

Salute degli immigrati

Da quando nel Rapporto Osservasalute è stato deciso di dedicare uno spazio specifico al tema della salute degli immigrati che prima del 2005 era, invece, spalmato sull'intero Rapporto, il Capitolo si è arricchito di contributi e riflessioni.

Vogliamo sottolineare, in premessa, tre ordini di questioni su cui, a nostro avviso, vale la pena di soffermare l'attenzione: a) l'ambito metodologico dei dati e delle misure epidemiologiche; b) la questione delle malattie infettive, in relazione alla cosiddetta "sindrome di Salgari"; c) il discorso sulle politiche.

Dati e misure epidemiologiche. Abbiamo segnalato in passato i gravi problemi inerenti la quantificazione della presenza straniera in Italia, elemento indispensabile alla costruzione delle misure epidemiologiche di occorrenza. Tali problemi sono stati superati grazie alla messa a punto di un robusto metodo di stima, sviluppato nell'ambito di una collaborazione tra l'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto per gli Affari Sociali e l'Istituto Nazionale di Statistica (Istat).

Le stime della popolazione straniera residente per regione, genere, anno di età e Paese di cittadinanza sono state ulteriormente aggiornate dall'Istat (non pubblicate sul sito, ma disponibili su richiesta per scopi di ricerca) e questo ha consentito di estendere la valutazione di quest'anno all'intero arco temporale 2003-2009.

Permangono, invece, importanti lacune sul versante dei numeratori, a dispetto del crescente utilizzo dei sistemi informativi correnti e dei registri di patologia per valutare lo stato di salute degli immigrati.

Una prima criticità riguarda l'indisponibilità della variabile "Paese di cittadinanza" all'interno di alcuni flussi informativi, tra cui particolare rilevanza assume il Sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (limitatamente alle patologie di classe III in cui è compresa anche la tubercolosi). Nel caso specifico, la condizione di "straniero", diversamente da quanto accade per gli altri ambiti sanitari, viene definita in base al "Paese di nascita", con la possibilità di includere tra i casi anche gli italiani nati all'estero. Si determina, così, un disallineamento tra numeratore e denominatore che, invece, definisce gli stranieri in base alla cittadinanza (ed alla residenza), potenzialmente in grado d'introdurre distorsioni nelle stime. Su questo aspetto specifico, sarebbe auspicabile uno sforzo da parte del Ministero della Salute per adeguare il Sistema informativo delle notifiche alle esigenze della valutazione epidemiologica, anche in considerazione della rilevanza che le malattie infettive (e segnatamente la tubercolosi) assumono in termini di Sanità Pubblica.

Occorre, peraltro, sottolineare come la stessa variabile "cittadinanza", presente in quasi tutti gli altri sistemi informativi, abbia una qualità assai variabile, a seconda dei flussi e delle regioni in cui i dati vengono raccolti. Anche su questo terreno, dunque, permangono ampi margini di miglioramento.

Una seconda criticità rimanda all'identificazione degli stranieri per luogo di residenza: la non corretta codifica della residenza anagrafica, che viene spesso confusa con l'effettivo domicilio, è in grado di determinare una misclassificazione di una certa quota di soggetti o eventi di malattia, con probabile sovrastima dei tassi a carico degli immigrati. Tale criticità è diventata più impellente da quando, per via dei ben noti problemi con i denominatori, le analisi statistiche sono state, appunto, ristrette alla popolazione straniera residente.

Un'ulteriore questione, in parte ricollegabile al problema dei residenti, riguarda la difficoltà d'identificare gli immigrati irregolari negli archivi sanitari, per mancanza di variabili utili allo scopo o per la scarsa qualità delle informazioni disponibili (ad esempio, il codice del tesserino Straniero Temporaneamente Presente o la segnalazione d'irregolarità in relazione all'onere economico della prestazione).

A fronte delle criticità evidenziate, gli Autori delle singole sezioni hanno esplicitato chiaramente i punti di forza ed i limiti delle proprie analisi, considerando di volta in volta la forza e la direzione delle potenziali distorsioni e mantenendo in genere uno stile sobrio e prudente rispetto all'utilizzo dei metodi ed alle possibili interpretazioni dei risultati senza mai rinunciare alla verifica della consistenza numerica, alla valutazione attenta dei trend ed ai riscontri multipli.

