

## Salute degli immigrati

Il 2011 è stato caratterizzato da due importanti atti normativo-programmatori, a livello internazionale e nazionale, e per quel che riguarda la disponibilità di dati correnti sul fenomeno migratorio, da un importante passo avanti nella definizione condivisa dei denominatori della presenza straniera in Italia.

Martedì 8 marzo 2011, con 379 voti a favore, 228 contro e 49 astensioni, il Parlamento Europeo ha adottato una risoluzione sulla “riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell’Unione Europea (UE)” con la quale si chiede agli Stati membri di affrontare le disuguaglianze nell’accesso alle cure sanitarie per tutti, ivi compresi gli immigrati irregolari. Anche se il testo non è giuridicamente vincolante per i Paesi dell’UE, rappresenta pur sempre un messaggio inequivocabile, inviato dall’unico organo della UE eletto direttamente dai cittadini; in un momento in cui l’Europa e molti Stati nazionali proclamano politiche e varano norme sempre più restrittive nei confronti degli immigrati, con particolare riferimento alla componente irregolare, il Parlamento Europeo avverte la necessità di sottolineare l’importanza della tutela della salute come diritto inviolabile anche per i migranti non in regola con le norme sul soggiorno, soprattutto le donne in gravidanza e i bambini. In questa risoluzione, il Parlamento Europeo sottolinea che “le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici, ambientali e connesse alle scelte di vita, ma anche di problemi relativi all’accesso ai servizi di assistenza sanitaria” (punto P) e che “in numerosi Stati dell’UE non è garantita, né nella pratica né nella normativa, la parità di accesso all’assistenza sanitaria per i migranti sprovvisti di documenti” (punto AD). Il Parlamento Europeo invita, pertanto, gli Stati membri “ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario”, per “valutare la fattibilità di soluzioni volte a sostenere l’assistenza sanitaria per i migranti irregolari, elaborando sulla base di principi comuni una definizione degli elementi di base dell’assistenza sanitaria quale definita nelle relative normative nazionali” (punto 5) e “a garantire che tutte le donne in gravidanza e i bambini, indipendentemente dal loro status, abbiano diritto alla protezione sociale quale definita nella loro legislazione nazionale, e di fatto la ricevano” (punto 22). Questa risoluzione è il risultato di anni di impegno da parte delle organizzazioni di sostegno ai migranti (tra cui la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni-SIMM), di avvocati e politici sensibili al tema (ricordiamo l’impegno del Prof. Giovanni Berlinguer e del dr. Vittorio Agnoletto che, nella passata assemblea del Parlamento Europeo, hanno sostenuto e diffuso le proposte SIMM). Molte di queste organizzazioni si sono riunite in seno al Parlamento Europeo l’8 dicembre 2010, in occasione di un’audizione pubblica organizzata da *Médecins du Monde*, la rete di Huma, PICUM, la Lobby europea delle donne (LEF) e l’Ufficio europeo di lotta alla povertà (EAPN), per evidenziare come i migranti privi di documenti - soprattutto donne incinte e bambini - sono minacciati da ostacoli legislativi e pratici quando si tenta di accedere all’assistenza sanitaria. Non è casuale che proprio nei giorni dell’emanazione di questa risoluzione, peraltro seguita da un altro atto in favore della piena fruibilità dei diritti sanitari da parte della popolazione Rom in Europa, è stato pubblicato in Italia un documento congiunto tra la SIMM e la Società Italiana di Pediatria (SIP) in cui si sottolinea l’importanza strategica, oltre che il dovere morale, di estendere i migliori livelli assistenziali a tutti i minori, indipendentemente dal loro status giuridico.

Anche il documento di raccomandazioni dell’XI Congresso nazionale della SIMM (Palermo, maggio 2011) ha ribadito con forza i punti sopra citati, riconoscendo nell’*empowerment* delle persone immigrate la strada maestra per migliorare l’accesso ai servizi sanitari e le condizioni di salute dell’intera popolazione. Nello stesso periodo, il Tavolo tecnico interregionale “Immigrati e servizi sanitari” della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha licenziato un importante documento, elaborato nel corso di due anni di lavoro da tecnici delle Regioni e PA in collaborazione con il Ministero della Salute, la SIMM e l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, contenente “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome”. Il documento, pubblicato a giugno dalla regione Marche, in qualità di regione capofila, raccoglie in modo sistematico le regole per l’erogazione dell’assistenza sanitaria agli stranieri presenti in Italia ed è finalizzato a ridurre le difficoltà degli operatori nel loro lavoro quotidiano, a garantire il rispetto della normativa vigente e a ridurre le barriere burocratiche nell’accesso ai servizi della popolazione straniera. Si tratta di un tentativo di uniformare a livello nazionale le procedure locali, nell’ottica propria della Sanità Pubblica che non può che essere inclusiva. Il 21 settembre 2011, il suddetto documento ha avuto l’avviso favorevole della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ed è in attesa di essere esaminato dalla Conferenza Stato-Regioni.

Sul versante dei dati e delle possibilità di analisi epidemiologica, la novità di quest'anno è rappresentata dal fatto che Osservasalute, dopo due anni di pausa forzata, può finalmente tornare a calcolare i tradizionali *core indicator* del Capitolo sulla salute degli immigrati.

I lettori ricorderanno le ragioni che avevano determinato questo lungo periodo sabbatico, e qui vale la pena di richiamarle solo sinteticamente.

Da diversi anni, tra gli epidemiologi e gli analisti in genere, si è consolidata la prassi di utilizzare viepiù i dati provenienti dai sistemi informativi correnti per valutare la salute degli immigrati nei diversi contesti regionali e per monitorarne le evoluzioni nel tempo. Questa è stata anche la strategia che, fin dal principio, Osservasalute ha portato avanti con convinzione. E, dunque, si parte dai dati dei sistemi informativi per ottenere tanto i numeratori, ossia gli eventi di salute/malattia e gli accessi ai servizi, quanto i denominatori sulla presenza straniera attraverso i sistemi di rilevazione demografica.

Ora, proprio sul versante dei denominatori, si erano registrate ultimamente le maggiori criticità. I due principali sistemi di rilevazione demografica gestiti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (Strasa e P.3) forniscono annualmente una distribuzione della popolazione straniera residente per genere e singolo Paese di cittadinanza (P.3), e per genere ed età (Strasa); tuttavia, la conduzione disgiunta delle due rilevazioni non consente a tutt'oggi l'incrocio delle informazioni relative all'età e alla cittadinanza.

Per sopperire alla mancanza di informazioni, l'Istat ha prodotto su sollecitazione dell'UE una stima della popolazione straniera residente a livello nazionale, per genere, età e Paese di cittadinanza; ma mancavano ancora stime affidabili a livello regionale.

Il problema è stato affrontato nell'ambito di un progetto di ricerca avviato dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto per gli Affari Sociali, in collaborazione con l'Istat. Il progetto aveva l'obiettivo di sviluppare un algoritmo di calcolo che, a partire dalle distribuzioni marginali di Strasa (per l'età) e P.3 (per la cittadinanza) e mediante procedura iterativa, fosse in grado di produrre delle stime attendibili della popolazione straniera residente per genere, singolo anno di età, Paese di cittadinanza e regione di residenza.

Il progetto ha dato buoni frutti. La metodologia di calcolo è stata definita e presentata nel dettaglio in occasione di un seminario tenuto dai referenti del progetto, presso la sede di Osservasalute, in data 22 giugno 2011; e attualmente è possibile disporre di stime attendibili per l'arco temporale 2003-2009.

Per ulteriori dettagli sul metodo, si rinvia allo specifico approfondimento in via di pubblicazione sul sito di Osservasalute.

Infine, il 2011 è stato anche un anno caratterizzato da un significativo afflusso di migranti sulle coste italiane, conseguente alla situazione di instabilità geopolitica venutasi a creare nel Mediterraneo meridionale: essendo profughi di fatto, seppur con qualche esitazione è stata garantita a queste persone accoglienza e temporanea protezione. Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno prontamente attivato un sistema di sorveglianza sindromica presso i centri di accoglienza distribuiti sul territorio nazionale. L'obiettivo principale è quello di rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica, in modo da organizzare risposte tempestive e appropriate. I dati sono raccolti per 13 sindromi, insieme con i denominatori (popolazione ospitata in ciascun centri) stratificati per classe d'età. Il protocollo operativo, elaborato dal Ministero della Salute e dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute-ISS in collaborazione con le Regioni, è disponibile sul sito di Epicentro. A fronte di una così pronta sorveglianza sulle malattie, ci è sembrata per contro molto debole l'attenzione posta sulla qualità dell'accoglienza, sulla progettualità da realizzare per e con queste persone e sull'accessibilità dei servizi socio-sanitari. Ed, oggi, ad emergenza quasi superata, non si conosce ancora il destino di questi immigrati, giuridicamente sospesi tra una richiesta di protezione internazionale e una normalità (inserimento per lavoro?) che stenta a manifestarsi. La tutela della salute passa inevitabilmente anche per questi "determinanti".

## Stranieri in Italia

**Significato.** L'impatto sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese ascrivibile alla popolazione straniera è sempre più significativo. Verranno qui analizzati i dati più recenti sugli stranieri iscritti in

Anagrafe per evidenziare qual è il peso percentuale di tale componente sul totale della popolazione a livello nazionale e regionale e qual è la composizione per cittadinanza della componente straniera regolare.

### Percentuale della popolazione straniera residente

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

**Validità e limiti.** L'analisi della presenza straniera risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione: in particolare le statistiche di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Inoltre, occorre tener presente che vengono considerati come stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana: sono esclusi, quindi, coloro che sono stati naturalizzati, mentre sono incluse le "seconde generazioni" ossia coloro che, pur se nati sul territorio nazionale, non hanno ancora la cittadinanza italiana. I residenti con doppia cittadinanza (di cui una italiana) sono inclusi nel contingente degli stranieri.

### Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per genere ed anno di nascita" emerge che, al 31 dicembre 2009, gli stranieri residenti in Italia superano ampiamente i 4 milioni di unità e rappresentano il 7,0% della popolazione residente (Tabella 1). Il trend di questo fenomeno appare, quindi, in crescita se si considera che nella precedente rilevazione il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 6,5%, l'anno precedente al 5,8%; al tempo stesso il ritmo di tale crescita appare più contenuto rispetto a quello del biennio precedente (1).

L'incidenza della presenza straniera regolare è assai diversificata sul territorio nazionale. In particolare, tale quota si attesta su valori più elevati rispetto a quello nazionale in molte regioni del Centro-Nord (si noti che in Emilia-Romagna, Umbria e Lombardia per la prima volta tale valore è pari o superiore al 10,0%). Al contrario, la presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno: meno di tre residenti su cento hanno una cittadinanza diversa da quella italiana in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

La composizione percentuale dei residenti per macro cittadinanza (Tabella 1) non si discosta da quella delineata negli anni precedenti. A livello nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,6%) proviene da un Paese del continente europeo (ossia sia dell'Unione

Europea che dell'Europa centro-orientale, comprese la Turchia e Cipro). La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 22,0%, il 16,2% dei residenti proviene dall'area asiatica, mentre solo l'8,1% ha la cittadinanza americana (sia essa del Nord che dell'America centro-meridionale). Anche in questo caso è possibile evidenziare alcune peculiarità territoriali: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (72,7%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi del continente americano è sostenuta in Liguria (27,9%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere. In particolare, vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza ed il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le tre comunità più numerose in termini di stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Le differenze regionali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge il ruolo della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine e polacche nelle regioni del Mezzogiorno, degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini nel Lazio e delle cinesi in Toscana. Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità: ad esempio, i marocchini, i rumeni e gli albanesi rappresentano il 63,6% di tutti gli uomini stranieri residenti in Valle d'Aosta. Al contrario, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 30,9% delle straniere nella PA di Bolzano.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese al 1 gennaio 2009. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle

Aziende Sanitarie Locali (ASL), così come definite al 1 gennaio 2005, aggiornate al 31 giugno 2010, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle captiture è costruita in modo da garantire l'equinumerosità delle classi. Dalla lettura del Cartogramma risulta

confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola, infatti, in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

**Tabella 1** - *Stranieri residenti (migliaia), composizione percentuale per macroarea di cittadinanza e quota degli stranieri residenti (per 100) per regione - Situazione al 31 dicembre 2009*

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza (%)					Stranieri residenti/ totale residenti (%)
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	377,2	59,9	7,2	25,0	7,9	0,0	8,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,2	49,7	4,8	37,7	7,7	0,1	6,4
Lombardia	982,2	38,4	21,4	27,5	12,6	0,1	10,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>39,2</i>	<i>67,9</i>	<i>14,6</i>	<i>12,8</i>	<i>4,5</i>	<i>0,1</i>	<i>7,8</i>
<i>Trento</i>	<i>46,0</i>	<i>65,4</i>	<i>9,1</i>	<i>18,6</i>	<i>6,9</i>	<i>0,0</i>	<i>8,8</i>
Veneto	480,6	55,7	16,9	23,4	4,0	0,1	9,8
Friuli Venezia Giulia	100,9	68,9	9,8	16,9	4,2	0,1	8,2
Liguria	114,3	46,2	8,3	17,5	27,9	0,1	7,1
Emilia-Romagna	461,3	48,4	17,2	30,0	4,3	0,0	10,5
Toscana	338,7	60,0	18,3	14,9	6,8	0,1	9,1
Umbria	93,2	66,2	6,9	18,0	8,9	0,1	10,4
Marche	140,5	57,8	16,0	20,8	5,4	0,0	9,0
Lazio	497,9	62,0	17,8	10,8	9,3	0,1	8,8
Abruzzo	75,7	72,7	9,8	11,7	5,6	0,1	5,7
Molise	8,1	69,9	8,1	16,0	5,9	0,1	2,5
Campania	147,1	61,3	15,2	18,0	5,3	0,1	2,5
Puglia	84,3	68,2	11,1	16,9	3,7	0,1	2,1
Basilicata	13,0	70,8	10,2	15,8	3,2	0,0	2,2
Calabria	65,9	64,6	12,0	20,3	2,9	0,2	3,3
Sicilia	127,3	46,0	20,0	30,3	3,5	0,2	2,5
Sardegna	33,3	55,1	16,2	22,9	5,6	0,2	2,0
<b>Italia</b>	<b>4.235,1</b>	<b>53,6</b>	<b>16,2</b>	<b>22,0</b>	<b>8,1</b>	<b>0,1</b>	<b>7,0</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2011.

