3,4	0,6	6,0
Sicilia	1,9	0,5	4,8
Sardegna	3,2	0,6	3,8
<b>Italia</b>	<b>4,1</b>	<b>1,1</b>	<b>15,0</b>

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2014.

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale di nati stranieri per macroarea di cittadinanza e regione - Anno 2012

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	31,8	18,0	30,0	7,5	8,4	4,3	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,3	14,8	50,0	2,2	8,8	3,8	0,0
Lombardia	12,6	16,6	28,3	9,3	25,0	8,1	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>14,1</i>	<i>35,6</i>	<i>22,0</i>	<i>1,5</i>	<i>23,9</i>	<i>2,9</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>18,5</i>	<i>34,1</i>	<i>26,7</i>	<i>3,1</i>	<i>13,6</i>	<i>4,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	18,1	25,0	21,9	12,4	21,6	0,9	0,1
Friuli Venezia Giulia	20,6	34,6	13,1	14,7	15,3	1,2	0,6
Liguria	10,4	28,6	23,3	2,7	11,2	23,7	0,1
Emilia-Romagna	11,9	21,7	30,9	11,6	21,7	1,7	0,4
Toscana	17,1	30,7	16,5	5,6	25,9	3,7	0,6
Umbria	25,5	31,1	23,8	5,6	7,1	6,7	0,2
Marche	12,8	27,4	24,1	8,5	24,8	2,4	0,0
Lazio	48,2	12,4	8,0	3,4	22,2	5,6	0,3
Abruzzo	27,9	36,7	16,7	5,4	11,6	1,5	0,1
Molise	44,3	19,8	23,6	2,8	8,5	0,9	0,0
Campania	30,1	18,9	16,4	7,4	24,1	2,5	0,6
Puglia	26,1	32,0	18,1	5,3	16,7	1,6	0,4
Basilicata	40,6	18,9	20,6	0,6	16,1	1,7	1,7
Calabria	42,6	11,2	27,9	1,4	16,4	0,4	0,1
Sicilia	29,2	7,8	27,8	6,7	27,7	0,7	0,1
Sardegna	22,9	12,6	23,3	8,0	32,5	0,7	0,0
<b>Italia</b>	<b>20,6</b>	<b>21,2</b>	<b>23,9</b>	<b>8,4</b>	<b>20,9</b>	<b>4,8</b>	<b>0,2</b>

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2014.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima di nati stranieri (valori assoluti) e variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri (2010-2012) per le prime dieci cittadinanze residenti - Anno 2012

Cittadinanze	Percentuale stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Percentuale di nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2012)
Romania	20,6	16.405	20,5	14,5
Albania	11,1	9.425	11,8	2,2
Marocco	10,1	11.879	14,9	-7,7
Cina Repubblica Popolare	4,9	5.778	7,2	12,2
Ucraina	4,4	1.092	1,4	10,7
Moldova	3,3	1.896	2,4	23,9
Filippine	3,2	1.733	2,2	4,5
India	2,9	2.523	3,2	-11,6
Perù	2,3	1.251	1,6	-2,2
Polonia	2,1	563	0,7	-17,1
Altra	35,1	27.349	34,2	-0,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>79.894</b>	<b>100,0</b>	<b>2,3</b>

**Nota:** La distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2011 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2014.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2012. Statistiche. Report, 2013.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta ancora oggi uno degli ambiti assistenziali più studiati e di maggiore interesse per descrivere il profilo di salute e di assistenza sanitaria della popolazione immigrata. L'indicatore utilizzato è il tasso di ospedalizzazione che consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri e la variabilità temporale e geografica.

Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo i cittadini stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e residenti in Italia. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. I dati vengono presentati, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema

di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un *set* ristretto di classi omogenee.

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute.

L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Per gli anni 2003-2009 sono stati utilizzati i dati di fonte anagrafica riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ . Per il 2011 sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011) che fornisce la popolazione straniera residente per sesso, età e singolo Paese di cittadinanza.

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli stranieri\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a Forte Pressione Migratoria residenti in Italia	
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria residente in Italia	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione a livello nazionale, può presentare un certo grado di inaccuratezza a carico delle variabili socio-demografiche e cliniche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, non viene sempre rilevata correttamente: questo può determinare una misclassificazione di una certa quota di ricoveri, con probabile sottostima del numero assoluto di ricoveri a carico della popolazione straniera. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato nella SDO, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio; tale distorsione sembra essere di segno opposto rispetto a quella introdotta dalla cittadinanza, in quanto porterebbe a includere al numeratore alcuni ricoveri effettuati da stranieri presenti ma non iscritti nelle liste anagrafiche o da stranieri irregolari. Nel calcolo dei tassi, il livello di inaccuratezza nelle variabili socio-demografiche può

introdurre dei *bias*, soprattutto per effetto del disallineamento tra numeratore e denominatore. Occorre, peraltro, sottolineare che la qualità dei dati è andata progressivamente migliorando, pertanto, i suddetti errori tendono ad attenuarsi nel tempo.

Per quanto riguarda i denominatori, si sottolinea come i trend evidenziati a carico dei tassi di ospedalizzazione mostrano, in alcuni casi, delle oscillazioni che sembrano dipendere in gran parte da variazioni nell'ammontare della popolazione residente, per una tendenza a richiedere la residenza da parte dei cittadini stranieri che può variare nel tempo e da regione a regione.

Infine, è necessario ricordare che le analisi di seguito riportate fanno riferimento a persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Questo restringe la generalizzabilità dei risultati agli stranieri residenti (lasciando fuori i presenti non residenti e gli irregolari). Si tratta, comunque, della componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio e integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

<sup>1</sup>Si considerano a forte pressione migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai PFPM, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri (al netto della diversa struttura per età delle due popolazioni) e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

### **Descrizione dei risultati**

Nel 2012, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati 557 mila (pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati per il 76,2% in regime ordinario. La quasi totalità di questi ricoveri (92,6%) ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (Tabella 1).

A fronte di un progressivo decremento dell'ospedalizzazione complessiva in regime ordinario (circa 1,5 milioni di ricoveri in meno nel 2012 rispetto al 2003), le degenze a carico degli stranieri hanno fatto registrare un aumento fino al 2011 (+53,8%). Nel 2012, per la prima volta, vi è stata una debole flessione (circa 3.500 ricoveri in meno rispetto all'anno precedente). Per quanto riguarda i Day Hospital (DH), si è osservato, nel complesso, un iniziale incremento dei ricoveri, da 3,6 milioni nel 2003 a quasi 4 milioni nel 2005, seguito da una diminuzione negli anni successivi (fino a circa il 30% in meno nel 2012 rispetto al 2003). Anche tra gli immigrati, i ricoveri sono andati aumentando fino al 2008, poi hanno cominciato progressivamente a ridursi, tornando nel 2012 ai livelli del 2006. Gli andamenti osservati si prestano a una duplice lettura. Da una parte, si è registrato in questi anni nel nostro Paese un progressivo slittamento di quote rilevanti di casistica dal regime di Ricovero Ordinario (RO) al DH e da quest'ultimo verso il *setting* ambulatoriale, per ragioni essenzialmente legate alla riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa; d'altra parte, per gli immigrati ha pesato soprattutto l'incremento demografico e, dunque, l'aumento iniziale dei ricoveri deve essere essenzialmente posto in relazione al numero crescente di cittadini stabilmente soggiornanti nel nostro Paese.

Tale lettura trova conferma nell'analisi dei tassi di ospedalizzazione. In particolare, la Tabella 2 consente di confrontare, per entrambi i generi, i tassi di ricovero (standardizzati per età) in RO e in DH tra stranieri dei PFPM e cittadini italiani. Il trend delle degenze ordinarie mostra una diminuzione costante dei tassi, tanto tra gli stranieri quanto tra gli italiani. Tra gli uomini i valori osservati a carico dei PFPM si mantengono costantemente al di sotto di quelli degli italiani residenti (con scarti crescenti nel tempo ed inferiori di oltre il 30%); tra le donne, i tassi delle straniere, inizialmente più elevati rispetto a quelli delle italiane (+14,3% nel 2003), si sono successivamente ridotti,

fino ad attestarsi su livelli decisamente inferiori (-23,2% nel 2011).

Anche rispetto ai DH, i tassi dei PFPM sono diminuiti nel tempo, mantenendosi costantemente più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti per entrambi i generi, ma con divari più marcati tra gli uomini.

In tutti gli anni e per le due tipologie di ricovero, si conferma tra i PFPM una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto, abortività volontaria). I dati relativi al 2012 mostrano un'elevata variabilità dei ricoveri a carico di stranieri provenienti dai PFPM nelle diverse regioni (Tabella 3). La geografia dell'ospedalizzazione continua a essere fortemente determinata dal numero di stranieri presenti nelle diverse aree del Paese (più consistente al Centro-Nord e meno al Meridione). La percentuale di dimissioni ospedaliere in RO di pazienti provenienti dai PFPM rispetto al totale delle dimissioni è sensibilmente più elevata del valore nazionale in Umbria, Emilia-Romagna e Veneto. Per quanto riguarda i DH, rispetto al dato registrato a livello nazionale, la percentuale varia tra l'8,1% dell'Emilia-Romagna e l'1,5% della Sicilia. Anche la geografia dei tassi standardizzati risulta fortemente eterogenea, seppur con un andamento piuttosto irregolare sul territorio, con valori più elevati per i RO nel Lazio, in Valle D'Aosta e in Sardegna; le regioni con livelli di ospedalizzazione più bassi sono, invece, il Veneto e il Friuli Venezia Giulia. Per il DH i tassi più elevati si osservano nel Lazio e in Liguria, mentre i valori più bassi in Lombardia e nelle Marche. L'andamento per età dei tassi di dimissione ospedaliere in regime ordinario (Grafico 1) conferma per gli uomini valori più bassi negli stranieri rispetto agli italiani, con un divario maggiore nella classe degli ultra 65enni. Le differenze sono ancora più marcate in DH, per tutte le classi di età (Grafico 2). Tra le donne si evidenzia un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri in corrispondenza del periodo riproduttivo: in RO il picco per le donne straniere, attribuibile ai parti, risulta anticipato rispetto alle italiane; tale situazione si riscontra anche per il DH. Infatti, i tassi più elevati per le straniere si registrano a carico della classe di età 20-24 anni, a causa di un elevato (e precoce) ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG); nelle altre età, al di fuori del periodo riproduttivo, le differenze tra le due popolazioni ripropongono dinamiche simili a quelle osservate per gli uomini.

Per quanto riguarda i motivi di ricovero (Tabelle 4 e 5), è importante innanzitutto segnalare che i tassi di ospedalizzazione delle popolazioni provenienti da PFPM sono inferiori a quelli della popolazione residente, ad eccezione delle malattie infettive, in entrambi i generi, e delle complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (con valori 1,26 volte più elevati per le straniere dei PFPM rispetto alle italiane). Va, tuttavia, sottolineato che, rispetto al 2009, questa causa di

ricovero risulta in decremento sia per le italiane che per le straniere anche se in modo più accentuato tra queste ultime.

Tra gli uomini stranieri i traumatismi continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO (16,0%), seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (11,7%), soprattutto a carico del tratto intestinale, e dalle malattie del sistema respiratorio (11,2%, soprattutto infezioni broncopulmonari). Se si considera la popolazione maggiorenne, la quota di RO per traumatismi e avvelenamenti sale al 19,3% e quella dei ricoveri per malattie dell'apparato digerente al 14,5%, mentre la terza causa più frequente risulta quella delle malattie dell'apparato circolatorio (12,9%).

In DH (Tabella 5) si registra tra gli uomini una maggior frequenza di ricoveri per la diagnosi "Fattori che influenzano lo stato di salute" (14,7%), una miscelanea di codici piuttosto eterogenea tra cui spiccano quelli per chemioterapia antineoplastica (32,3% dei ricoveri di tale raggruppamento), trattamento per rimozione di dispositivo di fissazione interna (5,7%) e midollo osseo sostituito da trapianto (4,3%). Seguono le malattie dell'apparato digerente (11,8%, in larga parte interventi di ernia addominale) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (8,7%).

Tra le donne straniere si evidenzia un forte ricorso

all'ospedale per motivi legati alla riproduzione in quanto quasi il 50% dei RO sono dovuti a complicanze della gravidanza, al parto e al puerperio (Tabella 4). In DH (Tabella 5), le differenze tra straniere dei PFPM e italiane dipendono, principalmente, da un diverso ricorso all'IVG, con tassi 2,5 volte più elevati tra le straniere dei PFPM rispetto alle italiane. Seguono per frequenza di ricoveri le infezioni dell'apparato genitourinario (11,5%), seconda causa di ricovero anche in RO, probabilmente a causa delle condizioni di vita precarie e della scarsa igiene.

La Tabella 6 riporta i tassi standardizzati per le cittadinanze maggiormente presenti nel nostro Paese. Si osserva una forte eterogeneità tra i Paesi di provenienza, più marcata tra gli uomini e nei RO. Tra gli uomini, i rumeni presentano il tasso di ospedalizzazione più elevato (129,6) rispetto a quello degli italiani (120,4). Tra le donne i tassi più elevati si osservano tra le marocchine (138,9) e le rumene (127,8), con valori più elevati in entrambi i casi rispetto alle italiane (124,3). Livelli molto bassi si confermano, invece, per i cinesi (45,6) tra gli uomini e le ucraine (80,3) tra le donne. Anche per il DH si osserva eterogeneità per Paese di provenienza, sebbene meno accentuata, con valori più elevati tra i rumeni, sia per gli uomini che per le donne, ma comunque inferiori ai tassi osservati per gli italiani.

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuale) per regime di ricovero e provenienza - Anni 2003-2012

Provenienza	Ricoveri Ordinari									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stranieri dei PSA	33.265	33.728	33.789	35.475	35.449	34.725	33.497	32.884	32.765	31.201
di cui residenti in Italia (%)	50,0	52,9	54,0	55,6	56,6	57,4	59,4	59,3	58,9	59,6
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Stranieri da PFPM	245.114	267.564	295.162	327.162	347.819	369.510	385.541	385.492	395.528	393.557
di cui residenti in Italia (%)	79,5	81,7	82,3	82,1	83,0	85,3	87,3	88,3	88,0	88,5
% sul totale	2,8	3,1	3,4	3,8	4,2	4,5	4,8	5,0	5,3	5,4
<b>Totale ricoveri</b>	<b>8.799.495</b>	<b>8.709.500</b>	<b>8.587.521</b>	<b>8.527.212</b>	<b>8.272.500</b>	<b>8.122.885</b>	<b>7.995.951</b>	<b>7.784.364</b>	<b>7.459.466</b>	<b>7.261.942</b>
di cui residenti in Italia (%)	99,2	99,3	99,1	99,1	99,0	99,1	99,2	99,2	99,1	99,1
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Day Hospital									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Stranieri dei PSA	8.284	9.191	10.347	9.906	9.610	9.122	8.710	8.112	7.890	7.368
di cui residenti in Italia (%)	81,0	83,0	84,8	84,9	85,4	86,3	87,6	88,0	87,5	86,7
% sul totale	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PFPM	86.269	102.389	113.729	122.777	126.310	132.812	130.973	130.631	130.610	125.184
di cui residenti in Italia (%)	79,3	81,3	81,1	80,5	82,9	85,8	87,9	89,6	89,8	90,0
% sul totale	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7	4,0	4,2	4,5	4,8
<b>Totale ricoveri</b>	<b>3.628.309</b>	<b>3.877.944</b>	<b>3.985.600</b>	<b>3.917.701</b>	<b>3.653.613</b>	<b>3.564.606</b>	<b>3.257.001</b>	<b>3.093.053</b>	<b>2.888.162</b>	<b>2.590.232</b>
di cui residenti in Italia (%)	99,4	99,5	99,4	99,3	99,3	99,4	99,5	99,5	99,5	99,4
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da PFPM per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2009, 2011

Anni	Dimessi PFPM	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
		Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
		Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	
2003	93.069	122,7	154,3	152.045	162,5	148,2	25.016	40,9	61,1	61.253	62,4	64,5	
2004	98.502	108,1	149,8	169.062	145,6	146,1	29.781	43,5	64,5	72.608	63,1	68,2	
2005	105.278	101,5	146,3	189.884	141,5	142,6	33.321	37,7	66,1	80.408	57,7	69,6	
2006	114.220	100,5	142,9	212.942	141,4	141,1	35.519	32,7	64,4	87.258	52,9	67,6	
2007	120.192	94,3	137,0	227.627	133,7	135,7	36.522	29,9	60,2	89.788	47,1	62,2	
2008	126.648	91,5	132,8	242.862	126,6	132,9	39.543	28,6	58,6	93.269	44,5	60,2	
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2	
2011	132.909	79,9	120,4	262.619	101,1	124,3	38.952	22,5	47,8	91.658	32,2	49,8	

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

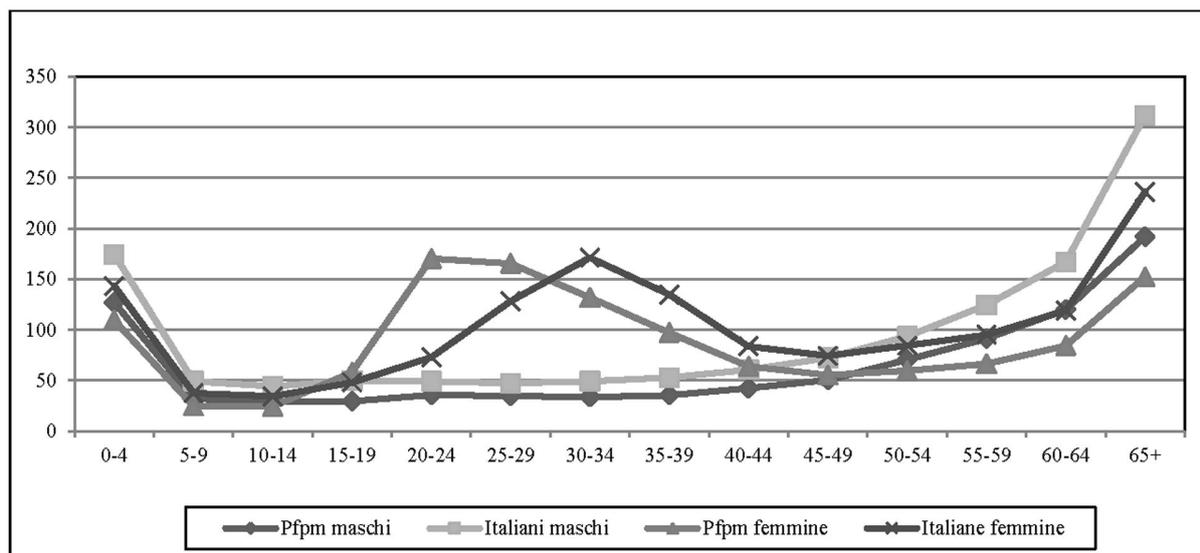
**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) per regione e regione di ricovero - Anno 2012

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std*	Dimessi	%	Tassi std*
Piemonte	35.545	6,8	94,8	10.907	6,6	32,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	965	6,0	119,8	295	4,4	42,8
Lombardia	90.380	7,0	82,9	19.193	8,5	17,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.781</i>	<i>5,2</i>	<i>91,0</i>	<i>1.138</i>	<i>5,2</i>	<i>28,3</i>
<i>Trento</i>	<i>4.408</i>	<i>7,3</i>	<i>85,7</i>	<i>2.034</i>	<i>6,7</i>	<i>40,5</i>
Veneto	38.803	7,6	80,7	11.276	7,0	23,0
Friuli Venezia Giulia	8.582	5,8	80,4	3.371	6,3	24,8
Liguria	12.096	6,3	83,9	6.150	5,6	46,1
Emilia-Romagna	48.951	7,8	94,0	15.457	8,3	28,0
Toscana	29.608	6,6	82,4	11.052	7,8	25,9
Umbria	9.599	7,9	101,6	2.294	8,1	23,0
Marche	11.292	6,1	73,4	2.858	5,3	19,9
Lazio	49.366	7,0	124,9	22.194	6,5	45,0
Abruzzo	6.173	3,9	95,7	1.993	3,5	31,9
Molise**	381	0,9	45,0	199	1,0	20,0
Campania	13.395	2,1	77,5	5.381	1,4	31,6
Puglia**	11.056	2,1	120,1	2.450	1,5	33,9
Basilicata**	26	0,0	11,6	1	0,0	5,5
Calabria	5.856	3,1	81,0	1.859	2,3	24,1
Sicilia	10.289	1,9	83,3	4.305	1,6	35,1
Sardegna	3.005	1,5	105,2	777	1,0	30,3
<b>Italia</b>	<b>393.557</b>	<b>5,4</b>	<b>89,8</b>	<b>125.184</b>	<b>4,8</b>	<b>27,3</b>

\*Dati 2011.

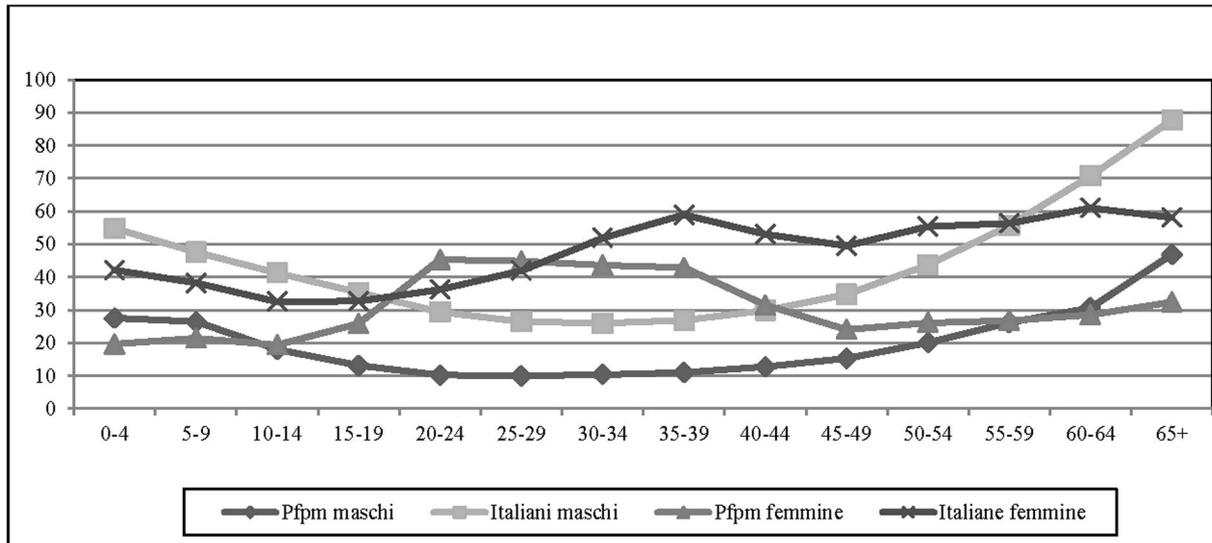
\*\*I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni, probabilmente per problemi di qualità dei dati SDO.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Grafico 1** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Anno 2011

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Grafico 2** - Tasso (specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital per genere e cittadinanza - Anno 2011



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 4 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da PFP in RO per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2011**

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi			Femmine			Tassi std italiani	Tassi std PFPM	Tassi std italiani
	Dimessi PFPM	%	% solo tra i maggiorenni	Dimessi PFPM	%	% solo tra le maggiorenni			
Non indicato	45	0,0	0,0	65	0,0	0,0	-	-	-
I - Malattie infettive e parassitarie	7.219	5,4	5,0	5.634	2,1	1,5	2,0	2,0	1,8
II - Tumori	6.201	4,7	6,0	14.251	5,4	5,9	7,5	7,5	10,8
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	3.100	2,3	1,9	3.905	1,5	1,2	2,0	2,0	3,3
IV - Malattie sanguine e organi ematopoietici	1.346	1,0	0,7	1.972	0,8	0,6	0,8	0,8	1,1
IV.1 - Anemie	755	0,6	0,4	1.305	0,5	0,4	0,6	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	4.518	3,4	4,3	4.909	1,9	1,9	1,6	1,6	3,1
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	6.166	4,6	4,8	5.849	2,2	1,9	3,1	3,1	4,6
VI.4 - Epilessia	1.696	1,3	0,7	1.196	0,5	0,2	0,4	0,4	0,7
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.644	1,2	1,5	1.356	0,5	0,5	1,0	1,0	1,3
VI.8 - Malattie dell'orecchio	1.218	0,9	1,0	1.588	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
VII - Malattie sistema circolatorio	12.271	9,2	12,9	9.277	3,5	3,9	9,5	9,5	15,1
VII.2 - Malattie del cuore	8.207	6,2	8,6	5.353	2,0	2,2	6,0	6,0	9,2
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	14.881	11,2	8,8	10.838	4,1	2,6	5,3	5,3	7,9
VIII.1 - Infezioni respiratorie	9059	6,8	3,9	7.107	2,7	1,3	2,8	2,8	3,7
VIII.2 - BPCO	614	0,5	0,6	381	0,1	0,1	0,4	0,4	0,8
VIII.3 - Asma	808	0,6	0,3	579	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	15.599	11,7	14,5	16.817	6,4	6,6	8,4	8,4	9,8
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incl. appendicite)	5.510	4,1	4,9	4.528	1,7	1,7	2,0	2,0	2,9
X - Malattie apparato genito-urinario	6.336	4,8	5,3	16.362	6,2	6,7	6,4	6,4	7,9
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	128.066	48,8	55,5	33,8	33,8	26,9
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.742	1,3	1,4	1.172	0,4	0,4	0,5	0,5	0,9
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6.511	4,9	6,4	7.053	2,7	2,8	5,1	5,1	8,2
XIV - Malformazioni congenite	3.097	2,3	0,7	2.508	1,0	0,4	0,7	0,7	1,2
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	5.928	4	0,0	5.009	1,9	0,0	1,1	1,1	1,3
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	6.657	5,0	4,4	7.480	2,8	2,2	3,3	3,3	4,7
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	21.244	16,0	19,3	9.582	3,6	3,4	4,9	4,9	9,1
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	10.041	7,6	3,6	11.870	4,5	2,5	5,0	5,0	6,5
<b>Totale</b>	<b>132.902</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>262.619</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>101,1</b>	<b>101,1</b>	<b>124,3</b>

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 5 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da PFFPM in DH per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2011**

Diagnosi principale alla dimissione	Dimessi PFFPM			Maschi			Femmine			Tassi std italiani
	%	Tassi std residenti PFFPM	Tassi std italiani	% solo tra i maggiorenni	Tassi std residenti PFFPM	Tassi std italiani	% solo tra le maggiorenni	Tassi std residenti PFFPM	Tassi std italiani	
Non indicato	15	-	-	0,1	-	-	0,0	-	-	-
I - Malattie infettive e parassitarie	2.320	0,7	1,0	7,4	0,7	1,0	2,5	0,7	0,6	0,6
II - Tumori	2.774	2,5	5,5	8,0	2,5	5,5	6,0	2,5	4,9	4,9
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1.577	0,7	2,2	2,2	0,7	2,2	2,3	0,9	2,6	2,6
IV - Malattie sanguine e organi ematopoietici	1.283	0,6	0,8	1,4	0,6	0,8	1,5	0,5	1,0	1,0
IV.1 - Anemie	856	0,4	0,6	1,0	0,4	0,6	1,1	0,4	0,8	0,8
V - Disturbi psichici	1.133	0,4	1,1	1,0	0,4	1,1	0,9	0,3	0,9	0,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3.380	2,9	5,9	8,7	2,9	5,9	4,0	2,3	5,6	5,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.612	2,1	4,0	5,5	2,1	4,0	1,8	1,6	3,5	3,5
VII - Malattie sistema circolatorio	1.905	1,4	3,9	7,2	1,4	3,9	3,5	1,6	2,7	2,7
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	1.121	0,5	1,3	4,4	0,5	1,3	2,7	1,0	1,2	1,2
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	2.027	0,8	2,0	4,2	0,8	2,0	1,9	0,6	1,5	1,5
VIII.1 - Infezioni respiratorie	966	0,3	0,7	0,9	0,3	0,7	0,9	0,3	0,6	0,6
IX - Malattie apparato digerente	4.590	2,6	5,2	13,5	2,6	5,2	3,6	1,3	3,0	3,0
IX.5 - Ernia addominale	1.907	1,4	2,5	6,6	1,4	2,5	0,7	0,3	0,4	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	3.193	1,7	3,9	7,9	1,7	3,9	0,7	0,3	6,9	6,9
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	-	-	11,5	3,7	9,8	9,8
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	-	-	-	37,5	49,2	4,9	4,9
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.211	0,6	1,5	3,9	0,6	1,5	1,0	0,4	1,0	1,0
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.611	1,4	3,5	9,7	1,4	3,5	3,9	1,8	4,1	4,1
XIV - Malformazioni congenite	1.609	0,4	1,0	0,7	0,4	1,0	1,3	0,4	0,8	0,8
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	91	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	945	0,4	1,2	1,3	0,4	1,2	1,1	0,4	1,1	1,1
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	2.561	1,0	1,8	8,8	1,0	1,8	1,5	0,5	1,2	1,2
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	5.725	4,3	7,1	14,0	4,3	7,1	10,0	4,4	6,9	6,9
<b>Totale</b>	<b>38.950</b>	<b>22,5</b>	<b>47,8</b>	<b>100,0</b>	<b>22,5</b>	<b>47,8</b>	<b>100,0</b>	<b>32,2</b>	<b>49,8</b>	<b>49,8</b>

- = non disponibile.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

**Tabella 6** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di residenti in Italia per regime di ricovero, genere e principali cittadinanze - Anno 2011

Cittadinanze	Ricovero Ordinario						Day Hospital					
	Dimessi	Maschi Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Femmine Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Maschi Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Femmine Residenti Italia	Tassi std
Romania	25.970	80,6	129,6	57.693	86,1	127,8	7.863	90,0	32,4	23.727	86,3	44,0
Albania	18.066	81,8	82,8	8.110	86,9	111,4	5.557	88,6	24,8	8.504	89,8	33,9
Marocco	16.505	90,5	84,1	29.072	97,1	138,9	3.981	95,1	20,2	6.362	95,4	31,3
Cina	4.191	84,3	45,6	11.531	86,6	93,8	971	91,8	12,3	3.933	86,2	28,3
Ucraina	2.546	75,3	74,4	11.422	87,2	80,3	993	82,2	29,8	5.404	87,1	34,0
Stranieri dei PFPM	132.909	83,7	79,9	262.619	90,2	101,1	38.952	90,1	22,5	91.658	89,6	32,2
Italiani	3.330.945	99,9	120,4	3.700.228	99,9	124,3	1.308.577	100,0	47,8	1.441.085	100,0	49,8

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati a utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani e per motivi legati, essenzialmente, alla fisiologia della riproduzione e/o a cause accidentali come i traumi.

