

## Salute della popolazione straniera

Nonostante la crisi economica globale, i flussi migratori a livello mondiale continuano a intensificarsi.

Nel 2014, i migranti nel mondo sono stati 240 milioni, più del 3% della popolazione del pianeta: tra questi, 20 milioni di rifugiati, 1,8 milioni di richiedenti asilo e in totale 60 milioni di “migranti forzati”, compresi gli sfollati interni a causa di una crescente instabilità internazionale (33 conflitti in corso, 11 situazioni di crisi, 16 missioni dell’Organizzazione delle Nazioni Unite attive). Peraltro, la distinzione solo apparente tra coloro che “scelgono” di partire sotto la spinta di molteplici fattori in cerca di condizioni di vita migliori (i cosiddetti migranti economici) e coloro che, invece, sono costretti a scappare da conflitti e persecuzioni (i richiedenti protezione internazionale) nasconde in realtà una fragilità diffusa e una crisi epocale del modello di sviluppo globale.

Nell’Unione Europea (UE), a gennaio 2014, i residenti stranieri erano 33,9 milioni, pari al 6,7% della popolazione totale: 20 milioni di cittadini provenienti da Paesi terzi e 14 milioni da altri Stati membri.

L’Italia è a suo modo protagonista del fenomeno migratorio, sia per una presenza straniera sempre più stabile e consolidata, sia per essere diventata terra di accoglienza di persone in fuga; a questo va ad aggiungersi la riscoperta di una “vocazione emigratoria”, in verità mai del tutto sopita, che vede oggi una significativa comunità di italiani all’estero, composta da oltre 4 milioni e 600 mila nostri connazionali.

Sono passati circa 40 anni da quando l’Italia ha cominciato a misurarsi con l’immigrazione e da allora la presenza di cittadini non italiani è stata in costante aumento (circa 200 mila nel 1980, 500 mila nel 1990, poco più di 1 milione e 600 mila nel 2000, circa 4 milioni e 500 mila nel 2010). Negli ultimi anni (quelli della crisi economica), però, il numero di stranieri presenti è rimasto pressoché costante, intorno ai 5 milioni: al 1 gennaio 2015, i residenti stimati erano 5.014.037, quelli effettivamente presenti 5 milioni 421 mila (con un impatto dell’8,2% sulla popolazione italiana). L’incremento rispetto all’anno precedente è stato solo del 2%.

Il 2014 verrà anche ricordato come l’anno record degli sbarchi: secondo i dati del Ministero dell’Interno, oltre 170 mila arrivi, più della somma dei 3 anni precedenti e quasi il triplo del 2011 (l’anno dell’emergenza Nord Africa seguita alla “rivoluzione dei gelsomini, primavera araba”). Tutto questo è l’effetto diretto della situazione geopolitica internazionale che ha visto intensificarsi numerosi focolai di crisi a Sud del Mediterraneo e ha prodotto, conseguentemente, un aumento delle richieste di asilo in Italia e in altri Paesi europei. Tali richieste verso l’Europa hanno superato nel 2014 quota 626 mila, segnando un +44,7% rispetto all’anno precedente. L’Italia è il terzo Paese dell’UE per numero di richiedenti asilo (dopo Germania e Svezia), ma anche quello che ha registrato il maggior incremento nell’ultimo anno (+142,8%). Osservando la composizione dei richiedenti asilo per genere ed età, appare evidente come l’Italia presenti una situazione del tutto singolare a livello europeo, con una ridottissima presenza di donne (7,6%) e di minori (6,8%), nettamente inferiore rispetto alla media. Per quanto riguarda la provenienza, prevalgono i cittadini di origine africana: 4 Paesi tra i primi 5 per numero di arrivi, in particolare Eritrea, Mali, Nigeria e Gambia. Anche nel 2015, gli sbarchi sono proseguiti in Italia, seppur con una leggera flessione (circa il 7% in meno) e con un significativo cambiamento di popolazione, dovuto a una modifica della rotta di fuga, in particolare della componente siriana (direttamente dalla Turchia in Grecia e poi attraverso la penisola balcanica per arrivare nel Centro-Nord Europa). Non a caso, nel 2014 il Paese di provenienza più rappresentato era costituito dalla Siria con 42.323 persone (circa il 25% del totale), seguito dall’Eritrea (20%); nei primi 10 mesi del 2015, invece, i dati indicano al primo posto l’Eritrea (27%), seguita dalla Nigeria (14%) e dalla Somalia (8%), mentre la Siria è presente con circa il 5% delle persone sbarcate.

Il sistema dell’accoglienza, in Italia, si regge su diverse tipologie di strutture: i centri di accoglienza governativi, le strutture temporanee e la rete del Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo e Rifugiati che, in ragione delle differenti funzioni, esprimono modelli organizzativi, voci di costo e tempi di permanenza diversificati. Sono 3.090 le strutture che accolgono poco meno di 100.000 profughi, distribuite in tutte le regioni. Al primo posto per numero di presenze troviamo la Lombardia e la Sicilia, nei cui centri vengono ospitati, rispettivamente, il 13% e l’11% degli immigrati; seguono Lazio, Campania, Piemonte e Veneto con circa l’8%.

Un aspetto specifico di questo complesso fenomeno è rappresentato dai minori non accompagnati: secondo i dati del Dipartimento della Pubblica sicurezza, nel 2014 i minori stranieri (e coloro che si dichiarano tali) senza accompagnamento da parte di un adulto responsabile sono risultati 13.026, pari al 50% di tutti i minori sbarcati. Nel 2015, il numero di minori si è marcatamente ridotto, circa 10.000 in meno rispetto all’anno precedente, e ciò è dovuto, in particolare, alla drastica diminuzione della componente siriana che è una migrazione di interi nuclei familiari, mentre proporzionalmente si è accresciuta la percentuale di minori non accompagnati (oltre il

73% del totale dei minori soccorsi) concentrati per circa un terzo sul territorio siciliano. Sono quasi 5.500 i minori registrati come tali in una prima fase dell'accoglienza e successivamente dichiarati irreperibili.

Il perdurare della pressione migratoria da parte di persone prevalentemente in fuga verso l'Europa (quasi un milione solo nel 2015) ha polarizzato il dibattito sociale e politico internazionale e nazionale su alcune questioni spinose che vanno dalla capacità di accoglienza alle responsabilità in capo ai vari Stati europei, dal rapporto con i territori ai costi da sostenere in questo momento di crisi e alla sicurezza in una fase storica caratterizzata da incertezze e paura.

Tuttavia, i dati possono aiutarci a definire meglio le problematiche e, soprattutto, ad attribuire pesi e priorità, riportando l'attenzione sugli aspetti di strutturalità e stabilità dell'immigrazione, al di là degli sbarchi (le persone sbarcate e accolte in Italia sono state, nel 2014, meno dell'1,3% delle presenze effettive). Un primo punto è che, sia sul piano demografico che economico, l'immigrazione in Italia appare assolutamente necessaria. Su un totale di 502.596 bambini nati nel corso del 2014, quelli con genitori entrambi stranieri sono stati 75.067 (14,9% del totale); nel complesso i minori stranieri sono quasi 1 milione e 100.000, pari al 21,6% dei residenti stranieri, e per oltre il 70% si tratta di seconde generazioni, cioè di bambini nati e cresciuti in Italia. Questi dati sono particolarmente significativi dal punto di vista demografico, se si considera che in Italia l'indice di sostituzione (numero di figli per coppia sufficiente a mantenere costante la popolazione in un determinato Paese) è di 2,1: gli ultimi dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) evidenziano che, nel 2014, il tasso di fecondità delle donne italiane è stato pari a 1,27 vs 2,20 delle immigrate; l'apporto di quest'ultime risulta, quindi, indispensabile, anche se non sufficiente a invertire il trend di decrescita demografica nel nostro Paese.

Dal punto di vista economico-produttivo, i dati Istat indicano che gli occupati stranieri nel 2014 erano 2 milioni e 294 mila (1 milione e 238 mila uomini e 1 milione e 56.000 donne), pari a più di un decimo dei lavoratori complessivi (10,3%), con un tasso di occupazione in leggero aumento. Secondo una stima riportata nel Dossier Statistico Immigrazione 2015, le entrate fiscali e previdenziali ricollegabili ai lavoratori immigrati sono state, nel 2013, pari a 16,6 miliardi di euro, mentre il totale delle uscite sostenute per loro è stato di 13,5 miliardi di euro (saldo positivo di 3,1 miliardi di euro). Peraltro, nel 2013 il contributo al Prodotto Interno Lordo nazionale assicurato dagli occupati stranieri è stato di 123.072 milioni di euro (8,8% del totale). In particolare, essi versano, in media, 7-8 miliardi di euro di contributi l'anno ma, non riuscendo tutti a maturare il diritto alla pensione, lasciano nelle casse previdenziali secondo le stime dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale oltre 3 miliardi di euro improduttivi di prestazioni. Attualmente, i cittadini non comunitari beneficiari di pensioni previdenziali per invalidità, vecchiaia e superstiti sono 35.740 (lo 0,2% di tutti i beneficiari), mentre i titolari di pensioni assistenziali sono 51.361 (l'1,4% del totale).

Anche i temi sanitari sono emersi drammaticamente nell'ambito del dibattito pubblico, tra tutele mancate e timori infondati. Nonostante alcune incertezze l'Italia, grazie a una normativa favorevole e a un sistema sanitario universalistico, è riuscita a garantire percorsi di inclusione sanitaria anche in condizioni di grande complessità organizzativa come, ad esempio, è avvenuto per i migranti in transito. I dati sulle malattie infettive riportati nel presente Capitolo, seppure non allineati temporalmente a quanto è accaduto nel 2014, non mostrano trend allarmanti, anzi rassicurano sulla tenuta del sistema rispetto all'impatto di consistenti arrivi di immigrati.

Il Capitolo di quest'anno, arricchito di specifiche esperienze di *best practice* (Box), consolida quanto già descritto nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute: gli immigrati sono una popolazione che dimostra di avere ancora problemi nell'accesso ordinario ai servizi sanitari, ma che progressivamente tende a utilizzarli, anche se tale utilizzo riguarda soprattutto gli aspetti della cura e meno quelli della prevenzione. In ambito sanitario, inoltre, non si può parlare di immigrati come di una popolazione omogenea, in quanto sia l'accesso che l'occorrenza di specifiche problematiche di salute sono condizionate dall'appartenenza culturale e, più specificatamente, dalla competenza linguistica, dalla condizione sociale e dall'approccio delle persone alla salute e alla malattia.

Ci sono, infine, delle differenze geografiche evidenziate da alcuni indicatori, non spiegabili alla luce della sola distribuzione territoriale delle comunità di stranieri, ma legate, soprattutto, all'eterogeneità delle politiche locali di tutela sanitaria e accesso ai servizi. A distanza di 3 anni dall'entrata in vigore dell'Accordo tra Stato e Regioni e Province Autonome (n. 255/2012) contenente indicazioni per la corretta applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, persistono ancora differenze interpretative e disparità di trattamento.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) AAVV. Dossier Statistico Immigrazione 2015. Idos, 2015.
- (2) AAVV. Rapporto Osservasalute - parte relativa agli immigrati (dal 2006 al 2015). Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Università Cattolica del Sacro Cuore. Prex SpA. Milano.
- (3) AAVV. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sprar. In collaborazione con Unhcr, Roma, 2014.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

269

- (4) AAVV. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, Sprar. In collaborazione con Unhcr, Roma, 2015.
- (5) AAVV. XXIV Rapporto Immigrazione 2014. Migranti, attori di sviluppo. Caritas, Migrantes. Tau editrice srl - Todi (Pg), maggio 2015.
- (6) Istat: Natalità e fecondità della popolazione residente, anno 2014. Roma, 27 novembre 2015.
- (7) Istat: Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza, anni 2014-2015. Roma, 22 ottobre 2015.
- (8) Ministero dell'Interno: Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi. Roma, ottobre 2015.

## Stranieri in Italia

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

L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in

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

### Percentuale della popolazione straniera residente per macroarea di provenienza

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

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare come vengano considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono, quindi, esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono inclusi tra gli stranieri le "seconde generazioni", ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione STRASA, relativa alla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita", emerge che, alla data del 1 gennaio 2015, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana superano di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,2% del totale della popolazione residente (Tabella 1).

Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente e la composizione percentuale per macroarea di cittadinanza secondo i dati rilevati con il Bilancio demografico della popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza.

A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (52,4%), proviene da un Paese del continente europeo. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 20,5% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 19,3% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,7% ha la cittadinanza di un Paese dell'America.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,3%), Friuli Venezia Giulia e Basilicata (poco meno del 70% in entrambe le regioni), mentre quella di residenti con cittadinanza di

Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (26,2% contro un valore nazionale del 7,7%).

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

Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia se si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche in molte delle regioni del Mezzogiorno, degli stranieri provenienti dall'Ecuador (sia donne che uomini) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini e dei bengalesi nel Lazio e dei cinesi in Toscana.

Dalla Tabella 2 emerge, inoltre, come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si osserva una maggiore eterogeneità. A livello nazionale, le prime tre comunità (rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano oltre il 40% del totale degli stranieri residenti. Tale percentuale è, invece, superiore o prossima al 60% in Piemonte, Valle d'Aosta, Molise e Basilicata. Nella PA di Bolzano, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 27,7% delle straniere. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre comunità (rumeni, marocchini e albanesi) rappresentano "solo" il 32,2% degli stranieri residenti di genere maschile ed il 31,7% degli stranieri residenti di genere femminile.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

271

**Tabella 1** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori percentuali) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori percentuali) residenti sul totale dei residenti per regione - Anno 2015

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
		Europa	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	425,4	59,9	22,9	9,5	7,7	0,0	9,6
Valle d' Aosta	9,1	56,3	30,8	5,7	7,1	0,1	7,1
Lombardia	1.152,3	38,0	25,0	24,2	12,8	0,0	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>46,0</i>	<i>65,7</i>	<i>12,4</i>	<i>17,4</i>	<i>4,4</i>	<i>0,1</i>	<i>8,9</i>
<i>Trento</i>	<i>50,1</i>	<i>66,4</i>	<i>16,5</i>	<i>11,3</i>	<i>5,7</i>	<i>0,0</i>	<i>9,3</i>
Veneto	511,6	57,3	21,2	18,1	3,4	0,0	10,4
Friuli Venezia Giulia	107,6	69,6	14,8	11,6	3,9	0,1	8,8
Liguria	138,7	46,9	16,7	10,1	26,2	0,1	8,8
Emilia-Romagna	536,7	50,1	26,9	19,0	3,9	0,0	12,1
Toscana	395,6	56,4	14,6	22,3	6,6	0,1	10,5
Umbria	98,6	66,1	17,7	8,0	8,1	0,1	11,0
Marche	145,1	56,6	19,1	18,8	5,5	0,0	9,4
Lazio	636,5	57,2	10,8	23,6	8,3	0,1	10,8
Abruzzo	86,2	72,3	13,8	9,2	4,6	0,1	6,5
Molise	10,8	67,5	17,8	9,6	5,0	0,1	3,4
Campania	217,5	54,0	19,1	22,5	4,3	0,1	3,7
Puglia	117,7	63,0	17,2	16,7	3,0	0,0	2,9
Basilicata	18,2	69,0	16,4	12,0	2,6	0,0	3,2
Calabria	91,4	61,3	21,0	15,3	2,3	0,1	4,6
Sicilia	174,1	44,0	30,4	22,8	2,7	0,1	3,4
Sardegna	45,1	54,3	22,5	18,4	4,6	0,1	2,7
<b>Italia</b>	<b>5.014,4</b>	<b>52,4</b>	<b>20,5</b>	<b>19,3</b>	<b>7,7</b>	<b>0,1</b>	<b>8,2</b>

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 2** - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori percentuali) delle prime tre cittadinanze per genere e per regione - Anno 2015

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine					
		Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza		
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza
Piemonte	198,2	Rom. 33,7	Mar. 15,7	Alb. 12,0	Rom. 36,8	Mar. 12,9	Alb. 10,0						
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	3,9	Mar. 26,3	Rom. 25,3	Alb. 12,5	5,2	Rom. 31,2	Mar. 19,7	Alb. 9,1					
Lombardia	563,4	Rom. 13,0	Mar. 9,8	Alb. 9,4	588,9	Rom. 14,7	Alb. 8,5	Mar. 8,5					
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>21,4</i>	<i>Alb. 14,0</i>	<i>Pak. 8,8</i>	<i>Mar. 8,7</i>	<i>24,7</i>	<i>Alb. 10,4</i>	<i>Ger. 10,2</i>	<i>Mar. 7,1</i>					
<i>Trento</i>	<i>23,3</i>	<i>Rom. 19,2</i>	<i>Alb. 15,2</i>	<i>Mar. 9,5</i>	<i>26,8</i>	<i>Rom. 21,8</i>	<i>Alb. 12,3</i>	<i>Mar. 8,0</i>					
Veneto	243,4	Rom. 21,3	Mar. 11,6	Alb. 8,4	268,2	Rom. 23,9	Mol. 9,5	Mar. 9,3					
Friuli Venezia Giulia	50,9	Rom. 20,2	Alb. 11,5	Ser. 8,0	56,6	Rom. 23,2	Alb. 10,4	Ucr. 7,3					
Liguria	63,9	Alb. 19,7	Ecu. 15,4	Rom. 12,1	74,8	Ecu. 17,0	Rom. 15,1	Alb. 14,6					
Emilia-Romagna	250,8	Mar. 14,1	Rom. 13,7	Alb. 13,0	286,0	Rom. 16,9	Mar. 11,4	Alb. 10,5					
Toscana	182,6	Alb. 20,1	Rom. 17,7	Cin. 12,2	212,9	Rom. 23,9	Alb. 15,7	Cin. 9,9					
Umbria	43,2	Rom. 22,6	Alb. 19,3	Mar. 12,5	55,4	Rom. 29,4	Alb. 14,1	Mar. 8,4					
Marche	65,9	Alb. 15,6	Rom. 13,7	Mar. 9,6	79,3	Rom. 21,1	Alb. 12,4	Mar. 7,9					
Lazio	304,1	Rom. 33,8	Ban. 8,0	Fil. 6,1	332,4	Rom. 36,7	Fil. 7,9	Ucr. 5,3					
Abruzzo	39,1	Rom. 28,4	Alb. 18,3	Mar. 10,4	47,1	Rom. 33,8	Alb. 13,9	Mar. 6,5					
Molise	4,8	Rom. 34,7	Mar. 15,1	Alb. 9,5	6,0	Rom. 42,3	Mar. 9,3	Pol. 6,7					
Campania	99,5	Rom. 15,9	Mar. 13,4	Ucr. 10,2	118,0	Ucr. 27,4	Rom. 18,7	Pol. 6,3					
Puglia	54,7	Rom. 22,3	Alb. 22,0	Mar. 10,1	63,0	Rom. 31,8	Alb. 17,9	Mar. 5,8					
Basilicata	8,2	Rom. 39,4	Alb. 11,0	Mar. 10,8	10,0	Rom. 49,7	Alb. 7,9	Mar. 7,0					
Calabria	43,0	Rom. 31,9	Mar. 19,0	Ind. 7,3	48,4	Rom. 36,8	Mar. 12,2	Ucr. 9,6					
Sicilia	88,8	Rom. 23,2	Tun. 13,8	Mar. 7,1	85,4	Rom. 35,3	Sri Lanka 7,3	Mar. 7,1					
Sardegna	19,9	Rom. 22,1	Sen. 16,0	Mar. 12,5	25,2	Rom. 35,9	Ucr. 7,3	Mar. 7,3					
<b>Italia</b>	<b>2.372,8</b>	<b>Rom. 20,5</b>	<b>Alb. 10,7</b>	<b>Mar. 10,2</b>	<b>2.641,6</b>	<b>Rom. 24,4</b>	<b>Alb. 8,9</b>	<b>Mar. 7,8</b>					

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

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Raccomandazioni di Osservasalute**

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo. Parallelamente, il numero di stranieri residenti è andato aumentando sensibilmente e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Occorre sottolineare che gli stranieri presentano una

struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari. È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

## Nati da cittadini stranieri in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, viene analizzata l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se questo sia il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, viene proposta l'analisi delle

macroaree di cittadinanza del nato.

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione femminile residente.

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

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

Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero

Iscritti in Anagrafe per nascita

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

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

Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri

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 essendo nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.

La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" registra, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, ma chi è figlio di almeno un genitore italiano.

### Descrizione dei risultati

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento della quota dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (1). In particolare, nel 2013, poco più del 19% dei nati, ossia quasi un nato ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Questo indicatore risulta in forte crescita nell'ultimo decennio. Infatti, dal 2000 il suo valore è quasi triplicato, essendo in quell'anno pari a 6,4%. È possibile osservare un analogo ritmo di crescita anche quando si considerano i nati da almeno il padre straniero ed i nati da entrambi i genitori stranieri. Questi ultimi rappresentano circa il 15% dei nati.

La quota di nati da cittadini stranieri è aumentata, quindi, anche negli ultimissimi anni, caratterizzati da una generale contrazione dei livelli di natalità osservati in Italia, ma il ritmo di crescita è stato più contenuto.

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

Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna (24,6%), la Lombardia (22,6%) ed il Veneto (21,9%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. Nello specifico, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (3,6%).

A livello nazionale, il 4,3% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (0,9%).

Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 22,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,2% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (21,1% del totale dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (21,5%). Il contributo alla

natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

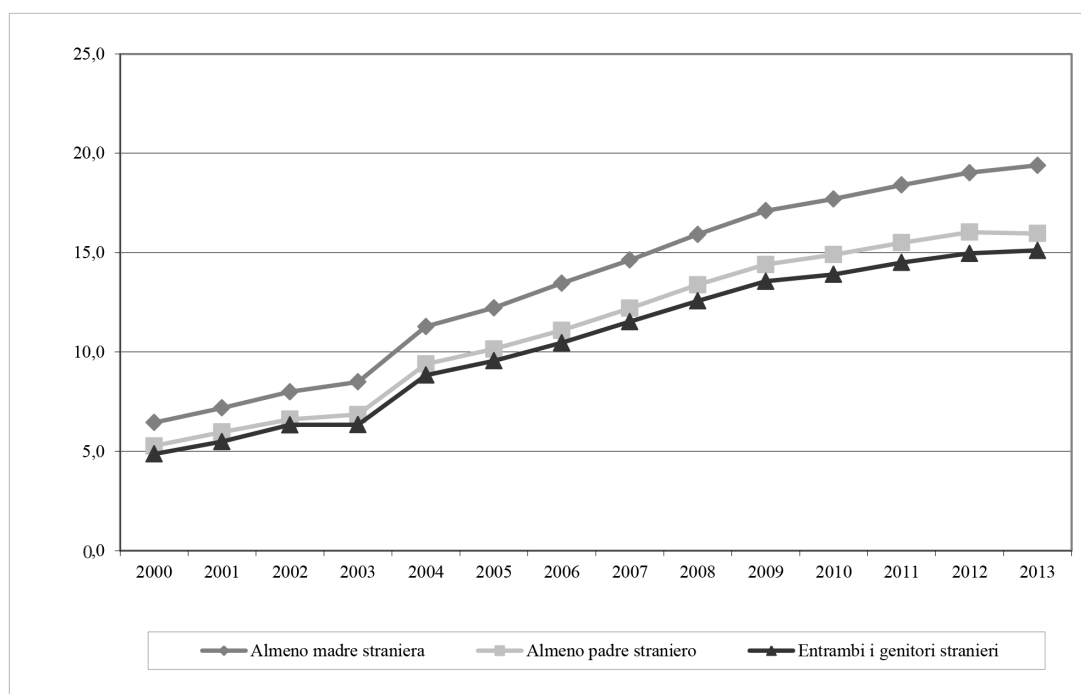
Tuttavia, il dato relativo all'Italia nel suo complesso non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che, invece, emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante in Calabria e nel Lazio (47,0% e 43,4%, rispettivamente), mentre in Liguria, così come accadeva negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (22,3%), specie se confrontata con il dato nazionale (5,0%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 64,7% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 65,9% dei nati stranieri in Italia.

Poco più di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena perchè i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (21,3% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,5% del totale), se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,4% del totale degli stranieri). I marocchini, all'opposto, pur rappresentando il 9,7% degli stranieri residenti, contribuiscono fortemente alla natalità degli stranieri: sono marocchini, infatti, il 14,9% dei nati stranieri.