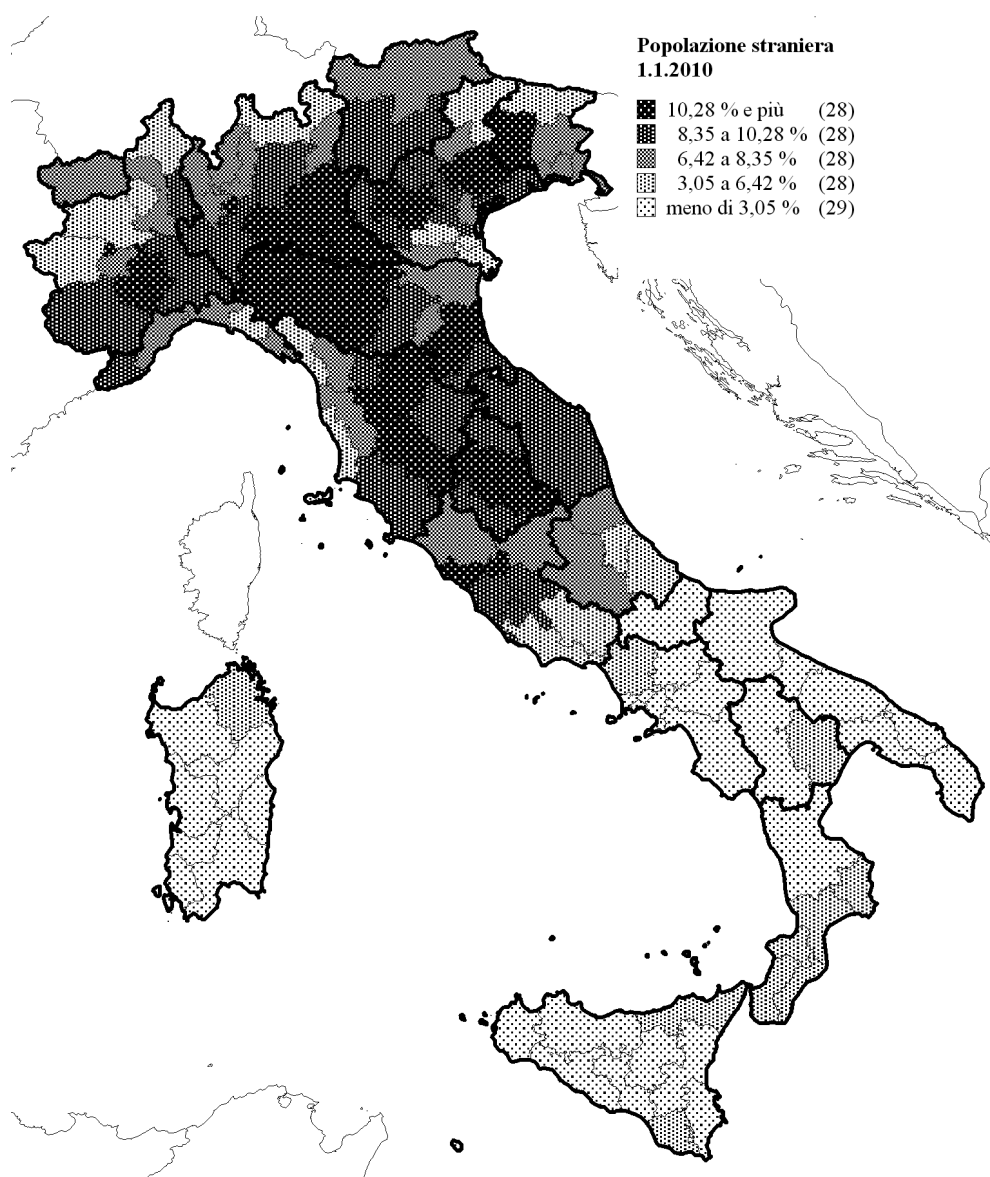
**Tabella 2** - Stranieri residenti (migliaia) per genere, cittadinanze prevalenti e regione - Situazione al 31 dicembre 2009

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine					
		Cittadinanza e peso % sul totale						Cittadinanza e peso % sul totale					
		Prima	Seconda	Terza			Prima	Seconda	Terza				
Piemonte	182,3	Rom. 33,4	Mar. 18,8	Alb. 12,9			Rom. 35,6	Mar. 14,5	Alb. 12,0				
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	Mar. 30,2	Rom. 19,9	Alb. 13,5			Mar. 24,5	Rom. 23,2	Alb. 11,4				
Lombardia	503,8	Rom. 12,7	Mar. 11,7	Alb. 10,4			Rom. 13,5	Mar. 12,4	Alb. 10,9				
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>18,8</i>	<i>Alb. 15,3</i>	<i>Ger. 10,5</i>	<i>Mar. 9,2</i>			<i>20,4</i>	<i>Ger. 12,7</i>	<i>Alb. 11,2</i>	<i>Mar. 7,1</i>			
<i>Trento</i>	<i>22,3</i>	<i>Alb. 16,6</i>	<i>Rom. 16,3</i>	<i>Mar. 11,4</i>			<i>23,7</i>	<i>Rom. 17,3</i>	<i>Alb. 13,3</i>	<i>Mar. 9,5</i>			
Veneto	244,0	Rom. 19,3	Mar. 13,1	Alb. 9,3			Rom. 21,1	Mar. 10,4	Alb. 8,2				
Friuli Venezia Giulia	50,8	Rom. 16,8	Alb. 13,3	Ser. 9,8			50,1	Rom. 19,2	Alb. 12,5	Ser. 8,5			
Liguria	53,9	Alb. 20,1	Ecu. 15,7	Mar. 13,6			60,5	Ecu. 19,8	Alb. 14,4	Rom. 12,3			
Emilia-Romagna	227,3	Mar. 16,3	Alb. 14,0	Rom. 12,0			234,0	Rom. 14,2	Mar. 13,0	Alb. 11,3			
Toscana	161,9	Alb. 22,3	Rom. 18,8	Mar. 9,6			176,8	Rom. 23,1	Alb. 16,9	Cina 7,7			
Umbria	42,9	Rom. 21,3	Alb. 20,7	Mar. 13,2			50,3	Rom. 25,9	Alb. 15,0	Mar. 8,3			
Marche	68,0	Alb. 17,4	Rom. 12,9	Mar. 11,8			72,5	Rom. 17,8	Alb. 14,3	Mar. 9,1			
Lazio	233,2	Rom. 37,1	Alb. 5,2	Fil. 5,0			264,8	Rom. 35,1	Fil. 6,8	Pol. 5,7			
Abruzzo	35,4	Rom. 25,0	Alb. 20,3	Mac. 8,7			40,3	Rom. 28,0	Alb. 15,3	Ucr. 6,9			
Molise	3,5	Rom. 33,4	Mar. 16,8	Alb. 12,3			4,6	Rom. 36,7	Mar. 9,8	Pol. 8,7			
Campania	61,3	Rom. 17,3	Mar. 13,7	Ucr. 12,4			85,8	Ucr. 29,9	Rom. 15,8	Pol. 9,4			
Puglia	39,5	Alb. 4,9	Rom. 18,9	Mar. 10,7			44,8	Rom. 25,9	Alb. 23,1	Pol. 5,8			
Basilicata	5,6	Rom. 34,5	Alb. 15,8	Mar. 13,4			7,4	Rom. 42,1	Alb. 10,2	Ucr. 8,3			
Calabria	29,4	Rom. 31,3	Mar. 21,6	Bul. 5,2			36,5	Rom. 31,1	Mar. 12,0	Ucr. 11,8			
Sicilia	60,8	Rom. 22,5	Tun. 17,4	Mar. 11,0			66,6	Rom. 30,9	Tun. 8,1	Mar. 7,2			
Sardegna	14,9	Rom. 20,6	Mar. 16,5	Sen. 12,9			18,4	Rom. 28,2	Mar. 9,1	Ucr. 7,3			
<b>Italia</b>	<b>2.063,4</b>	<b>Rom. 19,8</b>	<b>Alb. 12,3</b>	<b>Mar. 11,9</b>			<b>2.171,7</b>	<b>Rom. 21,6</b>	<b>Alb. 9,6</b>	<b>Mar. 8,4</b>			

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

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2011.

**Popolazione straniera residente (per 100) iscritta in Anagrafe per ASL - Situazione al 1 gennaio 2010**



**Raccomandazioni di Osservasalute**

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

(si vedano l'indicatore "Nati da cittadini stranieri" ed il Capitolo "Popolazione"). È, quindi, quanto mai necessario che l'offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

**Riferimenti bibliografici**

(1) Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2010; Istat 2010.

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Dal 2009, per la prima volta nell'ultimo decennio, si è assistito ad un decremento - seppur lieve - del numero complessivo di iscritti per nascita in Anagrafe (1). L'indicatore qui presentato ha come scopo quello di evidenziare il contributo che i cittadini stranieri danno alla natalità in Italia. In particolare, ci si soffermerà sulle principali caratteristiche demo-

grafiche e di cittadinanza della popolazione straniera interessata. Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove viene presentato il Tasso di fecondità totale e l'età media al parto delle straniere residenti, così come la quota di nati da madri straniere sul totale dei nati.

### Percentuale di nati con almeno uno dei genitori cittadino straniero

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

**Validità e limiti.** Dal 1999 il calcolo di questo indicatore può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza con riferimento ai soli nati vivi. Va, comunque, sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano, attualmente, un'entità numericamente molto contenuta (prossima ai 1.500 casi annui) rispetto al totale dei nati (2).

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

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del relativo Paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra non include i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una frazione abbastanza elevata del totale. Tuttavia, attualmente, il dato sul Paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre attraverso il codice fiscale. Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in Anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana), come conseguenza della legislazione vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana.

### Descrizione dei risultati

Lo studio dell'andamento nel tempo del peso dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita appare di particolare interesse: dai dati emerge, infatti, un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con un solo che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore, che nel 1999 era pari a 5,4%, si attesta nel 2009 a poco più di 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia (nel 2008 tale valore era pari a 15,9%) (Grafico 1). Tuttavia, le differenze regionali sono notevoli e ricalcano, sostanzialmente, la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono quelle del Nord ed, in particolare, l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. In queste regioni la quota di nati da madre e padre stranieri presenta valori superiori al 21,0%. Al contrario, in quasi tutte le regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

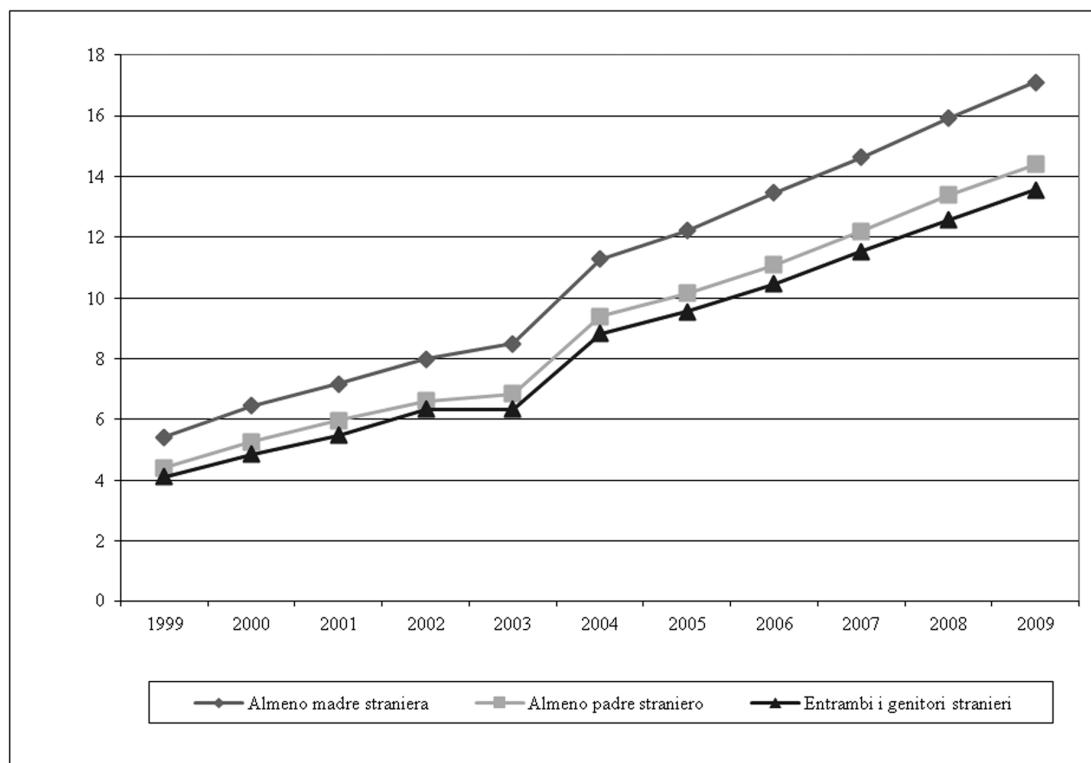
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati da almeno un genitore straniero per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale, la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 19,5% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 21,0% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (25,4% dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (20,4%). Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà territoriali molto variegata. Ad esempio, la quota di

nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (48,1%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (25,2%), specie se confrontata con il valore nazionale (4,9%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano da sole il 63,5% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2009 e proprio a queste comunità è imputabile circa il 66,9% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale ed al tempo stesso sono, insieme al

Marocco, responsabili del più alto numero (in termini assoluti) di nati stranieri. Al contrario, le comunità degli ucraini e dei polacchi si caratterizzano per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (ed in misura ancora più netta per i cittadini moldavi) che si è riscontrata la maggiore crescita in termini percentuali del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2000. Ciò è dovuto non tanto al cambiamento dei comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità, ma piuttosto alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano che, nel 2000, era particolarmente esigua. Occorre, inoltre, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche nell'indicatore "Fecondità della popolazione" del Capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

**Grafico 1** - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2009



**Nota:** elaborazioni su dati della Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4), della Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3) e del Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.



