

Salute degli immigrati

Nell'ultimo anno si è parlato molto di immigrazione e di problematiche legate alla salute di questa popolazione. Dopo il Censimento generale della popolazione e delle abitazioni del 2011, di cui si riportano nel presente Capitolo alcuni dati più significativi, i cittadini stranieri e comunitari, presenti stabilmente in Italia, si sono attestati intorno a 5 milioni, con una percentuale sulla popolazione residente dell'8,1% (1). La crisi economica e sociale che sta attraversando il nostro Paese ha ridimensionato la dinamica migratoria; tuttavia, continuano a registrarsi leggeri aumenti, anche in considerazione del fatto che ogni anno nascono in Italia circa 80.000 bambini da genitori entrambi non italiani (2).

A far parlare di immigrazione, però, non sono state queste presenze stabili, ma piuttosto l'emergenza di un fenomeno particolare come quello dei profughi, che arrivano in Italia, spesso non scegliendola come meta definitiva, in fuga da condizioni di guerra, violenza o povertà estrema. Questo fenomeno non è nuovo per il nostro Paese che, già nel 2011, aveva toccato il picco di oltre 64.000 persone arrivate via mare (prevalentemente a Lampedusa e sulle coste siciliane), alcune delle quali hanno poi richiesto protezione internazionale. Nel 2014 si sono raggiunte, però, dimensioni inaspettate, sia perché l'instabilità politica internazionale nel Sud del mondo e nel Medio Oriente ha raggiunto livelli molto alti, sia perché l'Italia, a seguito del dramma dell'ottobre 2013, quando oltre 380 immigrati sono morti a pochi metri dalla costa lampedusana, ha avviato un'operazione di soccorso in mare definita "Mare Nostrum" (18 ottobre 2013 - 31 ottobre 2014) che ha realizzato 558 interventi con il salvataggio, da parte di navi della Marina Militare, di 100.000 persone e l'arresto complessivo di 728 scafisti. L'anno si è concluso con un bilancio di quasi 170 mila profughi provenienti complessivamente da 77 Nazioni. I siriani sono circa un quarto, seguono eritrei, somali e maliani. Quasi il 15% è rappresentato da minori dei quali la metà non accompagnati (questi ultimi arrivano soprattutto da Eritrea, Egitto, Somalia e Gambia). Tra gli adulti le donne sono circa il 13%. Nel 2014, alcune stime parlano di oltre 3.500 persone morte nel tentativo di raggiungere le coste europee. Al 31 dicembre 2014 venivano segnalate nelle strutture di accoglienza oltre 66.000 presenze (erano 22.118 alla fine del 2013): circa il 54% in sedi temporanee attivate per l'occasione, circa il 14% in strutture governative e circa il 32% in strutture del Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati. Tutte le Regioni e Province Autonome (PA) sono state coinvolte nell'accoglienza: in particolare, la Sicilia ha accolto circa il 22% dei profughi, il Lazio circa il 13%, la Puglia e la Lombardia circa il 9% ciascuna. Alla stessa data sono state presentate quasi 65.000 domande di protezione internazionale (circa il 144% in più rispetto al 2013) prevalentemente da nigeriani, maliani, gambiani, pakistani e senegalesi. Solo al quindicesimo posto troviamo i siriani, che hanno preferito lasciare l'Italia per chiedere asilo in altri Stati dell'Unione Europea. A fronte delle oltre 36.000 richieste d'asilo esaminate nel 2014, sono stati riconosciuti rifugiati circa il 10%, è stata data un'altra forma di protezione a oltre il 52%, mentre circa nel 38% dei casi si è arrivati a un diniego.

Questi numeri ben rappresentano l'enorme impatto organizzativo, emotivo e mediatico di tale fenomeno. Non sono mancati allarmi e paure anche in riferimento alla salute, alimentati in modo strumentale e fuorviante dalla concomitante emergenza ebola. In particolare, durante l'estate, si sono rincorse notizie e denunce, mai confermate, di focolai di tubercolosi (TBC), lebbra, malattie sessualmente trasmissibili, addirittura di un ipotetico caso di vaiolo (si trattava in realtà di varicella) che hanno innescato un'inutile e dannosa polemica politica e accresciuto pregiudizi e tensioni.

I dati riportati in questo Capitolo su TBC, epatiti, *Acquired Immuno Deficiency Syndrome/Human Immunodeficiency Virus*, seppur non riferiti all'anno 2014, ridimensionano ancora una volta il peso delle malattie infettive tra gli immigrati, anche se questo rimane un ambito da presidiare e sorvegliare costantemente; spostano, invece, l'attenzione sulla transizione epidemiologica in atto (dalle malattie acute verso le cronico-degenerative) e il peso degli stili di vita che si presentano anche durante la gravidanza (*Box* "Valutazione GenitoriPiù: le disuguaglianze in salute dal periodo periconcenzionale ai primi anni di vita") e che determinano disuguaglianze negli esiti di salute e nel carico di malattia. Anche tra i profughi, nel corso del precedente afflusso numericamente rilevante del 2011, quando è stata attivata una sorveglianza sindromica (da maggio 2011 a giugno 2013 - *Box* "Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei Centri per Immigrati, in Italia negli anni 2011-2013"), non si sono configurate emergenze sanitarie. La maggior parte degli "allarmi statistici" era dovuto a un aumento di casi registrati al momento dello sbarco in Italia, legati alle difficili condizioni di viaggio.

Se il fenomeno dei profughi ha giustamente monopolizzato l'attenzione, il 2014 sarebbe dovuto essere l'anno della messa a regime dell'Accordo approvato il 20 dicembre 2012 (prot. n. 255/CSR) dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PA, recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane". Come già ampiamente descritto nel Capitolo dello scorso anno (Rapporto Osservasalute 2013, pagg. 223-230), pur essendo il documento oggetto dell'Accordo sopra citato frutto di quasi 2 anni di confronto e approfondimento nell'ambito di un Tavolo tecnico della Commissione Salute, di circa 1 anno di lavoro del Ministero della Salute e di altri gruppi tecnici e nonostante l'approvazione all'unanimità, attualmente non tutte le realtà locali lo hanno applicato, alimentando così le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari a carico della popolazione immigrata. Alla fine del 2014, solo 10 regioni (Lazio, Campania, Puglia, Liguria, Calabria, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Abruzzo e Toscana) e la PA di Trento si erano "allineate" formalmente all'Accordo; l'Emilia-Romagna e la Lombardia non lo hanno ratificato, ma lo applicano per quanto concerne l'assistenza ai minori con i genitori in condizioni di irregolarità giuridica, seppur con approcci diversi. E proprio su questo punto si registra la maggiore difformità applicativa anche tra le regioni che hanno ratificato l'Accordo: Sicilia, Toscana, Abruzzo e PA di Trento hanno avviato applicativi percorribili; qualche incertezza in Puglia, Friuli Venezia Giulia e Umbria (che, però, non ha ratificato l'Accordo); Lazio, Campania e Liguria hanno previsto l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale dei soli minori con codice fiscale, ma coloro che non ne sono in possesso non riescono ad ottenere il Pediatra di Libera Scelta.

Un attento monitoraggio di alcuni indicatori e delle politiche sanitarie locali ed un'integrazione tra fonti e competenze, sono presupposti per una corretta e razionale azione di *governance*. A livello nazionale, vi sono diversi segnali incoraggianti:

- il ruolo determinante di indirizzo che va assumendo il Ministero della Salute con la promozione di Tavoli nazionali sulla salute dei rom, sinti e camminanti, per la realizzazione di indicazioni per la presa in cura delle vittime di violenza e tortura e per la ridefinizioni di capitolati per la gestione sanitaria dei centri di accoglienza e delle emergenze in genere;
- il riavvio dei lavori del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari" del Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PA che, nell'ultimo anno, si è impegnato nella definizione di un Protocollo per l'identificazione e l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati e su proposte per un monitoraggio dell'offerta dei Livelli Essenziali di Assistenza alla popolazione immigrata attraverso indicatori;
- il consolidamento delle attività di epidemiologia e sanità pubblica promosse dall'Istituto Nazionale Salute Migrazione e Povertà nell'ambito della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà;
- il coinvolgimento nei vari ambiti di riflessione e analisi tecnica di *partner* scientifici istituzionali e non (Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Nazionale di Statistica-Istat, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e altre società scientifiche e organizzazioni) e a livello locale con la condivisione di esperienze innovative ed efficaci e con l'applicazione puntuale e, comunque, non riduttiva di quanto deciso a livello nazionale. Tutto ciò in una logica di contrasto alle disuguaglianze di cui gli immigrati sono spesso inconsapevoli protagonisti.

Per concludere, occorre richiamare ancora una volta l'attenzione sull'annosa questione dei dati e delle misure epidemiologiche utilizzate per monitorare lo stato di salute della popolazione immigrata e l'accesso ai servizi. Già in passato abbiamo sottolineato i problemi di disponibilità e qualità delle informazioni necessarie per identificare gli stranieri all'interno dei flussi sanitari correnti e dei registri di patologia, oltre alla *vexata quaestio* dei denominatori.

Rispetto al primo punto, permane l'indisponibilità della variabile "Paese di cittadinanza" nell'attuale sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute, limitatamente alle patologie di classe III di cui fa parte anche la TBC. Per il calcolo del tasso di incidenza, quindi, vengono utilizzati al numeratore i casi relativi a stranieri "nati all'estero", mentre al denominatore l'unico aggregato demografico disponibile è quello dei "cittadini stranieri residenti" in Italia (dal quale, peraltro, sono esclusi i non residenti e gli irregolari). Questo disallineamento tra numeratore e denominatore, di fatto, impedisce di costruire dei veri e propri tassi, ma solo misure orientative di occorrenza. Problemi analoghi riguardano il valore di riferimento/benchmark che, nel caso della TBC, è stato costruito sulla popolazione nazionale totale e non sugli italiani.

Per quanto riguarda più in generale la stima dei denominatori, la scelta di utilizzare per l'anno 2011 i dati del Censimento ha il difetto di non essere ripetibile per il futuro, mentre a tutt'oggi non è possibile costruire, sulla base dei flussi correnti Strasa e P3, stime della popolazione straniera residente per regione, genere, anno di età

e Paese di cittadinanza.

L'Istat sta realizzando importanti innovazioni sia sul lato delle statistiche demografiche che delle statistiche sulla popolazione immigrata, che auspichiamo risolveranno gran parte dei problemi che non permettono allo stato attuale di costruire misure epidemiologiche attendibili e stabili nel tempo.

In particolare, le statistiche demografiche saranno basate non più su dati aggregati (quali i flussi Strasa e P3), ma su microdati di *stock* e di flusso incorporando nella produzione statistica i dati della costituenda Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente e dell'Anagrafe Virtuale Statistica¹.

Per quanto riguarda la popolazione immigrata, l'Istat ha pianificato l'arricchimento dei dati relativi alla popolazione residente straniera con la quantificazione della presenza straniera in Italia (tramite la stima della popolazione non comunitaria regolarmente presente, ma non residente e della popolazione comunitaria presente in Italia non iscritta in Anagrafe); verranno, inoltre, realizzate attività per la stima degli stranieri presenti in maniera irregolare sul territorio italiano.

Riferimenti bibliografici

(1) Bilancio demografico nazionale, Istat 2014.

(2) Natalità e fecondità della popolazione, Istat 2014.

¹Anagrafe alimentata e aggiornata con continuità dai microdati degli eventi di variazione anagrafica intercomunali.

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
Italia	4.027,6	27,5	25,5	14,4	6,6	17,7	7,8	0,4

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	
Italia	1.881,0	Rom. 19,0	Alb. 12,5	Mar. 11,7	2146,6	Rom. 21,7	Alb. 10,1	Mar. 8,7	

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 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-

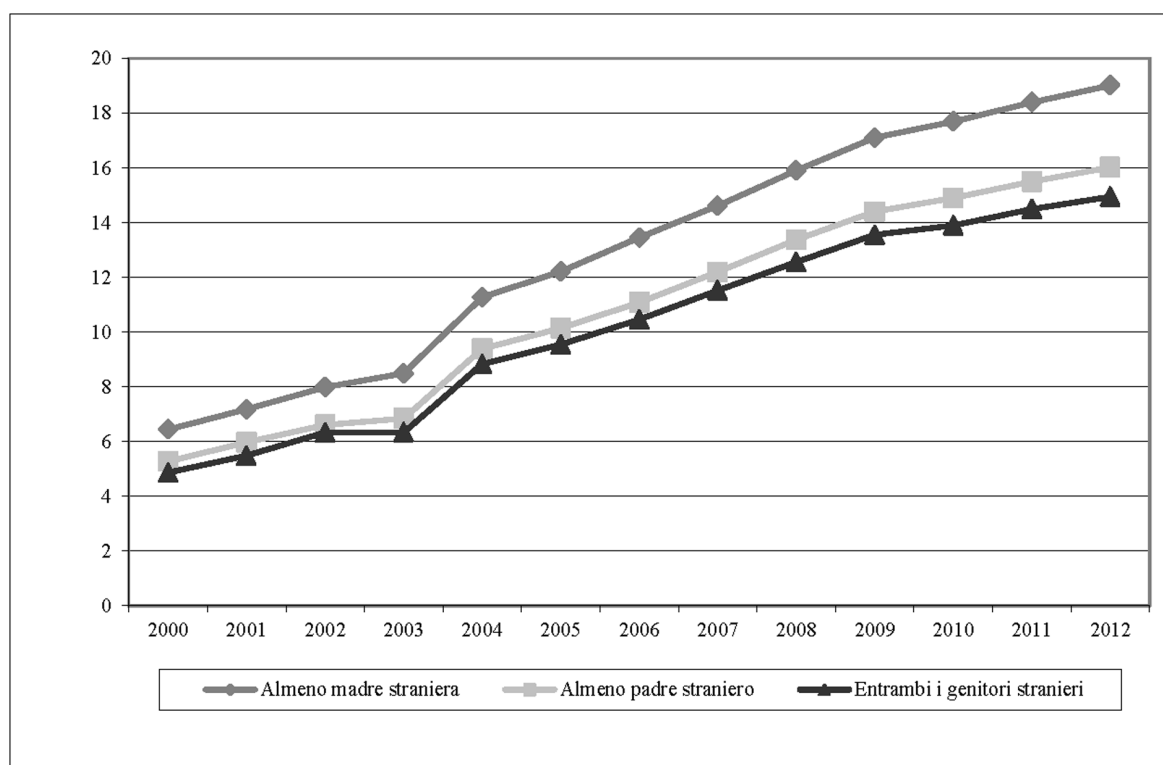
vata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (23,7%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,8%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei 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
Italia	4,1	1,1	15,0

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
Italia	20,6	21,2	23,9	8,4	20,9	4,8	0,2

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
Totale	100,0	79.894	100,0	2,3

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)¹ 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.