Malattie infettive e "Sindrome di Salgari". Per anni il tema della salute degli immigrati, nel comune sentire, ma spesso anche nelle proposte di politica sanitaria, è stato appiattito sul dibattito intorno ai rischi infettivi connessi al fenomeno migratorio: immigrati "vettori", più o meno consapevoli, di malattie contagiose o tropicali. Non a caso, nei primi anni Novanta venne coniata l'espressione "Sindrome di Salgari" per indicare quel pregiudizio diffuso che vedeva negli immigrati i nuovi untori della popolazione autoctona e, conseguentemente, dirottava le politiche e le risorse verso strategie sanitarie difensive e di controllo. Come Salgari, straordinario scritto-

re che ha fatto sognare intere generazioni di lettori con racconti intrisi di esotismo ed avventura, evocativi di mondi ed atmosfere che lui per primo non aveva mai vissuto o conosciuto da vicino, così molti politici e spesso anche taluni studiosi hanno ipotizzato, in assenza di evidenze scientifiche, controlli sanitari alle frontiere, screening di massa, iper-specializzazioni cliniche per fronteggiare pericolose epidemie e la diffusione di morbi inconsueti. Mai come nel Rapporto di quest'anno si evidenzia l'inconsistenza di certi allarmismi: tubercolosi, AIDS, epatiti (come dire la *summa* delle malattie infettive portatrici di stigma sociale), ancorché presenti, mostrano tra gli immigrati (come tra gli italiani) tassi in diminuzione. Certo gli immigrati rimangono una popolazione esposta a rischi più elevati rispetto agli autoctoni, per motivi legati alla provenienza da aree endemiche, alle condizioni di vita ed al minore accesso alle misure di prevenzione e di cura. Non ha più molto senso parlare degli immigrati come di una popolazione omogenea, ma occorre ragionare soprattutto in termini di determinanti sociali, sforzandosi di adattare sempre gli interventi sanitari alle esigenze specifiche degli individui e delle comunità, in una logica di equità che è dare a tutti ed a ciascuno pari opportunità.

Accessibilità. Questa parola è come un mantra che viene costantemente ripetuto in tutti i paragrafi. Garantire l'accesso ai percorsi assistenziali, alle prestazioni, agli interventi preventivi e curativi precoci sembra essere la prima necessità del sistema. Nonostante l'Italia abbia sul piano giuridico-regolamentare uno degli impianti più inclusivi al mondo, ancora oggi gravi deficit di accesso producono eccessi di rischio, ad esempio per le malattie infettive, seppur con dati in parte confortanti nei tassi. Per questo le società scientifiche, *in primis* la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, pongono costantemente l'attenzione su questo tema, con proposte di aggiustamenti normativi che rendano omogeneo e permeabile l'intero sistema, soprattutto nei confronti delle classi d'immigrati più vulnerabili. Il 2012 si è chiuso con una importante novità, voluta e sostenuta dal mondo scientifico, dalla società civile e dai tecnici regionali: un Accordo sancito il 20 dicembre 2012 tra lo Stato e le Regioni-PA (prot. n. 255/CSR) ha adottato un importante documento dal titolo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e PA". Tra le motivazioni che hanno portato all'approvazione di questo accordo ci sembrano significative le seguenti:

- sul territorio nazionale è stata riscontrata una difformità di risposta in tema di accesso alle cure da parte della popolazione immigrata;
- è necessario individuare, nei confronti di tale categoria di popolazione, le iniziative più efficaci da realizzare per garantire una maggiore uniformità, nelle Regioni e nelle PA, dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui Livelli Essenziali di Assistenza;
- è opportuno raccogliere in un unico strumento operativo le disposizioni normative nazionali e regionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati, anche al fine di semplificare la corretta circolazione delle informazioni tra gli operatori sanitari.

Tale accordo è la conclusione di un percorso avviato da oltre 4 anni, sia con ricerche specifiche (vedi quella coordinata dalla Regione Marche e quella dell'Area sanitaria della Caritas di Roma, pubblicata sul Rapporto Osservasalute 2010) sia all'interno del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari" presso la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PA (documento approvato nel settembre 2011).

Rimandiamo ad altre sedi un'analisi dettagliata dei contenuti del documento che, ricordiamo, non definisce nuove norme, ma indica un livello interpretativo comune e condiviso delle norme esistenti come, ad esempio, quello di garantire a tutti i minori, indipendentemente dallo *status* giuridico, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale ed al Pediatra di Libera Scelta (corretta interpretazione della Convenzione di New York sui diritti del fanciullo, ratificata con una legge dello Stato italiano nel 1991 e mai pienamente attuata).

Questo Accordo è uno strumento prezioso per un'azione di *advocacy*: perché nessuno sia escluso dai percorsi assistenziali, in un'ottica di equità e giustizia sociale ed a garanzia di una salute senza esclusioni.

