



## Salute della popolazione straniera

In Italia, la dinamica della popolazione straniera da qualche anno mostra un rallentamento della componente “regolare”: i residenti con cittadinanza diversa da quella italiana sono attualmente circa 5,4 milioni, il 2,3% in più rispetto all’anno precedente (1). I cittadini stranieri residenti ad oggi costituiscono l’8,9% del totale della popolazione residente, valore più alto di quello della Francia (7,0%) e inferiore a quello della Germania (11,7%), dell’Austria (15,7%) e del Regno Unito (9,5%) (2).

Sebbene la struttura per età degli stranieri si stia modificando, spostandosi in avanti anche per il contributo delle collettività provenienti dai Paesi dell’Est-Europa, caratterizzate da una età media più elevata, l’indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra popolazione ultra 65enne e popolazione con meno di 15 anni) è di 23 anziani ogni 100 ragazzi, il valore più basso dell’Unione Europea (UE) insieme a quello della Grecia (21 anziani ogni 100 ragazzi).

Al 1 gennaio 2019 hanno un regolare permesso di soggiorno, in Italia, 3.717.406 cittadini non comunitari, appena 2.500 in più rispetto all’anno precedente. Circa il 60% di questi cittadini hanno un permesso di lunga durata. Negli ultimi anni è fortemente diminuito il numero di stranieri che arriva nel nostro Paese per motivi di lavoro, mentre il motivo di ingresso più diffuso è divenuto il ricongiungimento familiare (50,7% dei nuovi permessi). Continuano a crescere nel tempo gli ingressi per asilo e protezione umanitaria, che rappresentano attualmente il 26,8% dei nuovi ingressi.

Nel primo trimestre del 2019, secondo i dati della banca europea Eurostat, sono state circa 158 mila le persone che hanno fatto per la prima volta richiesta di protezione internazionale presso uno stato membro dell’UE, circa il 10% in più rispetto allo stesso periodo del 2018, ma in netto ridimensionamento rispetto ai picchi registrati tra la fine del 2015 (oltre 426 mila richieste nell’ultimo trimestre) e l’inizio del 2016 (circa 308 mila nei soli primi mesi dell’anno) (2). Il maggior numero di nuove richieste è giunto da cittadini siriani (17.090), venezuelani (10.790) e afgani (10.750). Oltre un quarto (26%) dei nuovi richiedenti ha inoltrato la domanda in Germania, seguita da Francia (18%), Spagna (16%), Grecia (10%), Regno Unito (7%) e Italia (5%).

Nel nostro Paese le nuove richieste di asilo, che avevano registrato un picco di oltre 130 mila unità nel 2017, nel 2018 sono state poco meno di 55.000 e nel 2019 sono scese a meno di 40.000 (3). Aumenta nel tempo la proporzione di donne tra i richiedenti asilo, dal 15,0% del 2016 al 23,8% del 2019. Cambia anche la struttura per età: diminuisce la quota dei 18-34enni che erano l’80% nel 2016 e sono il 71% nel 2019, mentre aumenta la quota dei 35-64enni che nel 2019 rappresentano il 27% del totale (erano il 10% nel 2016).

Aumentano anche i dinieghi: dal 58,6% nel 2018 al 65,0% nel 2019 (pari a 62.000 persone). Gli esiti negativi riguardano soprattutto i cittadini provenienti da: Gambia (81% di richieste respinte), Bangladesh (79%), Senegal (78%) e Ucraina (74%). Tra i Paesi con il più alto tasso di riconoscimento vi sono il Venezuela (3% di domande respinte), l’Iraq (16%) e El Salvador (40%).

Meno della metà dei cittadini non comunitari arrivati in Italia per richiesta di asilo e in cerca di protezione si stabilizza sul territorio (2). Il Nord-Ovest accoglie il 26,2% dei richiedenti asilo e delle persone sotto protezione umanitaria e il Nord-Est il 19,4%; il 17,8% dei nuovi permessi per asilo sono stati rilasciati nel Centro-Italia. Il Mezzogiorno, con il 36,6% dei permessi, è l’area che ne accoglie la quota più elevata rappresentando per questi migranti la porta di ingresso principale.

Nel Capitolo del Rapporto Osservasalute di quest’anno si ripresentano i tradizionali *core indicators* relativi alla situazione demografica degli stranieri in Italia, ai ricoveri ospedalieri, all’abortività volontaria, ad alcune malattie infettive (AIDS e HIV, tubercolosi, epatiti virali) e alla mortalità. In aggiunta, per la prima volta, sono stati introdotti quattro nuovi *core indicators* relativi al percorso nascita: l’ospedalizzazione per ricoveri ostetrici, 1<sup>a</sup> causa di ricovero tra le donne straniere; l’età al parto delle madri straniere; gli accertamenti in gravidanza delle donne straniere (visite mediche, tempestività della 1<sup>a</sup> visita, ecografie e indagini prenatali); la salute del neonato da madri straniere (nati pretermine e sottopeso e Classe di punteggio Apgar).

Le analisi nel Capitolo sono condotte confrontando gli indicatori per la popolazione proveniente dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp<sup>m</sup>)<sup>1</sup> con quelli per la popolazione italiana.

L’enfasi del Capitolo sulla salute materno-infantile nella popolazione straniera è dettata anche dalla pro-

<sup>1</sup>Paesi appartenenti all’Europa centro-orientale, all’Africa, all’Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all’America centro-meridionale; per estensione, anche gli apolidi sono stati inclusi in questa componente.





fonda crisi demografica che sta attraversando l'Italia, per cui il contributo delle donne immigrate potrà essere determinante, seppur non sufficiente. Circa un quinto delle nascite occorse nel 2019 è da parte di madre straniera. Tra queste, pari a un totale di 85.000, 63.000 sono quelle con partner straniero (che, quindi, incrementano il numero di nati in Italia con cittadinanza estera) e 22.000 quelle con partner italiano. I nati da cittadine italiane sono, invece, 349 mila, di cui 341 mila con partner connazionale e circa 8.000 con partner straniero (4). Al pari di quella generale, la natalità risulta in calo per tutte le tipologie di coppie. Le donne straniere, che hanno livelli di fecondità più elevati e che sono favorite da una struttura per età più giovane delle donne italiane, hanno avuto in media 1,89 figli (vs 1,94 figli per donna del 2018). Le italiane, dal canto loro, con 1,22 figli sono rimaste all'incirca allo stesso livello dell'anno precedente (1,21 figli per donna). Nel frattempo, l'età media al parto è cresciuta di un ulteriore punto decimale, sia per le straniere che per le italiane. Le prime, abitualmente precoci, procreano in media intorno ai 29,1 anni di età. Le italiane, come noto più tardive, hanno come riferimento centrale i 32,6 anni (1).

Il 2019 potremmo definirlo come un anno di stasi sul tema dell'immigrazione: le politiche, nonostante il cambio di Governo, sono ancora concentrate sul contenimento degli sbarchi, anche se a fine anno meno "aggressive". Alcune dichiarazioni hanno lasciato intravedere la volontà di reimpostare il tema, ridefinendo una *governance* che parta dalla consapevolezza del contributo in termini demografici ed economici di oltre 5 milioni di cittadini residenti nel nostro Paese, in un'ottica di reciprocità e partecipazione.

La pandemia da Coronavirus di questi primi mesi del 2020 prolungherà certamente questa "stasi" sul tema dell'immigrazione e l'impatto pesante che sta avendo sul sistema sanitario, sociale ed economico in Italia e nel resto del Mondo renderà ancora più complesso affrontare le criticità. Sarà importante ancor di più monitorare la condizione della popolazione immigrata con gli strumenti che il Rapporto Osservasalute mette a disposizione.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Indicatori demografici 2019, febbraio 2020. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/files/2020/02/Indicatori-demografici\\_2019.pdf](http://www.istat.it/it/files/2020/02/Indicatori-demografici_2019.pdf).

(2) Istat Audizione parlamentare del Presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica Prof. Gian Carlo Blangiardo "Indagine conoscitiva in materia di politiche dell'immigrazione, diritto d'asilo e gestione dei flussi migratori" I Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati, Roma, 18 settembre 2019. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/233492](http://www.istat.it/it/archivio/233492).

(3) Fondazione ISMU, Nel 2019 calano le richieste di asilo, aumentano i dinieghi - Comunicato stampa 2 marzo 2020. Disponibile sul sito: [www.ismu.org/calano-le-richieste-di-asilo-aumentano-i-dinieghi](http://www.ismu.org/calano-le-richieste-di-asilo-aumentano-i-dinieghi).

(4) Centro Studi e Ricerche Idos, Dossier statistico immigrazione 2019. Disponibile sul sito: [www.dossierimmigrazione.it](http://www.dossierimmigrazione.it).





## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andato crescendo in modo significativo negli ultimi decenni.

L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in

Anagrafe consente, tra le altre cose, di quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti in Italia. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e PA.

### Percentuale della popolazione straniera

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione straniera residente per macroarea di cittadinanza}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione straniera residente}} \times 100$$

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto, non viene rilevata la presenza straniera non regolarmente presente.

Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le "seconde generazioni", ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" emerge che al 1 Gennaio 2019 i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana superano di poco le 5 milioni di unità e rappresentano l'8,7% del totale della popolazione residente.

Nella Tabella 1 sono riportati per regione l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la composizione percentuale per macroarea di cittadinanza.

A livello nazionale, il 30,1% proviene da un Paese comunitario e il 20,1% da un Paese europeo non facente parte dell'Unione Europea a 28 Paesi membri. Da sottolineare, quindi, come la metà dei cittadini stranieri residenti in Italia sia di origine europea. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari a 21,7%, il 20,8% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,2% ha la cittadinanza di un Paese dell'America.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (66,2%), Friuli Venezia Giulia (65,8%), PA di Bolzano (63,1%), Umbria (62,9%) e PA di Trento (62,7%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (21,4% vs il valore nazionale 7,2%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, in entrambi i generi. Le differenze regionali nella distribuzione della popolazione straniera residente per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Emerge, tra le donne, la forte presenza delle ucraine in Campania (24,3%) ed in altre regioni del Mezzogiorno, delle tedesche nella PA di Bolzano (9,8%), delle donne provenienti dall'Ecuador in Liguria (13,5%) e delle cinesi in Toscana (12,5%). Se si considera la componente maschile, invece, spicca la presenza dei senegalesi in Sardegna (15,0%), dei tunisini in Sicilia (13,5%) e dei cinesi in Toscana (14,5%) confermando che si tratta di un modello migratorio di tipo "familiare".

Dalla Tabella 2 emerge anche 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 nella cittadinanza, con differenze tra il segmento maschile e quello femminile. A livello nazionale, considerando sia gli uomini che le donne, le prime tre comunità (rumena, albanese e marocchina) rappresentano il 38,0% del totale degli uomini stranieri residenti e il 40,7% del totale delle donne straniere residenti. In Piemonte e Valle d'Aosta, invece le prime collettività straniere rappresentano oltre il 55% del totale dei residenti (in Piemonte il 55,2% uomini vs 58,3% donne e in Valle d'Aosta, rispettivamente, il 57,0% vs 57,8%). In Campania, le prime tre collettività di donne straniere rappresentano il 49,6% delle residenti, mentre solo il 33,2% degli uomini appartiene ad una delle prime tre collettività. Le albanesi, le tedesche e le rumene, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 27,8% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza



za per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza: le prime tre comunità (rumeni, egiziani e marocchini per gli uomini e rume-

ne, marocchine e albanesi per le donne) rappresentano, rispettivamente, “solo” un terzo delle presenze, ossia il 31,7% e il 31,2% degli stranieri residenti.

**Tabella 1** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1 gennaio 2019

Regioni	Stranieri residenti	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza						Stranieri residenti/ totale residenti
		UE-28	Paesi europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	427,9	39,3	17,9	24,5	11,1	7,1	0,1	9,8
Valle d'Aosta	8,3	39,1	16,7	28,9	8,1	7,2	0,0	6,6
Lombardia	1.181,8	20,2	17,7	25,4	24,6	12,1	0,0	11,7
Bolzano-Bozen	50,3	32,4	30,8	14,1	18,6	4,1	0,0	9,5
Trento	47,4	30,5	32,2	17,9	13,7	5,6	0,1	8,8
Veneto	501,1	30,4	26,1	20,2	19,7	3,6	0,0	10,2
Friuli Venezia Giulia	110,2	34,0	31,8	13,3	16,7	4,0	0,1	9,1
Liguria	146,3	22,0	23,5	20,7	12,3	21,4	0,1	9,4
Emilia-Romagna	547,5	23,2	26,3	26,7	20,0	3,8	0,0	12,3
Toscana	417,4	28,1	23,6	16,0	25,7	6,4	0,1	11,2
Umbria	97,5	35,5	27,3	19,8	9,4	7,8	0,2	11,1
Marche	136,9	27,5	26,2	19,9	20,9	5,5	0,0	9,0
Lazio	683,4	42,9	12,0	11,9	25,3	7,7	0,1	11,6
Abruzzo	89,3	39,6	26,6	17,5	11,0	5,1	0,1	6,8
Molise	13,9	38,3	13,0	30,3	12,8	5,6	0,1	4,5
Campania	265,2	25,0	22,4	23,4	25,0	4,2	0,0	4,6
Puglia	138,8	35,5	21,1	22,5	17,8	3,0	0,0	3,4
Basilicata	23,2	46,6	13,3	24,4	12,8	3,0	0,0	4,1
Calabria	113,1	43,6	11,1	25,3	17,2	2,7	0,1	5,8
Sicilia	200,0	36,2	7,3	33,1	20,5	2,8	0,1	4,0
Sardegna	55,9	37,6	10,5	29,7	17,8	4,4	0,1	3,4
<b>Italia</b>	<b>5.255,5</b>	<b>30,1</b>	<b>20,1</b>	<b>21,7</b>	<b>20,8</b>	<b>7,2</b>	<b>0,1</b>	<b>8,7</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.

**Tabella 2** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e per regione - Situazione al 1 gennaio 2019

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Femmine						
		Prima	Cittadinanza		Terza	Stranieri residenti	Prima	Cittadinanza		Terza				
Piemonte	203,9	Rom	31,7	Mar	13,4	Alb	10,1	224,0	Rom	37,2	Mar	12,0	Alb	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,7	Rom	24,7	Mar	21,7	Alb	10,6	4,6	Rom	34,0	Mar	16,3	Alb	7,5
Lombardia	577,3	Rom	13,8	Egitto	9,7	Mar	8,3	604,4	Rom	16,0	Mar	7,6	Alb	7,6
Bolzano-Bozen	24,0	Alb	12,8	Pak	8,9	Ger	7,9	26,3	Alb	10,1	Ger	9,8	Rom	7,8
Trento	22,1	Rom	20,1	Alb	12,9	Mar	8,6	25,3	Rom	23,9	Alb	10,7	Ucr	7,6
Veneto	238,9	Rom	23,6	Mar	10,0	Cina	7,5	262,2	Rom	26,9	Mol	8,4	Mar	8,4
Friuli Venezia Giulia	53,3	Rom	20,7	Alb	9,0	Ser	6,3	56,9	Rom	25,2	Alb	8,5	Ucr	7,6
Liguria	70,5	Alb	16,2	Rom	12,2	Mar	11,7	75,9	Rom	16,5	Alb	13,7	Ecu	13,5
Emilia-Romagna	257,9	Rom	15,0	Mar	12,1	Alb	11,6	289,7	Rom	19,2	Mar	10,4	Alb	9,7
Toscana	196,6	Rom	16,4	Alb	16,3	Cina	14,5	220,8	Rom	23,9	Alb	13,6	Cina	12,5
Umbria	43,4	Rom	22,4	Alb	15,3	Mar	11,7	54,1	Rom	31,0	Alb	12,0	Mar	8,4
Marche	62,7	Rom	14,4	Alb	12,7	Mar	8,5	74,2	Rom	23,1	Alb	10,6	Mar	7,3
Lazio	328,8	Rom	31,9	Ban	8,4	Fil	5,9	354,6	Rom	36,2	Fil	7,6	Ucr	5,4
Abruzzo	41,6	Rom	25,9	Alb	14,6	Mar	10,4	47,7	Rom	33,3	Alb	12,1	Mar	7,1
Molise	7,3	Rom	21,5	Mar	10,6	Nig	8,7	6,6	Rom	38,0	Mar	9,5	Alb	6,0
Campania	132,4	Rom	13,4	Mar	11,3	Ucr	8,5	132,8	Ucr	24,3	Rom	18,8	SL	6,4
Puglia	69,9	Rom	19,6	Alb	16,6	Ma	8,3	68,9	Rom	32,5	Alb	16,1	Mar	6,1
Basilicata	11,6	Rom	30,9	Alb	8,7	Mar	7,9	11,6	Rom	47,6	Alb	8,1	Mar	7,1
Calabria	58,4	Rom	27,0	Mar	14,9	India	5,7	54,7	Rom	36,8	Mar	12,3	Ucr	8,7
Sicilia	105,2	Rom	22,7	Tun	13,5	Mar	8,5	94,8	Rom	36,5	Tun	7,0	Mar	6,9
Sardegna	27,2	Rom	16,8	Sen	15,0	Mar	9,4	28,7	Rom	33,4	Ucr	7,7	Mar	6,6
<b>Italia</b>	<b>2.536,8</b>	<b>Rom</b>	<b>20,2</b>	<b>Alb</b>	<b>8,9</b>	<b>Mar</b>	<b>8,9</b>	<b>2.718,7</b>	<b>Rom</b>	<b>25,5</b>	<b>Alb</b>	<b>7,9</b>	<b>Mar</b>	<b>7,3</b>

**Legenda:** Alb Albania - Ban Bangladesh - Cin Repubblica popolare cinese - Ecu Ecuador - Fil Filippine - Ger Germania - Ind India - Mar Marocco - Mol Moldavia - Pak Pakistan - Pol Polonia - Rom Romania - Sen Senegal - Ser Serbia - SL Sri Lanka - Tun Tunisia - Ucr Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La composizione di cittadinanza degli stranieri residenti per macroarea è mutata notevolmente nel tempo. Da un lato ci sono le collettività storicamente presenti sul territorio nazionale, come quella marocchina, rumena e albanese, da un altro si evidenzia la presenza di molte altre collettività.

Questi elementi rendono la composizione territoriale particolarmente articolata. Occorre sottolineare che, oltre alle caratteristiche socio-demografiche e a quelle

specifiche legate alla cittadinanza di appartenenza, gli stranieri nel complesso 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 (vedi “Nati da cittadini stranieri” Capitolo “Popolazione”).

È, quindi, opportuno che l’offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.





## Nati da cittadini stranieri in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo 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 (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione residente.

### Percentuale di nati da un genitore cittadino straniero

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

Numeratore: Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero

Denominatore: Iscritti in Anagrafe per nascita

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

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

Numeratore: Iscritti in Anagrafe per nascita con almeno un genitore straniero

Denominatore: Iscritti in Anagrafe per nascita

### Percentuale di nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

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

Numeratore: Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri

Denominatore: Iscritti in Anagrafe per nascita

**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 se nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo. La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" rileva, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se almeno un genitore ha cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

### Descrizione dei risultati

Nel 2018, si conferma la decrescita (-2.600 unità) iniziata nel 2012 delle nascite di bambini che abbiano almeno un genitore straniero. Questo calo, dovuto principalmente alla diminuzione dei nati da entrambi i genitori stranieri, è imputabile principalmente all'invecchiamento della struttura per età della popolazione straniera residente (1).

Se si volge lo sguardo all'andamento della natalità in termini relativi, si nota come nel 2018 i nati con almeno la madre straniera costituiscano il 20,3% del totale dei nati in Italia, mentre quelli con almeno il padre straniero sono il 16,8% (Grafico 1). I nati da entrambi i genitori stranieri rappresentano, invece, il 15,0% delle nascite.

Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: laddove è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da uno o entrambi i genitori stranieri sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1).

Le regioni dove la quota di nati da entrambi i genitori stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord, in particolare Emilia-Romagna (24,3%), Lombardia (21,7%), Liguria, (20,8%) e Toscana (20,5%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da entrambi i genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale (14,9%), ma estremamente contenuta. In particolare, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (4,5%).

A livello nazionale, il 5,3% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre molto minore è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (1,8%).

Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di città-





dinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 22,9% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 18,8% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa, primo tra tutti l'Albania. Anche l'apporto del continente africano alle nascite registrate in Italia è notevole ed è pari al 30,9%, (di cui il 20,8% della sola Africa del Nord), così come quello dell'Asia (22,9%). Il contributo alla natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

Il dato relativo all'Italia nel suo complesso, tuttavia, non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio, Basilicata e Calabria (38,5%, 34,4% e 33,1%, rispettivamente), mentre in Liguria, come negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America Centro-meridionale (17,5%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,5%) e in Valle d'Aosta i nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'Africa settentrionale (47,6% vs 20,8% valore nazionale). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano, a loro volta, il frutto di una operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,4% di tutti gli stra-

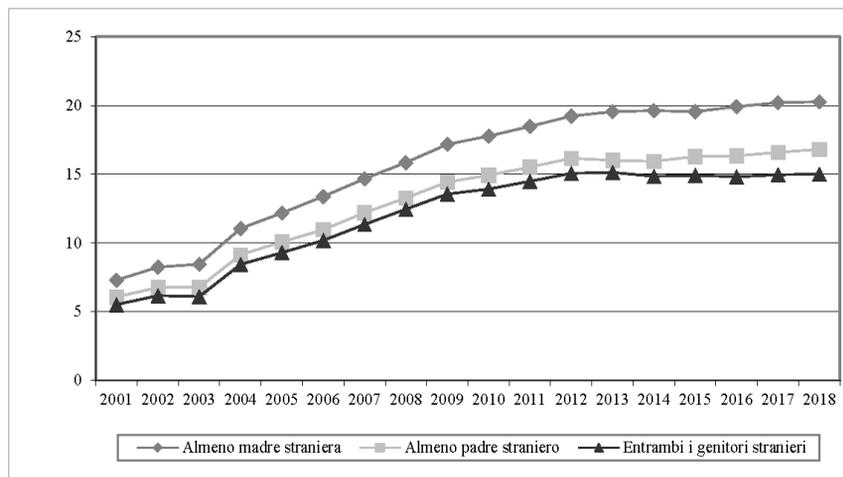
nieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 69,2% dei nati stranieri in Italia.

Poco più di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena: d'altra parte, i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la 1<sup>a</sup> comunità per presenza sul territorio nazionale (23,0% del totale degli stranieri). Ci sono casi, al contrario, in cui la natalità non va di pari passo con la presenza sul territorio. Infatti, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,6% dei nati stranieri) se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,6% del totale degli stranieri), mentre i marocchini, pur rappresentando l'8,0% degli stranieri residenti, contribuiscono fortemente alla natalità (13,8% dei nati stranieri).

Osservando la variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri nel periodo 2010-2018, emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite sia quella del Bangladesh (+23,8%) seguita da quella egiziana (+15,2%). Al contrario, sono diminuite maggiormente nel periodo considerato le nascite da cittadini della comunità cinese (-35,7%), marocchina (-29,7%) e albanese (-23,6%).

Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre. Negli ultimi anni questo indicatore potrebbe risentire anche delle naturalizzazioni avvenute. Ad esempio, se uno o entrambi i genitori del nato ha intrapreso e concluso il processo di acquisizione della cittadinanza italiana, automaticamente il nato viene escluso dal contingente in esame perché è cittadino italiano dalla nascita.

**Grafico 1** - Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2018



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.



**Tabella 1** - Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2018

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,6	2,6	19,4	71,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,3	3,3	13,7	76,7
Lombardia	7,0	2,3	21,7	69,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,6</i>	<i>3,3</i>	<i>13,3</i>	<i>75,8</i>
<i>Trento</i>	<i>7,1</i>	<i>3,4</i>	<i>15,9</i>	<i>73,6</i>
Veneto	7,2	2,6	19,9	70,3
Friuli Venezia Giulia	7,0	2,3	17,3	73,4
Liguria	6,6	2,7	20,8	69,9
Emilia-Romagna	7,9	2,8	24,3	65,0
Toscana	6,4	2,2	20,5	70,9
Umbria	6,9	2,4	18,5	72,2
Marche	7,5	2,6	15,8	74,2
Lazio	5,0	1,7	16,1	77,3
Abruzzo	5,0	1,9	10,5	82,6
Molise	4,7	1,2	5,8	88,3
Campania	2,2	0,6	5,2	92,0
Puglia	2,3	0,8	5,2	91,7
Basilicata	3,1	0,6	6,7	89,6
Calabria	3,4	0,7	7,2	88,8
Sicilia	2,3	0,7	5,9	91,1
Sardegna	3,0	1,1	4,5	91,4
<b>Italia</b>	<b>5,3</b>	<b>1,8</b>	<b>14,9</b>	<b>78,0</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.

**Tabella 2** - Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2018

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	31,7	17,4	25,1	10,1	11,2	4,4	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	20,2	8,9	47,6	4,0	12,1	7,3	0,0
Lombardia	16,5	15,3	25,2	9,5	25,1	8,5	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>18,3</i>	<i>34,5</i>	<i>14,8</i>	<i>6,4</i>	<i>22,8</i>	<i>3,3</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>23,2</i>	<i>25,6</i>	<i>16,4</i>	<i>9,5</i>	<i>22,5</i>	<i>2,6</i>	<i>0,1</i>
Veneto	25,4	22,2	16,6	12,2	22,2	1,3	0,1
Friuli Venezia Giulia	25,9	30,1	8,8	12,1	21,4	1,8	0,0
Liguria	13,4	25,0	21,7	6,4	16,0	17,5	0,0
Emilia-Romagna	17,6	21,1	24,9	13,6	21,2	1,6	0,0
Toscana	17,1	28,3	15,1	8,8	26,6	4,0	0,2
Umbria	24,4	27,1	22,3	10,1	10,1	6,1	0,0
Marche	16,1	24,5	16,9	10,6	29,3	2,5	0,2
Lazio	38,5	11,5	9,0	6,0	30,7	4,1	0,1
Abruzzo	26,1	27,3	22,5	9,7	12,9	1,4	0,0
Molise	22,7	8,2	30,0	21,8	16,4	0,9	0,0
Campania	19,8	14,2	21,6	11,6	30,2	2,4	0,2
Puglia	26,3	25,9	16,1	12,3	18,6	0,7	0,1
Basilicata	34,4	15,2	18,8	14,4	17,2	0,0	0,0
Calabria	33,1	7,6	32,4	9,1	17,2	0,6	0,0
Sicilia	28,9	8,2	30,1	9,1	23,1	0,6	0,1
Sardegna	21,4	10,9	16,4	20,9	29,0	1,4	0,0
<b>Italia</b>	<b>22,9</b>	<b>18,8</b>	<b>20,8</b>	<b>10,1</b>	<b>22,9</b>	<b>4,5</b>	<b>0,1</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.



**Tabella 3** - *Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e variazione (valori per 100) della stima del numero di nati stranieri (2018-2010) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2018*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2018-2010)
Romania	23,0	13.751	21,0	-4,1
Albania	8,4	7.039	10,8	-23,6
Marocco	8,0	9.049	13,8	-29,7
Cina Repubblica Popolare	5,7	3.309	5,1	-35,7
Ucraina	4,6	1.034	1,6	4,9
Filippine	3,2	1.488	2,3	-10,3
India	3,0	2.959	4,5	3,6
Bangladesh	2,7	2.748	4,2	23,8
Moldova	2,5	1.202	1,8	-21,5
Egitto	2,4	2.704	4,1	15,2
Altra	36,6	20.161	30,8	-19,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>65.444</b>	<b>100,0</b>	<b>-16,2</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat. Anno 2019.

#### **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 delle gestanti (2).

#### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2018. Statistiche. Report, 2019.
- (2) Istat. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve 2008.





## Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta uno degli ambiti di maggiore importanza per l'assistenza sanitaria della popolazione immigrata.

Il tasso di ospedalizzazione calcolato nel tempo e nel territorio consente di monitorare il trend e la variabilità geografica del ricorso ai servizi ospedalieri della popolazione straniera. Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo gli stranieri con cittadinanza nei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) 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 diagnosi principale. La diagnosi principale è presentata, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di Classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi omogenee.

La fonte dei dati sui ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle 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.

### Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri} = \frac{\text{Numeratore: Dimissioni ospedaliere di pazienti residenti in Italia per cittadinanza}}{\text{Denominatore: Popolazione media residente in Italia per cittadinanza}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri, sebbene siano costantemente migliorati nel tempo in termini di qualità, presentano ancora qualche inaccuratezza per alcune variabili socio-demografiche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, non viene sempre rilevata correttamente. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato, potendo, in alcuni casi, essere confusa con l'effettivo domicilio.

I tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti). Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti ma non residenti e coloro che non sono regolarmente presenti. I residenti, comunque, sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri Pfp, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti.

### Descrizione dei risultati

Nel 2017, si sono registrati 520.495 ricoveri di cittadini stranieri, pari al 6,1% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. Rispetto al 2012 si sono ridotti in valore assoluto (557.310 mila), ma è aumentato il loro peso relativo (5,7%). La quota di cittadini stranieri Pfp rimane stabile nel tempo ed è pari a 92,7% (Tabella 1).

Negli ultimi 6 anni la diminuzione dei ricoveri è stata più rapida in regime di Day Hospital (DH) rispetto al regime in Ricovero Ordinario (RO), sia per i Pfp che per il complesso dei ricoveri: attualmente, circa un ricovero su cinque è in DH, rispetto a uno su quattro nel 2012. Per gli stranieri provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato (Psa), invece, i ricoveri in regime di DH sono diminuiti, mentre quelli in RO sono aumentati. Per i Pfp, si osserva un aumento dei ricoveri in RO negli ultimi 2 anni, che andrà monitorato per valutare se si tratti di una inversione di tendenza, mentre i ricoveri in DH continuano a diminuire. La variazione percentuale dei ricoveri dei Pfp nel periodo di osservazione è stata più contenuta (-3,2% RO, -18,6% DH), rispetto al totale delle dimissioni ospedaliere (-8,1% RO, -28,3% DH).

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età mostrano come i cittadini stranieri si ricoverino sempre meno degli italiani residenti (Tabella 2): lo scarto è particolarmente ampio per gli uomini in regime di RO (76,7 per 1.000 Pfp vs 102,1 per 1.000 italiani) e più contenuto per le donne in DH (23,8 per 1.000 Pfp vs 31,6 per 1.000 italiane), per le quali continuano ad avere un peso rilevante i ricoveri delle donne straniere Pfp per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e abortività volontaria).

L'ospedalizzazione di cittadini provenienti dai Pfp presenta una elevata variabilità tra le regioni, sia rispetto al complesso dei ricoveri, sia con riferimento alla popolazione residente (Tabella 3); tale variabilità è dovuta anche alla diversa presenza di questi cittadini nel territorio italiano, con valori più elevati al Centro-Nord dove gli immigrati sono maggiormente presenti





e integrati e più bassi al Sud e nelle Isole. La percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai Pfp, rispetto al totale delle dimissioni, per il RO varia dal 2,3% in Sicilia al 7,7% in Emilia-Romagna, mentre per il DH dall'1,6% in Campania al 9,2% in Emilia-Romagna. I tassi di ospedalizzazione, depurati della diversa struttura per età regionale, in RO sono più elevati nella PA di Bolzano (106,5 per 1.000) seguita da Marche (98,4 per 1.000), Umbria (96,8 per 1.000), PA di Trento (96,1 per 1.000) e Abruzzo (95,4 per 1.000), mentre in regime di DH risultano più alti nella PA di Trento (34,3 per 1.000) seguita da Liguria (30,2 per 1.000), Valle d'Aosta (28,8 per 1.000), Lazio (28,1 per 1.000) e PA di Bolzano (27,7 per 1.000).

L'analisi della diagnosi principale alla dimissione tra i maggiorenni provenienti dai Pfp conferma che i tassi di ospedalizzazione sono inferiori a quelli degli italiani, con l'eccezione in RO delle malattie infettive e dell'asma per entrambi i generi a cui si aggiungono le malattie dell'orecchio per le donne (Tabella 4). Inoltre, risultano confermati per le donne straniere tassi di ospedalizzazione per le complicazioni della gravidan-

za, parto e puerperio e per le patologie correlate all'aborto più alti sia per il RO che per il DH (Tabella 5). Considerando le altre diagnosi, per le donne provenienti dai Pfp in RO i tassi più elevati si osservano per le malattie del sistema circolatorio (8,7 per 1.000), in particolare per le malattie del cuore (5,4 per 1.000), per i tumori (7,9 per 1.000) e per le malattie dell'apparato digerente (7,9 per 1.000). In DH, invece, i tassi sono più elevati per le malattie dell'apparato genito-urinario (4,2 per 1.000) e per i fattori che influenzano lo stato di salute (2,8 per 1.000). Tra gli uomini provenienti dai Pfp i traumatismi, diversamente dal passato, non rappresentano più la diagnosi principale in RO perchè superati dalle malattie del sistema circolatorio (17,6 per 1.000). Seguono le malattie dell'apparato digerente (9,0 per 1.000), i tumori (8,4 per 1.000) e le malattie dell'apparato respiratorio (8,1 per 1.000). In DH, invece, i ricoveri più frequenti avvengono per i fattori che influenzano lo stato di salute (2,4 per 1.000), per le malattie dell'apparato digerente (2,3 per 1.000) e per i tumori (1,8 per 1.000).

**Tabella 1** - Dimissioni (valori assoluti e valori per 100) ospedaliere di pazienti stranieri per regime di ricovero e per provenienza - Anni 2013-2017

Provenienza	Ricoveri Ordinari					Day Hospital				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Stranieri Psa	30.523	30.431	31.658	31.049	31.652	7.218	6.775	6.742	6.687	6.111
di cui residenti in Italia %	59,8	58,5	55,9	64,4	55,8	86,8	86,7	86,8	89,7	86,3
% sul totale	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri Pfp	385.210	382.310	375.056	377.556	380.849	120.087	115.233	110.363	105.619	101.883
di cui residenti in Italia %	88,9	88,6	88,2	89,6	89,3	91,1	91,3	91,5	92,2	91,4
% sul totale	5,5	5,5	5,5	5,6	5,7	5,0	5,2	5,2	5,3	5,5
<b>Totale ricoveri</b>	<b>7.063.470</b>	<b>6.910.457</b>	<b>6.826.107</b>	<b>6.711.441</b>	<b>6.670.802</b>	<b>2.387.533</b>	<b>2.230.429</b>	<b>2.104.197</b>	<b>1.984.253</b>	<b>1.856.620</b>
di cui residenti in Italia %	99,1	99,1	99,1	99,0	99,1	99,5	99,5	99,5	99,4	99,4
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Psa = Paesi a sviluppo avanzato.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.



**Tabella 2** - Dimissioni (valori assoluti) ospedaliere e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e di pazienti italiani per regime di ricovero e genere - Anni 2012-2017

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Dimessi Pfp	Maschi Tassi std Pfp	Femmine Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Femmine Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Maschi Tassi std Pfp	Femmine Tassi std Pfp	Tassi std italiani	
2012	131.320	82,8	115,8	262.237	104,1	119,9	37.152	21,0	42,4	88.032	31,9	44,6
2013	129.228	80,7	110,9	255.982	101,1	114,7	35.172	19,7	38,5	84.915	30,8	40,7
2014	128.848	74,7	106,8	253.462	94,4	111,7	34.088	17,6	35,6	81.145	27,7	37,8
2015	128.319	65,8	105,4	246.737	91,3	109,9	34.210	16,0	33,7	76.153	26,2	35,6
2016	131.677	60,7	103,2	245.879	93,7	107,9	33.156	14,0	31,7	72.463	25,5	33,5
2017	134.599	76,7	102,1	246.250	93,5	106,9	32.827	15,9	29,5	69.056	23,8	31,6

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.

**Tabella 3** - Dimissioni (valori assoluti e valori per 100) ospedaliere e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regime di ricovero e per regione - Anno 2017

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std	Dimessi	%	Tassi std
Piemonte	33.855	7,1	86,7	9.120	7,5	22,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	752	4,9	89,0	284	5,0	28,8
Lombardia	86.269	7,2	83,6	18.089	7,8	14,5
Bolzano-Bozen	4.731	6,8	106,5	1.199	7,1	27,7
Trento	4.123	7,0	96,1	1.618	7,7	34,3
Veneto	40.729	7,5	87,2	8.401	7,4	16,5
Friuli Venezia Giulia	9.058	6,5	93,1	2.657	6,9	23,0
Liguria	12.252	6,6	91,0	4.647	6,9	30,2
Emilia-Romagna	47.427	7,7	90,8	11.338	9,2	19,3
Toscana	24.686	6,0	69,9	9.413	7,2	22,8
Umbria	8.071	7,3	96,8	1.981	7,8	21,5
Marche	11.842	7,1	98,4	3.249	6,0	26,1
Lazio	45.331	7,2	86,6	18.036	6,7	28,1
Abruzzo	6.641	4,5	95,4	1.890	4,5	24,9
Molise*	37	0,1	17,2	12	0,1	6,1
Campania	14.214	2,5	53,0	4.765	1,6	18,1
Puglia	11.901	2,7	85,6	1.052	2,2	8,3
Basilicata	1.403	2,5	67,2	392	2,5	16,5
Calabria	5.952	3,7	63,1	1.390	3,1	13,8
Sicilia	10.720	2,3	57,9	2.175	2,0	10,7
Sardegna*	855	0,5	3,5	175	0,3	1,2
<b>Italia</b>	<b>380.849</b>	<b>5,7</b>	<b>82,1</b>	<b>101.883</b>	<b>5,5</b>	<b>19,5</b>

\*I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni, probabilmente per problemi di qualità nella codifica della cittadinanza.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.



## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

345

**Tabella 4** - Dimissioni (valori per 100) ospedaliere e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti stranieri residenti provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e di pazienti italiani di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2017

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti Pfp	Tassi std italiani		Tassi std residenti Pfp	Tassi std italiani
Non indicato	0,00	n.a.	n.a.	0,00	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	6,09	2,86	2,18	1,47	1,62	1,55
II - Tumori	7,29	8,40	12,40	7,00	7,94	11,42
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,77	1,46	1,97	1,46	1,71	3,06
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,82	0,71	0,87	0,63	0,77	0,93
IV.1 - Anemie	0,53	0,49	0,67	0,53	0,63	0,75
V - Disturbi psichici	5,22	1,89	3,35	2,07	1,76	2,94
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,21	2,89	4,09	1,88	2,37	3,51
VI.4 - Epilessia	0,58	0,31	0,36	0,17	0,22	0,33
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,21	0,96	1,20	0,44	0,67	0,93
VI.8 - Malattie dell'orecchio	0,80	0,43	0,44	0,48	0,49	0,46
VII - Malattie sistema circolatorio	15,00	17,55	24,72	4,48	8,66	14,44
VII.2 - Malattie del cuore	9,98	11,97	16,64	2,68	5,36	8,95
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,38	8,09	10,97	3,08	4,76	7,54
VIII.1 - Infezioni respiratorie	4,24	3,46	3,71	1,52	2,14	2,71
VIII.2 - Broncopneumopatia Cronico Ostruttiva	0,52	0,81	0,89	0,16	0,36	0,52
VIII.3 - Asma	0,19	0,10	0,05	0,09	0,12	0,09
IX - Malattie apparato digerente	13,94	9,00	11,95	6,89	7,86	9,08
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (inclusa appendicite)	4,67	2,32	3,08	1,66	1,81	2,60
X - Malattie apparato genito-urinario	5,82	5,35	7,96	6,24	6,45	7,47
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	n.a.	n.a.	n.a.	51,94	44,63	28,00
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,19	0,65	0,94	0,34	0,39	0,68
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,12	4,36	7,97	3,45	5,51	8,15
XIV - Malformazioni congenite	0,67	0,29	0,57	0,39	0,37	0,72
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3,57	2,65	3,86	1,86	2,24	3,13
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	14,66	7,11	10,30	3,63	4,83	9,43
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,23	3,59	5,26	3,16	4,39	5,73
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>76,87</b>	<b>109,38</b>	<b>100,00</b>	<b>106,27</b>	<b>117,78</b>

n.a. = non applicabile.

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.



**Tabella 5** - Dimissioni (valori per 100) ospedaliere e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti stranieri residenti provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e di pazienti italiani di età 18 anni ed oltre in regime di Day Hospital per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2017

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti Pfp	Tassi std italiani		Tassi std residenti Pfp	Tassi std italiani
Non indicato	0,01	n.a.	n.a.	0,00	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	4,89	0,33	0,45	1,44	0,29	0,26
II - Tumori	8,24	1,80	4,10	6,92	2,03	3,93
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,44	0,19	0,56	0,75	0,22	0,68
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	1,29	0,21	0,44	0,76	0,23	0,52
IV.1 - Anemie	0,96	0,15	0,31	0,61	0,20	0,44
V - Disturbi psichici	0,94	0,08	0,29	0,45	0,12	0,35
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	9,12	1,71	3,17	3,51	1,40	2,84
VI.7 - Malattie dell'occhio	5,67	1,28	2,05	1,93	0,92	1,58
VII - Malattie sistema circolatorio	8,40	1,22	2,59	3,78	1,22	1,60
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	5,42	0,52	1,10	2,91	0,81	0,83
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	4,55	0,48	1,09	1,47	0,41	0,76
VIII.1 - Infezioni respiratorie	0,53	0,05	0,13	0,25	0,07	0,13
IX - Malattie apparato digerente	17,48	2,33	4,26	3,22	0,89	1,81
IX.5 - Ernia addominale	10,23	1,53	2,71	1,02	0,29	0,41
X - Malattie apparato genito-urinario	6,27	0,92	2,28	17,33	4,22	6,79
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	n.a.	n.a.	n.a.	43,07	9,53	4,34
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	n.a.	n.a.	n.a.	35,54	7,85	2,94
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	3,47	0,31	0,98	0,71	0,20	0,55
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,86	1,15	2,77	4,98	1,56	3,20
XIV - Malformazioni congenite	0,90	0,08	0,24	0,57	0,15	0,32
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,01	n.a.	0,00	0,01	0,00	0,00
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1,21	0,16	0,44	0,48	0,16	0,33
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	7,85	0,71	1,18	1,57	0,42	0,75
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	14,08	2,37	4,23	8,98	2,83	4,29
<b>Totale</b>	<b>100,00</b>	<b>14,06</b>	<b>29,09</b>	<b>100,00</b>	<b>25,88</b>	<b>33,31</b>

n.a. = non applicabile.

