

Salute degli immigrati

Il diritto all'assistenza

Circa 10 anni fa, era il 24 marzo 2000, con la circolare n. 5 il Ministero della Sanità concludeva un processo di ridefinizione delle normative volte a garantire ai cittadini stranieri, presenti nel nostro Paese, l'esercizio del diritto alla salute, in linea con il dettato costituzionale (art. n. 32), ed a regolamentare l'accesso ai Livelli Essenziali di Assistenza. Il percorso era iniziato 5 anni prima, quando il Prof. Elio Guzzanti, Ministro della Sanità nel governo tecnico presieduto da Lamberto Dini, per la prima volta aveva "sdoganato" il diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari e clandestini: un'iniziativa importante che avrebbe portato l'Italia ad avere un assetto normativo in questo ambito tra i più avanzati in Europa, alla stregua della Spagna e della Francia che, però, recentemente hanno corretto in senso restrittivo la propria impostazione. Successivamente, l'On. Rosy Bindi ed il Prof. Umberto Veronesi, Ministri della Sanità tra il 1998 ed il 2001, hanno portato a compimento il processo già avviato, accorpendo, semplificando e completando i profili giuridici per l'assistenza agli immigrati regolarmente presenti. Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è stato quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e dei doveri che regolano l'assistenza sanitaria nel nostro Paese, con una sostanziale parità di condizioni ed opportunità rispetto al cittadino italiano. Per tale ragione, sono stati rimossi alcuni requisiti che nel passato erano ostacoli all'accesso (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale etc.) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione, al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio; ad esempio per i richiedenti asilo, i detenuti etc.). Il diritto all'assistenza è stato, inoltre, esteso agli stranieri presenti in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità, in modo da garantire a queste persone, in aggiunta alle cure urgenti, anche quelle essenziali ed i programmi di medicina preventiva. Per non ostacolare l'accesso alle cure è stato, infine, vietato agli operatori sanitari di denunciare all'autorità giudiziaria gli immigrati clandestini che richiedono aiuto medico.

Tali norme non sono mai state messe in discussione dai diversi governi che si sono susseguiti anche se, negli ultimi anni, si sono manifestate incertezze nelle specifiche politiche e nelle scelte programmatiche.

Un'impostazione di politica sanitaria "inclusiva" deve, però, necessariamente accompagnarsi con una "disponibilità" da parte delle amministrazioni locali, divenute nel tempo le reali protagoniste delle politiche sociali e sanitarie per gli stranieri, a recepire le indicazioni normative ed a renderle operative; ma, proprio in questo ambito, si è evidenziata una preoccupante discontinuità applicativa dovuta agli altalenanti umori politici, nazionali e locali. Per effetto dell'art. n. 117 della Legge Costituzionale n. 3/2001 (Modifiche al titolo V della II parte della Costituzione), la tematica "salute ed immigrazione" è rimasta ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa ai sensi dell'art. n. 1, comma 3, della Legge n. 59/1997) e la legislazione "concorrente" (la tutela della salute è inserita tra le materie in cui la potestà legislativa spetta alle Regioni). Pur essendo, quindi, la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione, anche in ambito sanitario, devono essere implementati e realizzati localmente. Il progressivo decentramento amministrativo e politico sta producendo estrema eterogeneità sul territorio nazionale, con rischio elevato di determinare disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, soprattutto a danno della popolazione immigrata.

Negli ultimi anni si sono avviate delle iniziative che stanno monitorando la definizione delle politiche locali in questo ambito e certamente la novità più interessante è emersa in un Convegno del giugno 2010 presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), quando sono stati presentati i risultati del Progetto "Migrazione e Salute", voluto dal Ministero della Salute e coordinato dallo stesso ISS. È stata prodotta una panoramica delle problematiche sanitarie della popolazione straniera nel nostro Paese e, nel contempo, una mappatura delle politiche di assistenza sanitaria agli immigrati messe in atto dalle diverse regioni e Province Autonome. Il progetto ha preso l'avvio nel 2008 e si è articolato in 6 Unità Operative e 2 Sotto-unità, con un gruppo di lavoro di cui hanno fatto parte *équipe* di ricercatori dell'Ospedale Sant'Andrea di Roma, dell'Università "La Sapienza" con il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, della Fondazione Labos, dell'Area sanitaria Caritas di Roma e dell'ISS. Sono stati, inoltre, coinvolti gli Assessorati alla Salute ed alle Politiche Sociali delle Regioni e delle Province Autonome.

Partendo dagli atti formali, emanati dal 1995 a metà del 2010 (oltre 700 tra leggi locali, piani sanitari, delibere e note), si è proceduto ad analizzare, in modo comparativo, le politiche locali in materia di salute degli immigrati (inclusi rom, richiedenti asilo e rifugiati), allo scopo di individuare quelle più efficaci. L'attenzione è stata rivolta, principalmente, alla presenza eventuale di Linee Guida (variabile 1), alla previsione di un'analisi del

bisogno (variabile 2, istituzione di osservatori; nuovi flussi informativi di cui uno, Osservatorio Salute Immigrati, sull'assistenza sanitaria di I livello agli immigrati irregolari, implementato nell'ambito dello stesso progetto in 3 regioni con il coinvolgimento di 43 ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti), a interventi di prevenzione e di promozione della salute (variabile 3), al ruolo della formazione specifica per gli operatori (variabile 4), al peso della mediazione in sanità (variabile 5), all'assistenza agli irregolari (variabile 6) ed ai comunitari (variabile 7).