Sitografia

- (1) www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf
- (2) www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/report_serviziSanitariImmigrati2008.pdf
- (3) www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf
- (4) www.ars.marche.it/nuovo/html/download/diseguaglianze/Documento-on%20line.pdf
- (5) www.simmweb.it

Stranieri in Italia

Significato. L’impatto del comportamento ascrivibile alla popolazione straniera sull’andamento dei principali indicatori demografici del Paese è sempre più significativo. L’analisi dei dati relativi agli stranieri iscritti

in Anagrafe permette di conoscere quale sia il peso di tale componente sul totale della popolazione a livello nazionale e regionale e quale sia 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, così come evidenziato nel paragrafo precedente, risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione: in particolare, le statistiche di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Infine, 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 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 2010, gli stranieri residenti in Italia superano i 4,5 milioni di unità e rappresentano il 7,5% della popolazione residente. Il trend di questo fenomeno appare, quindi, in crescita se si considera che lo scorso anno il peso relativo della componente straniera sul totale dei residenti era pari al 7,0%, mentre l’anno precedente al 6,5% (Tabella 1); al tempo stesso il tasso di crescita appare più contenuto rispetto a quello registrato nel biennio precedente (1).

Dall’analisi dell’incidenza della presenza straniera emerge come il fenomeno sia fortemente diversificato a livello territoriale. In particolare, la quota di cittadini stranieri residenti è particolarmente marcata in molte regioni del Centro-Nord (si noti che in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto tale valore è pari o superiore al 10%). Al contrario, la presenza straniera regolare è decisamente contenuta nel Mezzogiorno: meno di 3 residenti su 100 hanno una cittadinanza diversa da quella italiana in Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

La composizione percentuale dei residenti per macroarea di cittadinanza (Tabella 1) non si discosta significativamente da quella presentata nelle precedenti edizioni del Rapporto Osservasalute. A livello

nazionale, oltre la metà dei residenti stranieri (53,4%) proviene da un Paese del continente europeo (ossia sia dell’Unione Europea che dell’Europa centro-orientale). La quota di cittadini residenti con cittadinanza di Paesi africani è pari al 21,6% del totale degli stranieri residenti, mentre il 16,8% proviene da Paesi asiatici e 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 (72,6%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi del continente americano è più elevata in Liguria (27,8%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza e genere. Nello specifico, 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 tra gli stranieri residenti in Italia, sia quando si considerano gli uomini che le donne. Le differenze territoriali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. La comunità tedesca è, infatti, fortemente presente solo nella PA di Bolzano, mentre la presenza di donne ucraine e polacche nelle regioni del Mezzogiorno è particolarmente consistente, così come quella degli ecuadoregni (specie donne) in Liguria, dei tunisini in Sicilia, dei serbi in Friuli Venezia Giulia, dei filippini nel Lazio e dei cinesi in Toscana. Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino, da sole, gran parte del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà si osserva una maggiore eterogeneità nella composizione per cittadinanza: ad esempio, i marocchini, i rumeni e gli albanesi rappresentano oltre il 64% di tutti gli stranieri residenti in Valle d’Aosta ed in Piemonte. Al contrario, le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono “solo” il 30% 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 2011. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle Aziende Sanitarie Locali, così come definite al 1 gennaio 2005, tranne che per le unità territoriali subcomunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da

garantire la stessa numerosità in ciascuna classe. Dalla lettura del Cartogramma risulta confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul totale della popolazione residente è più elevata nelle regioni settentrionali e centrali del Paese che nel resto del Paese.

Tabella 1 - *Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, percentuale per macroarea di cittadinanza e quota (per 100) degli stranieri residenti per regione - Situazione al 31 dicembre 2010*

Regioni	Stranieri residenti	Presenza straniera per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
		Europa	Asia	Africa	America	Altro	
Piemonte	398,9	59,7	24,6	7,6	8,0	0,0	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,7	50,7	36,7	4,8	7,7	0,1	6,8
Lombardia	1.064,4	38,2	27,0	21,9	12,9	0,1	10,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>41,7</i>	<i>67,4</i>	<i>12,7</i>	<i>15,2</i>	<i>4,5</i>	<i>0,1</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>48,6</i>	<i>65,4</i>	<i>18,2</i>	<i>9,6</i>	<i>6,8</i>	<i>0,0</i>	<i>9,2</i>
Veneto	504,7	56,0	22,8	17,2	3,8	0,1	10,2
Friuli Venezia Giulia	105,3	68,8	16,7	10,1	4,2	0,1	8,5
Liguria	125,3	46,3	17,3	8,5	27,8	0,1	7,8
Emilia-Romagna	500,6	48,9	29,3	17,6	4,2	0,0	11,3
Toscana	364,2	59,1	14,8	19,0	6,9	0,1	9,7
Umbria	99,8	66,1	17,7	7,3	8,8	0,1	11,0
Marche	146,4	57,2	20,4	16,9	5,5	0,0	9,4
Lazio	542,7	61,5	10,6	18,6	9,2	0,1	9,5
Abruzzo	81,0	72,6	12,3	9,5	5,4	0,1	6,0
Molise	8,9	68,8	15,9	8,9	6,3	0,1	2,8
Campania	164,3	61,9	17,5	15,6	4,8	0,1	2,8
Puglia	95,7	66,4	16,7	13,3	3,6	0,1	2,3
Basilicata	14,7	70,8	15,3	10,7	3,1	0,0	2,5
Calabria	74,6	64,3	19,8	13,0	2,7	0,2	3,7
Sicilia	141,9	47,0	29,3	20,3	3,3	0,2	2,8
Sardegna	37,9	55,1	22,7	16,5	5,5	0,2	2,3
Italia	4.570,3	53,4	21,6	16,8	8,1	0,1	7,5

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2012.