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani. 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 delle due componenti è, attualmente, oggetto di linee di attività specifiche che l'Istituto Nazionale per la promozione della salute

delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà sta conducendo in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica e con le Regioni.

Permane la criticità rappresentata da una scarsa qualità della compilazione dei dati relativi alla cittadinanza nelle SDO in alcune regioni. Va, infine, segnalato che, allo stato attuale, risulta difficile quantificare i ricoveri degli stranieri non regolarmente presenti a causa della scarsa qualità di compilazione dei campi necessari alla loro individuazione.

Dati su questo sottogruppo di popolazione sarebbero estremamente importanti per finalità di salute pubblica.



## Ospedalizzazione per ricoveri ostetrici delle donne straniere in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti consentono di monitorare la domanda di servizi ospedalieri per motivi ostetrici delle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e sono utili per

orientare l'offerta e garantire l'accessibilità di tali servizi, condizionata dalle informazioni e dalle conoscenze che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazione tra operatori e utenti.

### Proporzione di ricoveri ostetrici di donne straniere in età fertile

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile residenti per tipologia di ricovero ostetrico e cittadinanza	
Denominatore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile residenti per cittadinanza	x 100

### Tasso di dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne straniere in età fertile

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne straniere in età fertile residenti per cittadinanza	
Denominatore	Popolazione media femminile in età fertile residente per cittadinanza	x 100

**Validità e limiti.** Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri ostetrici.

I ricoveri ostetrici e i parti sono identificati selezionando, rispettivamente, le dimissioni ospedaliere con codici *Diagnosis Related Group* (DRG) da 370 a 384 e codici DRG da 370 a 375.

Per individuare le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e gli aborti spontanei viene utilizzata l'informazione contenuta nella variabile diagnosi principale utilizzando, rispettivamente, le dimissioni con i codici ICD-9-CM 635 e quelle con codici 632 e 634. Gli indicatori sono calcolati considerando quale età fertile quella della classe di età 15-49 anni.

In Molise e Sardegna vi sono problemi di qualità della variabile cittadinanza; pertanto, i dati relativi alle donne straniere provenienti dai Pfp presentano scostamenti elevati dal dato medio nazionale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Gli indicatori relativi alle donne straniere Pfp sono confrontati con quelli riferiti alle donne italiane.

### Descrizione dei risultati

Nel 2017, si sono registrati nelle SDO 139.601 ricoveri ostetrici di donne straniere in età fertile (15-49 anni) provenienti dai Pfp e 528.016 ricoveri ostetrici di donne italiane di pari età. Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione, rispettivamente, del 2,5% per le straniere e del 4,4% per le italiane.

Nelle donne straniere Pfp, circa la metà dei ricoveri avviene per motivi ostetrici. Considerando l'età fertile, il 62,8% sono dovuti al parto, il 16,6% alle IVG, il 7,6% ad aborto spontaneo e il 13,0% ad altri motivi ostetrici (Tabella 1).

Per le donne italiane è più frequente il ricovero per il parto e gli aborti spontanei rispetto alle donne straniere Pfp di pari età, mentre i ricoveri dovuti alle IVG sono minori (si veda "Abortività volontaria delle donne straniere in Italia"). Rispetto all'anno precedente si assiste per entrambi i gruppi di popolazione ad un aumento della proporzione di parti e alla contestuale diminuzione delle IVG e degli aborti spontanei; gli altri ricoveri restano sostanzialmente stabili.

A livello regionale, sia per le donne italiane che per le straniere, si osserva il maggior ricorso ai parti nelle PA di Bolzano e Trento e alle IVG in Liguria e Piemonte; la Campania è la regione in cui si riscontrano maggiori proporzioni di aborti spontanei per le donne straniere, mentre per le donne italiane i valori maggiori si osservano in Basilicata e Friuli Venezia Giulia.

I tassi di ospedalizzazione per ricoveri ostetrici delle donne provenienti dai Pfp sono circa il doppio delle donne italiane, 82,1 per 1.000 vs 47,0 per 1.000 donne residenti di età 15-49 anni (Tabella 2).

Questa differenza si conferma in tutte le regioni del Nord, ma anche nelle Marche e in Abruzzo. I tassi di ospedalizzazione delle donne straniere variano dal valore massimo registrato nella PA di Bolzano (106,6 per 1.000) al valore minimo della Campania (50,2 per 1.000). Il *range* tra minimo e massimo risulta più contenuto per le donne italiane: il valore massimo si rileva in Campania (53,7 per 1.000) e quello minimo in Emilia-Romagna e Friuli Venezia Giulia (rispettivamente, 41,9 e 42,0 per 1.000). Solo in Campania i tassi di ospedalizzazione per ricoveri ostetrici delle donne italiane risultano più elevati dei tassi riferiti alle donne straniere (53,7 per 1.000 vs 50,2 per 1.000) per la diversa combinazione tra parti e IVG.



Nell'analisi dei tassi specifici di ospedalizzazione per ricoveri ostetrici delle donne straniere, la classe di età 25-29 anni è quella con i valori più elevati, fatta eccezione per le regioni meridionali nelle quali la classe di età modale è 20-24 anni. Per le donne italiane, la classe di età modale è 30-34 anni, sia a livello nazio-

nale che regionale. Si evidenzia, inoltre, che il tasso specifico della classe di età 20-24 anni per le donne straniere provenienti dai Pfp è 4,4 volte maggiore rispetto a quello delle donne italiane; tale rapporto si riduce a 3,7 volte e 2,0 volte per le classi di età 15-19 e 25-29 anni.

**Tabella 1** - Dimissioni (valori per 100) ospedaliere per tipologia di ricoveri ostetrici di donne in età fertile (15-49 anni) per cittadinanza e per regione di dimissione - Anno 2017

Regioni	Parti		IVG		Aborti spontanei		Altro	
	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp	Italiane	Straniere Pfp
Piemonte	66,5	61,0	15,4	20,9	8,0	7,1	10,2	11,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	70,0	65,3	12,0	14,6	7,7	5,8	10,3	14,2
Lombardia	70,9	65,6	10,5	16,1	7,8	6,6	10,8	11,8
Bolzano-Bozen	74,6	67,9	5,7	11,7	8,8	7,6	11,0	12,8
Trento	72,9	67,2	11,2	15,8	4,2	4,1	11,8	12,9
Veneto	69,8	66,2	7,8	12,3	9,8	7,8	12,6	13,7
Friuli Venezia Giulia	66,9	64,6	11,1	14,9	10,6	8,6	11,5	12,0
Liguria	64,6	58,6	15,3	21,6	9,1	7,4	11,0	12,4
Emilia-Romagna	68,2	63,8	13,2	17,6	8,2	7,0	10,5	11,6
Toscana	65,6	59,1	12,3	19,5	9,3	8,0	12,9	13,4
Umbria	67,4	59,2	11,0	18,8	9,1	7,7	12,5	14,4
Marche	67,8	61,6	7,9	12,4	8,8	7,6	15,5	18,4
Lazio	66,0	59,7	11,6	17,5	9,9	8,6	12,5	14,2
Abruzzo	68,8	62,9	10,8	17,2	9,7	7,6	10,7	12,4
Molise*	59,5	66,7	14,1	n.d.	9,5	16,7	16,9	16,7
Campania	68,6	57,7	9,8	16,7	9,6	11,5	12,1	14,1
Puglia	70,0	61,6	5,6	7,6	5,9	8,3	18,4	22,6
Basilicata	70,2	57,3	8,5	19,5	12,1	9,9	9,2	13,3
Calabria	69,3	65,3	8,7	14,5	9,3	8,0	12,7	12,2
Sicilia	71,3	63,3	9,7	15,7	9,6	8,4	9,3	12,6
Sardegna*	58,1	28,4	10,5	35,5	11,4	9,9	19,9	26,2
<b>Italia</b>	<b>68,5</b>	<b>62,8</b>	<b>10,4</b>	<b>16,6</b>	<b>8,9</b>	<b>7,6</b>	<b>12,2</b>	<b>13,0</b>

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

\*I dati di queste regioni presentano delle anomalie dovute a problemi di qualità nella codifica della cittadinanza.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, SDO. Anno 2019.



## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

349

**Tabella 2 - Tasso (grezzo e specifico per 1.000) di dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile (15-49 anni) per cittadinanza e per regione di residenza - Anno 2017**

Regioni	Italiane										Straniere Pfp					Tassi grezzi
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Tassi grezzi	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
Piemonte	7,6	28,5	76,4	118,3	82,5	24,8	2,1	43,4	36,2	154,1	170,5	146,2	92,1	34,1	2,5	93,6
Valle d'Aosta	4,5	35,9	84,4	113,9	87,0	26,0	3,0	45,1	34,9	120,9	146,2	151,0	115,1	33,4	5,1	95,4
Lombardia	6,9	27,5	73,6	122,9	91,4	26,0	2,2	45,6	26,6	146,9	158,9	128,2	85,8	32,5	3,1	86,1
Bolzano-Bozen	6,1	28,3	105,0	153,5	93,3	23,8	2,1	53,4	17,2	193,0	202,5	149,4	99,4	36,8	3,2	106,6
Trento	6,1	26,6	80,3	127,4	88,3	24,3	2,0	45,8	16,5	144,4	178,7	130,7	98,0	34,3	0,5	94,5
Veneto	5,3	21,5	68,8	120,6	88,5	26,2	2,3	42,6	28,5	142,5	178,7	140,5	89,6	33,6	2,1	93,1
Friuli Venezia Giulia	6,5	25,9	71,4	114,7	82,1	26,0	1,8	42,0	35,5	153,5	184,5	138,8	84,5	34,5	2,3	93,3
Liguria	8,7	28,6	70,4	116,5	86,4	28,8	2,5	42,7	51,0	165,6	171,3	130,0	84,8	30,3	2,0	92,0
Emilia-Romagna	5,7	24,9	68,9	113,6	82,0	25,9	2,7	41,9	32,0	152,8	178,0	143,4	92,9	33,2	2,8	95,1
Toscana	7,4	28,1	73,2	124,1	93,5	30,4	2,9	47,1	29,8	140,7	146,7	115,1	74,2	25,6	3,0	76,7
Umbria	6,9	24,0	72,1	109,7	80,5	27,8	2,0	43,3	31,8	132,5	138,7	122,4	74,4	28,3	0,6	75,4
Marche	6,6	23,6	62,5	112,2	86,5	25,4	2,2	42,5	38,3	167,2	167,1	137,1	97,3	33,9	3,8	92,6
Lazio	8,2	29,5	72,4	118,1	96,1	32,9	3,4	48,5	32,1	140,7	144,1	111,5	72,7	25,6	2,2	70,8
Abruzzo	6,6	27,6	64,6	111,4	85,6	29,6	2,3	44,9	41,3	165,9	160,8	134,5	87,0	29,7	2,4	88,3
Molise*	10,8	44,2	85,2	125,5	106,1	33,2	2,6	56,2	12,2	29,9	15,0	26,5	11,0	3,2	n.d.	13,5
Campania	12,4	44,7	93,8	126,3	86,0	25,4	2,3	53,7	33,6	107,9	100,9	76,2	49,9	17,9	1,1	50,2
Puglia	10,0	35,7	76,2	114,2	78,4	22,5	1,8	46,0	41,1	149,7	133,3	103,1	74,0	23,2	1,8	73,3
Basilicata	6,1	24,4	60,8	112,6	91,3	32,2	1,9	45,7	55,8	177,5	135,4	93,9	62,4	23,1	0,9	74,4
Calabria	8,9	36,7	86,5	112,5	83,1	25,9	3,0	50,0	53,3	149,4	126,5	104,9	68,3	20,1	2,3	72,3
Sicilia	16,0	47,2	89,9	116,5	77,3	23,8	1,9	51,1	47,3	121,0	114,7	89,7	54,2	24,1	1,7	62,4
Sardegna*	10,0	41,0	74,1	112,6	96,6	35,3	3,4	51,4	4,8	5,3	4,1	6,5	2,3	2,1	-	3,2
<b>Italia</b>	<b>8,9</b>	<b>32,8</b>	<b>77,8</b>	<b>119,1</b>	<b>86,9</b>	<b>26,9</b>	<b>2,4</b>	<b>47,0</b>	<b>32,5</b>	<b>145,0</b>	<b>155,6</b>	<b>124,0</b>	<b>80,7</b>	<b>29,3</b>	<b>2,4</b>	<b>82,1</b>

\*I tassi di queste regioni presentano degli scostamenti rilevanti dal dato medio e dai valori delle altre regioni per problemi di qualità nella codifica della cittadinanza. Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati del Ministero della Salute, SDO. Anno 2019.





### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I motivi ostetrici costituiscono la 1<sup>a</sup> causa di ospedalizzazione delle donne straniere in età fertile provenienti dai Pfpn.

Gli indicatori relativi all'utilizzo dei servizi ospedalieri per motivi ostetrici consentono di quantificare e caratterizzare la domanda secondo i diversi esiti della gravidanza ed evidenziare possibili problemi di accessibilità dei servizi stessi.

Le donne straniere ricorrono più frequentemente delle italiane alle IVG, ma i tassi di abortività volontaria sono in diminuzione (vedi "Abortività volontaria delle donne straniere in Italia").

Nel tempo si riduce, pertanto, il divario rispetto alle

donne italiane, anche grazie alla crescente efficacia dei servizi sanitari che operano per prevenire le gravidanze indesiderate, primi fra tutti i Consultori familiari. È, per questo, necessario continuare ad investire nei servizi sanitari per la tutela delle donne in gravidanza, promuovendone l'accessibilità ed il ricorso da parte delle donne straniere.

### **Riferimenti bibliografici**

(1) INMP. "Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016". Quaderni di epidemiologia, 2019.

(2) Ministero della Salute. "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2017", 2019.





## Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può 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 andato aumentando nel corso degli anni, di pari passo con l'incremento numerico della loro presenza, ma dal 2012 si registra una lieve flessione.

La percentuale di IVG tra le donne straniere descrive il loro contributo al fenomeno nel suo insieme, mentre il tasso di abortività permette di valutarne l'incidenza e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione straniera permette di calcolare i tassi che descrivono l'effettivo ricorso a tale pratica.

### Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria	
Denominatore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza	x 100

### Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne con cittadinanza straniera

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera	
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera	x 1.000

**Validità e limiti.** Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera: tramite la cittadinanza o tramite il Paese di nascita.

Nel primo caso si escludono le donne italiane nate all'estero, ma di contro si escludono anche le straniere che hanno acquisito la cittadinanza italiana.

Considerando, invece, l'informazione sul luogo di nascita, si includono le cittadine italiane nate all'estero, mentre si perdono le cittadine straniere nate in Italia.

I tassi di abortività, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2017.

Per rendere confrontabile il livello di abortività tra i vari gruppi di cittadinanza, si è reso necessario il ricorso al tasso standardizzato, eliminando così le differenze dovute alle diverse strutture per età.

Per l'anno 2017 è stata rilevata una sottonotifica dei dati per la Lombardia e il Veneto, per cui i tassi sono stati calcolati utilizzando delle stime effettuate a partire dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, poiché dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata.

Per il tasso di abortività, invece, si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne

italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

### Descrizione dei risultati

Nel 2017, l'Istat ha rilevato in Italia, mediante il modello D12, 80.497 IVG, evidenziando un calo del 15,6% rispetto al 2014 (primo anno in cui si sono registrati meno di 100.000 casi). Anche la percentuale di IVG a carico delle donne straniere continua dal 2012 a diminuire: al 2016 tale quota è inferiore al 30% del totale delle IVG. Un lieve incremento si osserva nel 2017, da 29,0% a 29,3% (Grafico 1).

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un aumento della presenza straniera in Italia (con un rallentamento nella crescita negli ultimi anni) e la maggioranza delle donne straniere proviene dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). La percentuale delle IVG effettuate da donne provenienti da tali Paesi (Tabella 1) è più elevata al Nord e al Centro, in linea con la loro maggior presenza in tali aree. Nel 2017, in Emilia-Romagna si supera il valore del 40% e in altre regioni, come Umbria e Marche, i valori sono di poco inferiori.

Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti dai Pfp, donne provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e donne con cittadinanza italiana (Grafico 2). Questo consente di misurare il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinguendo anche per classi di età. In tutti e tre i sottogruppi continua la diminuzione nel



tempo dei tassi di abortività volontaria, in particolare per le donne Pfpn nel 2017 i tassi si riducono del 64,9% rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003); nonostante ciò presentano ancora livelli alti rispetto agli altri due gruppi di donne.

Anche per le donne italiane si conferma una riduzione dei tassi rispetto al 2003 (-26,4%), pur partendo da valori già molto bassi (si passa da 7,6 a 5,6 IVG per 1.000 donne). Anche per le cittadine provenienti dai Psa si registra questa tendenza, ma con un andamento più irregolare nel tempo (si tratta di valori numericamente molto piccoli).

La forbice tra i valori delle donne straniere Pfpn e quelli delle donne italiane si riduce notevolmente: nel 2003 le prime presentavano un valore 5,4 volte superiore alle italiane, mentre nel 2017 tale valore è sceso a 2,6 volte.

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza e migliore accesso ai servizi sanitari. Osservando il fenomeno per età (Grafico 3), il tasso più elevato tra le straniere si registra in corrispondenza della classe di età 20-24 anni sia nel 2003 che nel 2017, con un notevole decremento tra i 2 anni del 70% (si passa da 85,3% a 25,6%). Anche per le italiane nel 2003 il valore più elevato appartiene a questa classe di età (11,5%), ma nel 2017 si sposta alla classe di età 25-29 anni (8,0%).

La riduzione dei tassi lungo il periodo di osservazione interessa tutte le classi di età per entrambi i gruppi di donne, ma con livelli differenti: tra le donne provenienti dai Pfpn le differenze tra i 2 anni sono molto più marcate e si va da una diminuzione del 70% nella classe di età 20-24 anni a una del 41% tra le donne meno giovani (classe di età 45-49 anni). Le italiane hanno tassi molto più bassi e le variazioni sono di minore entità, pur evidenziando un calo del 46% tra le giovanissime (età 15-19 anni), del 35% nella classe di età 20-24 anni e, a seguire, decrementi nell'ordine del 20% circa per le restanti classi di età.

Per le donne provenienti dai Psa (dato non presente in tabella), i trend hanno forti oscillazioni dovute alla scarsa numerosità dei casi di IVG, con tendenza alla diminuzione, soprattutto tra le giovanissime (in particolare nella classe di età 15-19 anni).

Nel corso degli anni, a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica delle IVG per nazionalità della donna si sono alternate diverse cittadinanze: la Romania, l'Albania e il Marocco hanno avuto

una presenza continua alle quali si è aggiunta la Cina e, a partire dal 2016, la Nigeria (Tabella 2).

Con riferimento al trend 2003-2017, fatta eccezione per le donne nigeriane, viene confermata la decrescita dei livelli di abortività delle quattro sottopopolazioni di donne straniere: le donne rumene hanno visto il tasso ridursi dell'83,8%, ma è anche vero che sono partite da livelli elevati (72,0 IVG per 1.000 donne); a seguire le albanesi, le marocchine e le cinesi che mostrano tutte una riduzione di circa il 47%. La forte riduzione del tasso per il primo gruppo di donne può essere un segnale di forte integrazione della comunità rumena. A conferma di ciò, si osserva che lungo tutto il periodo la Romania è sempre il 1° Paese nella graduatoria per numerosità di cittadine straniere residenti. La quota delle IVG effettuate da donne rumene non residenti, che non rientra nel calcolo del tasso, si è ridotta nel tempo assestandosi all'8,6%.