**Tabella 1** - Incidenza (per 100) dei nati con almeno un genitore straniero e da padre e madre entrambi stranieri per regione - Anno 2009

Regioni	Nati con padre italiano e madre straniera <sup>a</sup> (%)	Nati da padre straniero e madre italiana <sup>a</sup> (%)	Nati da padre e madre entrambi stranieri <sup>b</sup>
Piemonte	4,2	1,1	18,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,1	0,6	14,5
Lombardia	4,2	1,2	21,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,8</i>	<i>2,1</i>	<i>12,7</i>
<i>Trento</i>	<i>5,0</i>	<i>1,5</i>	<i>16,8</i>
Veneto	4,0	1,0	21,6
Friuli Venezia Giulia	4,2	0,9	16,5
Liguria	4,6	1,2	14,8
Emilia-Romagna	4,7	1,2	22,9
Toscana	4,4	1,0	17,3
Umbria	4,8	0,8	18,0
Marche	4,8	1,0	18,2
Lazio	4,1	1,1	12,3
Abruzzo	4,0	0,9	10,0
Molise	3,7	0,4	4,7
Campania	2,0	0,3	2,9
Puglia	1,5	0,4	2,9
Basilicata	2,4	0,2	3,4
Calabria	3,3	0,4	4,1
Sicilia	1,7	0,3	3,7
Sardegna	2,5	0,4	2,8
<b>Italia</b>	<b>3,6</b>	<b>0,8</b>	<b>13,6</b>

<sup>a</sup>Elaborazione su dati della Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4).

<sup>b</sup>Elaborazione su dati della Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

**Tabella 2** - Distribuzione percentuale delle macroaree di cittadinanza dei nati stranieri per regione - Anno 2009

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	29,7	17,9	32,8	7,1	8,0	4,4	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18,7	18,2	57,6	0,0	4,0	1,5	0,0
Lombardia	12,5	15,9	29,4	9,5	24,0	8,6	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>14,9</i>	<i>38,2</i>	<i>19,3</i>	<i>0,9</i>	<i>23,5</i>	<i>3,1</i>	<i>0,1</i>
<i>Trento</i>	<i>17,0</i>	<i>37,4</i>	<i>28,6</i>	<i>2,4</i>	<i>10,9</i>	<i>3,6</i>	<i>0,0</i>
Veneto	16,6	24,0	22,8	12,7	22,6	1,2	0,1
Friuli Venezia Giulia	18,9	32,9	15,4	16,0	14,9	1,3	0,5
Liguria	10,3	26,2	24,5	3,9	9,7	25,2	0,2
Emilia-Romagna	10,7	21,8	33,4	11,5	20,2	1,9	0,3
Toscana	16,9	31,6	17,3	5,8	24,9	3,4	0,1
Umbria	22,0	32,6	25,6	4,9	8,2	6,5	0,2
Marche	11,6	26,3	26,8	8,2	24,4	2,5	0,1
Lazio	48,1	12,2	8,5	3,9	21,6	5,5	0,3
Abruzzo	27,2	37,5	16,3	5,1	12,3	1,6	0,0
Molise	40,0	20,9	26,4	0,0	11,8	0,9	0,0
Campania	26,2	19,8	19,3	8,2	24,6	1,7	0,1
Puglia	25,0	34,1	18,7	4,7	16,5	0,9	0,0
Basilicata	36,5	21,6	25,7	1,2	15,0	0,0	0,0
Calabria	38,7	12,4	28,2	2,5	17,9	0,3	0,0
Sicilia	25,5	8,6	28,3	7,9	28,8	0,7	0,1
Sardegna	26,5	16,0	21,8	7,2	26,0	2,5	0,0
<b>Italia</b>	<b>19,5</b>	<b>21,0</b>	<b>25,4</b>	<b>8,6</b>	<b>20,4</b>	<b>4,9</b>	<b>0,1</b>

**Nota:** le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

**Tabella 3** - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2000-2009 per le prime dieci collettività residenti - Anno 2009

Cittadinanze	Stranieri residenti (%)	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri (%)	Δ % della stima del numero dei nati stranieri (2000-2009)
Romania	21,0	13.380	17,4	1.315,9
Albania	11,0	9.263	12,0	145,2
Marocco	10,2	13.600	17,6	151,5
Cina Repubblica Popolare	4,4	5.176	6,7	168,6
Ucraina	4,1	877	1,1	2.149,3
Filippine	2,9	1.622	2,1	24,6
India	2,5	2.963	3,8	320,2
Polonia	2,5	713	0,9	192,1
Moldova	2,5	1.360	1,8	5.564,7
Tunisia	2,4	2.735	3,5	68,7
Altra	36,4	25.420	33,0	156,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>77.109</b>	<b>100,0</b>	<b>197,5</b>

**Nota:** la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2009 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per genere e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione Movimento e calcolo della popolazione straniera residente (Modello Istat P.3).

**Fonte dei dati:** Istat. Demografia in cifre. Anno 2011.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato nell'indicatore dedicato alla fecondità (Capitolo "Popolazione"), la crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione e valutazione delle attività sanitarie. È, infatti, emerso in diversi studi come sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (3).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anni 2009 e 2010. Statistiche. Report, 2011.
- (2) Istat. Bollettino mensile di statistica. Febbraio 2011.
- (3) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anni 2005, 2008.

## Abortività volontaria delle donne straniere

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

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

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

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

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da cittadine straniere o donne nate all'estero	
Denominatore	----- x 100	
	Totale Interruzioni Volontarie di Gravidanza	

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

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

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

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

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di abortività delle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp), standardizzati per età, vengono confrontati con quelli delle cittadine italiane residenti, al fine di evidenziare possibili differenze nel ricorso ai servizi ospedalieri.

### Descrizione dei risultati

Nel 2009 delle 114.793 IVG rilevate a livello nazionale (con una sottostima dei casi per le regioni Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna), 38.806 (pari al 33,8%) hanno riguardato cittadine straniere e 43.194 donne nate all'estero (38,0%). L'andamento, in entrambi i casi, è sempre stato crescente fin dal 1995 (Grafico 1), anche se a partire dal 2006 la crescita sembra essere meno incisiva.

Tale percentuale ovviamente è fortemente legata alla

presenza straniera (Tabella 1). Le regioni con una quota più elevata di IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera (Veneto 45,5%, Marche 44,6%, Emilia-Romagna 43,9%), sono in genere quelle con una percentuale più elevata di donne straniere residenti. L'associazione è visibile anche con riferimento alle regioni in cui il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere è a livelli bassi (Molise 6,0%, Sardegna 13,0%, Puglia 14,9%).

Da qualche anno è ormai consolidato il primato delle donne rumene che rappresentano il 28,5% di tutte le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera. Seguono le donne albanesi con il 6,7% e quelle marocchine con 6,1%. Il resto delle cittadinanze è presente con una quota inferiore al 6%. C'è da sottolineare che la Romania, l'Albania e il Marocco sono i primi tre Paesi di provenienza delle donne straniere presenti in Italia.

La disponibilità di stime ufficiali della popolazione straniera residente in Italia per genere, età e cittadinanza, rende possibile il calcolo di indicatori più specifici per valutare la propensione all'aborto. Sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti da Pfp, da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e donne con cittadinanza italiana.

La decrescita dei tassi di abortività volontaria in Italia (vedi "Abortività volontaria" del presente Rapporto Osservasalute) risulta confermata da tutti i sottogruppi di popolazione, pur con livelli molto diversi.

Le donne italiane risultano avere tassi più bassi rispetto alle straniere, qualunque sia il gruppo di cittadinanza considerato, e si evidenzia un calo dei tassi standardizzati del 9% circa per il periodo considerato (2003-2008) (Grafico 2).

Il secondo gruppo (donne provenienti da Psa) passa da un tasso pari a 10,8 ad uno uguale a 7,7 (per 1.000 donne di età 15-49 anni), con una differenza del 29%. Infine, le donne provenienti da Pfpn sperimentano il calo maggiore (-35%), giustificato in parte dal fatto che i tassi di partenza sono davvero molto elevati, quindi, c'è un margine maggiore su cui poter agire. È interessante osservare che le differenze osservate rispetto alle donne italiane tendono ad assottigliarsi nel corso del tempo: nel 2003 i tassi delle donne Pfpn sono 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2008 tale rapporto risulta uguale a 3,8. Per le donne Psa tali valori risultano rispettivamente uguali a 1,4 e 1,1, quindi, quasi si equivalgono. Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le

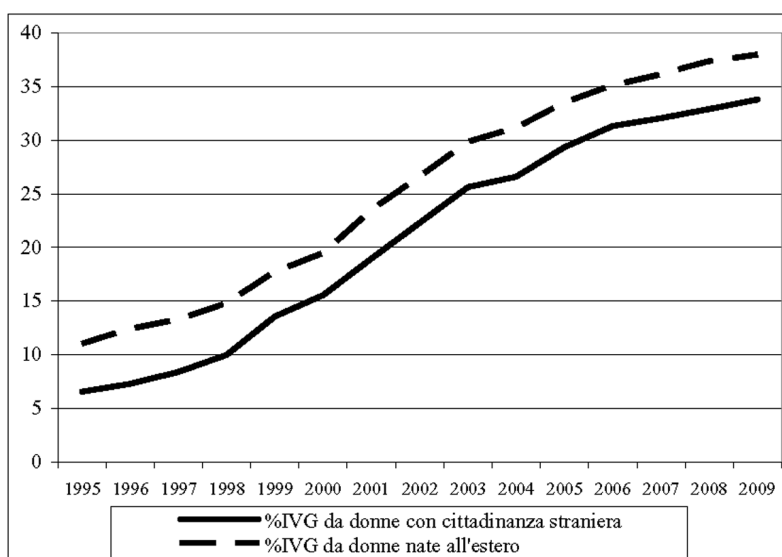
donne Pfpn e del divario con le donne italiane può essere un segnale di integrazione da parte delle donne straniere e di modifica nei comportamenti relativi alle scelte di procreazione responsabile, come si è verificato negli anni tra le italiane.

La composizione per età delle donne che sono ricorse all'IVG permette di studiare il fenomeno in maniera più dettagliata (Grafico 3).

Osservando i dati dell'ultimo anno a disposizione, in tutti e tre i gruppi la classe di età maggiormente coinvolta nel fenomeno è quella di 20-24 anni. Con riferimento a questa classe di età i tassi delle straniere Pfpn arrivano a quasi il 50 per 1.000: 4,8 volte in più rispetto alle italiane (mentre sul totale 15-49 tale differenza è uguale a 3,8).

Invece, per le donne straniere Psa la differenza maggiore che si riscontra con le donne italiane è nella classe di età più giovane (15-19 anni): i tassi sono 2,4 volte più elevati rispetto alla quasi uguaglianza se ci riferiamo al totale delle donne.

**Grafico 1** - Percentuale di IVG delle donne con cittadinanza straniera e delle donne nate all'estero - Anni 1995-2009



**Nota:** i dati delle seguenti regioni sono incompleti: Piemonte (anni 1995 e 1999), Friuli Venezia Giulia (anni 2005 e 2006), Lazio (anni 2005 e 2006), Abruzzo (anno 2009), Molise (anno 2005), Campania (anni 2002, 2005-2009), Basilicata (anno 2009), Calabria (anno 2008), Sicilia (anni 2004-2009), Sardegna (anni 2008, 2009).