¹Si 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	2003	2004	2005	2006	Ricoveri Ordinari		2009	2010	2011	2012
					2007	2008				
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 PFFPM	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
Totale ricoveri	8.799.495	8.709.500	8.587.521	8.527.212	8.272.500	8.122.885	7.995.951	7.784.364	7.459.466	7.261.942
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 PFFPM	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
Totale ricoveri	3.628.309	3.877.944	3.985.600	3.917.701	3.653.613	3.564.606	3.257.001	3.093.053	2.888.162	2.590.232
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 PFFPM per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2009, 2011

Anni	Dimessi PFFPM	Ricoveri Ordinari			Day Hospital							
		Maschi Tassi std PFFPM	Femmine Tassi std PFFPM	Tassi std italiani	Maschi Tassi std PFFPM	Femmine Tassi std PFFPM	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.

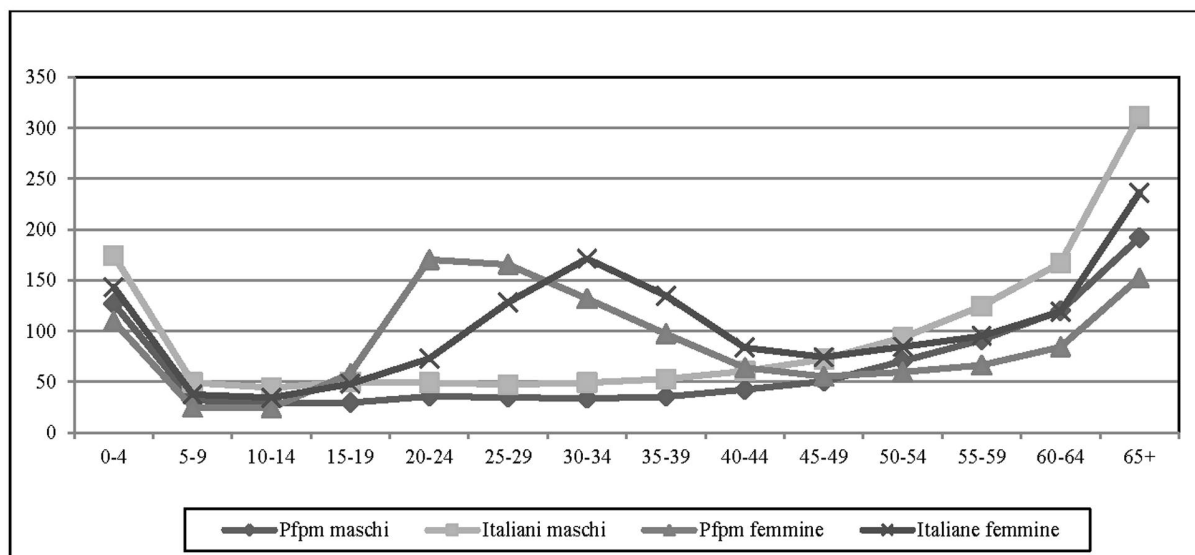
Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) per regione e regione di ricovero - Anno 2012

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
Italia	393.557	5,4	89,8	125.184	4,8	27,3

*Dati 2011.

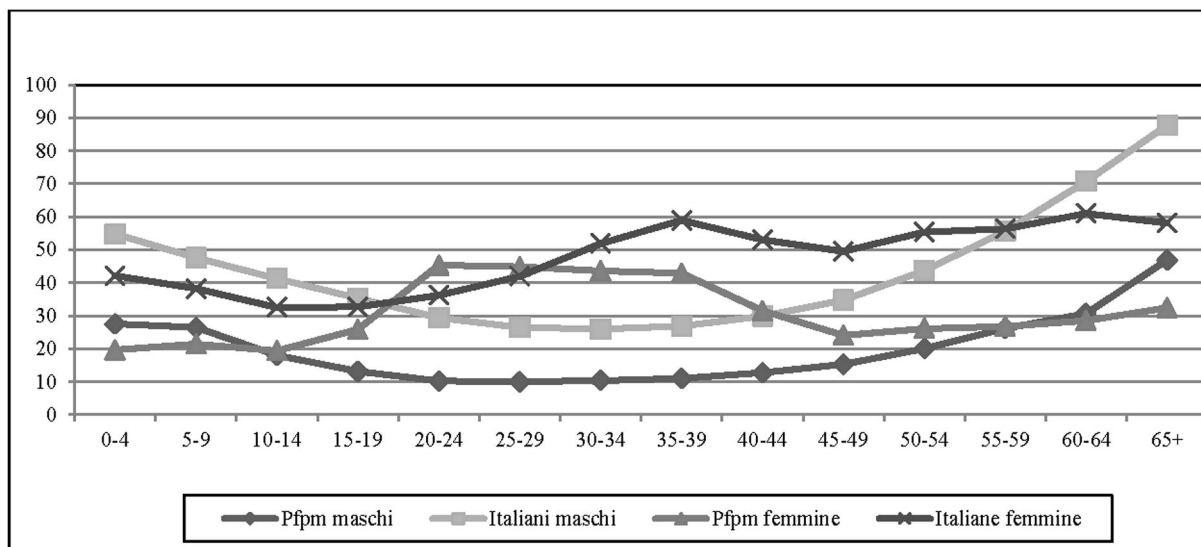
**I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni, probabilmente per problemi di qualità dei dati SDO.

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	Tassi std residenti PFPM	Dimessi PFPM	% solo tra le maggiorenni	Tassi std residenti PFPM			
Non indicato	45	0,0	-	65	0,0	-	-	-	-
I - Malattie infettive e parassitarie	7.219	5,4	2,6	5.634	2,1	1,5	2,0	2,0	1,8
II - Tumori	6.201	4,7	7,4	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	0,5	1.305	0,5	0,4	0,6	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	4.518	3,4	1,4	4.909	1,9	1,9	1,6	1,6	3,1
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	6.166	4,6	3,9	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	0,6	1.588	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
VII - Malattie sistema circolatorio	12.271	9,2	16,2	9.277	3,5	3,9	9,5	9,5	15,1
VII.2 - Malattie del cuore	8.207	6,2	11,1	5.353	2,0	2,2	6,0	6,0	9,2
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	14.881	11,2	8,3	10.838	4,1	2,6	5,3	5,3	7,9
VIII.1 - Infezioni respiratorie	9059	6,8	4,0	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	0,2	579	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	15.599	11,7	9,2	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	2,4	4.528	1,7	1,7	2,0	2,0	2,9
X - Malattie apparato genito-urinario	6.336	4,8	5,0	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	0,8	1.172	0,4	0,4	0,5	0,5	0,9
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6.511	4,9	4,1	7.053	2,7	2,8	5,1	5,1	8,2
XIV - Malformazioni congenite	3.097	2,3	0,8	2.508	1,0	0,4	0,7	0,7	1,2
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	5.928	4	1	5.009	1,9	0,0	1,1	1,1	1,3
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	6.657	5,0	3,6	7.480	2,8	2,2	3,3	3,3	4,7
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	21.244	16,0	8,1	9.582	3,6	3,4	4,9	4,9	9,1
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	10.041	7,6	4,4	11.870	4,5	2,5	5,0	5,0	6,5
Totale	132.902	100,0	79,9	262.619	100,0	100,0	101,1	101,1	124,3

- = 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	0,7	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	-	-	-	-	-	-	43,5	9,8	4,9	4,9
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.211	0,6	1,5	3,9	0,6	1,5	37,5	8,4	3,3	3,3
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.611	1,4	3,5	9,7	1,4	3,5	1,0	0,4	1,0	1,0
XIV - Malformazioni congenite	1.609	0,4	1,0	0,7	0,4	1,0	3,9	1,8	4,1	4,1
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	91	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,8	0,8
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	945	0,4	1,2	1,3	0,4	1,2	0,1	0,0	0,0	0,0
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	2.561	1,0	1,8	8,8	1,0	1,8	1,1	0,4	1,1	1,1
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	5.725	4,3	7,1	14,0	4,3	7,1	1,5	0,5	1,2	1,2
Totale	38.950	22,5	47,8	100,0	22,5	47,8	100,0	32,2	49,8	49,8

- = 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 PFP	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)¹.

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%).

¹I 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.

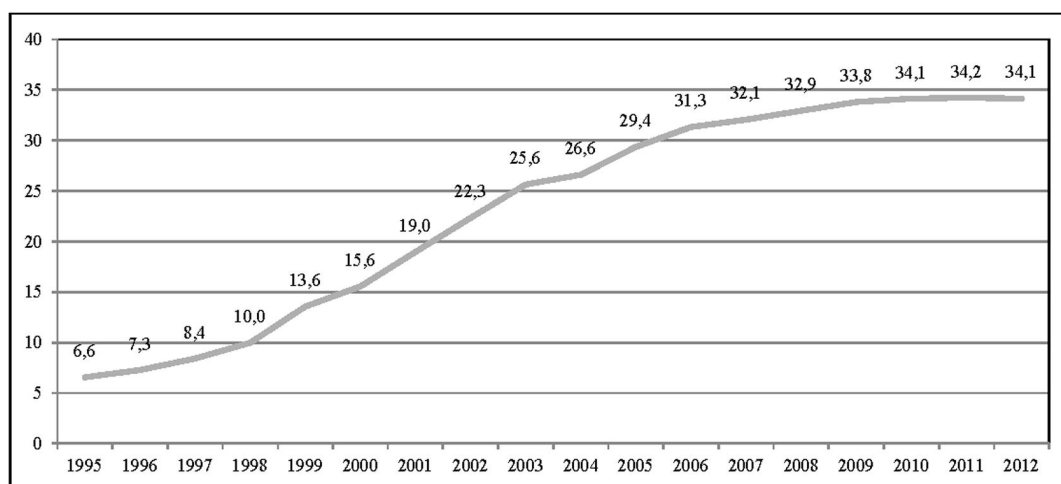
Per le cittadinanze più numerose, cioè per quelle cui corrisponde un elevato numero di IVG, è stato effettuato un approfondimento, calcolando l'indicatore standardizzato.

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



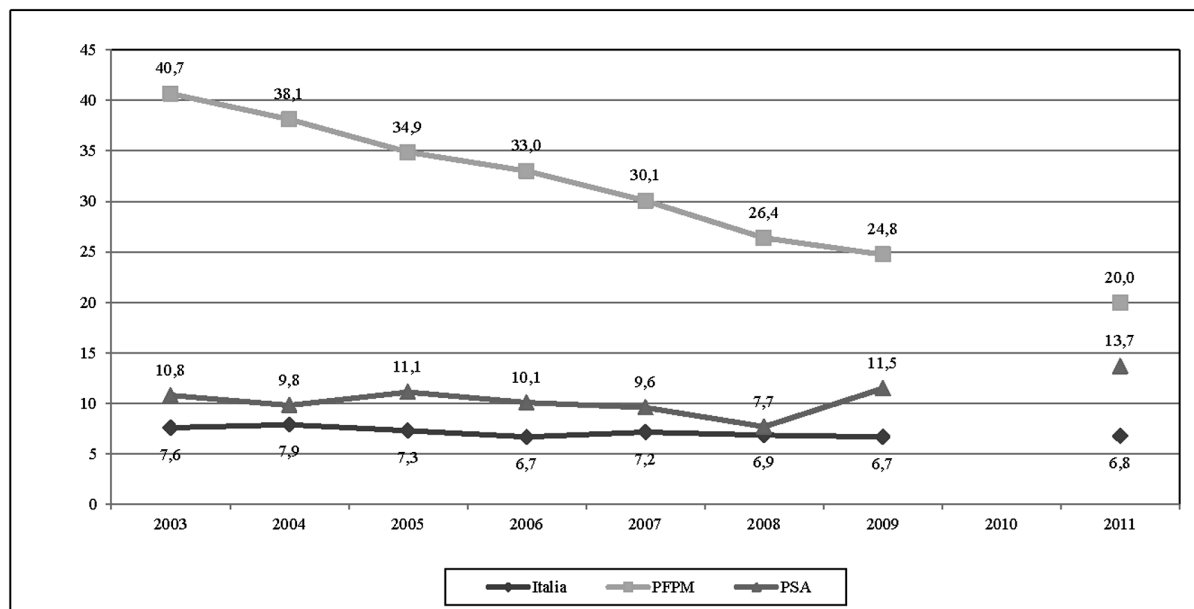
Fonte dei dati: Istat. Indagini sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni vari.