Tale divario potrebbe essere la risultante di un *mix* di fattori, costituito da un lato dal migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto migrante sano) che opera come selettore naturale sulle persone al

momento della partenza, e dall'altro dall'effetto di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso. La valutazione del peso specifico delle due componenti deve essere oggetto di approfondimenti analitici. Persistono situazioni di grave criticità, come ad esempio l'elevato ricorso alle IVG, seppure con una tendenza alla diminuzione, verso cui orientare interventi di sanità pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.

## Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può, sicuramente, essere utile al fine di creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tut-

to il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione residente con cittadinanza straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne straniere

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria e Paesi a Sviluppo Avanzato	
		x 100
Denominatore	Totale Interruzione Volontaria di Gravidanza	

### Tasso di abortività volontaria di donne straniere\*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile di età 15-49 anni residente in Italia con cittadinanza straniera	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di non includere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non conteggiare le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio, include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

Il calcolo del tasso di abortività è stato possibile solo per gli anni 2003-2009 e 2011. Questo perché la popolazione residente per genere, età e cittadinanza non è disponibile nelle statistiche correnti dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat); quindi, sono state effettuate delle stime al 1 gennaio degli anni dal 2003 al 2010, da cui si ricavano le popolazioni medie degli anni 2003-2009. Nel 2011, la popolazione utilizzata è la popolazione rilevata al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, in quanto

questa dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata, mentre per il tasso di abortività si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

### Descrizione dei risultati

Nel 2012 l'Istat ha rilevato 103.191 IVG a livello nazionale, con una sottotitola dei dati in alcune regioni (Indicatore "Abortività volontaria", Capitolo "Salute materno-infantile"). Il 34,1% delle IVG ha riguardato donne con cittadinanza straniera: per la prima volta si assiste anche ad una diminuzione (seppur lieve) di questa quota di IVG (Grafico 1)<sup>1</sup>.

L'aumento percentuale osservato negli anni è in gran parte giustificato dall'aumento della popolazione straniera in Italia. I dati regionali (Tabella 1) confermano questo andamento evidenziando anche che i valori più elevati sono presenti nelle regioni con una presenza straniera maggiore. Nel 2011 la presenza maggiore si è riscontrata in Lombardia (40,9%), Veneto (44,4%), Emilia-Romagna (42,5%), Toscana (41,6%) e Umbria (44,0%).

<sup>1</sup>I dati più aggiornati si riferiscono all'anno 2012, mentre per quanto descritto alla voce "Validità e limiti" i tassi riferiti alle donne straniere sono calcolabili solo fino all'anno 2011.

Come già anticipato, grazie alla disponibilità di stime ufficiali fino al 2009 e dei dati del Censimento 2011 relativi alla popolazione straniera residente in Italia, è stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinte per età e per area geografica di cittadinanza. In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana. Il confronto tra questi gruppi disomogenei impone il ricorso al tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età dei gruppi (Grafico 2). L'indicatore così calcolato mostra una diminuzione nel corso del tempo dei livelli di IVG: in particolare, una riduzione più marcata (-50,0%) si osserva tra le donne provenienti dai PFPM anche se resta, comunque, il gruppo che presenta i valori più alti. Le donne italiane presentano tassi più bassi rispetto alle straniere; il tasso risulta in tendenziale diminuzione, con un lieve aumento tra il 2009 e il 2011. Per quanto riguarda il gruppo di donne provenienti dai PSA, si osserva un andamento irregolare del tasso standardizzato causato dalla scarsa numerosità dei casi (solo 519 nel 2011).

Da quanto appena osservato si evidenzia un avvicinamento dei tassi tra il gruppo di donne straniere dei PFPM e le donne italiane: nel 2003, il tasso delle prime è 5,4 volte superiore a quello delle seconde, mentre nel 2011 tale rapporto risulta pari a 2,9.

Considerando che si tratta di donne residenti, si può ipotizzare che l'integrazione nella realtà italiana si faccia sempre più marcata nel corso degli anni, portando le donne straniere ad assumere comportamenti più simili alle donne italiane in tema di procreazione responsabile e ad avere più dimestichezza nell'accesso ai servizi sanitari.

La distribuzione per classi di età consente di approfondire lo studio del fenomeno. In tutti i gruppi i tassi più elevati si trovano in corrispondenza della classe 20-24 anni: 37,2 (per 1.000) per le donne PFPM, 36,4 (per 1.000) per le PSA e 9,6 (per 1.000) per le italiane (per queste ultime lo stesso valore si ritrova anche nella classe successiva, 25-29 anni) (Grafico 3).

Le donne straniere provenienti dai PFPM che ricorrono all'IVG sono, mediamente, più giovani delle italiane: l'età mediana delle prime è uguale a 28,9, mentre quella delle seconde è pari a 30,3 anni, con una differenza tra i due gruppi di 1,4 anni.

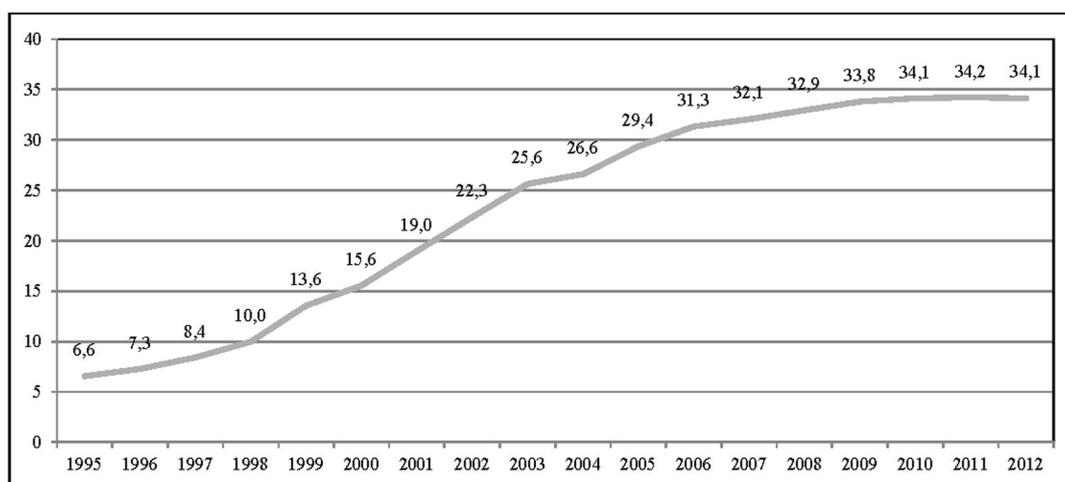
Per le cittadinanze più numerose, cioè per quelle cui corrisponde un elevato numero di IVG, è stato effettuato un approfondimento, calcolando l'indicatore standardizzato.

Nel 2011, le cittadinanze cui si riferisce il maggior numero di IVG (nello specifico quelle che superano i 2.000 casi) sono, nell'ordine: Romania, Albania, Repubblica Popolare Cinese e Marocco (che sono anche i Paesi da cui proviene la maggior parte delle donne straniere residenti in Italia). In tutti i casi, la quota di IVG è aumentata nei 3 anni. Le donne rumene, il gruppo più numeroso sul territorio italiano, nel 2011 hanno effettuato quasi un terzo delle IVG effettuate da donne straniere. Il loro ricorso all'IVG è aumentato, seppur di poco, tra il 2009 e il 2011, ma si mantiene a livelli molto più bassi rispetto a quelli del 2003 (2,6 volte più elevati).

Tra le donne albanesi e marocchine si registra, invece, un andamento più regolare che vede diminuire il tasso, rispettivamente, di circa il 31% e il 25%.

Una menzione a parte spetta alle donne cinesi che hanno fatto la loro comparsa tra i Paesi più numerosi nei dati sulle IVG solo in anni recenti. Attualmente, rispetto alle altre cittadinanze, presentano un ricorso più elevato all'aborto volontario e anche in crescita tra gli ultimi 2 anni considerati: 2009 e 2011.

**Grafico 1** - Percentuale di Interruzione Volontaria di Gravidanza di donne straniere in Italia - Anni 1995-2012



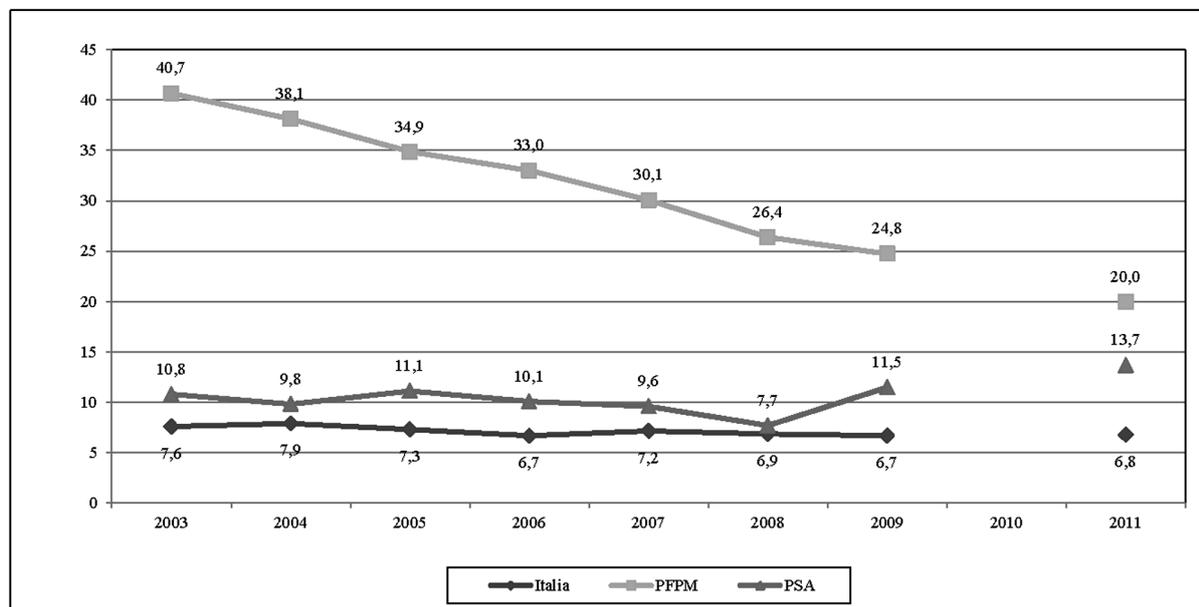
Fonte dei dati: Istat. Indagini sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni vari.

**Tabella 1** - Percentuale di Interruzione Volontaria di Gravidanza di donne straniere dei PFPM per regione - Anni 2003, 2009, 2011

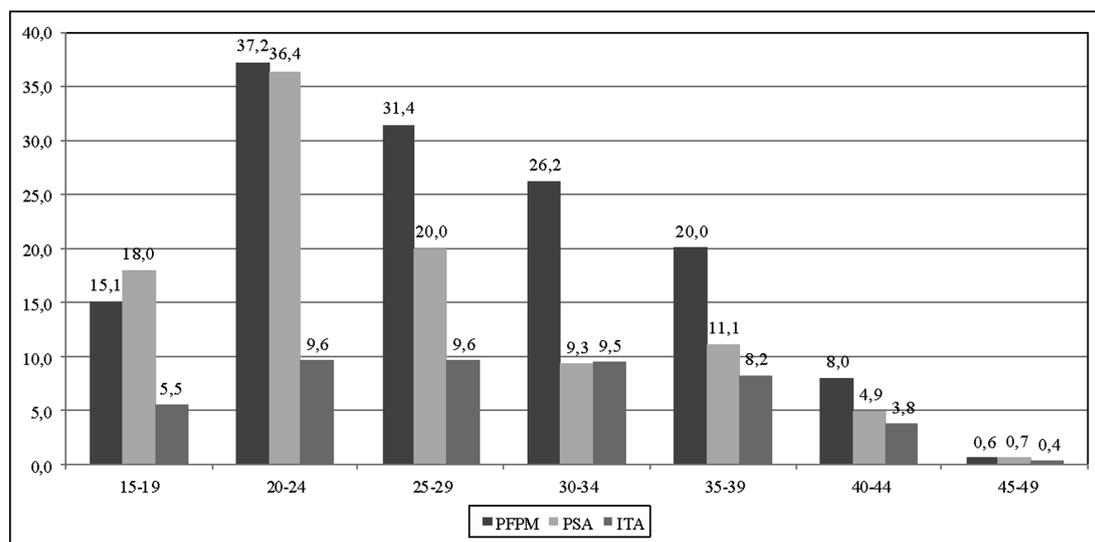
Regioni	2003	2009	2011
Piemonte	23,2	36,2	38,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3
Lombardia	33,7	39,6	40,9
Trentino-Alto Adige	18,4	35,5	38,9
Veneto	30,6	42,9	44,4
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0
Liguria	26,4	36,7	38,7
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5
Toscana	23,8	37,5	41,6
Umbria	34,9	44,2	44,0
Marche	28,0	42,5	37,1
Lazio	23,1	30,0	32,8
Abruzzo	15,5	25,2	25,2
Molise	5,1	6,4	16,7
Campania	12,0	14,5	14,2
Puglia	3,3	11,7	12,3
Basilicata	4,0	13,0	14,5
Calabria	7,9	18,2	21,1
Sicilia	5,0	14,5	15,9
Sardegna	4,0	10,3	12,9
<b>Italia</b>	<b>21,2</b>	<b>30,0</b>	<b>31,6</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni vari.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppi di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni vari.

**Grafico 3** - Tasso (specifico e standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppi di cittadinanza - Anno 2011

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2011.

**Tabella 2** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di donne di età 15-49 anni residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009, 2011

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tasso std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2009	11.049	28,5	26,5
	2011	10.844	28,9	27,3
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2009	2.555	6,6	20,8
	2011	2.598	6,9	17,6
Cina	2003	1.309	4,1	40,7
	2009	2.308	5,9	30,6
	2011	2.552	6,8	34,9
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2009	2.372	6,1	20,1
	2011	2.312	6,2	17,9

Nota: la percentuale di IVG è calcolata sul totale delle IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni vari.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate sembra dare atto all'efficacia delle attività messe in campo, specie dai consultori familiari, sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG. Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e della consapevolezza delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno. Nonostante ciò, i tassi di IVG tra le donne con cittadinanza straniera restano ancora elevati (circa il triplo rispetto alle donne italiane). Non bisogna, quindi, distrarre l'attenzione dal fenomeno, ma continuare ad anali-

zare i suoi mutamenti nel tempo con riferimento alle diverse nazionalità, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2012. Dati provvisori 2013. Roma. 2014. Disponibile sul sito: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?id=2023](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2023).
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2012. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Loghi M, Spinelli A, D'Errico A, "Il declino dell'aborto volontario". In De Rose A, Dalla Zuanna G (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea. Il Mulino, 2013 pp. 97-116.

## Abitudine al fumo di tabacco tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Il consumo di tabacco rappresenta uno dei fattori di rischio per la salute più rilevanti e molteplici sono le malattie fumo correlate che possono insorgere anche a distanza di anni. Molti sono gli studi e le analisi effettuate sulla popolazione italiana, ma ancora poco conosciuti sono i comportamenti della popolazione straniera in Italia, analizzata per singola cittadinanza e non

solamente nel suo complesso. Lo studio differenziato per cittadinanza consente di mettere in luce quei segmenti di popolazione straniera più esposti al rischio di abitudini dannose per la salute, evidenziando quali sono i gruppi di popolazione straniera verso i quali indirizzare specifiche politiche di prevenzione e di controllo volte al contenimento di questo fenomeno.

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani per abitudine al fumo\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre	x 100

### Percentuale di forti fumatori tra i cittadini stranieri /italiani\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre che fumano 20 e più sigarette al giorno	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre fumatori	x 100

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo “Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati”.

**Validità e limiti.** Gli indicatori proposti per la popolazione straniera sono stati calcolati a partire dai dati raccolti nell’Indagine dell’Istituto Nazionale di Statistica (Istat) su “Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri” (anni 2011-2012) e quelli riferiti alla popolazione italiana sono calcolati sulla base dell’Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” (anno 2012). Attraverso l’analisi di questi dati è possibile avere, per la prima volta, un dettaglio informativo relativo alle prime 10 collettività di stranieri presenti sul territorio italiano. L’informazione sull’abitudine al fumo rappresenta una valutazione soggettiva degli intervistati, raccolta attraverso un’intervista diretta. Per i confronti con la popolazione italiana si è fatto ricorso ai tassi standardizzati per età.

**Valore di riferimento/Benchmark.** L’abitudine al fumo dei cittadini stranieri, standardizzata per età, viene confrontata con quella dei cittadini italiani rilevata nell’Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” (Anno 2012). Inoltre, i cittadini stranieri tra i quali è più diffusa l’abitudine al fumo sono considerati in riferimento a quelle collettività tra le quali, al contrario, tale abitudine è meno prevalente.

### Descrizione dei risultati

La quota di fumatori abituali tra i cittadini stranieri di 14 anni ed oltre è pari al 23,2% (Tabella 1). Si riscontra una diversa abitudine al fumo tra i generi: il 32,4% degli uomini stranieri fuma contro il 15,1% delle donne. Dal confronto con la popolazione italiana si evince che il fumo è un fattore di rischio più diffuso tra le donne ita-

liane (19,5%) rispetto alle donne straniere, mentre per gli uomini la quota dei fumatori è pressoché identica (per gli uomini italiani è pari al 32,5%). Tra le diverse cittadinanze si rileva un comportamento differenziato rispetto all’abitudine al fumo, con una prevalenza di consumatori abituali di tabacco tra i cittadini dell’Est Europa (Romania: 35,1%, Polonia: 33,1% e Ucraina: 24,9%), rispetto ai cittadini dell’area asiatica, tra i quali l’abitudine è meno diffusa (indiani: 4,1%, filippini: 12,8%, cinesi: 16,2%), e magrebina (marocchini: 15,6%). Nel dettaglio, tra gli uomini la quota maggiore di fumatori si riscontra tra rumeni (45,1%), tunisini (43,5%) e polacchi (43,8%). Al contrario, la percentuale di fumatori tra gli uomini è più contenuta tra indiani (6,2%) e filippini (24,9%). Per le donne straniere, la quota di fumatrici abituali è al di sopra della media tra polacche (29,0%) e rumene (27,0%) e, viceversa, di gran lunga inferiore tra indiane (1,5%), marocchine (2,8%), cinesi (3,1%) e filippine (3,3%). Nel complesso della popolazione straniera, il gruppo dei non fumatori è quello più ampio, soprattutto per alcune collettività come indiani (92,2%), filippini (81,0%), cinesi (75,6%) e marocchini (75,4%). La quota di ex fumatori si attesta intorno al 16,1% per gli uomini e al 10,2% per le donne (rispetto al 12,9% del totale) ed è più elevata per le collettività straniere in cui il consumo di tabacco è un’abitudine prevalente. Altro aspetto importante per identificare i *target* di popolazione verso i quali indirizzare interventi di prevenzione del fattore di rischio fumo, è l’analisi di coloro che si possono definire “forti fumatori”, ovvero coloro che consumano oltre 20 sigarette al giorno. Tra i cittadini stranieri, nel complesso, si

riscontrano valori percentuali di forti fumatori analoghi alla popolazione italiana (per entrambe le popolazioni la quota è pari al 5,0%), con una prevalenza di forti fumatori, sia tra gli stranieri sia tra gli italiani, nella popola-

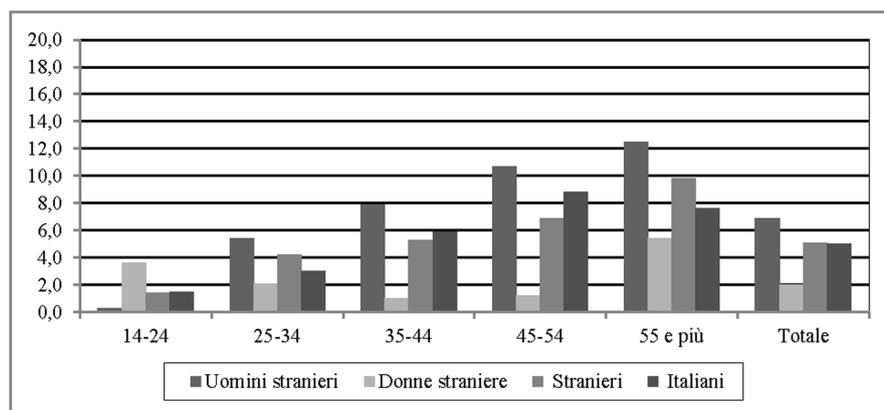
zione più adulta, in particolare per gli italiani nella classe di età 45-54 anni (8,8%) e per gli stranieri nella classe di età 55 anni ed oltre (9,8%).

**Tabella 1** - Persone di 14 anni ed oltre per abitudine al fumo, genere e cittadinanza. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012

Paesi	Fumatori			Ex-Fumatori			Non Fumatori		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Romania	45,1	27,0	35,1	19,4	14,3	16,5	35,5	58,8	48,3
Albania	36,9	8,3	23,7	17,9	7,0	12,9	45,2	84,7	63,4
Marocco	27,4	2,8	15,6	15,9	1,4	9,0	56,7	95,8	75,4
Cina	28,3	3,1	16,2	11,1	5,1	8,2	60,6	91,8	75,6
Ucraina	41,0	21,6	24,9	11,6	11,9	11,9	47,5	66,4	63,2
Filippine	24,9	3,3	12,8	10,0	3,2	6,2	65,0	93,5	81,0
Tunisia	43,5	3,9	29,1	11,2	2,0	7,8	45,3	94,1	63,0
Polonia	43,8	29,0	33,1	24,5	17,4	19,4	31,7	53,6	47,6
India	6,2	1,5	4,1	3,5	3,9	3,7	90,4	94,6	92,2
Moldavia	37,6	9,9	18,6	21,9	10,4	14,0	40,5	79,8	67,4
<b>Stranieri</b>	<b>32,4</b>	<b>15,1</b>	<b>23,2</b>	<b>16,1</b>	<b>10,2</b>	<b>12,9</b>	<b>51,5</b>	<b>74,7</b>	<b>63,9</b>
<b>Italiani</b>	<b>32,5</b>	<b>19,5</b>	<b>25,8</b>	<b>21,8</b>	<b>15,9</b>	<b>18,8</b>	<b>45,7</b>	<b>64,6</b>	<b>55,4</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012. Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

**Grafico 1** - Persone di 14 anni ed oltre "forti fumatori" per genere, cittadinanza e classe di età. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012. Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Tra i fattori di rischio per la salute l'abitudine al fumo è il più diffuso tra gli stranieri. Individuare, pertanto, gli stili di vita potenzialmente dannosi per le condizioni di salute della popolazione risulta dirimente per la programmazione e l'implementazione di politiche di contenimento della diffusione di tale fenomeno. La conoscenza delle abitudini di consumo di tabacco tra le principali collettività straniere consente una programmazione di politiche di contrasto all'abitudine al fumo da rivolgere a specifici gruppi nazionali, considerando anche la loro diversificata presenza sul territorio. Emerge, infatti, da questa lettura del fenomeno come ci siano collettività più inclini al consumo di tabacco rispetto ad altre, anche

a parità di genere. Inoltre, malgrado l'abitudine al fumo sia un comportamento più diffuso nella popolazione straniera più adulta, interventi di prevenzione andrebbero indirizzati anche verso i più giovani per contrastare il potenziale rischio connesso al diffondersi di questa abitudine fin dalle età giovanili, specialmente se in famiglia ci sono adulti che fumano.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012. Comunicato del 30 gennaio 2014.
- (2) Liguori G. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione. In Rapporto Osservasalute 2013. Anno 2014.

## Sovrappeso ed obesità tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Tra i fattori di rischio per le condizioni di salute rivestono un ruolo rilevante le abitudini alimentari non salutari e il conseguente eccesso di peso. L'obesità, se unita ad una vita sedentaria, può esporre maggiormente al rischio di alcune specifiche patologie.

L'analisi di questo fattore di rischio tra la popolazione straniera viene effettuata attraverso un confronto tra popolazione straniera e italiana; nell'ambito della popolazione straniera, inoltre, sono poste a confronto le principali collettività.

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani per Indice di Massa Corporea\*

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 18 anni ed oltre per Indice di Massa Corporea	
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani di 18 anni ed oltre	x 100

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** L'indicatore proposto è stato calcolato a partire dai dati raccolti nell'Indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) su "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" (anni 2011-2012), mentre per il confronto con la popolazione italiana si è fatto riferimento all'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2012). Per l'Indice di Massa Corporea (IMC) è possibile avere, per la prima volta, un dettaglio informativo relativo alle prime dieci collettività di stranieri presenti sul territorio italiano. Per il confronto con la popolazione italiana si è fatto ricorso ai tassi standardizzati per età. I dati sono stati raccolti mediante un'intervista diretta e sono il risultato di un'autovalutazione degli intervistati. In particolare, l'indicatore utilizzando l'IMC, calcolato come rapporto tra peso ed altezza al quadrato, esprime la quota di persone sottopeso (IMC <18,4), normopeso (IMC 18,5-24,9), sovrappeso (IMC 25-29,9) e obese (IMC ≥30).

**Valore di riferimento/Benchmark.** L'IMC dei cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (Anno 2012). Inoltre, i cittadini stranieri di 18 anni ed oltre in sovrappeso/obesi sono considerati in riferimento a quelle collettività tra le quali, al contrario, prevalgono i normopeso.

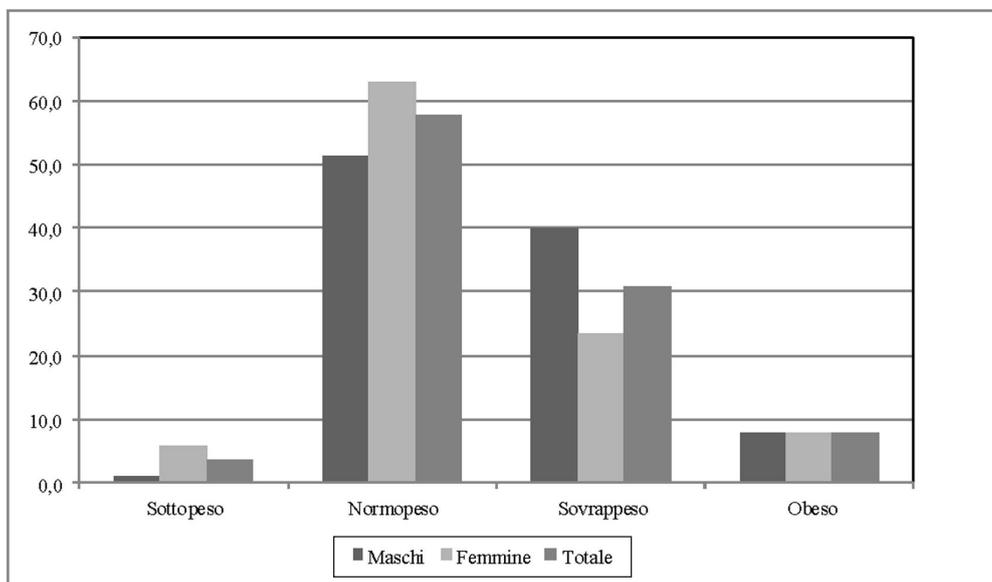
### Descrizione dei risultati

L'attenzione va posta sulla quota di persone che riportano un IMC che indica che si trovano in una condizione di obesità: il 7,9% della popolazione straniera di 18 anni ed oltre è obesa, analogamente al 7,8% della popolazione italiana, con differenze significative tra le diverse cittadinanze. Valori superiori alla media della popolazione straniera di 18 anni ed oltre si riscontrano per i cittadini

albanesi (9,4%) e rumeni (9,3%). I cittadini cinesi presentano la percentuale di obesi più contenuta (1,4%) rispetto alla media, seguiti dai polacchi (4,4%). Se nella popolazione italiana, di pari età, l'obesità è una prerogativa maschile (9,0% rispetto al 6,7% delle donne), tra gli stranieri il fenomeno interessa allo stesso modo uomini e donne (rispettivamente, 8,1% e 7,8%); differenze di genere si osservano se si scende nel dettaglio delle collettività. Tra gli uomini in condizione di obesità prevalgono gli ucraini (13,6%), i rumeni (11,1%) e i filippini (9,5%); tra le donne, le tunisine (12,1%), le marocchine (10,7%) e le albanesi (9,7%). Dall'analisi per età si evidenzia come l'obesità sia un fenomeno associato all'avanzare dell'età con andamenti differenziati tra uomini e donne: fino ai 44 anni la quota di obesi è superiore tra gli uomini rispetto alle donne, mentre dai 45 anni ed oltre la situazione si inverte e l'obesità risulta più diffusa tra le donne (Grafico 3). La percentuale di popolazione straniera di 18 anni ed oltre che, comunque, presenta un eccesso ponderale, ovvero è in sovrappeso, è pari al 31,1% (similmente agli italiani 29,8%); presentano incidenze superiori alla media i cittadini non comunitari (32,0% contro il 29,0% dei cittadini comunitari), con valori più alti tra moldavi (37,1%), marocchini (36,3%), specialmente se donne (33,0% rispetto al totale 23,4%) e albanesi (35,9%), specialmente se uomini (45,0% rispetto al totale 40,1%). Gli stranieri sottopeso rappresentano il 3,5% della popolazione (rispetto al 4,2% degli italiani), condizione che prevale maggiormente tra le donne straniere (il 5,7% rispetto all'1,0% degli uomini). Tra i diversi gruppi nazionali sono maggiormente interessate al fenomeno le collettività polacca, moldava e ucraina che presentano valori maggiori rispetto al totale della popolazione straniera (rispettivamente 7%, 5,6% e 4,5%), in particolare tra le donne (la quota dei sottopeso sale all'8,7% tra le polacche e all'8,0% tra le moldave).