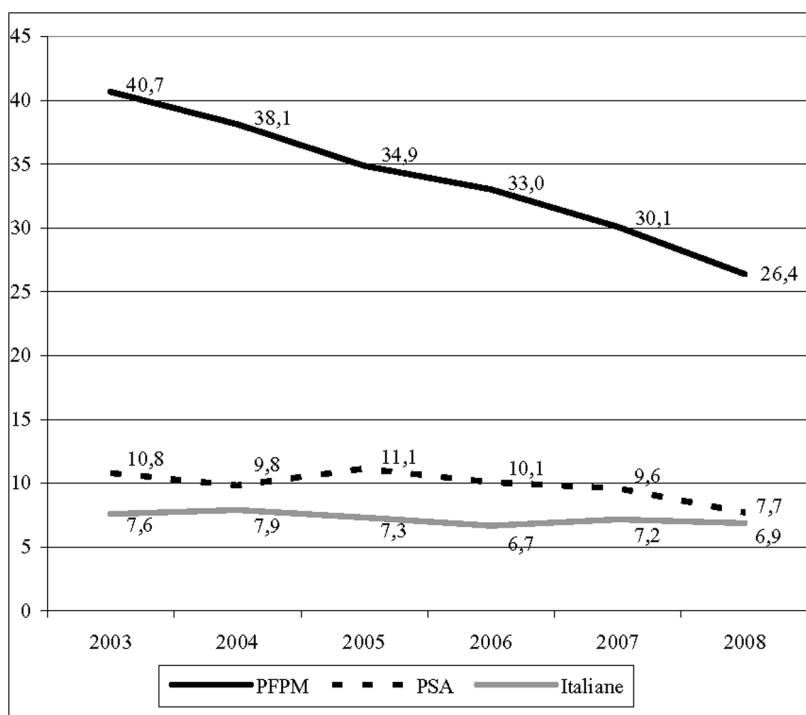
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

**Tabella 1** - Percentuale di IVG delle donne con cittadinanza straniera e percentuale delle donne con cittadinanza straniera residenti in Italia per regione - Anno 2009

Regioni	IVG da donne con cittadinanza straniera	Donne straniere residenti
Piemonte	40,63	7,85
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	27,65	6,20
Lombardia	43,70	8,71
Bolzano-Bozen	42,38	7,35
Trento	34,69	8,09
Veneto	45,53	8,84
Friuli Venezia Giulia	34,86	7,32
Liguria	39,42	6,53
Emilia-Romagna	43,85	9,43
Toscana	42,42	8,29
Umbria	43,82	9,89
Marche	44,56	8,24
Lazio	36,55	8,18
Abruzzo	26,40	5,35
Molise	6,01	2,52
Campania	15,90	2,56
Puglia	14,87	1,84
Basilicata	17,74	2,14
Calabria	19,90	3,16
Sicilia	15,54	2,31
Sardegna	13,00	1,89
<b>Italia</b>	<b>33,81</b>	<b>6,39</b>

**Nota:** per le IVG i dati delle seguenti regioni sono incompleti: Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia, Sardegna.

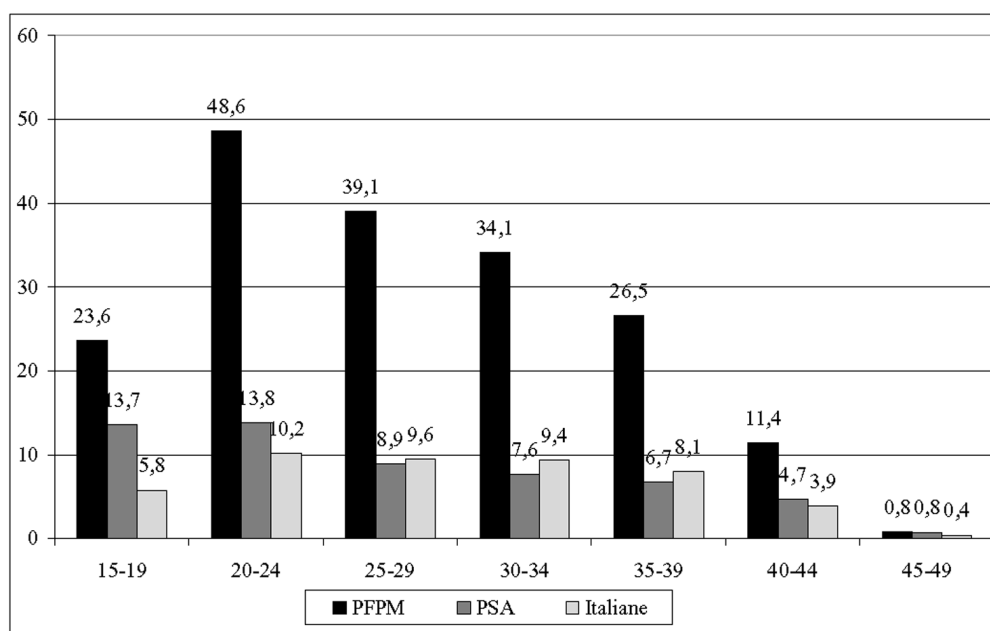
**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza - Rilevazione sulla Popolazione residente straniera per sesso ed anno di nascita. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso standardizzato (per 1.000 donne di età 15-49 anni) di abortività volontaria per gruppi di cittadinanza - Anni 2003-2008

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati, i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Friuli Venezia Giulia (anni 2005 e 2006), Lazio (anni 2005 e 2006), Abruzzo (anno 2009), Molise (anno 2005), Campania (anni 2005-2009), Basilicata (anno 2009), Calabria (anno 2008), Sicilia (anni 2004-2009), Sardegna (anni 2008 e 2009).

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

**Grafico 3** - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per classi di età e gruppi di cittadinanza - Anno 2008



**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001. A causa dell'incompletezza dei dati i tassi sono stati stimati per le seguenti regioni: Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Come già messo in evidenza dal Ministero della Salute nell'annuale relazione al Parlamento sull'attuazione della legge per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (1), l'analisi "evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica. Attraverso la messa in rete dei servizi pubblici, delle strutture del volontariato e del privato sociale si possono fornire alle donne straniere informazioni e servizi per aiutarle nelle scelte di procreazione consapevole. È, inoltre, necessaria la riorganizzazione dei servizi attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi, con l'apertura il giovedì pomeriggio o in altri orari più adatti; con presenza di professioniste donne (in particolare ginecologhe) e di mediatrici culturali. I risultati più significativi si otterranno proponendo il *counselling* sulla procreazione responsa-

bile in ogni occasione di contatto e, soprattutto, in occasione di offerta attiva di misure di prevenzione come il Pap-test e in occasione di assistenza al percorso nascita, cercando di "raggiungerle" anche nei luoghi di riunione. Il coinvolgimento partecipativo delle comunità organizzate di donne straniere e la valorizzazione dell'educazione tra pari, oltre allo sviluppo di nuovi modelli di comunicazione, saranno elementi essenziali per determinare una evoluzione del ricorso all'IVG tra le straniere analoga a quella osservata tra le italiane".

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2011), Relazione sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2009. Dati provvisori 2010. Roma: Ministero della Salute, 2011.

(2) Istat (2011), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anni 2008 e 2009. Tavole di dati. Disponibile sul sito: <http://www.istat.it/it/archivio/45855>.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione degli stranieri consente di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi ospedalieri. In particolare, il tasso standardizzato per età permette di confrontare la frequenza del ricorso alle cure ospedaliere da parte dei cittadini stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfm)<sup>1</sup> rispetto agli italiani, al netto delle diversa struttura per età delle due popolazioni a confronto.

Nel calcolo dell'indicatore sono stati considerati solo i cittadini residenti (sia al numeratore che al denominatore). I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. Per la prima volta, quest'anno vengono presentati i dati, oltre che per alcuni grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC).

### Tasso di ospedalizzazione tra gli stranieri\*

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di stranieri da Paesi a forte pressione migratoria residenti in Italia	x 1.000
Denominatore	Popolazione media straniera da Paesi a forte pressione migratoria residente in Italia	

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

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione a livello nazionale, è pur sempre soggetta a distorsioni opportunistiche (collegate ai meccanismi di remunerazione delle prestazioni) o, comunque, a generica inaccuratezza a carico delle variabili socio-demografiche e cliniche.

In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, in alcune regioni non viene sempre codificata correttamente: questo può determinare una misclassificazione di una certa quota di ricoveri, con probabile sottostima del numero assoluto di ricoveri a carico della popolazione straniera. Anche la variabile relativa al luogo di residenza non è sempre riportata in modo accurato nella SDO, potendo in alcuni casi essere confusa con l'effettivo domicilio; tale distorsione sembra essere di segno opposto rispetto a quella introdotta dalla cittadinanza, in quanto porterebbe ad includere in analisi alcuni ricoveri effettuati da stranieri presenti, ma non iscritti nelle liste anagrafiche o da stranieri irregolari. Nel calcolo dei tassi,

Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi omogenee.

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del Ministero della Salute. L'archivio contiene i dati di tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private.

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è stata prodotta da una collaborazione tra l'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori, ex Istituto degli Affari Sociali, e l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) a partire dai dati di fonte anagrafica e stato civile. Tali dati si riferiscono alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno  $t$  e al 1 gennaio dell'anno  $t+1$ .

il livello di inaccuratezza nelle variabili socio-demografiche può introdurre dei *bias*, soprattutto per effetto del disallineamento tra numeratore e denominatore. È pur vero che la qualità dei dati è andata progressivamente migliorando e, pertanto, i suddetti errori dovrebbero attenuarsi nel tempo.

Per quanto riguarda i denominatori, si sottolinea come i trend evidenziati a carico dei tassi di ospedalizzazione mostrano, in alcuni casi, delle oscillazioni che sembrano dipendere in gran parte da variazioni nell'ammontare della popolazione residente, per una tendenza a richiedere la residenza in Italia da parte dei cittadini stranieri, diversa nel tempo e da regione a regione.

Occorre, infine, sottolineare che l'analisi riportata di seguito fa riferimento a persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Questo limita la generalizzabilità dei risultati agli stranieri residenti (lasciando fuori i presenti non residenti e gli irregolari). Si tratta pur sempre della componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile - in termini di permanenza sul territorio - ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

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

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

### Descrizione dei risultati

Nel 2008, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati quasi 550 mila (pari al 4,7% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati per il 74,0% in regime di Ricovero Ordinario (RO) (Tabella 1).

Tra il 2003 ed il 2008 si è osservata una progressiva riduzione dei ricoveri in regime ordinario, da un totale di quasi 8,8 milioni a circa 8,1 milioni. Per contro, nello stesso periodo le degenze ordinarie a carico di cittadini stranieri hanno fatto registrare un incremento costante: da 278 mila a 404 mila (+45,0%). Il ritmo di crescita è stato sensibilmente più sostenuto tra gli stranieri da Pfp, la cui percentuale sul totale dei ricoveri è passata da 2,8% nel 2003 a 4,5% nel 2008.

Per quanto riguarda i Day Hospital (DH), si è osservato nel complesso un iniziale incremento dei ricoveri, da 3,6 milioni nel 2003 a quasi 4 milioni nel 2005, seguito da una diminuzione negli anni successivi, fino al raggiungimento nel 2008 di livelli più bassi rispetto al 2003. Tra gli immigrati, analogamente a quanto osservato per il RO, i ricoveri sono risultati in costante aumento, da circa 95 mila a 142 mila. Ancora una volta, l'aumento è stato più marcato tra gli immigrati da Pfp, che nel 2008 costituivano il 3,7% di tutti i ricoveri in DH.

Tali andamenti si prestano a una duplice interpretazione. Da una parte, si è registrato in questi anni un progressivo slittamento di quote rilevanti di casistica dal RO al DH e da quest'ultimo verso il *setting* ambulatoriale, per ragioni essenzialmente legate alla riorganizzazione dei servizi sanitari, in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa; d'altra parte, per gli immigrati ha pesato soprattutto l'incremento demografico e, dunque, l'aumento dei ricoveri deve essere essenzialmente posto in relazione al numero crescente di cittadini stabilmente soggiornanti nel nostro Paese.

La distribuzione dei ricoveri degli stranieri da Pfp nelle regioni presenta un'elevata variabilità (Tabella 2). La geografia delle dimissioni ospedaliere è fortemente determinata dalla presenza straniera nelle diverse aree del Paese (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud). Tuttavia, analizzando le singole regioni emergono delle realtà in cui la quota di pazienti immigrati da Pfp rispetto al totale dei ricoveri è più elevata e diversificata a seconda del regime di ricovero. In RO la percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai Pfp rispetto al totale delle dimissioni è sensibilmente più elevata del-

la media (4,5%) in Veneto, Emilia-Romagna ed Umbria. Per quanto riguarda il DH, rispetto al 3,7% registrato a livello Italia, la percentuale varia tra il 5,8-6,8% in Lombardia, PA di Trento, Friuli Venezia Giulia ed Emilia-Romagna.

La Tabella 3 consente di confrontare, per entrambi i generi, i tassi di ricovero (standardizzati per età) in RO ed in DH, tra Pfp e cittadini italiani. Il trend delle degenze ordinarie mostra una diminuzione costante dei tassi, tanto tra gli stranieri quanto tra gli autoctoni. Tra gli uomini, i valori osservati a carico dei Pfp si mantengono costantemente al di sotto di quelli degli italiani residenti (inferiori del 20-30%); tra le donne, i tassi dei Pfp, inizialmente più elevati rispetto a quelli delle italiane (+10,0% nel 2003), si sono successivamente avvicinati, attestandosi su livelli sostanzialmente simili. Anche per quanto riguarda i DH, i tassi dei Pfp sono diminuiti nel tempo, mantenendosi costantemente più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti per entrambi i generi, ma con divari più marcati negli uomini. Tali divari si sono, inoltre, accentuati nel tempo, sia negli uomini che nelle donne.

In tutti gli anni e per le due tipologie di ricovero, si è registrata tra i Pfp una maggiore ospedalizzazione delle donne rispetto agli uomini, per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto, abortività volontaria). L'andamento per età dei tassi di dimissione ospedaliere in RO (Grafico 1) conferma per gli uomini valori più bassi negli stranieri residenti rispetto agli italiani; tale divario tende ad aumentare con l'età e diventa più rilevante a partire dalle età adulte. Le differenze sono ancora più marcate in regime di DH (Grafico 2).

Per le donne risulta evidente un maggiore ricorso ai ricoveri ospedalieri, sia ordinari che diurni, in corrispondenza delle classi di età relative al periodo riproduttivo. Nelle altre età, le differenze tra le due popolazioni sono piuttosto contenute in RO, mentre il ricorso al DH è sensibilmente più frequente tra le italiane.