Ognuno di questi punti è stato considerato come una variabile da indagare e sono state identificate 3 modalità o classi ordinali che caratterizzassero il livello di avanzamento della politica in relazione a ciascun ambito di analisi. In particolare, è stata definita una griglia nella quale ogni modalità è rappresentata dai valori 1, 2 o 3 che esprimono una specifica definizione della modalità stessa, costruita e condivisa con esperti del settore e con rappresentanti delle regioni: la meno adeguata ha il valore 1 e quella più pertinente il valore 3. La Tabella 1 confronta i risultati per ciascuna variabile nei diversi ambiti territoriali.

La limitazione a sole 3 classi per ciascuna variabile, se da una parte ha ridotto la possibilità di differenziare maggiormente le situazioni locali, dall'altra ha permesso di caratterizzarle e compararle in maniera abbastanza oggettiva.

Successivamente, con una specifica metodologia (attraverso strumenti di calcolo logico ed operativo, secondo la procedura della costruzione e riduzione di uno spazio di attributi), sono stati identificati 2 indici di sintesi delle 7 variabili considerate che permettono confronti nel tempo, attraverso la misura degli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e nello spazio, cioè in ambiti territoriali diversi.

L'analisi delle variabili e la loro rappresentazione cartografica confermano l'eterogeneità delle situazioni locali rispetto alle politiche su immigrazione e salute. Colpisce, innanzitutto, la scarsa attenzione verso il tema della garanzia dell'applicazione delle norme, nazionali e locali, secondo criteri di uniformità e diffusione sul territorio, anche attraverso l'emanazione di specifiche Linee Guida. Si è consolidata, invece, negli anni l'attenzione delle istituzioni sanitarie per l'analisi del bisogno di salute degli immigrati e la metà delle Regioni ha sancito la costituzione di Osservatori dedicati al monitoraggio ed alla valutazione del fenomeno migratorio nei suoi molteplici aspetti e nelle sue ricadute in termini di impatto sanitario. Anche l'analisi della variabile relativa alla prevenzione e promozione della salute mette in rilievo l'importanza di questo aspetto all'interno delle politiche sanitarie locali: si osserva, infatti, che 10 regioni ed 1 Provincia Autonoma hanno prodotto delle indicazioni normative specifiche sul tema, superando una visione di tipo meramente preventivo e favorendo interventi di educazione sanitaria ed anche di rafforzamento delle capacità degli immigrati di avere un controllo sui determinanti di salute. La formazione degli operatori è, generalmente, indicata come asse di intervento delle politiche sanitarie locali e si mantiene alto il livello di attenzione rivolto alla mediazione di sistema, intesa come strategia per creare, in luoghi frequentati da popolazioni con una forte disomogeneità culturale, ambienti di mediazione interculturale in grado di favorire e facilitare la relazione interpersonale tra medici, operatori della salute e pazienti di culture differenti. Tale obiettivo viene raggiunto attraverso la valorizzazione e la messa in comune di differenti competenze e risorse. L'assistenza agli irregolari viene, mediamente, assicurata su tutto il territorio italiano, in linea con le disposizioni normative nazionali e, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai comunitari sprovvisti di copertura sanitaria, altro gruppo in condizioni di particolare fragilità, si osserva un discreto impegno da parte delle politiche locali a tutelarne il diritto alla salute.

Dall'analisi complessiva delle variabili oggetto di studio, sintetizzate nei 2 indici sulle politiche sanitarie locali, emerge, pertanto, che quasi la metà delle regioni ha un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati, ma si rileva anche la presenza di realtà territoriali particolarmente "disattente" (1).

È importante ricordare che il risultato della ricerca deriva dalla lettura e dall'analisi degli atti formali e, quindi, fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzare gli indirizzi delle politiche locali in atti normativi e programmatici, mentre tale produzione normativa potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo; al contrario, potrebbe esserci un'attenzione diffusa in alcuni contesti locali nei confronti del fenomeno, al di là degli atti formali stessi. Questo emerge attraverso l'esperienza dei Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), unità territoriali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che offrono uno sguardo dal basso sulle politiche sanitarie, offrendo chiavi interpretative del fenomeno e promuovendo spesso proposte tecnico-politiche efficaci a livello locale.

I 2 indici sintetici, inoltre, rappresentano la situazione ad oggi delle politiche sanitarie locali, ma non permettono di esplicitare i processi di trasformazione avvenuti in questi ultimi anni; ne deriva che, alcune realtà che hanno maturato in passato esperienze regionali di rilievo e fortemente innovative nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si possono trovare, attualmente, ad avere valutazioni non corrispondenti alla loro storia, tradizione ed esperienza.