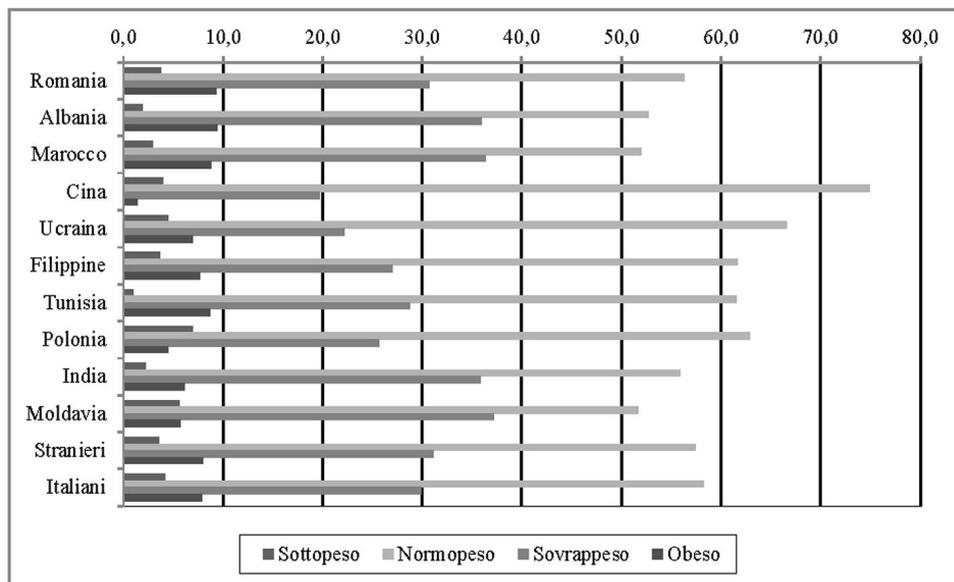
<sup>1</sup>Per il dettaglio dei dati, si rimanda al comunicato Istat diffuso il 30 gennaio 2014 "Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari" (tavola 4 in allegato), disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/110879>.

**Grafico 1** - Cittadini stranieri di 18 anni ed oltre per Indice di Massa Corporea e genere. Valori percentuali - Anni 2011-2012



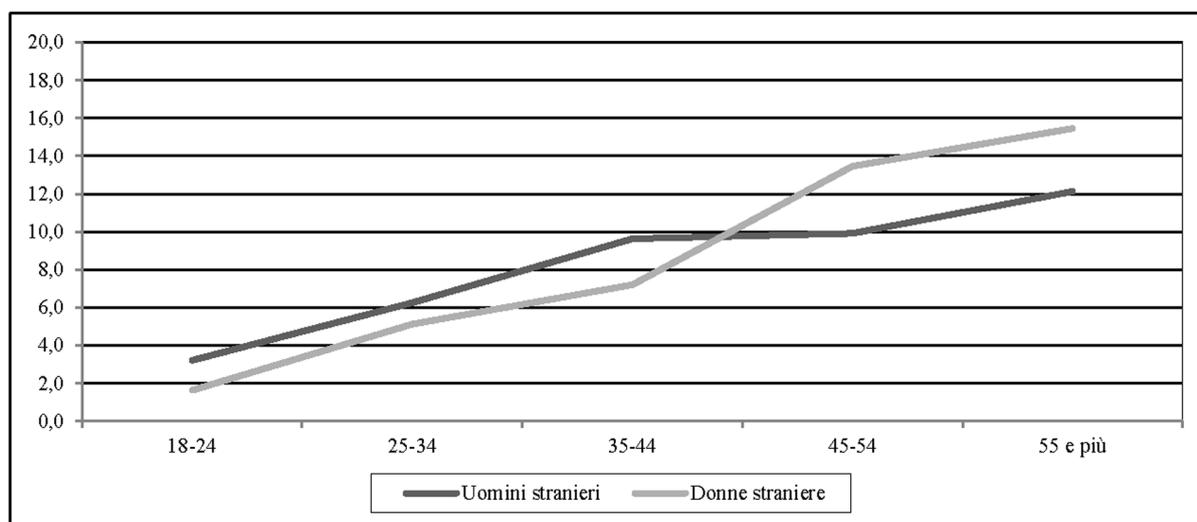
**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012.

**Grafico 2** - Persone di 18 anni ed oltre per Indice di Massa Corporea e cittadinanza. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012. Istat - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2012.

**Grafico 3** - Cittadini stranieri di 18 anni ed oltre in condizione di obesità per genere e classe di età. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012. Istat - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come per il fumo, anche l'IMC risulta variabile tra le diverse cittadinanze. Da qui, l'importanza di effettuare delle analisi per singola collettività potenzialmente portatrici di stili di vita differenti. Attraverso l'analisi di questi dati è così possibile mettere in campo delle strategie volte al contenimento di abitudini errate e dannose per le condizioni di salute che, oltre a rappresentare un aspetto fondamentale per la qualità della vita del sin-

golo cittadino, diventano centrali per il bene comune e rappresentano dei fattori determinanti per una buona condizione di salute della popolazione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012. Comunicato del 30 gennaio 2014.
- (2) Liguori G. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione. In: Rapporto Osservasalute 2013. Anno 2014.

## Consumo di bevande alcoliche tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Il consumo e, soprattutto, l'abuso di bevande alcoliche rappresentano uno dei principali fattori di rischio per le condizioni di salute. Il consumo di bevande alcoliche, se non moderato, può favorire lo sviluppo nel tempo di patologie alcol correlate.

L'analisi dei diversi indicatori presentati consente di mettere in luce la diffusione di questo fattore di rischio tra la popolazione straniera e tra le diverse collettività che compongono il complesso puzzle della popolazione straniera presente sul territorio italiano.

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani per consumo di bevande alcoliche

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre consumatori di bevande alcoliche nel corso dell'anno	x 100
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre	

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani per consumo giornaliero non moderato

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre che giornalmente consumano quantità di unità alcoliche superiori ai livelli raccomandati <sup>1</sup>	x 100
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani consumatori di bevande alcoliche nel corso dell'anno	

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani interessati da binge drinking

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre che consumano 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione	x 100
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani consumatori di bevande alcoliche nel corso dell'anno	

### Percentuale di cittadini stranieri/italiani per almeno un comportamento a rischio

Numeratore	Cittadini stranieri/italiani di 14 anni ed oltre che hanno un consumo giornaliero non moderato o hanno consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione <sup>2</sup>	x 100
Denominatore	Cittadini stranieri/italiani consumatori di bevande alcoliche nel corso dell'anno	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Gli indicatori presentati sulla popolazione straniera di 14 anni ed oltre sono stati calcolati a partire dai dati raccolti nell'Indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) su "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" (anni 2011-2012), mentre, per il confronto con la popolazione italiana, si è fatto riferimento all'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2012). Il confronto tra le popolazioni è fatto utilizzando i tassi standardizzati per età. I dati analizzati consentono di esplorare dettagliatamente i profili di consumo di bevande alcoliche adottati dalle diverse collettività dando, quindi, la possibilità di evidenziare i segmenti di popolazione maggiormente esposti a patologie

alcol correlate.

Gli indicatori proposti consentono di individuare la quota di persone di 14 anni ed oltre che, nel corso dell'anno, ha consumato almeno una bevanda alcolica. A partire da questa sottopopolazione, considerando congiuntamente le principali variabili strutturali (età, genere e cittadinanza) e le modalità di consumo di bevande alcoliche, è possibile costruire un *set* di indicatori in grado di evidenziare la presenza di profili di rischio per la salute associati al consumo non moderato di alcol. I dati disponibili consentono di calcolare tale *set* di indicatori per la popolazione straniera di 14 anni ed oltre, diversamente da quanto viene generalmente stimato per il complesso della popolazione residente per la quale le stesse

<sup>1</sup>Nella costruzione del numeratore dell'indicatore sono inclusi i seguenti aggregati: persone di 14-17 anni che dichiarano di aver consumato una qualsiasi quantità di bevanda alcolica; uomini di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente almeno 4 unità alcoliche; donne di 18-64 anni che dichiarano di aver consumato giornalmente almeno 3 unità alcoliche; persone di 65 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato giornalmente più di 1 unità alcolica.

<sup>2</sup>Per i ragazzi dai 14-15 anni sono inclusi come consumatori a rischio anche coloro che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche nell'anno.

informazioni sono riferite, di norma, alle persone dagli 11 anni ed oltre. Va segnalato che la tecnica di somministrazione del questionario, tramite intervista diretta, può portare ad una sottostima del fenomeno, in quanto la tematica affrontata potrebbe indurre a risposte socialmente desiderabili che potrebbero essere in parte distanti dai reali comportamenti assunti.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Il consumo di bevande alcoliche tra i cittadini stranieri, standardizzato per età, viene confrontato con quello dei cittadini italiani rilevato nell'Indagine Multiscopo Istat sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (Anno 2012). Inoltre, tra i cittadini stranieri di 14 anni ed oltre, che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, vengono analizzati i comportamenti a rischio per la salute scendendo nel dettaglio delle prime dieci collettività straniere, nell'ambito delle quali quelle con maggiore prevalenza di comportamenti a rischio nell'assunzione di alcolici sono confrontate con quelle che, al contrario, si caratterizzano per modalità di consumo di bevande alcoliche più moderate.

### Descrizione dei risultati

**Consumo di bevande alcoliche.** La quota di cittadini stranieri di 14 anni ed oltre che nel corso dell'anno consuma almeno una bevanda alcolica è pari al 56,2%. Come per l'abitudine al fumo, anche il consumo di bevande alcoliche tra gli stranieri interessa maggiormente gli uomini, che nel 65,7% dei casi consumano alcolici nell'anno rispetto al 47,9% delle donne. Nel complesso, l'attitudine al consumo di alcolici è meno diffusa tra gli stranieri rispetto agli italiani (per questi ultimi il 69,4% consuma bevande alcoliche nell'anno, precisamente l'82,1% degli uomini e il 57,5% delle donne). Scendendo nel dettaglio delle singole collettività, emergono atteggiamenti diversificati rispetto al consumo di alcol: le nazionalità dell'Est Europa fanno registrare percentuali superiori alla media di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, con valori più accentuati tra rumeni (71,8%) e ucraini (71,4%), seguiti da polacchi (69,2%), moldavi (68,3%) e albanesi (68,2%). Diversamente, le collettività che si caratterizzano per livelli più contenuti di consumatori sono quelle asiatiche, con circa la metà dei cinesi (52,3%) e dei filippini (52,3%) e un terzo degli indiani (33,9%). Seguono le collettività provenienti dall'area maghrebina, tra le quali consumano bevande alcoliche nell'anno circa un quarto dei tunisini (27,8%) e poco meno di un quinto di marocchini (19,5%). In alcune collettività la differenza di genere è particolarmente marcata, con quote di consumatori di bevande alcoliche più elevate tra gli uomini: è il caso degli indiani (il 51,3% degli uomini contro l'11,4% delle donne), dei tunisini (rispettivamente, il 39,1% degli uomini e l'8,2% delle donne) e dei marocchini (il 30,9% contro il 7,2%). Il divario si

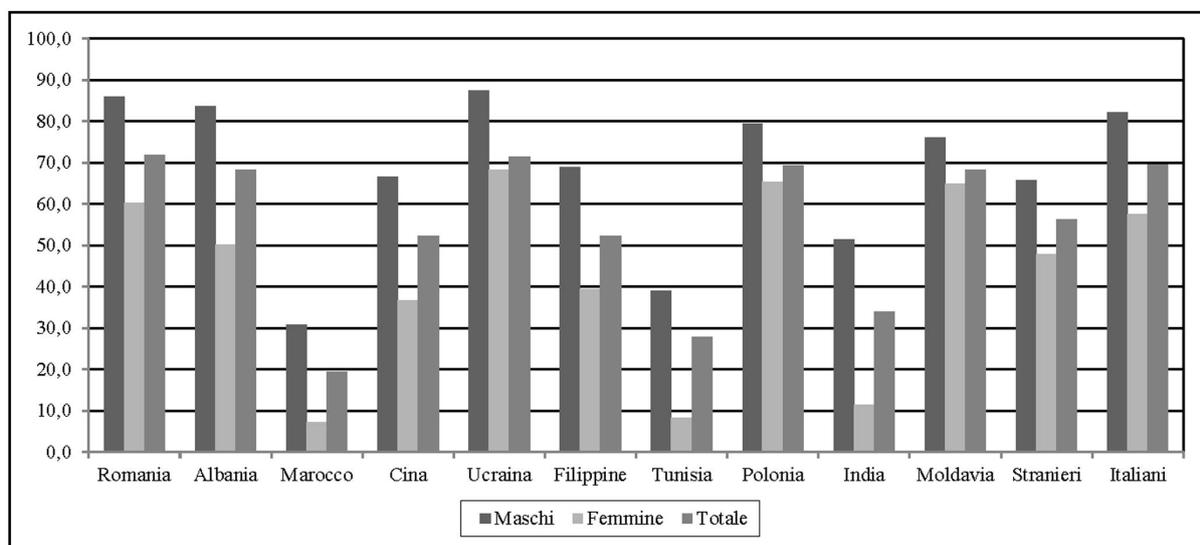
attenua tra i cittadini delle comunità dell'Europa dell'Est (Grafico 1).

**Comportamenti a rischio.** Se oltre la metà degli stranieri di 14 anni ed oltre ha dichiarato di aver consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno, la percentuale di chi ha avuto almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcolici, o per un consumo giornaliero di alcol non moderato o per aver consumato 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione, riguarda poco più di uno straniero ogni dieci (il 13,2%), analogamente alla popolazione italiana di pari età (12,4%) (Tabella 1). Tra gli stranieri di 14 anni ed oltre, la popolazione maschile ha abitudini di consumo di alcolici rischiose per la salute tre volte superiori a quelle delle donne (il 20,1% degli uomini ha almeno un comportamento a rischio rispetto al 7,1% delle donne). I consumatori stranieri a rischio si concentrano tra gli adulti di età compresa tra 25-44 anni (14,4%). Le collettività straniere per le quali, nell'anno, si registrano percentuali di consumatori di alcolici superiori sono quelle che presentano incidenze maggiori di persone su cui si osservano comportamenti a rischio: ha almeno un comportamento a rischio il 16,8% dei rumeni, il 15,8% dei polacchi e il 15,7% degli albanesi, a differenza di indiani e marocchini, tra i quali le quote di consumatori con almeno un comportamento a rischio sono assai più contenute (rispettivamente, il 5,4% ed il 4,4%).

Il consumo giornaliero non moderato di alcolici, invece, interessa il 5,4% della popolazione straniera di 14 anni ed oltre (valore superiore a quello degli italiani: 3,7%). Tale quota aumenta al crescere dell'età passando dal 2,2% dei 14-17enni all'8,2% delle persone di 55 anni ed oltre ed è più consistente tra gli uomini (il 9,1% degli uomini contro il 2,1% delle donne). Anche i livelli di questo indicatore segnalano rischi maggiori tra rumeni (8,8%), albanesi (l'8,3%) e polacchi (il 7,8%); quote minori si osservano tra filippini (3,8%), ucraini (3,6%) e tunisini (2,4%), seguiti da marocchini (1,1%) e indiani (0,7%).

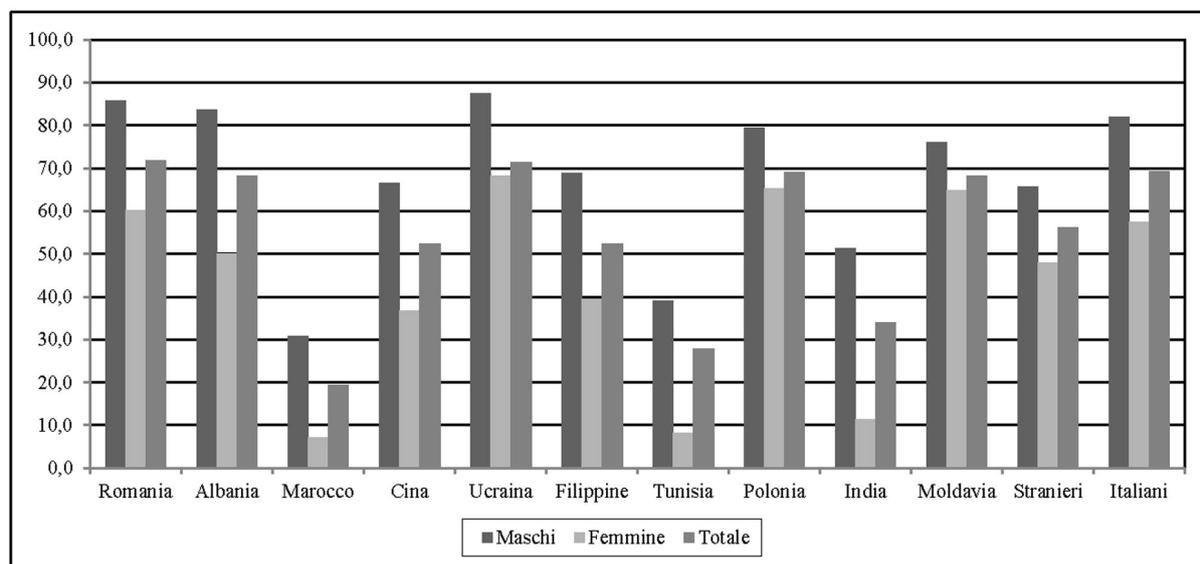
**Binge drinking.** È un fenomeno che coinvolge il 9,3% della popolazione straniera di 14 anni ed oltre, con una prevalenza nella classe di età 18-24 anni (11,7%). In particolare, per gli uomini in questa classe di età si raggiunge il picco del 17,8%, essendo anche questo un fenomeno prettamente maschile (nel complesso il 14,0% degli uomini ha dichiarato episodi di *binge drinking* rispetto al 5,3% delle donne). Anche se in maniera contenuta, episodi di consumo eccessivo di bevande alcoliche concentrato in singole occasioni si rilevano per tutte le collettività, con valori più contenuti per marocchini (3,7%) e indiani (4,8%), che mostrano valori di gran lunga inferiori alla media della popolazione straniera (Grafico 2).

**Grafico 1** - Cittadini stranieri di 14 anni ed oltre per consumo di bevande alcoliche per genere e cittadinanza. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012. Istat - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2012.

**Grafico 2** - Persone di 14 anni ed oltre per comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e cittadinanza. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anni 2011-2012. Istat - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2012.

**Tabella 1** - Persone di 14 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere, classe di età e cittadinanza. Dati standardizzati per 100 persone con le stesse caratteristiche - Anni 2011-2012

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Almeno un comportamento a rischio	Consumo giornaliero non moderato	Binge drinking	Almeno un comportamento a rischio	Consumo giornaliero non moderato	Binge drinking	Almeno un comportamento a rischio	Consumo giornaliero non moderato	Binge drinking
14-17	7,9	2,9	3,9	6,7	1,3	3,0	7,4	2,2	3,5
18-24	19,7	3,8	17,8	7,2	0,2	7,0	12,6	1,7	11,7
25-44	22,2	9,8	15,8	7,6	2,4	5,7	14,4	5,8	10,4
45-54	18,8	10,1	12,5	6,3	2,0	4,7	12,1	5,8	8,3
55 ed oltre	17,9	12,6	7,7	5,9	4,3	2,2	11,5	8,2	4,8
<b>Stranieri</b>	<b>20,1</b>	<b>9,1</b>	<b>14,0</b>	<b>7,1</b>	<b>2,1</b>	<b>5,3</b>	<b>13,2</b>	<b>5,4</b>	<b>9,3</b>
<b>Italiani</b>	<b>19,3</b>	<b>6,1</b>	<b>14,6</b>	<b>5,8</b>	<b>1,4</b>	<b>4,4</b>	<b>12,4</b>	<b>3,7</b>	<b>9,3</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012. Istat - Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2012.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le modalità di assunzione di bevande alcoliche differiscono tra le cittadinanze considerate. Pertanto, l'analisi per singola collettività consente di individuare i gruppi nazionali con stili di consumo di alcol più rischiosi per la salute. Attraverso l'analisi di questi dati è possibile mettere in campo delle strategie volte al contenimento di abitudini errate e dannose per le condizioni di salute e mirate a prevenire patologie alcol correlate attraverso la promozione di stili di vita orientati alla buona salute.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Comunicato del 9 aprile 2014.
- (2) Pelliccia A. Alcol e immigrazione. Uno sguardo transculturale. CNR, 2006.
- (3) Liguori G. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione. In Rapporto Osservasalute 2013. Anno 2014.
- (4) Scafato E, Ghirini S, Gandin C, et al. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2013. Anno 2014.

## AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Nonostante negli ultimi anni l'analisi epidemiologica abbia mostrato una riduzione costante dell'incidenza di AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Sindrome*) e HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) tra gli immigrati, in analogia con quanto evidenziato tra gli italiani, la condizione di straniero continua a destare allarme poiché rimane ancorata, nell'immaginario collettivo, al  *cliché*  dell'immigrato-untore (1). Per tale ragione è necessario continuare a monitorare l'epidemia di HIV in Italia, fornendo agli operatori sanitari e alla popolazione la misura effettiva della sua diffusione, onde evitare inutili suggestioni e facili banalizzazioni delle problematiche ad essa correlate. Gli indicatori utilizzati sono i tassi annuali di incidenza di AIDS e HIV tra gli stranieri residenti in Italia, di 18 anni ed oltre, specifici per genere.

In particolare, per l'AIDS il numeratore del tasso è calcolato utilizzando i dati del Registro Nazionale AIDS attivo presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2); tale registro permette di identificare le nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale in base alla cittadinanza dei pazienti. Il denominatore è costruito sui dati anagrafici relativi agli stranieri residenti in Italia: ai fini del calcolo è stata considerata la media tra la popolazione residen-

te al 1 gennaio dell'anno  $t$  e quella al 1 gennaio dell'anno  $t+1$  (3). Limitatamente al 2011 sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia (ottobre 2011) che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.

Per il periodo anteriore al 2006 erano stati pubblicati, in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non), considerando al denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi che mostriamo di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme ai tassi sui residenti, al fine di restituire una fotografia più completa dei trend temporali dal 1992 al 2011.

I dati per l'HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione (4), che nel corso degli anni ha incrementato la sua copertura territoriale passando dal 41,0% nel 2006 al 97,8% nel 2011 (5). I trend temporali coprono un arco di 6 anni, dal 2006 al 2011. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale.

### Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri

Numeratore	Nuovi casi di AIDS diagnosticati a cittadini stranieri residenti di 18 anni ed oltre	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera media residente di 18 anni ed oltre	

### Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri

Numeratore	Nuovi casi di HIV diagnosticati a cittadini stranieri residenti di 18 anni ed oltre	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera media residente di 18 anni ed oltre	

**Validità e limiti.** Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale (5). Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare correttamente la popolazione straniera per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata nel nostro Paese, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone irregolarmente soggiornanti che, invece, possono essere presenti nel registro. Inoltre, la scelta obbligata di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente (in assenza, dopo tale data, di stime attendibili sugli stranieri presenti) limita la possibilità di generalizzare i risultati a tutti gli immigrati presen-

ti in Italia.

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, la copertura geografica è aumentata rapidamente a partire dal 2006 perché il DM 31 marzo 2008 (4) prevedeva il recupero dei dati a partire da tale anno per avere una visione più estesa dell'epidemia da HIV in Italia (5). Tuttavia, la qualità e la completezza della rilevazione, soprattutto retrospettiva, potrebbero non essere uniformi nelle diverse aree territoriali.

**Valore di riferimento/Benchmark.** È utile confrontare i tassi di incidenza di AIDS e HIV tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani.

### Descrizione dei risultati

#### AIDS

Tra il 1992 e il 2011 sono stati diagnosticati in Italia circa 51.000 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui 5.395 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri. La percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 2,6% nel 1992 a oltre il 20% nel 2011.

Il Grafico 1 riporta il numero di nuove diagnosi per genere e anno di notifica. Si osserva come tra gli stranieri uomini, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, il numero si è pressoché stabilizzato, mantenendosi al di sotto dei 200 casi annui (a eccezione del 2008, anno in cui si sono registrati 212 casi). Tra le donne, invece, il numero di diagnosi è gradualmente cresciuto, raggiungendo nel 2010 il picco di 141 casi. Nello stesso periodo, però, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è aumentata di almeno dieci volte (6).

Il dato certamente più interessante è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza che a partire dal 1996 (anno in cui cominciano a essere disponibili le nuove terapie efficaci) risultano in costante diminuzione tra gli stranieri, sia uomini che donne (seppure in modo più attenuato), con trend che si confermano anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Occorre, infine, segnalare come, a fronte della diminuita incidenza di AIDS nel tempo, nel 2011 persiste ancora una importante differenza tra i tassi degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani, da quattro a die-

ci volte superiore: 9,1 e 2,7 (per 100.000) rispettivamente tra gli uomini; 5,3 e 0,5 (per 100.000) tra le donne.

#### HIV

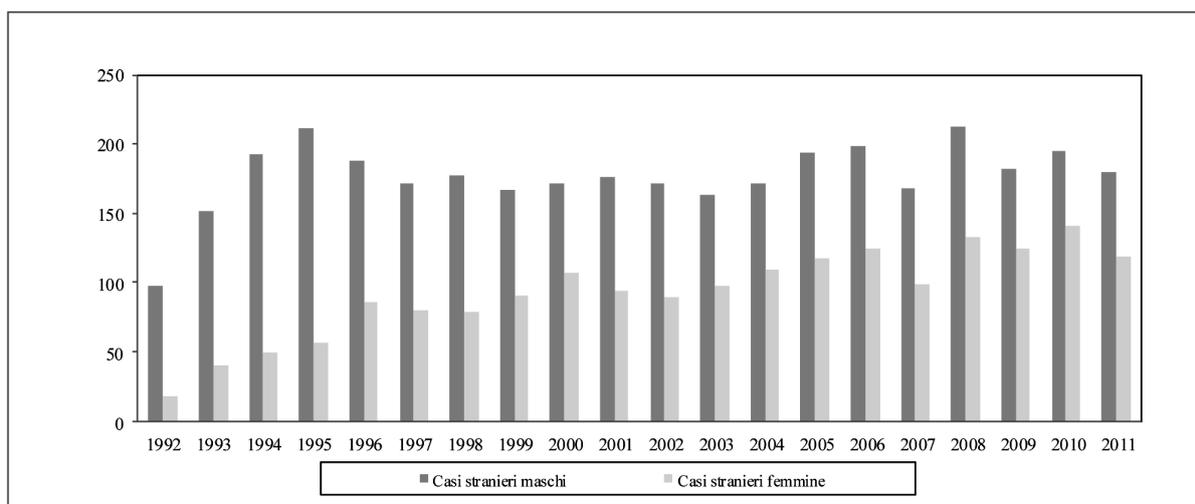
Tra il 1992 e il 2011 sono state registrate nel sistema di sorveglianza dell'ISS 35.035 nuove diagnosi di infezione da HIV tra i maggiorenni, di cui 9.195 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri.

Tra gli stranieri, sia uomini che donne, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi: in particolare per gli uomini i casi sono aumentati da 170 nel 1992 a 631 nel 2011, mentre per le donne sono passati da 69 nel 1992 a 500 nel 2011. Questo è in parte spiegato dall'aumento della copertura territoriale da parte del sistema di sorveglianza e, in parte, all'aumento della presenza straniera in Italia. Nello stesso periodo, infatti, la percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 15% al 30% circa.

I tassi di incidenza calcolati sui residenti a partire dal 2006 hanno fatto registrare una progressiva diminuzione, più accentuata nel primo periodo: da 55,9 a 39,6 (per 100.000) nel 2008 a 29,8 (per 100.000) nel 2011 (Grafico 3). Il tasso tra gli italiani si è però mantenuto nel 2011 al di sotto di 6,0 (per 100.000) (con un rischio relativo pari a 5,2).

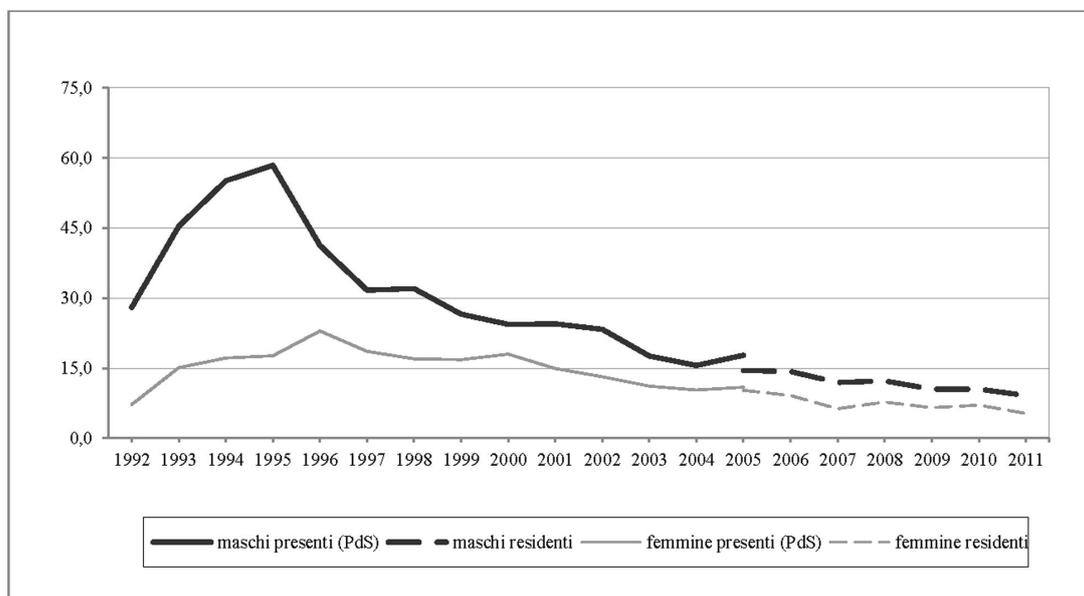
Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere con tassi nettamente più elevati tra i maschi, tanto per gli stranieri quanto per gli italiani (Grafico 4).