Approfondendo l'analisi tra i maggiorenni per diagnosi principale alla dimissione in RO ed in DH (Tabelle 4 e 5), si conferma l'elevato ricorso all'ospedalizzazione da parte delle donne provenienti da Pfp, per motivi legati alla riproduzione: i tassi standardizzati nel 2008 sono risultati 1,6 volte più elevati rispetto a quelli delle cittadine italiane in RO (si tratta essenzialmente di parti) e 2,6 volte in DH (in prevalenza Interruzioni Volontarie di Gravidanza). Al secondo posto troviamo le infezioni dell'apparato genitourinario, sia in ordinario (6,0%) che in DH (12,0%), condizioni legate probabilmente a condizioni di vita e di igiene meno protette.

Per quanto riguarda gli uomini, la causa più frequente di ricovero in regime ordinario è rappresentata dai traumi (20,0%). Seguono le malattie dell'apparato digerente (14,4%), soprattutto a carico del tratto intestinale, e le malattie del sistema circolatorio (11,6%).



In DH, si osservano ai primi posti le malattie dell'apparato digerente (13,3%, in larga parte interventi di ernia inguinale), quelle a carico del sistema osteomuscolare e connettivo (11,8%, tra cui degenerazioni della colonna vertebrale e delle articolazioni, e connettivopatie) ed i cosiddetti "fattori che influenzano lo stato di salute" (11,3%, prevalentemente chemioterapie).

Una considerazione più generale riguarda l'andamento dei tassi di ospedalizzazione per patologia ed il confronto tra Pfpim ed italiani: complessivamente, i valori sono diminuiti nel tempo, sia in regime di RO che in DH (dati non riportati in tabella), ad indicare che il processo di de-ospedalizzazione ha interessato tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di cittadinanza. Rispetto alla popolazione italiana, i tassi dei pazienti da Pfpim risultano quasi sempre più bassi, confermando il dato complessivo di un ridotto accesso alle strutture ospedaliere da parte di questa popolazione.

Focalizzando l'attenzione sulle cittadinanze per le quali è più elevata la presenza nel nostro Paese, si conferma tra il 2003 ed il 2008 una diminuzione dei tassi standardizzati di dimissione ospedaliera, sia in regime di RO che in DH (Tabelle 6 e 7).

Nel 2008, rispetto al tasso di ospedalizzazione in regime ordinario riferito al complesso degli stranieri da Pfpim, i tassi per le cittadinanze selezionate sono risultati più bassi, ad eccezione del Marocco che, in particolare tra le donne, ha fatto registrare un tasso pari a 152,6 per 1.000 (contro 126,6 per 1.000 del totale Pfpim). Si rileva, inoltre, un tasso standardizzato particolarmente basso per le persone con cittadinanza cinese. In DH, oltre a confermarsi la bassa ospedalizzazione dei cinesi, il ricorso all'ospedalizzazione si mantiene significativamente più basso rispetto a quello dei cittadini italiani.

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali) per regime di ricovero e provenienza - Anni 2003-2008

Provenienza	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Stranieri da Psa*	33.265	33.728	33.789	35.475	35.449	34.725	8.284	9.191	10.347	9.906	9.610	9.122
di cui residenti in Italia (%)	50,0	52,9	54,0	55,6	56,6	57,4	81,0	83,0	84,8	84,9	85,4	86,3
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da Pfpim	245.114	267.564	295.162	327.162	347.819	369.510	86.269	102.389	113.729	122.777	126.310	132.812
di cui residenti in Italia (%)	79,5	81,7	82,3	82,1	83,0	85,3	79,3	81,3	81,1	80,5	82,9	85,8
% sul totale	2,8	3,1	3,4	3,8	4,2	4,5	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7
<b>Totale ricoveri</b>	<b>8.799.495</b>	<b>8.709.500</b>	<b>8.587.521</b>	<b>8.527.212</b>	<b>8.272.500</b>	<b>8.122.885</b>	<b>3.628.309</b>	<b>3.877.944</b>	<b>3.985.600</b>	<b>3.917.701</b>	<b>3.653.613</b>	<b>3.564.606</b>
di cui residenti in Italia (%)	99,2	99,3	99,1	99,1	99,0	99,1	99,4	99,5	99,4	99,3	99,3	99,4
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e percentuali) di stranieri da Pfp per regime di ricovero e regione - Anno 2008

Regioni	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	N	% sul totale	N	% sul totale
Piemonte	29.843	5,9	14.316	4,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	787	5,2	230	3,8
Lombardia	92.240	6,5	25.931	5,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.989</i>	<i>4,9</i>	<i>1.114</i>	<i>4,1</i>
<i>Trento</i>	<i>4.111</i>	<i>6,6</i>	<i>1.635</i>	<i>6,0</i>
Veneto	39.799	6,8	11.448	5,4
Friuli Venezia Giulia	8.238	5,3	2.954	5,8
Liguria	11.995	5,6	7.676	5,0
Emilia-Romagna	43.942	6,8	13.703	6,8
Toscana	24.703	5,7	10.530	5,0
Umbria	8.504	7,4	2.955	5,4
Marche	10.377	5,0	2.529	3,2
Lazio	44.570	5,4	21.125	5,3
Abruzzo	6.168	3,2	2.079	2,7
Molise	376	0,7	112	0,5
Campania	14.291	1,8	5.369	1,2
Puglia	8.411	1,3	1.946	0,9
Basilicata	112	0,2	50	0,1
Calabria	5.510	2,2	2.152	1,7
Sicilia	9.136	1,4	4.233	1,0
Sardegna	2.408	1,1	725	0,8
<b>Italia</b>	<b>369.510</b>	<b>4,5</b>	<b>132.812</b>	<b>3,7</b>

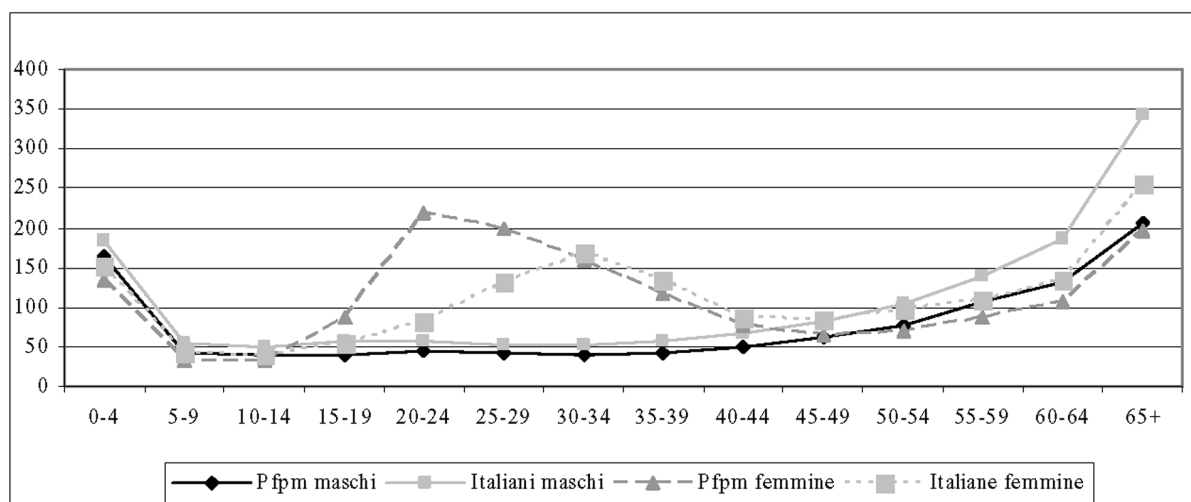
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2008

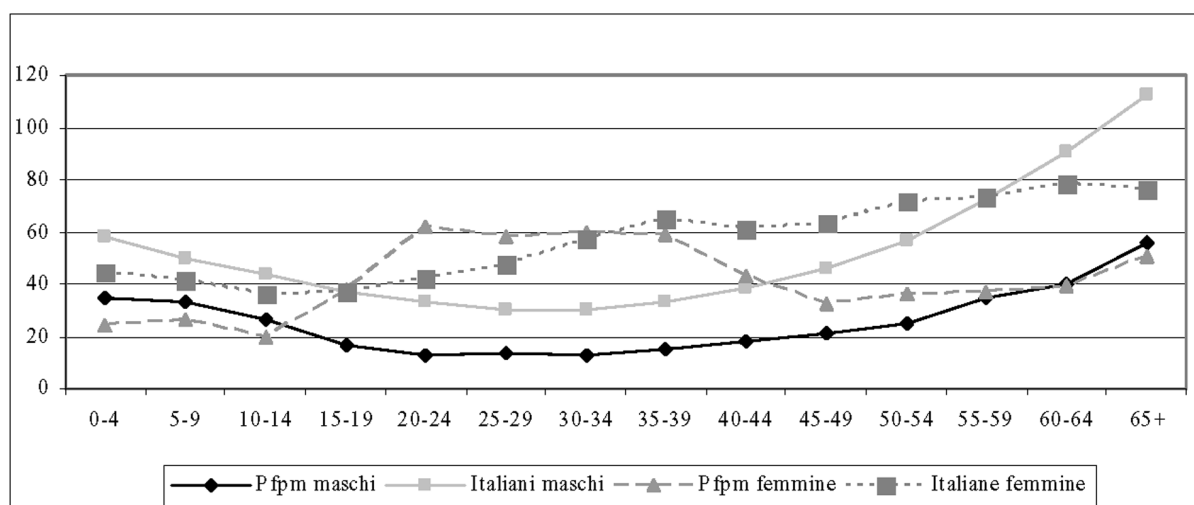
Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std italiani
2003	93.069	122,7	154,3	152.045	162,5	148,2	25.016	40,9	61,1	61.253	62,4	64,5
2004	98.502	108,1	149,8	169.062	145,6	146,1	29.781	43,5	64,5	72.608	63,1	68,2
2005	105.278	101,5	146,3	189.884	141,5	142,6	33.321	37,7	66,1	80.408	57,7	69,6
2006	114.220	100,5	142,9	212.942	141,4	141,1	35.519	32,7	64,4	87.258	52,9	67,6
2007	120.192	94,3	137,0	227.627	133,7	135,7	36.522	29,9	60,2	89.788	47,1	62,2
2008	126.648	91,5	132,8	242.862	126,6	132,9	39.543	28,6	58,6	93.269	44,5	60,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 1** - Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in RO per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2008

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Grafico 2** - Tasso di ospedalizzazione (per 1.000) in DH (Dipartimento) per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2008

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 4** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp di 18 anni ed oltre in RO per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2008

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani
Non indicato	31	0,0			50	0,0		
I - Malattie infettive e parassitarie	3.551	5,2	2,8	2,1	2.430	1,3	2,1	1,5
II - Tumori	3.473	5,1	9,3	16,2	9.181	5,0	10,2	13,5
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	1.252	1,8	2,0	2,5	1.878	1,0	2,7	3,7
IV - Malattie sangue ed organi ematopoietici	441	0,6	0,8	1,1	946	0,5	1,2	1,2
IV.1 - Anemie	299	0,4	0,7	0,8	704	0,4	0,9	0,9
V - Disturbi psichici	2.741	4,0	2,0	4,0	3.300	1,8	2,2	3,8
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	3.335	4,9	4,2	6,3	3.327	1,8	4,1	5,9
VI.4 - Epilessia	463	0,7	0,4	0,5	297	0,2	0,3	0,4
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.044	1,5	1,8	2,4	838	0,5	1,6	2,0
VI.8 - Malattie dell'orecchio	840	1,2	0,7	0,9	1.095	0,6	1,0	1,0
VII - Malattie sistema circolatorio	7.996	11,6	21,6	33,6	5.945	3,2	14,8	20,5
VII.2 - Malattie del cuore	5.350	7,8	14,8	22,0	3.302	1,8	9,2	12,1
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	6.089	8,9	9,1	12,5	4.364	2,4	6,6	7,3
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2.505	3,6	3,3	3,5	2.088	1,1	2,4	2,4
VIII.2 - BPCO	458	0,7	1,7	2,4	370	0,2	1,3	1,1
VIII.3 - Asma	326	0,5	0,2	0,1	301	0,2	0,3	0,2
IX - Malattie apparato digerente	9.898	14,4	11,7	15,8	10.938	6,0	11,7	11,6
IX.6 - Disturbi tratto intestinale inferiore (incl. appendicite)	3.500	5,1	2,9	3,5	2.905	1,6	2,5	3,0
X - Malattie apparato genito-urinario	3.506	5,1	6,2	9,1	11.922	6,5	9,1	10,0
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	108.401	59,1	50,0	31,1
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.021	1,5	1,0	1,6	701	0,4	0,8	1,2
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5.047	7,4	5,2	9,6	4.679	2,6	6,8	10,5
XIV - Malformazioni congenite	591	0,9	0,5	0,7	729	0,4	0,5	0,8
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	2	0,0	0,0	0,0	8	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.548	5,2	4,7	7,0	4.833	2,6	5,2	5,6
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	13.742	20,0	10,2	13,1	6.095	3,3	7,5	10,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.376	3,5	3,8	6,8	3.748	2,0	4,7	6,7
<b>Totale</b>	<b>68.640</b>	<b>100,0</b>	<b>95,2</b>	<b>142,1</b>	<b>183.475</b>	<b>100,0</b>	<b>140,3</b>	<b>145,7</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 5** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di stranieri da Pfp di 18 anni ed oltre in DH per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2008