Tabella 1 - Percentuale di Interruzione Volontaria di Gravidanza di donne straniere dei PFPM per regione - Anni 2003, 2009, 2011

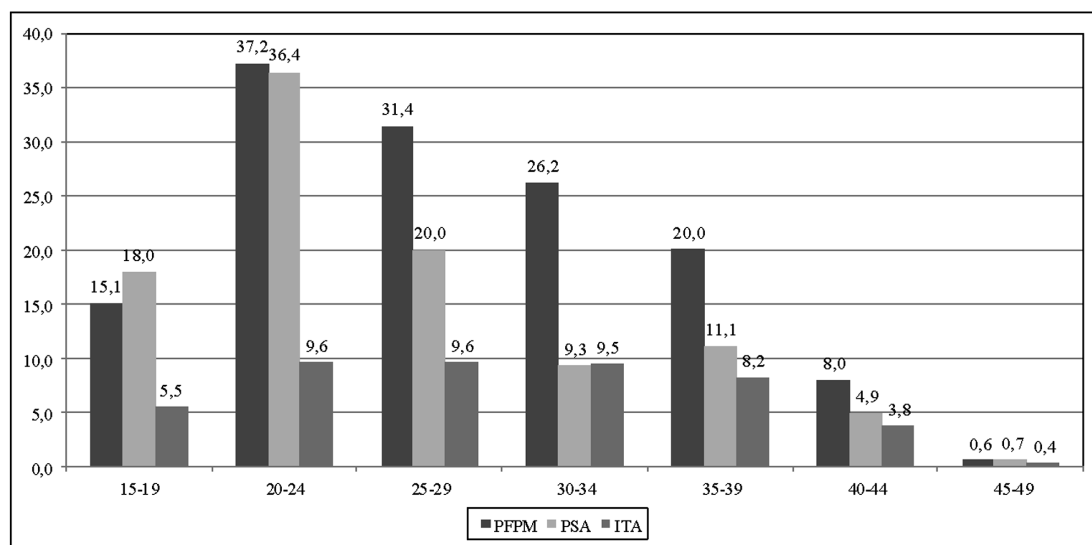
Regioni	2003	2009	2011
Piemonte	23,2	36,2	38,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3
Lombardia	33,7	39,6	40,9
Trentino-Alto Adige	18,4	35,5	38,9
Veneto	30,6	42,9	44,4
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0
Liguria	26,4	36,7	38,7
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5
Toscana	23,8	37,5	41,6
Umbria	34,9	44,2	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
Italia	21,2	30,0	31,6

*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.
- (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.

Fattori di rischio tra gli stranieri in Italia: fumo, obesità e alcol

In questa Sezione si procederà all'analisi descrittiva dei principali indicatori relativi alla diffusione dei fattori di rischio per la salute nella popolazione straniera residente in Italia. Le dimensioni analitiche osservate fanno riferimento al consumo di tabacco, all'eccesso di peso e all'abuso di alcol, considerate tradizionalmente tra le principali determinanti di rischio per le condizioni di salute della popolazione.

La fonte dei dati è la rilevazione campionaria "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" che l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) ha svolto nel 2011-2012 intervistando circa 10.000 famiglie con stranieri residenti in Italia. L'indagine, condotta con tecnica *Computer Assisted Personal Interview* attraverso interviste faccia a faccia, con questionario tradotto in dieci lingue, ha utilizzato quesiti specifici per indagare le abitudini di consumo di bevande alcoliche, di consumo di tabacco e il peso e l'altezza per il calcolo dell'Indice di Massa Corporea (IMC)¹. Per ciascuna famiglia sono stati intervistati tutti i componenti con cittadinanza straniera o naturalizzati (italiani per acquisizione)², per un totale di circa 21.000 individui stranieri di tutte le età. Inoltre sono state raccolte informazioni socio-strutturali per gli eventuali componenti italiani (dalla nascita) presenti nella famiglia, al fine di ricostruire le diverse tipologie di famiglie con stranieri.

Punto di forza di questo contributo è la possibilità di delineare gli stili di vita e i connessi fattori di rischio per la salute delle prime dieci collettività straniere presenti in Italia, tenendo conto di analogie e differenze tra i diversi gruppi di cittadinanze e la popolazione italiana. Il contributo permette anche di confrontare gli stili di vita della popolazione italiana e di quella straniera nel suo complesso. I dati della popolazione italiana si riferiscono all'Indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana" (anno 2012). Per il confronto tra la popolazione straniera e quella italiana sono stati utilizzati tassi standardizzati per età³ e la popolazione standard utilizzata è la popolazione straniera al Censimento 2011. Per le due popolazioni considerate si fa riferimento alle persone di 14 anni ed oltre.

Le dimensioni di approfondimento e i relativi indicatori dei fattori di rischio della popolazione straniera sono così articolati:

- Abitudine al fumo di tabacco: percentuale di cittadini stranieri/italiani per abitudine al fumo;
- Sovrappeso ed obesità: percentuale di cittadini stranieri/italiani per IMC⁴;
- Consumo e abuso di bevande alcoliche: percentuale di cittadini stranieri/italiani per consumo di bevande alcoliche, consumo giornaliero non moderato, *binge drinking*, consumatori con almeno un comportamento a rischio nell'uso di alcol.

Il contributo conoscitivo dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione straniera è uno strumento funzionale alla programmazione di politiche di prevenzione e di contenimento di abitudini che a lungo termine possono essere dannose per lo stato di salute. L'introduzione di opportune politiche di prevenzione, che possono favorire il controllo di patologie legate a stili di vita dannosi, dovrebbe comprendere anche azioni rivolte alla popolazione straniera presente in Italia. In particolare, gli interventi andrebbero differenziati per specifici gruppi nazionali, tenendo conto anche della diversa presenza sul territorio e della struttura per età che presentano le diverse collettività. La presenza ormai stabile di numerose comunità straniere sul territorio italiano induce a ritenere che, a parità di altre condizioni, i comportamenti dannosi per la salute oggi diffusi tra queste collettività mostreranno i loro maggiori effetti nel futuro, man mano che avanzeranno con l'età le generazioni che compongono l'attuale popolazione straniera caratterizzata da una elevata presenza di giovani e adulti.

¹I quesiti sono contenuti nel modulo *ad hoc* sulle condizioni di salute e accesso ai servizi sanitari realizzato su interesse e a seguito del finanziamento del Ministero della Salute, Dipartimento della prevenzione e della comunicazione. Il questionario è accessibile e scaricabile dal sito dell'Istat alla pagina <http://www.istat.it/it/archivio/10825>.

²Sono considerati naturalizzati i cittadini stranieri alla nascita e divenuti italiani per acquisizione (matrimonio, adozione, nascita e prolungata residenza in Italia fino ai 18 anni di età, residenza prolungata in Italia, altro motivo).

³I tassi standardizzati, ottenuti con il "metodo diretto" consentono di confrontare in modo semplice e corretto i livelli di un fenomeno demografico nel tempo o nello spazio controllando l'effetto delle differenze di struttura per età delle popolazioni. I tassi standardizzati indicano, dunque, i livelli che si sperimenterebbero nelle diverse popolazioni di cittadinanza se le loro specifiche caratteristiche venissero applicate a una identica struttura per età, quella della popolazione scelta come standard (popolazione tipo). La formula del tasso standardizzato per età è riportata nel Capitolo "Descrizione degli Indicatori e Fonti dei dati".

⁴A differenza degli altri indicatori, l'IMC è stato calcolato per la popolazione di 18 anni ed oltre.

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-

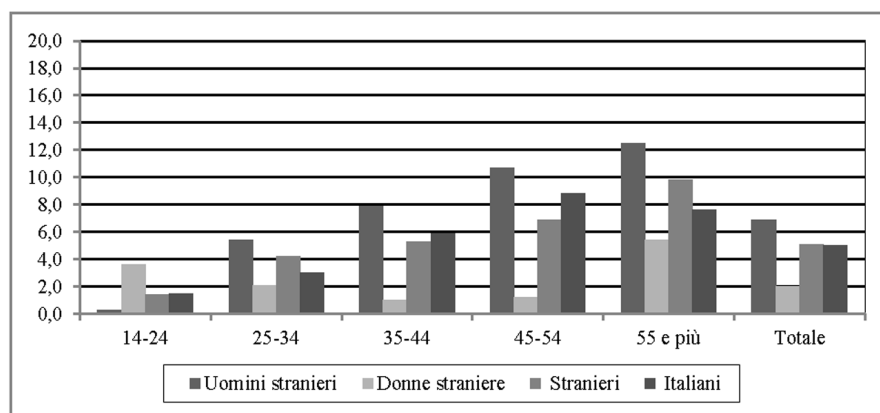
zione più adulta, in particolare per gli italiani nella classe di età 45-54 anni (8,8%) e per gli stranieri nella classe di età 55 anni ed oltre (9,8%).

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
Stranieri	32,4	15,1	23,2	16,1	10,2	12,9	51,5	74,7	63,9
Italiani	32,5	19,5	25,8	21,8	15,9	18,8	45,7	64,6	55,4

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*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Cittadini stranieri/italiani di 18 anni ed oltre per Indice di Massa Corporea}}{\text{Cittadini stranieri/italiani di 18 anni ed oltre}} \times 100$$

*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.

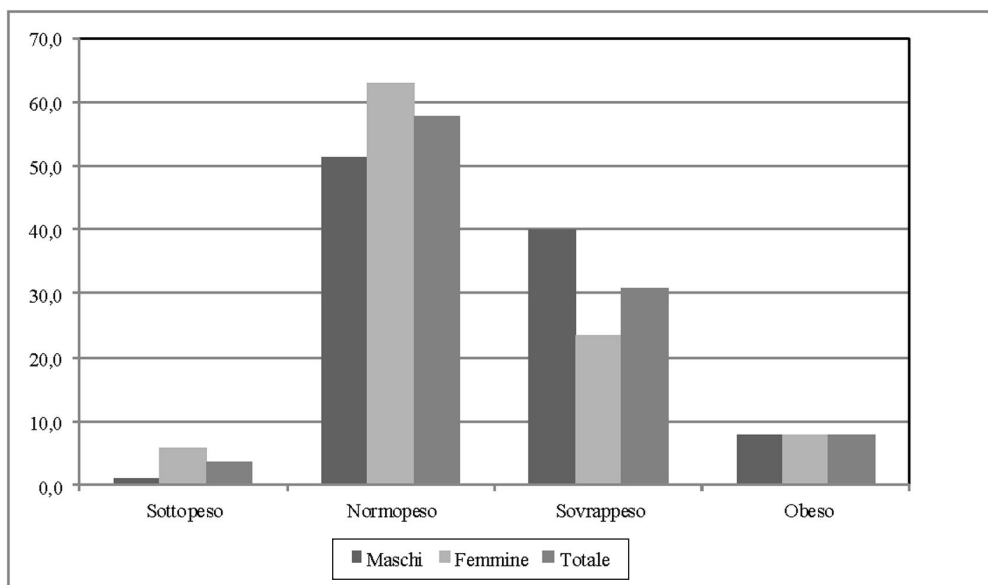
Descrizione dei risultati

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).

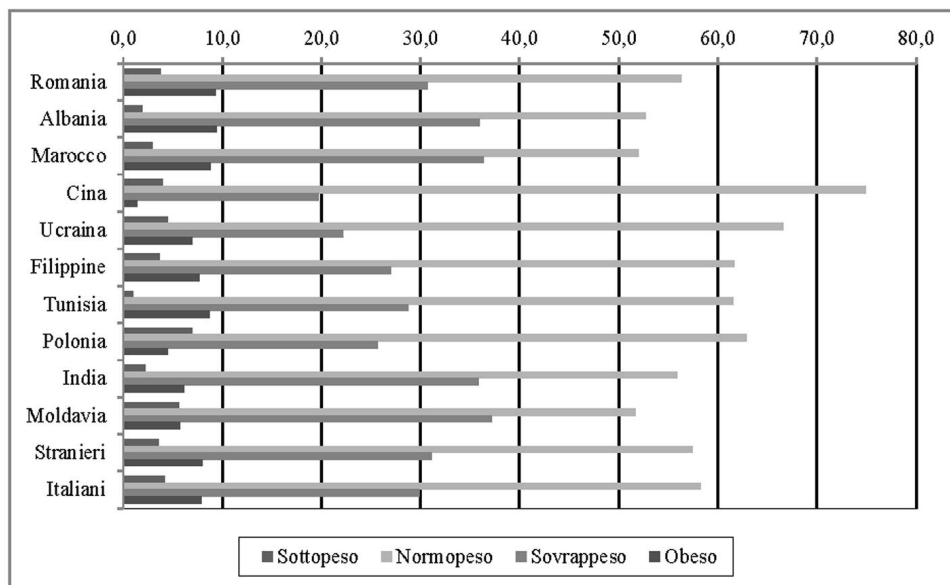
¹Per il dettaglio dei dati, si rimanda al comunicato Istat diffuso il 30 gennaio 2014 "Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari" (tavola 4 in allegato), disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/110879>.