**Grafico 1** - Casi (valori assoluti) di AIDS nella popolazione straniera di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2011



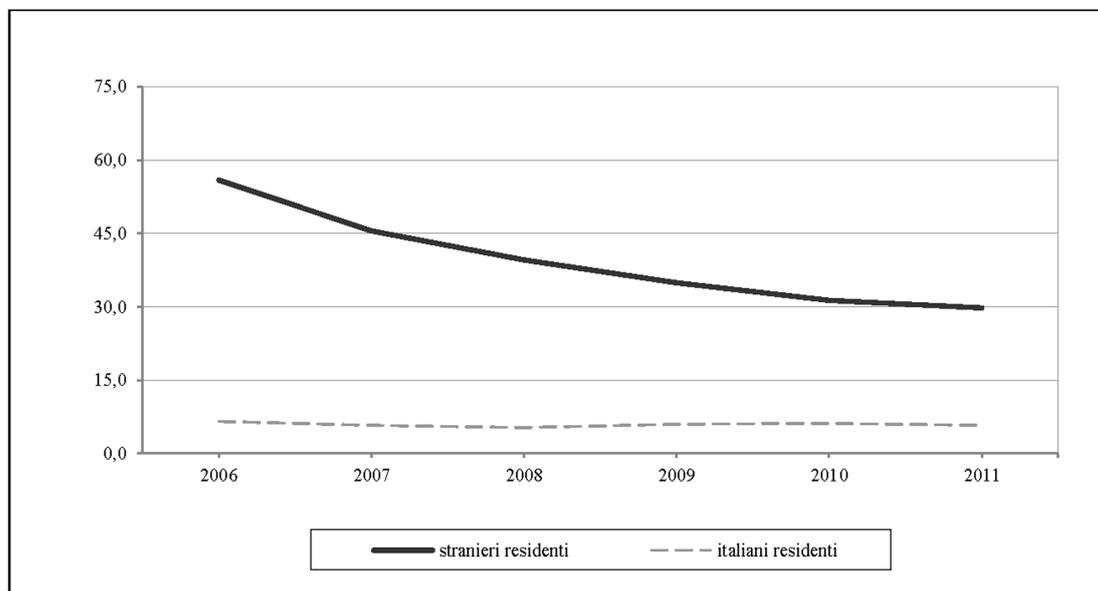
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

**Grafico 2** - Tasso (per 100.000) di incidenza di AIDS nella popolazione straniera di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2011



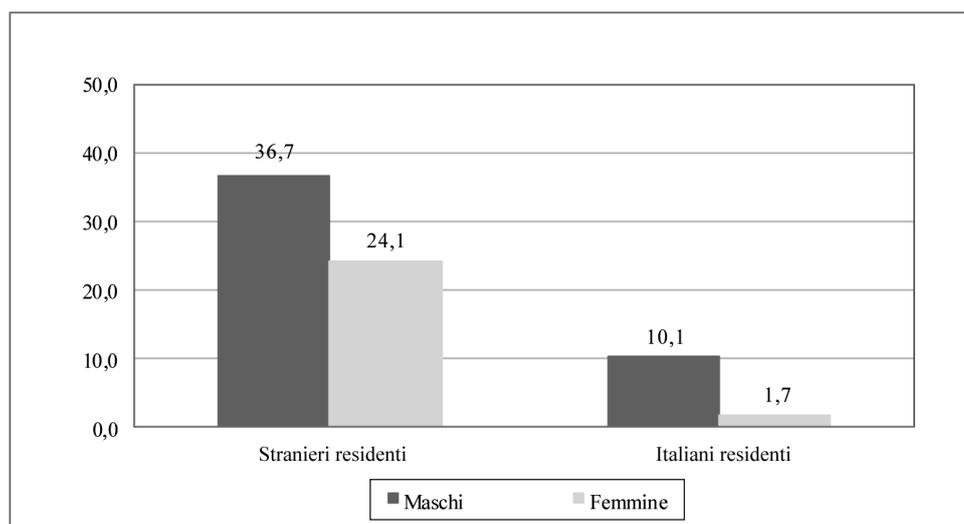
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

**Grafico 3** - Tasso (per 100.000) di incidenza di infezione da HIV nella popolazione straniera e italiana di età 18 anni ed oltre - Anni 2006-2011



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

**Grafico 4** - Tasso (per 100.000) di incidenza di infezione da HIV nella popolazione straniera e italiana di età 18 anni ed oltre per genere - Anno 2011



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi basata sui tassi di incidenza, e in particolare la ricostruzione dei trend temporali, conferma che l'incremento di nuove diagnosi di AIDS e HIV tra gli stranieri, sia in valore assoluto che in percentuale sul totale dei casi rilevati, non dipende da una recrudescenza dell'infezione, ma da una maggiore presenza di immigrati nel nostro Paese. Al contrario, si evidenzia una progressiva attenuazione del fenomeno che, almeno nel caso dell'AIDS, può essere attribuita alla possibilità di accesso alla terapia antiretrovirale altamente efficace, riconosciuta agli immigrati anche in condizioni di irregolarità giuridica. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dell'incidenza potrebbe, invece, essere legata a una crescente diffusione delle conoscenze sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di prevenzione e protezione individuale per effetto delle campagne informative realizzate a beneficio della popolazione generale. Inoltre, l'avvio tempestivo al trattamento dei pazienti con infezione o con malattia conclamata può aver contribuito a ridurre il rischio di contagio e la diffusione del virus in forma epidemica.

Nonostante i dati confortanti sulla riduzione dell'incidenza, non si può ignorare che la distanza tra gli immigrati e gli italiani continua a mantenersi elevata.

Questo dimostra che l'infezione da HIV e l'AIDS rimangono un'area critica per la salute della popolazione straniera. Occorrono, dunque, maggiori sforzi da parte degli operatori sanitari volti a garantire una più efficace azione preventiva, un accesso tempestivo al test diagnostico e una maggiore fruibilità dei percorsi di cura, con particolare riferimento al grado di adesione dei pazienti ai protocolli terapeutici.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) El-Hamad I, Scarcella C, Pezzolli M C, Scolari C, Geraci S. Untori o unti: focus su malattie infettive e migrazione. Studi Emigrazione, 2005: vol. XLII-157: 133-51.
- (2) Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia. Gazzetta Ufficiale n. 288 del 12 dicembre 1986.
- (3) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).
- (4) Decreto Ministeriale 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Gazzetta Ufficiale n.175 del 28 luglio 2008.
- (5) Camoni L, Boros S, Regine V, et al. Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2012. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2013; 26(9) – Suppl. 1. Disponibile sul sito: [http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Dicembre\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Dicembre_2013.pdf).
- (6) Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2012. XXII Rapporto. Roma: IDOS-Redazione Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2012.

## Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

**Significato.** La fonte dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di tubercolosi (TBC) in Italia è il sistema di notifica delle malattie infettive del

Ministero della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998), che rappresenta il flusso informativo ufficiale.

### Percentuale dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Denominatore} \quad \text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

### Frequenza dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

**Validità e limiti.** Lo studio si basa su dati provenienti da un sistema di notifica consolidato: questo è il suo principale punto di forza. Si sottolinea come, nell'attuale sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (fonte ufficiale dei dati), la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza, i casi di TBC in stranieri in realtà si riferiscono a persone nate all'estero.

Il calcolo del tasso di incidenza richiederebbe per il denominatore la disponibilità di dati sulla popolazione nata all'estero. Tale dato non è disponibile nelle fonti demografiche pubblicate annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), ma è disponibile solo per il Censimento 2011. L'unico modo per poter calcolare un indicatore in serie storica è utilizzare al denominatore la popolazione straniera residente in Italia (fonte Istat), costituita dalle persone residenti con cittadinanza non italiana. Pertanto, lo studio utilizza questo denominatore per il decennio 2003-2012. Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei. Pur nella consapevolezza che l'indicatore costruito in questo modo non è un vero tasso di incidenza si è ritenuto, comunque, importante fornire una misura in grado di dare indicazioni sul trend del fenomeno. Per l'anno 2011 la popolazione residente nata all'estero, secondo i dati del Censimento condotto dall'Istat, ammontava a circa 4,8 milioni, mentre la popolazione residente straniera nello stesso anno ammontava a circa 4 milioni. Pertanto il tasso di incidenza calcolato con il dato censuario, riferito allo stato di nascita, risulterebbe più basso di quello calcolato con la popolazione residente straniera.

Un secondo limite dell'indicatore deriva dal fatto che nel denominatore non è possibile includere i dati relativi ai non residenti "irregolari" e "temporaneamente

presenti" (con e senza permesso di soggiorno) che, al contrario, sono inclusi al numeratore.

Le frequenze calcolate devono essere considerate, pertanto, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sottonotifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC nelle persone nate all'estero può risultare sovradimensionato sia per l'assenza al denominatore delle persone non residenti sia per il fatto che la popolazione residente straniera risulta avere un ammontare più basso della popolazione residente nata all'estero.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore dell'indicatore calcolato per la popolazione totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i dati regionali sono confrontati con il dato nazionale al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

### Descrizione dei risultati

Il numero dei casi di TBC notificati in Italia, nel periodo 2003-2012, si è mantenuto pressoché stabile (circa 4.500 casi l'anno), ma con una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza in accordo con quanto già accaduto nel decennio precedente (da 9,5 casi per 100.000 abitanti nel 1995 a 7,6 casi per 100.000 nel 2012). La popolazione residente in Italia, nel periodo 2003-2012, è cresciuta di poco più del 4%, mentre la popolazione straniera residente, nello stesso periodo, ha subito un incremento pari a circa il 154%, con rilevanti differenze tra le regioni.

In Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all'estero è aumentato in modo significativo (Tabella 1), parallelamente all'incremento della loro numerosità: dal 2003 al 2012 la percentuale del numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passata da circa il 37% al 56% del

totale dei casi notificati. Dall'anno 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata per le persone nate in Italia (Grafico 1). Analizzando, però, la frequenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popo-

lazione residente straniera, si osserva un forte decremento con valori quasi dimezzati nell'arco del decennio di osservazione a fronte di una sostanziale stabilità dell'incidenza nel complesso della popolazione (Grafico 2).

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti) di tubercolosi in persone nate all'estero per regione - Anni 2003-2012

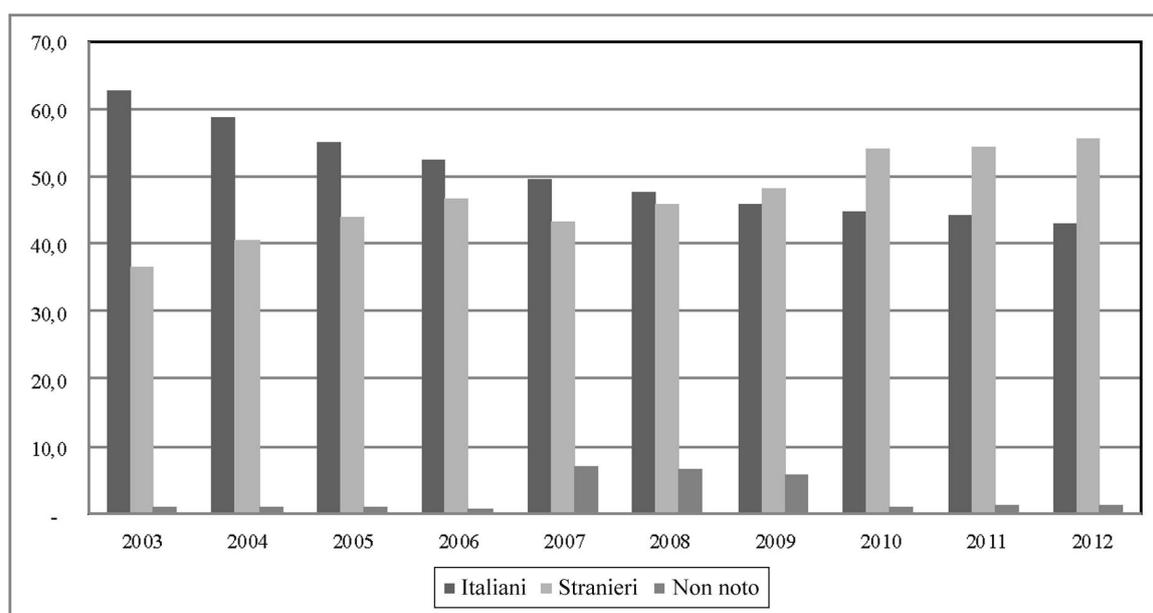
Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	148	169	177	207	152	203	239	237	242	222
Valle d'Aosta	6	2	0	1	3	1	0	0	0	-
Lombardia	400	387	473	585	589	723	619	695	640	530
Bolzano-Bozen	15	15	20	9	15	24	20	36	21	17
Trento	15	16	11	7	18	10	23	20	16	12
Veneto	216	250	205	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229
Friuli Venezia Giulia	19	19	18	13	29	27	39	35	40	38
Liguria	31	35	41	37	61	47	62	58	67	58
Emilia-Romagna	199	168	211	264	268	253	283	321	286	336
Toscana	163	166	144	171	170	182	196	225	192	181
Umbria	29	23	24	23	31	12	-	11	26	10
Marche	27	35	50	40	43	59	42	65	21	27
Lazio	253	292	329	332	396	345	335	375	422	393
Abruzzo	10	7	24	8	11	-	0	1	0	19
Molise	0	0	0	3	0	2	1	2	0	0
Campania	75	68	58	68	83	72	46	126	68	64
Puglia	16	22	22	25	36	34	47	43	64	58
Basilicata	2	2	1	1	6	1	-	3	2	3
Calabria	3	4	7	15	9	18	30	34	21	11
Sicilia	20	25	35	30	34	11	63	53	70	102
Sardegna	5	1	4	2	6	3	8	8	8	-
<b>Italia</b>	<b>1.652</b>	<b>1.706</b>	<b>1.854</b>	<b>2.108</b>	<b>1.960</b>	<b>2.027</b>	<b>2.053</b>	<b>2.575</b>	<b>2.444</b>	<b>2.310</b>

- = non disponibile.

n.i. = non indicato.

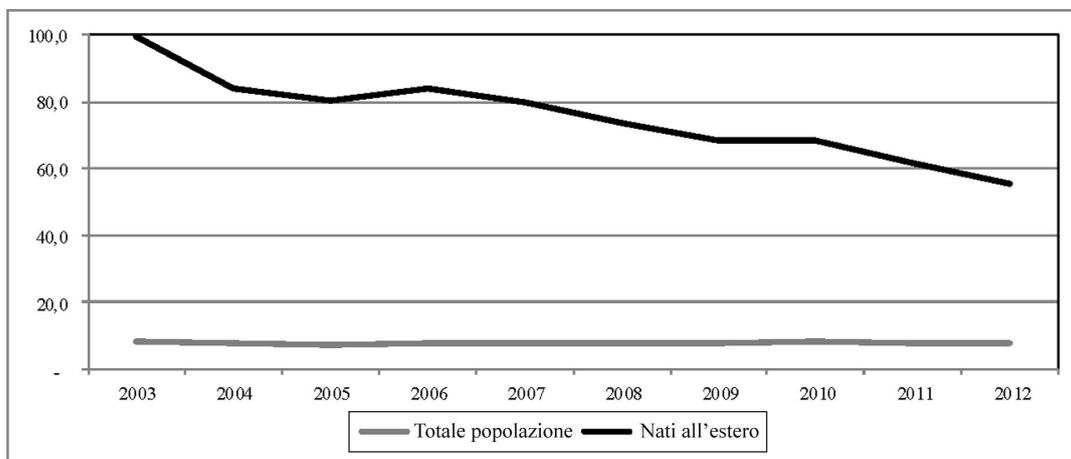
**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

**Grafico 1** - Percentuale di casi di tubercolosi: confronto tra nati in Italia e nati all'estero - Anni 2003-2012



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

**Grafico 2** - Frequenza (per 100.000) di casi di tubercolosi in persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2003-2012



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come negli altri Paesi dell'Europa occidentale, il fattore immigrazione ha un impatto non trascurabile sull'epidemiologia della TBC in Italia. Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC ed i dati disponibili siano tali da non destare particolari preoccupazioni, non si può ignorare che la componente attribuibile alla popolazione immigrata, pur non rappresentando di per sé un motivo di allarme sociale, è un aspetto da affrontare con modalità peculiari. Diversi studi dimostrano, infatti, che la trasmissione della malattia da immigrati alla popolazione residente sia un evento estremamente raro. Tuttavia, allo scopo di garantire ai pazienti un trattamento efficace, ridurre il rischio che altre persone, prevalentemente appartenenti alla stessa comunità, si possano infettare, e perseguire, contemporaneamente, il controllo della malattia riducendo il rischio di una potenziale recrudescenza nella popolazione generale, sono necessari interventi multipli e coordinati a tutti i livelli:

- implementando diagnosi e sorveglianza della TBC, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari che potrebbero rappresentare il primo contatto dei servizi con i pazienti con TBC, focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio con la chiara consapevolezza che

- chiunque può contrarre e sviluppare la TBC;
- migliorando il trattamento e la gestione dei casi e l'aderenza alla terapia, per ridurre gli esiti sfavorevoli, rendendo il sistema assistenziale più flessibile ed adattabile ad uno scenario demografico in evoluzione e ad una popolazione in continua mutazione, con esigenze culturali e bisogni specifici da conoscere, comprendere e a cui dare risposte;
- sostenendo l'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed altri Enti, pubblici, del privato sociale e del volontariato, allo scopo di favorire l'accoglienza e l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, innanzitutto attraverso l'informazione sui diritti/doveri e sui percorsi sanitari esistenti.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione generale della prevenzione - Ufficio V - Malattie infettive e profilassi internazionale. Sistema di notifica delle malattie infettive.
- (2) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- (3) Decreto Ministeriale 29 luglio 1998: Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale 15 dicembre 1990.
- (4) Istat. Popolazione residente straniera al 1 Gennaio. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>.
- (5) CARITAS - Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2009. Disponibile sul sito: <http://www.caritasitaliana.it/>.

## Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Le epatiti virali sono le malattie del fegato più diffuse e costituiscono, tuttora, un rilevante problema di Sanità Pubblica. Si tratta di processi infiammatori del fegato, causati da agenti eziologici diversi, fra i quali i più comuni sono i cosiddetti virus epatitici maggiori, ovvero i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta ed E (HEV). Più raramente, invece, l'epatite può essere causata da altri virus, definiti virus epatitici minori, che insieme alla malattia di base possono a volte causare un quadro di epatite di varia gravità: citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, virus Coxsackie ed herpesvirus.

Le epatiti virali presentano quadri clinici simili, ma differiscono nelle caratteristiche epidemiologiche, immunologiche e patologiche. La trasmissione di HAV e HEV avviene da persona a persona per via oro-fecale, mentre HBV, HCV e Delta si trasmettono per via parenterale (sessuale, perinatale, endovenosa, intradermica o intramuscolo). Il quadro clinico inizia bruscamente ed è spesso asintomatico. Se il decorso è senza complicazioni, i sintomi generali si attenuano gradatamente, con completa guarigione. Le epatiti B, C e Delta tendono, tuttavia, a cronicizzare. A sua volta l'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta così essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo. Tuttavia, i diversi virus presentano una diffusione geografica diversa: la loro frequenza varia, infatti, da Paese a Paese ed è principalmente correlata alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali. In Italia, la circolazione di HAV è progressivamente diminuita. Nel 2011, il tasso di incidenza è risultato di 0,7 (per 100.000/anno). Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto, con un'incidenza, nel 2011, pari a 1,0 (per 100.000/anno) e 0,3 (per 100.000/anno), rispettivamente (1). Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata, nel 2011, inferiore a 1,0 (per 1.000.000/anno) (2). Tuttavia, l'aumento della popolazione immigrata in Italia, ed in particolare la continua migrazione di individui da Paesi ad alta e intermedia endemia di epatite, rendono le attività di sorveglianza epidemiologica ancor più necessarie e interessanti allo scopo di studiare la diffusione di tali patologie tra gli stranieri presenti nel nostro Paese, identificare possibili aree di intervento e favorire interventi di prevenzione e assi-

stenza sanitaria per la loro tutela e nell'interesse della Sanità Pubblica. Alla rilevazione censuaria risultavano residenti in Italia 4.825.120 stranieri, pari all'8,1% della popolazione totale (3), cui si aggiunge una quota di irregolari stimata intorno al 6% (4); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (3).

In Italia, le epatiti sono comprese tra le malattie per cui è prevista la notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo). Tuttavia, al fine di approfondire gli aspetti epidemiologici associati alla malattia, dal 1985 è attivo il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) (5) che raccoglie le segnalazioni da una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL), distribuite su tutto il territorio nazionale, partecipanti su base volontaria. A partire dal 2004 il SEIEVA raccoglie routinariamente anche informazioni sulla cittadinanza del caso ed è, quindi, possibile analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di epatite virale acuta calcolato separatamente per le principali tipologie di infezione virale (A, B, C, NonA-NonC o sconosciuta). Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi segnalati nelle 10 regioni interamente "sorvegliate" dal SEIEVA (copertura del 100%): Valle D'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Per gli anni 2003-2009 sono stati utilizzati i dati di fonte anagrafica riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ . Per il 2011 sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011 che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)<sup>1</sup>.

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana relativa all'anno 2008 nelle regioni selezionate.

<sup>1</sup> Si considerano Paesi a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (a eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

### Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri

Numeratore	Nuovi casi di Epatite virale diagnosticati a cittadini stranieri	
Denominatore	Popolazione straniera media residente	x 100.000

**Validità e limiti.** La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che il sistema di sorveglianza SEIEVA fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da 30 anni, senza modifiche sostanziali: pertanto, fornisce una valutazione non distorta dei trend temporali nel corso degli anni. Inoltre, nonostante la copertura del SEIEVA non sia ancora completa e considerandone la natura volontaria, partecipano alla sorveglianza un'alta percentuale di ASL (circa il 79%), corrispondenti a circa il 76% della popolazione. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio che permette di ottenere stime consistenti (1).

Fra i punti di maggiore criticità, emerge la difficoltà di quantificare precisamente la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, segnalati al SEIEVA.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo 2004-2011 sono stati notificati al SEIEVA 8.641 casi di epatite virale acuta: il 14,6% (1.261 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è andata aumentando negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 20,6% nel 2011 (Tabella 1).

L'analisi dei casi di epatite virale acuta, in base alle diverse eziologie virali, evidenzia che la maggior parte di essi sono attribuibili ai virus A e B sia nella popolazione italiana che in quella straniera. La percentuale di stranieri tra i casi varia tra i diversi tipi di epatite; la percentuale più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC e di origine sconosciuta (24,8%), mentre sono, rispettivamente, il 13,1% ed il 15,6% i casi di epatite A e B diagnosticati in cittadini

stranieri.

La Tabella 2 riporta la distribuzione dei casi osservati tra cittadini stranieri per tipo di epatite e per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica di provenienza, genere ed età. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati tra gli stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (97,0%), mentre solamente 38 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai PSA, 28 di questi casi erano epatiti acute A. Relativamente all'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (41,2%) e dell'Africa (29,4%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C provenivano dall'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (6). La principale provenienza dei casi di epatite A era l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota, circa il 50% proveniva dall'Asia.

Le distribuzioni per genere ed età sono quelle attese in base alle caratteristiche epidemiologiche dell'epatite virale acuta e alle caratteristiche demografiche degli stranieri presenti in Italia. Si ha una prevalenza di casi di genere maschile (meno accentuata, però, rispetto ai casi di nazionalità italiana) e un'età tendenzialmente più giovane di quella registrata tra i casi italiani.

Una informazione interessante in questo ambito è quella relativa agli anni di presenza in Italia. Questa informazione, purtroppo, è presente nel *database* SEIEVA solamente dal 2009 ed, inoltre, il dato è spesso mancante. Dei 160 casi per i quali è nota l'informazione, oltre l'86% erano presenti in Italia da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia. Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati riscontrati tra i cittadini italiani e quelli provenienti dai PFPM. Sono, invece, esclusi da questo confronto i casi riferiti a soggetti provenienti dai PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità dei numeri.

### Epatite A

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 3.855 casi di epatite A acuta; di questi, 505 (13,1%) erano a carico di stranieri (Tabella 1). Quasi la metà di questi casi (48,5%) proveniva dall'Africa (Tabella 2), in particolare 204 casi erano

di origine marocchina. Ventotto casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai PSA e costituiscono circa il 74% dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo.

Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza 2004-2011 tra cittadini italiani e stranieri provenienti dai PFPM. Durante tutto il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri sono stati più alti di quelli registrati tra gli italiani, anche se la differenza osservata non è molto grande (se si esclude il 2006) ed è andata, comunque, diminuendo: nel 2011 il tasso standardizzato di incidenza tra gli stranieri è stato 1,4 (per 100.000) e tra gli italiani 0,7 (per 100.000).

#### *Epatite B*

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 3.298 casi, di questi il 15,6% (516 casi) in cittadini stranieri (Tabella 1). Il 57,2% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare 143 casi dalla Romania e 47 dall'Albania. Trentuno dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina.

Il Grafico 2 mostra differenze rilevanti nei tassi di incidenza, almeno fino al 2008, con valori fino a quattro volte più elevati negli stranieri dei PFPM rispetto agli italiani. Dal 2009 in poi questa differenza è andata diminuendo tanto che, nel 2011, i tassi standardizzati di incidenza sono stati 1,0 (per 100.000) tra gli italiani e 1,4 (per 100.000) tra gli stranieri provenienti dai PFPM.

È possibile avanzare alcune ipotesi per spiegare tale andamento legate, prevalentemente, alla strategia vaccinale contro l'epatite B. L'Italia, infatti, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991, in anticipo rispetto a molti Paesi, e secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. In tal modo, nell'arco dei primi 12 anni dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria, sono state coperte 24 coorti di nascita. Attualmente, tutta la popolazione di età <34 anni è stata immunizzata: ciò spiega perché il calo più rilevante tra gli italiani si sia verificato prima del 2004 (1). Inoltre, la strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto un'importante immunità di gregge (*herd immunity*) per cui anche gli individui non venuti in contatto con il patogeno vengono protetti interrompendo la catena di infezione.

Al contrario, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione e la strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere condizionato l'andamento della malattia fra gli immigrati. Tuttavia, un certo numero di stranieri che si trova nel nostro Paese dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Si tratta, però, di ipotesi che vanno trattate con cautela.

Un altro evento che può aver favorito la diminuzione del rischio di contrarre l'epatite B tra gli stranieri è costituito dal fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea. Questo ha fatto sì che un gran numero di migranti provenienti da questi Paesi sia entrato in Italia negli anni successivi. Probabilmente, questo flusso ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti (in Romania la vaccinazione dei nuovi nati è stata introdotta nel 1995).

Al di là dei reali motivi del calo di incidenza tra gli stranieri, analizzando il Grafico 2 si può concludere che le strategie preventive messe in atto hanno avuto risultati positivi, tanto che l'incidenza di epatite B acuta negli stranieri sta diminuendo e si sta avvicinando all'incidenza osservata nei cittadini italiani.

#### *Epatite C*

Nel periodo 2004-2011 sono stati 739 i casi di epatite C acuta notificati al SEIEVA, di questi 54 (7,3%) riguardavano stranieri (Tabella 1). Il 53,7% dei casi in stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), mentre il 27,8% (15 casi) proveniva dall'Africa: le nazioni più rappresentate sono state la Romania ed il Marocco con 11 casi per ciascun Paese.

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è analoga alla percentuale di stranieri residenti in Italia, indice del fatto che, in base a questo primo dato, gli stranieri residenti nel nostro Paese non sembrano maggiormente a rischio degli italiani di contrarre l'epatite C.

Un confronto più approfondito è fornito dal Grafico 3 che contiene il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati relativi all'epatite acuta C. Dal 2004 al 2007 le due curve sono quasi sovrapposte (con i tassi standardizzati tra gli stranieri leggermente più alti di quelli tra gli italiani). Negli anni successivi si osserva un andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri. Questo è, probabilmente, attribuibile al fatto che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è, comunque, basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili. Dai dati disponibili non sembra che, nel periodo considerato, ci sia un significativo eccesso di rischio di contrarre l'epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.

#### *Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta*

Dal 2004 al 2011, sono state notificate 186 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, in cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo, non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili ad HEV risultano un numero rilevante (pari al 21,0%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti di provenienza dal Sud-Est

asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia da HEV al mondo (Tabella 3). Considerato che pochi centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per il virus dell'epatite E, è verosimile una sottostima del numero di casi attribuibili a questo virus e che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute, possano essere casi di epatite E

acuta. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati avvalorata questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 19 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India o Pakistan. Nel periodo considerato sono state, inoltre, segnalati 9 casi di epatite acuta di tipo Delta, 8 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Moldavia, Romania e Albania).