Se si guarda alla variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri tra il 2010-2013 emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite è quella ucraina (+18,9%) seguita da quella moldava (+17,0%). Al contrario, sono diminuite, nel triennio considerato, le nascite da cittadini della comunità polacca (-30,9%), marocchina (-10,3%) e indiana (-7,1%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre.

**Grafico 1** - Nati (valori percentuali) da cittadini stranieri - Anni 2000-2013



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.



## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

275

**Tabella 1** - Stima (valori percentuali) di nati con un genitore straniero e da genitori entrambi stranieri per regione - Anno 2013

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri
Piemonte	5,2	1,5	19,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,9	2,2	13,6
Lombardia	5,2	1,0	22,6
Bolzano-Bozen	7,4	2,6	14,1
Trento	5,6	1,7	17,9
Veneto	5,0	0,8	21,9
Friuli Venezia Giulia	5,3	1,1	17,4
Liguria	5,2	1,3	19,6
Emilia-Romagna	5,9	1,3	24,6
Toscana	5,0	0,8	19,9
Umbria	6,1	1,0	19,6
Marche	5,2	0,7	17,4
Lazio	4,5	1,2	15,7
Abruzzo	4,1	0,4	11,0
Molise	3,7	0,3	5,4
Campania	2,3	0,2	4,2
Puglia	2,2	0,4	4,3
Basilicata	3,1	0,4	4,5
Calabria	3,4	0,3	6,9
Sicilia	2,1	0,4	4,7
Sardegna	3,0	0,4	3,6
<b>Italia</b>	<b>4,3</b>	<b>0,9</b>	<b>15,1</b>

**Nota:** i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal "Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 2** - Distribuzione di nati (valori percentuali) stranieri per macroarea di cittadinanza e per regione - Anno 2013

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	32,1	18,9	27,4	7,3	9,7	4,5	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	25,7	14,6	50,0	0,7	3,5	5,6	0,0
Lombardia	14,1	16,9	25,3	9,2	25,3	9,2	0,1
Bolzano-Bozen	18,5	34,2	18,0	2,1	23,6	3,2	0,3
Trento	21,3	36,6	21,2	4,7	14,1	2,2	0,0
Veneto	21,2	25,3	18,1	12,2	22,0	1,1	0,1
Friuli Venezia Giulia	23,5	33,8	12,5	12,6	15,7	1,3	0,7
Liguria	13,1	26,4	22,4	5,2	10,5	22,3	0,1
Emilia-Romagna	14,3	23,2	27,2	12,1	21,3	1,8	0,1
Toscana	17,7	30,9	14,7	6,0	26,3	4,1	0,3
Umbria	23,3	31,9	22,0	7,3	10,2	5,0	0,3
Marche	14,2	29,0	20,0	9,9	24,4	2,4	0,0
Lazio	43,4	12,6	8,1	4,5	25,8	5,5	0,1
Abruzzo	29,5	35,7	16,4	4,8	12,3	1,3	0,0
Molise	39,3	16,4	22,1	5,7	14,8	1,6	0,0
Campania	26,2	19,3	18,5	6,9	27,0	2,0	0,1
Puglia	31,4	27,1	16,1	7,3	17,4	0,8	0,1
Basilicata	39,5	17,8	22,2	3,2	17,3	0,0	0,0
Calabria	47,0	8,9	28,9	1,4	13,1	0,4	0,3
Sicilia	35,7	7,3	23,9	7,4	25,2	0,4	0,1
Sardegna	28,2	12,4	21,6	12,4	23,9	0,9	0,5
<b>Italia</b>	<b>22,6</b>	<b>21,2</b>	<b>21,1</b>	<b>8,5</b>	<b>21,5</b>	<b>5,0</b>	<b>0,1</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

**Tabella 3** - *Stranieri (valori percentuali) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori percentuali) stranieri e variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri (2010-2013) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2013*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2013)
Romania	21,3	15.920	20,5	11,1
Albania	10,6	9.218	11,9	0,0
Marocco	9,7	11.547	14,9	-10,3
Cina Repubblica Popolare	5,1	5.166	6,6	0,3
Ucraina	4,4	1.173	1,5	18,9
Moldova	3,2	1.790	2,3	17,0
Filippine	3,2	1.859	2,4	12,1
India	2,9	2.654	3,4	-7,1
Perù	2,3	1.382	1,8	8,0
Polonia	2,1	469	0,6	-30,9
Altra	35,3	26.527	34,1	-3,6
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>77.705</b>	<b>100,0</b>	<b>-0,5</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2012 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" all'ammontare dei nati vivi desunti dalla "Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in Anagrafe".

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - Demografia in cifre. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria.

In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed

esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

### Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2013. Statistiche. Report, 2014.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta uno degli ambiti assistenziali più studiati e di maggiore interesse per descrivere il profilo di salute e di assistenza sanitaria della popolazione immigrata, potendo contare su un elevato livello qualitativo dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

L'indicatore utilizzato è il tasso di ospedalizzazione, che consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri e la variabilità temporale e geografica.

Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo i cittadini stranieri provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e residenti in Italia, secondo il criterio della cittadinanza. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppa-

mento di diagnosi principale. I dati vengono presentati, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un *set* ristretto di classi omogenee.

La fonte dei dati sui ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute. L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore), invece, è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno *t* e al 1 gennaio dell'anno *t+1*, con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

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

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a Forte Pressione Migratoria residenti in Italia	x 1.000
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria residente in Italia	

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

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

Per quanto riguarda i denominatori, il trend dell'ammontare dei ricoveri risente chiaramente dell'incremento della popolazione immigrata residente. Infine, è necessario ricordare che i tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti). Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti non residenti e gli irregolari. I residenti, comunque, sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri provenienti dai PFPM, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri (al netto della diversa struttura per età delle due popolazioni) e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente rilevanti o critiche.

### Descrizione dei risultati

Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano quasi 559 mila nel 2009), pari al 5,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (circa il 5% nel 2009). I cittadini provenienti dai PFPM costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (93,1%) (Tabella 1).

Oltre due terzi dei ricoveri di cittadini dei PFPM sono in regime di Ricovero Ordinario (RO). Nel quinquennio 2009-2013 si sono mantenuti sostanzialmente stabili a fronte di una riduzione media annua dell'ospedalizzazione complessiva pari a -3%.

Anche per quanto riguarda il Day Hospital (DH), la

<sup>1</sup>Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (ad eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

diminuzione dei ricoveri di cittadini dei PFPM nello stesso quinquennio è stata più contenuta (-2% media annua) rispetto ai ricoveri totali (-7%).

Il progressivo trasferimento dei ricoveri dal RO al DH e da quest'ultimo verso il *setting* ambulatoriale, per effetto della riorganizzazione dei servizi sanitari in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, ha riguardato pertanto in misura minore i cittadini PFPM, almeno in parte per l'incremento di questo gruppo di popolazione nel periodo di osservazione. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età sono in diminuzione sia per gli stranieri che per gli italiani in entrambi i generi e per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 2). Inoltre, nel RO, i valori osservati per i cittadini dei PFPM sono sempre più bassi di quelli degli italiani residenti: lo scarto è più ampio per gli uomini (-27% nel 2013) e più contenuto per le donne (-12% nel 2013). Anche rispetto ai DH i tassi dei cittadini provenienti dai PFPM si mantengono molto più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti, per entrambi i generi, ma con divari più marcati tra gli uomini. La maggiore ospedalizzazione delle donne dei PFPM rispetto agli uomini dipende da motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e abortività volontaria).

I dati relativi ai cittadini provenienti dai PFPM riferiti al 2013 confermano, come in passato, un'elevata variabilità dei ricoveri nelle diverse regioni, legata anche alla diversa distribuzione di questi cittadini nel territorio italiano (Tabella 3). La percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai PFPM, rispetto al totale delle dimissioni, è più elevata del valore nazionale in tutte le regioni del Nord e del Centro e inferiore, invece, nel Meridione, sia per i RO che per i DH. Anche i tassi standardizzati per i RO risultano più elevati del dato nazionale nel Centro-Nord, ad eccezione del Veneto, Toscana, Marche,

Liguria e Friuli Venezia Giulia; per il DH i tassi più elevati si osservano nel Lazio, nella PA di Trento, in Valle d'Aosta e in Liguria.

L'analisi della diagnosi principale alla dimissione conferma che i tassi di ospedalizzazione dei cittadini provenienti dai PFPM sono inferiori a quelli degli italiani, con l'eccezione delle malattie infettive in RO in entrambi i generi ed in DH per le sole donne e, per le donne, delle complicazioni della gravidanza, parto e puerperio sia per il RO che per il DH (Tabella 4 e 5). I motivi del ricovero legati alla riproduzione spiegano quasi la metà dei ricoveri delle donne provenienti dai PFPM in RO e il tasso di ospedalizzazione standardizzato risulta circa 1,5 volte più elevato rispetto alle donne italiane (36,3 per 1.000 vs 24,5 per 1.000). In DH il divario tra le donne dei PFPM e le italiane è ancora più elevato, ma i tassi sono molto più bassi (10,2 per 1.000 vs 4,5 per 1.000). La maggior parte di questi ricoveri in DH sono dovuti a patologie correlate ad aborto.

Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne dei PFPM in RO i tassi sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare le malattie del cuore), per le malattie dell'apparato digerente e per i tumori; in DH i tassi sono più elevati per le malattie dell'apparato genito-urinario e per i fattori che influenzano lo stato di salute.

Tra gli uomini dei PFPM il quadro nosologico rimane sostanzialmente immutato rispetto al passato, con i traumi che continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente e dalle malattie del sistema respiratorio (in particolare le infezioni respiratorie). In DH, a parte i fattori che influenzano lo stato di salute, troviamo le malattie dell'apparato digerente (12,4%) e le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (8,9%).

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e valori percentuali) per regime di ricovero e per provenienza - Anni 2009-2013

Provenienza	Ricoveri Ordinari					Day Hospital				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
Stranieri da PSA di cui residenti	33.497	32.884	32.765	31.201	30.523	8.710	8.112	7.890	7.368	7.218
In Italia (%)	59,4	59,3	58,9	59,6	59,8	87,6	88,0	87,5	86,7	86,8
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PFPM di cui residenti	385.541	385.492	395.528	393.557	385.210	130.973	130.631	130.610	125.184	120.087
in Italia (%)	87,3	88,3	88,0	88,5	88,9	87,9	89,6	89,8	90,0	91,1
% sul totale	4,8	5,0	5,3	5,4	5,5	4,0	4,2	4,5	4,8	5,0
<b>Totale ricoveri</b>	<b>7.995.951</b>	<b>7.784.364</b>	<b>7.459.466</b>	<b>7.261.942</b>	<b>7.063.470</b>	<b>3.257.001</b>	<b>3.093.053</b>	<b>2.888.162</b>	<b>2.590.232</b>	<b>2.387.533</b>
di cui residenti										
in Italia (%)	99,2	99,2	99,1	99,1	99,1	99,5	99,5	99,5	99,4	99,5
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

279

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani per regime di ricovero e genere - Anni 2009, 2011-2013\*

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Maschi Tassi std PFPM	Femmine Tassi std italiani
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2
2011	132.909	79,9	120,4	262.619	101,1	124,3	38.952	22,5	47,8	91.658	32,2	49,8
2012	131.320	82,8	115,8	262.237	104,1	119,9	37.152	21,0	42,4	88.032	31,9	44,6
2013	129.228	80,7	110,9	255.982	101,1	114,7	35.172	19,7	38,5	84.915	30,8	40,7

\*Dati non disponibili per l'anno 2010 per mancanza di dati per i denominatori dei tassi standardizzati.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri provenienti dai PFPM per regime di ricovero e per regione - Anno 2013

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std	Dimessi	%	Tassi std
Piemonte	33.416	6,6	89,0	10.360	7,0	27,1
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	963	5,8	104,7	362	5,2	39,1
Lombardia	88.932	7,1	90,2	18.346	8,7	14,8
Bolzano-Bozen	4.235	5,9	117,4	1.315	6,7	31,9
Trento	4.209	7,1	96,5	1.932	7,5	40,7
Veneto	37.826	7,5	81,8	10.902	7,1	21,9
Friuli Venezia Giulia	8.652	5,9	85,1	3.352	6,9	27,4
Liguria	11.474	6,1	88,4	5.182	5,5	36,1
Emilia-Romagna	48.588	7,9	96,8	15.375	8,6	28,5
Toscana	28.363	6,5	78,0	10.555	7,7	25,7
Umbria	9.488	7,9	102,9	2.337	8,6	24,1
Marche	10.858	6,0	81,0	2.758	5,1	21,1
Lazio	48.167	7,1	116,6	21.423	6,5	44,9
Abruzzo	6.172	4,0	88,6	2.107	3,7	28,8
Molise*	320	0,7	41,3	197	1,0	27,2
Campania	13.223	2,1	67,8	5.232	1,4	25,9
Puglia*	11.432	2,2	79,1	2.279	1,7	15,4
Basilicata*	119	0,2	12,3	22	0,1	4,5
Calabria	5.705	3,3	67,5	1.768	2,5	22,0
Sicilia	10.285	2,0	68,3	3.538	1,7	21,5
Sardegna	2.783	1,5	78,6	745	1,0	21,2
<b>Italia</b>	<b>385.210</b>	<b>5,5</b>	<b>88,9</b>	<b>120.087</b>	<b>5,0</b>	<b>25,1</b>

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

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 4** - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	2,7	2,2	1,9	1,9	1,7
II - Tumori	4,9	7,2	11,5	5,8	7,4	10,2
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	2,2	1,7	2,2	1,5	2,0	3,1
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	1,1	0,7	1,0	0,8	0,8	1,0
IV.1 - Anemie	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	3,8	1,7	3,2	2,0	1,8	2,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,6	3,5	4,7	2,2	2,7	4,0
VI.4 - Epilessia	1,3	0,6	0,7	0,5	0,4	0,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,1	1,1	1,4	0,5	0,8	1,1
VI.8 - Malattie dell'orecchio	1,0	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
VII - Malattie sistema circolatorio	10,1	16,3	23,1	3,6	8,6	13,8
VII.2 - Malattie del cuore	6,7	10,8	15,4	2,1	5,3	8,5
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	11,5	8,7	11,4	4,2	5,3	7,6
VIII.1 - Infezioni respiratorie	6,7	4,1	4,5	2,6	2,7	3,4
VIII.2 - BPCO	0,4	0,8	1,1	0,2	0,4	0,6
VIII.3 - Asma	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	11,9	9,4	12,1	6,6	8,3	9,1
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incluso appendicite)	4,2	2,5	3,1	1,8	1,9	2,7
X - Malattie apparato genito-urinario	5,0	5,3	7,1	6,0	6,1	7,1
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	48,5	36,3	24,5
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,3	0,8	1,1	0,4	0,5	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5,1	4,3	7,2	3,0	4,9	7,7
XIV - Malformazioni congenite	2,2	0,8	1,3	0,9	0,7	1,1
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	4,0	1,2	1,2	1,6	1,0	1,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5,1	3,8	5,1	2,8	3,2	4,3
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	14,3	7,6	10,4	3,6	4,7	8,7
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	7,7	4,8	6,0	4,5	4,8	6,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>80,7</b>	<b>110,9</b>	<b>100,0</b>	<b>101,1</b>	<b>114,7</b>

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

**Tabella 5** - Dimissioni ospedaliere (valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) degli stranieri provenienti dai PFPM e degli italiani in regime di Day Hospital per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2013

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi			Femmine		
	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	5,1	0,6	0,7	2,2	0,6	0,5
II - Tumori	7,0	2,3	4,6	6,3	2,4	4,3
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	4,0	0,6	1,5	2,1	0,8	1,8
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	2,1	0,4	0,6	1,1	0,4	0,6
IV.1 - Anemie	1,5	0,3	0,4	0,9	0,3	0,5
V - Disturbi psichici	2,7	0,3	1,0	0,9	0,3	0,8
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	8,9	2,2	4,1	3,9	1,9	3,9
VI.7 - Malattie dell'occhio	3,8	1,4	2,5	1,6	1,1	2,1
VII - Malattie sistema circolatorio	5,5	1,4	3,0	3,5	1,4	2,0
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	3,4	0,6	1,2	2,7	1,0	1,0
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	5,4	0,7	1,7	1,9	0,6	1,2
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2,6	0,3	0,6	0,9	0,3	0,5
IX - Malattie apparato digerente	12,4	2,4	4,7	3,7	1,3	2,6
IX.5 - Ernia addominale	5,2	1,3	2,3	0,8	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	8,5	1,6	3,4	13,1	3,9	6,5
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	42,9	10,2	4,5
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	36,4	8,6	3,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	3,1	0,4	1,3	1,0	0,4	0,8
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,7	1,2	2,9	4,1	1,7	3,4
XIV - Malformazioni congenite	5,1	0,5	1,0	1,4	0,4	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,4	0,4	1,0	1,0	0,3	0,8
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	6,8	0,9	1,5	1,6	0,6	1,0
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	13,9	3,6	5,5	9,1	3,7	5,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>19,7</b>	<b>38,5</b>	<b>100,0</b>	<b>30,8</b>	<b>40,7</b>

n.a. = non applicabile.

- = non disponibile.

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione italiana residente al Censimento del 2011.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani e per motivi legati, essenzialmente, alla fisiologia della riproduzione e/o a cause accidentali come i traumi.

Tale divario potrebbe essere la risultante di un *mix* di fattori, costituito da un lato dal migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e dall'altro dall'effetto di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso. La valutazione del peso specifico delle due componenti deve essere oggetto di approfondimenti analitici.

In generale, persistono situazioni di grave criticità, come ad esempio l'elevato ricorso alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, seppure con una tendenza alla diminuzione, verso cui sarebbe fondamentale orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.

Un'altra criticità è rappresentata dalla compilazione della cittadinanza nelle SDO in alcune regioni.

Va, infine, segnalato che, allo stato attuale, risulta difficile quantificare i ricoveri degli stranieri irregolari a causa della insufficiente e scarsa qualità di compilazione dei campi necessari alla loro individuazione. Dati su questo sottogruppo di popolazione sarebbero estremamente importanti per finalità di salute pubblica.

## Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

**Significato.** Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può sicuramente essere utile per elaborare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è sempre andato aumentando nel corso degli anni, anche se con una lieve flessione nell'ultimo periodo. La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popola-

zione a tutto il fenomeno dell'IVG in Italia, mentre il tasso di abortività permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, età etc.).

La disponibilità delle stime della popolazione residente con cittadinanza straniera permette di calcolare i tassi che esprimono la reale propensione all'aborto.

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

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria	
Denominatore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza	x 100

### Tasso di abortività volontaria di donne straniere\*

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

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

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

I tassi di abortività sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013, in quanto la popolazione residente per genere, età e cittadinanza non è disponibile nelle statistiche correnti dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Sono state effettuate delle stime al 1 gennaio degli anni 2003-2010 e 2013-2014, da cui si ricavano le popolazioni medie degli anni 2003-2009 e 2013. Per il 2011 è stata considerata la popolazione rilevata al Censimento 2011.

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

Per il tasso di abortività, invece, si può considerare

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

### Descrizione dei risultati

Nel 2013, l'Istat ha rilevato 100.342 IVG a livello nazionale, con una sottonotifica dei dati in alcune regioni (Indicatore "Abortività volontaria" Capitolo "Salute materno-infantile"). Il 33,5% delle IVG ha riguardato donne con cittadinanza straniera: si conferma la diminuzione (seppur lieve) iniziata nel 2012 di questa quota di IVG (Grafico 1).

L'aumento percentuale osservato fino al 2009 è, in gran parte, giustificato dall'aumento della popolazione straniera in Italia. La maggioranza di queste donne proviene da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). A livello territoriale (Tabella 1) la percentuale di IVG da donne provenienti dai PFPM è più elevata nelle regioni del Nord e del Centro, dove risiede una più consistente fetta della popolazione straniera in Italia: in particolare, nel 2013, valori superiori al 40% si osservano in Veneto (43,8%), Emilia-Romagna (43,1%) e Umbria (44,5%).

Come già anticipato, grazie alla disponibilità di stime ufficiali fino al 2014 e dei dati del Censimento 2011 relativi alla popolazione straniera residente in Italia, è



stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinte per età e per area geografica di cittadinanza.

In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti: donne provenienti dai PFPM, donne provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana. Il confronto tra questi gruppi disomogenei impone il ricorso al tasso standardizzato per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età dei gruppi (Grafico 2).

In generale, si osserva nel corso del tempo una diminuzione dei tassi di IVG per tutti i gruppi di donne: per le donne provenienti dai PFPM, che presentano comunque da sempre i livelli più alti, la riduzione risulta più evidente e pari al 53% rispetto al 2003. Un elemento positivo è l'ulteriore diminuzione riferita alle cittadine italiane, che passano da 7,6 IVG (per 1.000) nel 2003 a 6,2 (per 1.000) nel 2013 (-18,0%). Infine, per quanto riguarda le donne provenienti dai PSA, si conferma un andamento irregolare nel tempo dovuto alla esigua numerosità dei casi (nel 2013 sono pari a 472). Si noti come, nel tempo, diminuiscono le distanze dell'indicatore tra le donne italiane e le donne straniere dei PFPM; poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

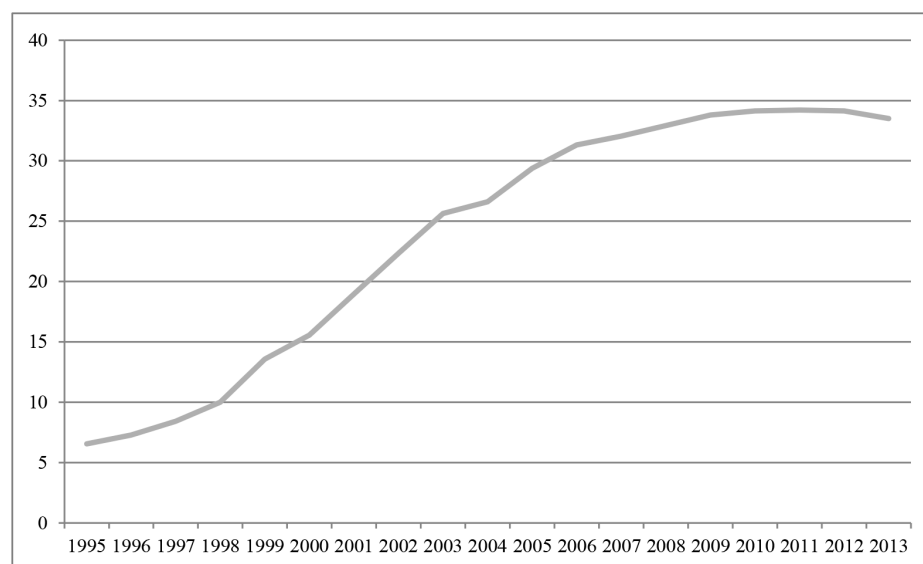
Osservando il fenomeno per età risulta evidente che la classe di età alla quale corrispondono i valori più elevati dei tassi è la classe 20-24 anni, indifferentemente dalla cittadinanza (Grafico 3). In corrispondenza di

questa fascia di età, i valori dell'indicatore sono pari a 32,7 (per 1.000) per le donne dai PFPM, 27,7 (per 1.000) per le donne dei PSA e 8,7 (per 1.000) per le donne italiane (per quest'ultime il valore resta sostanzialmente invariato nelle due classi di età successive). Per le cittadinanze cui corrisponde un elevato numero di IVG è stato effettuato un approfondimento (calcolando il tasso standardizzato è stato possibile fare un confronto al netto delle eventuali differenze nella struttura per età) (Tabella 2).

Nel 2013, le cittadinanze che hanno fatto registrare un numero di IVG superiore ai 2.000 casi sono, nell'ordine: Romania, Repubblica Popolare Cinese, Albania e Marocco (che sono anche i Paesi da cui proviene la maggior parte delle donne straniere residenti in Italia). In tutti i casi la quota di IVG è aumentata nel 2013 rispetto al 2011, con la sola eccezione della Romania, che comunque presenta la percentuale più elevata (28,7%) tra le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera. È ben noto che il valore percentuale risente della presenza straniera sul territorio, per cui si utilizza il tasso di abortività come indicatore più idoneo per valutare la propensione all'aborto.