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani	Dimessi Pfp	% sul totale	Tassi std residenti Pfp	Tassi std residenti italiani
Non indicato	10	0,0			18	0,0		
I - Malattie infettive e parassitarie	1.907	8,4	1,3	1,4	1.844	2,7	1,1	0,9
II - Tumori	1.757	7,7	3,6	7,9	3.914	5,6	3,9	6,8
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	551	2,4	0,8	2,4	1.018	1,5	1,0	3,0
IV - Malattie sanguine ed organi ematopoietici	296	1,3	0,4	0,9	652	0,9	0,6	1,1
IV.1 - Anemie	157	0,7	0,2	0,6	485	0,7	0,5	0,9
V - Disturbi psichici	212	0,9	0,3	0,6	367	0,5	0,2	0,8
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	1.908	8,4	4,4	8,6	2.769	4,0	5,3	9,1
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.297	5,7	3,9	6,7	1.613	2,3	4,4	6,2
VII - Malattie sistema circolatorio	1.769	7,8	2,2	5,9	2.926	4,2	2,8	4,6
VII.5 - Malattie delle vene ed organi linfatici	1.263	5,6	0,9	1,8	2.437	3,5	1,9	2,1
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	1.010	4,4	0,8	1,9	938	1,3	0,6	1,3
VIII.1 - Infezioni respiratorie	277	1,2	0,2	0,3	354	0,5	0,2	0,3
IX - Malattie apparato digerente	3.034	13,3	3,5	7,0	2.091	3,0	1,7	3,7
IX.5 - Ernia addominale	1.708	7,5	2,2	3,6	450	0,6	0,4	0,5
X - Malattie apparato genito-urinario	1.633	7,2	1,9	4,4	8.356	12,0	5,5	8,8
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	33.592	48,3	15,6	6,1
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	-	28.841	41,5	13,4	4,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	941	4,1	0,7	2,0	837	1,2	0,7	1,4
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.684	11,8	2,2	5,1	2.917	4,2	2,8	5,8
XIV - Malformazioni congenite	143	0,6	0,1	0,3	346	0,5	0,2	0,4
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0	0,0	0,0	0,0	1	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	303	1,3	0,4	1,2	420	0,6	0,3	1,0
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	2.020	8,9	1,3	2,2	996	1,4	0,8	1,5
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.567	11,3	4,7	8,9	5.506	7,9	5,6	8,3
<b>Totale</b>	<b>22.745</b>	<b>100,0</b>	<b>28,5</b>	<b>60,7</b>	<b>69.508</b>	<b>100,0</b>	<b>48,8</b>	<b>64,4</b>

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 6** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di residenti in Italia in RO per genere e principali cittadinanze - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std
<i>Romania</i>						
2003	9.309	65,3	126,9	18.670	69,0	172,5
2008	21.508	78,6	80,7	48.031	82,6	113,0
<i>Albania</i>						
2003	13.250	79,6	97,0	18.307	83,9	141,8
2008	16.081	87,6	81,6	25.413	91,0	124,2
<i>Marocco</i>						
2003	14.777	81,3	94,8	16.594	91,3	161,5
2008	17.692	86,9	92,6	28.293	93,7	152,6
<i>Cina</i>						
2003	3.107	79,2	73,9	6.833	78,9	126,0
2008	4.215	82,8	47,6	10.951	80,1	92,9
<i>Ucraina</i>						
2003	1.377	54,8	161,0	6.688	66,4	140,1
2008	2.342	68,7	68,4	10.142	79,5	94,5
<i>Stranieri da Pfp</i>						
2003	93.069	76,8	122,7	152.045	81,2	162,5
2008	126.648	82,1	91,5	242.862	86,9	126,6
<i>Italiani</i>						
2003	4.043.144	99,9	154,3	4.477.972	99,9	148,2
2008	3.649.059	99,9	132,8	4.069.591	99,9	132,9

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

**Tabella 7** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e tasso standardizzato per 1.000) di residenti in Italia in DH per genere e principali cittadinanze - Anni 2003, 2008

Regioni	Maschi			Femmine		
	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std	Dimessi	% residenti in Italia	Tassi std
<i>Romania</i>						
2003	2.437	80,3	87,8	10.351	62,4	96,7
2008	6.775	90,5	26,4	22.374	83,2	46,1
<i>Albania</i>						
2003	3.512	82,9	28,7	5.341	82,8	43,0
2008	5.593	90,7	26,3	8.287	92,4	41,0
<i>Marocco</i>						
2003	3.319	90,3	32,4	4.443	89,7	56,3
2008	4.679	91,5	27,8	6.789	89,9	38,0
<i>Cina</i>						
2003	645	88,7	16,7	2.027	84,0	40,9
2008	849	88,6	10,7	3.806	82,5	32,6
<i>Ucraina</i>						
2003	342	73,1	47,8	3.921	59,8	65,6
2008	830	75,1	25,4	5.433	77,0	40,0
<i>Stranieri da Pfp</i>						
2003	25.016	85,1	40,9	61.253	77,0	62,4
2008	39.543	89,2	28,6	93.269	84,4	44,5
<i>Italiani</i>						
2003	1.620.581	100,0	61,1	1.913.175	99,9	64,5
2008	1.617.419	100,0	58,6	1.805.253	100,0	60,2

**Nota:** la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione media residente in Italia nel 2001.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2011.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

I livelli di ospedalizzazione degli stranieri Pfp<sub>m</sub> si mantengono generalmente più bassi in confronto agli italiani, soprattutto tra gli uomini ed in DH, confermando la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in misura minore, spesso per ragioni legate alla fisiologia della riproduzione o per cause accidentali (traumi). Tale quadro sarebbe in parte una conseguenza dell'effetto migrante sano a carico della popolazione immigrata, ma potrebbe anche dipendere dalla persistenza di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso.

Rimane di difficile lettura il dato secondo cui i tassi di ospedalizzazione dei Pfp<sub>m</sub>, contrariamente a quanto era possibile attendersi in base a dinamiche demografiche tendenti ad una maggiore integrazione della popolazione immigrata residente nel tempo, si sono, invece, progressivamente distanziati da quelli degli italiani. Il fenomeno potrebbe, in parte, dipendere da un significativo aumento di specifici gruppi di popolazione (in particolare, cittadini rumeni) che, soprat-

tutto negli ultimi anni, avrebbero "diluito" di fatto gli effetti di una stabilizzazione, anche sotto il profilo sanitario. Peraltro, non può escludersi che quanto osservato sia piuttosto frutto di un *bias*: un certo numero di ricoveri di stranieri non residenti, classificati erroneamente come ricoveri di residenti, potrebbe aver determinato una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione degli immigrati, soprattutto nei primi anni della serie temporale analizzata; successivamente, il miglioramento nella qualità dei dati potrebbe aver attenuato l'entità della misclassificazione, portando così ad un apparente allontanamento dei tassi tra Pfp<sub>m</sub> ed italiani. In ogni caso, il dato evidenziato appare meritevole di ulteriori approfondimenti ed analisi.

Dal punto di vista della Sanità Pubblica, continuano a persistere alcune aree di particolare criticità, specialmente il ricorso elevato alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, verso cui orientare gli interventi e, più in generale, le scelte di politica sanitaria in favore di un maggiore accesso ai servizi ed alle misure di prevenzione.

## Mortalità per causa tra gli stranieri

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

livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

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

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

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

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

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e che utilizza la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce ad un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche.

L'analisi della mortalità è stata circoscritta alla popolazione straniera residente in Italia, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

Per la prima volta, in questa edizione del Rapporto Osservasalute, è stato possibile utilizzare stime della popolazione straniera media residente, per il periodo 2003-2008, dettagliate per singolo anno di età, genere e singolo Paese di cittadinanza, predisposte *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti incaricato per la realizzazione di questo specifico progetto. L'esigenza di produrre delle stime "ufficiali" della popolazione straniera residente in Italia per età, genere e cittadinanza nasce a seguito dell'allargamento dell'Unione

Europea (UE), prima a 25 Paesi nel 2004 e, successivamente, a 27 Paesi nel 2007. Dopo l'inclusione, infatti, dei nuovi 12 Paesi, allargamento completato a partire da gennaio 2007, si sono notevolmente modificate le statistiche sui permessi di soggiorno, rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno a cittadini extracomunitari ed utilizzate in passato per ricavare la struttura per età dei cittadini stranieri residenti in Italia.

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

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del migrante sano; il secondo è il possibile ritorno nel Paese di origine di



chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un ulteriore effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero, infatti, sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia, certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

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

Nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati riportati i tassi di mortalità anche per gruppi di cause di decesso riferiti all'anno 2008, il più recente disponibile.

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

### **Descrizione dei risultati**

Nel periodo di osservazione 1992-2008, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 61.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +8,2% per i residenti, del +4,4% per i non residenti, del +6,4% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp): +12,4% tra i residenti, +8,8% tra i non residenti, +10,8% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2008 si sono verificati 5.380 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 3.247 residenti e 2.133 non residenti. Di questi la quota di cittadini dei Pfp rappresenta la maggioranza: 4.041

sono gli stranieri con cittadinanza dei Pfp di cui 2.546 residenti e 1.495 non residenti.

Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, superati puntualmente dalla proporzione di residenti negli anni successivi (la quota degli stranieri residenti per il 2008 è pari al 60,35% ed al 39,65% per i non residenti, 63,00% e 37,00% le proporzioni, invece, per residenti e non residenti dei Pfp). Elemento fondamentale per l'inversione di tendenza tra le proporzioni di decessi di residenti e non residenti stranieri in Italia è rappresentato dall'allargamento dell'UE, avvenuto nel 2004 con l'entrata di dieci nuovi Paesi e nel 2007 con l'ingresso degli ultimi due Paesi candidati Romania e Bulgaria. L'inclusione tra i Paesi dell'UE ha dato origine ad un effetto moltiplicatore, avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Pfp. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

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

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2008 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della presenza della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza nel Nord-Ovest e nel Centro. Passando ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti al Nord, in particolare al Nord-Ovest ed al Centro (Tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini, valori superiori al tasso medio di riferimento rappresentato dal valore totale (18,85 decessi per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano nella PA

di Bolzano (29,77 per 10.000), in Liguria (24,11 per 10.000), in Friuli Venezia Giulia, PA di Trento ed in Veneto (oltre 21,00 per 10.000), ma anche in Umbria, Lazio, Marche, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta e Campania, tutte con valori compresi tra circa 19-21 (per 10.000). Per le donne, per le quali i livelli di mortalità sono più bassi rispetto a quelli degli uomini, il tasso standardizzato a livello Italia è pari a 12,78 decessi (per 10.000) straniere residenti. Per il contingente femminile è il Nord-Ovest (14,77 per 10.000) ad assumere i livelli più alti del tasso. In particolare, emerge la Liguria con 17,79 decessi ogni 10.000 cittadine straniere residenti nella regione ed il Piemonte-Valle d'Aosta (15,33 decessi per 10.000). Per il Nord-Est è la PA di Bolzano ad assumere i valori più elevati del tasso. Tra le regioni del Sud, è la Calabria ad attestarsi sui livelli più alti (17,75 per 10.000) e molto vicini a quelli degli uomini (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni. Utilizzando le stime della popolazione straniera residente per genere, singolo anno di età e Paese di cittadinanza è stato possibile ricalcolare, con i nuovi denominatori, i tassi di mortalità standardizzati per aree di cittadinanza e per la serie temporale 2003-2008, periodo per il quale è stata fornita la ricostruzione della popolazione. Un'analisi più dettagliata per causa di decesso è, invece, presentata per l'anno di riferimento 2008, ultimo disponibile per i dati di mortalità e popolazione (Tabelle 3 e 4). Per entrambe le analisi, nel complesso in serie storica e per causa di morte con *focus* per l'anno 2008, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. La popolazione italiana residente per età, genere, proveniente dalla rilevazione Istat sulla popolazione residente è stata ricalcolata sottraendo l'ammontare per età dei cittadini stranieri residenti. Tali indicatori sono stati utilizzati come categoria di riferimento per il calcolo di rischi relativi per ciascuna area di cittadinanza (Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/Tassi italiani).

Il confronto tra gli anni del periodo 2003-2008 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ed un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, isolatamente per la classe 18-64 anni nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei Psa e dei Pfp sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media annua percentuale pari a circa il -2%. Isolando i Paesi di nuova adesione, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato e, comunque, una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità (circa +10%). Anche per gli ita-

liani i tassi di mortalità tendono a diminuire nel periodo 2003-2008 (-3,4%). Per quanto riguarda le donne si registra una variazione percentuale media annua negativa, ma molto contenuta per i Psa (+0,4%). Per i Pfp e per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registra una diminuzione dei tassi di mortalità standardizzati per la classe 18-64 anni (-4,4% e -1,1%). Anche per le italiane la diminuzione rilevata è consistente ed è pari a -2,6%. Analizzando i Rischi Relativi per ciascuna area di cittadinanza emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, per entrambi i generi, per tutto il periodo considerato 2003-2008 e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Tale indicatore raggiunge mediamente per gli uomini livelli tra 0,6-0,8 per i Pfp e tra 0,5-0,4 per i Psa. Se si considerano i soli Paesi di nuova adesione UE, invece, escludendo Malta e Cipro, verificiamo che sempre per il genere maschile il Rischio Relativo assume valori più oscillatori, con un picco di 1,1 nel 2005. Tale fenomeno può essere presumibilmente spiegato da una più massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004 dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione UE ed ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del Rischio Relativo.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2008, i tassi sono stati standardizzati per la classe 18-64 anni, i gruppi di cause interessati sono Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità ed Altre malattie. Sembra utile ricordare che, a partire dal 2003, la Classificazione Internazionale delle Malattie di riferimento segue la decima revisione (ICD10), i codici ICD selezionati per la definizione dei gruppi di cause sono riportati in nota della Tabella 4.

Per gli stranieri con cittadinanza dei Paesi a sviluppo avanzato si rileva che le Cause esterne ed i Tumori rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato. Per quanto concerne i Tumori si registra uno svantaggio delle donne rispetto agli uomini (3,08 e 2,72 per 10.000). Le Malattie del Sistema Circolatorio rappresentano la terza causa di morte per i Psa, in questo caso con un netto svantaggio per gli uomini.