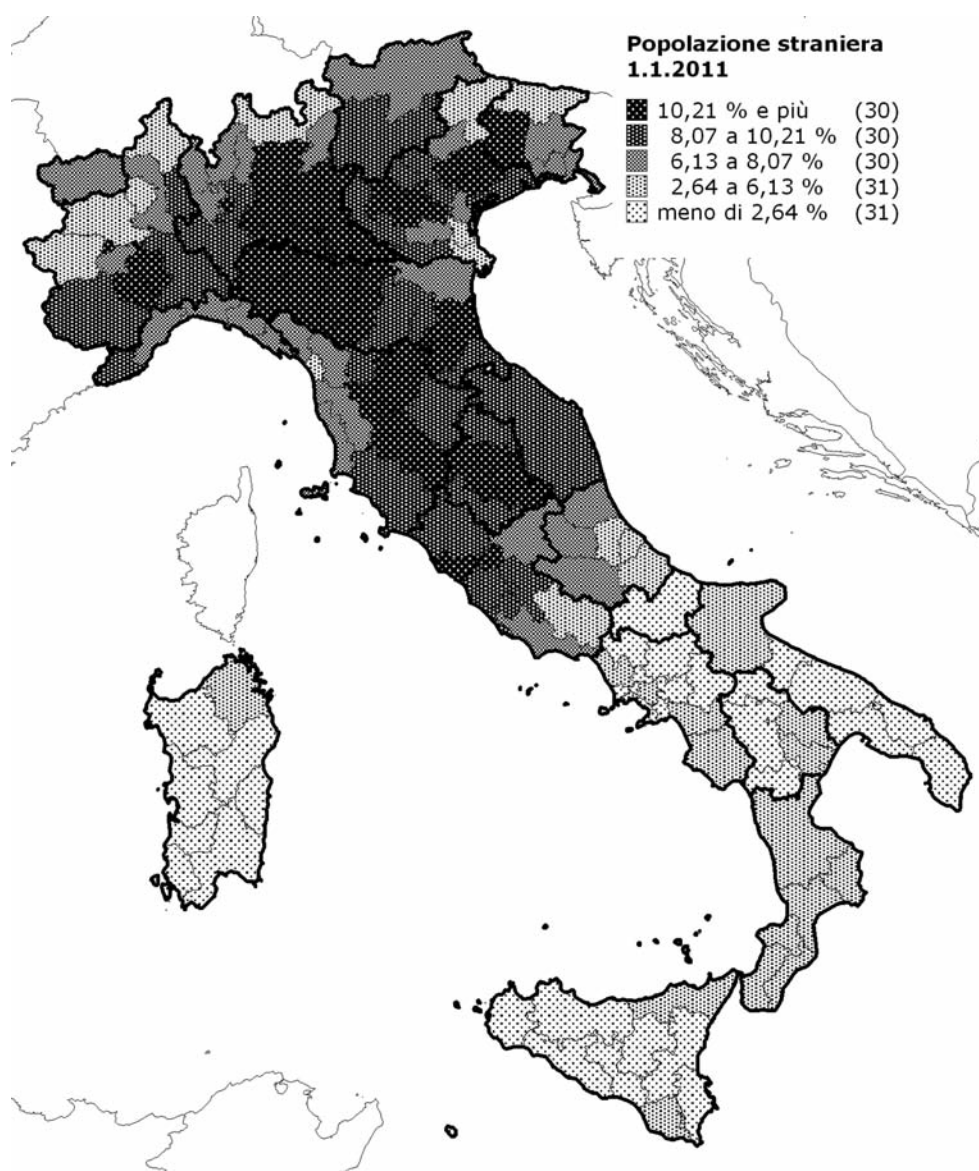
Tabella 2 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e percentuale di cittadinanze prevalenti per genere e regione - Situazione al 31 dicembre 2010