La diminuzione dei livelli di abortività viene confermata anche in queste quattro sotto-popolazioni di donne straniere. Rispetto al 2003, le donne rumene hanno visto ridursi del 71% il tasso di abortività, ma è anche vero che sono partite da livelli esageratamente elevati; a seguire le albanesi mostrano una riduzione del 41%, le marocchine del 32% e le cinesi del 25%. Pur essendo comparse di recente nel fenomeno dell'abortività volontaria, queste ultime stanno comunque adeguandosi ai comportamenti più 'virtuosi' delle donne straniere in generale.

**Grafico 1** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere in Italia - Anni 1995-2013



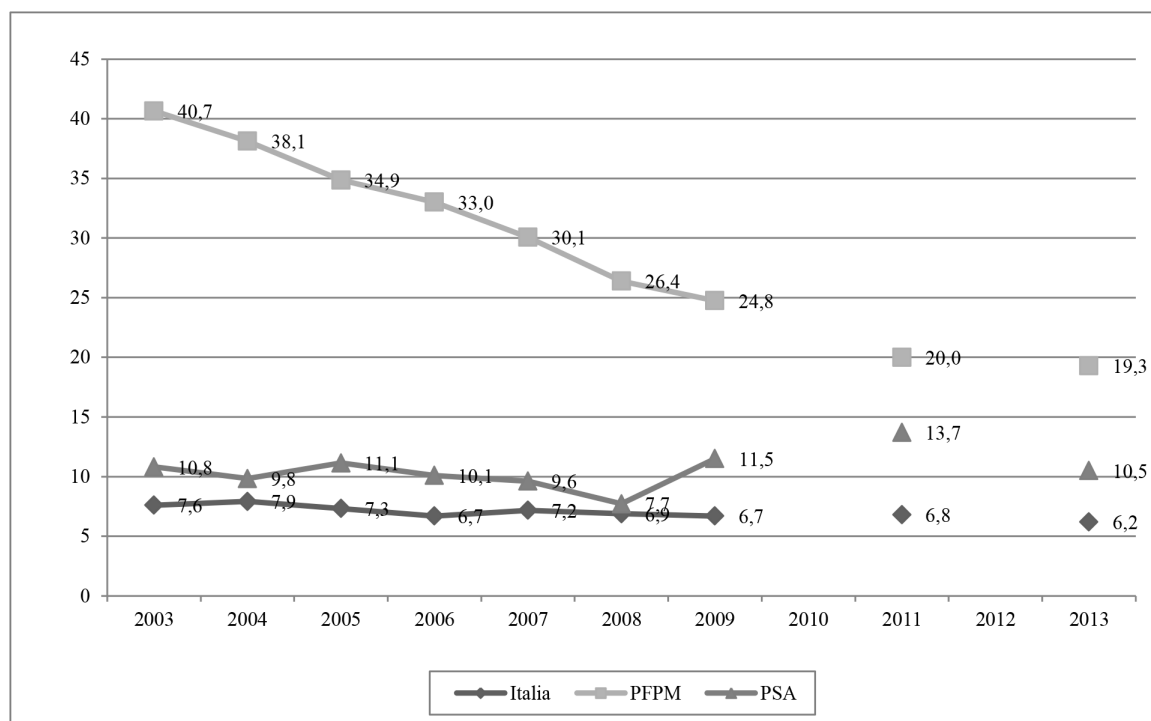
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 1995-2013.

**Tabella 1** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori percentuali) di donne straniere provenienti dai PFPM per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

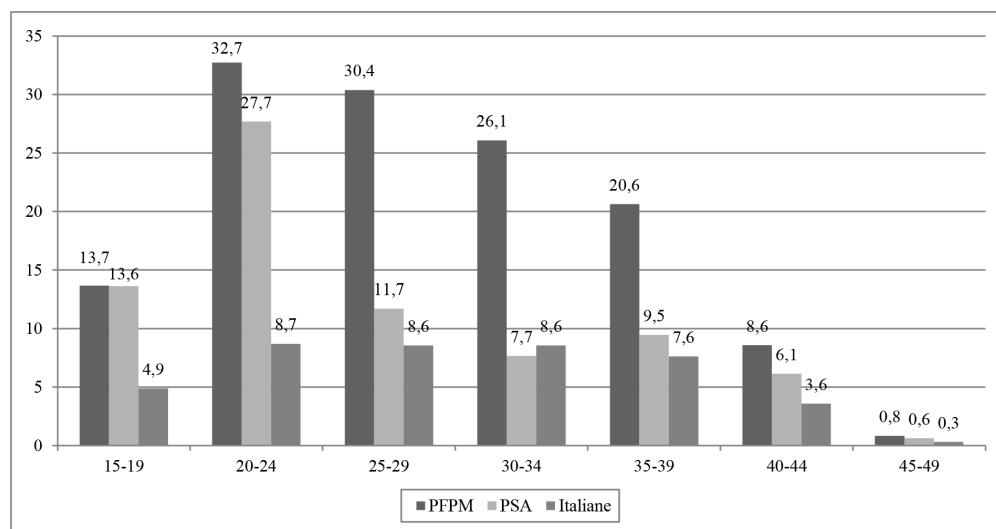
Regioni	2003	2009	2011	2013
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5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

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

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003-2009, 2011 e 2013.

**Grafico 3** - Tasso (specifico per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anno 2013

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2013.

**Tabella 2** - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di donne residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009, 2011, 2013

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2009	11.049	28,5	26,5
	2011	10.844	28,9	27,3
	2013	9.642	28,7	20,8
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2009	2.555	6,6	20,8
	2011	2.598	6,9	17,6
	2013	2.386	7,1	15,1
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2009	2.372	6,1	20,1
	2011	2.312	6,2	17,9
	2013	2.191	6,5	16,3
Cina	2003	1.309	4,1	40,7
	2009	2.308	5,9	30,6
	2011	2.552	6,8	34,9
	2013	2.610	7,8	30,7

Nota: la percentuale di IVG è calcolata sul totale delle IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anni 2003, 2009, 2011 e 2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

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

Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie sia l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno. Nonostante ciò, però, i tassi di abortività volontaria tra le donne con cittadinanza straniera restano ancora elevati (circa il triplo rispetto alle donne italiane). Per questo motivo non bisogna distogliere l'attenzione dal fenomeno, ma con-

tinuare ad analizzare i suoi mutamenti nel tempo con riferimento alle diverse nazionalità, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2015), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2013. Dati provvisori 2014. Roma: Ministero della Salute, 2015. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2428\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2428_allegato.pdf).
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2013. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.

## Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Le epatiti virali sono le malattie del fegato più diffuse e costituiscono un rilevante problema di Sanità Pubblica. Si tratta di processi infiammatori del fegato causati da agenti etiologici diversi, fra i quali i più comuni sono i cosiddetti virus epatitici maggiori, ovvero i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta (HDV) ed E (HEV). Più raramente, invece, l'epatite può essere causata da altri virus, definiti virus epatitici minori, che insieme alla malattia di base possono, a volte, causare un quadro di epatite di varia gravità: citomegalovirus, virus di Epstein-Barr, virus Coxsackie ed herpesvirus.

Le epatiti virali presentano quadri clinici simili, ma differiscono nelle caratteristiche epidemiologiche, immunologiche e patologiche. La trasmissione del virus A ed E avviene da persona a persona per via oro-fecale, mentre i virus B, C e Delta si trasmettono per via parenterale (sessuale, perinatale, endovenosa, intradermica o intramuscolo). Il quadro clinico inizia bruscamente ed è spesso asintomatico; se il decorso è senza complicazioni i sintomi generali si attenuano gradatamente con completa guarigione. Le epatiti B, C e Delta tendono a cronicizzare. L'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta, così, essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo.

Tuttavia, i diversi virus presentano una diffusione geografica diversa: la loro frequenza varia da Paese a Paese ed è principalmente correlata alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.

In Italia, negli ultimi 30 anni, la circolazione dei virus epatitici è progressivamente diminuita, anche se periodiche epidemie di epatite A si sono verificate soprattutto in specifiche aree geografiche. Nel 2014, il tasso di incidenza è risultato di 0,9 (per 100.000). Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto, con un'incidenza, nel 2014, pari a 0,8 (per 100.000) e 0,2 (per 100.000), rispettivamente (1). Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata, nel 2014, inferiore a 1,0 (per 1.000.000) (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta - SEIEVA - dato non pubblicato). Alla luce di questi dati, l'aumento della popolazione immigrata in Italia, e, in particolare, la continua migrazione di individui da Paesi ad alta e intermedia endemia di epatite rendono

le attività di sorveglianza epidemiologica ancor più necessarie e interessanti allo scopo di studiarne la diffusione in Italia anche tra la popolazione straniera, identificare possibili aree di intervento e favorire interventi di prevenzione e assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica. All'ultima rilevazione censuaria risultavano residenti in Italia oltre 5 milioni di stranieri, pari all'8,2% della popolazione totale (2), cui si aggiunge una quota di irregolari stimata intorno al 6% (3); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (2).

In Italia, le epatiti sono comprese tra le malattie per cui è prevista la notifica obbligatoria (Classe II, malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e passibili di interventi di controllo). Tuttavia, al fine di approfondire gli aspetti epidemiologici associati alla malattia, dal 1985 è attivo in Italia il SEIEVA (4) che raccoglie le segnalazioni da una rete di Aziende Sanitarie Locali (ASL), distribuite su tutto il territorio nazionale, partecipanti su base volontaria. A partire dal 2004 il SEIEVA raccoglie, routinariamente, anche informazioni sulla cittadinanza del caso.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di epatite virale acuta calcolato separatamente per le principali tipologie di infezione virale (A, B, C, non classificata).

Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi segnalati nelle 10 regioni interamente sotto sorveglianza SEIEVA (copertura del 100%): Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ , con una eccezione per il 2012 per cui la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e al 1 gennaio 2013.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)<sup>1</sup> e dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2009).

<sup>1</sup>Si considerano a Forte Pressione Migratoria i Paesi dell'Europa centro-orientale (inclusi quelli appartenenti all'Unione Europea) e Malta, i Paesi dell'Africa, dell'Asia (esclusi Corea del Sud, Israele e Giappone), dell'America centro-meridionale e dell'Oceania (a eccezione di Australia e Nuova Zelanda).

**Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri\***

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

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

**Validità e limiti.** La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che il sistema di sorveglianza SEIEVA fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da 30 anni, senza modifiche sostanziali: pertanto, fornisce una valutazione non distorta dei trend temporali nel corso degli anni.

Inoltre, nonostante la natura volontaria del SEIEVA, aderisce alla sorveglianza un'alta percentuale di ASL (circa l'80%), corrispondente al 76% della popolazione. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio che permette di ottenere stime consistenti (1). Fra i punti di maggiore criticità emerge la difficoltà di quantificare, precisamente, la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

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

**Descrizione dei risultati**

Nel periodo 2004-2013 sono stati notificati al SEIEVA 10.591 casi di epatite virale acuta: il 15,0% (1.589 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta diminuita nel 2013 (13,6%) (Tabella 1).

L'analisi, condotta in base alle diverse eziologie virali, evidenzia che la maggior parte dei casi di epatite virale acuta è attribuibile ai virus A e B, sia nella popolazione italiana che in quella straniera. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la percentuale più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC e di origine sconosciuta (24,4%), mentre per le epatiti A e B le percentuali di

cittadini stranieri sono, rispettivamente, il 13,6% ed il 16,4%.

La Tabella 2 riporta la distribuzione dei casi osservati in cittadini stranieri per tipo di epatite e per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica di provenienza, genere ed età. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (97,0%), mentre solo 47 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai PSA, tra cui 32 casi di epatite A acuta. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (40,5%) e dell'Africa (30,4%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C provenivano dall'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (5). La principale area di provenienza dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota, circa il 50% proveniva dall'Asia.

Le distribuzioni per genere ed età risultano quelle attese in base alle caratteristiche epidemiologiche dell'epatite virale acuta e alle caratteristiche demografiche degli stranieri presenti in Italia; ne consegue una prevalenza di casi di genere maschile (meno accentuata, però, rispetto ai casi di nazionalità italiana) e un'età tendenzialmente più giovane di quella registrata tra i casi italiani.

Un'interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA dal 2009. Dei 332 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'84% erano presenti nel nostro Paese da più di 1 anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati riscontrati tra i cittadini italiani e quelli provenienti dai PFPM. Sono, invece, esclusi da questo confronto i casi riferiti a soggetti provenienti dai PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità numerica.

**Epatite A**

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 4.880 casi di epatite A acuta, di cui 665

(13,6%) in soggetti stranieri (Tabella 1). Quasi la metà di questi casi era in soggetti di origine africana (Tabella 2), in particolare 266 casi erano di origine marocchina (dati non presenti in tabella). Trentadue casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai PSA e costituiscono circa il 68% dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo.

Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza 2004-2013 tra cittadini italiani e stranieri provenienti dai PFP. Durante tutto il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri sono stati più alti di quelli registrati tra gli italiani, anche se la differenza osservata non è molto ampia (se si esclude il 2006) ed è progressivamente diminuita.

Nel corso del 2013 si è verificata, in Italia, una epidemia di epatite A legata al consumo di frutti di bosco (6) per cui, mentre i tassi di incidenza negli stranieri (PFP) sono rimasti costanti (2,1 per 100.000 rispetto a 2,0 per 100.000 nel 2012), negli italiani i valori hanno mostrato una inversione del trend (2,5 per 100.000 rispetto allo 0,6 per 100.000 nel 2012).

#### *Epatite B*

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 3.915 casi, di questi il 16,4% (643 casi) in cittadini stranieri (Tabella 1). Il 55,7% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare 173 casi erano rumeni e 57 albanesi (dati non presenti in tabella). Trentanove dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina (dati non presenti in tabella).

Il Grafico 2 mostra differenze rilevanti nei tassi di incidenza, almeno fino al 2008, con valori fino a quattro volte più elevati negli stranieri provenienti dai PFP rispetto agli italiani. Dal 2009 in poi, questa differenza è progressivamente diminuita tanto che, nel 2011, i tassi standardizzati di incidenza sono stati 1,0 (per 100.000) tra gli italiani e 1,4 (per 100.000) tra gli stranieri. Negli ultimi 2 anni di osservazione (2012-2013) la differenza è di nuovo lievemente aumentata, ma i dati sono ancora insufficienti per consentire di formulare ipotesi sulle possibili cause.

Il maggiore calo di incidenza tra gli italiani si è verificato prima del 2004 (1) ed è prevalentemente legato alla strategia vaccinale contro l'epatite B. L'Italia, infatti, in anticipo rispetto a molti Paesi, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991, secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. In tal modo, nell'arco dei primi 12 anni dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria, sono state coperte 24 coorti di nascita. Attualmente, tutta la popolazione di età <34 anni è stata immunizzata. Inoltre, la strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto un'importante immunità di gregge (*herd immunity*) per cui anche gli individui non venuti in contatto con il patogeno vengono protetti interrompendo la catena di infezione.

Al contrario, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione e la strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere condizionato l'andamento della malattia fra gli immigrati. Tuttavia, un certo numero di stranieri che si trova in Italia dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Si tratta di ipotesi da considerare con cautela. Un altro evento che può avere favorito il trend in diminuzione dell'incidenza di epatite B tra gli stranieri è costituito dal fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea. Questo ha fatto sì che un gran numero di migranti provenienti da questi Paesi sia entrato in Italia negli anni successivi. Probabilmente, questo flusso ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti (in Romania la vaccinazione dei nuovi nati è stata introdotta nel 1995).

Al di là dei reali motivi del calo di incidenza tra gli stranieri, analizzando il Grafico 2 si può concludere che le strategie preventive messe in atto hanno prodotto risultati positivi, anche se i dati degli ultimi 2 anni impongono cautela.

#### *Epatite C*

Nel periodo 2004-2013, sono stati notificati al SEIEVA 911 casi di epatite C acuta, di cui 65 (7,1%) relativi a stranieri. Il 58,5% dei casi in stranieri proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2), mentre il 24,6% (16 casi) proveniva dall'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (12 casi) ed il Marocco (11 casi) (dati non presenti in tabella).

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

Una analisi più approfondita è fornita dal Grafico 3 che presenta il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati di epatite acuta C. Dal 2004 al 2007, le due curve sono quasi sovrapposte (con i tassi standardizzati tra gli stranieri leggermente più alti di quelli tra gli Italiani). Negli anni successivi, invece, si osserva un andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri. Nel 2013, il tasso tra gli stranieri è risultato inferiore a quello osservato tra gli italiani, ma va comunque sottolineato che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è molto basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili.

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

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

289

*Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta*

Dal 2004 al 2013, sono state notificate 216 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, in cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili al virus dell'epatite E risultano un numero rilevante (pari al 24,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti di provenienza dal Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia di tale virus al mondo (Tabella 3). Considerato che pochi centri clini-

ci italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per il virus dell'epatite E, è verosimile una sottostima dell'andamento e che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute, possano essere casi di epatite E acuta. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati avvalorata questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 21 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India o Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati, inoltre, segnalati 10 casi di epatite acuta di tipo Delta, 9 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Moldavia, Romania e Albania).

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite - Anni 2004-2013

Anni	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
2004	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	7/111 (6,3)	25/120 (20,8)	147/1.352 (10,9)
2005	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)	120/933 (12,9)
2006	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)	195/1.089 (17,9)
2007	55/347 (15,9)	85/485 (17,5)	6/101 (5,9)	22/97 (22,7)	168/1.030 (16,3)
2008	71/742 (9,6)	68/451 (15,1)	6/74 (8,1)	22/102 (21,6)	167/1.369 (12,2)
2009	83/751 (11,0)	52/389 (13,4)	8/83 (9,6)	20/76 (26,3)	163/1.299 (12,6)
2010	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/75 (6,7)	18/54 (33,3)	148/826 (17,9)
2011	58/244 (23,8)	61/333 (18,3)	10/88 (11,4)	24/78 (30,8)	153/743 (20,6)
2012	70/249 (28,1)	62/303 (20,5)	9/84 (10,7)	17/68 (25,0)	158/704 (22,4)
2013	90/776 (11,6)	65/314 (20,7)	3/93 (3,2)	12/63 (19,1)	170/1.246 (13,6)
<b>Totale</b>	<b>665/4.880 (13,6)</b>	<b>643/3.915 (16,4)</b>	<b>65/911 (7,1)</b>	<b>216/885 (24,4)</b>	<b>1.589/10.591 (15,0)</b>

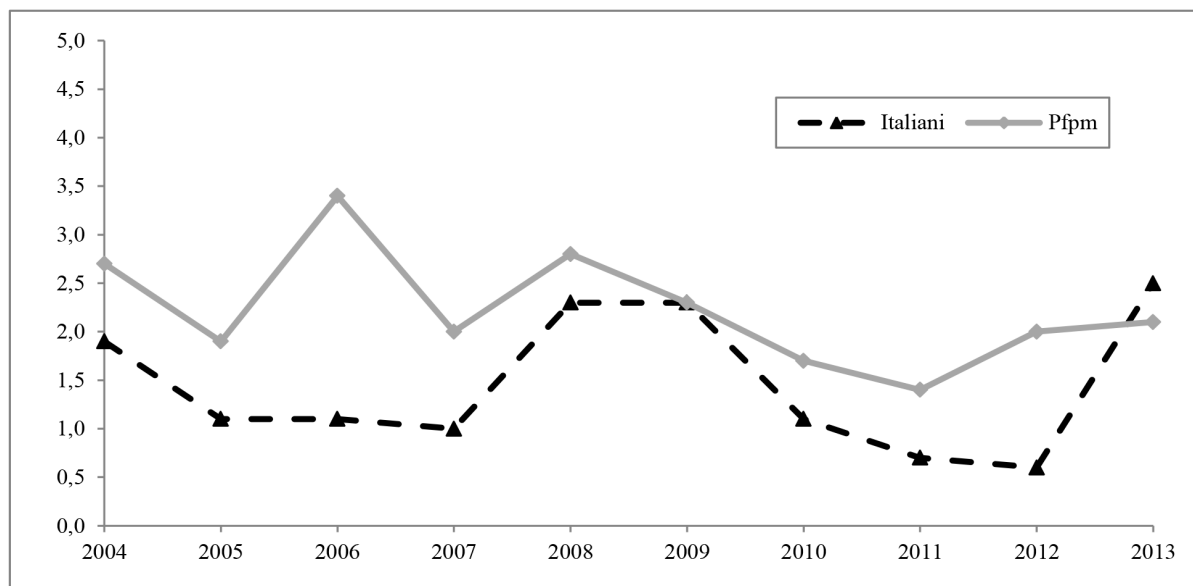
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Tabella 2** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta nella popolazione straniera per tipo di epatite e per area di provenienza, genere e classe di età - Anni 2004-2013

Aree di provenienza, genere e classi di età	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite NonA-NonC	Totale casi
<b>Livello di sviluppo</b>					
PFPMP	633 (95,2)	631 (98,1)	64 (98,5)	214 (99,1)	1.542 (97,0)
PSA	32 (4,8)	12 (1,9)	1 (1,5)	2 (0,9)	47 (3,0)
<b>Area geografica</b>					
Africa	321 (48,3)	124 (19,3)	16 (24,6)	22 (10,2)	483 (30,4)
America centro-meridionale	59 (8,9)	59 (9,2)	4 (6,2)	11 (5,1)	133 (8,4)
Asia	83 (12,5)	91 (14,2)	6 (9,2)	107 (49,5)	287 (18,1)
Europa dell'Est	174 (26,2)	358 (55,7)	38 (58,5)	74 (34,3)	644 (40,5)
Europa occidentale	25 (3,8)	10 (1,6)	1 (1,5)	1 (0,5)	37 (2,3)
Nord America	2 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	3 (0,2)
Oceania	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,1)
<b>Genere</b>					
Maschi	361 (54,3)	412 (64,1)	39 (60,0)	158 (73,1)	970 (61,0)
Femmine	304 (45,7)	231 (35,9)	26 (40,0)	58 (26,9)	619 (39,0)
<b>Classi di età</b>					
0-14	417 (62,7)	10 (1,6)	4 (6,2)	15 (6,9)	446 (28,1)
15-24	106 (15,9)	157 (24,4)	12 (18,4)	45 (20,8)	320 (20,1)
25-34	63 (9,5)	270 (42,0)	24 (36,9)	89 (41,2)	446 (28,1)
35-54	75 (11,3)	194 (30,2)	22 (33,9)	61 (28,2)	352 (22,2)
55+	4 (0,6)	12 (1,9)	3 (4,6)	6 (2,8)	25 (1,6)
<b>Totale</b>	<b>665 (100,0)</b>	<b>643 (100,0)</b>	<b>65 (100,0)</b>	<b>216 (100,0)</b>	<b>1.589 (100,0)</b>

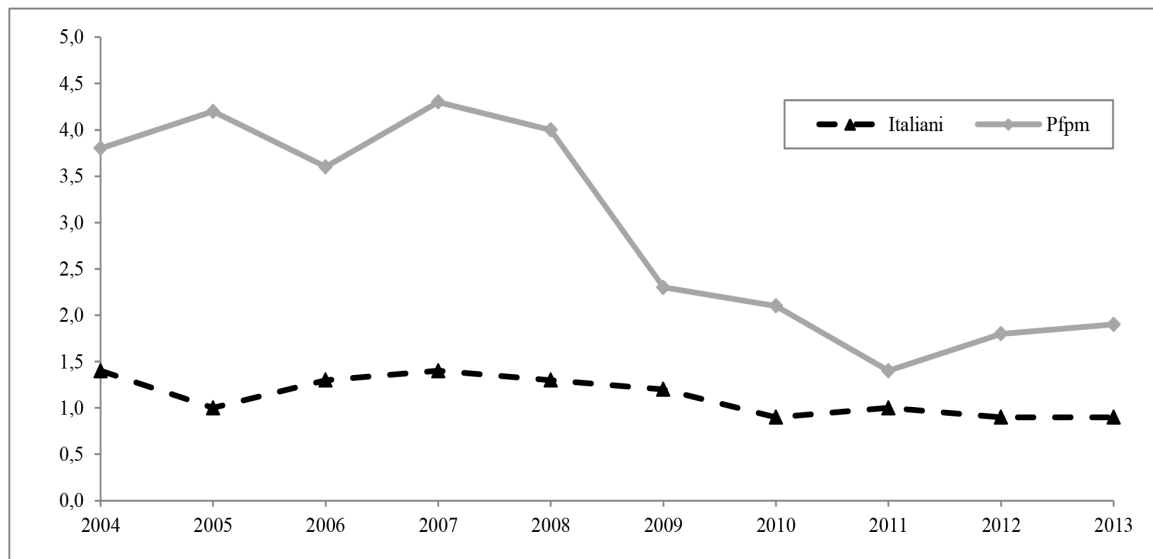
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



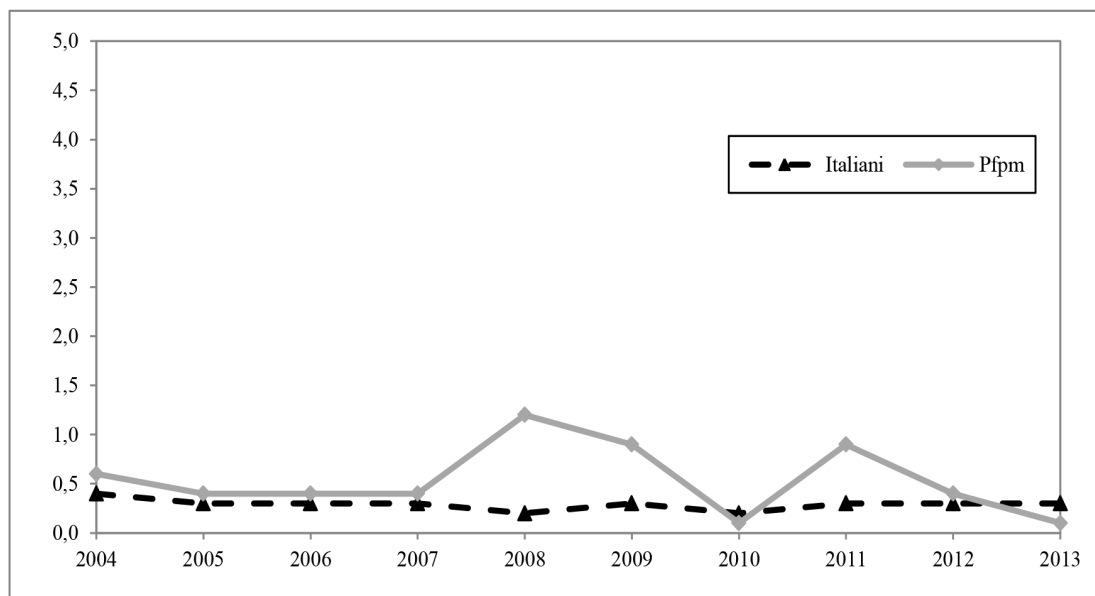
Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B nella popolazione straniera proveniente dai PFPM e negli italiani - Anni 2004-2013



Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.