Grafico 1 - Cittadini stranieri di 18 anni ed oltre per Indice di Massa Corporea e genere. Valori percentuali - Anni 2011-2012



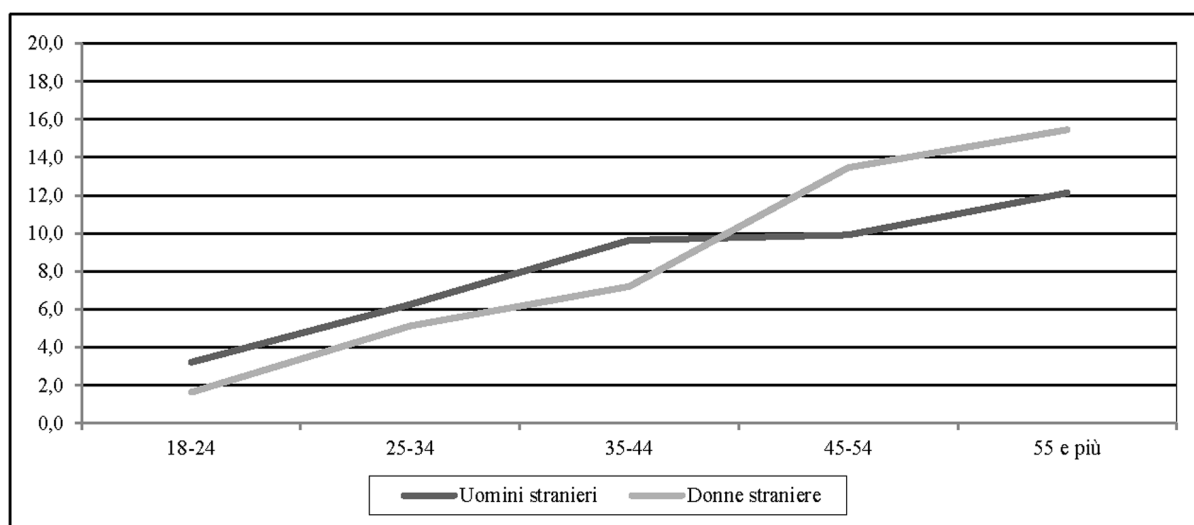
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat - Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Anno 2011-2012.

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 ¹	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 ²	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

¹Nella 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.

²Per 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

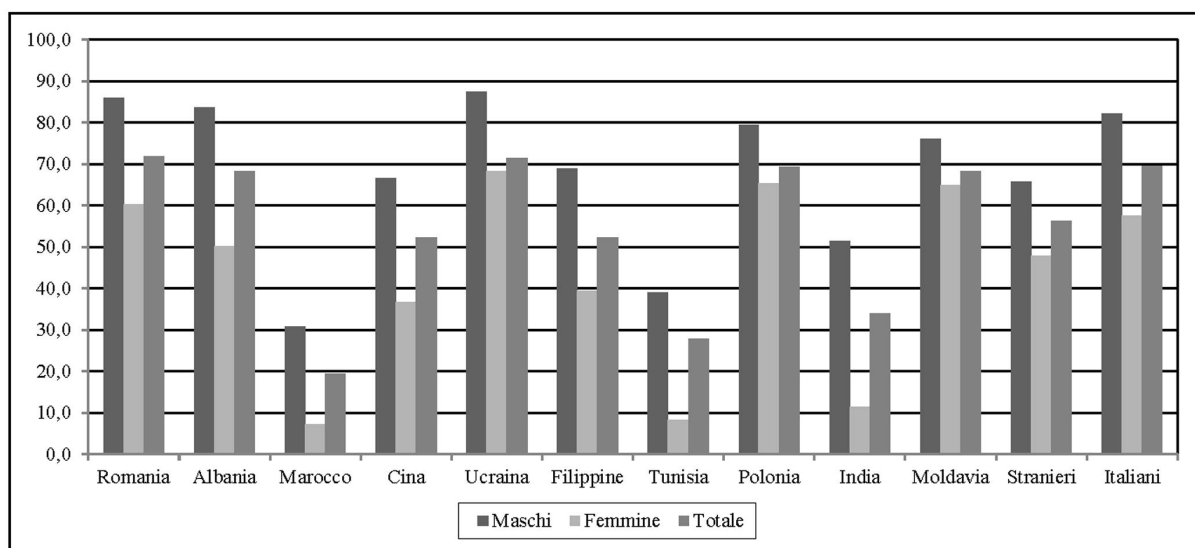
attenua tra i cittadini delle comunità dell'Europa dell'Est (Grafico 1).

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%).

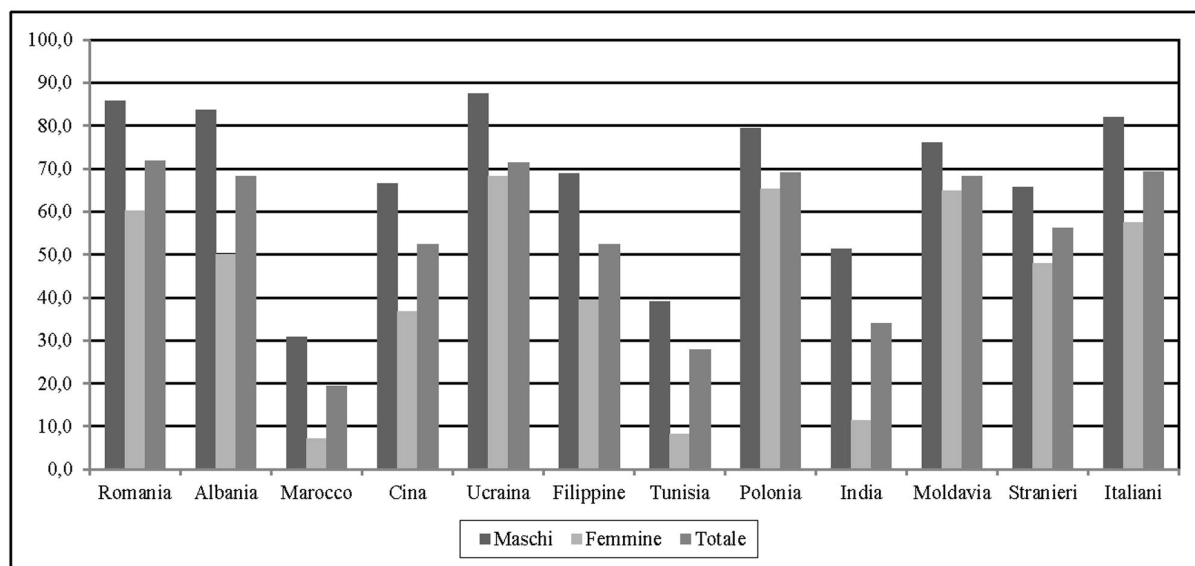
Binge drinking. È un fenomeno che coinvolge il 9,3% della popolazione straniera di 14 anni ed oltre, con una prevalenza nella classe di età 18-24 anni (11,7%). In particolare, per gli uomini in questa classe di età si raggiunge il picco del 17,8%, essendo anche questo un fenomeno prettamente maschile (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
Stranieri	20,1	9,1	14,0	7,1	2,1	5,3	13,2	5,4	9,3
Italiani	19,3	6,1	14,6	5,8	1,4	4,4	12,4	3,7	9,3

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	
Denominatore	Popolazione straniera media residente di 18 anni ed oltre	x 100.000

Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri

Numeratore	Nuovi casi di HIV diagnosticati a cittadini stranieri residenti di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione straniera media residente di 18 anni ed oltre	x 100.000

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

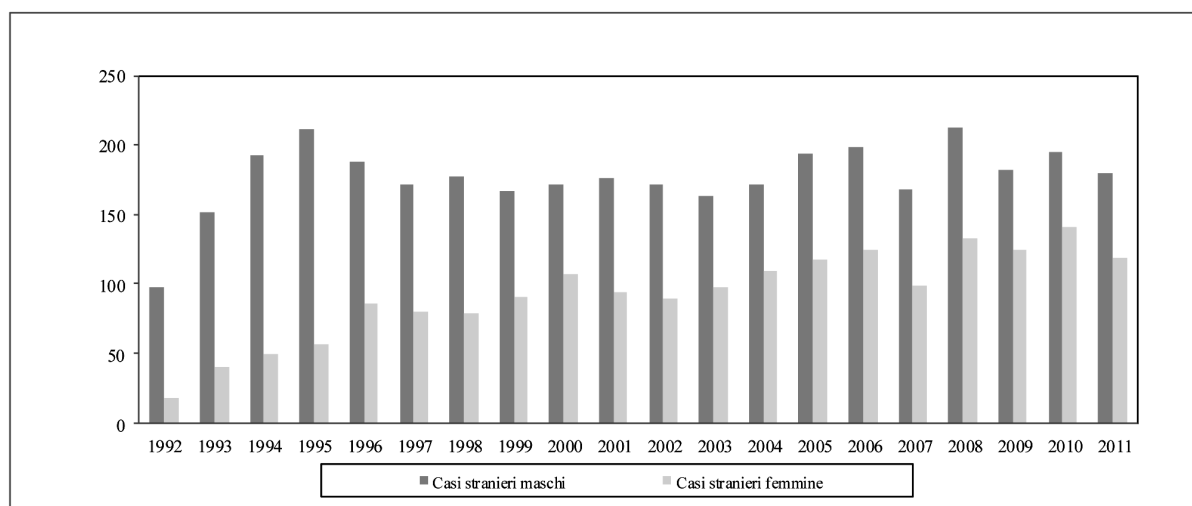
Tra il 1992 e il 2011 sono state registrate nel sistema di sorveglianza dell'ISS 35.035 nuove diagnosi di infezione da HIV tra i maggiorenni, di cui 9.195 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri.

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).

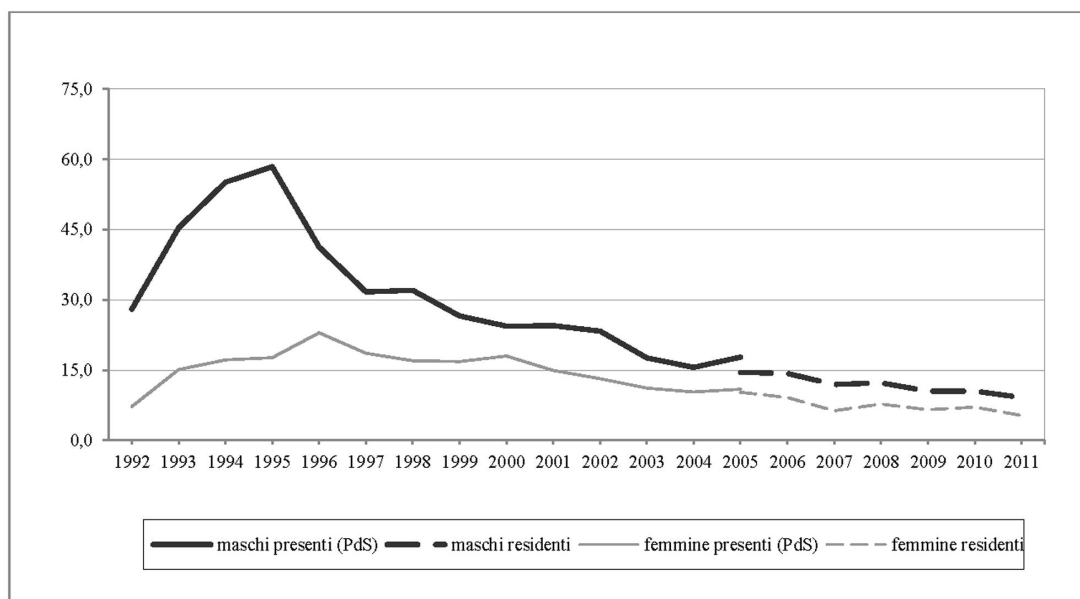
Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere con tassi nettamente più elevati tra i maschi, tanto per gli stranieri quanto per gli italiani (Grafico 4).

Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di AIDS nella popolazione straniera di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2011



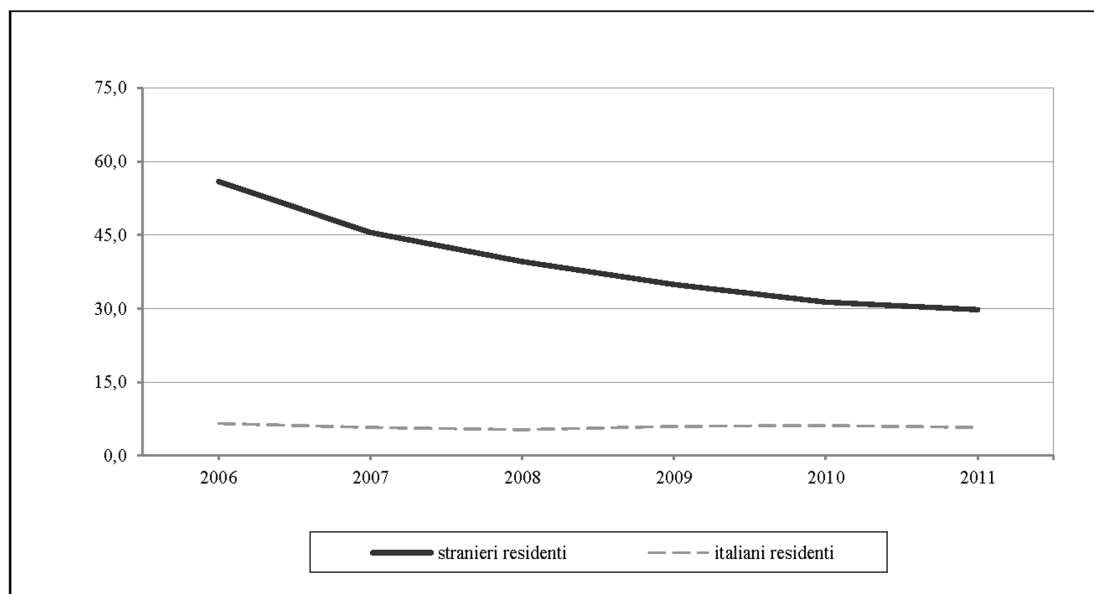
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

Grafico 2 - Tasso (per 100.000) di incidenza di AIDS nella popolazione straniera di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2011



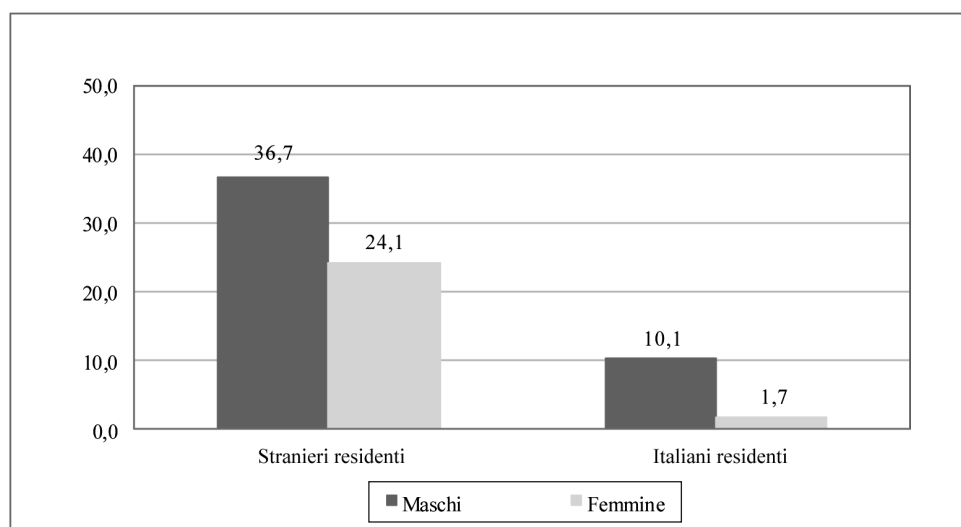
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2014.