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite - Anni 2004-2011

Anni	Epatite A N (%)	Epatite B N (%)	Epatite C N (%)	Epatite NonA-NonC N (%)	Totale casi N (%)
2004	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	8/114 (7,0)	24/117 (20,5)	147/1.352 (10,9)
2005	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)	120/933 (12,9)
2006	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)	195/1.089 (17,9)
2007	55/347 (15,9)	85/485 (17,5)	6/102 (5,9)	22/96 (22,9)	168/1.030 (16,3)
2008	71/742 (9,6)	68/451 (15,1)	6/74 (8,1)	22/102 (21,6)	167/1.369 (12,2)
2009	83/751 (11,0)	52/389 (13,4)	8/83 (9,6)	20/76 (26,3)	163/1.299 (12,6)
2010	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/76 (6,6)	18/53 (34,0)	148/826 (17,9)
2011	58/244 (23,8)	31/333 (18,3)	10/88 (11,4)	24/78 (30,8)	153/743 (20,6)
<b>Totale</b>	<b>505/3.855 (13,1)</b>	<b>516/3.298 (15,6)</b>	<b>54/739 (7,3)</b>	<b>186/749 (24,8)</b>	<b>1.261/8.641 (14,6)</b>

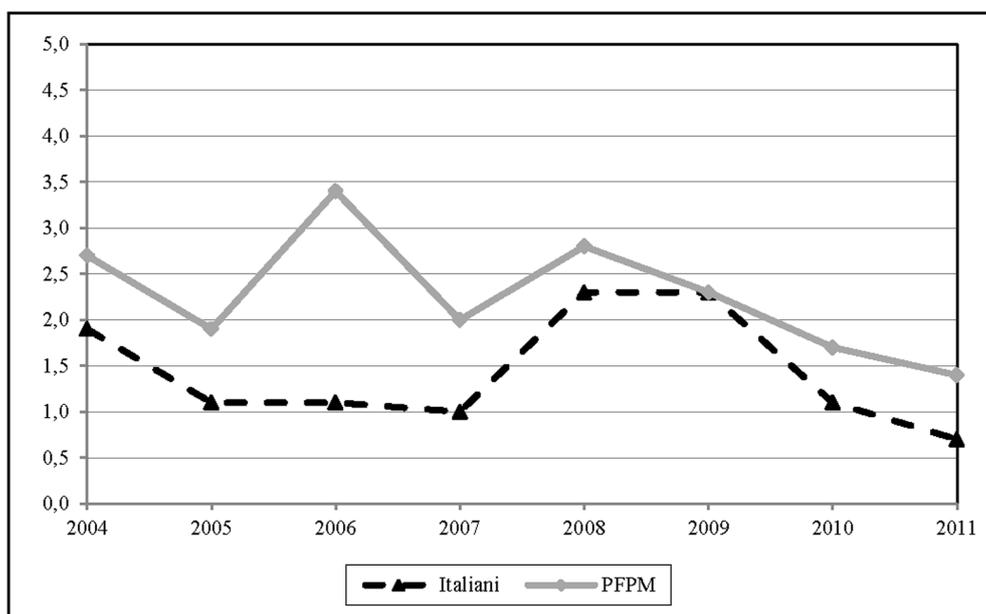
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

**Tabella 2** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite, area di provenienza, genere e classe di età - Anni 2004-2011

Aree di provenienza	Epatite A N (%)	Epatite B N (%)	Epatite C N (%)	Epatite NonA-NonC N (%)	Totale casi N (%)
<b>Livello di sviluppo</b>					
PFPMP	477 (94,5)	508 (98,5)	53 (98,2)	185 (99,5)	1.223 (97,0)
PSA	28 (5,5)	8 (1,5)	1 (1,8)	1 (0,5)	38 (3,0)
<b>Area geografica</b>					
Africa	245 (48,5)	91 (17,6)	15 (27,8)	20 (10,7)	371 (29,4)
America centro-meridionale	43 (8,5)	50 (9,7)	4 (7,4)	9 (4,8)	106 (8,4)
Asia	60 (11,9)	73 (14,1)	5 (9,3)	93 (50,0)	231 (18,3)
Europa dell'Est	133 (26,3)	295 (57,2)	29 (53,7)	63 (33,9)	520 (41,2)
Europa occidentale	21 (4,2)	6 (1,2)	1 (1,8)	0 (0,0)	28 (2,2)
Nord America	2 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	3 (0,2)
Oceania	<b>1 (0,2)</b>	<b>1 (0,2)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>0 (0,0)</b>	<b>2 (0,2)</b>
<b>Genere</b>					
Maschi	284 (56,2)	328 (63,6)	34 (63,0)	138 (74,2)	784 (62,2)
Femmine	221 (43,8)	188 (36,4)	20 (37,0)	48 (25,8)	477 (37,8)
<b>Classi di età</b>					
0-14	315 (62,4)	9 (1,7)	2 (3,7)	14 (7,5)	340 (27,0)
15-24	74 (14,6)	134 (26,0)	13 (24,1)	40 (21,5)	261 (20,7)
25-34	53 (10,5)	212 (41,1)	20 (37,0)	74 (39,8)	359 (28,5)
35-54	60 (11,9)	153 (29,6)	16 (29,6)	52 (28,0)	281 (22,3)
≥55	3 (0,6)	8 (1,6)	3 (5,6)	6 (3,2)	20 (1,6)
<b>Totale</b>	<b>505 (100)</b>	<b>516 (100)</b>	<b>54 (100)</b>	<b>186 (100)</b>	<b>1.261 (100)</b>

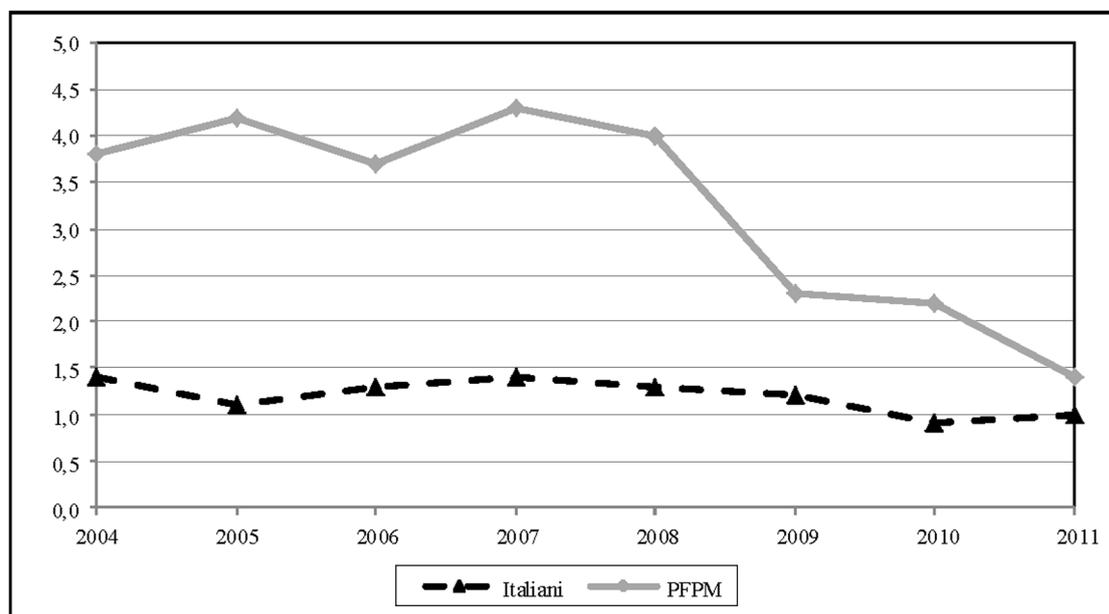
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2011



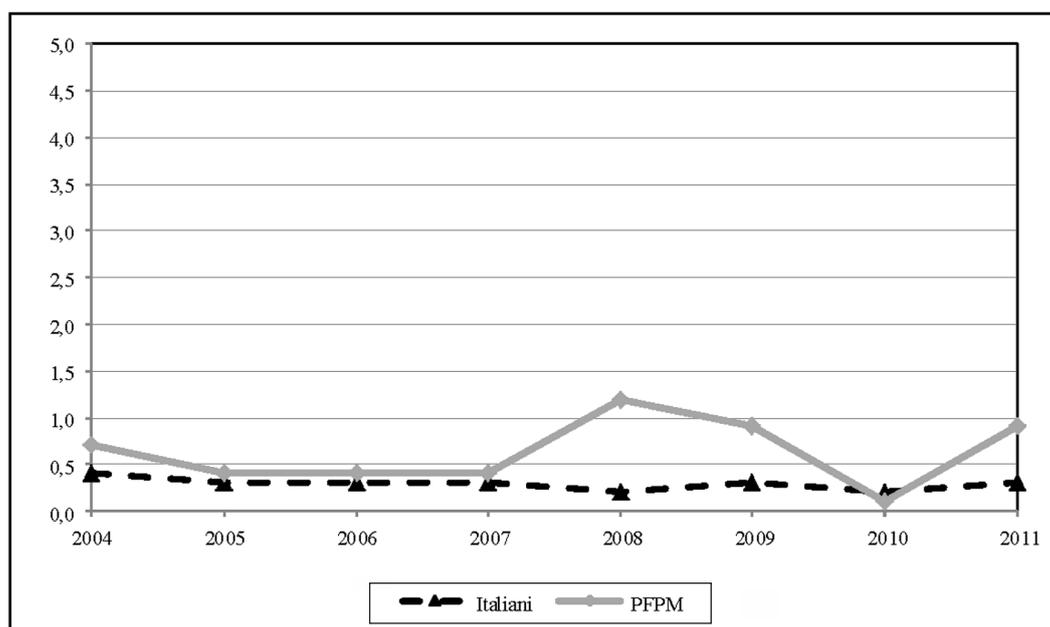
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2011



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2011



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

**Tabella 3** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per area di provenienza ed agente eziologico - Anni 2004-2011

Agente eziologico	N (%)	Area di provenienza (N)
Delta	9 (4,8)	Europa dell'Est (8), Africa (1)
E	39 (21,0)	Asia (37 - Bangladesh, India e Pakistan), Africa e America centro-meridionale (1)
NonA-NonC*	49 (26,3)	Asia (24), Europa dell'est (17), Africa e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	7 (3,8)	Africa (4), Asia (3)
Sconosciuta	82 (44,1)	Europa dell'Est (38), Asia (29), Africa (10), America centro-meridionale (4), Nord-America (1)
<b>Totale</b>	<b>186 (100)</b>	

\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta e HCV e non testati per rilevare la presenza di anticorpi anti-HEV e anti-Delta.

\*\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta, HCV e HEV.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata positivamente negli ultimi anni, con un trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite seppure con modalità diverse. Infatti, per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, mentre per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici verificatisi negli ultimi decenni. Nel nostro Paese, la malattia acuta del fegato rimane un importante problema per la Sanità Pubblica e si pone la questione se i crescenti flussi migratori di soggetti provenienti da aree a endemia medio-alta per virus dell'epatite, soprattutto per le epatiti B e C, possano modificare l'attuale quadro epidemiologico italiano.

In base ai dati disponibili, attualmente circa l'8% della popolazione residente italiana è rappresentata da

cittadini stranieri (3). Tuttavia, i dati a disposizione non ci permettono di definire con precisione il numero di immigrati presenti in Italia per cui tali dati rappresentano una sottostima del fenomeno migratorio, dal momento che non tengono conto della quota di immigrazione non rilevata ufficialmente e/o non residente. Questa possibile sottostima della popolazione immigrata presente nel nostro Paese si traduce in una possibile sovrastima dei tassi di incidenza e, quindi, le differenze osservate tra italiani e stranieri potrebbero essere, nella realtà, un po' inferiori.

L'analisi ha evidenziato come un eccesso di rischio tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai PFPM) sia presente soprattutto per l'epatite B, mentre non sembrano esserci differenze significative tra italiani e stranieri residenti per quanto riguarda le epatiti A e C.

Tuttavia, trarre conclusioni sulla relazione fra epatiti virali e popolazione migrante in Italia è complesso poiché i *pattern* e i trend variano da malattia a malattia e dipendono anche da fattori e dinamiche di tipo sociale. A fronte di questa situazione e a partire dai dati epidemiologici a nostra disposizione, si ritiene necessario rafforzare il sistema di sorveglianza, in particolare la raccolta di dati su cittadinanza, Paese di provenienza e tempo di permanenza in Italia, informazione quest'ultima molto utile per comprendere se l'infezione sia stata acquisita nel nostro Paese o all'estero.

Dati i molti fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti (bassa adesione alle vaccinazioni per scarsa compliance legata alla poca conoscenza dei diritti e dei percorsi di accesso ai servizi, differenti ambiti culturali di provenienza e diffidenza nei confronti dei servizi di prevenzione), appare essenziale garantire alle popolazioni migranti presenti nel Paese livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, in particolare rafforzando l'offerta attiva della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati non immuni e della vaccinazione anti-epatite A ai viaggiatori internazionali e migranti che si recano in aree endemiche. È, inoltre, importante che

tali soggetti, che periodicamente rientrano nelle terre di origine, siano informati delle misure preventive atte a evitare l'infezione.

Al fine di supportare indirizzi normativi e fornire il razionale per formulare piani sanitari, è anche necessario produrre maggiori evidenze scientifiche per approfondire ciò che non è possibile rilevare routinariamente, attraverso studi di sieroprevalenza, monitoraggio microbiologico dei ceppi circolanti, studi di farmaco-economia sull'impatto di malattia e vaccino e indagini *ad hoc*.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2013. Disponibile sul sito: [http://www.iss.it/binary/seie/cont/Tassi\\_complessivi\\_2013.pdf](http://www.iss.it/binary/seie/cont/Tassi_complessivi_2013.pdf).
- (2) Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta-SEIEVA, dato non pubblicato.
- (3) Istat. Demografia in cifre. Disponibile sul sito: <http://www.demo.istat.it/>.
- (4) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. FrancoAngeli, 2012.
- (5) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *Eur J Epidemiol* 1986; 2 (4): 300-304.
- (6) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>.

## Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Per l'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri residenti in Italia, sono stati costruiti tassi di mortalità standardizzati per tutte le età oltre il primo anno di vita ed isolatamente per la classe di età 18-64 anni, disaggregati per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità, indicatore ampiamente utilizzato in letteratura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di

salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

### Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\*

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia oltre il primo anno di vita e di 18-64 anni}} \times 10.000$$

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'indagine su "Decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte mediante la "scheda di morte" (Istat D.4 e D.4 bis). Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in 1 anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre ad altre caratteristiche. Per le elaborazioni dei tassi di mortalità è stata considerata la sola popolazione straniera residente in Italia: solo per questo universo si dispone dei corretti denominatori per il calcolo dei tassi. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese. A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare stime della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e singolo Paese di provenienza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico Progetto e prodotte per il periodo 2003-2010. I dati per l'anno 2011 sono stati estratti dal Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, in particolare dalla distribuzione della popolazione straniera residente per genere, età

e cittadinanza.

La popolazione straniera residente al Censimento 2011, consultabile sul *Datawarehouse* dell'Istat su Censimento della Popolazione e Abitazioni, è disponibile per classi di età quinquennali da 0-4 anni fino a 75 anni ed oltre e per i minorenni fino a 17 anni di età. Per il calcolo dei tassi standardizzati e specifici di mortalità per gli stranieri residenti oltre il primo anno di vita è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione sopra citata, applicando un riproporzionamento per la prima classe di età disponibile 0-4 anni, scorpendo l'ammontare degli individui nel primo anno di vita. La proporzione di individui di 0 anni per singola cittadinanza è stata ricavata dalla corrispondente popolazione straniera residente disponibile per il 2010. L'ammontare degli individui stranieri residenti in Italia nella fascia di età 18-24 anni, invece, è stata calcolata sottraendo al totale di 0-24 anni il contingente fino a 17 anni di età. Per il calcolo della popolazione italiana al Censimento 2011, infine, per le fasce di età 1-4 anni e 18-24 anni, non direttamente fornite, è stato effettuato un riproporzionamento a partire dalla distribuzione per età registrata per l'anno 2010.

L'esigenza di elaborare stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce, principalmente, a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea, prima a 25 Paesi nel 2004, successivamente a 27 Paesi nel 2007 e a 28 nel 2013. Dopo l'inclusione dei nuovi 13 Paesi, allargamento completato nel gennaio 2007, con l'inclusione dei primi 12 Paesi e nel 2013 con l'ultima annessione della Croazia, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari e utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.

Prima della diffusione delle stime sopra citate e della

disponibilità dei dati censuari, si poteva contare esclusivamente su alcune fonti, da combinare per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di origine (bilancio demografico), la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per genere e Paese di cittadinanza, e i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'Anagrafe del Comune di dimora abituale. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenti.

È opportuno segnalare che il numero di cittadini stranieri deceduti in Italia, desunto dall'Indagine Istat su "Decessi e cause di morte", include solo i casi per i quali era indicata la condizione di cittadinanza straniera: sono esclusi i decessi per i quali non era riportata la cittadinanza (straniera o italiana).

Per una corretta interpretazione dei risultati si sottolinea, infine, l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del migrante sano; il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante.

Nell'insieme emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori; proprio per tale ragione alcune analisi sono state limitate ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, classe di età per la quale la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine, per motivi di salute, è più bassa.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale ed il dato italiano per i tassi complessivi, tra genere e aree di cittadinanza considerando i tassi per gruppi di cause.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2011, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 79.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua<sup>1</sup> del +8,4% per i residenti, del +3,9% per i non residenti e del +6,4% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,3% tra i residenti, +7,5% tra i non residenti e +10,4% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2011, si sono verificati 6.493 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 4.287 residenti e 2.206 non residenti. Di questi la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 5.084 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 3.535 residenti e 1.549 non residenti.

La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2011, in costante aumento, è pari al 66,02% e al 33,98% per i non residenti). Tale cambiamento è sicuramente spiegato dall'allargamento dell'Unione Europea (UE), avvenuto nel 2004 con l'entrata di dieci nuovi Paesi e nel 2007 di Romania e Bulgaria e alla conseguente emigrazione verso l'Italia. Nel 2013, infine, anche la Croazia, non inclusa nell'UE per i dati analizzati (2011), è entrata a farne parte (UE-28).

L'allargamento dell'UE e l'ingresso dei 12 Paesi candidati ha dato origine a un effetto moltiplicatore, favorendo un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti e provocando nell'ambito di quest'ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori al valore nazionale sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), caratterizzati da una struttura per età

<sup>1</sup>La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2011 è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[19]{(M_{2011}/M_{1992})}-1 \cdot 100$

più anziana, ed a quelli degli stranieri non residenti dei PFPM che vivono in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza anche nel 2011 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2011, in particolare per la PA di Bolzano, la Puglia e la Campania, ma anche per Friuli Venezia Giulia, Lazio, Basilicata, Sardegna e Calabria, con tassi compresi tra 21,1 e 17,7 (per 10.000); i valori più bassi si registrano, invece, nella PA di Trento, in Umbria, in Lombardia ed in Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 11,8 e 13,7 per 10.000), (Tabella 2). Questa situazione è sicuramente connessa alla geografia dell'immigrazione in Italia e a quella del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri.

Gli uomini, per i quali il numero dei morti pesa per circa il 58% sul totale dei decessi della popolazione immigrata residente, presentano valori dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (20,1 decessi per 10.000), nella PA di Bolzano (27,8 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (26,1 per 10.000), Calabria (24,1 per 10.000), Puglia (23,2 per 10.000), Abruzzo e Molise (23,2 per 10.000), Lazio (23,1 per 10.000), Campania (23,0 per 10.000), Liguria (21,4 per 10.000), Veneto (21,0 per 10.000) e Piemonte e Valle d'Aosta (20,6 per 10.000). Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 12,7 decessi (per 10.000). Per il contingente femminile si registrano livelli più alti in Sardegna (20,6 per 10.000), Basilicata (20,2 per 10.000), Campania (18,0 per 10.000), Puglia (17,9 per 10.000), Lazio (15,9 per 10.000), PA di Bolzano (15,6 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (14,1 per 10.000), Calabria (13,4 per 10.000) e Sicilia (13,1 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. La popolazione utilizzata al denominatore è desunta, per il 2011, dal Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011 e della Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di provenienza. Per gli anni 2005-2009 è stata utilizzata la popolazione media straniera residente da fonte anagrafica e stato civile, mentre per l'anno 2010 la popolazione straniera residente media è stata ottenuta calcolando la media aritmetica tra la popolazione straniera residente da fonte anagrafica e stato civile al 1 gennaio 2010 e la Popolazione straniera residente al Censimento 2011

(Tabelle 3 e 4).

Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2011, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. Il calcolo dell'ammontare della Popolazione residente dei soli italiani è stato rielaborato, sottraendo dalle poste della Popolazione totale residente in Italia l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo dei Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza.

Il confronto tra gli anni del periodo 2005-2011 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PFPM sono nel complesso caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità, tra il 2005 e il 2008, e da una stabilità, invece, tra il 2009 e il 2011. La variazione percentuale media annua tra il 2005 e il 2011 risulta pari, nel complesso, a -3,6%. Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un aumento del livello del tasso nel 2005 e 2006, da una diminuzione tra il 2007 e il 2009 e da una ripresa all'aumento nel 2010 e 2011. Anche i PSA presentano un andamento oscillatorio del valore dei tassi, con livello elevato, in particolare nel 2011. Molto probabilmente tale situazione è dovuta anche ai valori esigui del numero di decessi per individui appartenenti a questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2005-2011 (-2,4%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo 2005-2011, si registra una variazione percentuale media annua negativa, a sottolineare una diminuzione dei livelli dei tassi, con riferimento alle straniere solamente per i PFPM (-1,9%). Per i PSA e per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registra, invece, un aumento dei tassi di mortalità, più contenuto per i PSA (+0,2%) e più elevato per i Paesi di nuova adesione (+4,8%). Per le italiane si registra una diminuzione consistente, pari a -1,1%. Analizzando i RR, calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, sia per gli uomini che per le donne, per tutto il periodo considerato (2005-2011) e per le diverse aree di cittadinanza siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale indicatore, infatti, è pari, per gli uomini e per tutto il periodo, a 0,7 (per 10.000) per i PFPM e compreso tra 0,8 e 0,4 (per 10.000) per i PSA. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, il RR, per gli uomini, assume valori più fluttuanti nel tempo, con picchi di 1,1 (per 10.000) nel 2005 e 1,3 (per 10.000) nel 2011. Tale fenomeno

potrebbe essere legato, soprattutto per il 2005, ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE e ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza, l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2011, i tassi sono stati standardizzati per la classe 18-64 anni ed i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità ed Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la decima revisione (ICD-10), i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4. Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che i Tumori e le Cause esterne di morbosità e mortalità rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (tassi pari, rispettivamente, a 4,36 e 2,94 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Le Malattie del Sistema Circolatorio rappresentano, con valori molto simili a quelli registrati per l'insieme

residuale delle Altre malattie, la terza causa di morte per i PSA, con un netto svantaggio per gli uomini. Anche per i PFPM, le cause di morte più frequenti sono Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio e Cause esterne di morbosità e mortalità; netto, come per le altre aree di cittadinanza, lo svantaggio del genere maschile (Tabella 4). Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio e Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi.

I livelli dei RR, rispetto agli italiani, sono generalmente inferiori all'unità, sia per gli uomini che per le donne. Livelli superiori all'unità del RR si registrano per gli uomini dei PSA per le Malattie infettive (1,3 per 10.000), per gli uomini e per le donne dei PSA per le Cause esterne di morbosità e mortalità (rispettivamente, 1,6 e 2,6 per 10.000) e per le donne dei PFPM per le Cause esterne di morbosità e mortalità (1,1 per 10.000). Con riferimento ai Paesi di nuova adesione UE si registrano RR superiori a 1 per le donne per Malattie infettive (1,4 per 10.000), per gli uomini per Tumori (1,2 per 10.000), Malattie del Sistema Circolatorio (1,3 per 10.000) e Altre malattie (1,1 per 10.000) e per entrambi i generi per Cause esterne e/o accidentali (rispettivamente, 1,7 e 2,1 per 10.000 per uomini e donne). Anche il tasso standardizzato totale risulta più elevato di 1 per gli uomini (1,3 per 10.000).

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e valori percentuali) della popolazione straniera oltre il primo anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2011

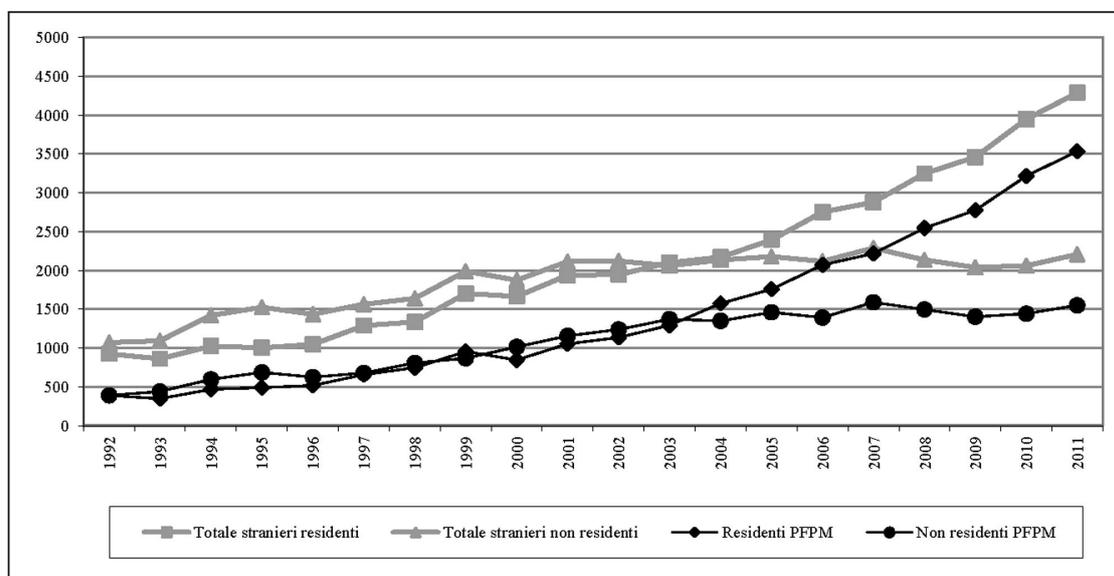
Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28
2011	4.287	2.206	6.493	66,02	33,98
<b>Totale</b>	<b>41.967</b>	<b>37.052</b>	<b>79.019</b>	<b>53,11</b>	<b>46,89</b>

Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria*					
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.772	1.403	4.175	66,40	33,60
2010	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2011	3.535	1.549	5.084	69,53	30,47
<b>Totale</b>	<b>28.587</b>	<b>21.551</b>	<b>50.138</b>	<b>57,02</b>	<b>42,98</b>

\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2014.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) della popolazione straniera oltre il primo anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2011

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2014.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) della popolazione straniera oltre il primo anno di vita residente in Italia per genere e regione - Anno 2011

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	216	169	385	20,6	12,7	15,8
Lombardia	463	331	794	16,0	10,3	12,6
Bolzano-Bozen	44	32	76	27,8	15,6	21,1
Trento	20	22	42	14,5	10,3	11,8
Veneto	231	146	377	21,0	11,4	15,3
Friuli Venezia Giulia	77	48	125	26,1	14,1	19,1
Liguria	81	63	144	21,4	11,3	15,1
Emilia-Romagna	252	187	439	20,1	12,0	15,1
Toscana	186	136	322	17,4	11,2	13,7
Umbria	39	38	77	14,0	10,8	12,1
Marche	72	61	133	16,8	12,2	13,9
Lazio	303	264	567	23,1	15,9	18,7
Abruzzo e Molise	54	36	90	23,2	11,0	15,9
Campania	99	85	184	23,0	18,0	19,7
Puglia	68	54	122	23,2	17,9	19,9
Basilicata	4	7	11	14,0	20,2	18,5
Calabria	45	31	76	24,1	13,4	17,7
Sicilia	84	54	138	19,5	13,1	16,0
Sardegna	19	28	47	14,5	20,6	17,8
Regione non indicata	109	29	138	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>2.466</b>	<b>1.821</b>	<b>4.287</b>	<b>20,1</b>	<b>12,7</b>	<b>15,6</b>

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Istat - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, Popolazione straniera residente per sesso, età e Paese di provenienza. Anno 2014.

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi della popolazione straniera residente e degli italiani di età 18-64 anni per genere ed area di cittadinanza - Anni 2005-2011

Aree di cittadinanza*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Maschi</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	11,5	10,6	8,5	9,2	8,7	10,7	17,2
Paesi a Forte Pressione Migratoria	17,4	16,1	15,5	15,5	14,5	14,0	14,5
Paesi di nuova adesione UE	27,3	20,8	19,6	15,7	15,0	19,7	26,6
<b>Italiani</b>	<b>24,3</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>	<b>21,8</b>	<b>21,1</b>	<b>21,0</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	1,1	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3
<b>Femmine</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	7,7	7,7	5,1	4,6	7,0	7,8
Paesi a Forte Pressione Migratoria	6,6	6,9	5,6	6,8	5,7	5,6	5,9
Paesi di nuova adesione UE	6,7	6,0	6,5	7,2	5,6	6,8	8,9
<b>Italiani</b>	<b>12,2</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,4</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3
Paesi di nuova adesione UE	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4
<b>Totale</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	9,6	9,0	11,8	6,9	6,4	8,6	11,2
Paesi a Forte Pressione Migratoria	11,6	11,2	10,0	10,6	9,4	9,0	9,3
Paesi di nuova adesione UE	14,0	11,5	7,4	10,3	8,6	11,0	14,4
<b>Italiani</b>	<b>18,1</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>	<b>16,7</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4
Paesi di nuova adesione UE	0,8	0,7	0,4	0,6	0,5	0,5	0,7

\*I PSA includono i Paesi della UE-15, gli altri Paesi Europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America. Il gruppo dei PPFM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione di Giappone ed Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda); i Paesi di nuova adesione UE entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile Istat - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, Popolazione straniera residente per sesso, età e Paese di provenienza. Anno 2014.

**Tabella 4** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi della popolazione straniera residente in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per genere, causa di decesso ed area di cittadinanza - Anno 2011

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std - età 18-64 anni <sup>o</sup>			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi italiani		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,77	0,18	0,38	1,3	0,7	0,9
	Tumori	5,50	3,53	4,36	0,6	0,5	0,6
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,95	0,87	1,70	0,7	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,00	0,22	0,12	0,0	0,7	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	5,10	1,94	2,94	1,6	2,6	1,5
	Altre malattie	2,88	1,05	1,73	0,8	0,6	0,6
	<b>Tasso std totale</b>		<b>17,20</b>	<b>7,80</b>	<b>11,24</b>	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,51	0,25	0,35	0,8	1,0	0,8
	Tumori	4,58	2,69	3,37	0,5	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,71	1,08	2,08	0,8	0,7	0,7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,46	0,13	0,25	0,8	0,4	0,6
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,25	0,83	1,93	1,0	1,1	1,0
	Altre malattie	1,99	0,94	1,38	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>14,48</b>	<b>5,92</b>	<b>9,35</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,25	0,34	0,31	0,4	1,4	0,7
	Tumori	10,60	4,30	5,97	1,2	0,6	0,8
	Malattie del Sistema Circolatorio	5,93	1,34	2,72	1,3	0,8	0,9
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,51	0,06	0,18	0,9	0,2	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	5,48	1,58	3,14	1,7	2,1	1,6
	Altre malattie	3,78	1,27	2,11	1,1	0,7	0,8
	<b>Tasso std totale</b>		<b>26,55</b>	<b>8,89</b>	<b>14,44</b>	<b>1,3</b>	<b>0,8</b>
Italiani	Malattie infettive e parassitarie	0,61	0,25	0,43	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,49	6,72	7,58	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,45	1,58	2,99	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,59	0,32	0,45	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,26	0,76	2,01	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,58	1,81	2,69	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>		<b>20,98</b>	<b>11,44</b>	<b>16,15</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD 10:

Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

<sup>o</sup>Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976).