La lettura della domanda e dell'offerta

Sempre nel 2000, l'Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) ha presentato un documento sull'accessibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati, dal titolo significativo: "Servizi da riorientare". Il documento, frutto di un intenso lavoro di un gruppo formato da "decisori" (assessori e dirigenti sanitari), è stato il primo tentativo istituzionale di indicare percorsi che potessero adeguare l'offerta dei servizi sanitari alla "nuova utenza" immigrata con un'attenzione all'equità, alla qualità ed all'intercultura (2).

A 10 anni di distanza quel documento rimane isolato; alcuni temi sono stati ripresi nei rapporti sull'integrazione dell'omonima Commissione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ma pur sempre nei primi anni 2000. Tracce di quella impostazione si ritrovano in alcuni Piani Sanitari Regionali, ma il risultato è stato di aumentare le differenze e le disomogeneità tra le realtà locali e di rendere più complesso il fenomeno in termini di *governance* complessiva. È come se il decentramento amministrativo avesse rallentato un processo di "strutturizzazione" del fenomeno migratorio anche in ambito sanitario, che dalla fine degli anni Novanta si era ben avviato. In seguito, il dibattito sull'immigrazione è divenuto sempre più acceso ed ideologico e questo sta condizionando direttamente o indirettamente la definizione delle politiche socio-sanitarie.

Il documento del CNEL concludeva con l'auspicio, ancora oggi assolutamente sottoscrivibile, di realizzare un'organizzazione sanitaria più attenta alle diversità delle condizioni sociali e sanitarie e dei bisogni che ne conseguono, perché ciò non potrà che garantire un livello di assistenza migliore e, quindi, una concreta promozione della salute per tutti.

Per realizzare tutto questo, occorre mettere in campo una capacità di lettura del fenomeno attenta e definita. Non è, quindi, casuale che, ancora all'inizio del 2001, veniva pubblicato il primo rapporto nazionale sulle attività di ricovero ospedaliero a carico di cittadini non italiani, basato sui dati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 1998 (3).

L'analisi dei ricoveri rappresentava un momento importante, in grado di fornire chiavi di lettura originali e, per la prima volta, diventava possibile quantificare oggettivamente la risposta ad un bisogno. Un secondo rapporto è stato pubblicato negli anni successivi, poi le Regioni hanno assunto protagonismo e gli unici rapporti nazionali sono stati, di fatto, quelli dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e, successivamente, a partire dal 2004, le elaborazioni compiute da un gruppo di lavoro costituito da ricercatori di vari Enti nell'ambito del Rapporto Osservasalute.

Sul versante della disponibilità dei dati, a fronte di un crescente utilizzo dei sistemi informativi sanitari a fini di valutazione epidemiologica, si è registrato un progressivo miglioramento della qualità dei dati sanitari e del livello di copertura territoriale, pur in presenza di una certa variabilità tra le diverse regioni ed i diversi flussi informativi.

Parallelamente, è stato compiuto un notevole sforzo per costruire indicatori comuni da utilizzare nei diversi contesti con l'intento di monitorare il fenomeno, sia nel tempo che nello spazio; in questa direzione, un importante contributo è stato fornito da un gruppo di lavoro interregionale, coordinato dalla Regione Marche, che ha proposto un *set* di 36 indicatori calcolabili a partire dai dati dei sistemi informativi correnti su diversi aspetti della salute della popolazione immigrata: ricorso al ricovero ospedaliero, salute materno-infantile, infortuni sul lavoro, malattie infettive e mortalità. Per ciascun indicatore è stata predisposta una scheda informativa in cui sono specificati significato, metodo di calcolo, fonti da utilizzare, validità e limiti (4). Questo lavoro prezioso si misura con alcuni limiti del sistema, come la difformità dell'organizzazione sanitaria in Italia e la diversa capacità locale di rilevare, aggregare, pulire ed analizzare i dati.

C'è anche un altro nodo con cui la comunità scientifica si scontra da qualche anno, quello riguardante la stima della presenza straniera in Italia, indispensabile per costruire alcune misure epidemiologiche (segnatamente i tassi) che al denominatore riportano il dato relativo alla popolazione. Tale criticità, già segnalata dagli autori nel Rapporto Osservasalute 2009, è riconducibile a motivi in parte strutturali ai sistemi di rilevazione (indisponibilità di informazioni dettagliate nei tracciati record, difficoltà operative nei processi di acquisizione/aggiornamento dei dati) ed in parte legate a situazioni congiunturali (ingresso nell'Unione Europea della Romania e Bulgaria e nuove regole per il soggiorno dei comunitari). In conseguenza dell'indisponibilità dei denominatori, lo scorso anno non è stato possibile calcolare tutta una serie di indicatori sui diversi aspetti della salute e dell'assistenza agli stranieri.

Per soddisfare la pressante richiesta di informazioni, determinata anche da disposizioni comunitarie, l'Istat ha fornito alla banca dati dell'Unione Europea (Eurostat) una stima della popolazione straniera residente in Italia per genere, età e Paese di cittadinanza, fornendo i primi dati a livello nazionale relativi al 1 gennaio 2008. Mancano, a tutt'oggi, stime affidabili a livello regionale.