**Grafico 3** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C nella popolazione straniera proveniente dai PFPm e negli italiani - Anni 2004-2013

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

**Tabella 3** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per area di provenienza (valori assoluti) e per agente eziologico - Anni 2004-2013

Agente eziologico	Casi	Area di provenienza (N)
Delta	10 (4,6)	Europa dell'Est (9), Africa (1)
E	53 (24,5)	Asia (47 - Bangladesh, India e Pakistan; 1 - Cina), Africa (1), Europa dell'Est e America centro-meridionale (2)
NonA-NonC*	52 (24,1)	Asia (24), Europa dell'Est (19), Africa (5) e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	8 (3,7)	Africa e Asia (4)
Sconosciuta	93 (43,1)	Europa dell'Est (44), Asia (31), Africa (11), America centro-meridionale (5), Europa occidentale e America settentrionale (1)
<b>Totale</b>	<b>216 (100,0)</b>	

\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta e HCV e non testati per rilevare la presenza di anticorpi anti-HEV e anti-Delta.

\*\*Casi negativi ai test per HAV, HBV, Delta, HCV e HEV.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anni 2004-2013.

### Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata positivamente negli ultimi anni, con un trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite, seppure con modalità diverse: infatti, per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, mentre per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici verificatisi negli ultimi decenni. Nel nostro Paese, la malattia acuta del fegato rimane un importante problema per la Sanità Pubblica così come la questione se i crescenti flussi migratori, di soggetti provenienti da aree a endemia medio-alta per virus epatitici, soprattutto per le epatiti B e C, possano modificare l'attuale quadro epidemiologico.

In base ai dati disponibili, attualmente circa l'8% della popolazione residente italiana è rappresentata da

cittadini stranieri (2). Tuttavia, i dati a disposizione non ci permettono di definire con precisione il numero di immigrati presenti in Italia ed è possibile affermare che tali dati rappresentino una sottostima del fenomeno migratorio, poichè non tengono conto dalla quota di immigrazione non rilevata ufficialmente e/o non residente. Questa possibile sottostima della popolazione immigrata presente nel nostro Paese si traduce in una possibile sovrastima dei tassi di incidenza e, quindi, le differenze osservate tra italiani e stranieri potrebbero essere, nella realtà, un po' inferiori.

La presente analisi ha evidenziato come un eccesso di rischio tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai PFPm) sia presente soprattutto per l'epatite B, mentre non sembrano esserci differenze significative tra italiani e stranieri residenti per quanto riguarda le epatiti A e C.

Tuttavia, trarre conclusioni sulla relazione fra epatiti virali e popolazione migrante in Italia è complesso, in quanto i *pattern* e i trend variano da malattia a malattia e dipendono anche da fattori e dinamiche di tipo sociale. A fronte di questa situazione e a partire dai dati epidemiologici a nostra disposizione, si ritiene necessario rafforzare il sistema di sorveglianza, in particolare la raccolta di dati su cittadinanza, Paese di provenienza e tempo di permanenza in Italia, informazione quest'ultima molto utile per comprendere se l'infezione sia stata acquisita in Italia o all'estero.

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

trano nelle terre di origine, siano informati delle misure preventive atte a evitare l'infezione.

Al fine di supportare indirizzi normativi e fornire il rationale per formulare piani sanitari, è anche necessario produrre maggiori evidenze scientifiche per approfondire ciò che non è possibile rilevare routinariamente, attraverso studi di sieroprevalenza, monitoraggio microbiologico dei ceppi circolanti, studi di farmaco-economia sull'impatto di malattia e vaccino e indagini *ad hoc*.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2014. Disponibile sul sito: [www.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi\\_complessivi\\_2014.pdf](http://www.iss.it/binary/seie2/cont/Tassi_complessivi_2014.pdf).
- (2) Istat. Demografia in cifre. Disponibile sul sito: [www.demo.istat.it/](http://www.demo.istat.it/).
- (3) Fondazione Ismu. Diciottesimo Rapporto sulle migrazioni. Franco Angeli, 2012.
- (4) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. *Eur J Epidemiol* 1986; 2 (4): 300-304.
- (5) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/).
- (6) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Eurosurveillance* 2015; 20 (29): 21192.

## Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri residenti in Italia è stata condotta utilizzando come indicatore per l'analisi del fenomeno, principalmente, il tasso di mortalità standardizzato per tutte le età oltre il 1° anno di vita ed isolatamente alla sola classe di età 18-64 anni. Sono state considerate, a tale scopo, disaggregazioni per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte.

Il tasso di mortalità, ampiamente utilizzato in lettera-

tura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

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

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

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

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'indagine su "Decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte mediante la "scheda di morte" (Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione è a carattere totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in 1 anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre ad altre caratteristiche. Per le elaborazioni dei tassi di mortalità è stata considerata la sola popolazione straniera residente in Italia: solo per questo universo, infatti, si dispone dei corretti denominatori per il calcolo dei tassi. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico Progetto e prodotte per il periodo 2003-2010. Per le analisi riferite ai dati per l'anno 2011 è stato, invece, deciso di utilizzare i dati Istat del Censimento

generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011, in particolare la distribuzione della "Popolazione straniera residente per sesso, età e paese di cittadinanza".

La popolazione straniera residente al Censimento 2011, consultabile sul *Datawarehouse* dell'Istat su Censimento della Popolazione e Abitazioni, è disponibile per classi di età quinquennali da 0-4 anni fino a 75 anni ed oltre e per i minorenni fino a 17 anni di età. Per il calcolo dei tassi standardizzati e specifici di mortalità per gli stranieri residenti oltre il 1° anno di vita è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione sopra citata, applicando un riproporzionamento per la prima classe di età disponibile (0-4 anni) e scorporando l'ammontare degli individui nel 1° anno di vita. La proporzione di individui di 0 anni per singola cittadinanza è stata ricavata dalla corrispondente popolazione straniera residente disponibile per il 2010. L'ammontare degli individui stranieri residenti in Italia nella fascia di età 18-24 anni, invece, è stato calcolato sottraendo al totale di 0-24 anni il contingente fino a 17 anni di età. Per il calcolo della popolazione Italiana al Censimento 2011, infine, per le fasce di età 1-4 anni e 18-24 anni, non direttamente fornite, è stato effettuato un riproporzionamento a partire dalla distribuzione per età registrata per l'anno 2010.

L'esigenza di elaborare stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce, principalmente, a seguito dell'allargamento dell'Unione Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004, successivamente a 27 Paesi nel 2007 e a 28 nel 2013. Dopo l'inclusione dei nuovi 13 Paesi, allargamento completato nel gennaio 2007, con l'inclusione dei primi 12 Paesi e nel 2013 con l'ultima annessione della Croazia, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annual-

mente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari e utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.

Prima della diffusione delle stime sopra citate e della disponibilità dei dati censuari, si poteva contare esclusivamente su alcune fonti, da combinare per poter essere utilizzate nel calcolo di indicatori. Erano disponibili, infatti, soltanto la popolazione straniera residente per genere e Paese di cittadinanza (bilancio demografico), la popolazione straniera residente nel complesso per genere e singolo anno di età, ma senza distinzione per Paese di cittadinanza, e i permessi di soggiorno per genere, età e Paese di cittadinanza. Per il calcolo dei tassi veniva utilizzata al denominatore una popolazione straniera residente ottenuta come riproporzionamento per classi di età sulla base della struttura ottenuta dalla fonte dei permessi di soggiorno dei cittadini stranieri. Tale ipotesi era avvalorata dal fatto che, nella maggior parte dei casi, gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'Anagrafe del Comune di dimora abituale. Tale operazione poteva essere effettuata, ad ogni modo, con riferimento ai soli maggiorenni.

È opportuno segnalare, inoltre, che il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia, desunto dall'indagine Istat su "Decessi e cause di morte", include solo i casi per i quali era indicata la condizione di cittadinanza straniera; sono stati esclusi i decessi per i quali non era riportato se si trattasse di cittadino straniero o italiano.

Per una corretta interpretazione dei risultati si sottolinea, infine, l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera, che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti (l'effetto del migrante sano); il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante.

Nell'insieme, ad ogni modo, emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori; proprio per tale ragione, alcune analisi sono state limitate ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, classe di età per la quale la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine, per motivi di salute, è più bassa.

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

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2012, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il 1° anno di vita in Italia è pari a 85.767 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua<sup>1</sup> del +8,3% per i residenti, del +3,6% per i non residenti e del +6,3% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi, considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,0% tra i residenti, +7,1% tra i non residenti e +10,1% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2012, si sono verificati 6.748 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 4.587 residenti e 2.161 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 5.321 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 3.795 residenti e 1.526 non residenti.

La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2012, in costante aumento, è pari al 71,32% e al 28,68% per i non residenti). Tale cambiamento è, sicuramente, spiegato dall'allargamento UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di 10 nuovi Paesi e nel 2007 di Romania e Bulgaria e alla conseguente emigrazione verso l'Italia. Nel 2013, infine, anche la Croazia, non inclusa nell'UE per i dati analizzati (2012), è entrata a farne parte (UE-28).

L'allargamento dell'UE e l'ingresso dei 12 Paesi candidati ha dato origine a un effetto moltiplicatore favorendo un vero e proprio passaggio di poste, dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando, nell'ambito di quest'ultimo, l'aumento dei cittadini stranieri dei PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione che come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze

<sup>1</sup>La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2012 è stata calcolata con la seguente formula:  $\sqrt[20]{\frac{M_{2012}}{M_{1992}}} - 1 \cdot 100$

soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei PFP, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza, anche per il 2012 si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla regione di residenza. I valori più alti si registrano, per il 2012, in particolare per la Puglia, Sicilia, Lazio, Basilicata, PA di Bolzano, ma anche Friuli Venezia Giulia, Campania e PA di Trento, con tassi compresi tra 19,6 e 17,1 per 10.000 residenti. I valori più bassi si registrano, invece, in Sardegna, Emilia-Romagna e Toscana (valori compresi, in ordine crescente, tra 13,0 e 14,1 per 10.000) (Tabella 2). Questa situazione è, sicuramente, connessa alla geografia dell'immigrazione e a quella del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri.

Gli uomini, per i quali il numero dei morti pesa per circa il 55% sul totale decessi della popolazione immigrata residente, presentano valori dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (20,5 decessi per 10.000 stranieri residenti) nel Lazio (24,3 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia (22,2 per 10.000), in Puglia (21,3 per 10.000), Sicilia (21,3 per 10.000) e Campania (21,2 per 10.000).

Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 13,8 decessi per 10.000 straniere residenti. Per il contingente femminile si registrano livelli più alti del valore nazionale per Basilicata (20,1 per 10.000), Puglia (18,5 per 10.000), PA di Bolzano (17,2 per 10.000), Sicilia (16,9 per 10.000), Campania (16,1 per 10.000), Calabria (15,7 per 10.000), PA di Trento (15,1 per 10.000), Friuli Venezia Giulia (15,1 per 10.000), Lazio (15,0 per 10.000), Veneto (14,5 per 10.000) e Abruzzo e Molise (14,0 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Per il calcolo dei tassi di mortalità, per gli anni 2006-2009, è stata utilizzata, al denominatore, la popolazione media straniera residente da fonte anagrafica e stato civile per gli anni 2010 e 2012, la media tra la Popolazione straniera residente da fonte anagrafica e stato civile, rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013, e la popolazione straniera residente al Censimento 2011 (Tabella 3 e 4).

Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2012, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. Il calcolo dell'ammontare della Popolazione residente dei soli italiani è stato rielaborato sottraendo, dalle poste della Popolazione totale residente in Italia, l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo dei Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza (RR: Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana).

Il confronto tra gli anni, del periodo 2006-2012, fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PFP sono, nel complesso, caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità nel periodo 2006-2009, da una stabilità tra il 2009-2011 e da un lieve aumento nel 2012. La variazione percentuale media annua, tra il 2006-2012, risulta nel complesso pari a -1,0%. Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un livello del tasso più elevato nel 2006, da una diminuzione tra il 2007-2009, da una ripresa all'aumento nel 2010 e 2011 e da una nuova diminuzione nel 2012. Anche gli stranieri provenienti dai PSA presentano un andamento oscillatorio del valore dei tassi, con un livello particolarmente elevato nel 2011. Molto probabilmente tale situazione è dovuta anche ai valori esigui del numero di decessi per individui appartenenti a questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2006-2012 (-2,2%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo 2006-2012, si registra una variazione percentuale media annua, con riferimento alle straniere dei PFP, pari a -1,1%, e con riferimento alle straniere dei PSA, pari a -0,7%. Per i Paesi di nuova adesione UE si registra, invece, un aumento pari a +6,0%. Per le italiane si registra, infine, una diminuzione pari a -0,7%, più contenuta rispetto a quella registrata per gli uomini nello stesso periodo. Si sottolinea, inoltre, che i tassi standardizzati di mortalità calcolati per i singoli anni del periodo 2006-2012 presentano un andamento oscillatorio nel tempo; diminuiscono, infatti, per PSA e Paesi di nuova adesione UE, tra il 2006-2009, per poi aumentare tra il 2010-2011 e diminuire nuovamente nel 2012. Per i PFP l'andamento è variabile, con alcuni picchi nel 2006, 2008 e 2012. Analizzando i RR, calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, sia per gli uomini che per le donne, per tutto il periodo considerato (2006-2012) e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale

indicatore, infatti, è pari, per gli uomini e per tutto il periodo, a 0,7 per i PFFPM e compreso tra 0,4-0,8 per i PSA. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione UE, esclusi Malta e Cipro, il RR per gli uomini assume valori più fluttuanti nel tempo, con picchi di 1,1 nel 2005, 1,3 nel 2011 e 1,0 nel 2012.

Tale fenomeno potrebbe essere legato ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE e ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR. Per quanto concerne l'analisi per causa di morte e area di cittadinanza, l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2012, i tassi sono stati standardizzati per la classe di età 18-64 anni ed i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità, Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la 10° revisione (ICD-10) ed i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4. Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (tassi pari, rispettivamente, a 3,92, 1,61 e 1,26 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Sia per le Malattie del Sistema Circolatorio, sia per le Cause violente si registra per gli stranieri provenienti dai PSA un netto svantaggio per gli uomini.

Anche per i PFFPM le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause esterne e Malattie del Sistema Circolatorio; palese, come per le altre aree di cittadi-

nanza, lo svantaggio del genere maschile, meno marcato, però, per il gruppo dei Tumori. Proprio per i Tumori risulta evidente il netto aumento, nel 2012 rispetto al 2011, del livello del tasso di mortalità per i cittadini dei PFFPM passato, per gli uomini, da 4,58 a 5,45 per 10.000 e per le donne da 2,69 a 3,44 per 10.000 (Tabella 4).

Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori, per le Malattie del Sistema Circolatorio e per le Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi.

I livelli dei RR degli stranieri, rispetto agli italiani, sono generalmente inferiori all'unità, sia per gli uomini che per le donne. Livelli superiori all'unità del RR si registrano per gli uomini dei PFFPM e dei Paesi di nuova adesione UE per le Cause esterne (1,1 e 1,9).

Dall'analisi della mortalità per causa dei cittadini stranieri residenti, negli anni più recenti si registra, comunque, la tendenza ad un *pattern* di mortalità più simile a quello degli italiani, orientamento più evidente per i cittadini dei Paesi di nuova adesione UE, con riferimento soprattutto ai Tumori e alle Malattie del Sistema Circolatorio. Anche la proporzione di cittadini stranieri residenti oltre i 65 anni di età deceduti in Italia, più contenuta nel passato, risulta in aumento nel corso degli ultimi anni, soprattutto per il genere maschile, denotando una tendenza ad un generale invecchiamento della popolazione straniera residente in Italia. Tra i deceduti uomini maggiorenni (18 anni ed oltre), infatti, la quota di ultra 75enni passa dal 26,4% nel 2006 a 28,9% nel 2012; per le donne tale proporzione rimane, invece, stabile e pari a 45,2%.

Nella popolazione straniera residente, la quota degli ultra 65enni uomini passa, tra il 2006 al 2013, dal 2,6% al 2,9%; per le donne, per la stessa classe di età, passa, invece, da 3,1 a 3,9% (dati non riportati in tabella).

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

297

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e valori percentuali) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non in Italia - Anni 1992-2012\*

Anni	Stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28
2011	4.287	2.206	6.493	66,02	33,98
2012	4.587	2.161	6.748	67,98	32,02
<b>Totale</b>	<b>46.554</b>	<b>39.213</b>	<b>85.767</b>	<b>54,28</b>	<b>45,72</b>

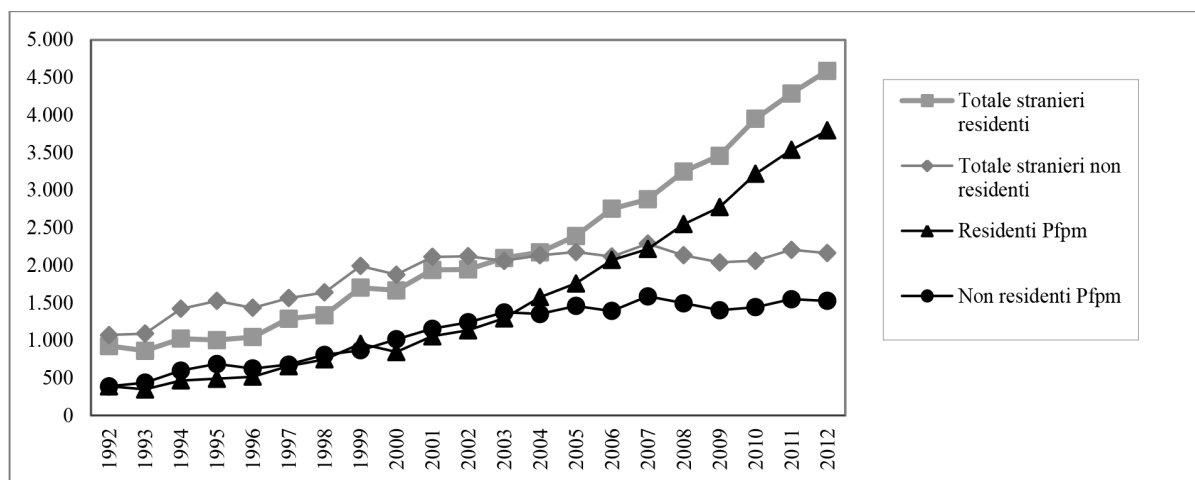
## Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria\*\*

1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.772	1.403	4.175	66,40	33,60
2010	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2011	3.535	1.549	5.084	69,53	30,47
2012	3.795	1.526	5.321	71,32	28,68
<b>Totale</b>	<b>32.382</b>	<b>23.076</b>	<b>55.458</b>	<b>58,39</b>	<b>41,61</b>

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

\*\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente e non residente in Italia - Anni 1992-2012

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2015.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) della popolazione straniera oltre il 1° anno di vita residente in Italia per genere e per regione - Anno 2012

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	217	187	404	20,1	13,8	16,2
Lombardia	510	362	872	18,1	12,0	14,5
Bolzano-Bozen	35	34	69	18,9	17,2	18,3
Trento	24	25	49	20,2	15,1	17,1
Veneto	222	186	408	18,3	14,5	16,0
Friuli Venezia Giulia	70	58	128	22,2	15,1	18,0
Liguria	73	70	143	19,4	13,3	15,6
Emilia-Romagna	252	167	419	19,5	10,1	13,7
Toscana	166	166	332	16,1	12,8	14,1
Umbria	60	46	106	19,7	11,6	14,5
Marche	79	75	154	19,4	12,9	15,4
Lazio	294	259	553	24,3	15,0	18,4
Abruzzo e Molise	45	52	97	18,0	14,0	15,4
Campania	96	92	188	21,2	16,1	17,8
Puglia	59	61	120	21,3	18,5	19,6
Basilicata	7	6	13	15,8	20,1	18,4
Calabria	38	38	76	14,2	15,7	14,8
Sicilia	85	83	168	21,3	16,9	18,9
Sardegna	24	14	38	18,3	9,2	13,0
Regione non indicata	185	65	250	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>2.541</b>	<b>2.046</b>	<b>4.587</b>	<b>20,5</b>	<b>13,8</b>	<b>16,5</b>

- = il numero di decessi è troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.



## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

299

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere e per area di cittadinanza - Anni 2006-2012

Aree di cittadinanza*	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maschi</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,6	8,5	9,2	8,7	10,7	17,2	11,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	16,1	15,5	15,5	14,5	14,0	14,5	15,2
Paesi di nuova adesione UE	20,8	19,6	15,7	15,0	19,7	26,6	21,4
<b>Italiani</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>	<b>21,8</b>	<b>21,1</b>	<b>21,0</b>	<b>20,6</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,8	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,9	0,9	0,7	0,7	0,9	1,3	1,0
<b>Femmine</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	7,7	5,1	4,6	7,0	7,8	7,2
Paesi a Forte Pressione Migratoria	6,9	5,6	6,8	5,7	5,6	5,9	6,6
Paesi di nuova adesione UE	6,0	6,5	7,2	5,6	6,8	8,9	8,5
<b>Italiane</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>	<b>11,7</b>	<b>11,2</b>	<b>11,4</b>	<b>11,3</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,6	0,7	0,4	0,4	0,3	0,4	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,5	0,6	0,6	0,5	0,3	0,4	0,8
<b>Totale</b>							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	9,0	11,8	6,9	6,4	8,6	11,2	8,8
Paesi a Forte Pressione Migratoria	11,2	10,0	10,6	9,4	9,0	9,3	10,1
Paesi di nuova adesione UE	11,5	7,4	10,3	8,6	11,0	14,4	12,6
<b>Italiani</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>	<b>16,7</b>	<b>16,1</b>	<b>16,2</b>	<b>15,9</b>
<b>Rischi Relativi</b>							
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,7	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,6	0,6	0,4	0,4	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,7	0,4	0,6	0,5	0,5	0,7	0,8

\*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di nuova adesione UE entrati nell'Unione Europea a partire da maggio 2004 e gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi. I PSA includono i Paesi della UE-15, gli altri Paesi Europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015. I denominatori sono riferiti alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e al 1 gennaio dell'anno t+1; per gli anni 2010 e 2012 la media è calcolata utilizzando i dati al Censimento 2011 (riferiti al mese di ottobre) e della popolazione straniera residente rispettivamente al 1 gennaio 2010 e 2013.