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Stranieri residenti	Femmine					
		Cittadinanza			Cittadinanza				Cittadinanza			Cittadinanza		
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza
Piemonte	190,7	Rom. 33,1	Mar. 18,3	Alb. 12,6				208,2	Rom. 35,5	Mar. 14,1	Alb. 10,4			
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,9	Mar. 30,1	Rom. 21,4	Alb. 12,7				4,8	Mar. 23,6	Rom. 25,0	Alb. 8,7			
Lombardia	537,7	Rom. 12,5	Mar. 11,3	Alb. 10,0				526,8	Rom. 13,4	Mar. 9,2	Alb. 8,8			
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,8</i>	<i>Alb. 14,9</i>	<i>Ger. 10,0</i>	<i>Mar. 9,1</i>				<i>21,9</i>	<i>Ger. 12,0</i>	<i>Alb. 10,8</i>	<i>Mar. 7,2</i>			
<i>Trento</i>	<i>23,2</i>	<i>Rom. 17,1</i>	<i>Alb. 16,1</i>	<i>Mar. 11,1</i>				<i>25,4</i>	<i>Rom. 18,0</i>	<i>Alb. 12,9</i>	<i>Mar. 9,0</i>			
Veneto	251,1	Rom. 19,3	Mar. 12,8	Alb. 9,0				253,6	Rom. 21,1	Mar. 10,1	Mol. 9,4			
Friuli Venezia Giulia	52,2	Rom. 17,4	Alb. 12,9	Ser. 9,2				53,1	Rom. 20,0	Alb. 12,0	Ser. 9,2			
Liguria	58,6	Alb. 19,7	Ecu. 15,5	Mar. 13,4				66,7	Ecu. 19,4	Alb. 14,1	Rom. 8,0			
Emilia-Romagna	242,7	Mar. 15,8	Rom. 12,0	Alb. 13,5				257,9	Mar. 12,5	Rom. 14,3	Alb. 10,8			
Toscana	172,0	Alb. 21,6	Rom. 18,7	Cina 9,6				192,1	Alb. 23,4	Rom. 16,2	Cina 7,9			
Umbria	45,4	Rom. 21,7	Alb. 20,1	Mar. 12,9				54,5	Rom. 26,6	Alb. 14,5	Mar. 8,2			
Marche	69,4	Alb. 16,7	Rom. 12,9	Mar. 11,3				77,0	Alb. 18,2	Rom. 13,5	Mar. 8,8			
Lazio	254,9	Rom. 36,8	Fil. 5,0	Alb. 4,9				287,8	Rom. 35,7	Fil. 6,8	Pol. 5,4			
Abruzzo	37,6	Rom. 26,0	Alb. 19,5	Mar. 9,0				43,4	Rom. 29,1	Alb. 14,8	Ucr. 7,0			
Molise	3,9	Rom. 32,4	Mar. 16,5	Alb. 10,4				5,1	Rom. 36,7	Mar. 9,6	Pol. 8,9			
Campania	68,5	Rom. 18,6	Mar. 13,6	Ucr. 12,5				95,7	Ucr. 30,1	Rom. 17,3	Pol. 8,5			
Puglia	44,3	Alb. 27,3	Rom. 19,7	Mar. 10,8				51,4	Alb. 27,0	Rom. 20,8	Mar. 5,6			
Basilicata	6,5	Rom. 36,8	Alb. 13,6	Mar. 13,0				8,3	Rom. 44,9	Alb. 9,3	Ucr. 7,5			
Calabria	33,8	Rom. 31,8	Mar. 21,1	Ind. 6,4				40,8	Rom. 32,5	Mar. 11,9	Ucr. 11,5			
Sicilia	68,1	Rom. 23,9	Tun. 16,5	Mar. 11,1				73,8	Rom. 32,5	Tun. 7,7	Mar. 7,1			
Sardegna	16,9	Rom. 21,3	Mar. 15,7	Sen. 14,1				21,0	Rom. 30,1	Mar. 8,5	Ucr. 8,2			
Italia	2.201,2	Rom. 20,0	Alb. 11,8	Mar. 11,6				2.369,1	Rom. 22,3	Alb. 9,4	Mar. 8,3			

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

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2012.

Percentuale di popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe per ASL. Situazione al 1 gennaio 2011



Raccomandazioni di Osservasalute

Il peso assoluto e relativo degli stranieri residenti sul totale della popolazione residente è andata aumentando notevolmente negli anni e le previsioni al 2065 effettuate dall'Istat mostrano come il peso di questo segmento della popolazione possa aumentare considerevolmente nei prossimi decenni (2). 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 ampia-

mente a definire gli indicatori di fecondità del Paese (Indicatore “Nati da cittadini stranieri” ed il Capitolo “Popolazione”). È, quindi, quanto mai opportuno che l’offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Statistiche report. La popolazione straniera residente in Italia; Istat: 2011.
- (2) Istat. Statistiche report. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065; Istat: 2011.