Per cercare di superare il problema, è stato avviato un progetto di ricerca che ha visto coinvolti l'Istat e l'Istituto per gli Affari Sociali-Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori, nell'ambi-

to del quale verrà ricostruita, a partire dai dati del censimento del 2001, la popolazione straniera residente al 1 gennaio 2008, distribuita per genere, singolo anno di età, Paese di cittadinanza e regione di residenza. La metodologia utilizzata prevede l'aggiornamento della popolazione censuaria mediante l'utilizzo dei dati individuali di fonte anagrafica e dei decessi.

In attesa di utilizzare le nuove stime demografiche, non è stato ancora possibile procedere agli aggiornamenti di molti dei *core indicator* previsti dal Rapporto Osservasalute che speriamo, comunque, di recuperare nella versione online.

Volendo azzardare un bilancio di questi 10 anni di storia dell'immigrazione in Italia, possiamo sottolineare, in conclusione, come opportunità e criticità nel tutelare la salute della popolazione straniera si siano costantemente incrociate e confuse, in ambito politico e tecnico, sullo sfondo di un contesto che, anche a seguito della congiuntura economica, non rende certo agevole il percorso. Ma, come affermava il patologo tedesco Rudolf Virchow nel 1848, "...se la medicina vuole raggiungere pienamente i propri fini, essa deve entrare nell'ampia vita politica del suo tempo, e deve indicare tutti gli ostacoli che impediscono il normale completamento del ciclo vitale"; ed in questi termini deve essere interpretato lo sforzo culturale, prima ancora che organizzativo, per implementare politiche eque volte alla promozione del diritto alla salute, che necessariamente deve intendersi senza esclusioni.

Tabella 1 - Valori delle variabili e degli indici per regione

Regioni	Variabile 1 Linee Guida	Variabile 2 Analisi del bisogno	Variabile 3 Prevenzione e promozione	Variabile 4 Formazione	Variabile 5 Mediazione di Sistema	Variabile 6 Assistenza agli irregolari	Variabile 7 Assistenza ai comunitari	Indice Sintetico	Indice 6 categorie
Piemonte	2	3	3	2	3	2	3	3	5
Valle d'Aosta	1	1	2	2	3	2	1	2	3
Lombardia	1	3	2	2	3	1	2	2	3
Bolzano-Bozen	2	1	1	1	1	2	2	1	2
Trento	2	2	3	3	3	3	1	3	5
Veneto	3	3	2	2	2	2	1	2	4
Friuli Venezia Giulia	2	1	1	2	2	3	2	2	3
Friuli Venezia Giulia bis*	2	3	3	3	3	3	2	3	5
Liguria	2	3	3	3	3	2	2	3	5
Emilia-Romagna	2	3	3	3	3	2	2	3	5
Toscana	1	3	3	3	3	2	3	3	5
Umbria	3	2	3	3	3	3	2	3	5
Marche	1	3	3	3	3	2	3	3	5
Lazio	3	2	3	3	3	2	3	3	5
Abruzzo	1	1	3	2	3	2	1	2	3
Molise	1	2	2	2	2	3	2	2	3
Campania	2	3	3	1	2	2	3	2	4
Puglia	3	3	3	3	3	3	2	3	6
Basilicata	1	2	1	2	2	1	1	1	2
Calabria	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Sicilia	3	1	2	2	2	2	2	2	3
Sardegna	1	3	3	3	3	2	2	3	5

*Valore che assumerebbe la variabile e l'indice se non fosse stata abrogata la legge regionale ed il relativo piano sull'immigrazione.

Fonte dei dati: S. Geraci, M. Bonciani, B. Martinelli; Area sanitaria Caritas Roma. Anno 2010.

Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali per regione**Indice di impatto delle politiche sanitarie locali per regione****Sitografia**

(1) www.simmweb.it.

(2) [http://portalecnel.it/PORTALE/documenti.nsf/0/C12575C30044C0B5C125730600567AC6/\\$FILE/Immigrazione%20e%20accesso%20ai%20servizi%20sanitari%20nazionali.pdf](http://portalecnel.it/PORTALE/documenti.nsf/0/C12575C30044C0B5C125730600567AC6/$FILE/Immigrazione%20e%20accesso%20ai%20servizi%20sanitari%20nazionali.pdf).

(3) http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Articoli/sdo_ita_1998.pdf.

(4) http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubb_SaluteImmigrati2009.pdf.

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

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

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.

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
Italia	3.891,2	53,6	15,8	22,4	8,1	0,1	6,5

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2010.