**Tabella 4** - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità della popolazione straniera residente in Italia e della popolazione italiana di età 18-64 anni e Rischio Relativo per genere, causa di decesso e per area di cittadinanza - Anno 2012

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std**			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi popolazione italiana		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,15	0,08	0,10	0,2	0,1	0,1
	Tumori	3,92	3,86	3,92	0,5	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,62	0,98	1,61	0,6	0,2	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,43	0,09	0,22	0,8	0,2	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,71	0,46	1,26	0,8	0,1	0,4
	Altre malattie	1,63	1,73	1,65	0,5	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>		<b>11,45</b>	<b>7,20</b>	<b>8,76</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,62	0,28	0,42	0,9	0,4	0,6
	Tumori	5,45	3,44	4,13	0,7	0,4	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,05	1,10	1,85	0,7	0,3	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,37	0,05	0,18	0,7	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,44	0,85	2,01	1,1	0,3	0,6
	Altre malattie	2,31	0,91	1,47	0,6	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>		<b>15,23</b>	<b>6,63</b>	<b>10,06</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,70	0,26	0,39	1,0	0,4	0,6
	Tumori	7,28	4,74	5,35	0,9	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,05	1,24	2,07	0,9	0,3	0,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,48	0,03	0,17	0,9	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	6,17	1,24	2,99	1,9	0,4	0,9
	Altre malattie	2,71	1,03	1,61	0,8	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>		<b>21,40</b>	<b>8,55</b>	<b>12,57</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>
<b>Italia</b>	Malattie infettive e parassitarie	0,69	0,25	0,47	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,28	6,68	7,46	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,34	1,57	2,93	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,54	0,28	0,40	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,20	0,72	1,96	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,58	1,75	2,66	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>		<b>20,63</b>	<b>11,26</b>	<b>15,89</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

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

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

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia (al denominatore dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2015.

### Raccomandazioni di Osservasalute

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

Le criticità emergenti dalle questioni sui diritti sociali dei cittadini stranieri sono, senza dubbio, sentinella di

politiche non sempre adeguate e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione. Da considerare, inoltre, come ulteriore fattore discriminante, l'eterogeneità nelle normative vigenti a livello locale, in tema di accesso ai servizi sanitari e tutela della salute degli immigrati.

Non in ultimo, le difficoltà linguistiche e culturali possono agire negativamente sulla possibilità di accesso ai servizi e sulla comprensione delle comunicazioni da parte dei medici e del personale sanitario. Proprio in tale ottica, sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari, il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai

servizi. Per una corretta interpretazione dei risultati si ribadisce, infine, l'importanza di due aspetti relativi alla salute degli stranieri in Italia. Il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che decide di migrare in un altro Paese rispetto a quello di origine, effetto del migrante sano. Questo si traduce in una condizione di salute generalmente buona. Il secondo è il fenomeno del "salmon bias", caratterizzato dal possibile ritorno nel Paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata.

Quest'ultimo aspetto si può considerare, però, meno rilevante rispetto al passato a fronte del crescente livello di stabilità soprattutto di alcune popolazioni straniere, più radicate e presenti in Italia.

#### Riferimenti bibliografici

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

## Prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere

Dott.ssa Lisa Francovich, Dott.ssa Lidia Gargiulo, Dott.ssa Barbara Giordani, Dott. Paolo Giorgi Rossi, Dott. Alessio Petrelli

### Quadro epidemiologico

Nel mondo si stimano, ogni anno, 528 mila nuovi casi e 266 mila morti per tumore del collo dell'utero, sebbene ci sia stata una significativa riduzione nell'incidenza e nella mortalità per cervicocarcinoma. Si osservano forti eterogeneità geografiche nei tassi di incidenza e mortalità standardizzati per età, rispettivamente stimati a 9,9 e 3,3 per 100.000 donne dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e a 15,7 e 8,3 per 100.000 donne dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM); in particolare, si registra un'elevata incidenza nelle regioni dell'Africa dell'Est (42,7 per 100.000) (1).

Le variazioni nell'incidenza del cervicocarcinoma dipendono da due fattori: la prevalenza dell'infezione da *Human Papilloma Virus* (HPV) che è la causa necessaria, anche se non sufficiente, del cancro della cervice uterina, e la diffusione del test di Papanicolaou (Pap-test) e dei programmi di screening. Il maggior rischio nelle popolazioni immigrate da Paesi ad alta prevalenza di infezione con HPV permane per molti anni dopo l'arrivo nei Paesi industrializzati.

L'occorrenza del tumore alla mammella risulta notevolmente più elevata: i tassi di incidenza standardizzati per età sono stimati in 73,4 per 100.000 donne dei PSA e in 31,3 per 100.000 donne dei PFPM (per la mortalità i tassi sono, rispettivamente, pari a 14,9 e 11,5 per 100.000). I tassi di incidenza per tumore della mammella più elevati si registrano negli Stati Uniti d'America, in Canada e nell'Unione Europea a 28 Paesi, mentre quelli più bassi sono rilevati nei Paesi dell'Asia orientale.

Le differenze di incidenza fra Paesi sembrano dovute a fattori di *background* genetico, che a loro volta determinano una minore o maggiore componente ghiandolare del seno, da fattori legati agli stili di vita, come alimentazione, allattamento, età al primo figlio, ma anche dalla diffusione della mammografia come test di screening che, specialmente se protratta oltre i 70-74 anni, può determinare una quota di sovra diagnosi, cioè l'individuazione di cancri che, o perché a crescita lenta o perché la donna sarebbe morta di altre cause, non avrebbero mai dato luogo a una malattia sintomatica in assenza di screening.

I dati riportati nella Tabella 1 mostrano una forte variabilità territoriale nell'incidenza del cervicocarcinoma e del tumore della mammella.

Indicazioni nazionali e regionali puntano fortemente a rimuovere eventuali barriere all'accesso e ad aumentare la prevenzione dei tumori femminili per le cittadine straniere che vivono in Italia, anche attraverso programmi di screening organizzati rivolti in modo attivo a tutta la popolazione.

Nel 2001, gli screening oncologici mammografici, citologici e del colon-retto sono stati inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza, imponendo al Servizio Sanitario Regionale l'attivazione di programmi di screening per garantire a tutta la popolazione femminile in fascia *target* (25-64 anni per il cervicocarcinoma e 50-69 anni per il tumore della mammella) un test di prevenzione con rigorosi controlli di qualità. Questo obbligo è ribadito dalla raccomandazione della Commissione Europea del 2003.

I programmi organizzati di screening, basati sull'invito attivo di tutta la popolazione *target*, hanno dimostrato di ridurre le differenze di accesso ai test e di aumentarne l'uso appropriato in Italia e a livello internazionale. Il ricorso al Pap-test o al test HPV DNA con l'adeguata cadenza, permette di identificare e trattare lesioni pre-invasive, comportando una drastica riduzione dell'incidenza, oltre che della mortalità per tumore della cervice uterina. Attraverso la mammografia è possibile identificare lesioni invasive in fase precoce, ottenendo una riduzione della mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione, ma non dell'incidenza. La diagnosi precoce del tumore della mammella favorisce, inoltre, anche la diffusione di trattamenti di tipo conservativo<sup>1</sup>.

Ciononostante, alcune indagini italiane (2) e studi internazionali (3) dimostrano l'esistenza di disuguaglianze nell'accesso alla prevenzione secondaria fra le cittadine straniere e quelle italiane.

### Obiettivo

Analizzare le differenze territoriali e sociali nell'accesso alla prevenzione oncologica femminile delle donne straniere, in confronto alle donne italiane, e la loro evoluzione nel tempo.

<sup>1</sup>Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon-retto. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione.

### Materiali e metodi

Attraverso l'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", che si avvale di un campione casuale rappresentativo dell'intera popolazione, è possibile analizzare i comportamenti di prevenzione oncologica femminile nella popolazione straniera residente nel territorio italiano in relazione a covariate territoriali e sociali, comparandoli con quelli delle donne italiane, nonché osservarne l'evoluzione nel tempo grazie al confronto delle due ultime Edizioni dell'indagine 2005 e 2013. L'analisi del ricorso al test di prevenzione del tumore della cervice uterina e alla diagnosi precoce del tumore della mammella, è stata svolta mettendo a confronto i due gruppi di popolazione: donne italiane e straniere<sup>3</sup>, distinguendo l'area di provenienza, ove possibile. Sono stati calcolati tassi di prevalenza standardizzati per ripartizione territoriale, finalizzati a evidenziare la variabilità territoriale dei livelli di copertura degli screening nel tempo. Per ogni sottogruppo di popolazione sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- percentuale di donne in fascia *target*<sup>4</sup> che dichiarano di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita al test di prevenzione;
- copertura citologica: percentuale di donne in fascia *target* che hanno dichiarato il ricorso ad almeno un Pap-test in assenza di sintomi negli ultimi 3 anni;
- copertura mammografica<sup>5</sup>: percentuale di donne in fascia *target* che hanno dichiarato il ricorso ad almeno una mammografia in assenza di sintomi negli ultimi 2 anni.

Inoltre, è stato testato un modello di regressione log-binomiale per analizzare le differenze nell'utilizzo degli screening femminili nei due gruppi di popolazione, utilizzando il ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni come variabile di esito e aggiustando per età, ripartizione geografica, titolo di studio, stato civile, giudizio sulle risorse economiche e condizione abitativa.

### Risultati

Come premessa, vale la pena osservare che nel 2013 la distribuzione sul territorio nazionale delle donne straniere, di età compresa fra i 25-64 anni, mostra una maggiore concentrazione al Nord (intorno al 58%) e minore al Sud ed Isole (15%), mentre la quota delle cittadine straniere fra i 50-69 anni sale al 17% nel Mezzogiorno (dati non riportati in tabella).

Tra il 2005 ed il 2013 si osserva un evidente incremento nel ricorso al Pap-test e alla mammografia secondo la cadenza stabilita dalle Linee Guida nazionali per la fascia *target*, sia tra le straniere (rispettivamente, +20,4% e +13,5%) sia tra le italiane (+13,0% e +16,2%, rispettivamente). Il diverso incremento comporta una lieve riduzione nel divario fra le donne italiane e straniere per il ricorso al Pap-test, ma determina l'ampliamento della distanza nell'accesso alla mammografia (Tabella 2). L'analisi territoriale evidenzia, per il Pap-test, un forte incremento della prevalenza al Nord (+26,4% e +16,0%, rispettivamente per il Nord-Est e Nord-Ovest) e al Centro (+28,9%) per le donne straniere, molto più contenuto invece nel Mezzogiorno (+11,7%), oltre ad essere inferiore a quello osservato per le italiane in quest'area (+22,5%). La situazione è diversa per il ricorso alla mammografia eseguita negli ultimi 2 anni: al Nord il tasso di copertura per le donne straniere si mantiene stabile nel tempo, mentre aumenta notevolmente nelle regioni centrali (+32,6%), al punto da superare il dato rilevato nel Mezzogiorno per le donne italiane, nonostante anch'esso in notevole aumento (+29,3%).

I tassi standardizzati di ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni evidenziano una forte eterogeneità territoriale con un trend decrescente da Nord al Sud ed Isole e con livelli di utilizzo tra le straniere sempre inferiori rispetto alle italiane, soprattutto in alcune regioni del Meridione (Grafico 1). Lo stesso andamento è osservabile per la mammografia (Grafico 2). Nonostante il miglioramento rispetto al 2005, le stime derivanti dall'indagine<sup>6</sup> dei livelli di copertura per il Pap-test nelle regioni del Mezzogiorno rimangono inferiori al dato nazionale e alla soglia di accettabilità stabilita dal Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma, sia per le donne italiane che per le donne straniere (dati non riportati in tabella). Anche per il ricorso alla mammografia, si evidenzia come tutte le regioni del Mezzogiorno presentano livelli di copertura inferiori al valore nazionale.

<sup>2</sup>Le ultime tre Edizioni dell'indagine (2000, 2005 e 2013) si avvalgono di un campione ampliato a 60.000 famiglie, grazie al contributo del Fondo Sanitario Nazionale, messo a disposizione dalle Regioni e dal Ministero della Salute.

<sup>3</sup>Cittadini stranieri: persone, nate in Italia o all'estero, di cittadinanza straniera o apolide.

<sup>4</sup>Per fascia *target* si intende la fascia di età 25-64 anni per la prevenzione del cervicocarcinoma e 50-69 anni per la diagnosi precoce del tumore della mammella.

<sup>5</sup>Poiché la cadenza consigliata dei controlli per le donne nelle fasce *target* è di 2 anni per la diagnosi precoce del tumore della mammella e di 3 anni per la prevenzione del tumore della cervice uterina, l'indicatore di copertura intende misurare non solo la quota di donne che fanno prevenzione, ma anche che sia rispettata la cadenza raccomandata. Si tratta di una stima ottenuta dalle dichiarazioni delle donne intervistate, calcolando il periodo temporale (3/2 anni degli screening considerati) con riferimento alla data dell'ultimo controllo eseguito e la data dell'intervista.

<sup>6</sup>Si precisa che la stima di prevalenza del ricorso al Pap-test non considera il test HPV, che più di recente in qualche caso sostituisce il Pap-test. In tal senso il tasso di copertura potrebbe essere sottostimato.

Tra le straniere, emerge come le donne provenienti dall'America centro-meridionale (Tabella 3) siano più sensibili al tema della prevenzione oncologica: è più diffuso, infatti, il ricorso ad entrambi i test di screening e anche più precoce è l'accesso rispetto alle donne di altre aree geografiche. Le donne africane, invece, presentano le prevalenze più basse tra le donne straniere nel ricorso allo screening citologico e, similmente alle donne asiatiche, accedono con maggiore ritardo. Tra le donne asiatiche residenti in Italia si registra, inoltre, la più bassa prevalenza di ricorso alla mammografia (28,6%). Per entrambi gli screening si osserva un'associazione diretta fra gli anni di permanenza in Italia e il ricorso alla prevenzione: risulta, infatti, evidente che all'aumentare del tempo vissuto in Italia cresce il ricorso agli screening (Tabella 3). Ciò avvalorava l'ipotesi che il processo di integrazione, l'inclusione nei programmi di screening attivati in tutte le regioni e specifici interventi per il coinvolgimento delle donne straniere, favoriscono l'accesso ai servizi sanitari, in particolare per quelle provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria. L'effetto positivo dell'integrazione si evidenzia anche osservando come il ricorso a test di screening sia significativamente più elevato tra le donne che hanno un partner italiano. I risultati del modello di regressione (Grafico 3) mostrano, per entrambi i gruppi di donne, una forte associazione del ricorso al Pap-test nei 3 anni precedenti con l'area geografica di residenza. La propensione nel ricorso al Pap-test risulta maggiore al Nord e al Centro rispetto al Mezzogiorno, sia per le italiane che per le straniere. In particolare, le donne straniere del Nord-Est presentano una probabilità di accesso al Pap-test due volte superiore rispetto a quelle del Mezzogiorno. È forte anche l'effetto del titolo di studio: le donne straniere laureate presentano una maggiore probabilità (+35%) di eseguire un Pap-test rispetto alle straniere che hanno conseguito solo la licenza media inferiore. Per le donne italiane, l'effetto della laurea rispetto alla scuola dell'obbligo risulta meno marcato (+10%) nel ricorso al Pap-test. Differenze significative si evidenziano per lo stato civile: diversamente dalle straniere, le donne italiane coniugate o non coabitanti di fatto (vedove, divorziate/separate etc.) presentano una maggiore probabilità di ricorrere al Pap-test rispetto alle nubili. La presenza di un partner coabitante per le donne straniere ha solo un leggero effetto sul ricorso al Pap-test (+14%) rispetto alle straniere nubili.

**Tabella 1** - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza e mortalità per tumore della cervice uterina e della mammella per OMS Regioni - Anno 2012

OMS Regioni	Cervice uterina		Mammella	
	Incidenza	Mortalità	Incidenza	Mortalità
OMS Regione dell'Africa	33,4	21,5	34,5	17,2
OMS Regione dell'America	14,9	5,9	67,6	14,0
OMS Regione del Mediterraneo Orientale	6,4	3,6	41,9	18,6
OMS Regione dell'Europa	11,2	3,8	66,5	16,0
OMS Regione del Sud-Est Asiatico	20,5	11,3	27,8	12,9
OMS Regione del Pacifico Occidentale	8,5	3,6	28,6	7,0

Fonte dei dati: GLOBOCAN. Anno 2012.

**Tabella 2** - Tasso (standardizzato per 100) e variazioni percentuali di cittadine italiane e straniere di età 25-64 e 50-69 anni che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap-test e alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi per macroarea - Anni 2005, 2013\*

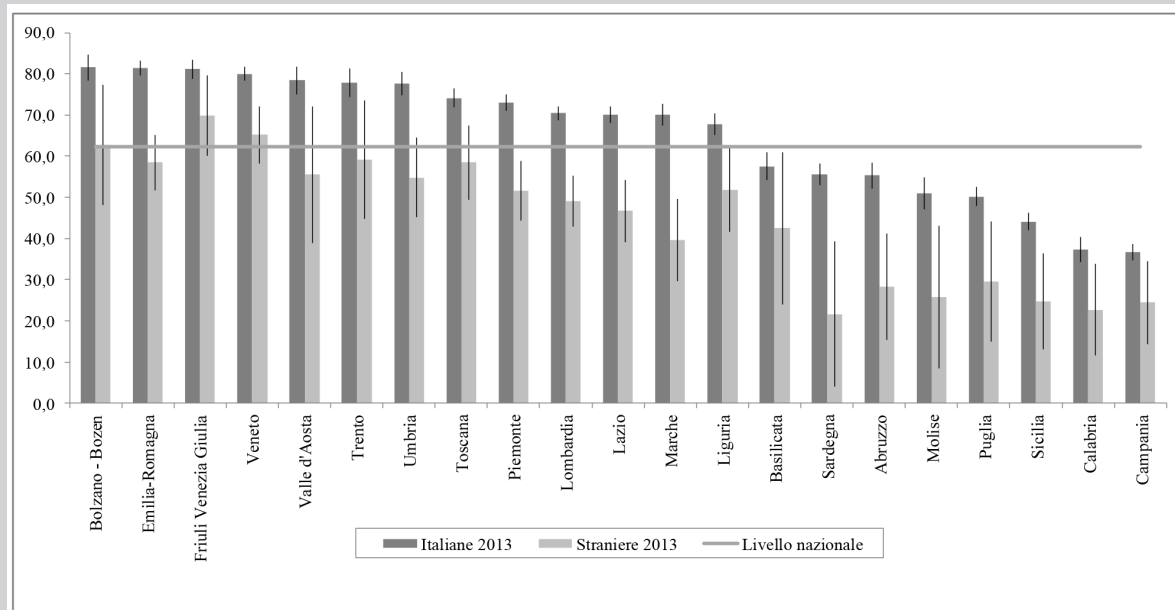
Macroaree	Cittadinanze	Pap-test (25-64 anni)					Mammografia (50-69 anni)				
		Almeno una volta nella vita		Negli ultimi 3 anni			Almeno una volta nella vita		Negli ultimi 2 anni		
		2005	2013	2005	2013	Δ % (2005-2013)	2005	2013	2005	2013	Δ % (2005-2013)
Nord-Ovest	Italiane	82,1	87,6	64,4	70,9	10,1	80,3	88,6	59,4	67,0	12,8
	Straniere	54,1	65,9	43,1	50,0	16,0	45,0	56,6	35,0	34,9	-0,3
Nord-Est	Italiane	87,1	92,5	75,3	80,6	7,0	86,2	92,3	65,5	72,5	10,7
	Straniere	60,1	76,3	49,3	62,3	26,4	61,3	69,6	50,0	49,9	-0,2
Centro	Italiane	80,1	86,6	63,7	71,8	12,7	78,6	85,4	55,2	62,1	12,5
	Straniere	58,8	66,7	38,8	50,0	28,9	50,4	57,2	30,4	40,3	32,6
Mezzogiorno	Italiane	54,2	65,0	36,5	44,7	22,5	51,5	67,3	30,0	38,8	29,3
	Straniere	30,4	43,3	23,1	25,8	11,7	-	31,5	-	12,5	-
<b>Italia</b>	<b>Italiane</b>	<b>72,4</b>	<b>80,1</b>	<b>56,1</b>	<b>63,4</b>	<b>13,0</b>	<b>70,5</b>	<b>80,9</b>	<b>48,9</b>	<b>56,8</b>	<b>16,2</b>
	<b>Straniere</b>	<b>53,9</b>	<b>65,5</b>	<b>41,2</b>	<b>49,6</b>	<b>20,4</b>	<b>44,7</b>	<b>56,7</b>	<b>32,7</b>	<b>37,1</b>	<b>13,5</b>

\*La popolazione standard considerata corrisponde a quella derivante dal Censimento 2011.

- = insufficiente numerosità campionaria.