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.
- (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.
- (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

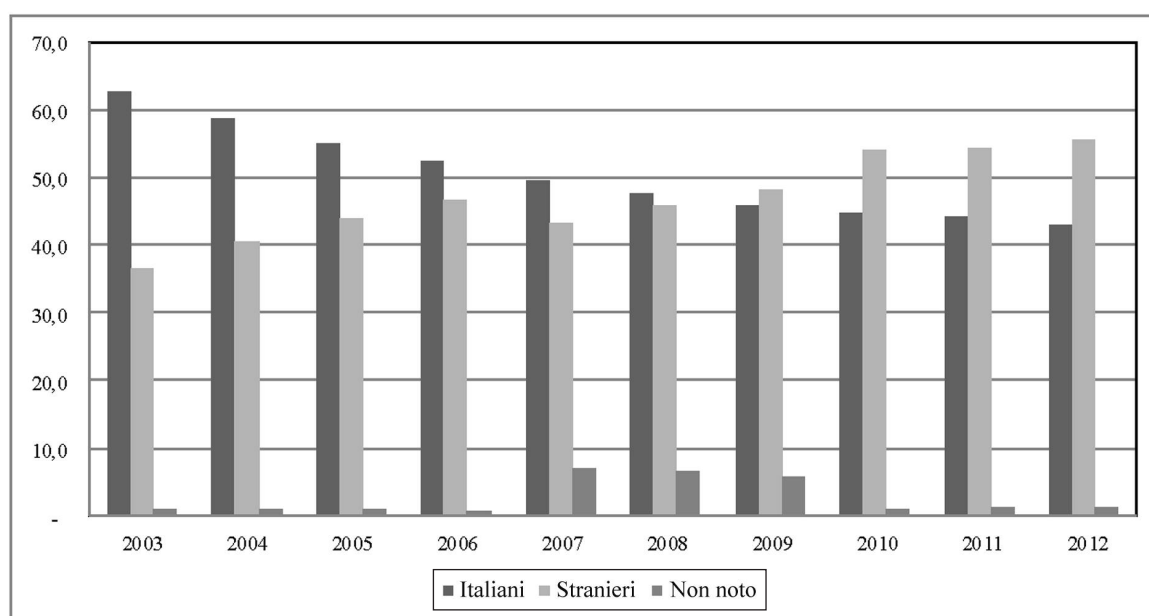
Regioni	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	148	169	177	207	152	203	239	237	242	222
Valle d'Aosta	6	2	0	1	3	1	0	0	0	-
Lombardia	400	387	473	585	589	723	619	695	640	530
Bolzano-Bozen	15	15	20	9	15	24	20	36	21	17
Trento	15	16	11	7	18	10	23	20	16	12
Veneto	216	250	205	267	n.i.	n.i.	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	-
Italia	1.652	1.706	1.854	2.108	1.960	2.027	2.053	2.575	2.444	2.310

- = non disponibile.

n.i. = non indicato.

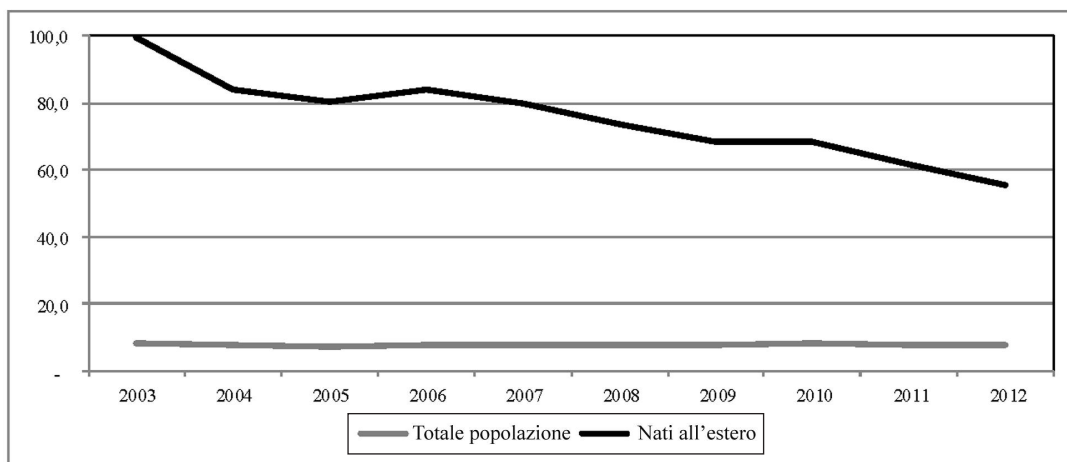
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2014.

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)¹.

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana relativa all'anno 2008 nelle regioni selezionate.

¹ 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)
Totale	505/3.855 (13,1)	516/3.298 (15,6)	54/739 (7,3)	186/749 (24,8)	1.261/8.641 (14,6)

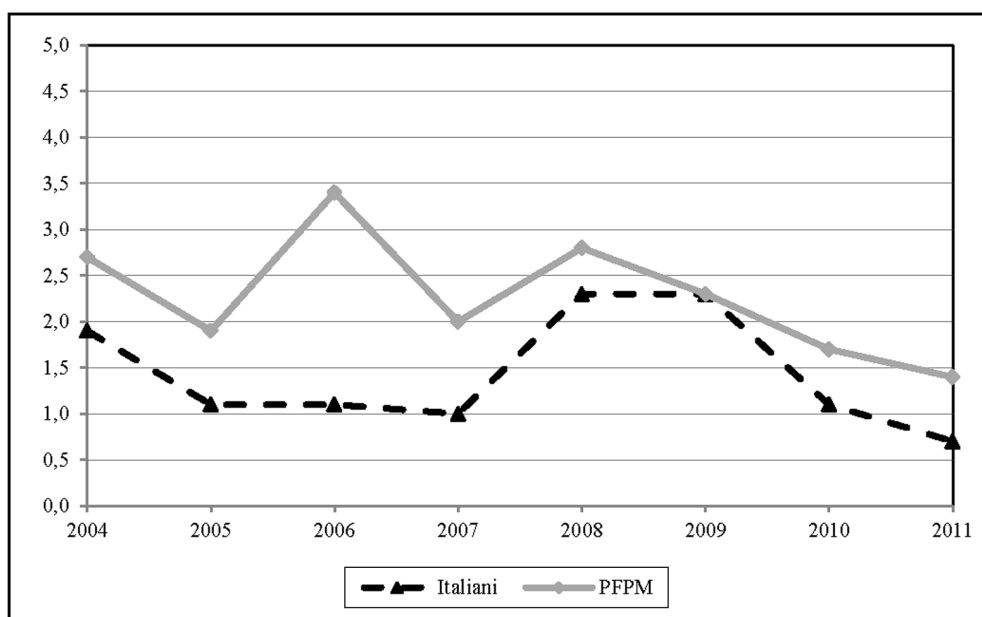
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

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 (%)
Livello di sviluppo					
PFP	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)
Area geografica					
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	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,2)
Genere					
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)
Classi di età					
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)
Totale	505 (100)	516 (100)	54 (100)	186 (100)	1.261 (100)

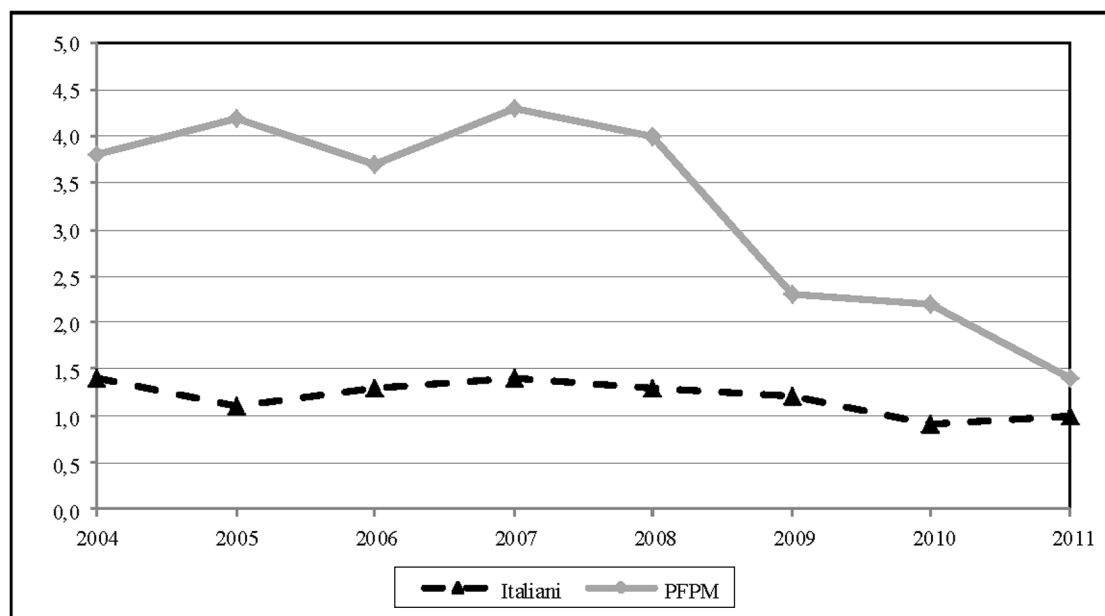
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

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



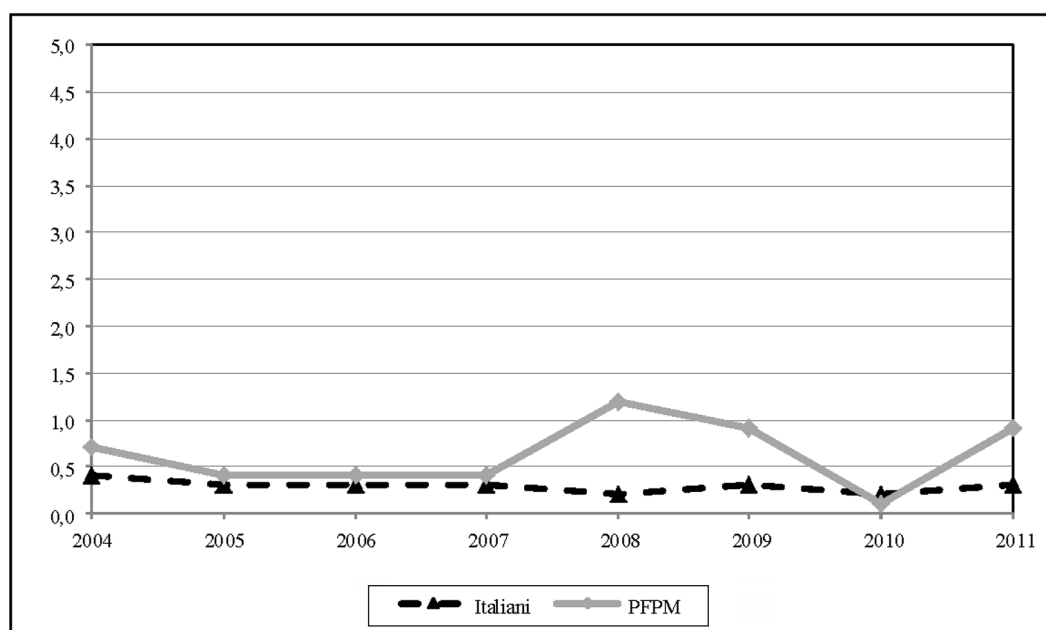
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2011.

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)
Totale	186 (100)	

*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.
- (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 annua¹ 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

¹La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2011 è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[19]{(M_{2011}/M_{1992})}-1 * 100$

più anziana, ed a quelli degli stranieri non residenti dei PFFPM 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 PFFPM 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 PFFPM (-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 PFFPM 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).