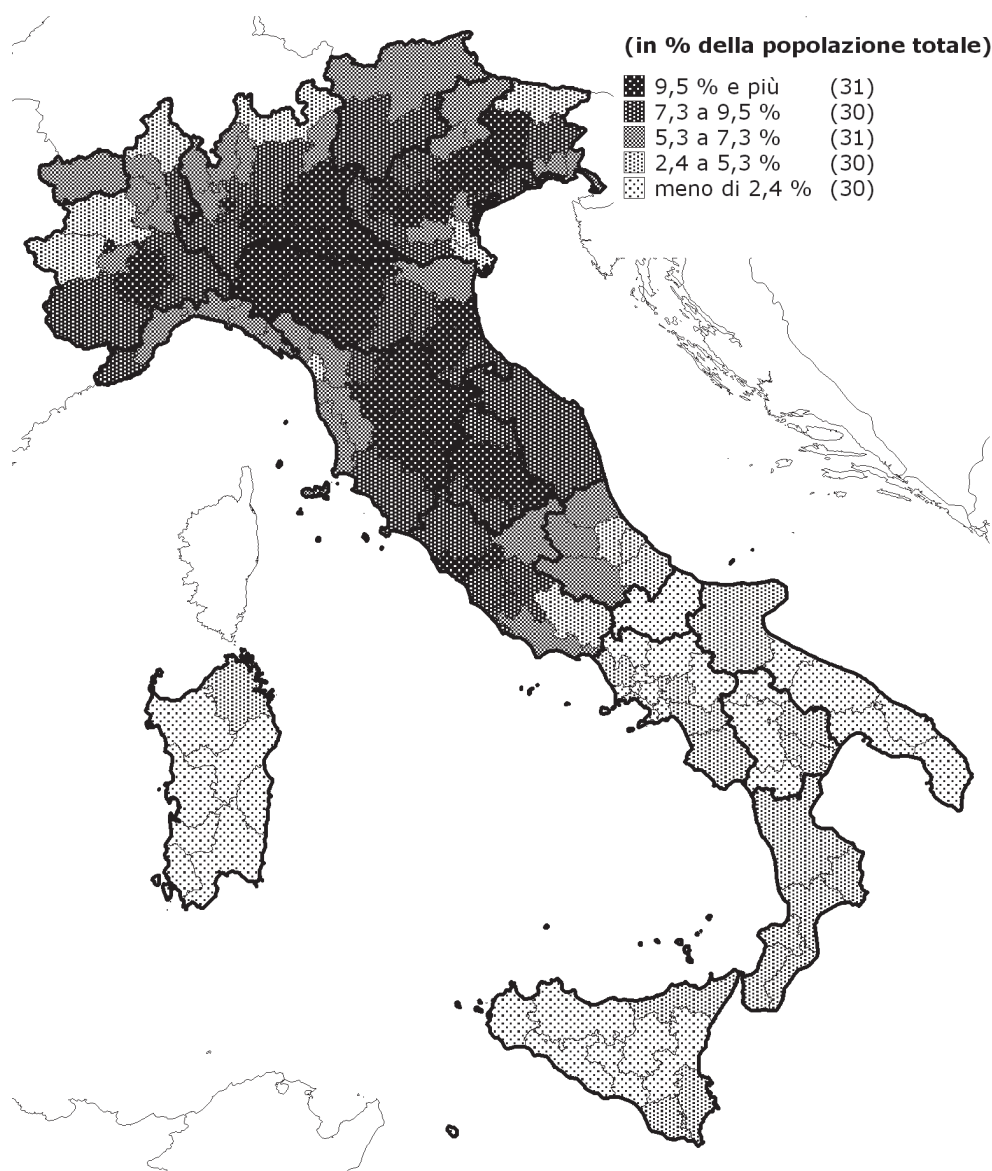
Tabella 2 - Stranieri residenti (migliaia) per regione, genere e cittadinanze prevalenti - Situazione al 31 dicembre 2008