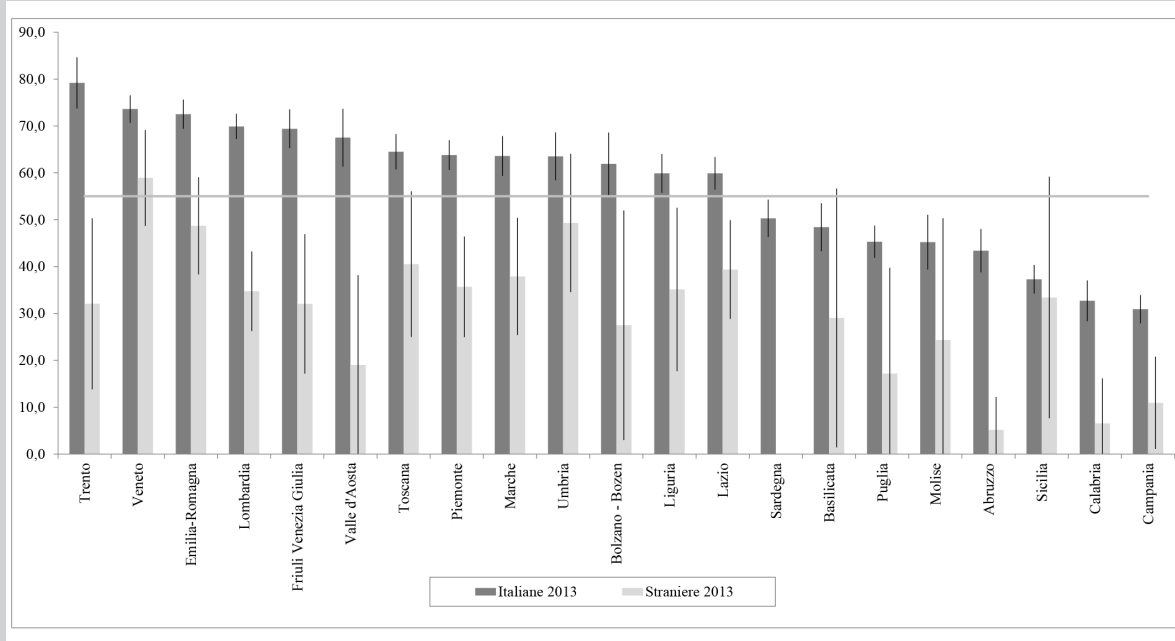
Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 2005 e 2013.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine italiane e straniere di età 25-64 anni che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap-test negli ultimi 3 anni in assenza di sintomi o disturbi per regione - Anno 2013



Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine italiane e straniere di età 50-69 anni che dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia negli ultimi 2 anni in assenza di sintomi o disturbi per regione - Anno 2013



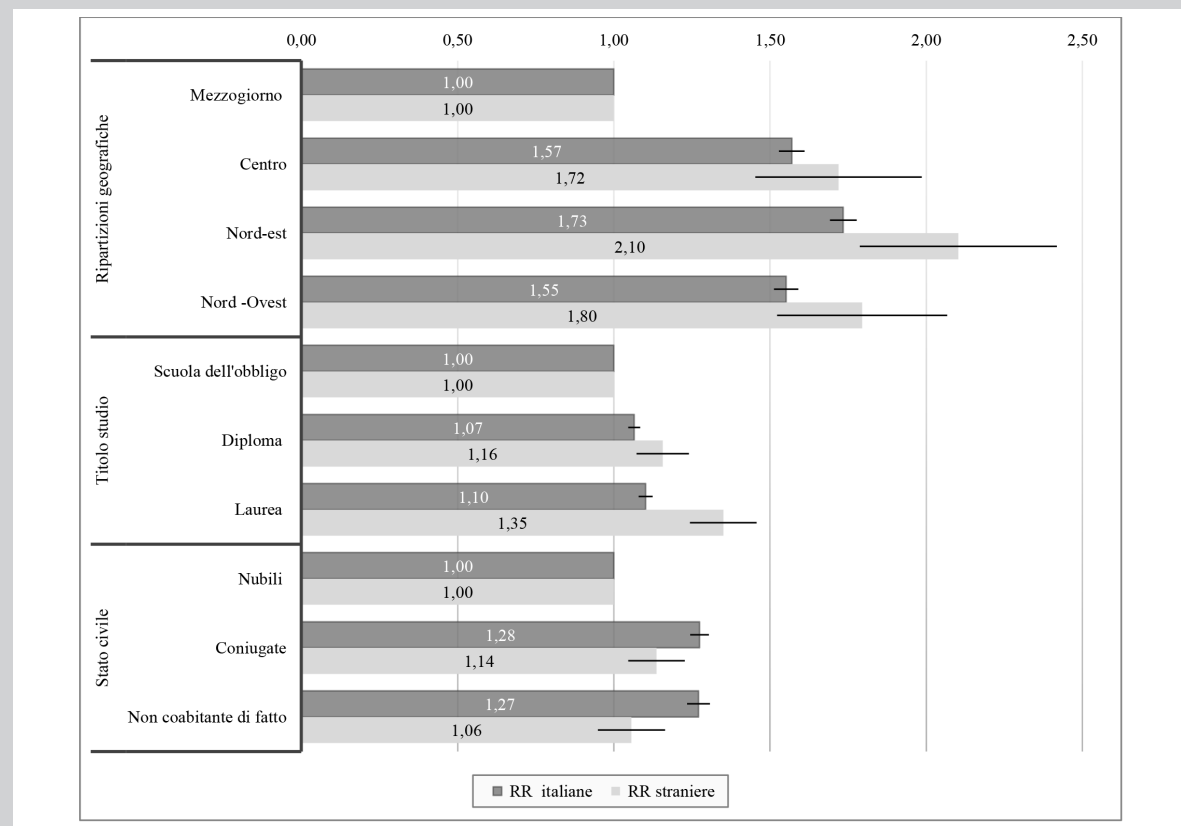
Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

**Tabella 3** - Tasso (standardizzato per 100) di cittadine straniere di età 25-64 e 50-69 anni che hanno fatto ricorso al Pap-test e alla mammografia in assenza di sintomi o disturbi per alcune variabili - Anno 2013

	Pap-test (25-64 anni)			Mammografia (50-69 anni)		
	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 3 anni	Età media al primo Pap-test	Almeno una volta nella vita	Negli ultimi 2 anni	Età media alla prima mammografia
<b>Area di provenienza</b>						
Africa	51,7	39,4	34,6	55,1	39,7	50,3
America centro-meridionale	75,2	58,2	29,6	65,8	41,3	48,5
Asia	58,8	42,2	34,8	54,2	28,6	43,3
Europa centro-orientale	66,1	50,5	33,2	53,1	35,6	50,3
<b>Anni di permanenza*</b>						
<5	51,2	39,6		39,1	28,0	
6-8	64,5	47,8		48,7	29,5	
9-11	69,0	54,5		59,1	41,3	
>12	72,4	53,5		65,9	41,5	
<b>Cittadinanza partner*</b>						
Italiana	77,2	67,4		69,4	48,6	
Straniera	63,3	48,8		55,2	37,1	
<b>Totale donne straniere</b>	<b>65,5</b>	<b>49,6</b>	<b>33,0</b>	<b>56,7</b>	<b>37,1</b>	<b>48,8</b>
<b>Totale donne italiane</b>	<b>80,1</b>	<b>63,4</b>	<b>29,7</b>	<b>80,9</b>	<b>56,8</b>	<b>43,8</b>

\*Test for trend p&lt;0.001.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.

**Grafico 3** - Rischio Relativo e Intervalli di Confidenza del ricorso al Pap-test nei 3 anni precedenti l'intervista di cittadine italiane e straniere di età 25-64 anni per ripartizione geografica, titolo di studio e stato civile - Anno 2013

°RR aggiustato per età, risorse economiche e condizione abitativa.

\*Non coabitante di fatto include la donna coniugata non coabitante con il coniuge, separata legalmente, divorziata e vedova.

Fonte dei dati: Istat. Indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2013.



### Discussione

L'apprezzabile incremento dei livelli di copertura, rispetto al 2005, sembra principalmente attribuibile ad una offerta pubblica sempre più efficace in campo di prevenzione oncologica. Lo testimonierebbe la relazione tra diffusione degli screening sul territorio e il corrispondente consolidamento o avvio di programmi di screening, in particolare riguardo alle donne straniere e alle donne in condizioni socio-economiche meno agiate. Il coinvolgimento delle donne straniere è, infatti, particolarmente basso laddove è più carente l'offerta pubblica. La situazione del Mezzogiorno esemplifica bene la relazione fra attivazione dei programmi organizzati e livello di copertura: nel Sud ed Isole i programmi, anche quando attivati, mostrano una cronica difficoltà a invitare tutta la popolazione bersaglio nei tempi raccomandati (l'estensione effettiva al Meridione è del 61% per la cervice e del 35% per la mammella, mentre al Nord questo indicatore per entrambi gli screening supera il 90%) e ottengono una minore adesione all'invito (32% per la cervice uterina e 46% per la mammella al Sud, mentre al Nord 52% e 69%, rispettivamente).

Ad oggi, i livelli di copertura sono ben lontani da quelli desiderabili in diverse regioni, in particolare nel Meridione e si sono acuite le disuguaglianze territoriali nel tempo, per il recupero troppo lento del Sud e delle Isole.

Il gruppo delle straniere, benché eterogeneo al suo interno, è maggiormente coperto in termini di prevenzione oncologica se appartiene al Centro-Nord, se ha un'istruzione elevata o è di provenienza europea o Sud americana.

I coordinamenti screening di alcune Aziende Sanitarie Locali, sulla scorta di indicazioni regionali, hanno attivato interventi *community-based* differenziati per favorire il coinvolgimento dei gruppi di popolazione che sfuggono o si sottraggono all'invito. Permangono, tuttavia, differenziali di accesso significativi tra le donne italiane e le straniere a svantaggio di queste ultime. Una maggiore offerta del test di prevenzione da parte delle strutture pubbliche, ed in particolare dai programmi di screening, potrebbe contribuire a ridurre le disuguaglianze di accesso alla prevenzione fra le donne italiane e straniere, eventualmente accompagnata da campagne proattive di informazione mirate a raggiungere i gruppi di popolazione maggiormente *hard to reach*.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponibile sul sito: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year.
- (2) Campari C, Fedato C, Iossa A, Petrelli A, Zorzi M, Giorgi Rossi P, et al. Cervical cancer screening in immigrant women in Italy: a survey on participation, cytology and histology results. *European Journal Of Cancer Prevention: The Official Journal Of The European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. (2015, July 22).
- (3) Xiong H, Murphy M, Mathews M, Gadag V, Wang P. Cervical cancer screening among Asian Canadian immigrant and nonimmigrant women. *American Journal Of Health Behavior*. March 2010; 34 (2): 131-143.
- (4) Disponibile sul sito: [www.osservatorionazionale.screening.it](http://www.osservatorionazionale.screening.it).

## Ricorso alle visite mediche come forma di prevenzione primaria nella popolazione straniera

Dott.ssa Monica Perez, Dott. Alessio Petrelli, Dott.ssa Donatella Mandolini, Dott. Daniele Spizzichino

### Contesto

Il continuo aumento della popolazione straniera residente in Italia, cui si aggiungono quanti vivono abitualmente nel Paese senza essere registrati in Anagrafe, e la situazione internazionale che genera flussi di persone in fuga dai Paesi nativi e diretti verso l'Italia e gli altri Paesi europei, fanno da cornice alla questione centrale della promozione della salute degli immigrati. Il tema richiede di essere affrontato sia sul piano delle politiche sanitarie che su quello dell'accoglienza e dell'integrazione, in un approccio multidisciplinare. La promozione della salute degli immigrati assume un ruolo centrale nel più ampio panorama delle politiche sanitarie, anche tenendo conto che le previsioni demografiche evidenziano come la popolazione straniera nel nostro Paese continuerà ad aumentare anche nei prossimi decenni, fino a superare i 14 milioni di persone nel 2065<sup>1</sup>, corrispondenti al 23% della popolazione presunta residente alla stessa data (stimata in 61,3 milioni di persone) (1).

Per garantire percorsi di tutela della salute degli immigrati, oltre alle azioni rivolte alla cura della popolazione immigrata e all'accessibilità alle strutture e ai servizi sanitari si devono, quindi, affiancare azioni rivolte a prevenire l'insorgenza di patologie. Seppure più giovani e più sani degli italiani, gli immigrati sono maggiormente esposti al rischio di alcune malattie, come quelle a trasmissione sessuale e ad alcune forme tumorali, in particolare quelle di natura infettiva, come il tumore della cervice uterina, dello stomaco, del fegato e del pancreas. Inoltre, la popolazione immigrata tende, con il crescere della durata della permanenza in Italia, ad adottare stili di vita maggiormente insalubri, assimilabili a quelli degli strati socio-economici più svantaggiati della popolazione residente (dieta alimentare povera di vegetali e frutta, fumo, abuso di alcol etc.), determinando situazioni di maggiore esposizione a problemi di salute (2, 3). La pluralità di nazionalità che caratterizza la presenza straniera in Italia evidenzia, inoltre, che le singole comunità possono essere esposte in modo diverso a specifici rischi per la salute, in relazione alle abitudini e ai comportamenti che assumono non soltanto sul piano degli stili di vita, ma anche dei consumi sanitari. Tali differenze possono essere spiegate sia in relazione alla diversa distribuzione dei fattori di rischio dei Paesi di origine, sia alla presenza di fattori culturali e linguistici che possono costituire barriere a corretti stili di vita o all'accesso ai servizi sanitari.

Un campanello di allarme è stato dato anche dal *World Cancer Report 2014* dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (4). Dal Report, si evince come i nuovi casi di tumore sono destinati ad aumentare, passando da 14 milioni del 2012 a 22 milioni nel 2030, con gli immigrati che risultano più a rischio rispetto agli italiani. Ai comportamenti più a rischio che questi assumono, si aggiunge la minore adesione ai programmi di screening, sia nei Paesi di provenienza che in Italia, soprattutto nelle aree non coperte da programmi di screening organizzati. Il ritardo nella diagnosi delle patologie tumorali contribuisce a determinare una mortalità per tumore del 20% superiore tra gli stranieri residenti rispetto agli italiani.

Tuttavia, al fine di guadagnare salute, risulta fondamentale la prevenzione primaria, tra cui un ricorso appropriato a visite mediche effettuate in assenza di disturbi o sintomi, al fine di orientare la popolazione straniera verso comportamenti e stili di vita corretti.

### Materiali e Metodi

I dati utilizzati per analizzare il ricorso a visite mediche effettuate in assenza di disturbi o sintomi della popolazione straniera provengono dall'indagine dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta nel 2011-2012<sup>2</sup> su un campione nazionale di circa 9.600 famiglie con almeno un cittadino straniero, residenti in 830 Comuni, per un totale di oltre 20.000 stranieri residenti intervistati.

<sup>1</sup>Le previsioni demografiche dell'Istat sono realizzate utilizzando standard metodologici riconosciuti in campo internazionale. L'ammontare della popolazione si modifica di anno in anno sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita). Le previsioni sono articolate secondo tre distinti scenari. Lo scenario centrale fornisce un set di stime puntuali ritenute "verosimili" che, costruite in base alle recenti tendenze demografiche, rappresentano quelle di maggiore interesse per gli utilizzatori. Oltre a questo scenario, definito come il più "probabile", ne vengono definiti altri due alternativi (detti alto e basso). Nello scenario centrale di previsione si risconterebbe un costante incremento, pur a ritmi decrescenti nel tempo, della popolazione straniera, che raggiungerebbe i 14,1 milioni entro il 2065. Rispetto a questo dato i margini d'incertezza finali sono dell'ordine del milione e mezzo in più o in meno, a seconda delle ipotesi considerate nel metodo di previsione utilizzato: margini importanti, ma che non riducono la portata del fenomeno legato alla crescita degli stranieri sul territorio nazionale.

<sup>2</sup>L'indagine è stata supportata dall'interesse e il contributo finanziario di varie Istituzioni quali: il Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute e il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno. Il Ministero della Salute, in particolare, ha finanziato un modulo specifico dedicato alle condizioni di salute e l'accesso ai servizi sanitari della popolazione straniera.

Dall'indagine sono disponibili numerose informazioni inerenti diversi aspetti delle condizioni di vita e del processo di integrazione dei cittadini stranieri. Tra queste, grande importanza rivestono le condizioni di salute, l'utilizzo e l'accessibilità ai servizi sanitari. Grazie alle informazioni disponibili è possibile definire il profilo socio-sanitario delle principali comunità straniere presenti in Italia e analizzare lo stato di salute e i comportamenti in campo sanitario della popolazione straniera, non soltanto rispetto ai più consueti fattori socio-demografici, ma anche in relazione a numerosi altri fattori del profilo socio-culturale dell'individuo e del suo livello di integrazione in Italia.

Nello specifico, nel presente lavoro, è stato studiato<sup>3</sup> il ricorso a visite mediche, generiche o specialistiche, fatte in assenza di disturbi o sintomi come forma di prevenzione primaria.

Per poter analizzare, congiuntamente, i fattori associati con la prevenzione è stato utilizzato un modello di regressione logistica. Tale metodologia consente di analizzare le associazioni di più variabili (indipendenti) con una variabile risposta, rappresentata dal ricorso a visite mediche, generiche o specialistiche, effettuate in assenza di disturbi o sintomi. Nel modello, l'associazione di ogni singola variabile indipendente con la variabile risposta è valutata controllando, simultaneamente, gli effetti di tutte le altre variabili indipendenti considerate. Il modello esprime la probabilità di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi contrapposta alla probabilità di non farne: quindi, a valori  $>1$  dell'*Odds Ratio* (OR) corrisponde una maggiore probabilità di ricorso a visite mediche, mentre a valori  $<1$  corrisponde una probabilità minore. Come fattori indipendenti sono state scelte le seguenti variabili relative a caratteristiche socio-demografiche e di condizione di salute dell'intervistato: genere, età, cittadinanza, anni di permanenza, stato civile, famiglia mista, titolo di studio, condizione occupazionale, condizioni di salute percepita, presenza di malattie croniche, indici sintetici di salute fisica e psicologica, Indice di Massa Corporea, consumo di alcol e discriminazione.

### Risultati

Poco meno dell'11% dei cittadini stranieri di età 18-64 anni ha effettuato visite mediche per controllare il proprio stato di salute in assenza di disturbi o sintomi nelle 4 settimane precedenti l'intervista (Tabella 1). Le donne ricorrono più degli uomini a questa forma di prevenzione primaria (14,1% vs 6,7%, rispettivamente), confermando quanto si osserva per i cittadini italiani: risulta, infatti, che le donne sono più attive e sensibili rispetto alla propria salute, anche attuando maggiori forme di prevenzione (5). Per gli uomini la prevenzione primaria aumenta con il crescere dell'età, probabilmente perché legata al peggioramento delle condizioni di salute. Per le donne si fanno più visite in età 25-34 anni, probabilmente in corrispondenza della fase riproduttiva, diminuendo poi nelle classi di età più avanzate.

La Tabella 2 mostra i risultati del modello di regressione logistica: la propensione alla prevenzione da parte delle donne straniere è 1,7 volte superiore rispetto a quella degli uomini. Si evidenzia, inoltre, un'omogeneità di comportamento tra le diverse comunità straniere, fatta eccezione per alcune comunità asiatiche (Cina e Filippine), per le quali è noto il minor accesso all'assistenza sanitaria, ma anche per la comunità polacca ed ucraina, tra le quali la probabilità di ricorrere alla prevenzione primaria è significativamente inferiore rispetto agli stranieri che provengono dalla Romania. L'essere celibe/nubile rispetto all'essere coniugati determina una minore probabilità di prevenzione da parte dei primi (OR=0,787); la coabitazione con un partner, infatti, è riconosciuta avere effetti positivi per la salute, sia per le maggiori risorse materiali che la convivenza mette a disposizione, sia come fattore di controllo sociale verso i comportamenti dannosi per la salute (Tabella 2). Anche il vivere in una famiglia mista, quindi, con la presenza di almeno un italiano, è associato ad una maggiore prevenzione.

La propensione verso la prevenzione è maggiore anche tra chi ha un titolo di studio elevato, con una probabilità che è del 26% superiore rispetto a chi ha un titolo basso (OR=1,264). È noto, infatti, come il livello di istruzione rappresenti un importante determinante sociale delle condizioni di salute. Generalmente, un grado di scolarizzazione più elevato ha un impatto positivo sullo stile di vita degli individui, favorendo la consapevolezza dei benefici che possono derivare dall'adottare stili di vita più salutari e forme di prevenzione per la salute appropriate (6).

Un ruolo importante viene giocato dalle condizioni di salute: gli stranieri con una salute peggiore effettuano maggiore prevenzione, forse per non vedere ulteriormente compromesse le proprie condizioni di salute già instabili. Al peggiorare della salute percepita aumenta la probabilità di effettuare visite mediche anche in assenza di disturbi o sintomi. In particolare, chi dichiara di stare "molto male" ha un rischio doppio rispetto a chi sta "molto bene" (OR=2,226). Stessi risultati si osservano se si prendono in considerazione gli indicatori sintetici di salute fisica e psicologia, così come anche la presenza di malattie croniche, che evidenzia la maggiore propensione ad accedere alla prevenzione (OR=1,819).

<sup>3</sup>Il quesito utilizzato è stato: "In Italia, nelle ultime 4 settimane, hai fatto visite mediche per controllare il tuo stato di salute in assenza di disturbi o sintomi?".

Tra i fattori considerati emerge anche l'aver subito discriminazioni. L'essere stato vittima di un evento di discriminazione sembra risultare un fattore che aumenta la propensione ad effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi (OR=1,199). Questa esperienza, probabilmente, si lega in via indiretta al ricorso alle visite mediche: l'aver subito discriminazioni si associa a un peggiore stato di salute mentale percepito (7, 8); poiché, come si è osservato, la presenza di cattive condizioni di salute aumenta la propensione al ricorso a visite mediche anche senza disturbi o sintomi, l'essere stati vittima di discriminazione può, dunque, rappresentare una spinta ulteriore ad intraprendere comportamenti orientati a forme di prevenzione per la salute.

**Tabella 1** - *Stranieri (valori percentuali) che hanno effettuato visite mediche in assenza di disturbi o sintomi nelle 4 settimane precedenti l'intervista per genere e per classe di età - Anni 2011-2012*

Classi di età	Visite mediche in assenza di disturbi o sintomi	
	No	Si
<b>Maschi</b>		
18-24	95,4	4,6
25-34	93,9	6,1
35-44	93,7	6,3
45-54	91,0	9,0
55-64	89,7	10,3
<b>Totale</b>	<b>93,3</b>	<b>6,7</b>
<b>Femmine</b>		
18-24	85,6	14,4
25-34	82,6	17,4
35-44	87,6	12,4
45-54	87,2	12,8
55-64	88,8	11,2
<b>Totale</b>	<b>85,9</b>	<b>14,1</b>
<b>Totale</b>		
18-24	90,3	9,7
25-34	87,7	12,3
35-44	90,5	9,5
45-54	88,8	11,2
55-64	89,1	10,9
<b>Totale</b>	<b>89,2</b>	<b>10,8</b>

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

## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

311

**Tabella 2** - Probabilità (Odds Ratio) per gli stranieri di età 18-64 anni e significatività di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi per alcune variabili - Anni 2011-2012

Variabili	Odds Ratio	Significatività
<b>Genere</b>		
Maschio*		
Femmina	1.724	0.000
<b>Età</b>		
14-24*		
25-34	1.169	0.155
35-44	0.867	0.226
45-54	0.961	0.755
55-64	0.811	0.156
<b>Cittadinanza</b>		
Romania*		
Albania	1.092	0.372
Marocco	0.926	0.494
Cina	0.363	0.000
Ucraina	0.758	0.039
Filippine	0.643	0.033
Tunisia	1.139	0.447
Polonia	0.718	0.038
India	0.958	0.850
Moldavia	1.003	0.985
Altra cittadinanza	1.000	0.998
<b>Anni di permanenza in Italia</b>		
Nato/a in Italia	1.145	0.801
≤4 anni*		
5-10 anni	1.043	0.610
≥11 anni	1.065	0.474
<b>Stato civile</b>		
Coniugato/a*		
Celibe/nubile	0.787	0.001
Separato/a di fatto	0.932	0.500
Separato/a legalmente	1.450	0.068
Divorziato/a	0.826	0.128
Vedovo/a	0.804	0.182
<b>Famiglia mista</b>		
No*		
Sì	1.327	0.000
<b>Istruzione</b>		
Medio-Bassa*		
Alta	1.264	0.000
<b>Condizione occupazionale</b>		
Occupato alle dipendenze*		
Occupato co.co.co etc.	0.961	0.867
Occupato autonomo	0.925	0.523
In cerca di occupazione	0.829	0.064
Inattivo	1.190	0.016
<b>Salute percepita</b>		
Molto bene*		
Bene	1.339	0.000
Né bene né male	1.430	0.001
Male	1.764	0.001
Molto male	2.226	0.010
<b>Malattie croniche</b>		
No*		
Sì	1.819	0.000
<b>Indice di stato fisico</b>		
Buono*		
Cattivo	1.800	0.000
<b>Indice di stato psicologico</b>		
Buono*		
Cattivo	1.350	0.000

**Tabella 2** - (segue) *Probabilità (Odds Ratio) per gli stranieri di età 18-64 anni e significatività di effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi per alcune variabili - Anni 2011-2012*

Variabili	Odds Ratio	Significatività
<b>Indice di massa corporea</b>		
Normopeso-Sottopeso*		
Sovrappeso-Obeso	1.120	0.054
<b>Unità alcoliche giornaliere</b>		
0*		
1-2	0.872	0.158
3-4	0.706	0.036
≥5	0.731	0.205
<b>Discriminazione</b>		
No*		
Sì	1.199	0.003

\*Modalità di riferimento.

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

### Conclusioni

I risultati dello studio evidenziano come lo stato di salute sia il principale determinante del ricorso a visite mediche in assenza di disturbi o sintomi. Peggiori condizioni di salute, percepita e cronica, fisica e psicologica, sono associate con un significativo maggior ricorso all'assistenza primaria tra gli stranieri residenti in Italia. Pur con i limiti dovuti alla natura trasversale dell'indagine, sembrerebbe che l'attenzione verso la prevenzione primaria si manifesti, principalmente, in presenza di cattive condizioni di salute. Azioni efficaci di promozione della salute dovrebbero, quindi, essere attivate al fine di favorire un uso dell'assistenza primaria maggiormente orientato alla prevenzione.