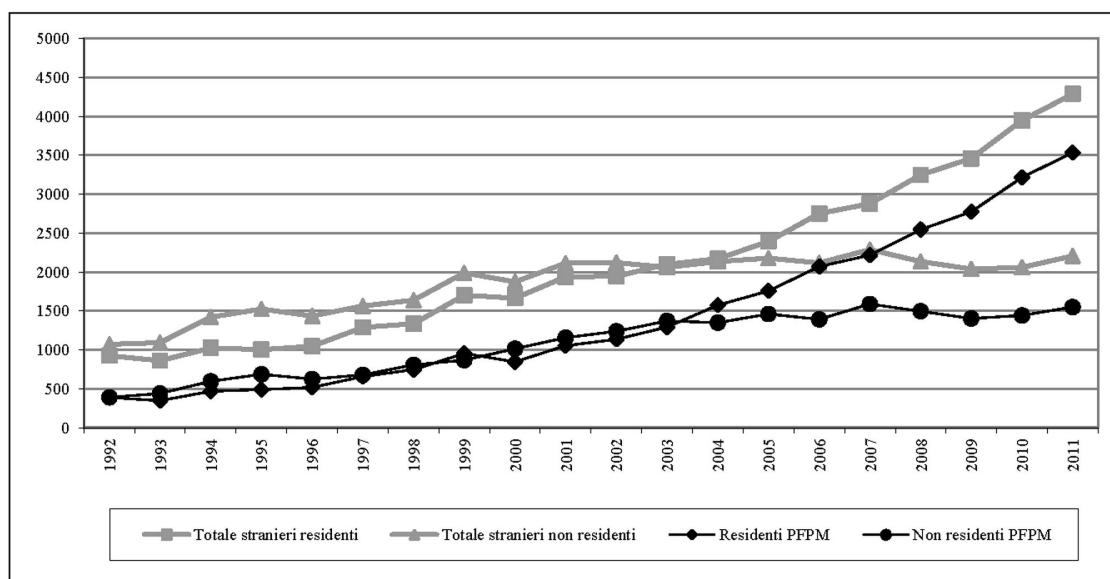
Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e valori percentuali) della popolazione straniera oltre il primo anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2011

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
Totale	41.967	37.052	79.019	53,11	46,89

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
Totale	28.587	21.551	50.138	57,02	42,98

*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	-	-	-
Italia	2.466	1.821	4.287	20,1	12,7	15,6

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
Maschi							
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
Italiani	24,3	23,6	23,0	22,3	21,8	21,1	21,0
Rischi Relativi							
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
Femmine							
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
Italiani	12,2	11,8	11,7	11,5	11,7	11,2	11,4
Rischi Relativi							
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
Totale							
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
Italiani	18,1	17,6	17,2	16,8	16,7	16,1	16,2
Rischi Relativi							
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 ^o			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
	Tasso std totale		17,20	7,80	11,24	0,8	0,7
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
	Tasso std totale		14,48	5,92	9,35	0,7	0,5
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
	Tasso std totale		26,55	8,89	14,44	1,3	0,8
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
	Tasso std totale		20,98	11,44	16,15	1,0	1,0

*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).

^oPopolazione 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.

Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei Centri per immigrati, in Italia, negli anni 2011-2013

Dott. Antonino Bella, Dott. Christian Napoli, Dott.ssa Flavia Riccardo, Dott.ssa Caterina Rizzo, Dott.ssa Maria Cristina Rota, Dott.ssa Maria Grazia Dente, Dott.ssa Maria Grazia Pompa, Dott.ssa Silvia Declich, Gruppo di lavoro della sorveglianza sindromica migranti

A seguito dello straordinario afflusso di migranti provenienti da diversi Stati del Nord Africa sulle coste italiane tra il 2010 ed il 2011, il Ministero della Salute ha dato mandato al Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità di realizzare, in collaborazione con le Regioni, un sistema di sorveglianza epidemiologica nei centri per immigrati distribuiti sul territorio nazionale volto a rilevare precocemente eventuali emergenze sanitarie. È stata, quindi, predisposta una sorveglianza sindromica, condotta da maggio 2011 a giugno 2013 e basata sull'identificazione di tredici sindromi: "infezione respiratoria con febbre", "sospetta tubercolosi polmonare", "diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi", "gastroenterite senza la presenza di sangue", "malattia febbrile con rash cutaneo", "meningite encefalite o encefalopatia/delirio", "linfadenite con febbre", "sindrome botulino-simile", "sepsi o shock non spiegati", "febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato", "ittero acuto", "infestazioni" e "morte da cause non determinate".

Al fine di individuare scostamenti significativi dell'incidenza osservata delle sindromi, è stata stimata l'incidenza giornaliera attesa definita, per ogni sindrome, come media mobile dei 7 giorni precedenti. È stata, inoltre, determinata per ogni sindrome una soglia costruita sulla base dell'Intervallo di Confidenza (IC 99%) dell'incidenza osservata, il cui superamento generava un'allerta statistica. Quando si verificava un'allerta statistica in almeno 2 giorni consecutivi per la stessa sindrome, veniva generato un allarme statistico da indagare ed approfondire.

Nel caso di un allarme statistico registrato in uno o più Centri per immigrati, venivano contattati tempestivamente i referenti di ciascun centro, al fine di confermare o meno una emergenza sanitaria permettendo, in caso di conferma, di mettere in atto gli interventi di controllo più appropriati in collaborazione con le autorità sanitarie competenti.

Il ritorno delle informazioni avveniva settimanalmente tramite un bollettino epidemiologico nazionale che veniva inviato a tutti i centri per immigrati e Regioni e pubblicato sul portale EpiCentro.

Dal 1 maggio 2011 al 30 giugno 2013, 139 centri per immigrati di 13 regioni hanno inviato segnalazioni. La popolazione media giornaliera sotto sorveglianza è stata di 5.362 persone (range: 1.559-8.443). La popolazione sorvegliata era costituita maggiormente da adulti di età compresa tra 25-44 anni (40,6%), seguita da adolescenti e giovani adulti di età compresa tra 15-24 anni (38,5%), da bambini tra 0-14 anni (11,5%) e da persone con età 45 anni ed oltre (9,4%).

Complessivamente, sono state segnalate 7.314 sindromi, di cui le più frequentemente segnalate sono state le "infezioni respiratorie con febbre" (49,0% delle segnalazioni), le "infestazioni" (25,2% delle segnalazioni) e le "gastroenteriti senza sangue nelle feci" (22,6% delle segnalazioni). Sono stati segnalati casi relativi a nove delle tredici sindromi sorvegliate. Non sono mai stati segnalati casi di "sindrome botulino-simile", "febbre emorragica", "sepsi/shock non spiegati" e "morte da cause non determinate". Dal 2011 al 2013 il modello statistico ha evidenziato aumenti di incidenza significativi generando, complessivamente, 260 allerte statistiche: nella maggior parte "infestazioni" (67 allerte), "gastroenteriti senza la presenza di sangue" (59 allerte), "infezione respiratoria con febbre" (45 allerte) e "sospetta tubercolosi polmonare" (33 allerte). Di queste, solo 20 sono state confermate nei giorni successivi determinando un allarme statistico per: "infestazioni" (8 allarmi), "sindrome respiratoria con febbre" (5 allarmi), "gastroenterite senza sangue nelle feci" (5 allarmi) "sospetta tubercolosi polmonare" (1 allarme) e "diarrea con presenza di sangue" (1 allarme).

I Centri per immigrati interessati sono stati prontamente contattati e le indagini avviate non hanno messo in evidenza cluster epidemici, ad eccezione di 3 allarmi statistici rilevati nei mesi di novembre 2012, dicembre 2012 e giugno 2013 per la sindrome "infestazione" che sono stati confermati come focolai di scabbia.

Non si sono, pertanto, configurate emergenze sanitarie durante il periodo di sorveglianza. La maggior parte degli allarmi statistici era dovuto ad un aumento dei casi registrato al momento dello sbarco in Italia e legato alle difficili condizioni di viaggio. L'applicazione di un sistema di sorveglianza sindromica durante l'emergenza immigrazione ha permesso di ottenere dati epidemiologici in tempo reale su una popolazione particolarmente vulnerabile e gestita secondo modalità territorialmente e istituzionalmente complesse. Questo ha fornito agli operatori sanitari uno strumento in grado di identificare, tempestivamente, possibili emergenze sanitarie ed ha permesso loro di comunicare corrette informazioni sanitarie.

In conclusione, è possibile affermare che la sorveglianza sindromica ha dimostrato una buona *performance* con disseminazione settimanale dei dati confermandosi un valido strumento per la rilevazione precoce di eventi rilevanti in Sanità Pubblica. L'esperienza italiana costituisce, ad oggi, l'unico esempio di utilizzo della sorveglianza sindromica in popolazioni migranti.

Riferimenti bibliografici

(1) Dati disponibili sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/focus/sorveglianza/immigrati.asp>.

Valutazione GenitoriPiù: le disuguaglianze in salute dal periodo periconcezionale ai primi anni di vita

Dott.ssa Lara Simeoni, Dott. Leonardo Speri, Dott.ssa Mara Brunelli, Dott.ssa Stefania Porchia, Prof. Stefano Campostrini, Dott. Giovanni Rataj

Contesto

In Italia, l'attenzione alle disuguaglianze in salute in ambito materno-infantile non è ancora al livello richiesto dalle raccomandazioni internazionali (1) a causa sia di un ritardo sul tema delle disuguaglianze in generale che del ruolo ancillare, in Sanità Pubblica, dell'attenzione ai cittadini più piccoli (2).

Questo risulta anche da *overview* internazionali e nazionali sulle progettualità italiane, che sottolineano come l'attenzione alle disuguaglianze debba crescere, diventare sistematica e poggiare su di un efficiente sistema di raccolta di dati che permetterebbero di individuare le variabili socio-demografiche che sostengono le disuguaglianze in salute, in particolare il livello di istruzione, il reddito e la provenienza geografica. In ambito materno-infantile quest'ultima assume particolare rilievo, data l'elevata natalità della popolazione immigrata. I dati dovrebbero indirizzare le politiche, non solo sanitarie, ad una maggiore equità ed aiutare a superare gli stereotipi e le semplificazioni, soprattutto sui differenti comportamenti di salute delle diverse sottopopolazioni immigrate rispetto alla gestione della salute riproduttiva, della nascita e della crescita dei bambini. Sono sempre più robuste, infatti, le evidenze sull'importanza degli interventi precoci (*early child development*) (3), sul loro peso per la futura salute della comunità e sulla crescita esponenziale del divario tra sottopopolazioni in assenza di interventi adeguati di contrasto (4).

Background

Per promuovere la salute nei primi anni di vita il Programma GenitoriPiù (5) da anni propone azioni di provata efficacia basate sulle evidenze. Le azioni prioritarie, su cui convergono letteratura e raccomandazioni internazionali, sono otto: assunzione di acido folico in periodo peri-concezionale, protezione dall'assunzione di alcol in gravidanza e in allattamento, protezione dal fumo in gravidanza e dal fumo passivo per il neonato, allattamento al seno, posizione supina durante il sonno, sicurezza in auto e in casa, vaccinazioni e lettura precoce ad alta voce. Il programma, ideato e coordinato dall'Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 20 di Verona, ha sviluppato fin dall'inizio un'attenzione particolare alla valutazione, condotta attraverso rilevazioni periodiche in collaborazione con l'Università degli Studi Ca' Foscari di Venezia (6), cercando il più possibile di rendere coerenti le azioni promozionali con quanto emerge dai dati. La promozione verso la popolazione è stata, inoltre, costantemente accompagnata da una parallela formazione per gli operatori del percorso nascita e a una periodica valutazione delle loro competenze curando, in particolare, la restituzione dei dati sia generali che a livello di singole aziende sanitarie.

Il primo segno della sensibilità per un *equity approach* era stato, considerati i dati demografici ed i Rapporti Caritas sull'immigrazione, la messa a punto, nel 2009, di materiali tradotti in più lingue e redatti in un'ottica di mediazione linguistica culturale, con la consapevolezza di trovarsi di fronte ad uno scenario ben più complesso. Nella prima ricerca all'interno della fase nazionale del Progetto, condotta in 5 aree geografiche del Paese nel 2009, erano state inserite la variabile cittadinanza ed istruzione. Tra i vari dati, colpiva il divario dei comportamenti tra Nord e Sud ed Isole su alcuni determinanti, sensibili anche al livello di istruzione, risultati che incoraggiavano ad affinare gli strumenti ed a proseguire nella valutazione delle disuguaglianze.

Il campione delle mamme straniere risultava allora evidentemente sottorappresentato per cui le successive ricerche effettuate dal Programma all'interno del Piano Regionale della Prevenzione del Veneto, nel 2012 e nel 2013 (7), sono state orientate ad approfondire l'influenza di variabili non solo sociali, culturali ed economiche sui comportamenti dei neo-genitori, ma in particolare della condizione di immigrati, visto il contributo particolarmente elevato alla natalità da parte delle donne straniere nella regione (in Veneto nel 2011 sono stati 9.814 i nati stranieri pari al 26,3% del totale dei nati).

Obiettivi

Valutare l'influenza delle variabili sociali, economiche e culturali sui comportamenti dei neo-genitori relativamente agli otto determinanti di GenitoriPiù e sulle modalità di accesso ai servizi per predisporre interventi coerenti.

Materiali e metodi

Si è scelto come strumento di rilevazione un questionario riproposto per l'autosomministrazione in anni suc-

cessivi nei *setting* ritenuti più appropriati. Nel tempo è stato affinato cercando, comunque, di salvaguardare il più possibile la confrontabilità dei dati. Nella sua ultima versione è stato strutturato: una sezione dedicata ai dati socio anagrafici, dieci sezioni su tematiche relative a tutti i determinanti ed una sezione dedicata all'accesso ai servizi. Quest'ultima versione del questionario è stata tradotta nelle quattro lingue più diffuse in Veneto (inglese, arabo, rumeno e cinese), con una particolare attenzione, dove necessario, alla forma ed all'accettabilità culturale delle domande (valga come esempio la difficoltà di proporre la domanda sull'uso dell'alcol alle donne di religione islamica).