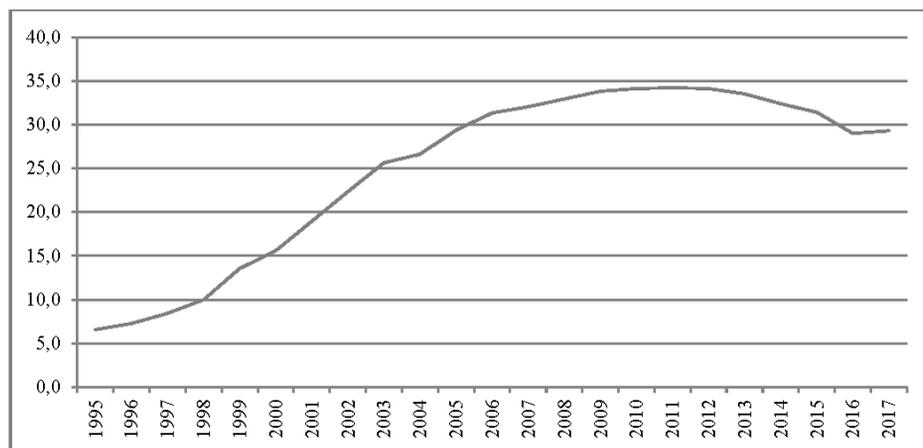
L'ingresso delle donne nigeriane tra le prime cittadinanze è molto recente; pertanto, non sono stati calcolati i tassi per gli anni passati poiché piccoli numeri produrrebbero oscillazioni casuali non dovute a reali cambiamenti. Si evidenzia, quindi, soltanto che nel 2017 risulta essere la sottopopolazione con il più alto tasso (71,5 per 1.000) e con la quota più elevata di IVG effettuate da donne non residenti (circa il 28%), che non rientra quindi nel computo del tasso (Tabella 2).

Osservando la graduatoria del numero totale di IVG effettuate (da residenti e non) nel 2017, la Nigeria si trova al secondo posto dopo la Romania, mentre, considerando solo le donne residenti, si posiziona al quarto posto.

Se si guarda al motivo di richiesta del permesso di soggiorno in Italia di cittadini non comunitari (esclusa quindi la Romania), si può avere una idea della diversa progettualità che porta le donne a migrare nel nostro Paese. Per le donne albanesi e marocchine, il motivo principale risulta essere la famiglia (inteso come ricongiungimento familiare); per le donne cinesi la motivazione negli ultimi anni è passata dal lavoro alla famiglia, ma sono in crescita anche le donne che dichiarano come motivo lo studio. Questi vari permessi fanno pensare ad una permanenza di breve-lungo tempo e, quindi, una maggiore propensione ad acquisire la residenza. Per le donne nigeriane, la motivazione principale si alterna tra famiglia/lavoro e motivi umanitari, questi ultimi legati probabilmente a casi di emergenza nei quali la donna non prende la residenza e una gravidanza inattesa ha più probabilità di terminare in una IVG (dati non presenti in tabella).



**Grafico 1** - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera in Italia - Anni 1995-2017



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2019.

**Tabella 1** - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013-2017

Regioni	2003	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4	37,9	34,1	34,7	36,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2	29,0	21,9	28,6	21,6
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5	39,6	38,8	33,6	35,4
Trentino Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8	38,3	35,9	35,2	36,5
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8	42,4	45,7	38,0	36,7
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3	31,1	30,9	31,6	31,3
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6	38,6	38,7	35,3	36,7
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5	43,1	42,4	43,2	41,5	41,1
Toscana	23,8	37,5	41,6	39,8	38,8	37,5	37,3	36,8
Umbria	34,9	44,2	44,0	44,5	42,4	40,6	40,3	38,9
Marche	28,0	42,5	37,1	37,9	37,7	32,5	35,4	37,3
Lazio	23,1	30,0	32,8	32,8	32,3	30,1	30,0	29,2
Abruzzo	15,5	25,2	25,2	27,2	24,6	24,0	22,3	21,8
Molise	5,1	6,4	16,7	18,0	10,6	11,6	2,0	1,0
Campania	12,0	14,5	14,2	13,2	12,7	12,2	11,7	11,0
Puglia	3,3	11,7	12,3	11,0	10,6	10,0	10,5	11,3
Basilicata	4,0	13,0	14,5	12,9	15,4	14,1	14,8	15,5
Calabria	7,9	18,2	21,1	17,6	18,9	19,1	16,8	17,7
Sicilia	5,0	14,5	15,9	15,3	15,1	14,6	14,2	13,6
Sardegna	4,0	10,3	12,9	13,1	12,2	10,7	10,6	13,3
<b>Italia</b>	<b>21,2</b>	<b>30,0</b>	<b>31,6</b>	<b>31,1</b>	<b>33,2</b>	<b>28,7</b>	<b>27,4</b>	<b>27,6</b>

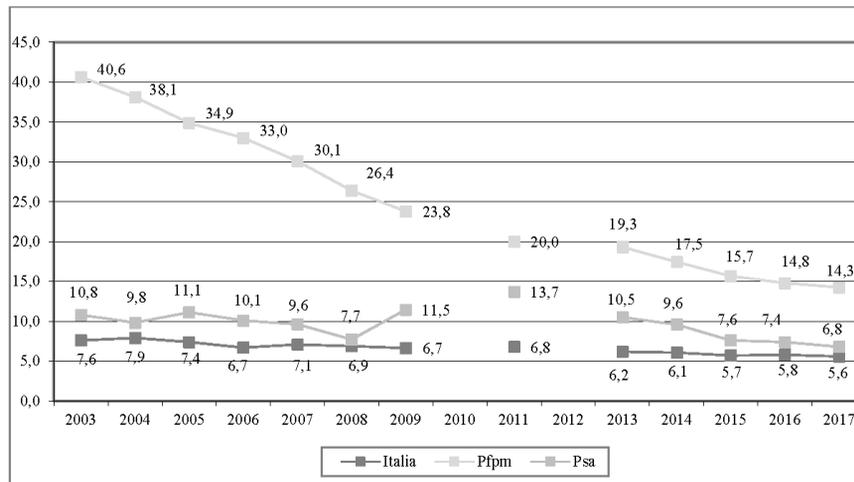
\*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2019.





**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2017

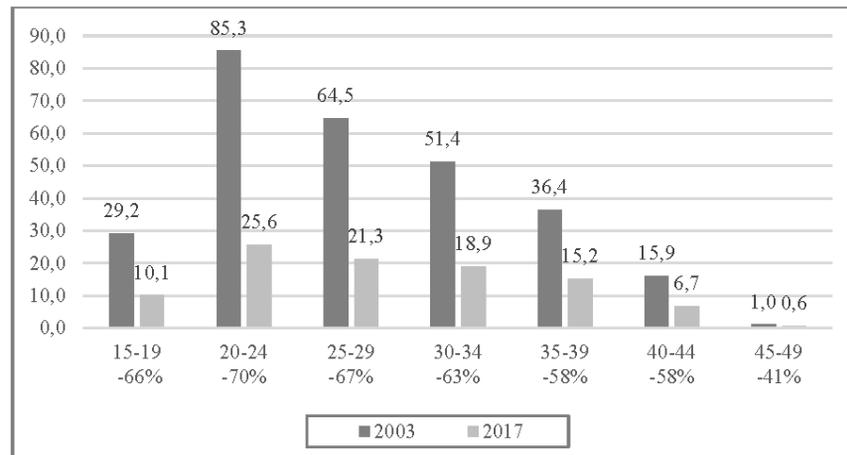


Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.  
Psa = Paesi a sviluppo avanzato

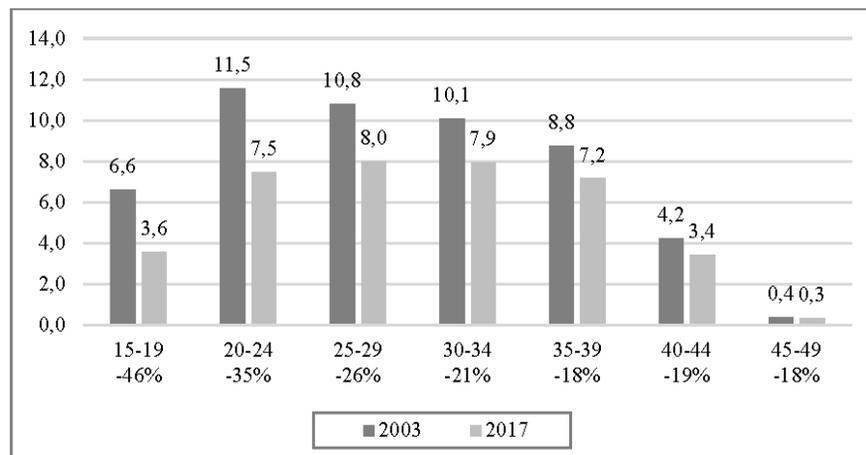
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2019.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003, 2017

**Paesi a forte pressione migratoria**



**Italiane**



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2019.





**Tabella 2** - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2017

Cittadinanze	Anni	IVG/Totale IVG di donne straniere	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	31,4	72,0
	2011	10.844	28,9	12,8	27,3
	2017	5.204	22,1	8,6	11,7
Albania	2003	2.278	7,2	10,7	25,5
	2011	2.598	6,9	3,4	17,7
	2017	1.963	8,2	4,5	13,5
Marocco	2003	1.778	5,6	11,5	23,8
	2011	2.312	6,2	5,2	18,0
	2017	1.554	6,6	5,0	12,6
Cina	2003	1.309	4,1	7,8	40,7
	2011	2.552	6,8	7,0	35,2
	2017	2.098	8,9	10,1	21,6
Nigeria	2017	2.126	9,0	28,1	71,5

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rispetto alle donne italiane. Inoltre, la diminuzione rilevata anche tra queste ultime sembra rafforzare l'idea di una efficacia delle attività messe in campo, specie dai Consulenti familiari, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate e per ridurre il ricorso all'IVG.

Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie siano l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno.

I tassi di abortività volontaria tra le donne straniere restano elevati (sono ancora quasi il triplo rispetto alle donne italiane): è, quindi, necessario continuare ad analizzare l'andamento del fenomeno distinguendo le

diverse nazionalità, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi ed esaminando anche l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2019), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2017. Roma: Ministero della Salute, 2019. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2807](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2807).
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2018. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.





## Età al parto delle donne straniere in Italia

**Significato.** La tendenza pluridecennale nel nostro Paese alla posticipazione della maternità ha portato a registrare un progressivo aumento dell'età media delle madri al parto, attualmente tra le più elevate d'Europa e ad un incremento della proporzione di parti in età avanzata.

Questa tendenza è più accentuata nelle donne con cittadinanza italiana, mentre tra le donne straniere sono

più frequenti i parti in età molto giovane.

L'età al concepimento molto giovane (<20 anni) e avanzata ( $\geq 35$  anni) possono avere conseguenze anche sull'andamento e sull'esito delle gravidanze, essendo associate ad un maggiore rischio di parti pretermine, di nascite con peso del neonato basso o molto basso e di mortalità perinatale.

### Età media delle madri al parto per cittadinanza

$$\text{Numeratore} \quad \Sigma (\text{Parti da madri di età } x) \times (\text{Età } x) \text{ per cittadinanza}$$

$$\text{Denominatore} \quad \frac{\text{Parti per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza}} \times 100$$

### Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti da madri in età } x \text{ per cittadinanza}$$

$$\text{Denominatore} \quad \frac{\text{Parti per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza}} \times 100$$

**Validità e limiti.** Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del Ministero della Salute. Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura che di coerenza interna delle informazioni. In particolare, nel 2016 il numero di parti in Ospedale registrati nei CedAP è sostanzialmente coincidente con quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Per l'identificazione delle donne straniere si utilizza la variabile relativa alla cittadinanza della madre, che risulta mancante per 2.755 parti, pari allo 0,6% del totale.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I valori degli indicatori riferiti alle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) vengono confrontati con quelli delle donne italiane.

### Descrizione dei risultati

Nel 2016, in Italia, si sono registrati circa 467 mila parti, di cui il 19,7% è relativo a madri straniere con cittadinanza nei Pfp. Tale percentuale è più elevata al Centro-Nord, cioè nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera: 31,8% in Emilia-Romagna, 28,6% in Lombardia e Liguria e 27,7% in Toscana (dati non presenti in tabella).

La curva relativa alla distribuzione dei parti per età della madre per le donne straniere è spostata verso le

età più basse (modale 28 anni) in confronto con le madri italiane (modale 33 anni) (Grafico 1) ed i parti si distribuiscono su un *range* di età più ampio anche in conseguenza del maggior numero medio di figli per donna.

L'età media delle madri straniere provenienti dai Pfp è di circa 3 anni più bassa rispetto alle madri italiane (29,6 anni vs 32,4 anni). Nelle regioni si osserva una maggiore variabilità tra le madri straniere rispetto alle italiane, con un *range* che varia (escludendo la Basilicata che ha un numero molto esiguo di casi) da 28,5 anni in Puglia a 30,4 anni nella PA di Bolzano (Grafico 2).

Queste differenze dipendono anche dalla diversa composizione per Paese di provenienza nelle varie regioni. Rispetto alle italiane, il divario è superiore a 4,1 anni in Toscana (29,2 anni vs 33,3 anni), di 3,8 anni in Liguria (29,3 anni vs 33,1 anni) e in Abruzzo (29,0 anni vs 32,8 anni) e di 3,6 anni in Friuli Venezia Giulia (29,5 anni vs 33,1 anni).

L'anticipazione dell'età al parto delle madri straniere rispetto alle italiane si evidenzia anche nella distribuzione dei parti per classi di età della madre: il 32,5% dei parti è in corrispondenza della classe di età 25-29 anni, mentre per le italiane è la classe di età 30-34 anni quella con la percentuale più elevata (34,7%) (Tabella 1).

Considerando le classi di età estreme (<20 anni e 34 anni ed oltre), in cui aumentano i rischi di parti pretermine e di possibili problemi di salute per il neonato, le donne straniere provenienti dai Pfp risultano meno frequentemente esposte a tali rischi in quanto circa il 20% dei parti avviene in queste classi di età

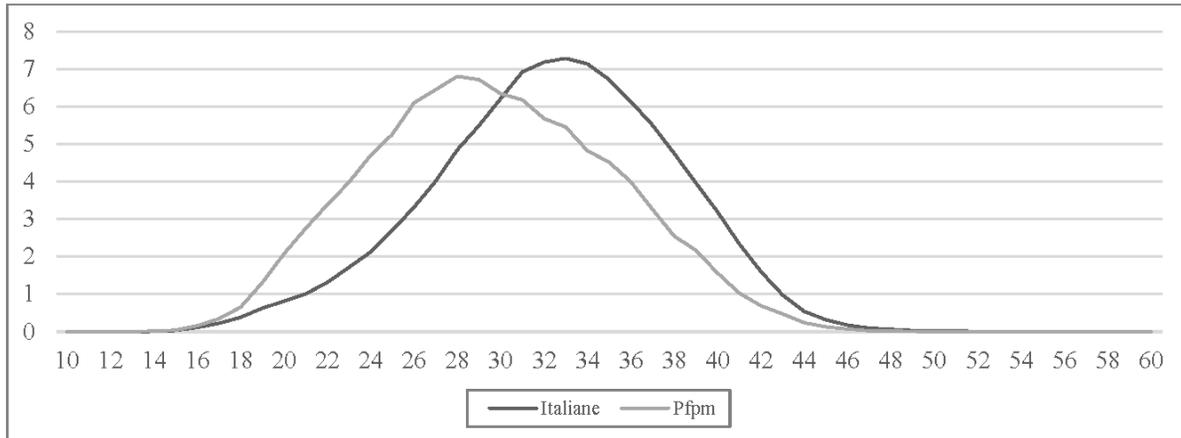




rispetto a circa il 38% dei parti da madri italiane. In particolare, la quota di donne straniere che partoriscono prima dei 20 anni è pari al 7,3%, mentre partoriscono ad una età  $\geq 35$  anni il 12,3%; nelle italiane tali percentuali sono, rispettivamente, l'1,4% e il 36,5%. Nelle regioni si osserva una netta dicotomia tra

Centro-Nord e Mezzogiorno, con una percentuale di parti di donne straniere Pfpfm prima dei 20 anni significativamente più elevata della media soprattutto in Basilicata (27,3%), Puglia (14,0%), Calabria (11,6%), Sicilia (11,5%), Sardegna (10,3%) e Campania (9,6%).

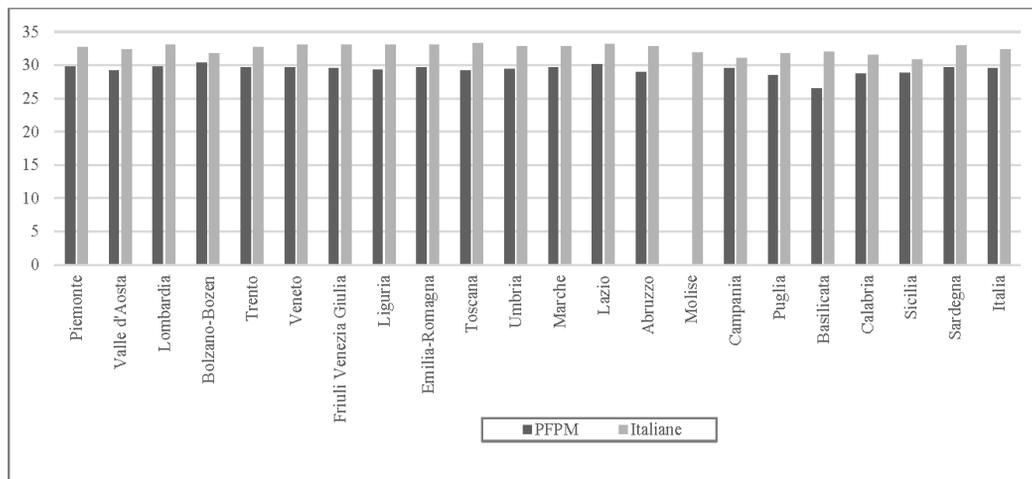
**Grafico 1** - Parti per età (valori in anni) e cittadinanza della madre - Anno 2016



Pfpfm = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2019.

**Grafico 2** - Età media (valori in anni) delle madri al parto per cittadinanza e regione di evento - Anno 2016



Pfpfm = Paesi a forte pressione migratoria.

**Nota:** per il Molise il dato per le donne provenienti dai Pfpfm non è disponibile.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2019.



**Tabella 1** - Parti (valori per 100) per classe di età, cittadinanza della madre e per regione di evento - Anno 2016

Regioni	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	44+
<b>Paesi a forte pressione migratoria</b>							
Piemonte	6,7	22,6	32,9	25,3	10,9	1,5	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,8	24,5	39,9	22,3	6,9	1,6	0,0
Lombardia	7,0	22,8	32,0	25,3	11,0	1,8	0,1
Bolzano-Bozen	5,6	21,0	30,4	28,4	12,9	1,7	0,1
Trento	7,1	22,6	32,9	25,6	10,3	1,4	0,0
Veneto	6,2	23,5	34,4	24,6	9,8	1,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	6,6	24,2	35,4	21,7	10,6	1,4	0,0
Liguria	8,6	24,8	31,7	21,6	11,0	2,0	0,2
Emilia-Romagna	6,5	23,7	33,1	24,9	10,0	1,6	0,2
Toscana	7,7	25,8	32,9	22,8	9,5	1,3	0,1
Umbria	8,0	25,3	29,1	26,7	9,5	1,3	0,1
Marche	6,9	24,7	31,1	24,6	10,3	2,1	0,4
Lazio	5,9	21,1	33,5	25,3	12,1	1,8	0,2
Abruzzo	8,5	26,7	32,5	22,0	9,0	1,1	0,2
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	9,6	22,5	30,6	24,5	10,9	1,7	0,1
Puglia	14,0	25,6	28,9	21,1	8,9	1,6	0,0
Basilicata	27,3	36,4	9,1	18,2	0,0	9,1	0,0
Calabria	11,6	25,8	30,3	21,5	9,5	1,1	0,2
Sicilia	11,5	24,3	30,4	22,3	9,7	1,7	0,2
Sardegna	10,3	21,9	27,4	24,6	14,1	1,7	0,0
<b>Italia</b>	<b>7,3</b>	<b>23,4</b>	<b>32,5</b>	<b>24,5</b>	<b>10,6</b>	<b>1,6</b>	<b>0,1</b>
<b>Italiane</b>							
Piemonte	0,8	5,7	19,7	36,1	27,9	9,1	0,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,4	6,5	23,2	35,9	24,4	8,8	0,8
Lombardia	0,8	4,7	17,8	36,3	29,8	9,8	0,8
Bolzano-Bozen	0,8	7,6	24,3	36,8	23,4	6,7	0,5
Trento	0,7	4,9	22,1	34,9	27,5	9,1	0,6
Veneto	0,8	4,6	18,3	35,6	30,2	9,8	0,7
Friuli Venezia Giulia	0,7	4,6	18,2	36,1	29,1	10,6	0,8
Liguria	0,9	5,3	18,0	34,8	29,3	10,8	1,0
Emilia-Romagna	0,8	5,0	18,2	34,8	30,0	10,3	0,9
Toscana	0,6	4,5	17,3	34,9	30,9	10,8	1,0
Umbria	0,6	6,1	19,2	36,1	28,0	9,2	0,8
Marche	0,9	5,0	18,5	35,8	29,8	9,2	0,7
Lazio	0,9	5,8	17,2	34,0	30,0	10,8	1,3
Abruzzo	1,1	5,9	18,9	35,2	29,0	9,3	0,7
Molise	1,8	8,8	22,1	34,4	23,9	8,1	1,0
Campania	2,3	10,3	24,8	34,5	21,7	5,8	0,5
Puglia	2,0	8,6	22,0	34,5	25,3	7,2	0,6
Basilicata	1,4	7,9	22,0	35,1	24,9	8,0	0,8
Calabria	1,5	8,8	25,0	34,7	22,8	6,7	0,6
Sicilia	3,3	11,8	24,7	32,2	21,7	5,8	0,5
Sardegna	1,2	7,2	18,5	30,6	29,7	11,6	1,1
<b>Italia</b>	<b>1,4</b>	<b>7,0</b>	<b>20,4</b>	<b>34,7</b>	<b>27,1</b>	<b>8,7</b>	<b>0,8</b>

n.d. = non disponibile.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2019.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Il monitoraggio della salute riproduttiva delle donne straniere consente di ampliare la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione immigrata e di individuare eventuali aree critiche necessitanti di interventi prioritari della programmazione sanitaria.