Anche per i Pfp, le cause di morte più frequenti sono Tumori, Cause violente e Malattie del Sistema Circolatorio, ma con livelli dei tassi standardizzati più alti e, comunque, a svantaggio del genere maschile (Tabella 4). Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE si registrano tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori e per le Cause esterne di morbosità e mortalità per entrambi i generi, seguite da

Malattie del Sistema Circolatorio. Per i Pfm e per i Paesi di nuova adesione UE si registrano livelli dei Rischi Relativi rispetto agli italiani superiori all'unità (1,3 per gli uomini e 1,6 per le donne) in corrispon-

denza dell'insieme delle cause esterne di morbosità e mortalità e 1,2 per le sole donne in corrispondenza delle malattie infettive e parassitarie.

**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e percentuali) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2008

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			Totale stranieri deceduti in Italia (%)	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
<b>Totale</b>	<b>30.274</b>	<b>30.747</b>	<b>61.021</b>	<b>49,61</b>	<b>50,39</b>

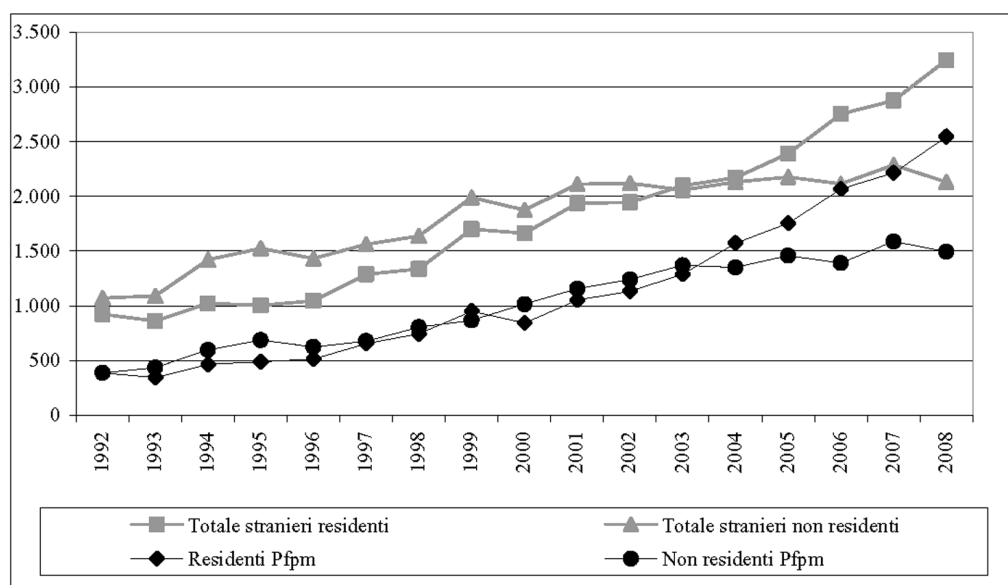
  

Di cui con cittadinanza dei Paesi a forte pressione migratoria*					
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
<b>Totale</b>	<b>19.063</b>	<b>17.157</b>	<b>36.220</b>	<b>52,63</b>	<b>47,37</b>

\*Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Gli Apolidi sono stati considerati separatamente e non inclusi nei gruppi di popolazione considerati in tabella.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia per i Pfp - Anni 1992-2008



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti) e tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per genere e regione - Anno 2008

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte-Valle d'Aosta	165	130	295	19,49	15,33	17,43
Lombardia	361	261	622	16,72	13,61	15,19
Bolzano-Bozen	35	26	61	29,77	13,90	20,91
Trento	22	17	39	21,81	16,23	18,03
Veneto	195	104	299	21,36	12,03	16,17
Friuli Venezia Giulia	48	39	87	21,48	13,81	17,60
Liguria	68	70	138	24,11	17,79	20,61
Emilia-Romagna	173	105	278	19,61	10,32	13,83
Toscana	156	85	241	17,82	9,52	13,16
Umbria	42	36	78	20,76	15,72	17,93
Marche	56	42	98	20,30	11,50	15,31
Lazio	248	203	451	20,35	14,22	16,53
Abruzzo-Molise	38	29	67	15,78	13,25	14,67
Campania	66	53	119	19,22	14,13	15,87
Puglia	39	22	61	15,96	7,05	11,15
Basilicata	5	1	6	-	-	-
Calabria	28	21	49	17,84	17,75	16,69
Sicilia	61	39	100	15,08	9,18	11,91
Sardegna	14	8	22	13,49	7,51	11,05
Regione non indicata	110	26	136	-	-	-
Nord-Ovest	594	461	1.055	18,64	14,77	16,65
Nord-Est	473	291	764	21,38	12,52	16,38
Centro	502	366	868	19,02	12,58	15,23
Sud	176	126	302	18,08	11,68	14,16
Isole	75	47	122	15,07	8,74	11,75
Macroarea non indicata	110	26	136	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>1.930</b>	<b>1.317</b>	<b>3.247</b>	<b>18,85</b>	<b>12,78</b>	<b>15,45</b>

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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

**Tabella 3** - Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) e Rischi Relativi riferiti a cittadini stranieri residenti ed italiani di 18-64 anni, per genere ed area di cittadinanza - Anni 2003-2008

Aree di cittadinanza	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Maschi</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	10,2	10,1	11,5	10,6	8,5	9,2
Paesi a forte pressione migratoria	17,0	19,5	17,4	16,1	15,5	15,5
Paesi di nuova adesione UE	9,7	22,7	27,3	20,8	19,6	15,7
<b>Italiani</b>	<b>26,5</b>	<b>24,9</b>	<b>24,3</b>	<b>23,6</b>	<b>23,0</b>	<b>22,3</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,9	1,1	0,9	0,9	0,7
<b>Femmine</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	5,2	7,0	7,7	7,7	7,7	5,1
Paesi a forte pressione migratoria	8,5	6,8	6,6	6,9	5,6	6,8
Paesi di nuova adesione UE	7,6	6,4	6,7	6,0	6,5	7,2
<b>Italiani</b>	<b>13,1</b>	<b>12,3</b>	<b>12,2</b>	<b>11,8</b>	<b>11,7</b>	<b>11,5</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6
<b>Totale</b>						
Tassi std - età 18-64 anni (per 10.000)						
Paesi a sviluppo avanzato	7,7	8,5	9,6	9,0	11,8	6,9
Paesi a forte pressione migratoria	12,7	12,9	11,6	11,2	10,0	10,6
Paesi di nuova adesione UE	8,7	12,6	14,0	11,5	7,4	10,3
<b>Italiani</b>	<b>19,6</b>	<b>18,5</b>	<b>18,1</b>	<b>17,6</b>	<b>17,2</b>	<b>16,8</b>
<b>Rischi Relativi</b>						
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani - età 18-64 anni						
Paesi a sviluppo avanzato	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4
Paesi a forte pressione migratoria	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione UE	0,4	0,7	0,8	0,7	0,4	0,6

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

**Tabella 4** - Tasso standardizzato di mortalità (per 10.000) e Rischi Relativi per gli stranieri residenti in Italia e per gli italiani in età 18-64 anni per genere, principali gruppi di cause ed area di cittadinanza - Anno 2008

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std - età 18-64 anni°			Rischi Relativi: Tassi popolazione straniera/ Tassi italiani		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,25	0,07	0,15	0,4	0,3	0,3
	Tumori	2,72	3,08	2,90	0,3	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	1,65	0,80	1,16	0,3	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,49	0,10	0,27	0,9	0,4	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,81	0,73	1,65	0,8	0,9	0,7
	Altre malattie	1,26	0,30	0,73	0,4	0,2	0,3
	<b>Tasso std totale</b>	<b>9,17</b>	<b>5,07</b>	<b>6,85</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,53	0,28	0,39	0,8	1,2	0,9
	Tumori	4,36	3,16	3,61	0,5	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,87	1,31	2,39	0,8	0,8	0,7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,39	0,15	0,25	0,7	0,6	0,6
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,28	1,06	2,61	1,2	1,4	1,2
	Altre malattie	2,03	0,83	1,36	0,6	0,5	0,5
	<b>Tasso std totale</b>	<b>15,47</b>	<b>6,80</b>	<b>10,61</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,36	0,17	0,24	0,5	0,7	0,5
	Tumori	4,45	4,05	4,14	0,5	0,6	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,66	0,99	1,84	0,8	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,20	0,26	0,26	0,4	1,0	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,85	1,23	2,73	1,3	1,6	1,2
	Altre malattie	2,18	0,55	1,12	0,6	0,3	0,4
	<b>Tasso std totale</b>	<b>15,70</b>	<b>7,24</b>	<b>10,33</b>	<b>0,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Italiani	Malattie infettive e parassitarie	0,66	0,23	0,44	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,98	6,77	7,84	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,82	1,61	3,19	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,53	0,27	0,40	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,65	0,77	2,22	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,60	1,81	2,69	1,0	1,0	1,0
	<b>Tasso std totale</b>	<b>22,24</b>	<b>11,46</b>	<b>16,78</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-10:

Malattie infettive e parassitarie (A00-B99); Tumori (C00-D48); Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

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

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali e Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

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

A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e

d'integrazione degli stranieri in Italia, una molteplicità di fattori a cominciare dalle privazioni, dalle difficoltà sociali, economiche linguistiche e culturali, che possono agire negativamente anche sulla formulazione di diagnosi specifiche e sulla conoscenza adeguata dei bisogni degli stranieri sia da parte del personale medico, sia da quello preposto all'assistenza.

### Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.

- (2) Bruzzone S., Mignolli N. (2002), Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 2001, RUX editrice, Perugia, pp. 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni

- di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in «Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica», Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (5) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (6) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n° 3.
- (7) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.

## Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia

**Significato.** Di particolare rilevanza e valore informativo è lo studio della mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. In un'ottica differenziale, infatti, tali indicatori forniscono un valore aggiunto nell'esplorazione dei fattori che li legano alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche della popolazione.

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale, in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati nei precedenti Rapporti Osservasalute: l'effetto immigrazione e l'effetto generazione (1-3). Relativamente al primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti nati in Italia e morti nel primo anno di vita. A questo scopo, attraverso l'utilizzo dei dati provenienti dall'Indagine su decessi e cause di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei bam-

bini nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento successivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'effetto emigrazione, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò si verifica soprattutto a causa delle mancate cancellazioni, dai registri anagrafici dei Comuni di residenza, degli individui con età <1 anno (nati vivi) che si sono trasferiti e che rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta più contenuto proprio rispetto alla mortalità neonatale che rappresenta la componente più rilevante della mortalità infantile. Riguardo all'effetto generazione, i tassi sono stati calcolati attraverso un riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati (4-7).

### Tasso di mortalità infantile

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

### Tasso di mortalità neonatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t-1)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t-1)} + \frac{\text{Decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno } t)}{\text{Nati vivi (coorte di nati dell'anno } t)} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** L'ammontare dei nati vivi è stato ricavato con l'uso integrato delle due rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso le quali si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per genere e degli iscritti in Anagrafe per nascita<sup>2</sup>, con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali tra cui la cittadinanza specifica, che viene compilata sul modello a livello individuale sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti in

Anagrafe per nascita, è stato ottenuto il dato collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto ad un'elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto la cittadinanza della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere dai familiari anziani rimasti nel Paese di origine, dove vengono trasferiti fin da molto piccoli.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche "Bassanini bis") e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat ad interrompere l'Indagine sulle nascite condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.



genitore italiano<sup>3</sup>: di conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogame con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, inoltre, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

### Descrizione dei risultati

Nel quinquennio più recente per cui i dati sono disponibili (2004-2008), l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita, con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia, è pari a 1.597 bambini stranieri e 8.666 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di oltre 18 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza tra i provenienti dai Pfp, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda, esclusivamente, queste cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1).

I decessi nel primo anno di vita tra i bambini stranieri, quasi integralmente appartenenti ai Pfp, interessano in prevalenza i residenti e sono concentrati nel primo mese di vita (percentuali comprese tra il 65,2-70,6% sul totale dei decessi infantili nel periodo 2004-2008). Tale situazione è sicuramente riconducibile al fatto che il comportamento dei residenti, più stabilmente insediati e con autonomia economica delle famiglie di appartenenza, si avvicina a quello degli italiani nella stessa fascia di età (Tabella 1). La componente della mortalità post neonatale, oltre il primo mese di vita, risulta più significativa, infatti, per gli stranieri non residenti provenienti dai Pfp.

Proprio per queste motivazioni, potendo procedere al calcolo dei tassi solo per i deceduti residenti, vista la disponibilità dei soli nati vivi stranieri residenti da porre al denominatore, si è scelto di tenere separati i decessi nel primo mese di vita rispetto alla mortalità complessiva nel primo anno di vita (Tabelle 1 e 2).

Le cause di morte che caratterizzano i decessi nei due periodi infantile e neonatale sono anch'esse molto diversificate e sono strettamente legate a fattori "endogeni" nel primo caso ed "esogeni" nel secondo.

Le cause endogene sono, principalmente, connesse alle condizioni della gravidanza, mentre i fattori esogeni sono corrispondenti a patologie dovute soprattutto ad una inadeguata alimentazione, carenti condizioni igienico-sanitarie o ad un non adeguato comportamento da parte delle madri.