Le due ultime rilevazioni svolte sui neo-genitori hanno riguardato:

1. nel 2012, 6.246 neo-mamme presso i centri vaccinali di 20 su 21 ULSS del Veneto alla seconda dose del bambino. I questionari, in italiano, sono stati raccolti fino al raggiungimento del campione predeterminato rappresentativo della popolazione;
2. nel 2013, 1.375 mamme selezionate in base alla cittadinanza straniera ed all'appartenenza a gruppi sociali vulnerabili, raggiunte nel territorio di 18 su 21 ULSS del Veneto, in diversi servizi, sia all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (sedi vaccinali, ambulatorio del Pediatra di Famiglia, Ambulatori curati dal Punto Nascita e dal Consultorio Familiare e Pronto Soccorso Pediatrici) sia attraverso altri canali, come i Centri di Ascolto della Caritas sul territorio.

Nella somministrazione del 2013, mirata a cogliere le specificità di mamme e bambini difficili da raggiungere o in difficoltà, si è reso talvolta necessario un accompagnamento della somministrazione che in più di un caso, come occasionalmente era stato segnalato nel 2012, ha portato ad una autosomministrazione "assistita".

Risultati

Nella rilevazione del 2012, su 6.235 questionari validi, 1.027 erano di mamme straniere (16,5%, inferiore rispetto al 26,3% potenziale, ma in netta crescita rispetto al 2009). L'analisi dei dati, grazie alla rappresentatività del campione, ha permesso valutazioni quantitative soprattutto per quanto riguarda il peso dello *status* economico e dell'istruzione.

Quanto alla cittadinanza, le mamme venivano suddivise solo tra comunitarie ed extra comunitarie (campione molto eterogeneo, non solo culturalmente). Queste ultime, rispetto alla media delle italiane, mostravano minor conoscenza dell'acido folico (-31,2 punti percentuali) e comportamenti più a rischio rispetto alla sindrome della morte in culla (*Sudden Infant Death Syndrome*) (posizione supina in culla 46,0% vs 60,9%), agli incidenti domestici, al corretto trasporto in auto (-25,9 punti percentuali) e alla propensione per la lettura ad alta voce, mostrandosi in questi determinanti più simili nelle risposte alle mamme italiane più in difficoltà per reddito e istruzione. Le mamme extracomunitarie fornivano, però, dati più protettivi rispetto alla media delle italiane su allattamento (+11,7 punti percentuali), uso di alcol in gravidanza (astinenti 77,5% vs 66,6%) e abitudine al fumo (non fumatrici 83,5% vs 72,5%), oltre che sulle vaccinazioni.

La rilevazione 2013 nasceva da queste prime constatazioni e dalla necessità di un approfondimento scegliendo *setting* di somministrazione in grado di raggiungere il più possibile nuclei familiari in difficoltà, perdendo in rappresentatività statistica, ma ottenendo dati per una prima esplorazione soprattutto culturale sul ruolo della provenienza geografica e, con tutti i limiti evidenti, per rintracciare alcune tendenze.

Sui 1.375 questionari raccolti, 1.282 (93,2%) riportavano correttamente la cittadinanza, così da poter essere riaggregati in alcuni gruppi omogenei (italiana n=594; rumena-moldava n=168; magrebina-tunisina, marocchina, egiziana, libica e algerina n=154; cinese n=59; albanese, kosovara, bosniaca e macedone n=74; africana sub-sahariana non magrebina n=90; asiatica non cinese n=57; altro - Nord-Sud americana, europea altro e oceanica - n=86). Il campione così selezionato ha permesso di rilevare interessanti correlazioni tra i comportamenti delle mamme e la nazionalità, oltre che per titolo di studio/livello culturale e situazione economica, con elementi di vulnerabilità differenziati nelle sottopopolazioni. L'assunzione corretta ed efficace di acido folico, per esempio, risente positivamente dell'informazione ricevuta (molto bassa nelle mamme straniere), del titolo di studio, dello stato economico e della cittadinanza italiana, ma anche della variabile relativa all'area di provenienza (Grafico 1).

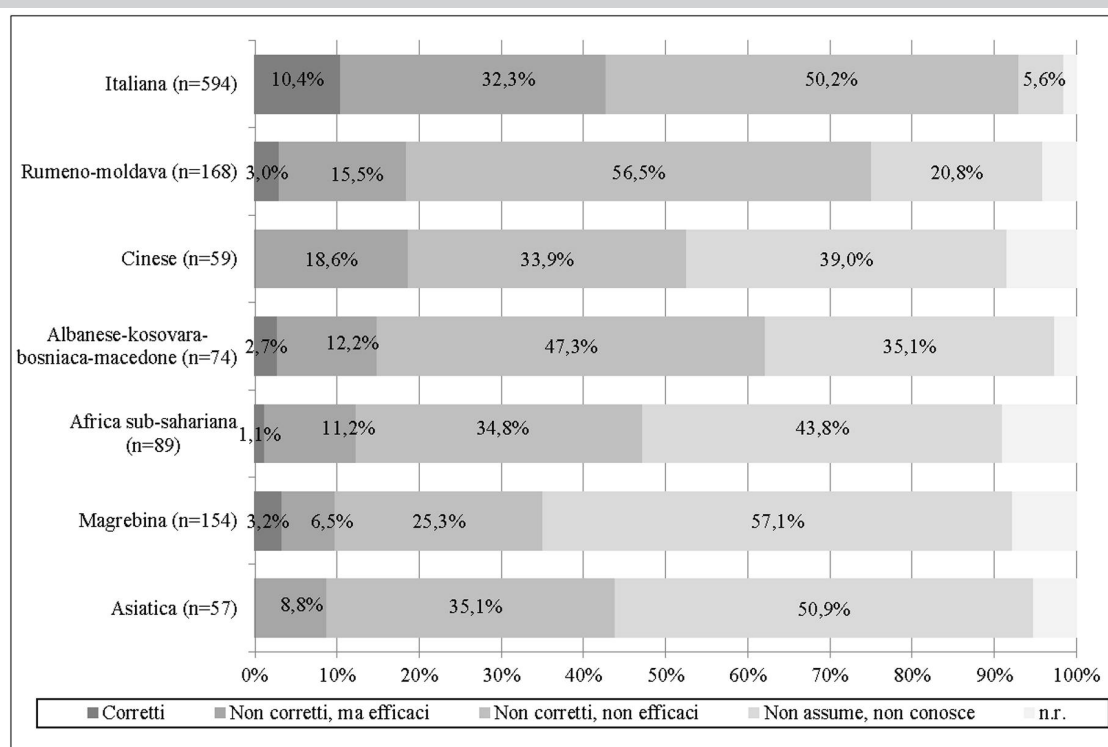
Diversamente, i dati sull'allattamento materno, che confermano la prevalenza già nota nelle donne più istruite e benestanti, risentono fortemente delle abitudini di puericultura del Paese di origine (Grafico 2), che possono essere più o meno protettive e dove il dettato religioso (in questo caso per le donne musulmane) esercita una importante positiva influenza.

Analogamente, l'uso dell'alcol (Grafico 3) è fuori cultura nel Magreb, ma importante e preoccupante in gravidanza per le donne italiane e dell'Est così come, in misura leggermente inferiore, il fumo di tabacco (Grafico 4). Va ricordato che le donne italiane del campione appartengono ad una sottopopolazione selezionata che presenta difficoltà maggiori della media e che ha comportamenti più a rischio.

Le mamme italiane sono, invece, generalmente più protettive delle straniere rispetto alla sicurezza, sia in auto che nel sonno: la posizione supina in culla risente fortemente di informazione ricevuta, maggiore età ed alta istruzione; rimangono, comunque, differenze tra sottogruppi in base alla provenienza (Grafico 5).

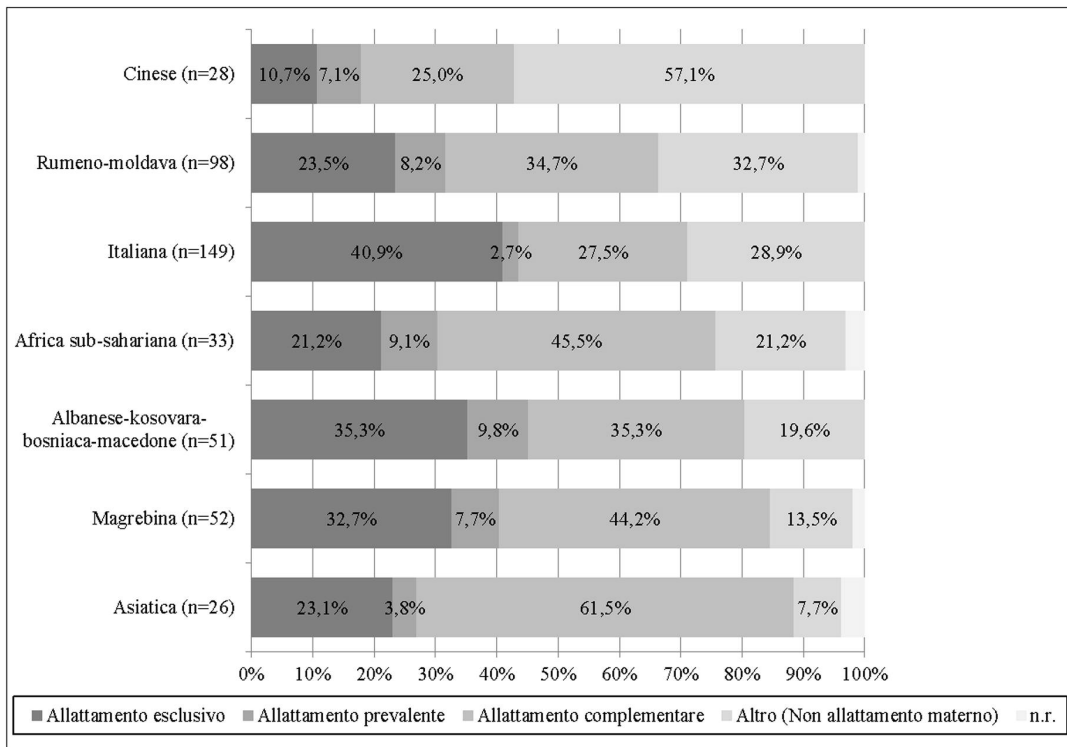
L'accesso o meno alle informazioni sui diversi determinanti apre alla riflessione sull'accesso ai servizi che, in base ai dati, registra una maggiore distanza dall'offerta da parte delle donne straniere, a partire dal percorso di accompagnamento alla nascita (Grafico 6), e che vede nell'ospedale la principale struttura di riferimento a scapito dei servizi territoriali e del privato privilegiato, invece, dalle donne italiane (Grafico 7).

Grafico 1 - Percentuale di madri per modalità di comportamento rispetto all'assunzione di acido folico per cittadinanza - Anno 2013



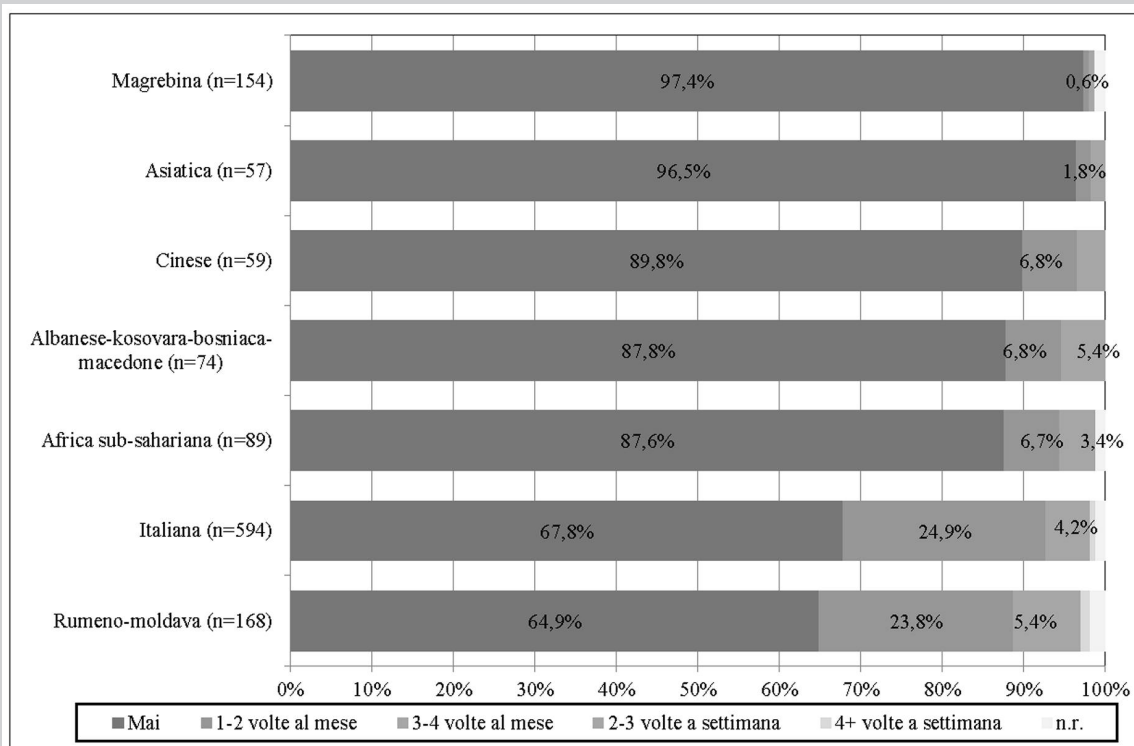
Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 2 - Percentuale di madri per modalità di comportamento rispetto all'allattamento (età 4-6 mesi) per cittadinanza - Anno 2013