In relazione ai parti, l'età della madre, troppo precoce o troppo tardiva, può costituire un fattore di rischio per il decorso e l'esito della gravidanza.

I parti delle donne straniere provenienti dai Pfp

avvengono, mediamente, ad età più precoci rispetto alle donne italiane; l'età media al parto è compresa tra i 28-30 anni e meno di un parto su cinque cade nelle fasce di età estreme.

Tuttavia, è importante osservare l'evoluzione nel tempo di questi indicatori, che potrebbero mutare anche per effetto di un possibile avvicinamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere a quelli delle italiane.

**Riferimenti bibliografici**

(1) AA.VV. "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi", 2009. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della Salute/CCM - Regione Marche (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007). Disponibile sul sito: [www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_I\\_mmigrati\\_metodologia.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_I_mmigrati_metodologia.pdf).

(2) AA.VV. La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali. Progetto nazionale. Accordo Ministero della Salute - Agenas (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria 0054892-P-03/122009, f.5.B.C.3) Ottobre 2013. Disponibile sul sito: [www2.immigrazione.regione.toscana.it/sites/default/files/L](http://www2.immigrazione.regione.toscana.it/sites/default/files/L)

[a\\_salute\\_della\\_popolazione\\_immigrata\\_il\\_monitoraggio\\_da\\_parte\\_dei\\_Sistemi\\_Sanitari\\_Regionali.pdf](#).

(3) Ministero della Salute, Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2016. Disponibile sul sito:

[www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2881](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2881).

(4) INMP. "Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016". Quaderni di epidemiologia, 2019. Disponibile sul sito: [www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia](http://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia).





## Accertamenti in gravidanza delle donne straniere in italia

**Significato.** Il monitoraggio degli indicatori relativi agli accertamenti in gravidanza eseguiti dalle donne straniere può essere utile per conoscere il comportamento della popolazione immigrata e individuare eventuali punti critici nell'offerta sanitaria al fine di mettere in atto opportuni programmi di prevenzione

che tengano conto dei bisogni di salute della popolazione immigrata.

È stato individuato un *set* di indicatori che riguardano i controlli dello stato della gravidanza e per alcuni è stato stabilito un valore soglia individuato tramite le Linee Guida del Ministero della Salute del 2011 (3).

### Percentuale di madri straniere che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza <5

Numeratore  $\frac{\text{Madri che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza } <5 \text{ per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

### Percentuale di madri straniere che hanno effettuato la 1<sup>a</sup> visita in gravidanza tardivamente

Numeratore  $\frac{\text{Madri che hanno effettuato la 1}^{\text{a}} \text{ visita in gravidanza tardivamente } (>10 \text{ settimane di gestazione) per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

### Percentuale di madri straniere che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza

Numeratore  $\frac{\text{Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza } (<3) \text{ per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

### Percentuale di madri straniere che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva

Numeratore  $\frac{\text{Madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

**Validità e limiti.** La fonte informativa considerata per il calcolo degli indicatori è il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) (1). La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura territoriale che di coerenza interna delle informazioni.

In particolare, nel 2016, il numero di parti in Ospedale registrati nei CedAP è sostanzialmente coincidente con quelli rilevati con la Scheda di Dimissione Ospedaliera. È una fonte ricca di informazioni sulla gravidanza, il parto e il neonato ma, in quanto fonte amministrativa e non statistica, in alcuni casi si rileva una inaccuratezza nella compilazione delle variabili socio-demografiche e cliniche da parte di alcune regioni.

Non è possibile attualmente distinguere nei CedAP le donne che hanno effettuato un numero di visite <4 (numero minimo raccomandato) poiché la variabile rileva le seguenti tre voci: nessuna visita, meno di 5 visite e più di 4 visite.

**Valore di riferimento/Benchmark.** In letteratura sono presenti molte Linee Guida nazionali ed internazionali, rilasciate da organismi istituzionali e associazioni di professionisti del settore.

Per questo contributo sono state considerate le Linee Guida prodotte dal Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (3), in cui vengono individuati i valori di riferimento per gli indicatori presentati.

### Descrizione dei risultati

Nel 2016, in Italia si sono verificati 466.707 parti, di cui 368.285 da donne di cittadinanza italiana e 92.134 (19,7%) da donne provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) (dati non presenti in tabella). Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, sono state prese in considerazione le visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno 1 visita per ciascun trimestre ed 1 visita finale (per un totale, quindi, di 4 visite), di eseguire la 1<sup>a</sup> visita





entro la 10<sup>a</sup> settimana di gestazione e di effettuare almeno 3 ecografie. Come già affermato, però, la variabile sul numero di visite consente di rilevare la quota di donne che ha fatto meno di 5 visite.

Per ciascuno dei quattro indicatori si evidenzia subito la difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere: a livello nazionale, il 21,1% delle donne Pfp<sup>m</sup> ha effettuato un numero di visite tra 1-4 *vs* il 12,8% delle italiane e il 21,0% ha anche effettuato tardivamente la 1<sup>a</sup> visita *vs* l'8,0% delle italiane. Inoltre, l'11,9% delle straniere è stata sottoposta ad un numero insufficiente di ecografie, rispetto al 3,4% delle italiane. In riferimento alle indagini prenatali invasive, le italiane vi hanno fatto ricorso nel 12,2% dei parti, mentre le straniere solo nel 5,3%. Tale differenza può dipendere dall'età mediamente più giovane delle madri straniere rispetto alle italiane, ma anche da un minore accesso alle informazioni relative a tali indagini o da influenze culturali e religiose.

Si osserva una variabilità territoriale sia per le donne italiane che per le donne straniere, non sempre riconducibile al classico gradiente Nord-Sud ed Isole.

Le regioni in cui si registra uno svantaggio delle straniere rispetto alle italiane, in termini di numero di visite, sono Basilicata, Puglia, Campania e Abruzzo.

Tra le regioni del Nord, si evidenziano la Lombardia e la PA di Trento, a cui si aggiunge il Friuli Venezia Giulia per le italiane, per le quali la percentuale di donne che ha effettuato tra 1-4 visite è superiore alla media nazionale sia tra le italiane che tra le straniere. Di contro, nelle restanti regioni del Nord, in tutte le regioni centrali e in Abruzzo e Molise le donne presentano percentuali molto inferiori rispetto alla media nazionale, indipendentemente se Pfp<sup>m</sup> o italiane.

Per quanto riguarda la tempistica della 1<sup>a</sup> visita in gravidanza, Liguria, Abruzzo, Puglia e Umbria mostrano valori soddisfacenti per entrambi i gruppi di donne (rispettivamente, 4,0%, 4,0%, 4,6% e 4,9% per le italiane e 13,9%, 13,5%, 12,4% e 12,0% per le straniere

Pfp<sup>m</sup>) a cui si aggiunge per le donne Pfp<sup>m</sup> anche il Lazio (11,2%). Tra le regioni con una quota elevata di donne che ha effettuato tardi la 1<sup>a</sup> visita si rileva la PA di Trento, che assume il massimo valore in entrambe le distribuzioni: 17,3% tra le italiane e ben il 38,8% tra le straniere Pfp<sup>m</sup>. Anche per la PA di Bolzano i valori sono elevati e pari a 14,6% per le italiane e 30,8% per le straniere.

La distribuzione regionale relativa alla percentuale di parti con un numero insufficiente di ecografie non rispecchia quella delle visite: in questo caso è il Piemonte ad avere il primato negativo per entrambi i gruppi di donne con un valore di 16,1% tra le italiane e 31,2% tra le straniere, in quanto le Linee Guida della regione raccomandano 2 ecografie a tutte le donne, mentre la terza ecografia viene proposta solo in caso di sospetta gravidanza patologica. Anche la Liguria, a cui si aggiunge la Basilicata per le straniere, si distinguono per valori superiori alla media. Tra le italiane, valori trascurabili <1% si registrano nelle Marche, Friuli Venezia Giulia e Puglia. Per le straniere, il valore più basso (escludendo il Molise con 0,0%) è pari al 3,6% e si osserva in Friuli Venezia Giulia, seguito da Valle d'Aosta (5,3%), Umbria e Abruzzo (entrambi con il 6,0%).

Il ricorso ad indagini prenatali, in genere, è subordinato al sospetto o al rischio di anomalie fetali; pertanto, non è possibile definire una soglia oggettiva del ricorso a tali accertamenti come, invece, è stato fatto per gli altri indicatori. Tra le italiane che hanno partorito in Umbria o in Emilia-Romagna una quota >20% (rispettivamente, 25,0% e 21,9%) ha effettuato almeno una delle indagini prenatali considerate; tra le straniere Pfp<sup>m</sup>, invece, la percentuale più elevata si registra in Piemonte ed è nettamente inferiore: 11,1%. Escludendo Molise e Basilicata in cui tra le donne straniere non risultano essere state effettuate indagini prenatali, i valori più bassi si registrano in Abruzzo (1,5%) e Sicilia (2,0%).



**Tabella 1** - Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite <5, 1<sup>a</sup> visita tardivamente, numero di ecografie <3 e almeno 1 indagine prenatale invasiva) per cittadinanza e per regione di evento - Anno 2016

Regioni	N visite <5		1 <sup>a</sup> visita tardivamente (>10 settimane di gestazione)		N ecografie <3		Almeno 1 indagine prenatale invasiva	
	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm
Piemonte	7,9	15,5	8,8	20,3	16,1	31,2	16,0	11,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,3	4,3	7,0	22,3	2,8	5,3	9,7	3,2
Lombardia	17,2	25,5	8,2	22,9	3,2	9,6	13,6	4,7
Bolzano-Bozen	5,7	12,0	14,6	30,8	3,7	9,4	3,8	3,5
Trento	18,5	24,1	17,3	38,8	2,5	7,1	8,7	3,1
Veneto	9,9	20,1	13,0	28,5	1,1	7,5	17,5	4,8
Friuli Venezia Giulia	15,7	19,7	8,3	23,8	0,8	3,6	17,7	7,4
Liguria	3,5	11,9	4,0	13,9	6,6	15,5	19,3	7,9
Emilia-Romagna	6,1	16,1	8,3	25,0	2,3	11,1	21,9	5,5
Toscana	8,5	19,2	6,6	18,9	4,9	13,2	11,7	4,1
Umbria	1,9	6,5	4,9	12,0	1,2	6,0	25,0	6,4
Marche	4,2	15,2	7,7	21,7	0,7	8,1	14,3	5,2
Lazio*	n.d.	n.d.	6,1	11,2	n.d.	n.d.	16,2	5,0
Abruzzo	4,9	17,9	4,0	13,5	1,4	6,0	6,7	1,5
Molise	6,1	0,0	9,6	0,0	4,5	0,0	11,2	0,0
Campania	18,2	33,3	8,9	17,7	3,4	12,0	8,6	4,5
Puglia	14,9	30,9	4,6	12,4	0,8	8,0	6,0	2,4
Basilicata	12,5	36,4	6,0	36,4	2,0	18,2	8,1	0,0
Calabria	16,5	23,4	5,0	17,4	1,7	10,6	6,8	2,7
Sicilia	15,1	26,1	9,5	19,4	1,6	9,4	4,7	2,0
Sardegna	12,4	23,2	5,4	14,5	5,7	9,1	11,0	6,9
<b>Italia*</b>	<b>12,8</b>	<b>21,1</b>	<b>8,0</b>	<b>21,0</b>	<b>3,4</b>	<b>11,9</b>	<b>12,2</b>	<b>5,3</b>

n.d. = non disponibile.

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

\*Il totale Italia non include i dati del Lazio dove mancanti.

**Fonte dei dati:** Elaborazione su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il ricorso a visite mediche periodiche ed a controlli ecografici durante la gravidanza consente di monitorare lo stato di salute della donna e del feto e di prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza ed un decorso patologico.

L'incontro precoce dei servizi con la donna in gravidanza ha lo scopo di fornirle tutte le informazioni necessarie per effettuare scelte responsabili, per portarla a conoscenza dei servizi a disposizione per l'assistenza, dei benefici di legge in materia di tutela della maternità e per consigliare un corretto stile di vita durante la gravidanza.

Vista la differenza di accesso e di utilizzo dei servizi sanitari tra le donne italiane e quelle straniere, è necessario mettere in atto ulteriori sforzi nelle politiche di programmazione, volti a ridurre il divario tra i due gruppi.

La qualità dei dati risulta fondamentale per il calcolo degli indicatori e va migliorata per alcune regioni e per alcune variabili prese in esame.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2016. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2881](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2881).

(2) INMP. "Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016". Quaderni di epidemiologia, 2019. Disponibile sul sito: [www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia](http://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia).

(3) Ministero della Salute, Linea Guida. Gravidanza Fisiologica 2011. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf).



## Salute del neonato da madri straniere in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti consentono di monitorare le condizioni di salute del neonato, che possono essere messe in relazione anche all'accessibilità dei servizi sanitari.

Le donne straniere, più spesso in condizioni di deprivazione socio-economica, risultano avere più diffi-

coltà nella relazione con i servizi sanitari e ciò può riflettersi in esiti diversi della gravidanza e del parto (1). Un nato pretermine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

### Percentuale di nati vivi gravemente pre-termine da madri straniere

Numeratore	Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione) per cittadinanza	
Denominatore	Nati vivi per cittadinanza	x 100

### Percentuale di nati vivi fortemente sottopeso da madri straniere

Numeratore	Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi) per cittadinanza	
Denominatore	Nati vivi per cittadinanza	x 100

### Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar da madri straniere

Numeratore	Nati vivi per Classe di punteggio Apgar per cittadinanza	
Denominatore	Nati vivi per cittadinanza	x 100

**Validità e limiti.** L'indicatore è stato calcolato considerando solo i nati vivi. Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo ad indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili tra regioni. Pertanto, la percentuale sui nati morti viene solo riportata nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella.

Nella selezione dei casi validi non sono state considerate le nascite con informazioni mancanti, con settimane di gestazione <22 o >42 (pari allo 0,3% dei nati totali), con peso <500 grammi o >5.000 grammi (0,2%) e con punteggio Apgar non compreso tra 0-10 (0,1%).

**Valore di riferimento/Benchmark.** La definizione condivisa dalla letteratura scientifica internazionale (2) identifica i nati pretermine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione; analogamente, per nati gravemente pretermine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane.

I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita <2.500 grammi; tra questi quelli fortemente sottopeso sono nella categoria con peso <1.500 grammi.

Il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1-3 (gravemente depresso), delle evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità se compreso tra 7-10.

La proporzione delle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono con-

frontati con la proporzione delle donne italiane di pari età.

### Descrizione dei risultati

Nel 2016, i Certificati di Assistenza al Parto hanno rilevato 93.122 nati vivi da donne provenienti dai Pfp (circa il 20%) e 372.909 da donne italiane.

I neonati pretermine (<37 settimane di gestazione) sono a più alto rischio di mortalità, morbidità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.

Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimane di gestazione, suddivisi in eventi al di sotto delle 32 settimane di gestazione e tra 32-36 settimane; la somma delle due classi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine.

La quota di nati vivi pre-termine da donne italiane, nel 2016, è stata pari all'8,5%, di poco inferiore a quella riferita alle donne straniere Pfp (9,0%). Con riferimento ai nati vivi gravemente pretermine si hanno, invece, i valori 0,9% per le italiane e 1,4% per le straniere.

La condizione di nato morto è più spesso associata ad una gravidanza patologica e ad una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: oltre il 60% dei nati morti presenta una età gestazionale <37 settimane e quasi un terzo (32,6%) al di sotto delle 32 settimane. Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano





essere, rispettivamente, 63,1% e 36,5% per le straniere Pfp, 61,0% e 30,8% per le italiane (dati non presenti nei grafici).

Per entrambi i gruppi è presente una variabilità regionale dei nati vivi pretermine che riporta numeri abbastanza simili: per le italiane si va dal 6,1% di Abruzzo e Basilicata al 9,3% della Sardegna; per le straniere (escludendo il Molise che non presenta nati vivi da donne straniere e la Basilicata dove ci sono stati solo 11 casi) si va dal 6,7% dell'Abruzzo al 9,7% della Puglia (Grafico 1).

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi) è un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è incluso in molti sistemi di sorveglianza nazionali e internazionali. I bambini con un basso peso alla nascita sono, infatti, a più alto rischio di scarso esito perinatale e di disabilità cognitive e motorie a lungo termine rispetto ai bambini con pesi alla nascita più elevati.

Nel Grafico 2 vengono riportati i nati vivi per peso alla nascita suddiviso in due classi: <1.500 grammi e tra 1.500-2.499 grammi. La somma delle due classi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso.

La quota di nati vivi sottopeso da donne italiane, nel 2016, è stata pari all'8,3%, di poco superiore a quella riferita alle donne straniere Pfp (8,1%); con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso si hanno, rispettivamente, i valori 0,9% e 1,1%.

La condizione di nato morto si associa più spesso ad un basso peso alla nascita, così come ad una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: oltre l'80% dei nati morti presenta un peso alla nascita <2.500 grammi e un 29,2% un peso <1.500. Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 90,4% e 33,0% per le straniere

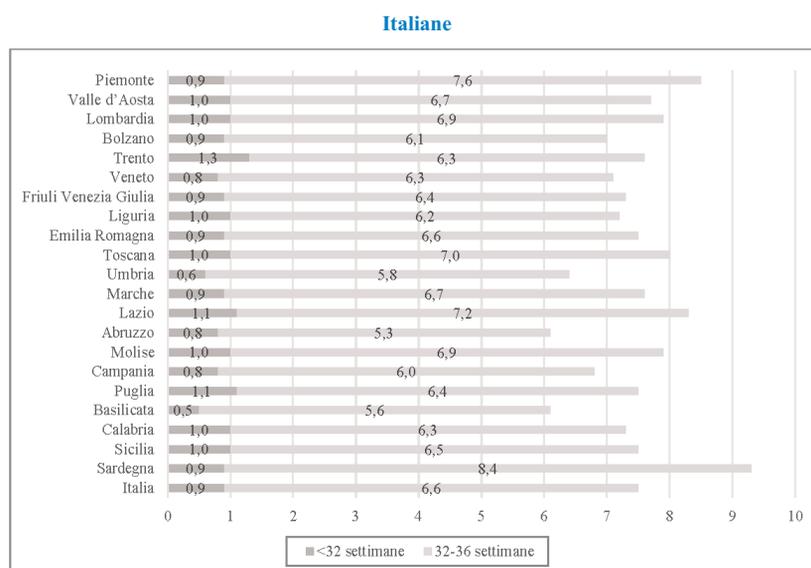
e 79,2% e 27,5% per le italiane (dati non presenti nei grafici).

Così come per l'età gestazionale, la differenza tra i due sottogruppi si manifesta principalmente in caso di nati mortalità: tra le donne straniere Pfp che danno alla luce un nato sottopeso o precoce, è più frequente un evento con esito negativo (nato morto) piuttosto che positivo (nato vivo) rispetto alle donne italiane.

Per entrambi i gruppi, è presente una variabilità regionale della percentuale dei nati vivi sottopeso che riporta numeri abbastanza simili: per le italiane si va dal 6,3% dell'Umbria e 7,0% di Abruzzo e Basilicata al 9,2% della Calabria e del Piemonte e al massimo di 9,8% della Sardegna. Per le straniere (escludendo il Molise che non presenta nati vivi da donne straniere e la Basilicata dove ci sono stati solo 11 casi) si va dal 5,8% della Valle d'Aosta, seguito dal 7,1% Abruzzo e PA di Bolzano, 9,0% Sardegna e 9,1% Campania, fino all'11,0% della Calabria (Grafico 2).

Nella Tabella 1 viene riportata la distribuzione per Classi di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10). Quest'ultima classe riporta valori simili ed elevati sia per le italiane (99,4%) che per le straniere Pfp (99,2%). Le regioni dove si registra una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio Apgar <7 tra le italiane sono: Sardegna (1,2%), Piemonte (1,5%) e PA di Trento (1,8%). Tra le straniere Pfp, invece, escludendo il Molise che non presenta nati vivi da donne straniere, risultano esserci ben 6 regioni con una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio Apgar <7: Piemonte (1,1%), Liguria (1,3%), PA di Bolzano e Friuli Venezia Giulia (1,5%), PA di Trento (2,0%) e Sardegna (2,6%).