Minore accesso all'assistenza primaria si osserva per la popolazione di cittadinanza cinese, filippina, polacca e ucraina, rispetto a quella romena. La natura di queste differenze è, probabilmente, diversa: per le comunità asiatiche risulta necessario introdurre *policy* e programmare azioni per contrastare le barriere culturali e linguistiche, cui si aggiungono, talvolta, quelle amministrative che possono inibire un corretto accesso alla prevenzione, mentre, probabilmente, per le popolazioni provenienti dall'Europa orientale lo sforzo principale dovrebbe essere incentrato nella comunicazione dei benefici derivanti da un corretto ricorso alle visite mediche, che possa stimolare ad un maggiore accesso ai servizi sanitari. Il livello socio-economico si conferma un determinante dell'accesso all'assistenza sanitaria. Anche per gli stranieri, quindi, maggiore attenzione deve essere dedicata alle fasce di popolazione più svantaggiate.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065, Dicembre 2011.
- (2) Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Problematiche oncologiche nei migranti: dall'emergenza alla gestione, Congresso Nazionale AIOM, Bologna, Novembre 2011.
- (3) Mandolini D, Di Napoli A, Costanzo G, Perez M, Petrelli A. Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscope ISTAT sugli stranieri. XXXIX Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Milano, 27-30/10/2015. Atti: 204(O).
- (4) International Agency for Research on Cancer, WHO, World cancer Report 2014, B.W. Stewart and C.P. Wild (edited by), 2014.
- (5) Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane. Libro bianco 2009. Franco Angeli, 2009.
- (6) Grossman M. e Kaestner R., Effects of education on health, in Behrman J.R. e Stacey N., The Social benefits of education, Michigan, MA: University of Michigan Press, 1997.
- (7) World Health Organization (WHO), Commission of social determinants of health, A conceptual framework for action on social determinants of health, 2007. Disponibile sul sito: [www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf).
- (8) Petrelli A, Di Napoli A, Mandolini D, Rossi A, Gatta R, Costanzo G, Perez M. Discrimination, integration and self-perceived mental health among immigrants in Italy. 8th European Public Health Association Conference. Milan, 14-17/10/2015. European Journal of Public Health 2015; 25 (suppl.3): 28.

### Esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma

Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Chiara Pajno, Dott.ssa Giorgia Mazzarini, Dott.ssa Pierangela Napoli, Dott. Antonio Fortino, Gruppo di lavoro "Selam Palace e insediamenti Via delle Messi d'Oro e Via Collatina"

Nel corso del 2014, a seguito dell'intensificarsi degli sbarchi in concomitanza dell'operazione militare e umanitaria "Mare Nostrum" attuata dal Governo italiano, sono approdati sulle nostre coste più di 170 mila migranti in fuga dal proprio Paese. Di questi, un cospicuo numero ha percorso l'Italia diretto altrove, con l'intenzione di richiedere asilo in altri Paesi dell'Unione Europea: una popolazione in transito, proveniente prevalentemente da Siria, Eritrea, Afghanistan, Somalia e Etiopia, di cui il 15% costituito da minori, per metà non accompagnati. Considerando che circa 63.000 sono state le richieste di protezione internazionale inoltrate alle Commissioni Territoriali italiane nel 2014, è possibile stimare la quota di migranti in transito intorno alle 100.000 unità (1).

Questo fenomeno, relativamente nuovo per il nostro Paese, è connotato da una notevole complessità: si tratta, infatti, di persone che fuggono dal proprio contesto di vita e, per quanto vi sia una selezione determinata dall'effetto migrante sano, il loro stato di salute risente gravemente della precarietà e dell'instabilità dei contesti di provenienza e, soprattutto, delle condizioni di viaggio (2). Inoltre, queste persone, che transitano per brevi periodi (di solito alcuni giorni), sfuggono all'identificazione, non vengono inserite all'interno di programmi di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, non godono di copertura sanitaria e non si rivolgono spontaneamente ai servizi per gli Stranieri Temporaneamente Presenti.

Per tali ragioni, il fenomeno dei migranti in transito ha finito per assumere un impatto rilevante sulle strategie di Sanità Pubblica e sui modelli socio-sanitari di presa in carico (3).

Nel 2014, a Roma è stato realizzato un piano di intervento socio-sanitario che ha coinvolto diverse Istituzioni pubbliche (l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà e l'Azienda Sanitaria Locale-ASL Roma B) e Associazioni del privato sociale (Caritas diocesana di Roma, Cittadini del Mondo, Croce Rossa Italiana - Comitato Provinciale di Roma, Medici per i Diritti Umani e Medici Senza Frontiere), nella creazione di una rete territoriale di prossimità per l'offerta attiva di prestazioni sanitarie di primo livello (medicina generale) e di secondo livello (medicina specialistica, soprattutto dermatologica), all'interno di due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace) e di un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro) sul territorio della ASL RM B (4).

All'azione sanitaria è stato affiancato un supporto di tipo sociale, che ha previsto la raccolta e la distribuzione di beni di prima necessità (vestiario, cibo e *kit* per l'igiene personale).

Durante i 5 mesi di attività (18 giugno-6 novembre 2014), le *équipe* sanitarie operanti sulle unità mobili hanno assistito 3.870 persone, in 130 interventi di *outreaching*. Si è trattato, principalmente, di prime visite (88%). I pazienti visitati sono risultati in prevalenza eritrei, uomini (84%) e con età mediana di 23 anni; i minori sono stati il 14%, gli ultra 50enni tra l'1-2%.

Sono state riscontrate, prevalentemente, patologie dermatologiche (55%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire le malattie del sistema respiratorio (20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie del digerente (9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti.

Sono stati 21 i casi di malattie infettive sistemiche (lo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, inviate presso strutture ospedaliere per accertamenti, per nessuna delle quali è stata confermata la diagnosi; 8 casi sospetti di malaria e 5 di varicella.

L'intervento del 118 è stato richiesto in 20 casi, per condizioni generali particolarmente compromesse, ferite e 1 caso di aborto spontaneo.

Questi dati non differiscono, sostanzialmente, da quelli della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità tra maggio 2011 e giugno 2013 su circa 5.000 persone ospiti di 139 centri di accoglienza in 13 regioni, che non ha evidenziato situazioni critiche dal punto di vista sanitario: le indagini epidemiologiche avviate in seguito alle allerte non hanno messo in evidenza *cluster* epidemici, ad eccezione di tre allarmi statistici per casi di "infestazione", confermati poi come focolai di scabbia (5).

L'esperienza pilota, condotta a Roma, ha permesso di sperimentare e consolidare nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione in cui le Istituzioni sanitarie pubbliche esercitano un ruolo di *stewardship* rispetto alle organizzazioni umanitarie e del privato sociale che operano in rete.

Tale modello è stato ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in una nota dell'8 agosto 2014 (6), recante indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito, in un'ottica di medicina di prossimità rivolta a popolazioni caratterizzate da particolare "distanza" dai servizi.

A supporto della validità di tale esperienza, una recente revisione della letteratura pubblicata sul *Journal of Community Health*, ha fatto emergere la potenziale efficacia degli interventi basati sull'impiego di *mobile clinic* nell'ottenere significativi impatti sulla salute di migranti ad alto rischio, a condizione che sia forte la *partnership* tra attori sanitari, sociali e l'intera comunità (7).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Geraci S. Oltre gli sbarchi. Per un Piano nazionale dell'accoglienza. SaluteInternazionale.info, 17 luglio 2014. Disponibile sul sito: [www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/](http://www.saluteinternazionale.info/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/).
- (2) Baglio G. Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). *Epidemiol Prev* 2015; 39 (2): 73-4.
- (3) Baglio G, Fortino A. I migranti invisibili nelle città-ragnatela. Blog Salute Internazionale.info - 17/6/2015. Disponibile sul sito: [www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela/](http://www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela/).
- (4) Rapporto INMP/ASL Roma B. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. Roma, 2015. Disponibile sul sito: [www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili](http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili).
- (5) Bella A., Napoli C., Riccardo F., et al. Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei Centri per Immigrati in Italia negli anni 2011-2013. Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2014: 319-20. Disponibile sul sito: [www.osservasalute.it/index.php/rapporto](http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto).
- (6) Regione Lazio. Progetto "Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze". Determinazione n.G04855 del 16/12/2013.
- (7) Luque JS., Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. *J Community Health*, 2013; 38 (2): 397-407.

#### Gruppo di lavoro "Selam Palace e insediamenti Via delle Messi d'Oro e Via Collatina"

Coordinamento: G. Baglio (INMP), P.A. Napoli (ASL RM B). Componenti: A. Al Rousan (Medici Senza Frontiere), G. Alcaro (ASL RM B), A. Barbieri (Medici per i Diritti Umani), M. Bonizzi (CRI), A. Patriarca (Associazione Cittadini del Mondo), F. Ciaralli (ASL RM B), D. D'Angelo (Associazione Cittadini del Mondo), G. De Acutis (CRI), S. Di Carlo (Medici Senza Frontiere), M. Di Marzio (ASL RM B), A. Di Vincenzo (ASL RM B), A. Fortino (INMP), E. Gati (CRI), S. Geraci (Caritas Diocesana di Roma), C. Ippoliti (ASL RM B), M. Maio (ASL RM B), M. Moscatelli (Delegato del Sindaco per ASL RM B), F. Motta (Caritas Diocesana di Roma), Chiara Pajno (INMP)



## Migranti cinesi in gravidanza: stato sierologico relativo alle principali malattie infettive ed accesso ai servizi sanitari. L'esperienza nelle comunità di Roma e Prato

Dott.ssa Eugenia Di Meco, Dott. Salvatore Geraci, Prof.ssa Enrica Tamburrini, Dott.ssa J-Jade King, Dott.ssa Giulia Silvestrini, Prof. Federico Bruno, Dott. Francesco Di Nardo, Dott.ssa Maria Cristina Epifani, Dott.ssa Anna Di Nicola, Prof. Gianfranco Damiani

### Introduzione

La comunità di migranti cinesi è, da sempre, considerata una popolazione chiusa, sconosciuta, una cosiddetta "black box" di cui pochi sono i dati a disposizione. Molto è già stato scritto riguardo alle difficoltà di accesso ai servizi sanitari, dettate principalmente da problematiche di natura linguistica, ma ben poche sono le evidenze disponibili riguardo gli aspetti sanitari e ancor meno riguardo lo stato sierologico delle donne in gravidanza.

I cinesi rappresentano la terza comunità tra i cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia e la prima comunità proveniente dal continente asiatico. Degli oltre 260 mila residenti, il 49% sono donne. Sono quasi 49.000 i nuovi nati di cittadinanza cinese tra il 2002-2012 in Italia.

Questo *Box* presenta i risultati ricavati da due ricerche condotte nelle città di Roma e Prato, dove esistono due tra le più grandi comunità cinesi d'Italia (rispettivamente, 18.523 e 15.957 cinesi residenti, nel 2014).

Entrambi gli studi sono stati condotti con l'obiettivo generale di ampliare la conoscenza dei possibili ambiti primari di intervento in materia di protezione della salute riproduttiva delle migranti cinesi, attraverso la valutazione dello stato sierologico per determinate infezioni rilevanti in gravidanza. A questo si è voluto associare un'indagine delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione in esame e di alcuni indicatori di accesso ai servizi sanitari, la conoscenza dei quali è presupposto per l'elaborazione di strategie volte ad implementare tanto una capacità comunicativa efficiente tra medico ginecologo e paziente, quanto l'offerta di modelli e strumenti assistenziali appropriati al percorso di salute delle pazienti.

### Materiali e Metodi

Nello studio condotto nella comunità di Roma sono stati presi in considerazione, dalla revisione retrospettiva delle cartelle cliniche, i dati sierologici relativi a tutte le pazienti cinesi seguite per gravidanza negli anni 2001-2013 presso lo studio di una ginecologa cinese che esercita privatamente nella capitale, mentre i dati socio-demografici, correlati allo *status* migratorio e all'accesso ai servizi sanitari, sono stati ricavati e messi a confronto in due distinte popolazioni di pazienti: tutte le donne seguite per gravidanza presso il Poliambulatorio Caritas nel periodo 2008-2013 ed un campione di donne seguite per gravidanza presso lo studio ginecologico privato sopraccitato nel periodo dicembre 2013-febbraio 2014. Nel primo caso si è proceduto alla consultazione retrospettiva delle cartelle cliniche e del *database* del Poliambulatorio; nel secondo, invece, la raccolta delle informazioni è avvenuta mediante la somministrazione di un questionario redatto in lingua italiana e cinese. La ricerca condotta nella città di Prato si è incentrata su tutte le donne di nazionalità cinese che hanno partorito nel 2014 presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale 4 della Provincia di Prato (comprendente il territorio dei Comuni di Cantagallo, Carmigliano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano e Vernio) e che sono state seguite nel corso di tutta o parte della gravidanza presso il consultorio "Centro Salute Donna" del Comune di Prato, il quale fornisce specifici percorsi assistenziali per le donne migranti grazie ad un servizio di mediazione culturale.

### Risultati

La Tabella 1 mostra i risultati riguardo i dati sierologici delle coorti di pazienti in studio.

Per quanto riguarda la raccolta dei dati sierologici, lo studio condotto a Roma ha interessato 1.259 pazienti, mentre lo studio di Prato 686 pazienti. La mediana dell'età è di 28 anni per entrambi i gruppi ed i dati di sieroprevalenza ottenuti mostrano sostanziale sovrapposizione tra le due città: nessuna infezione da *Human Immunodeficiency Virus*, bassa prevalenza per infezione da *Hepatitis C Virus* (0,6% sia per Roma che per Prato) e per Sifilide (positività alla *Veneral Disease Research Laboratory* 0,7% e 0,6%, rispettivamente per Roma e Prato), bassa condizione di immunoprotezione per *Toxoplasma* (3,1% in entrambi i gruppi) e mediocre livello di immunoprotezione per Rosolia (81,0% per Roma e 73,4% per Prato). Un solo caso di infezione acuta da *Toxoplasma* è stato registrato nella coorte romana e nessun caso di infezione acuta da virus della Rosolia (dati non riportati in tabella). Significativo è il dato riguardante l'infezione da *Hepatitis B Virus* (HBV): il 13,9% delle donne cinesi residenti a Roma e l'8,3% delle donne cinesi residenti a Prato è risultato positivo alla ricerca di *Hepatitis B surface Antigen* (HBsAg).

La Tabella 2 mostra le caratteristiche socio-demografiche e i dati di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delle due coorti romane, di 123 e 31 pazienti, rispettivamente per l'Ambulatorio Caritas e lo studio privato. Dai numeri si evince una condizione di maggiore "fragilità" per le pazienti che si rivolgono all'Ambulatorio Caritas, indicata da più elevate percentuali di donne disoccupate e non in regola con il permesso di soggiorno, mentre le difficoltà di accesso e di fruizione del Servizio Sanitario pubblico sono caratteristiche di entrambi i gruppi in studio, dal momento che in entrambi i casi oltre il 40% delle aventi diritto non è regolarmente iscritta al SSN.

I dati socio-demografici, relativi alla coorte di Prato, mostrano un contesto in parte differente, con un più alto livello di occupazione (percentuale di disoccupate pari al 6,9%) ed una migliore condizione di integrazione sociale (92,4% delle pazienti in possesso di regolare permesso di soggiorno e di queste il 100% regolarmente iscritta al SSN). Unico dato aggiuntivo è la mediana delle settimane gestazionali al primo accesso alle strutture del Consultorio Pubblico, pari a 15 settimane (dati non presenti in tabella).

**Tabella 1** - Casi (valori assoluti e valori percentuali) totali e casi (valori assoluti e valori percentuali) positivi nelle coorti di pazienti di Roma e di Prato per indagine sierologica

Indagini sierologiche	Roma		Prato	
	Casi	Positivi	Casi	Positivi
HIV (Ab)	335 (26,6)	0	681 (99,3)	0
Sifilide (VDRL)	435 (34,5)	3 (0,7)	683 (99,6)	4 (0,6)
HCV (Ab)	512 (40,7)	3 (0,6)	677 (98,7)	4 (0,6)
HBV (HBsAg)	685 (54,4)	95 (13,9)	650 (94,7)	54 (8,3)
Rosolia (IgG)	911 (72,4)	738 (81,0)	683 (99,6)	501 (73,4)
Toxoplasmosi (IgG)	1.123 (89,2)	35 (3,1)	682 (99,4)	21 (3,1)

**Tabella 2** - Rispondenti (valori assoluti e valori percentuali) e casi (valori assoluti e valori percentuali) di accesso ai servizi sanitari delle coorti di pazienti di Roma e di Prato per alcune variabili

Variabili	Roma				Prato	
	Ambulatorio Caritas		Studio privato		Consultorio pubblico	
	Rispondenti	Casi	Rispondenti	Casi	Rispondenti	Casi
Coniugata	123 (100,0)	94 (76,4)	31 (100,0)	25 (80,6)	-	-
Permesso di soggiorno	123 (100,0)	56 (45,5)	31 (100,0)	31 (100,0)	683 (99,6)	631 (92,4)
Iscrizione SSN	123 (100,0)	8 (6,5)	31 (100,0)	17 (54,8)	683 (99,6)	631 (92,4)
<b>Impiego</b>						
Senza occupazione	123 (100,0)	81 (65,9)	31 (100,0)	5 (16,1)	521 (75,9)	36 (6,9)
Impiegata ristorazione	123 (100,0)	12 (9,8)	31 (100,0)	2 (6,4)	521 (75,9)	15 (2,9)
Operaia	123 (100,0)	8 (6,5)	31 (100,0)	4 (12,9)	521 (75,9)	353 (67,8)
Lavoratrice autonoma	123 (100,0)	9 (7,3)	31 (100,0)	9 (29,0)	521 (75,9)	16 (3,1)
Casalinga	123 (100,0)	3 (2,4)	31 (100,0)	6 (19,3)	521 (75,9)	68 (13,1)
<b>Situazione abitativa</b>						
Affitto	87 (70,7)	70 (80,5)	31 (100,0)	21 (67,7)	-	-
Casa del datore di lavoro	87 (70,7)	6 (6,9)	31 (100,0)	2 (6,4)	-	-
Luogo di lavoro	87 (70,7)	4 (4,6)	31 (100,0)	3 (9,7)	-	-
Proprietà	87 (70,7)	2 (2,3)	31 (100,0)	5 (16,1)	-	-

- = non disponibile.

## Conclusioni

I dati sierologici mostrano una situazione in linea con quanto già riportato in letteratura, confermando come la prevalenza di determinate infezioni nelle comunità migranti rispecchi quella dei Paesi di origine.

L'immunoprotezione per infezione da *Toxoplasma* è molto inferiore a quella italiana (20-40%) e coerente con quanto riportato sulla popolazione cinese in patria. Bassa l'immunoprotezione per Rosolia, se confrontata con le percentuali riportate nei Paesi, tra i quali l'Italia, dove esistono piani nazionali di vaccinazione ed eliminazione del rischio di Rosolia congenita e dove i livelli di immunoprotezione sono superiori al 95% nella popolazione autoctona; il dato è, tuttavia, sovrapponibile alla sieroprevalenza riscontrata in Cina in molti studi (fino al 78%). Di particolare rilievo è il riscontro di una elevata percentuale di donne positive per HBsAg, che arriva quasi al 14% nella coorte romana (prevalenza italiana 0,4%). Tale dato impone delle riflessioni e motiva ad ulteriori indagini ed approfondimenti, quali ad esempio la valutazione degli altri marker di infezione

(in particolare l’HBeAg, la cui presenza è correlata con un maggior rischio di trasmissione verticale dell’infezione e di fallimento delle misure di immunizzazione attiva e passiva nel nascituro). La popolazione cinese deve essere considerata ad alto rischio di infezione cronica da HBV, dato che non può essere ignorato nell’ambito della programmazione e gestione dei programmi di protezione della vita nascente. Necessario è, pertanto, potenziare lo screening, il *counselling* e le offerte attive di vaccinazione, sia nell’adulto che nei neonati. Sulla base di un così vasto panorama di nazionalità e gruppi etnici differenti presenti nel nostro Paese si potrebbero, inoltre, ipotizzare programmi di screening personalizzati sulla base dei diversi profili di rischio delle gestanti: nel caso dell’HBV e delle donne cinesi, lo screening effettuato al primo trimestre potrebbe permettere una più facile individuazione delle donne a maggior rischio di trasmissione verticale e, quindi, l’eventuale di applicazione di un algoritmo terapeutico adeguato.

L’analisi dei dati socio-demografici e di accesso alle strutture sanitarie pubbliche rivela degli aspetti interessanti: lo studio di Prato ha compreso un campione di 686 donne cinesi estratto dal totale di 773 parti avvenuti da donne cinesi nel 2014 nell’Ospedale Santo Stefano della città di Prato, cui fanno riferimento tutti i Comuni appartenenti alla provincia omonima. Dato interessante è che, del totale delle partorienti, più del 95% (731) hanno eseguito i controlli necessari in gravidanza presso la struttura pubblica del Consultorio. Questi dati mostrano una corretta condizione di integrazione della comunità migrante cinese all’interno della rete dei servizi sanitari offerti dal territorio. La popolazione presa in esame è una popolazione giovane, composta da donne lavoratrici ed impiegate prevalentemente nel settore industriale. Nella quasi totalità del campione si è riscontrata una condizione di regolarità giuridica; oltre il 93% è risultata, infatti, in possesso di permesso di soggiorno e di regolare iscrizione al SSN.

Per quanto riguarda gli indicatori di accesso, si è riscontrata una mediana di 15 settimane di gestazione alla prima visita ostetrica, maggiore del limite di 12 settimane normalmente raccomandato. Tale rilevazione è in linea con quanto già ampiamente riportato in letteratura e dalle statistiche nazionali in merito alle disuguaglianze di accesso tra popolazione autoctona e popolazione immigrata ai servizi di tutela della salute materna (in termini di precocità di accesso, numero di controlli effettuati e outcome ostetrici). Tuttavia, è opportuno sottolineare, comunque, una buona *compliance* ai *follow-up* prescritti (85% e 90% delle donne ha effettuato i regolari controlli, rispettivamente, al secondo ed al terzo trimestre). Questi dati testimoniano sia la buona organizzazione del Servizio di Consultorio sia la sua accettabilità da parte delle pazienti che si “fidelizzano” ad un servizio in grado di rispondere, almeno in parte, alle proprie esigenze.

Le due coorti di pazienti in studio nella comunità di Roma presentano diversi profili socio-economici (maggiore “fragilità” per le pazienti che si rivolgono all’Ambulatorio Caritas indicata da più elevate percentuali di donne disoccupate e non in regola con il permesso di soggiorno), ma sono accumulate dalle stesse difficoltà di accesso e di fruizione del servizio sanitario pubblico. Nel gruppo delle donne che ha fatto ricorso alle prestazioni ginecologiche a pagamento, tutte iscrivibili al SSN, quasi il 50% non ne risultava iscritto (per mancanza di informazioni e/o difficoltà amministrativo-burocratiche); riguardo, invece, alla scelta del privato sul pubblico, le donne hanno dichiarato prevalentemente motivazioni di natura linguistica (la ginecologa privata era, infatti, di origini cinesi) o difficoltà di accesso agli ambulatori pubblici per mancanza di informazioni o tempi di attesa troppo lunghi.

La percezione di “chiusura sociale”, caratteristica delle comunità cinesi presenti nelle nostre città, può spesso portare a misinterpretazioni circa le ragioni del loro mancato accesso ai servizi sanitari pubblici. I dati finora a disposizione inducono, infatti, a ritenere che non si tratti di una questione “culturale”, ma di comunicazione. Il paziente cinese, infatti, non si rivolge all’ambulatorio pubblico perché non riesce a comunicare (non ci sono mediatori né interpreti), non sa come fare e non ha gli strumenti adeguati a reperire le informazioni necessarie; in breve, se pur i servizi sono accessibili, essi sono poco fruibili.

In conclusione, i dati romani e pratesi confermano che, laddove il servizio sanitario pubblico si dimostra in grado di rispondere adeguatamente alle molteplici esigenze dei suoi “clienti”, le problematiche di accesso diminuiscono significativamente: quasi la totalità delle donne cinesi, che hanno partorito nella città di Prato nel 2014, ha eseguito i controlli ginecologici presso la struttura pubblica del Consultorio.

La città di Prato, quindi, grazie alla presenza di un’efficiente attività di mediazione culturale e linguistica, è in grado di fornire un servizio competente, accettabile e aperto non solo alle pazienti cinesi, ma anche a tutte le altre comunità straniere presenti nel territorio.

#### Riferimenti bibliografici

(1) Rossi, C., Shrier, I., Marshall, L., Cnossen, S., Schwartzman, K., Klein, M. B. Greenaway, C. (2012). Seroprevalence of Chronic Hepatitis B Virus Infection and Prior Immunity in Immigrants and Refugees: A Systematic Review and Meta Analysis. PLoS ONE, 7 (9).