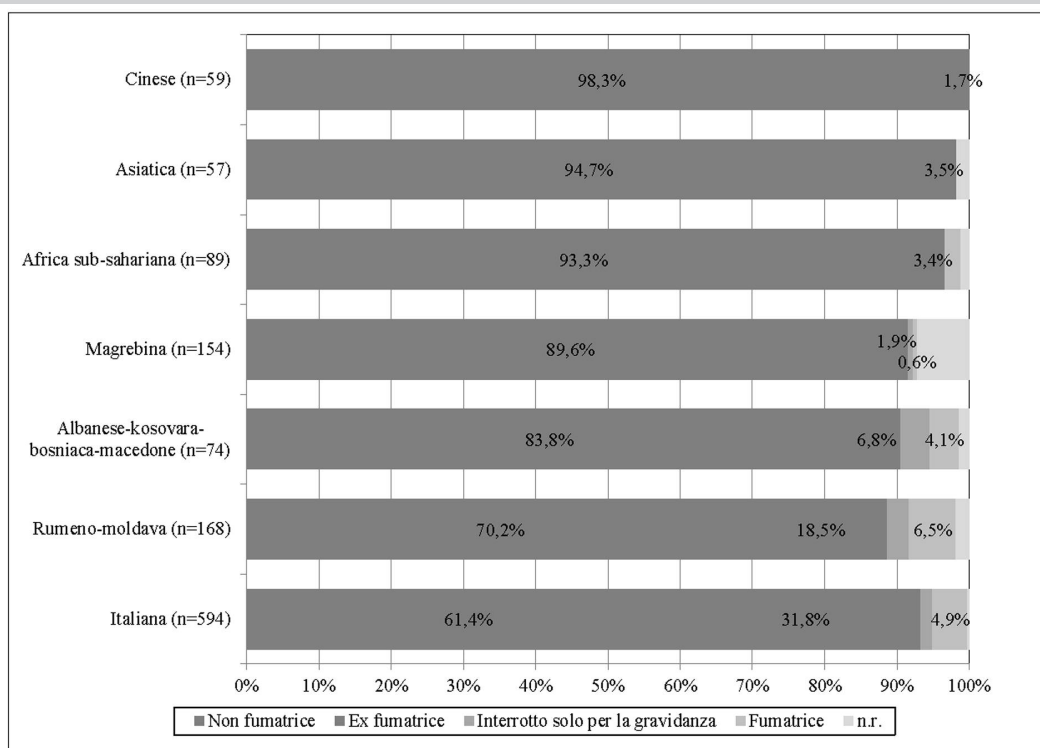
Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 3 - Percentuale di madri per modalità di comportamento rispetto all'uso di alcol in gravidanza per cittadinanza - Anno 2013



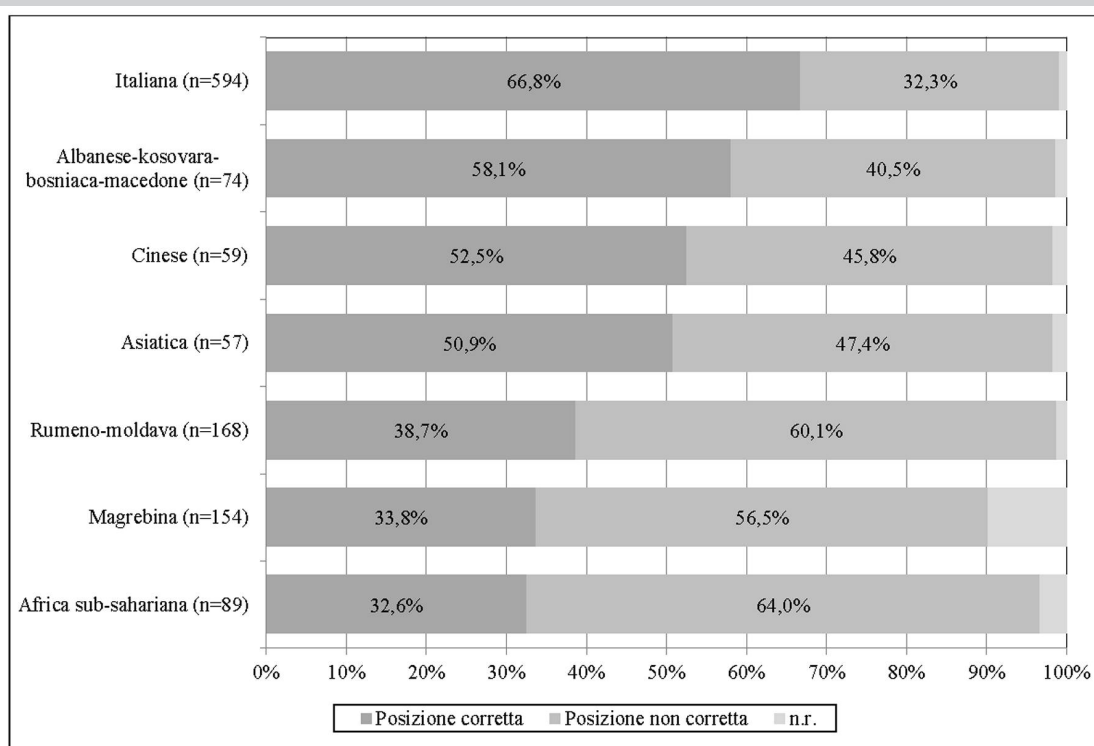
Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 4 - Percentuale di madri per modalità di comportamento rispetto al fumo di sigaretta per cittadinanza - Anno 2013



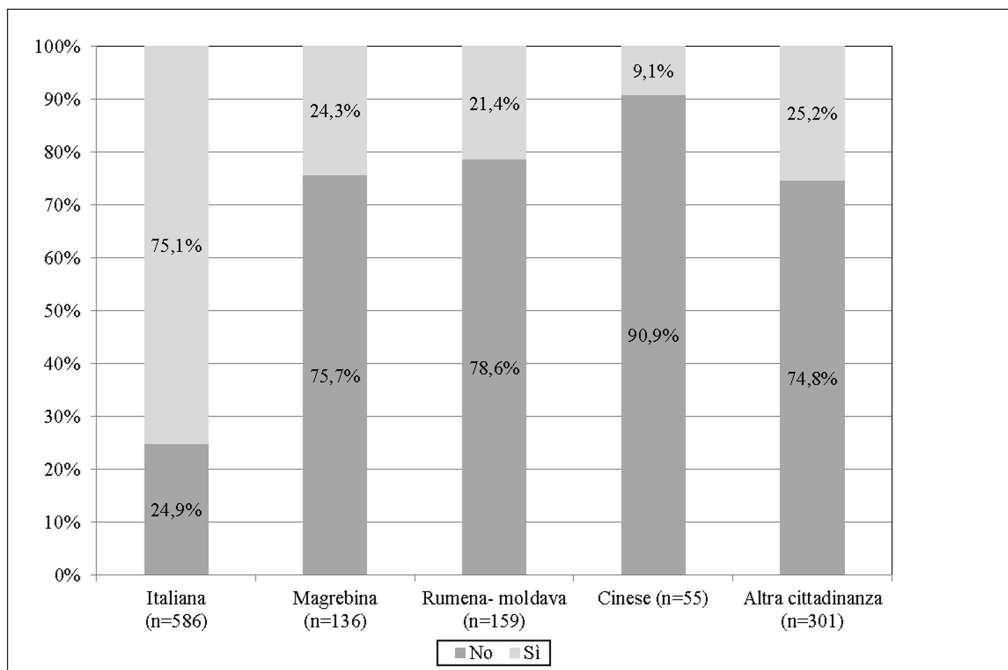
Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 5 - Percentuale di madri per modalità di comportamento rispetto alla posizione in culla per cittadinanza - Anno 2013



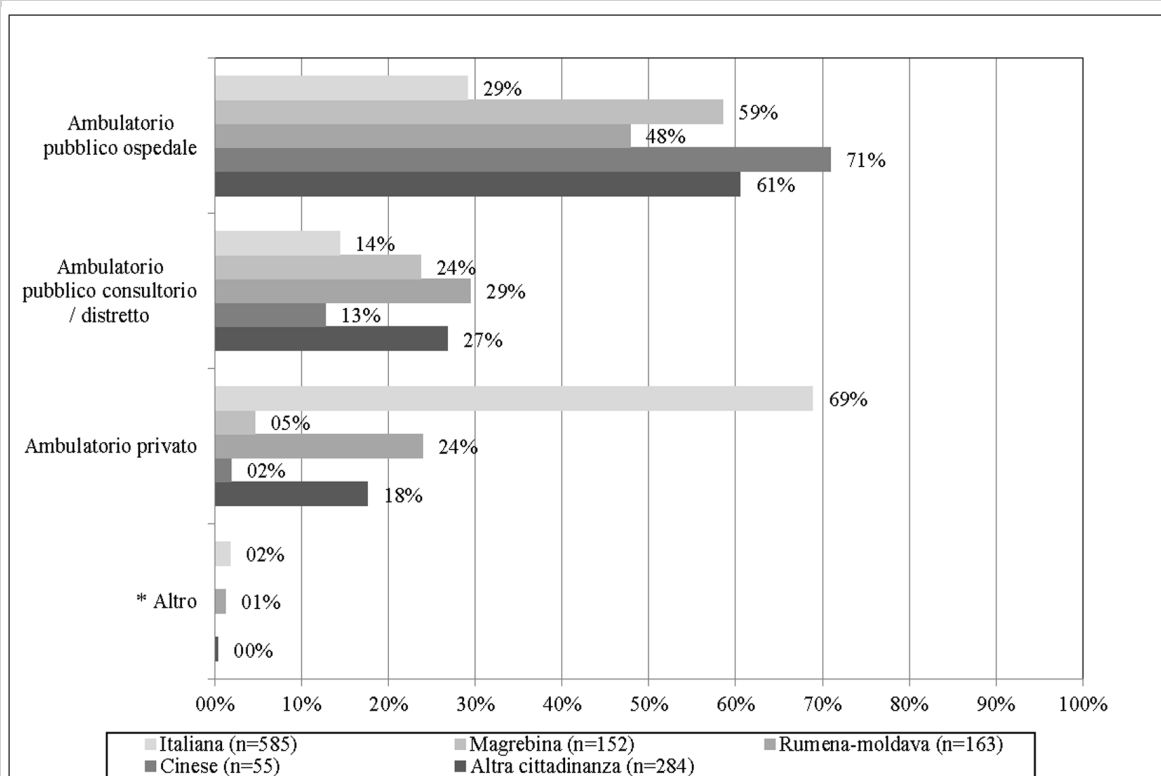
Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 6 - Percentuale di madri che hanno seguito un corso di preparazione al parto per cittadinanza - Anno 2013



Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Grafico 7 - Percentuale dei luoghi di esecuzione delle visite di controllo in gravidanza per cittadinanza - Anno 2013



Fonte dei dati: GenitoriPiù - Risultati della rilevazione. Anno 2013.

Conclusioni

Sebbene la letteratura ed alcune esperienze del Programma GenitoriPiù confermino l'effetto positivo di attività di tipo universale, i dati delle ricerche presentate, sia quelli riportati che molti altri disponibili, avvertono che per attivare un'efficace strategia di prevenzione e di promozione della salute per i primi anni di vita del bambino non si può prescindere dalle caratteristiche sociali, economiche e culturali della sua famiglia. Ne deriva la necessità di migliorare o implementare i sistemi di sorveglianza (9), anche in questa classe di età, per raccogliere dati di qualità che permettano di individuare le differenze e le disuguaglianze e per attuare politiche di contrasto coerenti che includano, nel caso della popolazione immigrata, una rimozione degli ostacoli ed una maggiore fruibilità di servizi e informazioni, anche attraverso una mediazione linguistica e culturale e un atteggiamento libero da stereotipi.

Riferimenti bibliografici

- (1) Risultati preliminari del Progetto Equity Action. Disponibile sul sito: www.equityaction-project.eu e <http://www.healthinequalities.org>.
- (2) Speri L, Simeoni L, Brunelli M. Guadagnare Salute cominciando da piccoli. *Janus* 2012; 7.
- (3) Biasini G. Gli interventi precoci: guadagno di salute e ritorno economico. *Guadagnare Salute*, Venezia, 20-21 giugno 2012. Disponibile sul sito: www.guadagnaresalute.it/convegni/pdf/presentazioni/sessione%20Speri_parallela%201A/Biasini.pdf.
- (4) UCL Institute of Health Equity. An equal start: improving outcomes in children's centres. University College London 2012. Disponibile sul sito: www.instituteofhealthequity.org.
- (5) Genitoripiù. Prendiamoci più cura della loro vita. Disponibile sul sito: www.genitoripiu.it.
- (6) Porchia S, Campostrini S, Speri L, Simeoni L, Brunelli M. Valutare una campagna di promozione: il Progetto GenitoriPiù. *RIV Rassegna Italiana di Valutazione*, Franco Angeli Edizioni, fascicolo 50, anno 2011.
- (7) I risultati sono stati presentati nel corso del Convegno Le disuguaglianze in salute in ambito materno infantile Venezia, 21.01. 2014. Disponibile sul sito: <http://www.genitoripiu.it/news/genitoripiu-le-diseguaglianze-salute-nellambito-materno-infantile>.
- (8) Sistema di Sorveglianza P.A.S.S.I. - Item: Con i soldi a Sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese? (Molto Facilmente; Abbastanza Facilmente; Con Qualche Difficoltà; Con Molte Difficoltà). Disponibile sul sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>.
- (9) Programma CCM 2013 - Azione Centrale - ISS. Progetto "Sistema di Sorveglianza sugli otto determinanti di salute del bambino, dal concepimento ai 2 anni di vita, inclusi nel Programma GenitoriPiù".