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Istat - Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, Popolazione straniera residente per sesso, età e Paese di provenienza. Anno 2014.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia consente di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti e osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo, in particolare disparità di trattamento sul mercato del lavoro o nell'accesso ai servizi sanitari, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione contribuiscono ad aumentare i rischi per la salute e di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente.

In diretta relazione con i rischi elevati di morbosità e mortalità per gli stranieri in Italia vi sono una molteplicità di fattori, quali le privazioni e le difficoltà sociali, economiche, linguistiche e culturali, che pos-

sono essere causa anche di cattiva comprensione delle diagnosi mediche o delle terapie prescritte. Proprio in tale ottica sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai servizi.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Bruzzone S, Mignolli N. La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale. Franco Angeli, Milano 2003: 412-433.
- (2) Geraci S, El Hamad I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. IJPH 2011; Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3.
- (3) Maccheroni C, Bruzzone S, Mignolli N. La mortalità

degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari 2007.

- (4) Maccheroni C, Bruzzone S, Mignolli N. La nuova Unione Europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica 2004, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio-Giugno, pp. 97-120.
- (5) Meslé F, Hertrich V. Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest. Congrès international de la population, Beijing 1997.
- (6) Meslé F. La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est. Population 1991; vol. 46, n° 3.
- (7) Waterhouse J, Muir C, Correa P, Powell J. Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon 1976, Vol. 3, 15.

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andato crescendo in modo significativo negli ultimi decenni.

L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in

Anagrafe consente, tra le altre cose, di quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti in Italia. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e PA.

### Percentuale della popolazione straniera residente per macroarea di provenienza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione straniera residente per macroarea di residenza}}{\text{Popolazione straniera residente}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le "seconde generazioni", ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione STRASA, relativa alla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita", emerge che, alla data del 1 gennaio 2015, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana superano di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione residente (Tabella 1).

Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la composizione percentuale per macroarea di cittadinanza secondo i dati rilevati con il Bilancio demografico della popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza.

A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (52,4%), proviene da un Paese del continente europeo. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 20,5% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 19,3% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,7% ha la cittadinanza di un Paese dell'America.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,3%), Friuli Venezia Giulia e Basilicata (poco meno del 70% in entrambe le regioni), mentre quella di residenti con cittadinanza di

Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (26,2% contro un valore nazionale del 7,7%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia se si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche in molte delle regioni del Mezzogiorno, degli stranieri provenienti dall'Ecuador (sia donne che uomini) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini e dei bengalesi nel Lazio e dei cinesi in Toscana.

Dalla Tabella 2 emerge, inoltre, come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si osserva una maggiore eterogeneità. A livello nazionale, le prime tre comunità (rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano oltre il 40% del totale degli stranieri residenti. Tale percentuale è, invece, superiore o prossima al 60% in Piemonte, Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Nella PA di Bolzano, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 27,7% delle straniere. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre comunità (rumeni, marocchini e albanesi) rappresentano "solo" il 32,2% degli stranieri residenti di genere maschile ed il 31,7% degli stranieri residenti di genere femminile.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

271

**Tabella 1** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori percentuali) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori percentuali) residenti sul totale dei residenti per regione - Anno 2015

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
		Europa	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	425,4	59,9	22,9	9,5	7,7	0,0	9,6
Valle d' Aosta	9,1	56,3	30,8	5,7	7,1	0,1	7,1
Lombardia	1.152,3	38,0	25,0	24,2	12,8	0,0	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>46,0</i>	<i>65,7</i>	<i>12,4</i>	<i>17,4</i>	<i>4,4</i>	<i>0,1</i>	<i>8,9</i>
<i>Trento</i>	<i>50,1</i>	<i>66,4</i>	<i>16,5</i>	<i>11,3</i>	<i>5,7</i>	<i>0,0</i>	<i>9,3</i>
Veneto	511,6	57,3	21,2	18,1	3,4	0,0	10,4
Friuli Venezia Giulia	107,6	69,6	14,8	11,6	3,9	0,1	8,8
Liguria	138,7	46,9	16,7	10,1	26,2	0,1	8,8
Emilia-Romagna	536,7	50,1	26,9	19,0	3,9	0,0	12,1
Toscana	395,6	56,4	14,6	22,3	6,6	0,1	10,5
Umbria	98,6	66,1	17,7	8,0	8,1	0,1	11,0
Marche	145,1	56,6	19,1	18,8	5,5	0,0	9,4
Lazio	636,5	57,2	10,8	23,6	8,3	0,1	10,8
Abruzzo	86,2	72,3	13,8	9,2	4,6	0,1	6,5
Molise	10,8	67,5	17,8	9,6	5,0	0,1	3,4
Campania	217,5	54,0	19,1	22,5	4,3	0,1	3,7
Puglia	117,7	63,0	17,2	16,7	3,0	0,0	2,9
Basilicata	18,2	69,0	16,4	12,0	2,6	0,0	3,2
Calabria	91,4	61,3	21,0	15,3	2,3	0,1	4,6
Sicilia	174,1	44,0	30,4	22,8	2,7	0,1	3,4
Sardegna	45,1	54,3	22,5	18,4	4,6	0,1	2,7
<b>Italia</b>	<b>5.014,4</b>	<b>52,4</b>	<b>20,5</b>	<b>19,3</b>	<b>7,7</b>	<b>0,1</b>	<b>8,2</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 2** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori percentuali) delle prime tre cittadinanze per genere e per regione - Anno 2015

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine					
		Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza		
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza
Piemonte	198,2	Rom. 33,7	Mar. 15,7	Alb. 12,0	227,3	Rom. 36,8	Mar. 12,9	Alb. 10,0					
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	3,9	Mar. 26,3	Rom. 25,3	Alb. 12,5	5,2	Rom. 31,2	Mar. 19,7	Alb. 9,1					
Lombardia	563,4	Rom. 13,0	Mar. 9,8	Alb. 9,4	588,9	Rom. 14,7	Alb. 8,5	Mar. 8,5					
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,4</i>	<i>Alb. 14,0</i>	<i>Pak. 8,8</i>	<i>Mar. 8,7</i>	<i>24,7</i>	<i>Alb. 10,4</i>	<i>Ger. 10,2</i>	<i>Mar. 7,1</i>					
<i>Trento</i>	<i>23,3</i>	<i>Rom. 19,2</i>	<i>Alb. 15,2</i>	<i>Mar. 9,5</i>	<i>26,8</i>	<i>Rom. 21,8</i>	<i>Alb. 12,3</i>	<i>Mar. 8,0</i>					
Veneto	243,4	Rom. 21,3	Mar. 11,6	Alb. 8,4	268,2	Rom. 23,9	Mol. 9,5	Mar. 9,3					
Friuli Venezia Giulia	50,9	Rom. 20,2	Alb. 11,5	Ser. 8,0	56,6	Rom. 23,2	Alb. 10,4	Ucr. 7,3					
Liguria	63,9	Alb. 19,7	Ecu. 15,4	Rom. 12,1	74,8	Ecu. 17,0	Rom. 15,1	Alb. 14,6					
Emilia-Romagna	250,8	Mar. 14,1	Rom. 13,7	Alb. 13,0	286,0	Rom. 16,9	Mar. 11,4	Alb. 10,5					
Toscana	182,6	Alb. 20,1	Rom. 17,7	Cin. 12,2	212,9	Rom. 23,9	Alb. 15,7	Cin. 9,9					
Umbria	43,2	Rom. 22,6	Alb. 19,3	Mar. 12,5	55,4	Rom. 29,4	Alb. 14,1	Mar. 8,4					
Marche	65,9	Alb. 15,6	Rom. 13,7	Mar. 9,6	79,3	Rom. 21,1	Alb. 12,4	Mar. 7,9					
Lazio	304,1	Rom. 33,8	Ban. 8,0	Fil. 6,1	332,4	Rom. 36,7	Fil. 7,9	Ucr. 5,3					
Abruzzo	39,1	Rom. 28,4	Alb. 18,3	Mar. 10,4	47,1	Rom. 33,8	Alb. 13,9	Mar. 6,5					
Molise	4,8	Rom. 34,7	Mar. 15,1	Alb. 9,5	6,0	Rom. 42,3	Mar. 9,3	Pol. 6,7					
Campania	99,5	Rom. 15,9	Mar. 13,4	Ucr. 10,2	118,0	Ucr. 27,4	Rom. 18,7	Pol. 6,3					
Puglia	54,7	Rom. 22,3	Alb. 22,0	Mar. 10,1	63,0	Rom. 31,8	Alb. 17,9	Mar. 5,8					
Basilicata	8,2	Rom. 39,4	Alb. 11,0	Mar. 10,8	10,0	Rom. 49,7	Alb. 7,9	Mar. 7,0					
Calabria	43,0	Rom. 31,9	Mar. 19,0	Ind. 7,3	48,4	Rom. 36,8	Mar. 12,2	Ucr. 9,6					
Sicilia	88,8	Rom. 23,2	Tun. 13,8	Mar. 7,1	85,4	Rom. 35,3	Sri Lanka 7,3	Mar. 7,1					
Sardegna	19,9	Rom. 22,1	Sen. 16,0	Mar. 12,5	25,2	Rom. 35,9	Ucr. 7,3	Mar. 7,3					
<b>Italia</b>	<b>2.372,8</b>	<b>Rom. 20,5</b>	<b>Alb. 10,7</b>	<b>Mar. 10,2</b>	<b>2.641,6</b>	<b>Rom. 24,4</b>	<b>Alb. 8,9</b>	<b>Mar. 7,8</b>					

**Legenda:** Alb. = Albania; Ban. = Bangladesh; Cin. = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Ind. = India; Mar. = Marocco; Mol. = Moldavia; Pak. = Pakistan; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo. Parallelamente, il numero di stranieri residenti è andato aumentando sensibilmente e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Occorre sottolineare che gli stranieri presentano una

struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari. È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

## Nati da cittadini stranieri in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo sia il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, viene proposta l'analisi delle

macroaree di cittadinanza del nato.

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione femminile residente.

### Percentuale di nati da un solo genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Denominatore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

### Percentuale di nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Denominatore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Il "genitore straniero" è colui/colei che al momento dell'iscrizione in Anagrafe per nascita del figlio ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Non fanno, quindi, parte di questo collettivo coloro che, pur essendo nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.

La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" registra, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

### Descrizione dei risultati

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento della quota dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (1). In particolare, nel 2013, poco più del 19% dei nati, ossia quasi un nato ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Questo indicatore risulta in forte crescita nell'ultimo decennio. Infatti, dal 2000 il suo valore è quasi triplicato, essendo in quell'anno pari a 6,4%. È possibile osservare un analogo ritmo di crescita anche quando si considerano i nati da almeno il padre straniero ed i nati da entrambi i genitori stranieri. Questi ultimi rappresentano circa il 15% dei nati.

La quota di nati da cittadini stranieri è aumentata, quindi, anche negli ultimissimi anni, caratterizzati da una generale contrazione dei livelli di natalità osservati in Italia, ma il ritmo di crescita è stato più contenuto.

Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano, sostanzialmente, la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, più elevata risulta l'incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1).

Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna (24,6%), la Lombardia (22,6%) ed il Veneto (21,9%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. Nello specifico, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (3,6%).

A livello nazionale, il 4,3% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (0,9%).

Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 22,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,2% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (21,1% del totale dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (21,5%). Il contributo alla

natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

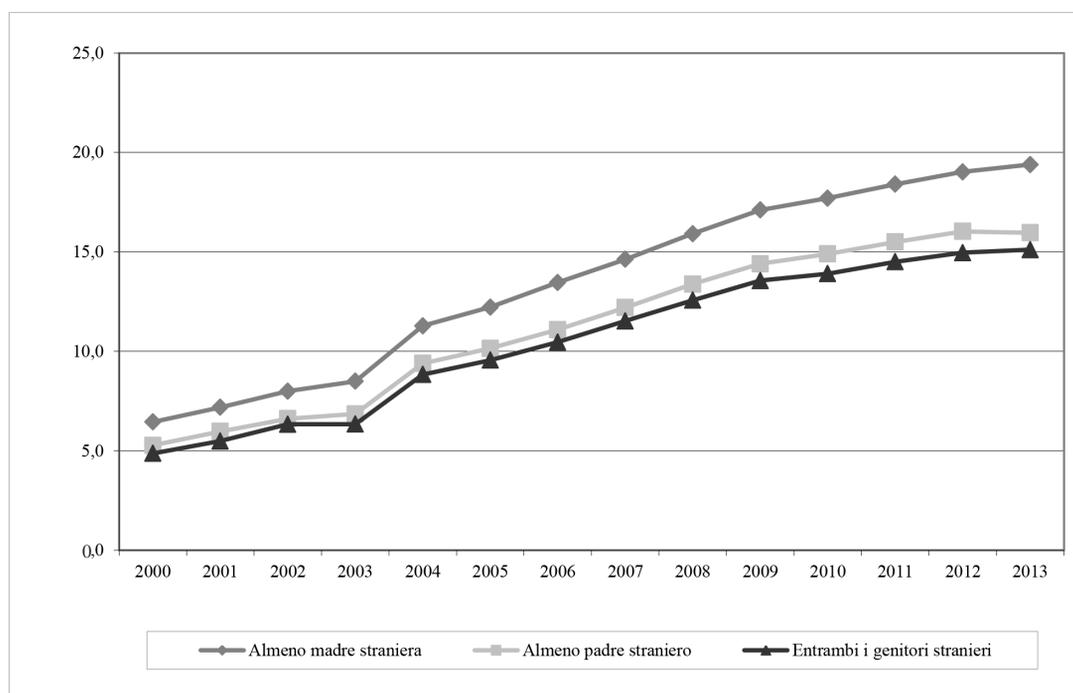
Tuttavia, il dato relativo all'Italia nel suo complesso non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che, invece, emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante in Calabria e nel Lazio (47,0% e 43,4%, rispettivamente), mentre in Liguria, così come accadeva negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (22,3%), specie se confrontata con il dato nazionale (5,0%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 64,7% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 65,9% dei nati stranieri in Italia.

Poco più di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena perchè i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (21,3% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,5% del totale), se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,4% del totale degli stranieri). I marocchini, all'opposto, pur rappresentando il 9,7% degli stranieri residenti, contribuiscono fortemente alla natalità degli stranieri: sono marocchini, infatti, il 14,9% dei nati stranieri.

Se si guarda alla variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri tra il 2010-2013 emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite è quella ucraina (+18,9%) seguita da quella moldava (+17,0%). Al contrario, sono diminuite, nel triennio considerato, le nascite da cittadini della comunità polacca (-30,9%), marocchina (-10,3%) e indiana (-7,1%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre.

**Grafico 1** - Nati (valori percentuali) da cittadini stranieri - Anni 2000-2013



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

275

**Tabella 1** - Stima (valori percentuali) di nati con un genitore straniero e da genitori entrambi stranieri per regione - Anno 2013

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri
Piemonte	5,2	1,5	19,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,9	2,2	13,6
Lombardia	5,2	1,0	22,6
Bolzano-Bozen	7,4	2,6	14,1
Trento	5,6	1,7	17,9
Veneto	5,0	0,8	21,9
Friuli Venezia Giulia	5,3	1,1	17,4
Liguria	5,2	1,3	19,6
Emilia-Romagna	5,9	1,3	24,6
Toscana	5,0	0,8	19,9
Umbria	6,1	1,0	19,6
Marche	5,2	0,7	17,4
Lazio	4,5	1,2	15,7
Abruzzo	4,1	0,4	11,0
Molise	3,7	0,3	5,4
Campania	2,3	0,2	4,2
Puglia	2,2	0,4	4,3
Basilicata	3,1	0,4	4,5
Calabria	3,4	0,3	6,9
Sicilia	2,1	0,4	4,7
Sardegna	3,0	0,4	3,6
<b>Italia</b>	<b>4,3</b>	<b>0,9</b>	<b>15,1</b>

**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal "Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 2** - Distribuzione di nati (valori percentuali) stranieri per macroarea di cittadinanza e per regione - Anno 2013

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	32,1	18,9	27,4	7,3	9,7	4,5	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,7	14,6	50,0	0,7	3,5	5,6	0,0
Lombardia	14,1	16,9	25,3	9,2	25,3	9,2	0,1
Bolzano-Bozen	18,5	34,2	18,0	2,1	23,6	3,2	0,3
Trento	21,3	36,6	21,2	4,7	14,1	2,2	0,0
Veneto	21,2	25,3	18,1	12,2	22,0	1,1	0,1
Friuli Venezia Giulia	23,5	33,8	12,5	12,6	15,7	1,3	0,7
Liguria	13,1	26,4	22,4	5,2	10,5	22,3	0,1
Emilia-Romagna	14,3	23,2	27,2	12,1	21,3	1,8	0,1
Toscana	17,7	30,9	14,7	6,0	26,3	4,1	0,3
Umbria	23,3	31,9	22,0	7,3	10,2	5,0	0,3
Marche	14,2	29,0	20,0	9,9	24,4	2,4	0,0
Lazio	43,4	12,6	8,1	4,5	25,8	5,5	0,1
Abruzzo	29,5	35,7	16,4	4,8	12,3	1,3	0,0
Molise	39,3	16,4	22,1	5,7	14,8	1,6	0,0
Campania	26,2	19,3	18,5	6,9	27,0	2,0	0,1
Puglia	31,4	27,1	16,1	7,3	17,4	0,8	0,1
Basilicata	39,5	17,8	22,2	3,2	17,3	0,0	0,0
Calabria	47,0	8,9	28,9	1,4	13,1	0,4	0,3
Sicilia	35,7	7,3	23,9	7,4	25,2	0,4	0,1
Sardegna	28,2	12,4	21,6	12,4	23,9	0,9	0,5
<b>Italia</b>	<b>22,6</b>	<b>21,2</b>	<b>21,1</b>	<b>8,5</b>	<b>21,5</b>	<b>5,0</b>	<b>0,1</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 3** - *Stranieri (valori percentuali) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori percentuali) stranieri e variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri (2010-2013) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2013*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2013)
Romania	21,3	15.920	20,5	11,1
Albania	10,6	9.218	11,9	0,0
Marocco	9,7	11.547	14,9	-10,3
Cina Repubblica Popolare	5,1	5.166	6,6	0,3
Ucraina	4,4	1.173	1,5	18,9
Moldova	3,2	1.790	2,3	17,0
Filippine	3,2	1.859	2,4	12,1
India	2,9	2.654	3,4	-7,1
Perù	2,3	1.382	1,8	8,0
Polonia	2,1	469	0,6	-30,9
Altra	35,3	26.527	34,1	-3,6
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>77.705</b>	<b>100,0</b>	<b>-0,5</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2012 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria.

In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed

esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

### Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2013. Statistiche. Report, 2014.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta uno degli ambiti assistenziali più studiati e di maggiore interesse per descrivere il profilo di salute e di assistenza sanitaria della popolazione immigrata, potendo contare su un elevato livello qualitativo dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'indicatore utilizzato è il tasso di ospedalizzazione, che consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri e la variabilità temporale e geografica.

Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo i cittadini stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e residenti in Italia, secondo il criterio della cittadinanza. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppa-

mento di diagnosi principale. I dati vengono presentati, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un *set* ristretto di classi omogenee.

La fonte dei dati sui ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute. L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore), invece, è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno *t* e al 1 gennaio dell'anno *t+1*, con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli stranieri\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a Forte Pressione Migratoria residenti in Italia	x 1.000
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria residente in Italia	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri, sebbene siano costantemente migliorati nel tempo in termini di qualità, presentano ancora qualche inaccuratezza per alcune variabili socio-demografiche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, non viene sempre rilevata correttamente. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio.

Per quanto riguarda i denominatori, il trend dell'ammontare dei ricoveri risente chiaramente dell'incremento della popolazione immigrata residente. Infine, è necessario ricordare che i tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti). Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti non residenti e gli irregolari. I residenti, comunque, sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai PFPM, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri (al netto della diversa struttura per età delle due popolazioni) e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

### Descrizione dei risultati

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano quasi 559 mila nel 2009), pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (circa il 5% nel 2009). I cittadini provenienti dai PFPM costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (93,1%) (Tabella 1).

Oltre due terzi dei ricoveri di cittadini dei PFPM sono in regime di Ricovero Ordinario (RO). Nel quinquennio 2009-2013 si sono mantenuti sostanzialmente stabili a fronte di una riduzione media annua dell'ospedalizzazione complessiva pari a -3%.

Anche per quanto riguarda il Day Hospital (DH), la

<sup>1</sup>Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

diminuzione dei ricoveri di cittadini dei PFPM nello stesso quinquennio è stata più contenuta (-2% media annua) rispetto ai ricoveri totali (-7%).

Il progressivo trasferimento dei ricoveri dal RO al DH e da quest'ultimo verso il *setting* ambulatoriale, per effetto della riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, ha riguardato pertanto in misura minore i cittadini PFPM, almeno in parte per l'incremento di questo gruppo di popolazione nel periodo di osservazione. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età sono in diminuzione sia per gli stranieri che per gli italiani in entrambi i generi e per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 2). Inoltre, nel RO, i valori osservati per i cittadini dei PFPM sono sempre più bassi di quelli degli italiani residenti: lo scarto è più ampio per gli uomini (-27% nel 2013) e più contenuto per le donne (-12% nel 2013). Anche rispetto ai DH i tassi dei cittadini provenienti dai PFPM si mantengono molto più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti, per entrambi i generi, ma con divari più marcati tra gli uomini. La maggiore ospedalizzazione delle donne dei PFPM rispetto agli uomini dipende da motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e abortività volontaria).

I dati relativi ai cittadini provenienti dai PFPM riferiti al 2013 confermano, come in passato, un'elevata variabilità dei ricoveri nelle diverse regioni, legata anche alla diversa distribuzione di questi cittadini nel territorio italiano (Tabella 3). La percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai PFPM, rispetto al totale delle dimissioni, è più elevata del valore nazionale in tutte le regioni del Nord e del Centro e inferiore, invece, nel Meridione, sia per i RO che per i DH. Anche i tassi standardizzati per i RO risultano più elevati del dato nazionale nel Centro-Nord, ad eccezione del Veneto, Toscana, Marche,

Liguria e Friuli Venezia Giulia; per il DH i tassi più elevati si osservano nel Lazio, nella PA di Trento, in Valle d'Aosta e in Liguria.

L'analisi della diagnosi principale alla dimissione conferma che i tassi di ospedalizzazione dei cittadini provenienti dai PFPM sono inferiori a quelli degli italiani, con l'eccezione delle malattie infettive in RO in entrambi i generi ed in DH per le sole donne e, per le donne, delle complicazioni della gravidanza, parto e puerperio sia per il RO che per il DH (Tabella 4 e 5). I motivi del ricovero legati alla riproduzione spiegano quasi la metà dei ricoveri delle donne provenienti dai PFPM in RO e il tasso di ospedalizzazione standardizzato risulta circa 1,5 volte più elevato rispetto alle donne italiane (36,3 per 1.000 vs 24,5 per 1.000). In DH il divario tra le donne dei PFPM e le italiane è ancora più elevato, ma i tassi sono molto più bassi (10,2 per 1.000 vs 4,5 per 1.000). La maggior parte di questi ricoveri in DH sono dovuti a patologie correlate ad aborto.

Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne dei PFPM in RO i tassi sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare le malattie del cuore), per le malattie dell'apparato digerente e per i tumori; in DH i tassi sono più elevati per le malattie dell'apparato genito-urinario e per i fattori che influenzano lo stato di salute.

Tra gli uomini dei PFPM il quadro nosologico rimane sostanzialmente immutato rispetto al passato, con i traumi che continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie del sistema respiratorio (in particolare le infezioni respiratorie). In DH, a parte i fattori che influenzano lo stato di salute, troviamo le malattie dell'apparato digerente (12,4%) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (8,9%).

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e valori percentuali) per regime di ricovero e per provenienza - Anni 2009-2013

Provenienza	Ricoveri Ordinari					Day Hospital				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Stranieri da PSA di cui residenti	33.497	32.884	32.765	31.201	30.523	8.710	8.112	7.890	7.368	7.218
In Italia (%)	59,4	59,3	58,9	59,6	59,8	87,6	88,0	87,5	86,7	86,8
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PFPM di cui residenti	385.541	385.492	395.528	393.557	385.210	130.973	130.631	130.610	125.184	120.087
in Italia (%)	87,3	88,3	88,0	88,5	88,9	87,9	89,6	89,8	90,0	91,1
% sul totale	4,8	5,0	5,3	5,4	5,5	4,0	4,2	4,5	4,8	5,0
<b>Totale ricoveri</b>	<b>7.995.951</b>	<b>7.784.364</b>	<b>7.459.466</b>	<b>7.261.942</b>	<b>7.063.470</b>	<b>3.257.001</b>	<b>3.093.053</b>	<b>2.888.162</b>	<b>2.590.232</b>	<b>2.387.533</b>
di cui residenti										
in Italia (%)	99,2	99,2	99,1	99,1	99,1	99,5	99,5	99,5	99,4	99,5
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

279

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani per regime di ricovero e genere - Anni 2009, 2011-2013\*

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2
2011	132.909	79,9	120,4	262.619	101,1	124,3	38.952	22,5	47,8	91.658	32,2	49,8
2012	131.320	82,8	115,8	262.237	104,1	119,9	37.152	21,0	42,4	88.032	31,9	44,6
2013	129.228	80,7	110,9	255.982	101,1	114,7	35.172	19,7	38,5	84.915	30,8	40,7

\*Dati non disponibili per l'anno 2010 per mancanza di dati per i denominatori dei tassi standardizzati.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM per regime di ricovero e per regione - Anno 2013

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std	Dimessi	%	Tassi std
Piemonte	33.416	6,6	89,0	10.360	7,0	27,1
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	963	5,8	104,7	362	5,2	39,1
Lombardia	88.932	7,1	90,2	18.346	8,7	14,8
Bolzano-Bozen	4.235	5,9	117,4	1.315	6,7	31,9
Trento	4.209	7,1	96,5	1.932	7,5	40,7
Veneto	37.826	7,5	81,8	10.902	7,1	21,9
Friuli Venezia Giulia	8.652	5,9	85,1	3.352	6,9	27,4
Liguria	11.474	6,1	88,4	5.182	5,5	36,1
Emilia-Romagna	48.588	7,9	96,8	15.375	8,6	28,5
Toscana	28.363	6,5	78,0	10.555	7,7	25,7
Umbria	9.488	7,9	102,9	2.337	8,6	24,1
Marche	10.858	6,0	81,0	2.758	5,1	21,1
Lazio	48.167	7,1	116,6	21.423	6,5	44,9
Abruzzo	6.172	4,0	88,6	2.107	3,7	28,8
Molise*	320	0,7	41,3	197	1,0	27,2
Campania	13.223	2,1	67,8	5.232	1,4	25,9
Puglia*	11.432	2,2	79,1	2.279	1,7	15,4
Basilicata*	119	0,2	12,3	22	0,1	4,5
Calabria	5.705	3,3	67,5	1.768	2,5	22,0
Sicilia	10.285	2,0	68,3	3.538	1,7	21,5
Sardegna	2.783	1,5	78,6	745	1,0	21,2
<b>Italia</b>	<b>385.210</b>	<b>5,5</b>	<b>88,9</b>	<b>120.087</b>	<b>5,0</b>	<b>25,1</b>

\*I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni, probabilmente per problemi di qualità dei dati SDO.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 4** - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	2,7	2,2	1,9	1,9	1,7
II - Tumori	4,9	7,2	11,5	5,8	7,4	10,2
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	2,2	1,7	2,2	1,5	2,0	3,1
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	1,1	0,7	1,0	0,8	0,8	1,0
IV.1 - Anemie	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	3,8	1,7	3,2	2,0	1,8	2,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,6	3,5	4,7	2,2	2,7	4,0
VI.4 - Epilessia	1,3	0,6	0,7	0,5	0,4	0,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,1	1,1	1,4	0,5	0,8	1,1
VI.8 - Malattie dell'orecchio	1,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
VII - Malattie sistema circolatorio	10,1	16,3	23,1	3,6	8,6	13,8
VII.2 - Malattie del cuore	6,7	10,8	15,4	2,1	5,3	8,5
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	11,5	8,7	11,4	4,2	5,3	7,6
VIII.1 - Infezioni respiratorie	6,7	4,1	4,5	2,6	2,7	3,4
VIII.2 - BPCO	0,4	0,8	1,1	0,2	0,4	0,6
VIII.3 - Asma	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	11,9	9,4	12,1	6,6	8,3	9,1
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incluso appendicite)	4,2	2,5	3,1	1,8	1,9	2,7
X - Malattie apparato genito-urinario	5,0	5,3	7,1	6,0	6,1	7,1
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	48,5	36,3	24,5
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,3	0,8	1,1	0,4	0,5	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5,1	4,3	7,2	3,0	4,9	7,7
XIV - Malformazioni congenite	2,2	0,8	1,3	0,9	0,7	1,1
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	4,0	1,2	1,2	1,6	1,0	1,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,1	3,8	5,1	2,8	3,2	4,3
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	14,3	7,6	10,4	3,6	4,7	8,7
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	7,7	4,8	6,0	4,5	4,8	6,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>80,7</b>	<b>110,9</b>	<b>100,0</b>	<b>101,1</b>	<b>114,7</b>

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 5** - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Day Hospital per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	0,6	0,7	2,2	0,6	0,5
II - Tumori	7,0	2,3	4,6	6,3	2,4	4,3
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	4,0	0,6	1,5	2,1	0,8	1,8
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	2,1	0,4	0,6	1,1	0,4	0,6
IV.1 - Anemie	1,5	0,3	0,4	0,9	0,3	0,5
V - Disturbi psichici	2,7	0,3	1,0	0,9	0,3	0,8
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	8,9	2,2	4,1	3,9	1,9	3,9
VI.7 - Malattie dell'occhio	3,8	1,4	2,5	1,6	1,1	2,1
VII - Malattie sistema circolatorio	5,5	1,4	3,0	3,5	1,4	2,0
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	3,4	0,6	1,2	2,7	1,0	1,0
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	5,4	0,7	1,7	1,9	0,6	1,2
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2,6	0,3	0,6	0,9	0,3	0,5
IX - Malattie apparato digerente	12,4	2,4	4,7	3,7	1,3	2,6
IX.5 - Ernia addominale	5,2	1,3	2,3	0,8	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	8,5	1,6	3,4	13,1	3,9	6,5
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	42,9	10,2	4,5
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	36,4	8,6	3,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	3,1	0,4	1,3	1,0	0,4	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,7	1,2	2,9	4,1	1,7	3,4
XIV - Malformazioni congenite	5,1	0,5	1,0	1,4	0,4	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,4	0,4	1,0	1,0	0,3	0,8
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	6,8	0,9	1,5	1,6	0,6	1,0
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	13,9	3,6	5,5	9,1	3,7	5,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>19,7</b>	<b>38,5</b>	<b>100,0</b>	<b>30,8</b>	<b>40,7</b>

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani e per motivi legati, essenzialmente, alla fisiologia della riproduzione e/o a cause accidentali come i traumi.