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine					
		Cittadinanza e peso % sul totale						Cittadinanza e peso % sul totale					
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza						
Piemonte	171,6	Rom. 33,4	Mar. 19,2	Alb. 13,2			179,5	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			4,0	Mar. 24,8	Rom. 22,4	Alb. 9,2			
Lombardia	469,2	Rom. 12,7	Mar. 12,1	Alb. 10,6			435,6	Rom. 13,4	Mar. 9,51	Alb. 9,3			
Trentino-Alto Adige	38,6	Alb. 16,1	Mar. 10,7	Rom. 10,2			40,2	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>18,7</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>21,6</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			220,9	Rom. 20,9	Mar. 10,4	Alb. 8,4			
Friuli Venezia Giulia	48,5	Rom. 16,8	Alb. 13,7	Ser. 10,5			46,5	Rom. 18,8	Alb. 13,0	Ser. 9,1			
Liguria	49,4	Alb. 20,3	Ecu. 15,9	Mar. 14,0			55,3	Ecu. 20,7	Alb. 14,4	Rom. 11,6			
Emilia-Romagna	210,4	Mar. 16,8	Alb. 14,3	Rom. 11,9			211,1	Rom. 13,8	Mar. 13,0	Alb. 11,5			
Toscana	149,8	Rom. 22,9	Alb. 18,7	Mar. 9,7			159,8	Rom. 22,7	Alb. 17,3	Cina. 7,7			
Umbria	40,0	Alb. 21,2	Rom. 21,0	Mar. 13,5			46,0	Rom. 24,6	Alb. 15,3	Mar. 8,4			
Marche	64,4	Alb. 18,0	Rom. 12,8	Mar. 12,1			66,6	Rom. 17,1	Alb. 14,9	Mar. 9,4			
Lazio	209,8	Rom. 36,7	Alb. 5,4	Fil. 5,2			240,3	Rom. 34,0	Fil. 7,1	Pol. 6,0			
Abruzzo	32,9	Rom. 24,4	Alb. 21,0	Mac. 8,9			36,8	Rom. 27,1	Alb. 15,8	Ucr. 5,3			
Molise	3,2	Rom. 32,0	Mar. 17,4	Alb. 13,7			4,2	Rom. 34,8	Mar. 9,8	Alb. 9,5			
Campania	54,5	Rom. 16,1	Mar. 14,1	Ucr. 12,1			76,8	Ucr. 30,7	Rom. 14,3	Pol. 4,5			
Puglia	35,3	Alb. 31,7	Rom. 17,1	Mar. 11,0			38,6	Alb. 25,2	Rom. 23,2	Pol. 6,0			
Basilicata	5,1	Rom. 32,3	Alb. 17,0	Mar. 13,4			6,4	Rom. 38,9	Alb. 10,8	Ucr. 9,1			
Calabria	26,3	Rom. 30,4	Mar. 22,7	Bul. 4,9			32,5	Rom. 30,2	Mar. 12,3	Ucr. 12,0			
Sicilia	54,4	Rom. 19,7	Tun. 18,2	Mar. 11,4			60,2	Rom. 28,0	Tun. 9,0	Mar. 7,2			
Sardegna	13,4	Rom. 19,3	Mar. 17,3	Sen. 13,2			16,1	Rom. 25,2	Mar. 9,4	Ucr. 6,7			
Italia	1.913,8	Rom. 19,5	Alb. 12,6	Mar. 12,2			1.977,4	Rom. 21,4	Alb. 10,1	Mar. 8,6			

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.

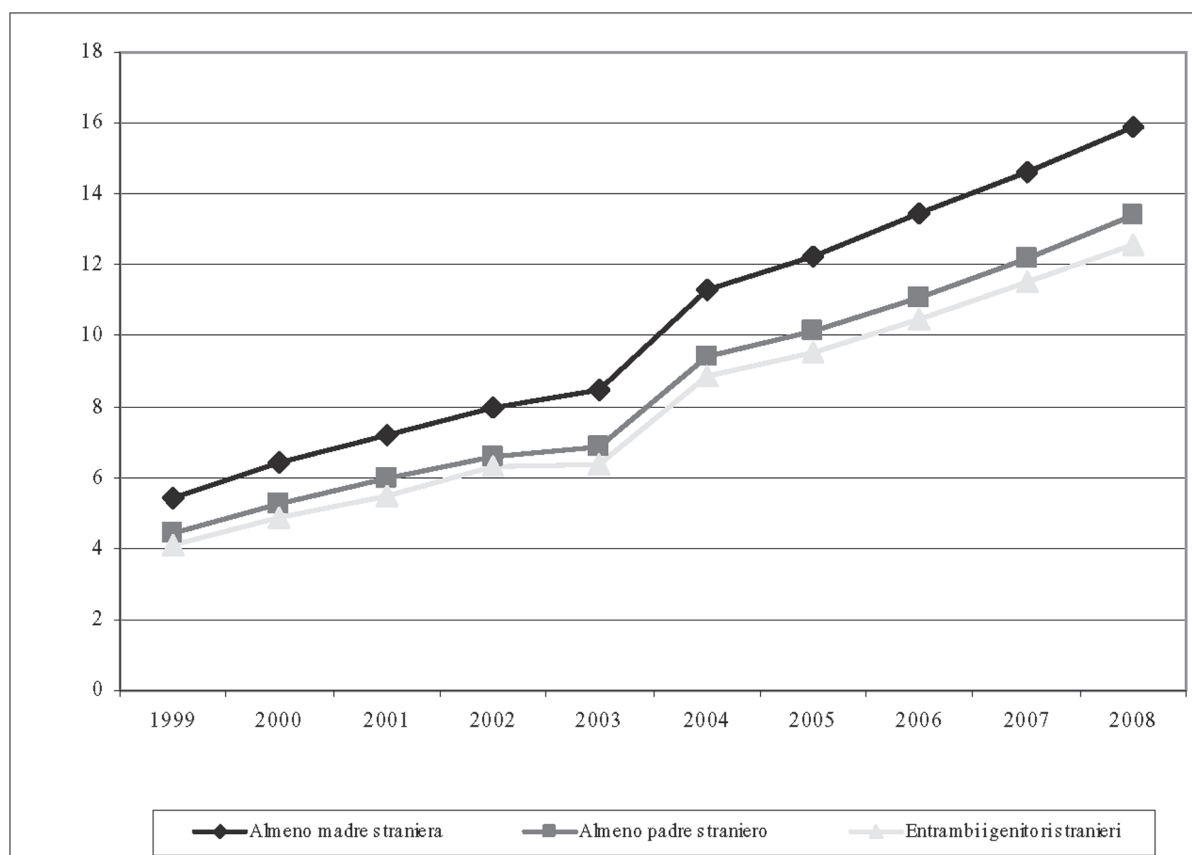
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 19,7% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi 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
Italia	13,4	15,9