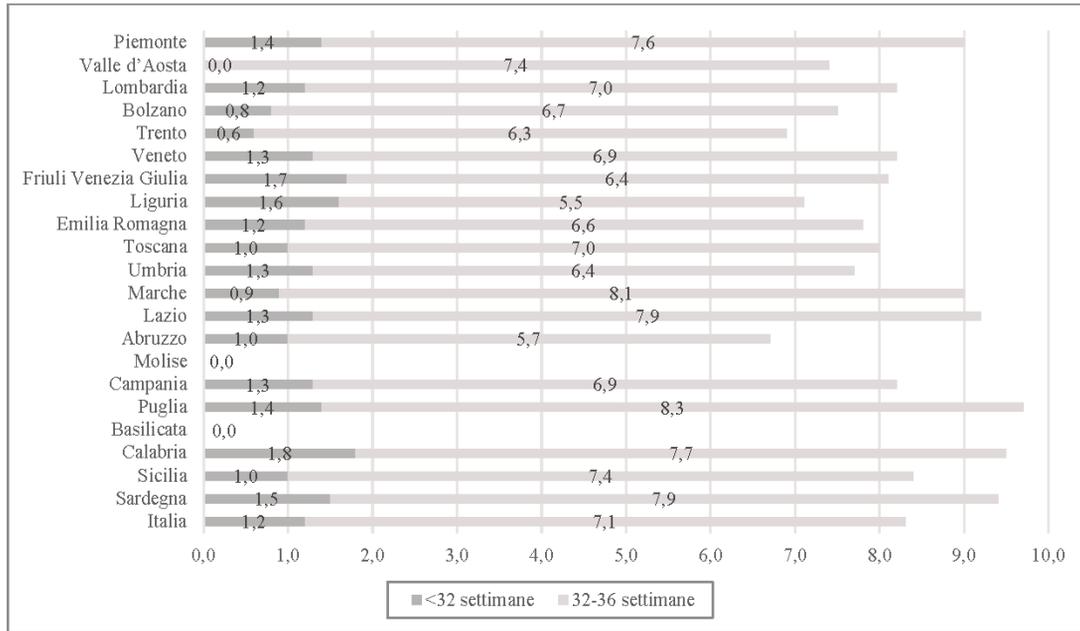
**Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Anno 2016**





**Grafico 1** - (segue) *Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Anno 2016*

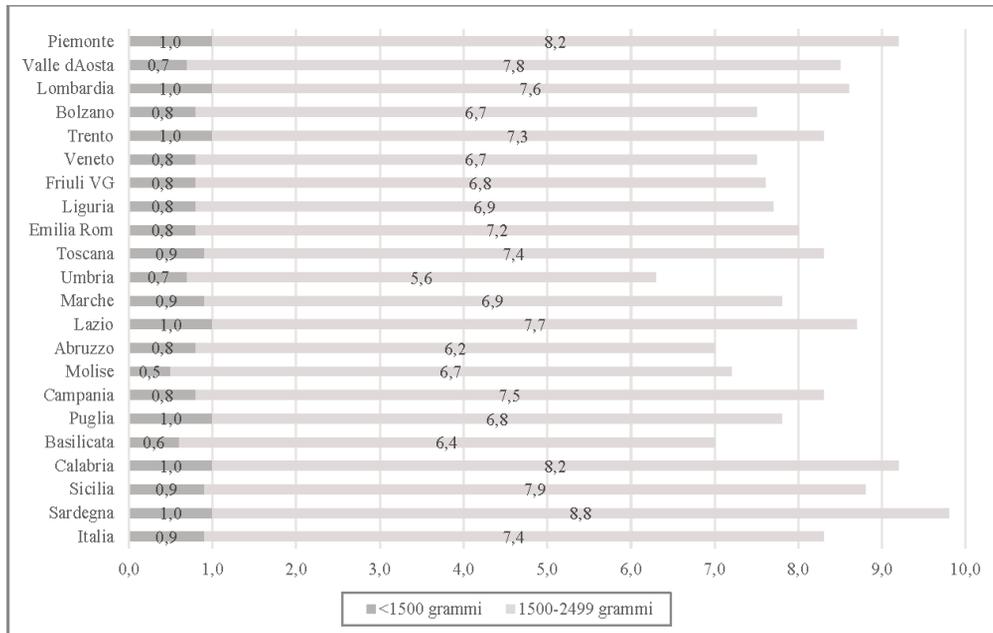
**Paesi a forte pressione migratoria**

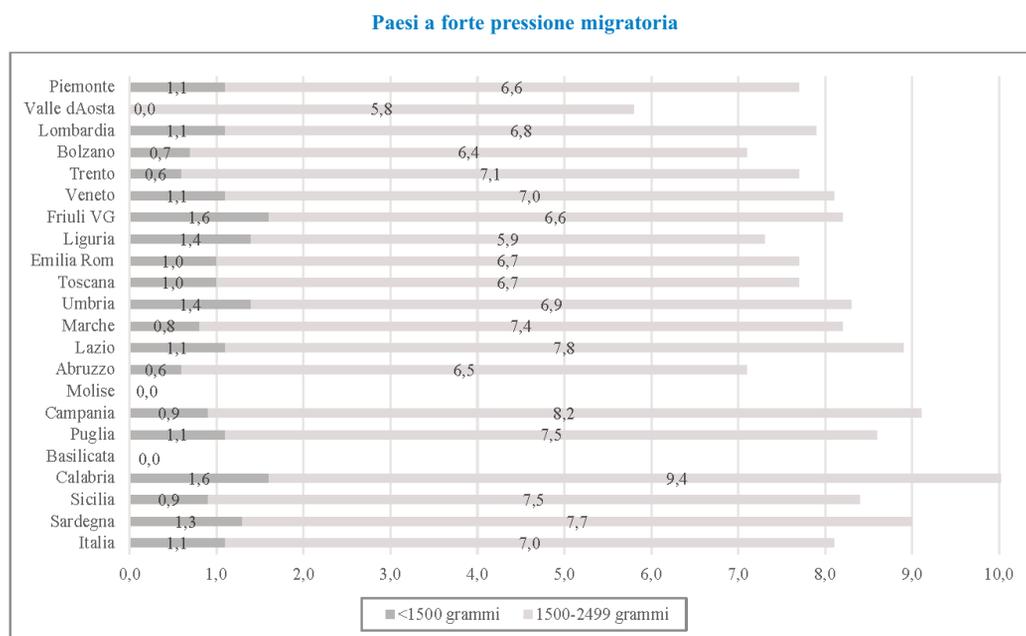


Fonti dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2019.

**Grafico 2** - *Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Anno 2016*

**Italiane**



**Grafico 2** - (segue) *Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Anno 2016*

Fonti dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2019.

**Tabella 1** - *Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e per regione - Anno 2016*

Regioni	Italiane			Pfp <sup>m</sup>		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,1	0,7	99,2	0,1	0,9	98,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	0,8	99,1	0,0	0,0	100,0
Lombardia	0,2	0,5	99,3	0,3	0,5	99,2
Bolzano-Bozen	0,1	0,8	99,1	0,0	1,5	98,5
Trento	0,2	1,6	98,2	0,4	1,5	98,0
Veneto	0,1	0,5	99,4	0,1	0,6	99,3
Friuli Venezia Giulia	0,0	0,9	99,1	0,2	1,3	98,5
Liguria	0,1	0,9	99,0	0,1	1,1	98,7
Emilia-Romagna	0,1	0,5	99,4	0,1	0,6	99,2
Toscana	0,1	0,4	99,5	0,1	0,4	99,4
Umbria	0,3	0,2	99,5	0,2	0,3	99,6
Marche	0,1	0,4	99,5	0,0	0,5	99,5
Lazio	0,2	0,3	99,5	0,2	0,5	99,3
Abruzzo	0,1	0,4	99,5	0,2	0,4	99,4
Molise*	0,1	0,3	99,6	0,0	0,0	0,0
Campania	0,2	0,3	99,5	0,2	0,6	99,2
Puglia	0,1	0,3	99,6	0,2	0,3	99,5
Basilicata	0,2	0,3	99,5	0,0	0,0	100,0
Calabria	0,1	0,4	99,4	0,3	0,7	99,1
Sicilia	0,1	0,4	99,5	0,2	0,7	99,0
Sardegna	0,3	0,9	98,8	0,6	2,1	97,4
<b>Italia</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>	<b>99,4</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>99,2</b>

Pfp<sup>m</sup> = Paesi a forte pressione migratoria.

\*Il Molise non presenta nati vivi da donne straniere.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, CedAP. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda della diversa provenienza della madre, soprattutto se in entrambi i casi la gestazione avviene in Italia. La presenza di eventuali differenze richiederebbe una analisi più approfondita dei bisogni

di salute della popolazione immigrata per determinare le criticità da superare.

Tuttavia, gli indicatori calcolati per la prima volta in questa Edizione del Rapporto Osservasalute mostrano scostamenti molto contenuti o trascurabili tra i due gruppi di donne. Ciò è in parte dovuto ad una età





media al parto più avanzata delle madri italiane rispetto alle madri straniere (Indicatore “Età al parto delle donne straniere in Italia”), che comporta un rischio maggiore per la salute del neonato. L’analisi andrebbe, quindi, condotta eliminando l’effetto dell’età.

Inoltre, l’età gestazionale e il peso alla nascita sono strettamente correlati. Nelle prossime Edizioni del Rapporto Osservasalute, infine, sarebbe opportuno effettuare una analisi più dettagliata suddividendo i nati in tre categorie: *Small for Gestational Age*, *Appropriate for Gestational Age* e *Large for Gestational Age*.

#### Riferimenti bibliografici

(1) AA.VV. “La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi”, 2009. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della salute/CCM - Regione Marche (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007). Disponibile sul sito:

[www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5\\_I\\_mmigrati\\_metodologia.pdf.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_I_mmigrati_metodologia.pdf.pdf).

(2) Euro-Peristat Project. “European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015”. November 2018. Disponibile sul sito:

[www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html](http://www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html).

(3) Regione Emilia-Romagna “La nascita in Emilia-Romagna. 14° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2016. Disponibile sul sito:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/documentazione/pubblicazioni>.



## AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e l'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) continuano ancora oggi a destare allarme nell'opinione pubblica e a sollevare interrogativi sui focolai epidemici sostenuti dagli immigrati in arrivo nel nostro Paese. Benché i dati epidemiologici abbiano mostrato nel complesso una bassa incidenza delle malattie infettive di importazione (1), è necessario continuare a monitorare i trend di AIDS e HIV tra gli stranieri presenti in Italia, al fine di fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale la misura effettiva della loro diffusione, evitando sia inutili suggestioni che facili banalizzazioni delle problematiche ad essa correlate. Gli indicatori utilizzati in questa analisi sono i tassi annuali di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS e HIV tra gli stranieri residenti in Italia, di età  $\geq 18$  anni, 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 (2). Tale Registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale, riportando anche la cittadinanza dei pazienti. Il denominatore è costruito sui dati anagrafici relativi agli stranieri resi-

identi in Italia: ai fini del calcolo, è stata considerata la media tra la popolazione residente 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 (ottobre 2011), che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza. Per il periodo anteriore al 2006, erano già 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 1992-2017. I dati HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (4), che nel corso degli anni ha incrementato la sua copertura territoriale, passando dal 41% nel 2006 al 100% nel 2012. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale lungo l'arco temporale considerato (2006-2017).

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

Numeratore Nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i cittadini stranieri di età  $\geq 18$  anni residenti in Italia in 1 anno  
 Denominatore Popolazione straniera media residente di età  $\geq 18$  anni x 100.000

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

Numeratore Nuovi casi di HIV diagnosticati tra i cittadini stranieri di età  $\geq 18$  anni residenti in Italia in 1 anno  
 Denominatore Popolazione straniera media residente di età  $\geq 18$  anni 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.

Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare correttamente la popolazione straniera presente in Italia 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 non regolarmente soggiornanti che, invece, possono essere presenti nel Registro Nazionale AIDS. 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 presenti in Italia. Per quanto riguarda il Sistema di sorveglianza delle

nuove diagnosi di infezione da HIV, la copertura geografica regionale del sistema di sorveglianza è aumentata rapidamente a partire dal 2006, perché il Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008 che stabiliva l'attivazione di tale sorveglianza in tutte le regioni (4) prevedeva il recupero dei dati a partire da tale anno; tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012. Pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi di HIV prima del 2012 potrebbero non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza dei dati relativi ad alcune regioni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** È utile confrontare i tassi di incidenza di AIDS/HIV tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, esprimendo le differenze in termini di Rischio Relativo (RR).



### Descrizione dei risultati

#### AIDS

In Italia, nel periodo 1992-2017, tra le diagnosi di AIDS effettuate in pazienti maggiorenni, 7.109 hanno riguardato cittadini provenienti da Stati esteri. La percentuale di stranieri sul totale dei casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 33% nel 2017 (dati non presenti nei grafici).

Il Grafico 1 riporta il numero di nuovi casi di AIDS (in valore assoluto), per genere e anno di diagnosi. Tra gli stranieri maschi, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, il numero si è pressoché stabilizzato, mantenendosi al di sotto dei 200 casi annui (ad eccezione del 2008 e del 2012, anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 204 casi); nel 2017, le diagnosi sono risultate 154. Per contro, tra le donne il numero è gradualmente cresciuto, raggiungendo nel 2010 il picco di 141 casi, per poi diminuire negli ultimi anni, assestandosi nel 2017 sul numero di 109.

Nello stesso periodo, però, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è aumentata sensibilmente. Per tale ragione, il dato certamente più interessante è quello relativo ai 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, con trend che si confermano anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Va, infine, segnalato come, a fronte della diminuita incidenza di AIDS nel tempo, persista ancora nel 2017 una importante differenza tra i tassi di incidenza AIDS tra gli stranieri (residenti) e tra gli italiani: rispettivamente, 6,8 vs 1,9 per 100.000 tra gli uomini (RR = 3,7) e 3,9 vs 0,4 per 100.000 tra le donne (RR = 9,5).

#### HIV

Tra il 2006-2017 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV poco meno di 40.000 notifiche tra i maggiorenni residenti, di cui 11.693 a carico di stranieri (29,5%). Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi: in particolare, gli uomini sono passati da 322 casi nel 2006 a 711 nel 2017, mentre le donne da 251 a 499 casi.

Questo aumento è spiegato sia dall'aumento della copertura territoriale da parte del sistema di sorveglianza che dall'incremento della presenza straniera in Italia (dati non presenti nei grafici).

Per contro, i tassi di incidenza hanno fatto registrare una diminuzione tra gli stranieri (Grafico 3), inizialmente più accentuata (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 32,7 per 100.000 nel 2009), poi più graduale, fino a una inversione di tendenza nel 2016: l'ultimo dato disponibile, relativo al 2017, indica un assestamento intorno a valori di circa 30 per 100.000.

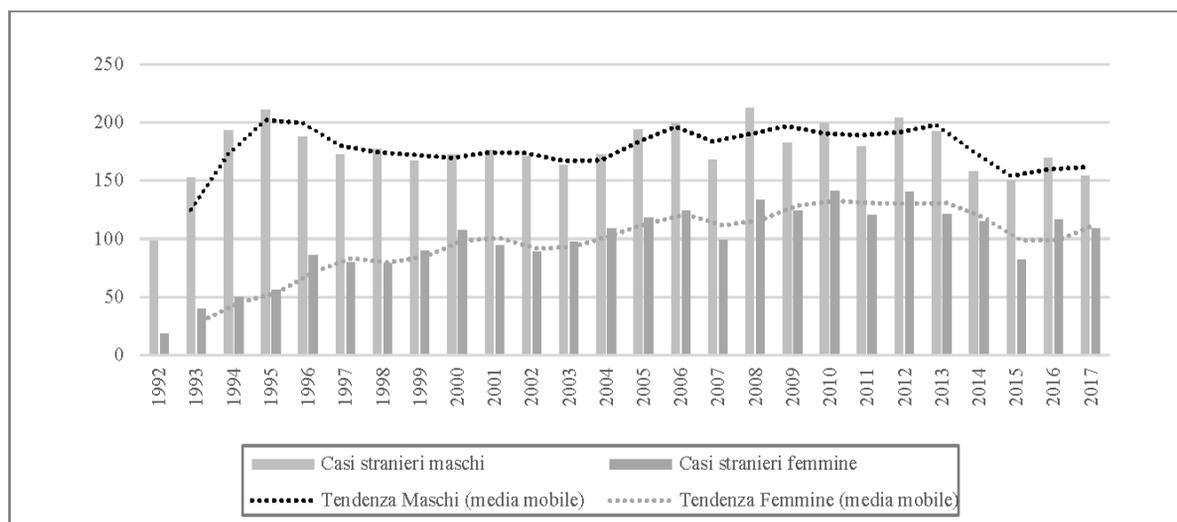
L'incidenza dell'HIV tra gli italiani ha continuato, invece, a ridursi negli ultimi anni e nel 2017 è scesa sotto la soglia del 5 per 100.000.

Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è pari a 6,1.

Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri che italiani (Grafico 4).

Occorre, tuttavia, sottolineare come il RR delle donne straniere rispetto alle italiane sia molto più elevato (RR = 16,9) rispetto a quello evidenziato a carico degli uomini stranieri (RR = 4,3).

**Grafico 1** - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri di età  $\geq 18$  anni presenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2017

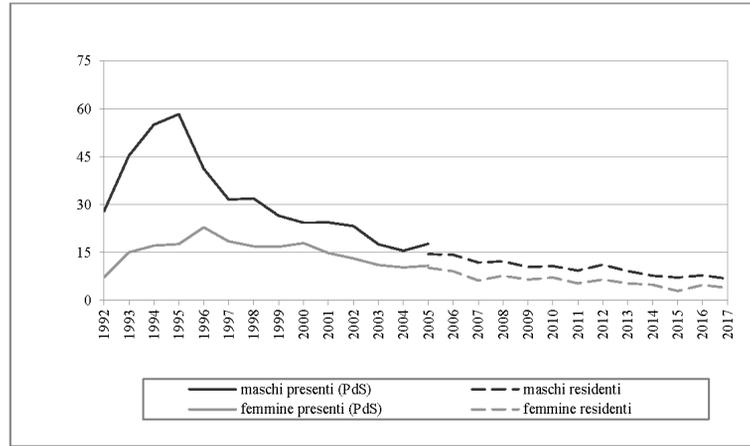


Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2019.



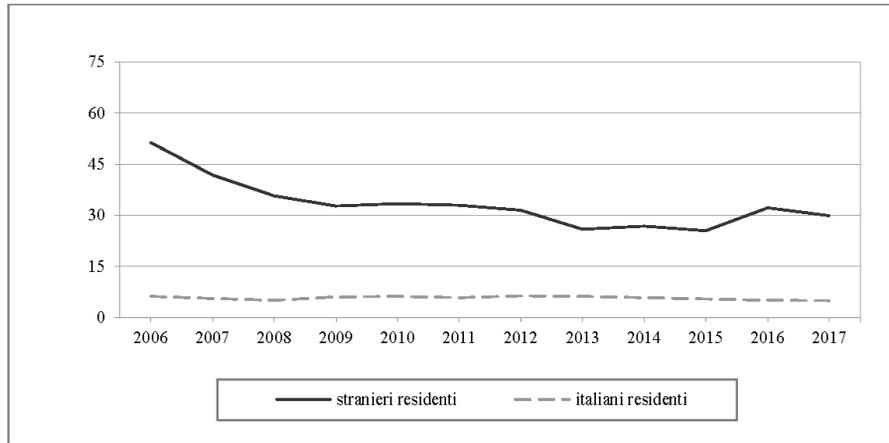


**Grafico 2** - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri di età  $\geq 18$  anni presenti e residenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2017



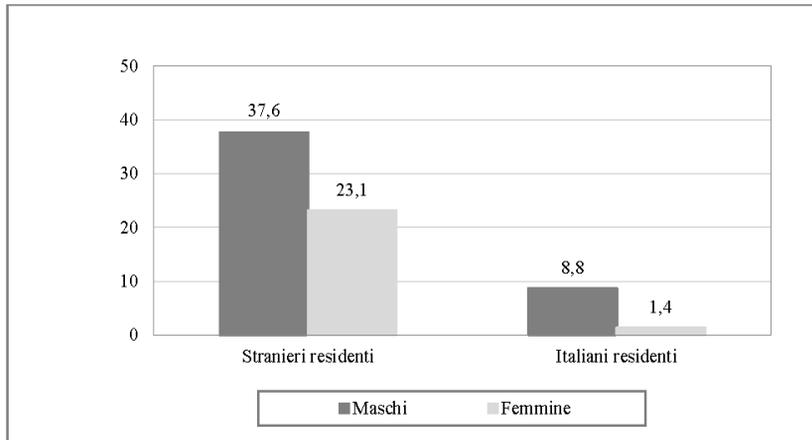
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2019.

**Grafico 3** - Tasso (valore per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età  $\geq 18$  anni per anno di diagnosi - Anni 2006-2017



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2019.

**Grafico 4** - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età  $\geq 18$  anni per genere - Anno 2017



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2019.



### Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia viene riportato in letteratura quale esempio emblematico di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli immigrati indipendentemente dallo *status* giuridico e dalle disponibilità economiche, possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino ad invertire i trend epidemiologici nazionali (1).