Tale divario potrebbe essere la risultante di un *mix* di fattori, costituito da un lato dal migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e dall'altro dall'effetto di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso. La valutazione del peso specifico delle due componenti deve essere oggetto di approfondimenti analitici.

In generale, persistono situazioni di grave criticità, come ad esempio l'elevato ricorso alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, seppure con una tendenza alla diminuzione, verso cui sarebbe fondamentale orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.

Un'altra criticità è rappresentata dalla compilazione della cittadinanza nelle SDO in alcune regioni.

Va, infine, segnalato che, allo stato attuale, risulta difficile quantificare i ricoveri degli stranieri irregolari a causa della insufficiente e scarsa qualità di compilazione dei campi necessari alla loro individuazione. Dati su questo sottogruppo di popolazione sarebbero estremamente importanti per finalità di salute pubblica.

## Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può sicuramente essere utile per elaborare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popola-

zione a tutto il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione residente con cittadinanza straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne straniere

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria	
Denominatore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza	x 100

### Tasso di abortività volontaria di donne straniere\*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera	
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera	x 1.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di non includere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non conteggiare le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

I tassi di abortività sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013, in quanto la popolazione residente per genere, età e cittadinanza non è disponibile nelle statistiche correnti dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Sono state effettuate delle stime al 1 gennaio degli anni 2003-2010 e 2013-2014, da cui si ricavano le popolazioni medie degli anni 2003-2009 e 2013. Per il 2011 è stata considerata la popolazione rilevata al Censimento 2011.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere perchè dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata.

Per il tasso di abortività, invece, si può considerare

come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

### Descrizione dei risultati

Nel 2013, l'Istat ha rilevato 100.342 IVG a livello nazionale, con una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Indicatore "Abortività volontaria" Capitolo "Salute materno-infantile"). Il 33,5% delle IVG ha riguardato donne con cittadinanza straniera: si conferma la diminuzione (seppur lieve) iniziata nel 2012 di questa quota di IVG (Grafico 1).

L'aumento percentuale osservato fino al 2009 è, in gran parte, giustificato dall'aumento della popolazione straniera in Italia. La maggioranza di queste donne proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). A livello territoriale (Tabella 1) la percentuale di IVG da donne provenienti dai PFPM è più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, dove risiede una più consistente fetta della popolazione straniera in Italia: in particolare, nel 2013, valori superiori al 40% si osservano in Veneto (43,8%), Emilia-Romagna (43,1%) e Umbria (44,5%).

Come già anticipato, grazie alla disponibilità di stime ufficiali fino al 2014 e dei dati del Censimento 2011 relativi alla popolazione straniera residente in Italia, è

stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinte per età e per area geografica di cittadinanza.

In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti: donne provenienti dai PFPM, donne provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana. Il confronto tra questi gruppi disomogenei impone il ricorso al tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età dei gruppi (Grafico 2).

In generale, si osserva nel corso del tempo una diminuzione dei tassi di IVG per tutti i gruppi di donne: per le donne provenienti dai PFPM, che presentano comunque da sempre i livelli più alti, la riduzione risulta più evidente e pari al 53% rispetto al 2003. Un elemento positivo è l'ulteriore diminuzione riferita alle cittadine italiane, che passano da 7,6 IVG (per 1.000) nel 2003 a 6,2 (per 1.000) nel 2013 (-18,0%). Infine, per quanto riguarda le donne provenienti dai PSA, si conferma un andamento irregolare nel tempo dovuto alla esigua numerosità dei casi (nel 2013 sono pari a 472). Si noti come, nel tempo, diminuiscono le distanze dell'indicatore tra le donne italiane e le donne straniere dei PFPM; poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

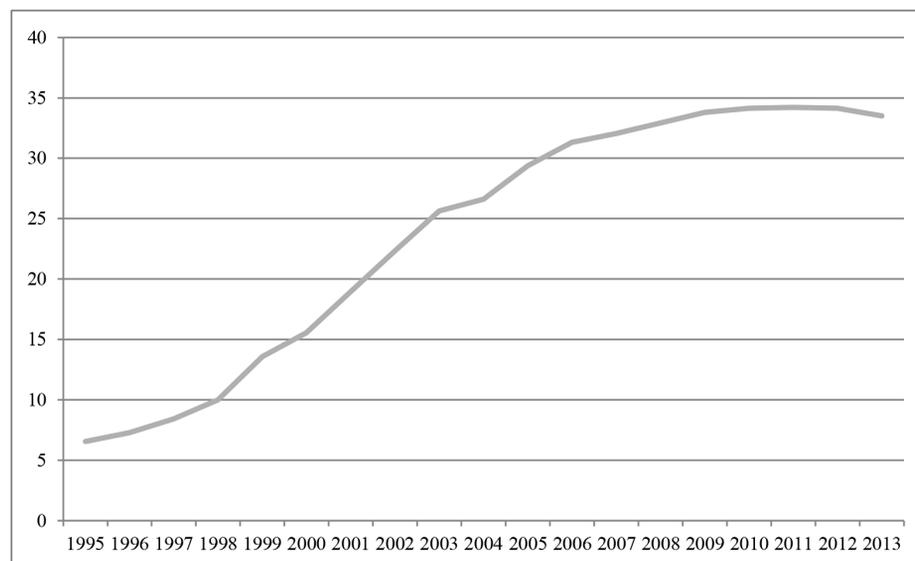
Osservando il fenomeno per età risulta evidente che la classe di età alla quale corrispondono i valori più elevati dei tassi è la classe 20-24 anni, indifferentemente dalla cittadinanza (Grafico 3). In corrispondenza di

questa fascia di età, i valori dell'indicatore sono pari a 32,7 (per 1.000) per le donne dai PFPM, 27,7 (per 1.000) per le donne dei PSA e 8,7 (per 1.000) per le donne italiane (per quest'ultime il valore resta sostanzialmente invariato nelle due classi di età successive). Per le cittadinanze cui corrisponde un elevato numero di IVG è stato effettuato un approfondimento (calcolando il tasso standardizzato è stato possibile fare un confronto al netto delle eventuali differenze nella struttura per età) (Tabella 2).

Nel 2013, le cittadinanze che hanno fatto registrare un numero di IVG superiore ai 2.000 casi sono, nell'ordine: Romania, Repubblica Popolare Cinese, Albania e Marocco (che sono anche i Paesi da cui proviene la maggior parte delle donne straniere residenti in Italia). In tutti i casi la quota di IVG è aumentata nel 2013 rispetto al 2011, con la sola eccezione della Romania, che comunque presenta la percentuale più elevata (28,7%) tra le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera. È ben noto che il valore percentuale risente della presenza straniera sul territorio, per cui si utilizza il tasso di abortività come indicatore più idoneo per valutare la propensione all'aborto.

La diminuzione dei livelli di abortività viene confermata anche in queste quattro sotto-popolazioni di donne straniere. Rispetto al 2003, le donne rumene hanno visto ridursi del 71% il tasso di abortività, ma è anche vero che sono partite da livelli esageratamente elevati; a seguire le albanesi mostrano una riduzione del 41%, le marocchine del 32% e le cinesi del 25%. Pur essendo comparse di recente nel fenomeno dell'abortività volontaria, queste ultime stanno comunque adeguandosi ai comportamenti più 'virtuosi' delle donne straniere in generale.

**Grafico 1** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere in Italia - Anni 1995-2013



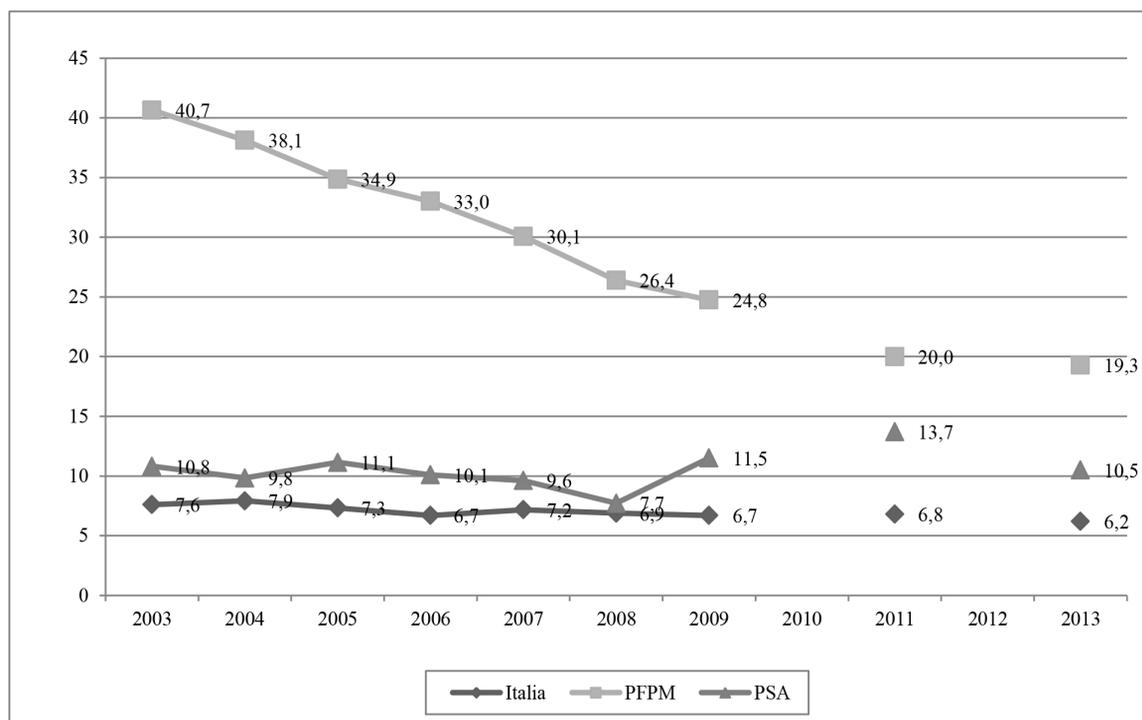
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 1995-2013.

**Tabella 1** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere provenienti dai PFPM per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

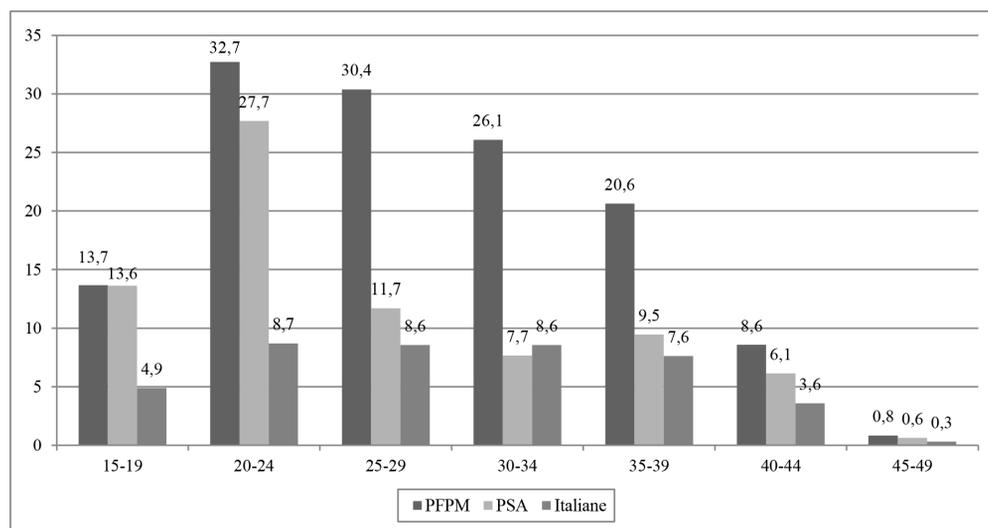
Regioni	2003	2009	2011	2013
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5	43,1
Toscana	23,8	37,5	41,6	39,8
Umbria	34,9	44,2	44,0	44,5
Marche	28,0	42,5	37,1	37,9
Lazio	23,1	30,0	32,8	32,8
Abruzzo	15,5	25,2	25,2	27,2
Molise	5,1	6,4	16,7	18,0
Campania	12,0	14,5	14,2	13,2
Puglia	3,3	11,7	12,3	11,0
Basilicata	4,0	13,0	14,5	12,9
Calabria	7,9	18,2	21,1	17,6
Sicilia	5,0	14,5	15,9	15,3
Sardegna	4,0	10,3	12,9	13,1
<b>Italia</b>	<b>21,2</b>	<b>30,0</b>	<b>31,6</b>	<b>31,1</b>

\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003-2009, 2011 e 2013.

**Grafico 3** - Tasso (specifico per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anno 2013

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

**Tabella 2** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di donne residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2009	11.049	28,5	26,5
	2011	10.844	28,9	27,3
	2013	9.642	28,7	20,8
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2009	2.555	6,6	20,8
	2011	2.598	6,9	17,6
	2013	2.386	7,1	15,1
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2009	2.372	6,1	20,1
	2011	2.312	6,2	17,9
	2013	2.191	6,5	16,3
Cina	2003	1.309	4,1	40,7
	2009	2.308	5,9	30,6
	2011	2.552	6,8	34,9
	2013	2.610	7,8	30,7

Nota: la percentuale di IVG è calcolata sul totale delle IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rispetto ai livelli delle donne italiane. Inoltre, la diminuzione rilevata anche tra queste ultime sembra rafforzare l'idea di un'efficacia delle attività messe in campo, specie dai consultori familiari, sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate ed il ricorso all'IVG.

Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno. Nonostante ciò, però, i tassi di abortività volontaria tra le donne con cittadinanza straniera restano ancora elevati (circa il triplo rispetto alle donne italiane). Per questo motivo non bisogna distogliere l'attenzione dal fenomeno, ma con-

tinuare ad analizzare i suoi mutamenti nel tempo con riferimento alle diverse nazionalità, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2015), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2013. Dati provvisori 2014. Roma: Ministero della Salute, 2015. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2428\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2428_allegato.pdf).
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2013. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.

## Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Le epatiti virali sono le malattie del fegato più diffuse e costituiscono un rilevante problema di Sanità Pubblica. Si tratta di processi infiammatori del fegato causati da agenti etiologici diversi, fra i quali i più comuni sono i cosiddetti virus epatitici maggiori, ovvero i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta (HDV) ed E (HEV). Più raramente, invece, l'epatite può essere causata da altri virus, definiti virus epatitici minori, che insieme alla malattia di base possono, a volte, causare un quadro di epatite di varia gravità: citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, virus Coxsackie ed herpesvirus.

Le epatiti virali presentano quadri clinici simili, ma differiscono nelle caratteristiche epidemiologiche, immunologiche e patologiche. La trasmissione del virus A ed E avviene da persona a persona per via oro-fecale, mentre i virus B, C e Delta si trasmettono per via parenterale (sessuale, perinatale, endovenosa, intradermica o intramuscolo). Il quadro clinico inizia bruscamente ed è spesso asintomatico; se il decorso è senza complicazioni i sintomi generali si attenuano gradatamente con completa guarigione. Le epatiti B, C e Delta tendono a cronicizzare. L'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta, così, essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo. Tuttavia, i diversi virus presentano una diffusione geografica diversa: la loro frequenza varia da Paese a Paese ed è principalmente correlata alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.

In Italia, negli ultimi 30 anni, la circolazione dei virus epatitici è progressivamente diminuita, anche se periodiche epidemie di epatite A si sono verificate soprattutto in specifiche aree geografiche. Nel 2014, il tasso di incidenza è risultato di 0,9 (per 100.000). Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto, con un'incidenza, nel 2014, pari a 0,8 (per 100.000) e 0,2 (per 100.000), rispettivamente (1). Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata, nel 2014, inferiore a 1,0 (per 1.000.000) (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA - dato non pubblicato). Alla luce di questi dati, l'aumento della popolazione immigrata in Italia, e, in particolare, la continua migrazione di individui da Paesi ad alta e intermedia endemia di epatite rendono

le attività di sorveglianza epidemiologica ancor più necessarie e interessanti allo scopo di studiarne la diffusione in Italia anche tra la popolazione straniera, identificare possibili aree di intervento e favorire interventi di prevenzione e assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica. All'ultima rilevazione censuaria risultavano residenti in Italia oltre 5 milioni di stranieri, pari all'8,2% della popolazione totale (2), cui si aggiunge una quota di irregolari stimata intorno al 6% (3); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (2).

In Italia, le epatiti sono comprese tra le malattie per cui è prevista la notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo). Tuttavia, al fine di approfondire gli aspetti epidemiologici associati alla malattia, dal 1985 è attivo in Italia il SEIEVA (4) che raccoglie le segnalazioni da una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL), distribuite su tutto il territorio nazionale, partecipanti su base volontaria. A partire dal 2004 il SEIEVA raccoglie, routinariamente, anche informazioni sulla cittadinanza del caso.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di epatite virale acuta calcolato separatamente per le principali tipologie di infezione virale (A, B, C, non classificata).

Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi segnalati nelle 10 regioni interamente sotto sorveglianza SEIEVA (copertura del 100%): Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ , con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2009).

<sup>1</sup>Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (a eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

**Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri\***

Numeratore	Nuovi casi di Epatite virale diagnosticati a cittadini stranieri	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera media residente	

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che il sistema di sorveglianza SEIEVA fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da 30 anni, senza modifiche sostanziali: pertanto, fornisce una valutazione non distorta dei trend temporali nel corso degli anni.

Inoltre, nonostante la natura volontaria del SEIEVA, aderisce alla sorveglianza un'alta percentuale di ASL (circa l'80%), corrispondente al 76% della popolazione. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio che permette di ottenere stime consistenti (1). Fra i punti di maggiore criticità emerge la difficoltà di quantificare, precisamente, la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, segnalati al SEIEVA.

**Descrizione dei risultati**

Nel periodo 2004-2013 sono stati notificati al SEIEVA 10.591 casi di epatite virale acuta: il 15,0% (1.589 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta diminuita nel 2013 (13,6%) (Tabella 1).

L'analisi, condotta in base alle diverse eziologie virali, evidenzia che la maggior parte dei casi di epatite virale acuta è attribuibile ai virus A e B, sia nella popolazione italiana che in quella straniera. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la percentuale più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC e di origine sconosciuta (24,4%), mentre per le epatiti A e B le percentuali di

cittadini stranieri sono, rispettivamente, il 13,6% ed il 16,4%.

La Tabella 2 riporta la distribuzione dei casi osservati in cittadini stranieri per tipo di epatite e per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica di provenienza, genere ed età. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (97,0%), mentre solo 47 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai PSA, tra cui 32 casi di epatite A acuta. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (40,5%) e dell'Africa (30,4%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C provenivano dall'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (5). La principale area di provenienza dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota, circa il 50% proveniva dall'Asia.

Le distribuzioni per genere ed età risultano quelle attese in base alle caratteristiche epidemiologiche dell'epatite virale acuta e alle caratteristiche demografiche degli stranieri presenti in Italia; ne consegue una prevalenza di casi di genere maschile (meno accentuata, però, rispetto ai casi di nazionalità italiana) e un'età tendenzialmente più giovane di quella registrata tra i casi italiani.

Un'interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA dal 2009. Dei 332 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'84% erano presenti nel nostro Paese da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati riscontrati tra i cittadini italiani e quelli provenienti dai PFPM. Sono, invece, esclusi da questo confronto i casi riferiti a soggetti provenienti dai PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità numerica.

**Epatite A**

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 4.880 casi di epatite A acuta, di cui 665

(13,6%) in soggetti stranieri (Tabella 1). Quasi la metà di questi casi era in soggetti di origine africana (Tabella 2), in particolare 266 casi erano di origine marocchina (dati non presenti in tabella). Trentadue casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai PSA e costituiscono circa il 68% dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo.

Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza 2004-2013 tra cittadini italiani e stranieri provenienti dai PFP. Durante tutto il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri sono stati più alti di quelli registrati tra gli italiani, anche se la differenza osservata non è molto ampia (se si esclude il 2006) ed è progressivamente diminuita.

Nel corso del 2013 si è verificata, in Italia, una epidemia di epatite A legata al consumo di frutti di bosco (6) per cui, mentre i tassi di incidenza negli stranieri (PFP) sono rimasti costanti (2,1 per 100.000 rispetto a 2,0 per 100.000 nel 2012), negli italiani i valori hanno mostrato una inversione del trend (2,5 per 100.000 rispetto allo 0,6 per 100.000 nel 2012).

#### *Epatite B*

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 3.915 casi, di questi il 16,4% (643 casi) in cittadini stranieri (Tabella 1). Il 55,7% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare 173 casi erano rumeni e 57 albanesi (dati non presenti in tabella). Trentanove dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina (dati non presenti in tabella).

Il Grafico 2 mostra differenze rilevanti nei tassi di incidenza, almeno fino al 2008, con valori fino a quattro volte più elevati negli stranieri provenienti dai PFP rispetto agli italiani. Dal 2009 in poi, questa differenza è progressivamente diminuita tanto che, nel 2011, i tassi standardizzati di incidenza sono stati 1,0 (per 100.000) tra gli italiani e 1,4 (per 100.000) tra gli stranieri. Negli ultimi 2 anni di osservazione (2012-2013) la differenza è di nuovo lievemente aumentata, ma i dati sono ancora insufficienti per consentire di formulare ipotesi sulle possibili cause.

Il maggiore calo di incidenza tra gli italiani si è verificato prima del 2004 (1) ed è prevalentemente legato alla strategia vaccinale contro l'epatite B. L'Italia, infatti, in anticipo rispetto a molti Paesi, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991, secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. In tal modo, nell'arco dei primi 12 anni dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria, sono state coperte 24 coorti di nascita. Attualmente, tutta la popolazione di età <34 anni è stata immunizzata. Inoltre, la strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto un'importante immunità di gregge (*herd immunity*) per cui anche gli individui non venuti in contatto con il patogeno vengono protetti interrompendo la catena di infezione.

Al contrario, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione e la strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere condizionato l'andamento della malattia fra gli immigrati. Tuttavia, un certo numero di stranieri che si trova in Italia dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Si tratta di ipotesi da considerare con cautela. Un altro evento che può avere favorito il trend in diminuzione dell'incidenza di epatite B tra gli stranieri è costituito dal fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea. Questo ha fatto sì che un gran numero di migranti provenienti da questi Paesi sia entrato in Italia negli anni successivi. Probabilmente, questo flusso ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti (in Romania la vaccinazione dei nuovi nati è stata introdotta nel 1995).

Al di là dei reali motivi del calo di incidenza tra gli stranieri, analizzando il Grafico 2 si può concludere che le strategie preventive messe in atto hanno prodotto risultati positivi, anche se i dati degli ultimi 2 anni impongono cautela.

#### *Epatite C*

Nel periodo 2004-2013, sono stati notificati al SEIEVA 911 casi di epatite C acuta, di cui 65 (7,1%) relativi a stranieri. Il 58,5% dei casi in stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), mentre il 24,6% (16 casi) proveniva dall'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (12 casi) ed il Marocco (11 casi) (dati non presenti in tabella).

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è in linea con la percentuale di stranieri residenti in Italia, indice del fatto che gli stranieri residenti nel nostro Paese non sembrano maggiormente a rischio degli Italiani di contrarre l'epatite C.

Una analisi più approfondita è fornita dal Grafico 3 che presenta il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati di epatite acuta C. Dal 2004 al 2007, le due curve sono quasi sovrapposte (con i tassi standardizzati tra gli stranieri leggermente più alti di quelli tra gli Italiani). Negli anni successivi, invece, si osserva un andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri. Nel 2013, il tasso tra gli stranieri è risultato inferiore a quello osservato tra gli italiani, ma va comunque sottolineato che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è molto basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili.

Dai dati disponibili non sembra, comunque, che, nel periodo considerato, ci sia un significativo eccesso di rischio di contrarre l'epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

289

*Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta*

Dal 2004 al 2013, sono state notificate 216 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, in cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili al virus dell'epatite E risultano un numero rilevante (pari al 24,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti di provenienza dal Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia di tale virus al mondo (Tabella 3). Considerato che pochi centri clini-

ci italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per il virus dell'epatite E, è verosimile una sottostima dell'andamento e che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute, possano essere casi di epatite E acuta. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati avvalorata questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 21 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India o Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati, inoltre, segnalati 10 casi di epatite acuta di tipo Delta, 9 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Moldavia, Romania e Albania).