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
Italia	19,7	21,5	24,9	8,5	20,1	5,1	0,2

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
Totale	100,0	72.472	100,0	179,6

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 vita¹, 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

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno precedente)}}{\text{Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)}} + \frac{\text{Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno di riferimento)}}{\text{Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità neonatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno precedente)}}{\text{Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente)}} + \frac{\text{Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno di riferimento)}}{\text{Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento)}} \times 1.000$$

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 nascita², 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 italiano³: di

¹I 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.

²Tale 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.

³Questo 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.

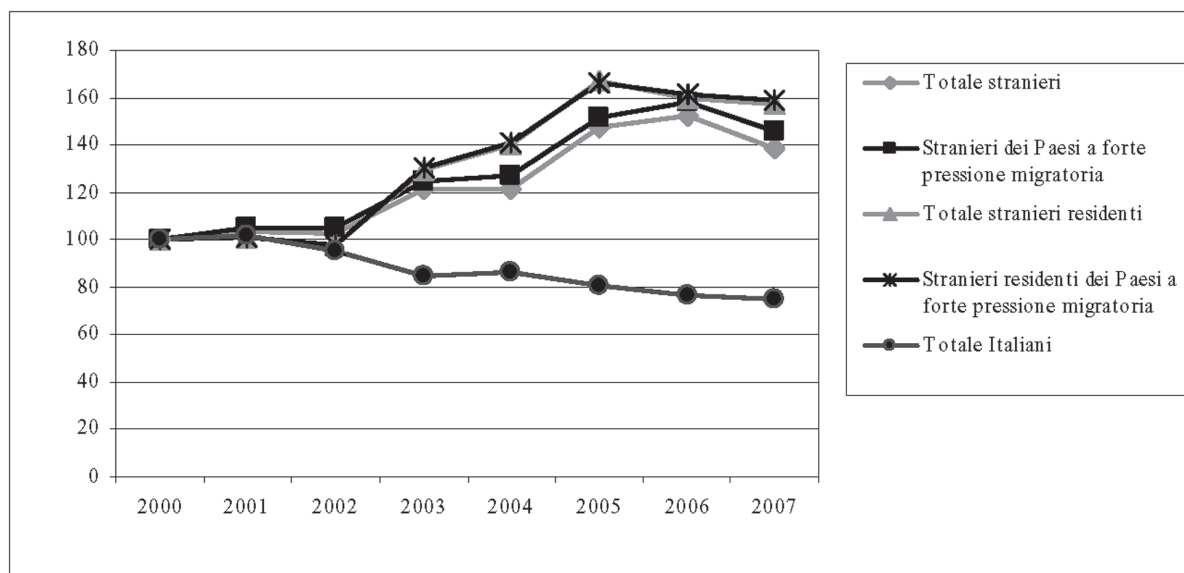
Tabella 1 - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita: stranieri ed italiani a confronto - Anni 2003-2007

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
Totale	1.539	68,6	1.515	67,8	8.862	73,1

*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
Stranieri	3,9	3,1	3,4	3,1	2,6
Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria	3,9	2,8	3,6	3,2	2,6
Italiani	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4

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
Stranieri	6,0	4,6	4,7	4,3	3,9
Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria	6,1	4,2	5,0	4,4	3,9
Italiani	3,7	3,7	3,6	3,4	3,3

*A partire dal 2007 la Repubblica di Serbia e Montenegro costituiscono 2 Stati separati. Sono stati considerati accorpati 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
Stranieri residenti in Italia	2,6	2,6	3,9	3,9

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.

Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare *post-partum* per le donne immigrate

Dott.ssa Angela Spinelli, Dott.ssa Emanuela Forcella, Dott.ssa Simona Asole, Dott. Giovanni Baglio, Dott. Mario Affronti, Dott. Salvatore Geraci, Dott.ssa Patrizia Madoni, Dott.ssa Luisa Mondo, Dott.ssa Maria Grazia Pellegrini, Dott.ssa Maita Sartori, Dott.ssa Gabriella Guasticchi

Introduzione

La gravidanza e le prime fasi del puerperio rappresentano, per le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp), condizioni di maggiore vulnerabilità per la salute materno-infantile. Per tale ragione, l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio ha coordinato, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un progetto per la sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare *post-partum* rivolto alle donne immigrate basato sull'offerta di una visita ostetrica domiciliare a 7-10 giorni dal parto, in 4 regioni (Lazio, Piemonte, Lombardia e Sicilia).

Metodi

La popolazione in studio è costituita da donne provenienti da Pfp che, nel periodo 2008-2009, hanno partorito un neonato di peso ≥ 2.500 g (età gestazionale ≥ 37 settimane e degenza ospedaliera non superiore a 5 giorni), presso alcuni ospedali selezionati nelle 4 regioni aderenti al progetto. Le donne sono state reclutate al momento della dimissione ed assegnate ai gruppi di intervento e controllo in base ad un calendario di arruolamento predefinito.