La variazione dell'ammontare dei decessi di cittadini stranieri ed italiani, residenti e non residenti, analizzata attraverso i numeri indice a base fissa (2000=100), mette in luce interessanti differenze. Il numero dei decessi di bambini stranieri aumenta abbastanza velocemente a partire dal 2000. Tale incremento appare leggermente attenuato negli ultimi anni se si considera il sottoinsieme degli stranieri residenti in Italia. Si registra, infatti, tra questi ultimi, una flessione tra il 2005 ed il 2007 ed un lieve aumento nel 2008. Il numero dei decessi dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuisce per tutto il periodo 2000-2008, anche se con una battuta di arresto negli ultimi due anni (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza, nell'ambito delle quali sono state selezionate alcune singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). L'insieme dei cittadini dei 14 Paesi dell'Unione Europea (Paesi UE-14), definita area a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari fino al 2005, con una diminuzione nel 2006 e nel 2007. Nel 2008, invece, non sono stati registrati decessi tra i residenti in questa area di cittadinanza. I valori dei tassi per i Paesi UE-14, trattandosi di Paesi a bassa pressione migratoria, sono, come ci si aspettava inferiori a quelli degli italiani residenti. I valori registrati per gli italiani nel 2008 sono pari a 2,4 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità neonatale e 3,3 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità infantile.

In relazione alla cittadinanza in Pfp, per i Paesi di nuova adesione UE, entrati nell'UE nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro), si riscontrano livelli di mortalità infantile oscillanti nel corso del quinquennio considerato. Malgrado diminuiscano, infatti, nel 2006 e 2007 rispetto al 2004, tendono nuovamente ad aumentare nel 2008. Con riferimento agli indicatori registrati per la Romania, i tassi di mortalità neonatale ed infantile rilevati risultano superiori al dato medio, rappresentato dal complesso degli stranieri, nel 2005 e nel 2008. Per i bambini stranieri di cittadinanza rumena, malgrado l'andamento non costante nel tempo, si registra, comunque, una diminuzione nel periodo 2004-2008 in media pari al 2,7% annuo per la mortalità nel primo mese di vita ed allo 0,6% per la mortalità infantile. La diminuzione è stata calcolata mediante una variazione

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata ed attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in anagrafe.

percentuale media annua tra il 2004 ed il 2008. I bambini albanesi presentano, invece, livelli dei tassi più bassi rispetto ai rumeni, ma con un aumento dei valori nel corso del quinquennio considerato e con un picco di mortalità registrato nel 2005.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio nazionale, evidenziando un trend più costante rispetto alle altre nazionalità. Il livello del tasso presenta, comunque, una flessione negli ultimi anni. Nel quinquennio 2004-2008 in esame, infatti, sia il tasso di mortalità infantile, sia quello neonatale registrano una diminuzione di circa il 2% all'anno. Tra i Paesi africani, è il Marocco ad avere il numero più elevato di decessi in Italia; i tassi di mortalità assumono livelli simili a quelli del complesso dei Pfp m e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze.

Per quanto concerne i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale, si registrano tassi di mortalità infantile generalmente più contenuti ed inferiori rispetto a quelli registrati per il totale dei Pfp m, nel periodo 2004-2008 (fatta eccezione per l'anno 2007).

Con riferimento ai Paesi asiatici, si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in tassi di mortalità infantile inferiori al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia (ad eccezione della mortalità infantile nel 2004). Tra i bambini asiatici, la mortalità infantile e neonatale dei cinesi evidenzia un profilo oscillatorio nel corso degli anni considerati, ma con una maggiore tendenza, della mortalità neonatale, alla stabilità nel 2007 e 2008 e con

valori che si mantengono al di sotto della media. Nel complesso, ad ogni modo, per i Pfp m i tassi registrano una diminuzione nel periodo 2004-2008. La variazione percentuale media annua è pari a -4,96% nel primo anno di vita ed a -5,52% nel primo mese di vita.

Passando all'analisi delle differenze territoriali, con riferimento all'anno 2008, la distribuzione dei tassi per regione fa emergere, come negli anni precedenti, lo svantaggio del Sud se confrontato con i livelli medi nazionali per ciò che riguarda la mortalità neonatale e la mortalità infantile degli stranieri (4,3 e 7,0 per 1.000 nati vivi rispetto ai valori nazionali di 2,5 e 3,8 per 1.000 nati vivi, rispettivamente) (Tabella 3).

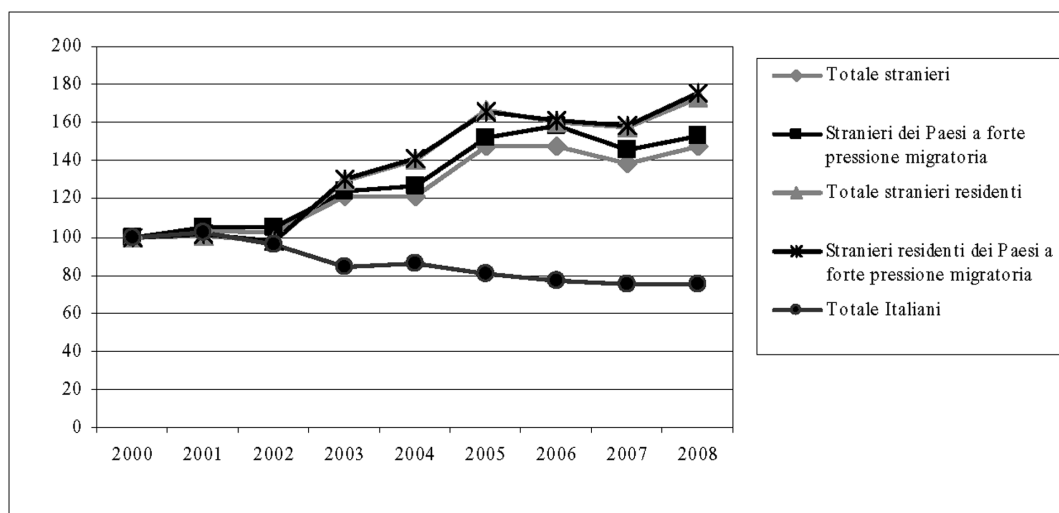
Malgrado siano prevalentemente i residenti nelle regioni del Sud ad essere penalizzati rispetto alla mortalità infantile e neonatale, anche per alcune delle regioni del Nord e del Centro si registrano tassi con livelli più elevati della media nazionale per gli stranieri residenti. Tali regioni sono il Piemonte, con riferimento alla mortalità neonatale, la PA di Bolzano, per la mortalità infantile ed Emilia-Romagna e Lazio in corrispondenza di entrambe le componenti. I tassi di mortalità infantile per gli stranieri sono compresi in un intervallo tra 9,2 e 1,2 (per 1.000 nati vivi residenti) rispettivamente per Campania e Friuli Venezia Giulia; il valore nazionale è pari a 3,8 (per 1.000 nati vivi residenti). Per quanto concerne i tassi di mortalità neonatale, invece, tali livelli, più contenuti, oscillano tra il 5,9 (per 1.000 nati vivi residenti) della Campania e lo 0 (per 1.000 nati vivi residenti), per l'assenza di decessi, della PA di Trento.

**Tabella 1** - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita di stranieri ed italiani - Anni 2004-2008

Anni di decesso	Stranieri		<i>di cui: Paesi a forte pressione migratoria*</i>		Italiani	
	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita (%)
2004	274	67,9	272	67,6	1.894	73,5
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
2006	344	70,6	339	71,1	1.687	74,9
2007	313	67,7	312	67,6	1.646	71,6
2008	333	65,2	327	65,4	1.664	72,8
<b>Totale</b>	<b>1.597</b>	<b>67,4</b>	<b>1.575</b>	<b>68,3</b>	<b>8.666</b>	<b>73,1</b>

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

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Grafico 1** - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per area di cittadinanza - Anni 2000-2008

**Nota:** Anno 2000=100.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2011.

**Tabella 2** - Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) neonatale ed infantile per area di cittadinanza ed alcuni principali Paesi - Anni 2004-2008

Aree di cittadinanza	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)				
	2004	2005	2006	2007	2008
Unione Europea 14 <sup>o</sup>	2,3	2,3	2,0	1,9	-
Paesi di nuova adesione UE*	2,7	4,6	3,0	1,7	2,7
<i>Romania</i>	2,9	4,4	3,1	2,0	2,6
Altri Paesi europei	1,9	2,6	1,6	2,5	2,0
<i>Albania</i>	1,5	2,4	0,9	2,0	1,5
Africa	3,4	3,9	3,6	3,1	3,1
<i>Marocco</i>	2,9	3,5	3,5	2,7	2,9
America centro-meridionale	2,7	2,7	2,1	2,6	1,9
Asia	2,9	2,8	2,4	2,4	1,6
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	1,8	2,2	1,8	1,5	1,4
<b>Stranieri</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>2,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>
<b>Italiani</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,4</b>

Mortalità infantile (nel primo anno di vita)					
Unione Europea 14 <sup>o</sup>	2,3	2,3	2,0	1,9	-
Paesi di nuova adesione UE*	3,6	5,6	3,8	2,5	4,0
<i>Romania</i>	4,0	5,4	3,9	2,8	3,9
Altri Paesi europei	2,8	3,6	2,4	3,2	3,1
<i>Albania</i>	2,0	3,0	1,8	2,7	2,5
Africa	5,0	5,7	4,9	4,7	4,6
<i>Marocco</i>	4,5	5,0	4,8	3,8	4,7
America centro-meridionale	4,2	3,7	2,5	4,1	3,2
Asia	4,7	3,9	3,9	3,7	2,6
<i>Repubblica Popolare Cinese</i>	3,1	2,9	3,3	2,7	2,0
<b>Stranieri</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,3</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>
<b>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>4,2</b>	<b>5,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,9</b>	<b>3,8</b>
<b>Italiani</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>3,3</b>	<b>3,3</b>

<sup>o</sup>Per i cittadini residenti in Italia entro il primo anno di vita, provenienti dai Paesi dell'Unione Europea UE-14 (UE-15 esclusa l'Italia), non si sono verificati decessi durante il 2008.

\*Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (ad esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte", "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente", "Iscritti in anagrafe per nascita". Anno 2011.

**Tabella 3** - Tasso di mortalità (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) neonatale ed infantile per regione - Anno 2008

Regioni	Mortalità neonatale (nel primo mese di vita)		Mortalità infantile (nel primo anno di vita)	
	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria	Stranieri residenti	Paesi a forte pressione migratoria
Piemonte	2,7	2,6	3,8	3,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	-	-	-	-
Lombardia	2,0	2,0	3,1	3,0
Bolzano-Bozen	1,6	1,5	4,9	4,5
Trento	0,0	0,0	2,4	2,4
Veneto	2,2	2,2	3,7	3,7
Friuli Venezia Giulia	0,6	0,6	1,2	1,1
Liguria	2,4	2,3	2,4	2,3
Emilia-Romagna	3,5	3,5	4,6	4,6
Toscana	2,2	2,2	3,7	3,7
Umbria	2,8	2,7	2,8	2,7
Marche	1,2	1,2	2,4	2,4
Lazio	2,8	2,7	4,1	4,1
Abruzzo	3,0	3,0	4,0	4,0
Molise	0,0	-	0,0	-
Campania	5,9	5,9	9,2	9,2
Puglia	3,1	3,1	5,2	5,1
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	4,0	4,0	6,7	6,6
Sicilia	4,0	3,9	5,7	5,6
Sardegna	2,9	2,8	2,9	2,8
Nord-Ovest	2,2	2,2	3,2	3,2
Nord-Est	2,5	2,5	3,9	3,8
Centro	2,3	2,3	3,6	3,6
Sud	4,3	4,2	7,0	6,9
Isole	3,8	3,8	5,2	5,2
<b>Stranieri residenti in Italia</b>	<b>2,5</b>	<b>2,5</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>

**Nota:** per le regioni nelle quali non si sono verificati decessi entro il mese o il primo anno di vita o il numero dei casi risultava troppo esiguo, non sono stati calcolati i tassi di mortalità infantile e neonatale. È stato utilizzato il segno convenzionale “-” nel caso di un numero di decessi troppo esiguo per consentire il calcolo di indicatori.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni su dati Istat su “Indagine su decessi e cause di morte”, “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”, “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2011.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'analisi dei dati si rileva un avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale tra stranieri ed italiani nel complesso. Lo studio delle specificità delle singole aree di cittadinanza, però, mette in luce ancora alcune disuguaglianze nell'indicatore legate alla difficoltà alle quali devono far fronte le popolazioni immigrate coinvolte nel processo di integrazione. Appaiono più penalizzate, in particolare, le popolazioni provenienti dai Pfp, nello specifico dalle aree africane e asiatiche. L'analisi della mortalità infantile e neonatale degli stranieri per regione di residenza evidenzia, inoltre, come siano i residenti nel Sud e nelle Isole a presentare uno svantaggio rispetto alla situazione nazionale, segno evidente di un difficoltoso percorso di insediamento tra le famiglie immigrate specialmente nell'area del Mezzogiorno, in cui gli stessi italiani risultano, nel confronto con le altre regioni, ancora penalizzati per mortalità infantile e neonatale.

### Riferimenti bibliografici

(1) Livi Bacci M. (1999). Introduzione alla demografia,

Loescher, Torino.

(2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia, in Ministero dell'Interno (a cura di), Primo Rapporto sugli immigrati in Italia, Roma.

(3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007). La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana “Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo”, Cacucci Editore, Bari.

(4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004). La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori, Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.

(5) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2009). Infant mortality among foreigners/non-nationals living in Italy in European Journal of Public Health (2009) Volume 19 suppl 1 - 2nd European Public Health Conference, Human ecology and public health. Lodz, 25-28 November 2009.

(6) Masuy-Stroobant G. (1997). Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut National d'études démographiques, Paris, Démographie: analyse et synthèse, Materials di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.

(7) Pressat R. (sous la direction de) (1985). Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.

(8) Bruzzone S., Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute 2010. Salute degli immigrati - P. 287-292.