La progressiva attenuazione dell'occorrenza della malattia tra gli stranieri, successiva al 1995, dopo un primo vertiginoso aumento registrato nel quadriennio precedente, appare riconducibile alla concomitanza di due fattori: l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci e la possibilità per gli immigrati di usufruire di tali trattamenti grazie ad una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n. 489/1995, cosiddetto "Decreto Dini") e, successivamente, con la Legge n. 40/1998 (Legge Turco-Napolitano), ha permesso anche agli immigrati non regolarmente presenti di accedere alle cure essenziali, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

Tutto ciò porta a riaffermare la centralità del tema dell'accesso in seno alle strategie di promozione e tutela della salute collettiva.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco di 10 anni si deve, probabilmente, alle campagne di informazione sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di protezione individuale, oltre che al trattamento dei pazienti sieropositivi con riduzione della carica virale e, conseguentemente, della probabilità di contagio.

Nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2017 avevamo, però, segnalato una lieve ripresa dei livelli di incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) nel 2016 rispetto agli anni precedenti. Tale incremento si è in parte ridimensionato: nel 2017, il tasso è diminuito rispetto all'anno precedente, pur rimanendo comunque più elevato rispetto al 2015. Tale fenomeno è, molto probabilmente, attribuibile ad un maggior livello di attenzione per le malattie infettive tra gli stranieri negli ultimi anni, anche in conseguenza del fenomeno degli sbarchi: questo potrebbe aver determinato un maggiore ricorso allo screening per l'HIV, ad esempio nei Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si tratterebbe, dunque, di lievi aumenti dovuti a una efficace e tempestiva azione di emersione del bisogno più che ad una ripresa dell'infezione tra gli stranieri.

A tal proposito, si richiama quanto raccomandato dalle Linee Guida italiane sui controlli sanitari per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza, adottate in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2018: offrire il test HIV a tutti i soggetti di età  $\geq 16$  anni provenienti dai Paesi ad elevata endemia

(con prevalenza stimata di HIV  $>1\%$ ), alle donne in gravidanza e durante l'allattamento e a quanti, nell'ambito del *counselling*, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, *partner* sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali) o presentino concomitante Infezione Sessualmente Trasmessa (IST) o infezione tubercolare; il test HIV viene, altresì, offerto ai soggetti di età  $<16$  anni in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale o storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare (5). Le suddette Linee Guida non prevedono di effettuare screening di massa sui migranti all'arrivo, ma più propriamente di garantire, in fase di seconda accoglienza, la ricerca attiva dell'infezione HIV a tutti coloro che, nell'ambito della presa in carico sanitaria da parte del proprio medico curante, soddisfino specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio.

È, inoltre, opportuno sottolineare che le strutture sanitarie del territorio offrono il test HIV gratuito e anonimo a tutti coloro che lo richiedono, compresi gli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno, cercando di agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test dell'HIV in gravidanza, inoltre, ha consentito negli ultimi anni di scoprire una quota di donne straniere HIV positive, tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di *routine*. Infine, la gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri non regolarmente presenti) costituisce uno strumento prezioso per curare efficacemente questi pazienti e ridurre la diffusione dell'epidemia. Rimane, a tutt'oggi, la distanza nel carico di infezione/malattia tra gli italiani e gli immigrati, con rischi relativi per questi ultimi di molto superiori all'unità. Questo dimostra come l'HIV/AIDS è un'area critica per la salute della popolazione straniera. Occorrono, dunque, maggiori sforzi da parte degli operatori sanitari per garantire una più efficace azione preventiva, un accesso tempestivo al test diagnostico ed una maggiore fruibilità dei percorsi di cura, con particolare riferimento al grado di adesione dei pazienti ai protocolli terapeutici.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortunio A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl. 1: 57-63.
- (2) Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. "Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia". *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 12 dicembre 1986.
- (3) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).
- (4) Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008.



“Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV”. Gazzetta Ufficiale n. 175 del 28 luglio 2008.  
(5) Baglio G, Tosti ME, Marceca M (coordinatori). I con-

trolli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza - Linea Guida. Roma: Eurolit s.r.l. giugno 2017 (ISBN 9788898544189).





## 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

Numeratore      Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero  
 Denominatore      Casi di tubercolosi totali

$$\frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

### Frequenza dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

Numeratore      Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero  
 Denominatore      Popolazione residente straniera

$$\frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

**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 periodo 2006-2017. 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. Il tasso di incidenza calcolato con il dato censuario riferito allo stato di nascita risulterebbe, quindi, 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 sotto notifica 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.

Un limite degli anni in esame 2013-2015 è stato il forte aumento dei casi di TBC che ha portato alla non corretta codifica del Paese di nascita in alcune regioni.

**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

Nel periodo 2006-2017, il numero dei casi di TBC notificati in Italia mostra una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto già accaduto nel corso degli anni (da 7,7 casi per 100.000 abitanti nel 2006 a 6,5 casi per 100.000 nel 2017) (dati non presenti in tabella).

In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC in Italia in persone nate all'estero nel predetto periodo. La percentuale del numero dei casi di TBC, relativa ai cittadini nati all'estero, ha fatto registrare nel 2017 un picco del 66,2% rispetto al totale dei casi notificati (Grafico 1).

Dall'anno 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata per le persone



nate in Italia. Analizzando, però, la frequenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popolazione residente straniera si osserva un decremento, a fronte di una sostanziale stabilità dell'inci-

denza nel complesso della popolazione (Grafico 2). L'andamento dei casi notificati nel periodo 2013-2015 risente, come già detto, della non corretta codifica del Paese di nascita.

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2017

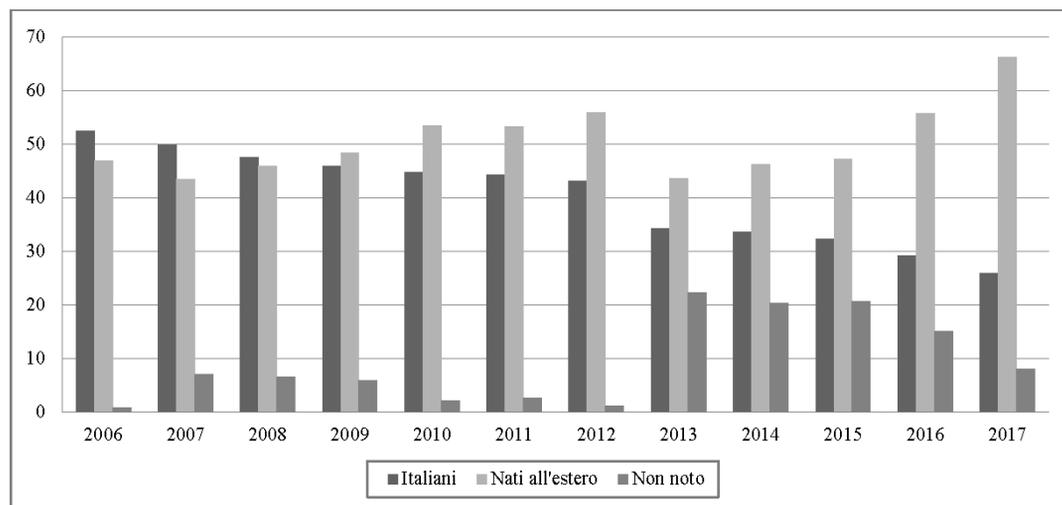
Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2	2	1
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.	667	443
Bolzano-Bozen	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198
Friuli Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.i.
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20
Sicilia	30	34	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165
Sardegna	2	6	3	8	8	8	n.d.	0	2	1	44	9
<b>Italia</b>	<b>2.108</b>	<b>1.960</b>	<b>2.027</b>	<b>2.053</b>	<b>2.575</b>	<b>2.444</b>	<b>2.310</b>	<b>1.740</b>	<b>1.816</b>	<b>1.794</b>	<b>2.419</b>	<b>2.289</b>

n.d. = non disponibile.

n.i. = non indicato.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2019.

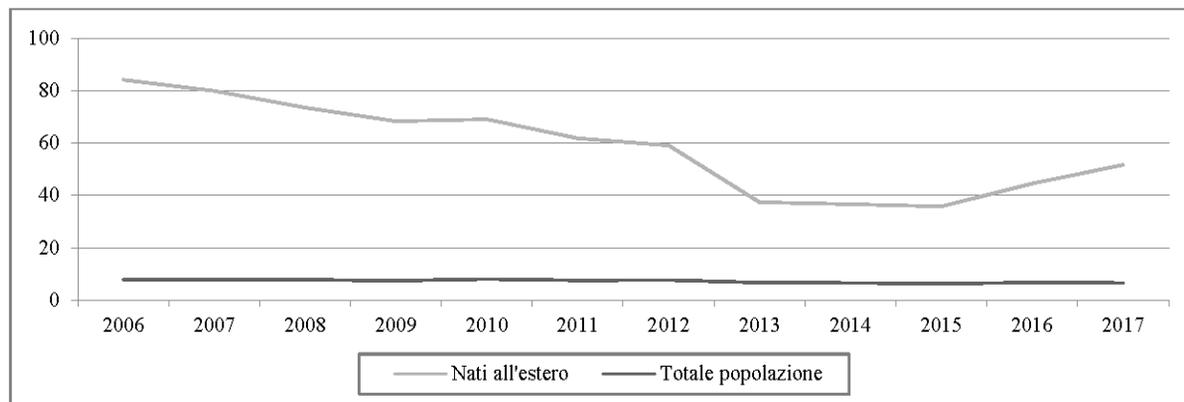
**Grafico 1** - Casi (valori per 100) di tubercolosi: confronto tra italiani e nati all'estero - Anni 2006-2017



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2019.



**Grafico 2** - Frequenza (valori per 100.000) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2017



**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Il Ministero della Salute ha predisposto diversi documenti e Linee Guida, condivisi con le regioni e le PA, al fine di garantire il controllo della TBC nella popolazione generale.

Le Linee Guida sono finalizzate all'individuazione degli obiettivi di salute, degli standard di intervento e degli indicatori utili al monitoraggio degli interventi stessi. 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.

Dal 2010, il Ministero della Salute ha pubblicato, di intesa con le Autorità Sanitarie Regionali e delle PA, alcune raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono volte a implementare diagnosi e sorveglianza, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la chiara consapevolezza che chiunque può contrarre e sviluppare la TBC.

Nel 2017 e nel 2018 sono state pubblicate, rispettivamente, la Linea Guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza" oggetto di Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, e le Linee relative al controllo della TBC tra gli immigrati in Italia. I predetti documenti sono scaturiti dall'Accordo Quadro di col-

laborazione tra l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni per la realizzazione del Programma "Linee Guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti".

In tutti i documenti prodotti nel corso degli anni viene ribadita la necessità di sostenere l'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed altri Enti, pubblici, del privato sociale e del volontariato, allo scopo di favorire l'accesso ai percorsi diagnostico-assistenziali degli strati marginalizzati della popolazione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive.
- (2) 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.
- (3) Istat. Popolazione residente straniera al 1 Gennaio. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it>.
- (4) Ministero della Salute. Controllo della Tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- (5) Ministero della Salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata 2010. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).
- (6) Linea Guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" 2017. Disponibile sul sito: [www.inmp.it](http://www.inmp.it).
- (7) Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" 2018. Disponibile sul sito: [www.inmp.it](http://www.inmp.it).



## Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Le epatiti virali sono fra le malattie del fegato più diffuse e costituiscono, tuttora, un rilevante problema di Sanità Pubblica a livello globale e locale. Si tratta di processi infiammatori del fegato, causati da diversi agenti etiologici, fra i quali i più comuni sono i cosiddetti virus epatitici maggiori, ovvero i virus A (*Hepatitis A Virus-HAV*), B (*Hepatitis B Virus-HBV*), C (*Hepatitis C Virus-HCV*), Delta (*Hepatitis D Virus-HDV*) ed E (*Hepatitis E Virus-HEV*). Tuttavia, in circa il 10-20% dei casi l'agente responsabile dell'epatite resta ignoto.

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo, con una distribuzione a livello geografico diversa per virus correlata, principalmente, alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.

Nel corso degli ultimi 30 anni la circolazione dei virus epatitici, in Italia, è progressivamente diminuita, ad

eccezione di periodiche epidemie, principalmente di epatite A, legate a peculiari fattori di rischio in aree geografiche specifiche (1). Questi andamenti in decrescita rendono le attività di sorveglianza epidemiologica ancora più essenziali, dato l'aumento della popolazione immigrata nel nostro Paese proveniente da Paesi ad alta e media endemia di epatite, al fine di identificare possibili aree di intervento e favorire la prevenzione e l'assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica.

Per questa rilevazione, che riguarda l'incidenza delle epatiti virali acute nella popolazione straniera in Italia, l'indicatore utilizzato è il tasso annuale standardizzato di incidenza calcolato per le principali tipologie di epatite virale (A, B, C), relativamente agli anni 2004-2018.

### Tasso di incidenza di Epatite virale tra i cittadini stranieri

Numeratore	Nuovi casi di Epatite virale notificati a cittadini stranieri	
		x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera media residente	

**Validità e limiti.** Il numero di nuovi casi di epatite acuta in cittadini stranieri in Italia, per anno, sono quelli prodotti dal Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA) (2), istituito nel 1985 presso l'Istituto Superiore di Sanità ad integrazione della sorveglianza obbligatoria gestita dal Ministero della Salute.

A partire dal 2004, attraverso il SEIEVA, vengono raccolte anche informazioni sulla cittadinanza del caso che consentono di analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata.

Il tasso di incidenza è calcolato limitatamente alle 10 regioni che, durante l'intero periodo di osservazione, hanno partecipato alla sorveglianza SEIEVA con il totale delle Aziende Sanitarie Locali: Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e dai Paesi a sviluppo avanzato (Psa).

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2011).

La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che la sorveglianza SEIEVA è un sistema strutturato e consolidato che fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da oltre 30 anni senza modifiche sostanziali. Inoltre, nonostante l'adesione sia su base volontaria, la partecipazione al SEIEVA è molto elevata e circa l'82% della popola-

zione nazionale risulta, ad oggi, sotto sorveglianza. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio e permette di ottenere stime consistenti.

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 non regolarmente presenti nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo status giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza standardizzati di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, in base ai casi segnalati al SEIEVA.

### Descrizione dei risultati

Nel periodo compreso fra il 2004-2018 sono stati notificati al SEIEVA 15.814 casi di epatite virale acuta: il 14,4% (2.280 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (Psa+Pfp). Questa percentuale è pro-



gressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,5% nel 2012, con un andamento altalenante dal 2013 in poi. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC/sconosciuta (22,7%), mentre per le epatiti A e B le percentuali di cittadini stranieri sono, rispettivamente, il 12,5% e il 17,2%. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai Pfp (93,8%), mentre solo 74 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai Psa, di cui 55 erano epatiti A. Per quanto riguarda l'area geografica di provenienza, la maggior parte delle diagnosi tra la popolazione straniera ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (38,5%) e dell'Africa (32,3%), 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 (3). La principale provenienza dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota circa il 48% proveniva dall'Asia.

Una interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA a partire dal 2009. Dei 1.015 casi in stranieri per i quali è nota l'informazione, il 98% erano presenti in Italia da più di 1 anno, indice del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

In questo elaborato vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati relativi ai cittadini italiani e quelli dei cittadini stranieri Pfp. Sono esclusi, invece, da questo confronto i casi riferiti a soggetti provenienti dai Psa, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità del numero di casi osservati in questo gruppo di popolazione.

#### *Epatite A*

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 8.501 casi di epatite A acuta di cui 1.062 (12,5%) in soggetti stranieri. Quasi la metà di questi casi era di origine africana, in particolare 399 casi erano di origine marocchina. Cinquantaquattro casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai Psa e costituiscono circa il 74% del complesso dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo.

Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza del periodo 2004-2018 tra cittadini italiani e stranieri Pfp. La prima osservazione è la grossa epidemia registrata nel 2017 che ha interessato, in particolare, comunità omosessuali maschili soprattutto tra gli italiani, anche se un più lieve innalzamento dei tassi ha riguardato anche gli stranieri.

Durante il 2013 si era registrata una precedente epide-

mia legata al consumo di frutti di bosco (4) che ha riguardato, anche in questo caso, principalmente cittadini italiani. Ad esclusione dei due episodi epidemici descritti, durante il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri risultano costantemente più alti di quelli registrati tra gli italiani.

Nel 2018, mentre il tasso di incidenza di epatite A negli italiani ha mostrato un forte calo, negli stranieri Pfp continua il trend in crescita, in particolare a causa di un eccesso di casi in cittadini marocchini, prevalentemente bambini che avevano effettuato un viaggio nel loro Paese di origine. Sarà necessario, pertanto, continuare a monitorare tale andamento nei prossimi anni.

#### *Epatite B*

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 4.913 casi, di questi il 17,2% (843 casi) in cittadini stranieri. Il 53,6% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est, in particolare 219 casi erano rumeni e 69 albanesi. Quarantuno dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina.

Il confronto dei tassi osservati tra italiani e stranieri Pfp mostra differenze rilevanti, almeno fino al 2008, con valori fino a 4 volte più elevati negli stranieri provenienti dai Pfp rispetto agli italiani (Grafico 2).

Dal 2009 questa differenza è progressivamente diminuita, fino a osservare nel 2011 tassi standardizzati di incidenza pari a 1,0 per 100.000 tra gli italiani e 1,3 per 100.000 tra gli stranieri Pfp. Negli anni successivi la distanza tra le curve è lievemente aumentata, ma si è stabilizzata nuovamente negli ultimi 4 anni; nel 2018 i tassi standardizzati sono stati, rispettivamente, 0,4 per 100.000 e 1,1 per 100.000 per gli italiani e gli stranieri.

Durante l'intero periodo di osservazione, i tassi di incidenza negli italiani hanno mostrato un lieve declino. Prima del periodo in studio si era, invece, verificato un calo sostanziale dell'incidenza tra gli italiani prevalentemente legato alla strategia vaccinale contro l'epatite B (5). L'Italia, infatti, in anticipo rispetto a molti Paesi, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991 secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. Tutta la popolazione nata in Italia dal 1980 è rientrata, quindi, nel programma di immunizzazione. La strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto anche una importante immunità di gregge (*herd immunity*) per cui anche gli individui non vaccinati hanno una probabilità più bassa di entrare in contatto con il virus e, quindi, di infettarsi.

Per quanto riguarda i migranti provenienti dai Pfp, invece, nel periodo in studio i tassi hanno evidenziato un andamento in diminuzione in quanto, probabilmente, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione; inoltre, la





strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere differito l'atteso calo dell'incidenza fra gli immigrati. Un altro evento che può aver favorito il trend in diminuzione dell'incidenza di epatite B tra gli stranieri presenti sul territorio italiano 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. Presumibilmente, 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).

L'andamento convergente delle due curve negli ultimi anni potrebbe essere attribuibile a tale fenomeno.

#### *Epatite C*

Nel periodo 2004-2018 sono stati notificati al SEIEVA 1.158 casi di epatite C acuta, di cui 93 (8,0%) relativi a stranieri. Il 61,3% dei casi in soggetti stranieri proveniva dall'Europa dell'Est, mentre il 23,7% (22 casi) proveniva dall'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (20 casi) ed il Marocco (15 casi).

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è in linea con la percentuale di stranieri residenti in Italia, indice del fatto che questi ultimi non sembrano maggiormente a rischio degli italiani di contrarre l'epatite C.

Una analisi più approfondita è fornita dal Grafico 3. Dal 2004 al 2007 ed in seguito dal 2015 al 2018 le due curve sono pressoché sovrapponibili. L'andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri osservato nel periodo 2008-2014 è plausibilmente

attribuibile al fatto che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è molto basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili. Negli ultimi 2 anni i tassi di incidenza sono stati dello 0,1 per 100.000 in entrambe le popolazioni a confronto.

Dai dati disponibili non emerge, quindi, che nel periodo considerato ci sia stato un eccesso di rischio di contrarre l'epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.

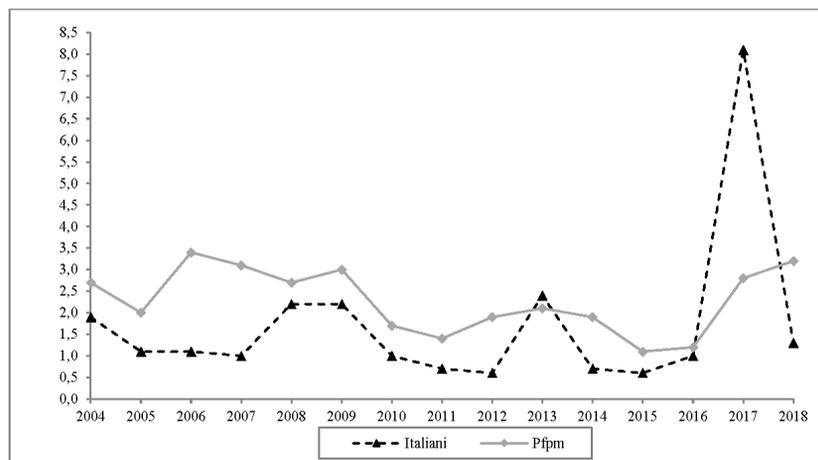
#### *Epatiti NonA-NonC/sconosciuta*

Dal 2004 al 2018, sono state notificate 282 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, a carico di cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili al virus dell'epatite E risultano un numero rilevante (pari al 29,1%) e per la quasi totalità 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 nel mondo. Considerato che ancora non tutti i Centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per l'HEV, è verosimile una sottostima dei casi NonA-NonC attribuibili nella realtà a questo virus. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati, avvalorata questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 24 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India e Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati segnalati, inoltre, 12 casi di epatite acuta di tipo Delta in stranieri Pfp, 10 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Romania, Moldavia e Albania).