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite - Anni 2004-2013

Anni	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
2004	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	7/111 (6,3)	25/120 (20,8)	147/1.352 (10,9)
2005	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)	120/933 (12,9)
2006	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)	195/1.089 (17,9)
2007	55/347 (15,9)	85/485 (17,5)	6/101 (5,9)	22/97 (22,7)	168/1.030 (16,3)
2008	71/742 (9,6)	68/451 (15,1)	6/74 (8,1)	22/102 (21,6)	167/1.369 (12,2)
2009	83/751 (11,0)	52/389 (13,4)	8/83 (9,6)	20/76 (26,3)	163/1.299 (12,6)
2010	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/75 (6,7)	18/54 (33,3)	148/826 (17,9)
2011	58/244 (23,8)	61/333 (18,3)	10/88 (11,4)	24/78 (30,8)	153/743 (20,6)
2012	70/249 (28,1)	62/303 (20,5)	9/84 (10,7)	17/68 (25,0)	158/704 (22,4)
2013	90/776 (11,6)	65/314 (20,7)	3/93 (3,2)	12/63 (19,1)	170/1.246 (13,6)
<b>Totale</b>	<b>665/4.880 (13,6)</b>	<b>643/3.915 (16,4)</b>	<b>65/911 (7,1)</b>	<b>216/885 (24,4)</b>	<b>1.589/10.591 (15,0)</b>

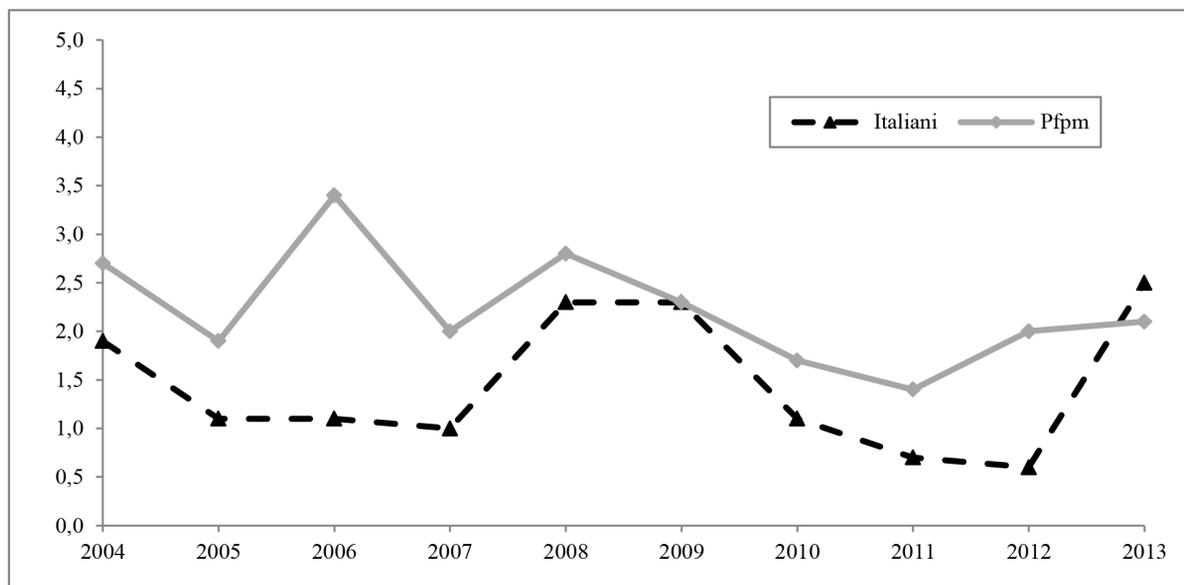
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Tabella 2** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite e per area di provenienza, genere e classe di età - Anni 2004-2013

Aree di provenienza, genere e classi di età	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
<b>Livello di sviluppo</b>					
PFPMP	633 (95,2)	631 (98,1)	64 (98,5)	214 (99,1)	1.542 (97,0)
PSA	32 (4,8)	12 (1,9)	1 (1,5)	2 (0,9)	47 (3,0)
<b>Area geografica</b>					
Africa	321 (48,3)	124 (19,3)	16 (24,6)	22 (10,2)	483 (30,4)
America centro-meridionale	59 (8,9)	59 (9,2)	4 (6,2)	11 (5,1)	133 (8,4)
Asia	83 (12,5)	91 (14,2)	6 (9,2)	107 (49,5)	287 (18,1)
Europa dell'Est	174 (26,2)	358 (55,7)	38 (58,5)	74 (34,3)	644 (40,5)
Europa occidentale	25 (3,8)	10 (1,6)	1 (1,5)	1 (0,5)	37 (2,3)
Nord America	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	3 (0,2)
Oceania	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)
<b>Genere</b>					
Maschi	361 (54,3)	412 (64,1)	39 (60,0)	158 (73,1)	970 (61,0)
Femmine	304 (45,7)	231 (35,9)	26 (40,0)	58 (26,9)	619 (39,0)
<b>Classi di età</b>					
0-14	417 (62,7)	10 (1,6)	4 (6,2)	15 (6,9)	446 (28,1)
15-24	106 (15,9)	157 (24,4)	12 (18,4)	45 (20,8)	320 (20,1)
25-34	63 (9,5)	270 (42,0)	24 (36,9)	89 (41,2)	446 (28,1)
35-54	75 (11,3)	194 (30,2)	22 (33,9)	61 (28,2)	352 (22,2)
55+	4 (0,6)	12 (1,9)	3 (4,6)	6 (2,8)	25 (1,6)
<b>Totale</b>	<b>665 (100,0)</b>	<b>643 (100,0)</b>	<b>65 (100,0)</b>	<b>216 (100,0)</b>	<b>1.589 (100,0)</b>

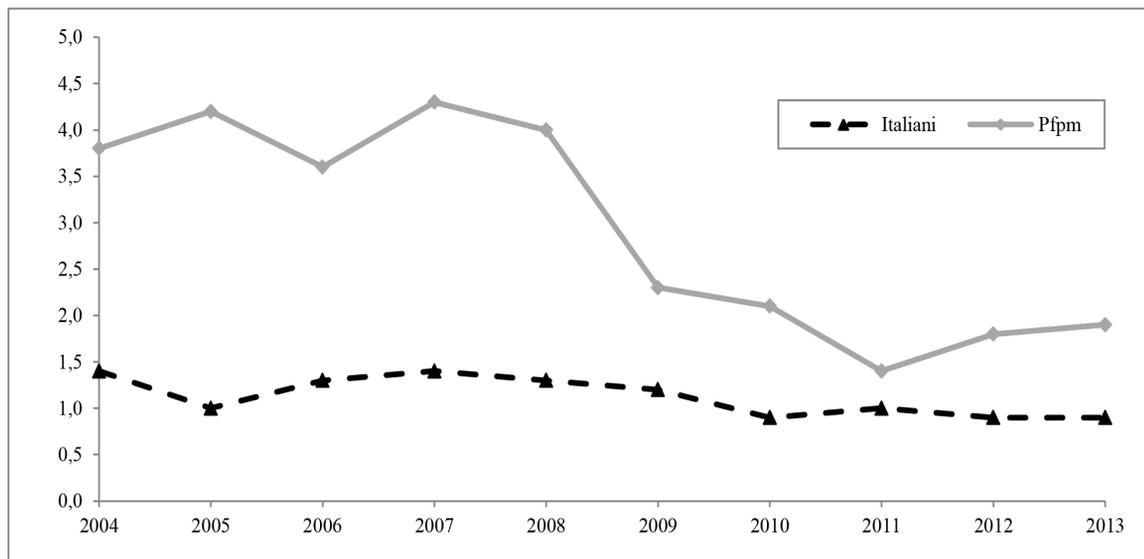
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013

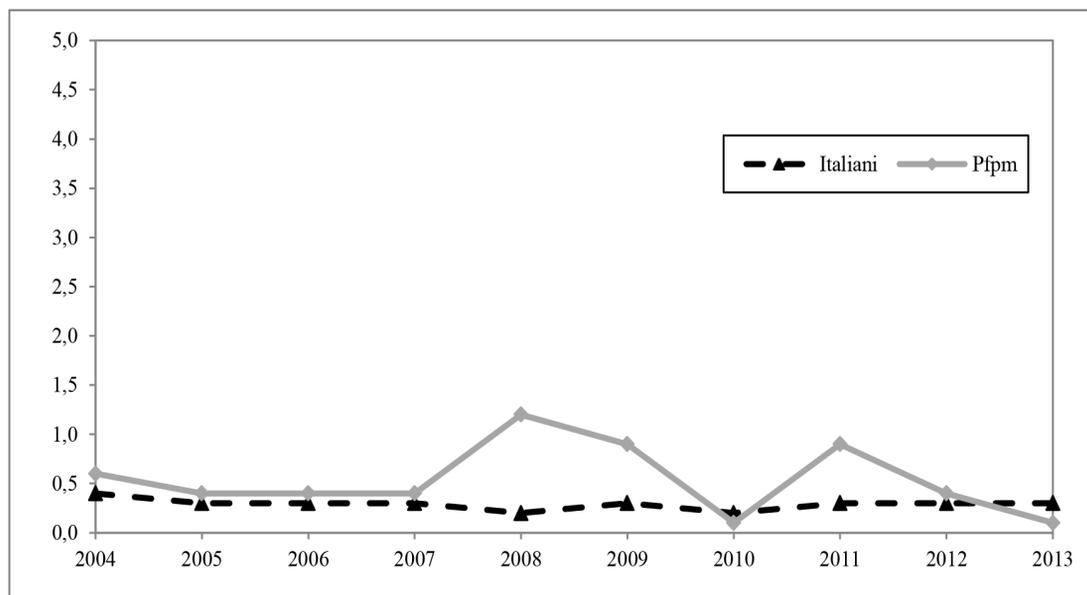


Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C nella popolazione straniera proveniente dai PFPm e negli italiani - Anni 2004-2013

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Tabella 3** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per area di provenienza (valori assoluti) e per agente eziologico - Anni 2004-2013

Agente eziologico	Casi	Area di provenienza (N)
Delta	10 (4,6)	Europa dell'Est (9), Africa (1)
E	53 (24,5)	Asia (47 - Bangladesh, India e Pakistan; 1 - Cina), Africa (1), Europa dell'Est e America centro-meridionale (2)
NonA-NonC*	52 (24,1)	Asia (24), Europa dell'Est (19), Africa (5) e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	8 (3,7)	Africa e Asia (4)
Sconosciuta	93 (43,1)	Europa dell'Est (44), Asia (31), Africa (11), America centro-meridionale (5), Europa occidentale e America settentrionale (1)
<b>Totale</b>	<b>216 (100,0)</b>	

\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta e HCV e non testati per rilevare la presenza di anticorpi anti-HEV e anti-Delta.

\*\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta, HCV e HEV.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata positivamente negli ultimi anni, con un trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite, seppure con modalità diverse: infatti, per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, mentre per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici verificatisi negli ultimi decenni. Nel nostro Paese, la malattia acuta del fegato rimane un importante problema per la Sanità Pubblica così come la questione se i crescenti flussi migratori, di soggetti provenienti da aree a endemia medio-alta per virus epatitici, soprattutto per le epatiti B e C, possano modificare l'attuale quadro epidemiologico.

In base ai dati disponibili, attualmente circa l'8% della popolazione residente italiana è rappresentata da

cittadini stranieri (2). Tuttavia, i dati a disposizione non ci permettono di definire con precisione il numero di immigrati presenti in Italia ed è possibile affermare che tali dati rappresentino una sottostima del fenomeno migratorio, poichè non tengono conto dalla quota di immigrazione non rilevata ufficialmente e/o non residente. Questa possibile sottostima della popolazione immigrata presente nel nostro Paese si traduce in una possibile sovrastima dei tassi di incidenza e, quindi, le differenze osservate tra italiani e stranieri potrebbero essere, nella realtà, un po' inferiori.

La presente analisi ha evidenziato come un eccesso di rischio tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai PFPm) sia presente soprattutto per l'epatite B, mentre non sembrano esserci differenze significative tra italiani e stranieri residenti per quanto riguarda le epatiti A e C.

Tuttavia, trarre conclusioni sulla relazione fra epatiti virali e popolazione migrante in Italia è complesso, in quanto i *pattern* e i trend variano da malattia a malattia e dipendono anche da fattori e dinamiche di tipo sociale. A fronte di questa situazione e a partire dai dati epidemiologici a nostra disposizione, si ritiene necessario rafforzare il sistema di sorveglianza, in particolare la raccolta di dati su cittadinanza, Paese di provenienza e tempo di permanenza in Italia, informazione quest'ultima molto utile per comprendere se l'infezione sia stata acquisita in Italia o all'estero.

Dati i molti fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti (bassa adesione alle vaccinazioni per scarsa *compliance* legata alla poca conoscenza dei diritti e dei percorsi di accesso ai servizi, differenti ambiti culturali di provenienza, diffidenza nei confronti dei servizi di prevenzione etc.), appare essenziale garantire alle popolazioni migranti presenti nel nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente, a salvaguardia della salute individuale e collettiva: in particolare, rafforzare l'offerta attiva della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati non immuni e della vaccinazione anti-epatite A ai viaggiatori internazionali e migranti che si recano in aree di endemia. È, inoltre, importante che tali soggetti, che periodicamente rien-

trano nelle terre di origine, siano informati delle misure preventive atte a evitare l'infezione.

Al fine di supportare indirizzi normativi e fornire il rationale per formulare piani sanitari, è anche necessario produrre maggiori evidenze scientifiche per approfondire ciò che non è possibile rilevare routinariamente, attraverso studi di sieroprevalenza, monitoraggio microbiologico dei ceppi circolanti, studi di farmaco-economia sull'impatto di malattia e vaccino e indagini *ad hoc*.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2014. Disponibile sul sito: [www.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi\\_complessivi\\_2014.pdf](http://www.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi_complessivi_2014.pdf).
- (2) Istat. Demografia in cifre. Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it/](http://www.demo.istat.it/).
- (3) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.
- (4) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *Eur J Epidemiol* 1986; 2 (4): 300-304.
- (5) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/).
- (6) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Eurosurveillance* 2015; 20 (29): 21192.

## Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri residenti in Italia è stata condotta utilizzando come indicatore per l'analisi del fenomeno, principalmente, il tasso di mortalità standardizzato per tutte le età oltre il 1° anno di vita ed isolatamente alla sola classe di età 18-64 anni. Sono state considerate, a tale scopo, disaggregazioni per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte.

Il tasso di mortalità, ampiamente utilizzato in lettera-

tura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

### Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia\*

Numeratore	Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita e di 18-64 anni	
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita e di 18-64 anni	x 10.000

\*La formula del tasso standardizzato è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'indagine su "Decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte mediante la "scheda di morte" (Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione è a carattere totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in 1 anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre ad altre caratteristiche. Per le elaborazioni dei tassi di mortalità è stata considerata la sola popolazione straniera residente in Italia: solo per questo universo, infatti, si dispone dei corretti denominatori per il calcolo dei tassi. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico Progetto e prodotte per il periodo 2003-2010. Per le analisi riferite ai dati per l'anno 2011 è stato, invece, deciso di utilizzare i dati Istat del Censimento

generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, in particolare la distribuzione della "Popolazione straniera residente per sesso, età e paese di cittadinanza".

La popolazione straniera residente al Censimento 2011, consultabile sul *Datawarehouse* dell'Istat su Censimento della Popolazione e Abitazioni, è disponibile per classi di età quinquennali da 0-4 anni fino a 75 anni ed oltre e per i minorenni fino a 17 anni di età. Per il calcolo dei tassi standardizzati e specifici di mortalità per gli stranieri residenti oltre il 1° anno di vita è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione sopra citata, applicando un riproporzionamento per la prima classe di età disponibile (0-4 anni) e scorporando l'ammontare degli individui nel 1° anno di vita. La proporzione di individui di 0 anni per singola cittadinanza è stata ricavata dalla corrispondente popolazione straniera residente disponibile per il 2010. L'ammontare degli individui stranieri residenti in Italia nella fascia di età 18-24 anni, invece, è stato calcolato sottraendo al totale di 0-24 anni il contingente fino a 17 anni di età. Per il calcolo della popolazione Italiana al Censimento 2011, infine, per le fasce di età 1-4 anni e 18-24 anni, non direttamente fornite, è stato effettuato un riproporzionamento a partire dalla distribuzione per età registrata per l'anno 2010.

L'esigenza di elaborare stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce, principalmente, a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004, successivamente a 27 Paesi nel 2007 e a 28 nel 2013. Dopo l'inclusione dei nuovi 13 Paesi, allargamento completato nel gennaio 2007, con l'inclusione dei primi 12 Paesi e nel 2013 con l'ultima annessione della Croazia, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annual-

mente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari e utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia. Prima della diffusione delle stime sopra citate e della disponibilità dei dati censuari, si poteva contare esclusivamente su alcune fonti, da combinare per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di cittadinanza (bilancio demografico), la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per Paese di cittadinanza, e i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era avvalorata dal fatto che, nella maggior parte dei casi, gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'Anagrafe del Comune di dimora abituale. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenni.

È opportuno segnalare, inoltre, che il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia, desunto dall'indagine Istat su "Decessi e cause di morte", include solo i casi per i quali era indicata la condizione di cittadinanza straniera; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.

Per una corretta interpretazione dei risultati si sottolinea, infine, l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera, che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti (l'effetto del migrante sano); il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante.

Nell'insieme, ad ogni modo, emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori; proprio per tale ragione, alcune analisi sono state limitate ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, classe di età per la quale la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine, per motivi di salute, è più bassa.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato italiano per i tassi complessivi, tra genere e aree di cittadinanza per i tassi per gruppi di cause.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2012, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il 1° anno di vita in Italia è pari a 85.767 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua<sup>1</sup> del +8,3% per i residenti, del +3,6% per i non residenti e del +6,3% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi, considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,0% tra i residenti, +7,1% tra i non residenti e +10,1% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2012, si sono verificati 6.748 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 4.587 residenti e 2.161 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 5.321 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 3.795 residenti e 1.526 non residenti.

La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2012, in costante aumento, è pari al 71,32% e al 28,68% per i non residenti). Tale cambiamento è, sicuramente, spiegato dall'allargamento UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di 10 nuovi Paesi e nel 2007 di Romania e Bulgaria e alla conseguente emigrazione verso l'Italia. Nel 2013, infine, anche la Croazia, non inclusa nell'UE per i dati analizzati (2012), è entrata a farne parte (UE-28).

L'allargamento dell'UE e l'ingresso dei 12 Paesi candidati ha dato origine a un effetto moltiplicatore favorendo un vero e proprio passaggio di poste, dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando, nell'ambito di quest'ultimo, l'aumento dei cittadini stranieri dei PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione che come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze

<sup>1</sup>La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2012 è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[20]{\frac{M_{2012}}{M_{1992}}} - 1 \cdot 100$

soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei PFP, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza, anche per il 2012 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2012, in particolare per la Puglia, Sicilia, Lazio, Basilicata, PA di Bolzano, ma anche Friuli Venezia Giulia, Campania e PA di Trento, con tassi compresi tra 19,6 e 17,1 per 10.000 residenti. I valori più bassi si registrano, invece, in Sardegna, Emilia-Romagna e Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 13,0 e 14,1 per 10.000) (Tabella 2). Questa situazione è, sicuramente, connessa alla geografia dell'immigrazione e a quella del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri.

Gli uomini, per i quali il numero dei morti pesa per circa il 55% sul totale decessi della popolazione immigrata residente, presentano valori dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (20,5 decessi per 10.000 stranieri residenti) nel Lazio (24,3 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia (22,2 per 10.000), in Puglia (21,3 per 10.000), Sicilia (21,3 per 10.000) e Campania (21,2 per 10.000).

Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 13,8 decessi per 10.000 straniere residenti. Per il contingente femminile si registrano livelli più alti del valore nazionale per Basilicata (20,1 per 10.000), Puglia (18,5 per 10.000), PA di Bolzano (17,2 per 10.000), Sicilia (16,9 per 10.000), Campania (16,1 per 10.000), Calabria (15,7 per 10.000), PA di Trento (15,1 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (15,1 per 10.000), Lazio (15,0 per 10.000), Veneto (14,5 per 10.000) e Abruzzo e Molise (14,0 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Per il calcolo dei tassi di mortalità, per gli anni 2006-2009, è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione media straniera residente da fonte anagrafica e stato civile per gli anni 2010 e 2012, la media tra la Popolazione straniera residente da fonte anagrafica e stato civile, rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013, e la popolazione straniera residente al Censimento 2011 (Tabella 3 e 4).

Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2012, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. Il calcolo dell'ammontare della Popolazione residente dei soli italiani è stato rielaborato sottraendo, dalle poste della Popolazione totale residente in Italia, l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo dei Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza (RR: Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana).

Il confronto tra gli anni, del periodo 2006-2012, fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PFP sono, nel complesso, caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità nel periodo 2006-2009, da una stabilità tra il 2009-2011 e da un lieve aumento nel 2012. La variazione percentuale media annua, tra il 2006-2012, risulta nel complesso pari a -1,0%. Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un livello del tasso più elevato nel 2006, da una diminuzione tra il 2007-2009, da una ripresa all'aumento nel 2010 e 2011 e da una nuova diminuzione nel 2012. Anche gli stranieri provenienti dai PSA presentano un andamento oscillatorio del valore dei tassi, con un livello particolarmente elevato nel 2011. Molto probabilmente tale situazione è dovuta anche ai valori esigui del numero di decessi per individui appartenenti a questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2006-2012 (-2,2%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo 2006-2012, si registra una variazione percentuale media annua, con riferimento alle straniere dei PFP, pari a -1,1%, e con riferimento alle straniere dei PSA, pari a -0,7%. Per i Paesi di nuova adesione UE si registra, invece, un aumento pari a +6,0%. Per le italiane si registra, infine, una diminuzione pari a -0,7%, più contenuta rispetto a quella registrata per gli uomini nello stesso periodo. Si sottolinea, inoltre, che i tassi standardizzati di mortalità calcolati per i singoli anni del periodo 2006-2012 presentano un andamento oscillatorio nel tempo; diminuiscono, infatti, per PSA e Paesi di nuova adesione UE, tra il 2006-2009, per poi aumentare tra il 2010-2011 e diminuire nuovamente nel 2012. Per i PFP l'andamento è variabile, con alcuni picchi nel 2006, 2008 e 2012. Analizzando i RR, calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, sia per gli uomini che per le donne, per tutto il periodo considerato (2006-2012) e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale

indicatore, infatti, è pari, per gli uomini e per tutto il periodo, a 0,7 per i PFFPM e compreso tra 0,4-0,8 per i PSA. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, il RR per gli uomini assume valori più fluttuanti nel tempo, con picchi di 1,1 nel 2005, 1,3 nel 2011 e 1,0 nel 2012. Tale fenomeno potrebbe essere legato ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE e ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR. Per quanto concerne l'analisi per causa di morte e area di cittadinanza, l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2012, i tassi sono stati standardizzati per la classe di età 18-64 anni ed i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità, Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la 10° revisione (ICD-10) ed i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4. Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (tassi pari, rispettivamente, a 3,92, 1,61 e 1,26 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Sia per le Malattie del Sistema Circolatorio, sia per le Cause violente si registra per gli stranieri provenienti dai PSA un netto svantaggio per gli uomini. Anche per i PFFPM le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause esterne e Malattie del Sistema Circolatorio; palese, come per le altre aree di cittadi-

nanza, lo svantaggio del genere maschile, meno marcato, però, per il gruppo dei Tumori. Proprio per i Tumori risulta evidente il netto aumento, nel 2012 rispetto al 2011, del livello del tasso di mortalità per i cittadini dei PFFPM passato, per gli uomini, da 4,58 a 5,45 per 10.000 e per le donne da 2,69 a 3,44 per 10.000 (Tabella 4).

Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori, per le Malattie del Sistema Circolatorio e per le Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi.

I livelli dei RR degli stranieri, rispetto agli italiani, sono generalmente inferiori all'unità, sia per gli uomini che per le donne. Livelli superiori all'unità del RR si registrano per gli uomini dei PFFPM e dei Paesi di nuova adesione UE per le Cause esterne (1,1 e 1,9). Dall'analisi della mortalità per causa dei cittadini stranieri residenti, negli anni più recenti si registra, comunque, la tendenza ad un *pattern* di mortalità più simile a quello degli italiani, orientamento più evidente per i cittadini dei Paesi di nuova adesione UE, con riferimento soprattutto ai Tumori e alle Malattie del Sistema Circolatorio. Anche la proporzione di cittadini stranieri residenti oltre i 65 anni di età deceduti in Italia, più contenuta nel passato, risulta in aumento nel corso degli ultimi anni, soprattutto per il genere maschile, denotando una tendenza ad un generale invecchiamento della popolazione straniera residente in Italia. Tra i deceduti uomini maggiorenni (18 anni ed oltre), infatti, la quota di ultra 75enni passa dal 26,4% nel 2006 a 28,9% nel 2012; per le donne tale proporzione rimane, invece, stabile e pari a 45,2%. Nella popolazione straniera residente, la quota degli ultra 65enni uomini passa, tra il 2006 al 2013, dal 2,6% al 2,9%; per le donne, per la stessa classe di età, passa, invece, da 3,1 a 3,9% (dati non riportati in tabella).

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

297

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e valori percentuali) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non in Italia - Anni 1992-2012\*

Anni	Stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28
2011	4.287	2.206	6.493	66,02	33,98
2012	4.587	2.161	6.748	67,98	32,02
<b>Totale</b>	<b>46.554</b>	<b>39.213</b>	<b>85.767</b>	<b>54,28</b>	<b>45,72</b>

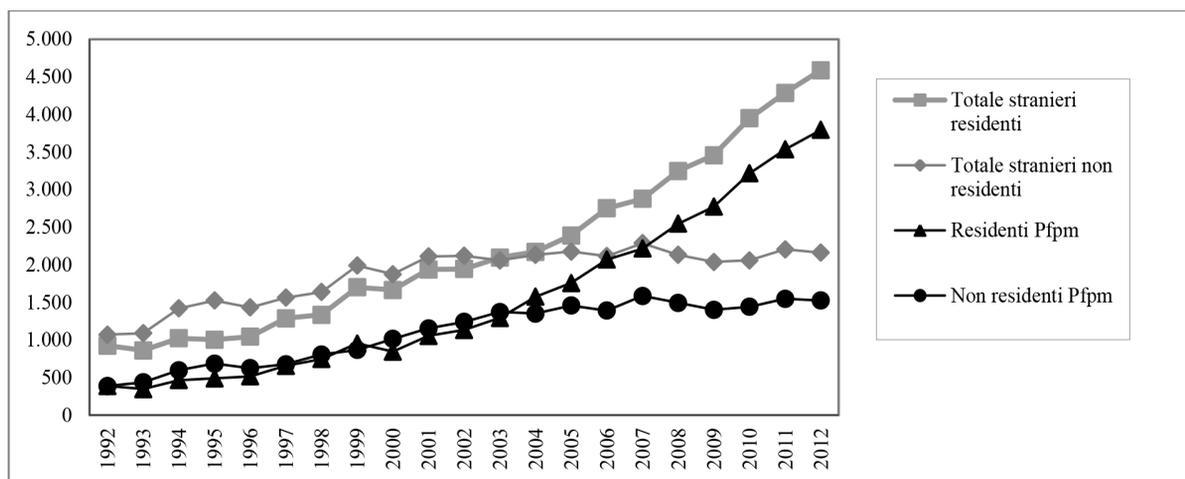
## Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria\*\*

1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.772	1.403	4.175	66,40	33,60
2010	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2011	3.535	1.549	5.084	69,53	30,47
2012	3.795	1.526	5.321	71,32	28,68
<b>Totale</b>	<b>32.382</b>	<b>23.076</b>	<b>55.458</b>	<b>58,39</b>	<b>41,61</b>

\*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è desunto dall'indagine Istat sui decessi e cause di morte, considerando solo i casi per i quali è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.

\*\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2012

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente in Italia per genere e per regione - Anno 2012

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	217	187	404	20,1	13,8	16,2
Lombardia	510	362	872	18,1	12,0	14,5
Bolzano-Bozen	35	34	69	18,9	17,2	18,3
Trento	24	25	49	20,2	15,1	17,1
Veneto	222	186	408	18,3	14,5	16,0
Friuli Venezia Giulia	70	58	128	22,2	15,1	18,0
Liguria	73	70	143	19,4	13,3	15,6
Emilia-Romagna	252	167	419	19,5	10,1	13,7
Toscana	166	166	332	16,1	12,8	14,1
Umbria	60	46	106	19,7	11,6	14,5
Marche	79	75	154	19,4	12,9	15,4
Lazio	294	259	553	24,3	15,0	18,4
Abruzzo e Molise	45	52	97	18,0	14,0	15,4
Campania	96	92	188	21,2	16,1	17,8
Puglia	59	61	120	21,3	18,5	19,6
Basilicata	7	6	13	15,8	20,1	18,4
Calabria	38	38	76	14,2	15,7	14,8
Sicilia	85	83	168	21,3	16,9	18,9
Sardegna	24	14	38	18,3	9,2	13,0
Regione non indicata	185	65	250	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>2.541</b>	<b>2.046</b>	<b>4.587</b>	<b>20,5</b>	<b>13,8</b>	<b>16,5</b>

- = il numero di decessi è troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

299

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere e per area di cittadinanza - Anni 2006-2012

Aree di cittadinanza*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maschi</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,6	8,5	9,2	8,7	10,7	17,2	11,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	16,1	15,5	15,5	14,5	14,0	14,5	15,2
Paesi di nuova adesione UE	20,8	19,6	15,7	15,0	19,7	26,6	21,4
<b>Italiani</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>	<b>21,8</b>	<b>21,1</b>	<b>21,0</b>	<b>20,6</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3	1,0
<b>Femmine</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	7,7	5,1	4,6	7,0	7,8	7,2
Paesi a Forte Pressione Migratoria	6,9	5,6	6,8	5,7	5,6	5,9	6,6
Paesi di nuova adesione UE	6,0	6,5	7,2	5,6	6,8	8,9	8,5
<b>Italiane</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,4</b>	<b>11,3</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,8
<b>Totale</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	9,0	11,8	6,9	6,4	8,6	11,2	8,8
Paesi a Forte Pressione Migratoria	11,2	10,0	10,6	9,4	9,0	9,3	10,1
Paesi di nuova adesione UE	11,5	7,4	10,3	8,6	11,0	14,4	12,6
<b>Italiani</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>	<b>16,7</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>	<b>15,9</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,7	0,4	0,6	0,5	0,5	0,7	0,8

\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di nuova adesione UE entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi. I PSA includono i Paesi della UE-15, gli altri Paesi Europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e al 1 gennaio dell'anno t+1; per gli anni 2010 e 2012 la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e della popolazione straniera residente rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013.

**Tabella 4** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere, causa di decesso e per area di cittadinanza - Anno 2012

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std**			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi popolazione italiana		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,15	0,08	0,10	0,2	0,1	0,1
	Tumori	3,92	3,86	3,92	0,5	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,62	0,98	1,61	0,6	0,2	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,43	0,09	0,22	0,8	0,2	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,71	0,46	1,26	0,8	0,1	0,4
	Altre malattie	1,63	1,73	1,65	0,5	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>11,45</b>	<b>7,20</b>	<b>8,76</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,62	0,28	0,42	0,9	0,4	0,6
	Tumori	5,45	3,44	4,13	0,7	0,4	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,05	1,10	1,85	0,7	0,3	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,37	0,05	0,18	0,7	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,44	0,85	2,01	1,1	0,3	0,6
	Altre malattie	2,31	0,91	1,47	0,6	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>		<b>15,23</b>	<b>6,63</b>	<b>10,06</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,70	0,26	0,39	1,0	0,4	0,6
	Tumori	7,28	4,74	5,35	0,9	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,05	1,24	2,07	0,9	0,3	0,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,48	0,03	0,17	0,9	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	6,17	1,24	2,99	1,9	0,4	0,9
	Altre malattie	2,71	1,03	1,61	0,8	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>		<b>21,40</b>	<b>8,55</b>	<b>12,57</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>
<b>Italia</b>	Malattie infettive e parassitarie	0,69	0,25	0,47	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,28	6,68	7,46	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,34	1,57	2,93	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,54	0,28	0,40	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,20	0,72	1,96	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,58	1,75	2,66	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>		<b>20,63</b>	<b>11,26</b>	<b>15,89</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla 10ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

\*\*Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976) (7).

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti e osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, ad esempio, quelle sul mercato del lavoro e la mancata integrazione sociale ed economica, costituiscono il principale determinante dello stato di salute della popolazione immigrata. Disagio sociale e privazioni, infatti, contribuiscono anche ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente.

Le criticità emergenti dalle questioni sui diritti sociali dei cittadini stranieri sono, senza dubbio, sentinella di

politiche non sempre adeguate e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione. Da considerare, inoltre, come ulteriore fattore discriminante, l'eterogeneità nelle normative vigenti a livello locale, in tema di accesso ai servizi sanitari e tutela della salute degli immigrati.

Non in ultimo, le difficoltà linguistiche e culturali possono agire negativamente sulla possibilità di accesso ai servizi e sulla comprensione delle comunicazioni da parte dei medici e del personale sanitario. Proprio in tale ottica, sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari, il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai

servizi. Per una corretta interpretazione dei risultati si ribadisce, infine, l'importanza di due aspetti relativi alla salute degli stranieri in Italia. Il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che decide di migrare in un altro Paese rispetto a quello di origine, effetto del migrante sano. Questo si traduce in una condizione di salute generalmente buona. Il secondo è il fenomeno del "salmon bias", caratterizzato dal possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata.

Quest'ultimo aspetto si può considerare, però, meno rilevante rispetto al passato a fronte del crescente livello di stabilità soprattutto di alcune popolazioni straniere, più radicate e presenti in Italia.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.
- (2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in "Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica", Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (4) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (5) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n° 3.
- (6) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.