(2) Santiago B., Blázquez D., López G., Sainz T., Muñoz M., Alonso T., Moro M. Serological profile of immigrant pregnant

women against HIV, HBV, HCV, rubella, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, and *Trypanosoma cruzi*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012 Feb; 30 (2): 64-9.

(3) Ungaro D., Il black box cinese. La comunità etnica ed organizzazione economica. Failla A., Lombardi M., Immigrazione, Lavoro e Tecnologia. Etaslibri.

(4) Maisano B., Geraci S., Porte aperte per la salute dei cinesi a Roma. Asia-Italia Scenari migratori, edizione IDOS, Area sanitaria Caritas di Roma, 2012.

(5) Bollini P., Pampallona S., Wanner P., Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 452-461.

(6) Geraci S., Issa E.H., Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *IJPH - Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3*, 2011.

## Tavole di mortalità degli stranieri in Italia: primi risultati per le cittadinanze più significative

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Prof. Carlo Maccheroni, Prof.ssa Roberta Pace, Dott.ssa Nadia Mignolli

### Contesto

Nell'ambito delle analisi volte ad approfondire le caratteristiche della mortalità degli stranieri, essenzialmente basate sul tasso di mortalità standardizzato con il metodo diretto, dopo un lungo periodo di sperimentazioni, per la prima volta in Italia sono state prodotte le tavole di mortalità per i residenti di alcune specifiche cittadinanze, particolarmente rappresentative in termini di entità della presenza sul territorio e di stabilità. Il tasso di mortalità standardizzato con il metodo diretto può essere considerato una *proxy* dello stato di salute della popolazione e, di conseguenza, del grado di integrazione raggiunto dagli stranieri nel Paese di arrivo, ma è affetto da alcuni limiti legati, soprattutto, alla popolazione scelta come riferimento. Tale indicatore, pur svolgendo un ruolo importante, ha esclusivamente valore comparativo nel contesto degli studi condotti poichè privo di un significato intrinseco, proprio perché condizionato dallo standard utilizzato di volta in volta. Le tavole di mortalità, invece, costituiscono lo strumento più completo per l'analisi statistica della mortalità e della sua incidenza per età e genere e possono essere applicate a popolazioni che hanno precise caratteristiche demografiche, come nel caso di alcune collettività di residenti di cittadinanza straniera, più stabili sul territorio e numericamente più consistenti.

Per la costruzione di queste tavole (come pure per i tassi di mortalità) sono state utilizzate come fonti di riferimento:

- la "Rilevazione su decessi e cause di morte", condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), per i decessi degli stranieri residenti in Italia;
- il 15° Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni del 2011, per l'ammontare della popolazione straniera residente disaggregato per età e cittadinanza, utilizzato per i denominatori.

Al fine di calcolare le funzioni biometriche delle tavole di mortalità, che necessitano di aggregati demografici di numerosità consistente, sono state condotte analisi sia sui decessi e sia sulle popolazioni di riferimento e sono state effettuate diverse sperimentazioni che hanno portato all'individuazione di tre cittadinanze, rispetto alle quali sono stati prodotti i risultati definitivi: Romania (357.315 uomini e 465.785 donne; nel complesso il 20,4% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento), Albania (235.616 uomini e 215.741 donne; nel complesso l'11,2% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento) e Marocco (220.421 uomini e 186.676 donne; nel complesso il 10,1% dei residenti di cittadinanza straniera al Censimento).

Come di prassi, le tavole di mortalità sono state costruite separatamente per uomini e donne; nel caso del Marocco, tuttavia, vengono qui illustrati solo i risultati relativi agli uomini poiché questa cittadinanza è caratterizzata da una presenza del genere maschile molto più consistente: l'indice di mascolinità (numero di uomini per 100 donne) registrato in Italia al Censimento 2011, infatti, per questa cittadinanza era pari a 118,1 rispetto a 109,2 dell'Albania e a 76,7 della Romania. Il progetto migratorio dei residenti in Italia di cittadinanza marocchina, inoltre, si caratterizza per ricongiungimenti familiari più limitati, che avvengono in tempi successivi e dilazionati, e per ritorni nel Paese di origine più diffusi, specie sul finire delle età adulte.

L'ammontare delle donne marocchine in Italia, di conseguenza, è significativamente più ridotto, soprattutto tra i decessi, il cui numero risulta troppo esiguo e, almeno per il triennio di interesse (2010-2012), eccessivamente variabile per poter essere preso in considerazione.

Gli indicatori prodotti hanno consentito, inoltre, analisi comparative non solo rispetto alla situazione nei Paesi di cittadinanza, ma anche rispetto al complesso dei residenti in Italia.

### Metodi e indicatori

Con l'obiettivo di confrontare i risultati con i Paesi di cittadinanza, per i quali sono disponibili i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le tavole di mortalità costruite in questa occasione sono in forma abbreviata, proprio come quelle di fonte OMS, e descrivono il processo di eliminazione per morte tra intervalli successivi di ampiezza quinquennale, anziché tra compleanni consecutivi, con l'eccezione delle prime due classi di età (0 e 1 anno) e di quella finale aperta di 90 anni ed oltre.

Per attenuare le oscillazioni dovute alle dimensioni annuali dei dati, è stata calcolata la media triennale dei decessi degli stranieri residenti per gli anni 2010-2012, mentre per la popolazione dei denominatori è stato preso come riferimento l'anno 2011, centrale rispetto al periodo analizzato, attraverso l'ultimo Censimento che garantisce dati controllati e più in grado di individuare gli stranieri stabilmente presenti in Italia, superando anche le rigidità di aggiornamento dei registri anagrafici.

Con queste informazioni sono stati calcolati, in prima battuta, i tassi specifici di mortalità<sup>1</sup> per i Paesi di cittadinanza oggetto dell'analisi (Romania, Albania e Marocco), il genere e le classi di età quinquennali; da questi tassi sono state ricavate le probabilità di morte<sup>2</sup>. Al fine di attenuare i fattori perturbativi accidentali o contingenti, che incidono sulla mortalità alle età adulte e senili e di dare più regolarità al profilo delle probabilità di morte, si è proceduto a una loro perequazione a partire dai 40 anni; a partire dai 65 anni, ancora su queste probabilità, è stata adattata ed estrapolata una funzione del tipo Gompertz-Makeham, che ha consentito la chiusura delle tavole di mortalità.

Tale scelta è dovuta alla presenza di irregolarità nel profilo per età delle probabilità di morte grezze legate alla particolare mobilità degli stranieri, che si accentua soprattutto alle età anziane ed è connessa al loro ritorno nei Paesi di origine. Ciò è stato riscontrato, soprattutto, per i residenti di cittadinanza albanese e marocchina, in misura inferiore per i romeni che, anche in quanto appartenenti all'Unione Europea, presentano comportamenti molto diversi rispetto al rientro e una maggiore tendenza alla stabilizzazione in Italia. Ne consegue una sensibile diminuzione sia delle popolazioni e sia dei decessi, che in questo caso condiziona i profili del rischio di morte rispetto all'andamento crescente a queste età che normalmente si riscontra.

Per questi motivi, come perno dell'analisi comparativa condotta in questo lavoro, è stato utilizzato l'indice sintetico di mortalità, rappresentato dal numero medio di anni vissuti dai sopravvissuti a partire dall'età di 25 anni e per ogni età successiva della tavola fino a 65 anni, indice particolarmente robusto e rispetto al quale la funzione utilizzata non incide<sup>3</sup>.

### Risultati

I rapporti tra le probabilità di morte registrate nei Paesi di cittadinanza e quelle registrate in Italia sono stati calcolati, dalla nascita fino a 65 anni, utilizzando i dati resi disponibili dall'OMS nel 2012. I dati hanno messo in evidenza il generale vantaggio degli stranieri residenti in Italia (Grafico 1) per le nazionalità considerate e per entrambi i generi: essi costituiscono senz'altro un gruppo selezionato rispetto ai propri connazionali rimasti a casa e presentano rischi di morte molto più bassi. Più in particolare, la probabilità di morte dei maschi a 0 anni registrata in Marocco è di 11,8 volte superiore rispetto a quella di coloro che si sono trasferiti in Italia; tale differenza si riduce a 4,2 a 1 anno per poi risalire a 11,7 a 5 anni. A 35 anni e a 50 anni lo svantaggio dei marocchini nel proprio Paese è indicato da probabilità di morte che sono di circa 4,7 volte superiori a quelle rilevate in Italia, come avviene anche a 65 anni. In generale, i marocchini presentano una variabilità maggiore nei rapporti tra le probabilità di morte nel proprio Paese e in Italia rispetto alle altre cittadinanze, dovuta anche al fatto che nel 2012 in Marocco si è registrato un significativo rialzo della mortalità, soprattutto a carico delle età infantili. Rispetto al genere, come indicato in precedenza, non è stato possibile analizzare la situazione delle donne marocchine a causa della poca significatività dei dati a disposizione. Per quanto riguarda la Romania e l'Albania, la situazione in questi Paesi fa emergere importanti differenze rispetto alla mortalità, con condizioni peggiori in Romania soprattutto alle età giovanili che, espresse in termini di speranza di vita alla nascita, si traducono in 70,5 anni per gli uomini e 78,1 anni per le donne nel 2012, contro 72,6 degli uomini albanesi e 75,3 anni delle donne, che registrano una vita media più bassa rispetto alle romene.

Nonostante ciò, i rapporti tra le probabilità di morte presentano profili simili per le due cittadinanze, con guadagni maggiori per gli uomini albanesi residenti in Italia almeno fino all'età di 20 anni: alla nascita la probabilità di morte degli uomini è di 6,4 volte più alta in Albania rispetto a quella in Italia, contro 3,7 della Romania, mentre a 5 anni tale differenza si riduce a 5,2 per gli albanesi e a 1,3 per i romeni.

Le differenze di genere nei rapporti tra le probabilità di morte evidenziano un vantaggio più accentuato delle donne albanesi residenti in Italia sia rispetto agli uomini della stessa cittadinanza (a tutte le età con l'eccezione di 15 anni), sia rispetto alle romene, con la probabilità di morte alla nascita di 6,8 volte più alta in Albania rispetto all'Italia, di 5,5 a 5 anni e addirittura di 9,0 a 10 anni. Per le romene, il valore più alto si registra all'età di 5 anni, quando la probabilità di morte in Romania è di 4,8 volte più alta di quella delle romene residenti in Italia.

<sup>1</sup> $m_{x,x+n}$  ( $x=0$   $n=1$ ;  $x=1$   $n=4$ ;  $x=5$ , 10, 15, ..., 85  $n=5$ ), dato dal rapporto tra il numero medio dei decessi dei cittadini stranieri residenti in Italia nel triennio 2010-2012 e la popolazione straniera residente al Censimento del 2011.

<sup>2</sup>
$${}_nq_x = \frac{2n m_{x,x+n}}{2+n m_{x,x+n}}$$

<sup>3</sup>Più in particolare, l'indicatore in questione è  $e_{x,y} = \frac{T_x - T_y}{l_x}$ , ovvero la speranza di vita tra le età  $x$  e  $y$  ( $x < y$ ;  $x=25, 30, 35, \dots, 60$ ;  $y=65$ ) (Livi Bacci, 2004).

Focalizzando l'attenzione sulle età centrali, che caratterizzano la presenza dei cittadini stranieri residenti in Italia più legata all'inserimento e all'integrazione nel mercato del lavoro, il numero medio di anni vissuti dai sopravvissuti a partire dall'età di 25 anni e per ogni età successiva delle tavole di mortalità analizzate fino ai 65 anni conferma che i livelli di mortalità nei Paesi di cittadinanza sono più elevati rispetto a quelli che si riscontrano in Italia (Tabella 1).

Il numero medio di anni, infatti, che queste popolazioni si possono attendere di vivere tra ogni età giovanile-adulta e la soglia della vecchiaia (65 anni) è inferiore nel proprio Paese rispetto a quello di cui beneficiano in Italia.

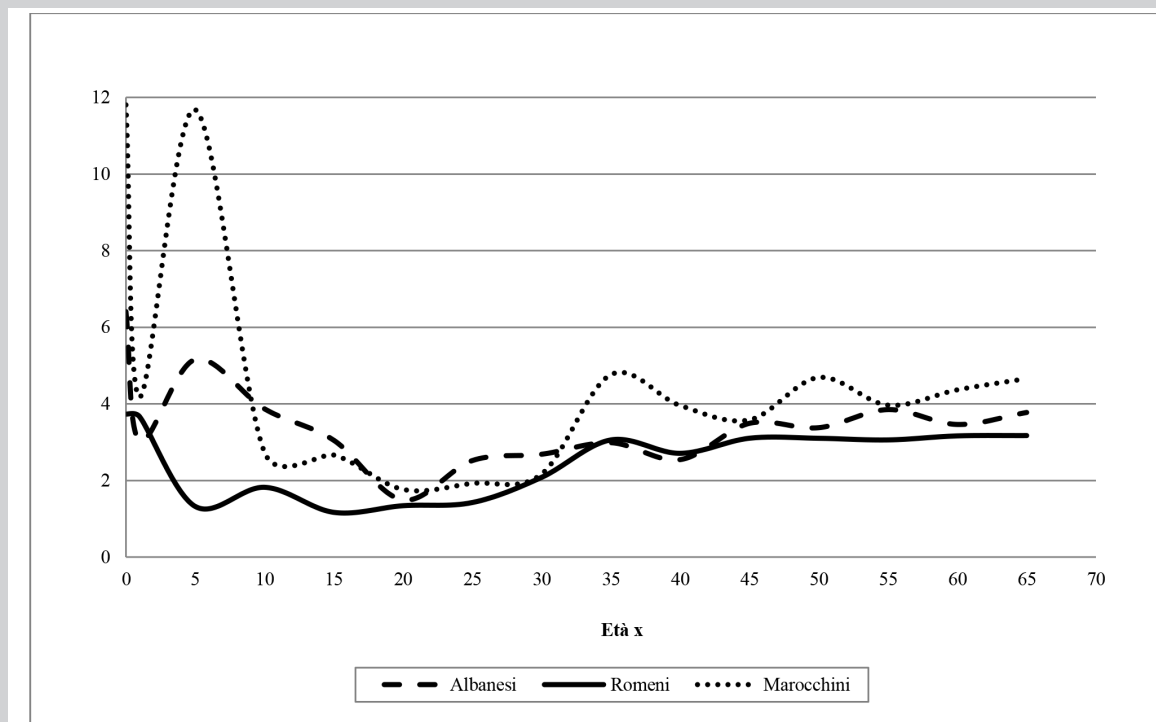
La speranza di vita tra l'età di 25-65 anni degli uomini di cittadinanza albanese residenti in Italia è pari a 39,3 anni, 1,3 anni in più rispetto alla popolazione rimasta in Albania (38 anni); tale guadagno rimane superiore a 1 anno fino a 30 anni, per poi ridursi progressivamente al crescere dell'età fino a 0,1 tra i 60-65 anni. Per i romeni il vantaggio in termini di anni mediamente vissuti si attesta su livelli maggiori rispetto alle altre cittadinanze a tutte le età considerate, partendo da 1,9 anni in più per gli uomini residenti in Italia sopravvissuti ai 25 anni rispetto ai residenti in Romania e rimanendo superiore a 1 anno fino a 45 anni. Anche gli uomini di cittadinanza marocchina residenti in Italia, al confronto con i residenti in Marocco, registrano un vantaggio in termini di anni mediamente vissuti tra le età di 25-65 anni, che si mantiene superiore a 1 anno fino a 45 anni, partendo con una differenza di 1,9 anni all'età di 25 anni.

La selezione positiva data dal genere si conferma anche per le albanesi e le romene residenti nei rispettivi Paesi di cittadinanza, che registrano valori più elevati degli uomini della speranza di vita tra le età considerate, in modo lieve per le albanesi e decisamente più marcato per le romene, la cui differenza rispetto agli uomini parte da 1,9 anni in più tra 25-65 anni e si mantiene sopra 1 anno fino a 45 anni. Il numero di anni mediamente vissuti dalle sopravvissute tra 25-65 anni di queste due nazionalità è leggermente superiore rispetto a quello degli uomini anche facendo una comparazione tra i residenti in Italia.

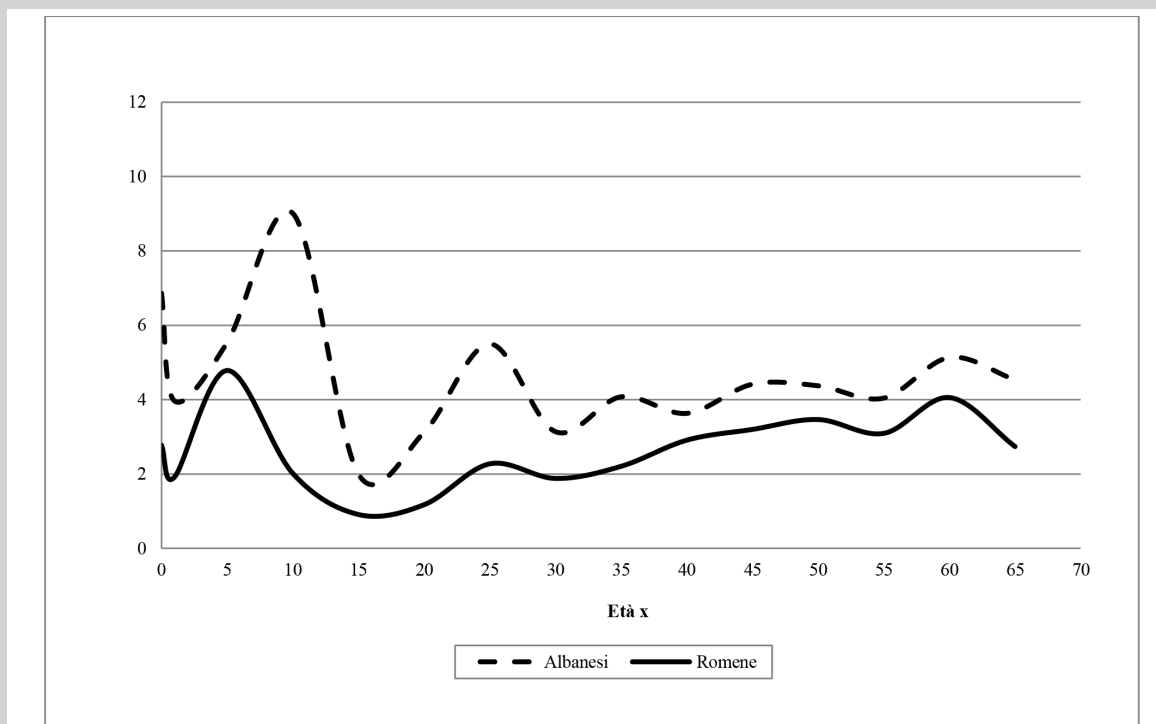
I differenziali con le residenti in Albania ed in Romania, inoltre, mettono in luce miglioramenti più significativi sia per le donne albanesi residenti in Italia, che registrano una speranza di vita tra 25-65 anni più alta rispetto sia a quella delle residenti in Albania, sia per le donne romene residenti in Italia, almeno fino a 45 anni (Tabella 1). Questo denota una situazione più sfavorevole della Romania, soprattutto a carico degli uomini, e una generale tendenza per i residenti in Italia di questa nazionalità a mantenere stili di vita molto simili a quelli del Paese di cittadinanza, che ne comprime i possibili vantaggi. Ciò si può evincere anche attraverso i numeri indice che confrontano, rispettivamente, gli anni mediamente vissuti nei Paesi di cittadinanza e quelli degli stranieri residenti in Italia con il totale dei residenti in Italia (italiani e stranieri) (Tabella 2). Gli uomini di cittadinanza romena residenti in Italia si attestano su valori inferiori a 100 e su valori significativamente più bassi delle altre cittadinanze anche nel proprio Paese di residenza. Gli uomini albanesi, invece, sono caratterizzati da una situazione più favorevole sia nel proprio Paese che in Italia, mentre le donne residenti in Italia di cittadinanza albanese e romena si attestano su livelli solo di poco superiori a quelli del totale delle residenti.

**Grafico 1** - Rapporto tra le probabilità di morte ( ${}_nq_x$ ) registrate nei Paesi di cittadinanza e quelle registrate in Italia per genere e classi di età quinquennali - Anni 2010-2012

### Maschi



### Femmine



**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.



## SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

323

**Tabella 1** - Anni mediamente vissuti tra l'età x e 65 anni dai residenti in Albania, Romania e Marocco e dagli stranieri residenti in Italia di cittadinanza albanese, romena e marocchina - Anni 2010-2012

Età x	Albanesi		Romeni		Marocchini	
	In Albania	In Italia	In Romania	In Italia	In Marocco	In Italia
<b>Maschi</b>						
25	38,0	39,3	36,9	38,8	37,3	39,2
30	33,2	34,4	32,1	33,9	32,6	34,3
35	28,5	29,5	27,3	29,0	27,8	29,4
40	23,7	24,6	22,5	24,1	23,1	24,5
45	18,9	19,7	17,9	19,3	18,4	19,6
50	14,2	14,8	13,5	14,5	13,8	14,7
55	9,5	9,9	9,1	9,7	9,3	9,8
60	4,8	4,9	4,7	4,9	4,8	4,9
<b>Femmine</b>						
25	38,6	39,7	38,8	39,5	-	-
30	33,7	34,7	33,8	34,6	-	-
35	28,9	29,7	28,9	29,6	-	-
40	24,0	24,8	24,0	24,7	-	-
45	19,2	19,8	19,2	19,7	-	-
50	14,5	14,9	14,4	14,8	-	-
55	9,7	9,9	9,7	9,9	-	-
60	4,9	5,0	4,9	5,0	-	-

- = non disponibile

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.

**Tabella 2** - Numeri indice degli anni mediamente vissuti tra l'età x e 65 anni: un confronto tra i residenti in Albania, Romania e Marocco e gli stranieri residenti in Italia di cittadinanza albanese, romena e marocchina sul totale dei residenti in Italia (100) - Anni 2010-2012

Età x	Albanesi		Romeni		Marocchini	
	In Albania	In Italia	In Romania	In Italia	In Marocco	In Italia
<b>Maschi</b>						
25	97,7	101,1	94,9	99,8	96,0	100,7
30	97,7	101,2	94,3	99,8	95,8	100,9
35	97,8	101,4	93,7	99,8	95,6	101,1
40	97,8	101,6	93,2	99,7	95,4	101,2
45	97,8	101,8	92,7	99,7	95,3	101,2
50	97,9	101,8	92,9	99,7	95,4	101,3
55	98,4	101,7	94,3	99,8	95,9	101,2
60	98,5	100,9	96,7	99,9	97,3	100,9
<b>Femmine</b>						
25	98,0	100,6	98,4	100,4	-	-
30	98,0	100,7	98,3	100,4	-	-
35	97,9	100,8	98,1	100,5	-	-
40	97,9	100,9	97,9	100,6	-	-
45	98,0	101,0	97,9	100,6	-	-
50	98,2	101,0	97,9	100,6	-	-
55	98,5	100,9	98,2	100,4	-	-
60	98,9	100,6	98,9	100,2	-	-

- = non disponibile

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat - Indagine su decessi e cause di morte; 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni in Italia 2011: Popolazione straniera residente per genere, età e Paese di cittadinanza; World Health Organisation (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Year 2012. Anno 2015.

### **Considerazioni conclusive**

La costruzione delle tavole di mortalità per alcune cittadinanze da un lato ha rappresentato un'importante sperimentazione che ha permesso di perfezionare strumenti metodologici robusti e replicabili, dall'altro ha reso disponibile un ampio ventaglio di informazioni indispensabili al fine di approfondire, ulteriormente, gli aspetti legati alla salute dei cittadini stranieri residenti in Italia, anche in un'ottica comparativa rispetto alla situazione nei rispettivi Paesi di riferimento e a quella del complesso dei residenti in Italia.

### **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) Livi Bacci M., 2004, "Introduzione alla demografia", Loescher Editore, Torino.
- (3) World Health Organization (WHO) - Global Health Observatory (GHO) data - Life Tables. Disponibile sul sito: [www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/life\\_tables/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/life_tables/en/).
- (4) Istat - Tavole di Mortalità della popolazione per provincia e regione di residenza. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it>.