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2018



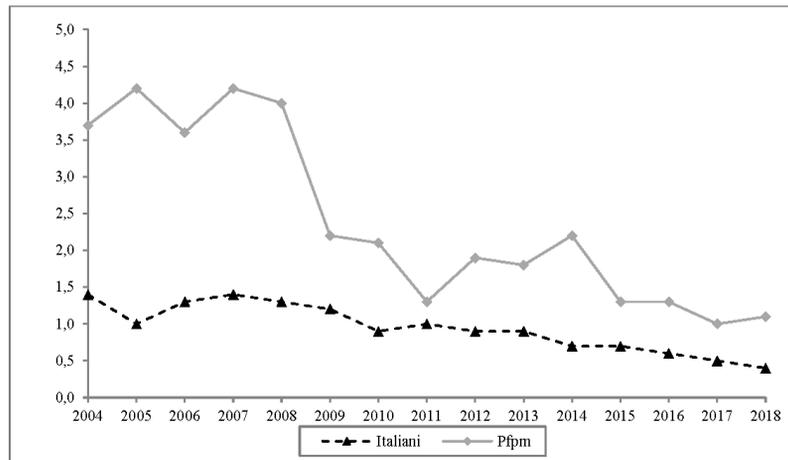
Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.





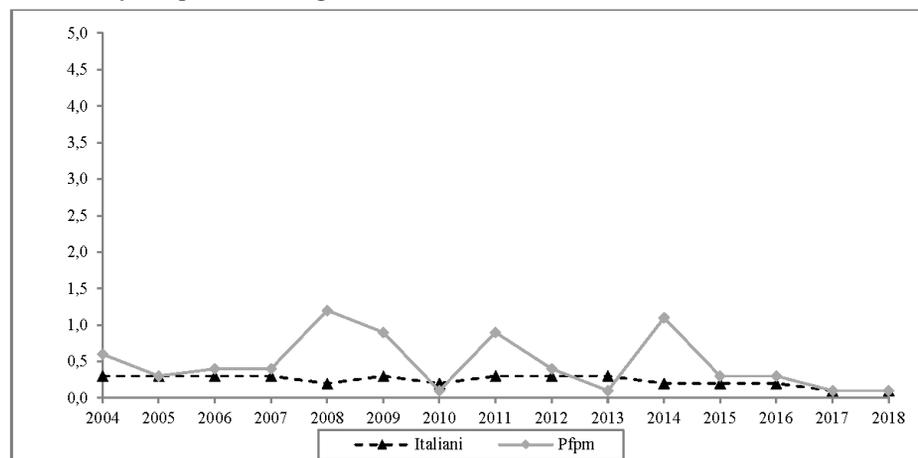
**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2018



Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2018



Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata in maniera sostanziale negli ultimi anni, con un trend di incidenza in netta diminuzione per tutti i tipi di epatite, seppure con modalità diverse. Infatti, per le epatite 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 virale acuta del fegato rimane, comunque, una rilevante questione di Sanità Pubblica.

I dati provenienti dalla sorveglianza SEIEVA hanno evidenziato un eccesso di rischio di contrarre l'epatite B tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai Pfpm), anche se la distanza tra i tassi di incidenza di stranieri ed italiani sembra in diminuzione; non risul-

tano, invece, differenze significative tra italiani e stranieri per quanto riguarda il rischio di epatite A e C.

Dati i molti fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti (ad esempio, la bassa adesione alle vaccinazioni per scarsa *compliance* legata alla poca conoscenza dei diritti e dei percorsi di accesso ai servizi, i differenti ambiti culturali di provenienza e la diffidenza nei confronti dei servizi di prevenzione), appare essenziale garantire alle popolazioni migranti presenti sul nostro territorio livelli di immunizzazione assimilabili a quelli della popolazione residente, a salvaguardia della salute individuale e collettiva: in particolare, risulta prioritario rafforzare l'offerta attiva della vaccinazione anti-epatite B a tutti gli immigrati non immuni e della vaccinazione anti-epatite A ai viaggiatori internazionali e ai migranti che si recano in aree endemiche. È, inoltre, importante che i soggetti che periodica-





mente rientrano nelle terre di origine siano informati sulle misure preventive atte ad evitare l'infezione. Recentemente, è stata pubblicata in Italia la Linea Guida sui "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza" (6) nel documento si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HBV ed HCV ai migranti provenienti dai Paesi a prevalenza di HBV >2% e di HCV >3% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio specifici, si raccomanda, inoltre, la vaccinazione anti epatite B per coloro che risultano non immuni. Lo screening per l'HBV è raccomandato anche alle donne migranti in gravidanza. Tali misure, ove applicate, concorrerebbero ad una diminuzione delle nuove infezioni da virus B e C dell'epatite e ad un ulteriore avvicinamento dei tassi di incidenza nelle due popolazioni a confronto. Infatti, la conoscenza dello stato di portatore dei virus B e C favorirebbe una azione di prevenzione soprattutto grazie alla vaccinazione anti-epatite B nei contatti, visto che la

quasi totalità dei nuovi casi osservati negli stranieri provenienti dai Pfm sono plausibilmente contratti in Italia, in base al tempo di residenza nel nostro Paese.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) EpiCentro. Epatite virale Epidemiologia - dati SEIEVA. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/epatite/seieva](http://www.epicentro.iss.it/epatite/seieva).
- (2) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). *Public Health* 2015; 129 (5): 561-8.
- (3) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b).
- (4) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Eurosurveillance* 2015; 20 (29): 21192.
- (5) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2018. Disponibile sul sito: [www.iss.it/seieva/dati-epidemiologici](http://www.iss.it/seieva/dati-epidemiologici).
- (6) SNLG - Linee Guida Salute Migranti. I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida n. 1, giugno 2017.





## Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'analisi della mortalità per causa nella popolazione residente in Italia con cittadinanza straniera è stata condotta utilizzando i tassi specifici di mortalità.

Questi indicatori rappresentano una misura indiretta del livello di salute della popolazione ed in questo caso, come conseguenza, anche una misura del grado di integrazione degli stranieri in Italia.

Al fine di raggiungere un livello di comparabilità ade-

guato a fronte di un universo di riferimento così fortemente differenziato, tutti i tassi utilizzati sono stati standardizzati con il metodo diretto o della popolazione tipo (individuata nella popolazione standard mondiale) e sono stati calcolati sia considerando tutte le età oltre il 1° anno di vita, sia con riferimento alla sola classe di età 18-64 anni. I tassi standardizzati di mortalità, inoltre, sono stati disaggregati per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte.

### Tasso di mortalità degli stranieri residenti in Italia

Numeratore	Decessi di stranieri presenti in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni	
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni	x 10.000

**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 attraverso la scheda di morte (Modelli Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione si riferisce alla totalità dei decessi avvenuti sul territorio nazionale in un anno di calendario, conteggiando tutti gli eventi dei presenti e dei residenti compresi, quindi, quelli degli stranieri non regolari. Non essendo al momento prodotto in modo continuativo il complesso della popolazione presente, le elaborazioni dei tassi di mortalità sono state circoscritte al sottogruppo dei residenti, per i quali sono disponibili i denominatori di riferimento con periodicità annuale.

A partire dalle analisi dei dati riferiti all'anno 2008, per i denominatori è stata utilizzata la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti. È opportuno segnalare, inoltre, che l'ammontare dei cittadini stranieri deceduti in Italia include solo i casi per i quali è indicata la cittadinanza straniera (o apolide) e non comprende né i decessi privi di questa informazione, né quelli senza l'indicazione che si tratti di cittadino straniero o italiano.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale e il dato medio 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 1992-2016, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il 1°

anno di vita in Italia è pari a 114.279 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua<sup>1</sup> del +7,6% per i residenti, del +2,9% per i non residenti e del +5,6% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfm): +10,7% tra i residenti, +5,6% tra i non residenti e +8,8% per il totale (Tabella 1).

Nel 2016, si sono verificati 7.452 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 5.333 residenti e 2.119 non residenti. La quota di cittadini provenienti dai Pfm rappresenta la maggioranza con 5.871 decessi, di cui 4.440 residenti e 1.431 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 2016, in costante aumento ma con una lieve battuta di arresto nel 2013, è pari al 75,6% e al 24,4% per i non residenti).

Tale cambiamento è sicuramente legato all'allargamento dell'Unione Europea (UE) che ha visto l'ingresso, dal 2004 al 2013, di 13 nuovi Paesi con conseguente riflesso sui flussi migratori verso l'Italia. Tale fenomeno ha dato origine, infatti, ad 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 Pfm. In effetti, l'appartenenza all'Unione Europea, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera. Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza, si osserva come

<sup>1</sup>La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2016 è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[24]{\frac{M_{2016}}{M_{1992}} - 1} * 100$





continui a persistere un effetto discriminante dato dalla componente territoriale. Per garantire una maggiore stabilità dei tassi standardizzati per le regioni con le numerosità più esigue di casi, è stato calcolato per la prima volta nel Rapporto Osservasalute il tasso standardizzato di mortalità medio nel triennio 2014-2016, per genere e regione. Sono state anche scorporate la Valle d'Aosta ed il Molise dalla fusione, rispettivamente, con il Piemonte e l'Abruzzo, utilizzata nelle passate Edizioni. I valori più alti del tasso 2014-2016 si registrano, in particolare, per la PA di Bolzano, Puglia, Friuli Venezia Giulia, PA di Trento e Sicilia, con livelli compresi tra 24,6-18,8 per 10.000 residenti. I valori più bassi si registrano, invece, in Lombardia, Lazio, Marche, Basilicata e Molise, con tassi compresi, in ordine crescente, tra 15,2-16,1 per 10.000 (Tabella 2). Il quadro delineato è legato alla geografia dell'immigrazione e del mercato del lavoro, connesso anche all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra gli stranieri residenti in Italia. Tale situazione appare ancora più evidente se si analizza la distribuzione dei tassi per gli uomini, che rappresentano il 54,8% del totale dei decessi di stranieri.

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 di età 18-64 anni. Sono stati, inoltre, calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani ed i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza.

Il confronto tra gli anni del quinquennio 2012-2016 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ed un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati per la classe di età 18-64 anni (Tabella 3).

Dall'analisi di genere si evince che gli uomini Pfp, tra il 2010-2013, sono caratterizzati da una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità, che tornano nuovamente in diminuzione nel 2014 per mantenere un andamento pressoché costante nel 2015 e 2016 (variazione percentuale media annua 2012-2016 pari a -3,3%). Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione all'UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva per gli uomini un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un livello del tasso più elevato nel 2013 e da una nuova diminuzione nel 2014, confermata nel 2015 e 2016.

Anche i Paesi a sviluppo avanzato (Psa) presentano un andamento non costante del valore dei tassi, situazione dovuta ai valori esigui nel numero di decessi per questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2012-2016 (variazione percentuale media annua -2,9%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo 2012-2016, si registra per le straniere Pfp una variazione percentuale negativa per i tassi di mortalità (variazione percentuale media annua -1,6%) e per i Paesi di nuova adesione all'UE (variazione percentuale media annua -7,2%), mentre si registra una variazione positiva per le straniere Psa (variazione percentuale media annua +1,0%). Per le italiane si rileva, infine, una variazione percentuale media annua pari a -2,1%, più contenuta rispetto a quella registrata per gli uomini nello stesso periodo.

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 2012-2016 e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione all'UE, esclusi Malta e Cipro, il RR per gli uomini assume valori più fluttuanti nel tempo, con picchi di 1,1 nel biennio 2013-2014. Tale fenomeno potrebbe essere legato ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione all'UE. Un notevole vantaggio si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR. L'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza è stata condotta sui dati del 2016, i tassi sono stati standardizzati per la classe di età 18-64 anni ed i gruppi di cause studiati sono: malattie infettive e parassitarie, tumori, malattie del sistema circolatorio, malattie del sistema respiratorio, cause esterne di morbosità e mortalità, altre malattie (Tabella 4). Per gli stranieri con cittadinanza dei Psa si rileva che i tumori, le malattie del sistema circolatorio e le cause esterne rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (rispettivamente, 3,3; 2,1 e 1,6 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Anche per gli stranieri Pfp, le cause di morte più frequenti sono i tumori, le malattie del sistema circolatorio e le cause esterne (rispettivamente, 3,7; 2,0 e 1,5 per 10.000); palese, come per le altre aree di cittadinanza, lo svantaggio del genere maschile, meno marcato, però, per il gruppo dei tumori.

Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione all'UE si registrano, come negli altri casi, tassi standardizzati molto elevati per tumori, malattie del sistema circolatorio e cause esterne di morbosità e mortalità (rispettivamente, 4,4; 1,7 e 1,4 per 10.000) a svantaggio soprattutto per gli uomini.

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 stranieri Pfp e Psa, in particolare per le malattie infettive (RR totale, rispettivamente, 1,1 e 1,2).





## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

383

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2012-2016\*

Anni	Stranieri deceduti in Italia					Di cui: Paesi a forte pressione migratoria**				
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti %	Non residenti %	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti %	Non residenti %
1992	926	1.071	1.997	46,4	53,6	390	389	779	50,1	49,9
2000	1.665	1.875	3.540	47,0	53,0	845	1.015	1.860	45,4	54,6
2010	3.949	2.060	6.009	65,7	34,3	3.217	1.441	4.658	69,1	30,9
2012	4.587	2.161	6.748	68,0	32,0	3.795	1.526	5.321	71,3	28,7
2013	4.896	2.421	7.317	67,0	33,1	4.058	1.809	5.867	69,2	30,8
2014	4.800	1.982	6.782	70,8	29,2	3.986	1.359	5.345	74,6	25,4
2015	5.331	2.103	7.434	71,7	28,3	4.387	1.403	5.790	75,8	24,2
2016	5.333	2.119	7.452	71,6	28,4	4.440	1.431	5.871	75,6	24,4

\*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è desunto dall'Indagine Istat su decessi e cause di morte, considerando solo i casi per i quali è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.

\*\*Il gruppo dei Pfpn include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione di Giappone e Israele) e l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'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 2019.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità degli stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita per genere e per regione e macroarea - Anno 2016, media 2014-2016

Regioni/Macroaree	Stranieri residenti			Tassi std di mortalità (media 2014-2016)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	220	208	428	21,1	13,5	16,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2	10	12	14,4	18,3	16,2
Lombardia	538	403	941	21,1	11,6	15,2
Bolzano-Bozen	41	42	83	31,5	20,7	24,6
Trento	30	24	54	26,1	15,2	19,0
Veneto	270	212	482	22,7	13,5	16,9
Friuli Venezia Giulia	66	74	140	24,8	17,0	19,8
Liguria	91	82	173	25,0	14,6	18,4
Emilia-Romagna	321	265	586	24,4	12,6	16,6
Toscana	242	210	452	23,6	14,6	18,0
Umbria	54	66	120	21,2	14,3	16,7
Marche	70	66	136	21,6	12,2	15,6
Lazio	381	316	697	21,8	11,7	15,3
Abruzzo	41	42	83	25,4	14,7	18,4
Molise	8	4	12	29,7	8,6	16,1
Campania	133	119	252	24,8	14,2	17,8
Puglia	67	56	123	27,3	18,1	21,8
Basilicata	6	9	15	17,3	14,7	15,7
Calabria	61	48	109	20,2	13,7	16,2
Sicilia	113	91	204	20,6	17,2	18,8
Sardegna	29	29	58	19,9	14,9	16,7
<b>Italia</b>	<b>2.922</b>	<b>2.411</b>	<b>5.333</b>	<b>23,4</b>	<b>13,5</b>	<b>17,2</b>
Regione non indicata	138	35	173	-	-	-
Nord-Ovest	851	703	1.554	21,4	12,5	15,9
Nord-Est	728	617	1.345	24,5	14,0	17,8
Centro	747	658	1.405	22,3	12,8	16,3
Sud	316	278	594	24,5	14,9	18,4
Isole	142	120	262	20,5	16,5	18,3
Macroarea non indicata	138	35	173	-	-	-

Nota: nel caso di un numero di decessi troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori è stato utilizzato il segno convenzionale "--".

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2019.



**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per genere e per area di cittadinanza - Anni 2012-2016

Aree di cittadinanza*	Tassi std					Rischi Relativi				
	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Maschi</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	11,4	12,8	10,4	11,5	11,9	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	15,2	15,9	14,1	14,8	13,3	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7
Paesi di nuova adesione UE	21,4	22,2	19,9	19,3	16,0	1,0	1,1	1,1	1,0	0,9
<b>Italiani</b>	<b>20,6</b>	<b>19,4</b>	<b>18,8</b>	<b>19,3</b>	<b>18,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Femmine</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	7,2	7,6	6,6	7,2	7,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	6,6	6,7	6,1	6,6	6,2	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione UE	8,5	7,5	6,7	7,1	6,3	0,8	0,7	0,6	0,7	0,6
<b>Italiani</b>	<b>11,3</b>	<b>10,9</b>	<b>10,5</b>	<b>10,8</b>	<b>10,4</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Totale</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	8,8	9,6	8,1	8,7	9,2	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	10,1	10,3	9,2	9,8	9,0	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione UE	12,6	11,8	10,7	10,9	9,2	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6
<b>Italiani</b>	<b>15,9</b>	<b>15,1</b>	<b>14,6</b>	<b>15,0</b>	<b>14,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>

\*Il gruppo dei Pfp include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione di Giappone e Israele) e l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda). I Paesi di nuova adesione all'UE entrati nell'Unione Europea nel periodo 2004-2013 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania, Croazia; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'UE. Gli apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi. I Pas includono i Paesi dell'UE-15, gli altri Paesi Europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2019.



**Tabella 4** - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e per area di cittadinanza - Anno 2016

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std**			Rischi Relativi		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,5	0,3	0,4	1,1	1,6	1,2
	Tumori	3,8	3,1	3,3	0,5	0,5	0,5
	Malattie del sistema circolatorio	3,3	1,1	2,1	0,9	0,8	0,8
	Malattie del sistema respiratorio	0,4	0,1	0,3	0,8	0,5	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,4	0,6	1,6	0,9	0,9	0,9
	Altre malattie	2,1	0,8	1,4	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>12,5</b>	<b>6,0</b>	<b>8,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,4	0,2	0,3	1,0	1,3	1,1
	Tumori	4,4	3,3	3,7	0,6	0,5	0,5
	Malattie del sistema circolatorio	3,4	1,0	2,0	0,9	0,7	0,7
	Malattie del sistema respiratorio	0,5	0,1	0,3	0,8	0,5	0,6
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,5	0,7	1,5	0,9	1,0	0,9
	Altre malattie	2,1	0,8	1,3	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>13,3</b>	<b>6,2</b>	<b>9,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>
Paesi di nuova adesione all'UE	Malattie infettive e parassitarie	0,4	0,1	0,2	0,9	0,8	0,7
	Tumori	6,8	3,6	4,4	0,9	0,6	0,7
	Malattie del sistema circolatorio	3,7	0,8	1,7	0,9	0,6	0,6
	Malattie del sistema respiratorio	0,5	0,2	0,3	0,9	0,7	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,6	0,8	1,4	1,0	1,1	0,8
	Altre malattie	2,0	0,8	1,2	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>16,0</b>	<b>6,3</b>	<b>9,2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>
<b>Italiani</b>	Malattie infettive e parassitarie	0,4	0,2	0,3	1,0	1,0	1,0
	Tumori	7,4	6,1	6,8	1,0	1,0	1,0
	Malattie del sistema circolatorio	3,9	1,4	2,6	1,0	1,0	1,0
	Malattie del sistema respiratorio	0,5	0,3	0,4	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,7	0,7	1,7	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,3	1,7	2,5	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>		<b>18,3</b>	<b>10,4</b>	<b>14,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla X revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 10): Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del sistema circolatorio (I00-I99); Malattie del sistema respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

\*\*Popolazione standard utilizzata: Popolazione mondiale - Waterhouse J. (1976) (7).

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2019.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti e osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, ad esempio, quelle sul mercato del lavoro, e la mancata integrazione sociale ed economica costituiscono il principale determinante dello stato di salute della popolazione immigrata.

Disagio sociale e privazioni, infatti, contribuiscono anche ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente.

Le criticità emergenti dalle questioni sui diritti sociali

dei cittadini stranieri sono, senza dubbio, sentinella di politiche non sempre adeguate e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (2) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (3) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