Nati da cittadini stranieri

Significato. 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 demografiche 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

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

Numeratore: Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero
 Denominatore: Nati in Italia

Validità e limiti. Dal 1999 il calcolo di questo indicatore (che si basa sui dati provenienti dalla rilevazione individuale dell'Istituto Nazionale di Statistica-Istat "Iscritti in Anagrafe per Nascita", che ha preso il via proprio nel 1999) può essere effettuato considerando esclusivamente i nati vivi. Tuttavia, è bene ricordare che i nati morti in Italia rappresentano, attualmente, un'entità numericamente molto contenuta (prossima ai 1.500 casi annui) rispetto al totale dei nati, che supera le 546 mila unità (1). Sebbene la rilevazione individuale Istat "Iscritti in Anagrafe per nascita" 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".

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece dell'indicazione del Paese di nascita, ha da una parte il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, mentre 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.

Nella rilevazione individuale "Iscritti in Anagrafe per Nascita" 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 attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana.

In questa edizione del Rapporto Osservasalute sono riportati i dati recentemente pubblicati relativi ai nati iscritti in Anagrafe nell'anno 2011. Nella precedente edizione, invece, sono stati utilizzati i dati relativi all'anno 2009.

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati emerge un notevole aumento nell'ultimo decennio delle nascite da cittadini stranieri, sia considerando i nati con un solo genitore straniero che quelli 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 2011, a oltre 17 nascite ogni 100 avvenute in Italia (Grafico 1). Tuttavia, le differenze territoriali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione regionale della presenza straniera regolare in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più numerosa, è anche più elevata l'incidenza dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). L'incidenza maggiore, infatti, si riscontra nelle regioni del Nord ed, in particolare, in Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia. In queste regioni, infatti, sia la quota di nati da madre straniera che quella di nati da padre straniero presentano valori superiori al 22%. Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

Altrettanto interessante è la composizione percentuale dei nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). Il 22,4% dei nati stranieri iscritti in Anagrafe, nel 2010, ha la cittadinanza di uno dei Paesi del Nord-Africa, il 21,8% di un Paese dell'Unione Europea (UE), il 21,5% di un Paese europeo che non fa parte dell'UE ed il 20,9% di un Paese del continente asiatico. Le restanti macroaree geografiche contribuiscono in misura minore alla natalità in Italia. Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà regionali molto variegate. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (47,7%) ed in Calabria (48,4%), 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 dato

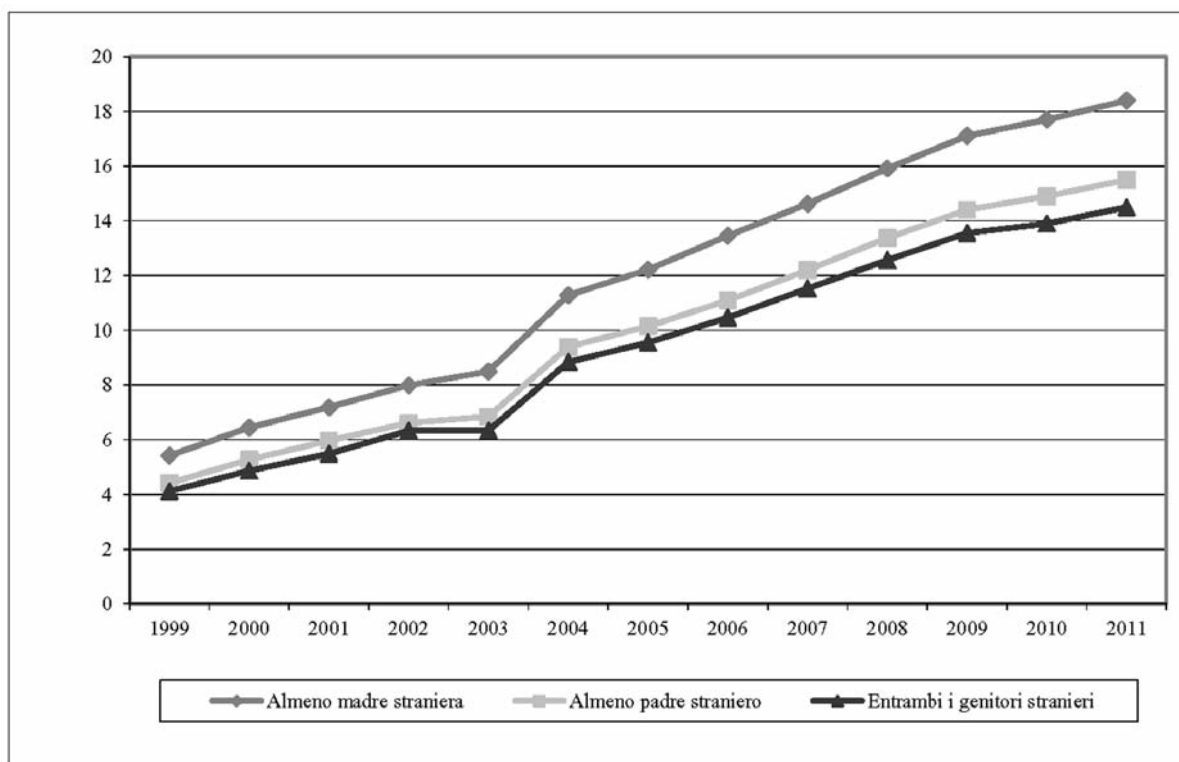
nazionale (5,0%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa la natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,8% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2010 e proprio a queste comunità è imputabile circa il 66,6% del totale dei nati stranieri iscritti in Anagrafe nel 2011.

Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza rumena: i residenti provenienti dalla Romania rappresentano, infatti, la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (seguiti dagli Albanesi e dai Marocchini) ed al tempo stesso sono responsabili del più alto numero (in termini assoluti) di nati stranieri. Al contrario, la comunità degli ucraini, pur essendo la

quinta per numerosità della popolazione residente, si caratterizza per il numero esiguo di nati. 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 2002. Ciò è dovuto non tanto al cambiamento dei comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità, quanto, piuttosto, alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano, presenza che nel 2002 era ancora 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 1999-2011



Nota: i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente.

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

Tabella 1 - Incidenza (per 100) dei nati con almeno un genitore straniero e da padre e madre entrambi stranieri per regione - Anno 2011

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Padre e madre entrambi stranieri
Piemonte	5,1	1,5	19,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	1,4	12,9
Lombardia	4,4	1,3	22,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,2</i>	<i>2,1</i>	<i>13,7</i>
<i>Trento</i>	<i>5,1</i>	<i>2,0</i>	<i>16,9</i>
Veneto	4,6	1,2	21,6
Friuli Venezia Giulia	4,8	1,3	16,8
Liguria	5,4	1,3	16,5
Emilia-Romagna	5,2	1,5	23,9
Toscana	4,8	1,1	18,6
Umbria	5,3	0,9	19,7
Marche	5,1	1,3	18,9
Lazio	4,4	1,2	14,5
Abruzzo	4,1	0,8	11,0
Molise	3,4	0,6	5,2
Campania	1,9	0,3	3,7
Puglia	1,7	0,4	3,7
Basilicata	2,6	0,3	3,8
Calabria	3,1	0,5	5,6
Sicilia	1,8	0,5	4,6
Sardegna	2,7	0,5	3,3
Italia	3,9	1,0	14,5

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

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

Tabella 2 - Percentuale delle macroaree di cittadinanza dei nati stranieri per regione - Anno 2011

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	31,9	18,6	28,5	7,4	8,8	4,8	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,4	17,1	53,8	0,6	3,2	1,9	0,0
Lombardia	13,2	16,5	26,7	9,3	25,4	8,8	0,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>12,5</i>	<i>37,8</i>	<i>21,2</i>	<i>1,9</i>	<i>24,0</i>	<i>2,5</i>	<i>0,1</i>
<i>Trento</i>	<i>20,1</i>	<i>35,9</i>	<i>22,5</i>	<i>4,1</i>	<i>14,9</i>	<i>2,5</i>	<i>0,0</i>
Veneto	19,1	25,3	20,9	12,6	20,6	1,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	20,7	35,5	12,4	14,3	15,2	1,6	0,2
Liguria	12,1	26,7	22,1	3,7	10,1	25,2	0,1
Emilia-Romagna	12,6	23,2	29,5	11,7	20,9	2,1	0,1
Toscana	18,5	31,7	15,1	5,4	25,3	3,7	0,3
Umbria	23,2	31,9	23,9	5,4	9,0	6,5	0,1
Marche	12,2	28,5	21,3	10,1	25,1	2,6	0,0
Lazio	47,7	12,9	7,7	3,7	22,5	5,3	0,1
Abruzzo	30,3	36,9	15,8	4,2	11,2	1,6	0,1
Molise	52,0	14,6	17,1	0,8	13,0	1,6	0,8
Campania	27,7	20,4	15,7	7,1	26,4	2,5	0,1
Puglia	29,3	34,2	14,6	4,4	16,9	0,7	0,1
Basilicata	41,4	11,8	21,9	1,2	23,1	0,6	0,0
Calabria	48,4	8,1	26,5	1,4	14,8	0,5	0,3
Sicilia	30,8	7,6	27,1	7,9	26,1	0,5	0,0
Sardegna	24,7	14,7	25,6	8,4	26,1	0,5	0,0
Italia	21,8	21,5	22,4	8,4	20,9	5,0	0,1