La sperimentazione ha previsto la somministrazione di un questionario alle puerpere di entrambi i gruppi, al momento dell'ingresso nello studio, ed una visita di controllo presso una struttura sanitaria dopo circa 40 giorni dalla dimissione. Inoltre, solo per le donne del gruppo intervento è stata prevista una visita gratuita da parte di un'ostetrica, a domicilio o in consultorio, a circa 10 giorni dal parto. Nel corso della visita, le ostetriche hanno registrato l'eventuale insorgenza di problemi di salute da parte della mamma e del bambino, offrendo consigli ed indicazioni sulle opportunità assistenziali garantite agli immigrati. I gruppi d'intervento e controllo sono stati confrontati rispetto ad una serie di esiti di salute (fisici e psicologici), alle conoscenze ed all'utilizzo dei servizi socio-sanitari impiegando il test del "Chi quadrato" e modelli di regressione logistica.

Risultati

Sono state coinvolte 741 donne (396 nel gruppo intervento e 345 nel gruppo controllo), con una percentuale di rifiuti pari al 2,4%. La visita ostetrica è stata accettata dal 99% delle donne e di queste solo il 13% ha preferito una sede diversa dal proprio domicilio (in ospedale o presso il consultorio).

La maggior parte delle intervistate proveniva dall'Africa (33%), dall'Est europeo (30%) ed, in misura minore, dall'Asia (20%) e dal Sud-America (17%). L'età media delle donne era di 29 anni in entrambi i gruppi. Si è osservata una prevalenza di donne coniugate o conviventi con partner in Italia (87%). Il livello d'istruzione era, in media, piuttosto elevato (scuola superiore 51%, accesso a studi universitari 22%). Per quanto riguarda l'occupazione, nel 50% dei casi si trattava di casalinghe; tra le occupate, il 30% aveva un contratto regolare. Rispetto alla permanenza in Italia, il 9% delle donne era arrivata nel corso dell'ultimo anno, mentre il 44% risiedeva nel nostro Paese da più di 5 anni. Il 97% delle partecipanti era in possesso di un regolare permesso di soggiorno, soprattutto per ricongiungimento familiare.

Dal confronto fra i 2 gruppi di donne è emersa una prima differenza sulla modalità di effettuazione della visita a 40 giorni: le donne del gruppo intervento si sono recate presso la sede indicata in maggior numero rispetto alle donne controllo (66% vs 49%, $p < 0,001$), queste ultime raggiunte, per metà, solo telefonicamente. Non si sono evidenziate differenze significative tra i 2 gruppi sugli aspetti prettamente clinici (condizioni generali, minzione, alvo, utero, lochiazioni, sutura episiotomica o laparotomica, dolori al seno ed al perineo, dispareunia). Per contro, il "disagio psicologico", misurato attraverso uno *score* ottenuto come sintesi delle diverse variabili che indagavano la sfera interiore, è risultato maggiormente presente fra le donne controllo (33% vs 22%, $p = 0,001$).

Le conoscenze sulle opportunità di accesso ai servizi ed, in generale, sulla salute riproduttiva, sono risultate meno corrette tra le donne controllo rispetto alle donne intervento: in particolare, sull'iscrizione al Pediatra di Libera Scelta (PLS) (18% vs 27%, $p < 0,01$), sulle vaccinazioni (13% vs 19%, $p < 0,05$) e sulla contraccezione (12% vs 41%, $p < 0,001$).

La percentuale di allattamento al seno si è mantenuta più elevata tra le donne che hanno effettuato un parto spontaneo ed, all'interno di questo gruppo, è risultata più alta tra le donne intervento (81% vs 72%, $p < 0,05$).

Anche dopo l'aggiustamento per le caratteristiche socio-demografiche e la storia riproduttiva delle donne, si confermano esiti peggiori tra i controlli per quanto riguarda la sfera psicologica (OR = 1,87; IC95%: 1,23-2,83), le conoscenze non corrette sulle vaccinazioni (OR = 1,79; IC95%: 0,98-3,27) e sulla contraccezione (OR = 4,96; IC95%: 2,95-8,33), il mancato allattamento al seno (OR = 1,86; IC95%: 1,08-3,20) ed i ritardi nell'iscrizione al PLS (OR = 1,95; IC95%: 1,00-3,80).

Conclusioni

L'intervento proposto, basato su una sola visita domiciliare dopo la dimissione per parto, si è dimostrato efficace nel ridurre alcuni esiti negativi, offrendo un valido sostegno alle donne sul piano psicologico e della presa in carico, ma soprattutto nel migliorare le conoscenze ed il grado di consapevolezza rispetto alle scelte di salute (*empowerment*). Tali risultati suggeriscono, inoltre, la possibilità di un'applicazione più estesa del modello d'intervento sperimentato, in favore delle fasce di popolazione più vulnerabili.