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

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

Tabella 3 - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini (valori assoluti) stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2002-2011 per le prime dieci comunità residenti al 31 dicembre 2010 - Anno 2011

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima dei nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero dei nati stranieri (2002-2011)
Romania	21,2	15.500	19,6	742,8
Albania	10,6	9.253	11,7	75,4
Marocco	9,9	12.403	15,6	95,2
Cina Repubblica Popolare	4,6	5.353	6,8	100,5
Ucraina	4,4	1.071	1,4	1.131,0
Filippine	2,9	1.734	2,2	21,3
Moldova	2,9	1.740	2,2	2.421,7
India	2,6	2.711	3,4	178,1
Polonia	2,4	596	0,8	124,9
Tunisia	2,3	2.392	3,0	22,5
Altra	36,2	26.508	33,4	109,1
Totale	100,0	79.261	100,0	135,9

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

Fonte dei dati: Istat. Demografia in cifre. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come sottolineato, la crescita in termini sia assoluti che relativi del numero di nati vivi iscritti in Anagrafe da almeno un genitore straniero, ed in particolare da madri straniere, non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. È, infatti, emerso in diversi studi come sussistano delle differenze sia in termini di accesso che di utilizzo dell'assistenza sanitaria in gravidanza e negli esiti dei concepimenti a

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Bollettino mensile di statistica. Febbraio 2011; 2011.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.

AIDS tra gli stranieri

Significato. Nonostante l'incidenza dell'AIDS nel nostro Paese sia in diminuzione da diversi anni, tra gli stranieri come tra gli italiani, la patologia continua a destare grave allarme sociale ed è, a tutt'oggi, considerata un'importante criticità sanitaria a carico della popolazione immigrata. Per questo, è necessario monitorarne la diffusione e l'andamento nel tempo, al fine di considerare il fenomeno nelle sue giuste proporzioni.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di AIDS tra gli stranieri residenti. Il numeratore è calcolato a partire dai dati del Registro Nazionale AIDS, attivo dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; tale registro permette di identificare le nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale per cittadinanza. Il denominatore del tasso è stato calcolato, fino al 2005, sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, archiviati presso il

Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) (popolazione straniera presente) (1); a partire dal 2006, la stima è, invece, basata sul numero di stranieri residenti (fonte anagrafica e stato civile) (2), in considerazione della progressiva perdita di validità della fonte dei permessi (3).

L'analisi di seguito riportata si riferisce alle nuove diagnosi effettuate tra i cittadini stranieri maggiorenni, limitatamente al periodo 1992-2009 (negli anni precedenti la casistica è estremamente esigua).

L'esclusione dei minori si deve alla sottostima dei permessi di soggiorno utilizzati per il calcolo dei tassi, dal 1992 al 2005, in questa fascia di età in quanto i minori sono registrati prevalentemente sul permesso dei genitori. I tassi di incidenza, calcolati su base annuale, sono specifici per genere.

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri

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

Validità e limiti. Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato, complessivamente, da un'elevata copertura (4). Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata nel nostro Paese, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone irregolarmente soggiornanti che, invece, possono essere presenti nel registro considerato. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i provvedimenti di regolarizzazione, che possono aver introdotto una certa instabilità nelle stime. Infine, la scelta obbligata di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente limita, ulteriormente, la generalizzabilità dei risultati ad una componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ma certamente più stabile - in termini di permanenza sul territorio - ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esiste un valore di riferimento, ma può essere utile il confronto tra i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani.

Descrizione dei risultati

Tra il 1992 ed il 2009 sono stati diagnosticati, in Italia, 48.550 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 4.800 hanno riguardato cittadini provenienti da Paesi esteri. La percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 2,6% nel 1992 al 24,5% nel 2009. Se si considerano, però, le nuove diagnosi (in valore assoluto) per anno, si osserva come tra gli stranieri uomini, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, il numero si è pressoché stabilizzato, mantenendosi al di sotto dei 200 casi annui (ad eccezione del 2008, anno in cui si sono registrati 212 casi); tra le donne, invece, il numero di diagnosi è gradualmente cresciuto fino al 2005, attestandosi poi intorno ai 120-130 casi l'anno (Grafico 1). Nello stesso periodo, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è aumentata sensibilmente (+500%) (5).

Il dato certamente più interessante è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza che a partire dal 1996, in seguito all'arrivo delle terapie efficaci, risultano in costante diminuzione, sia tra gli stranieri uomini che tra le donne (seppure in modo meno accentuato), con dei trend che si confermano anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Questi dati comprovano quanto già evidenziato in precedenti analisi pubblicate sul Rapporto Osservasalute (6-8) e cioè che l'incremento della percentuale di stranieri affetti da AIDS sul totale dei casi diagnosticati in Italia non dipende da un aggravamento dell'epidemia,

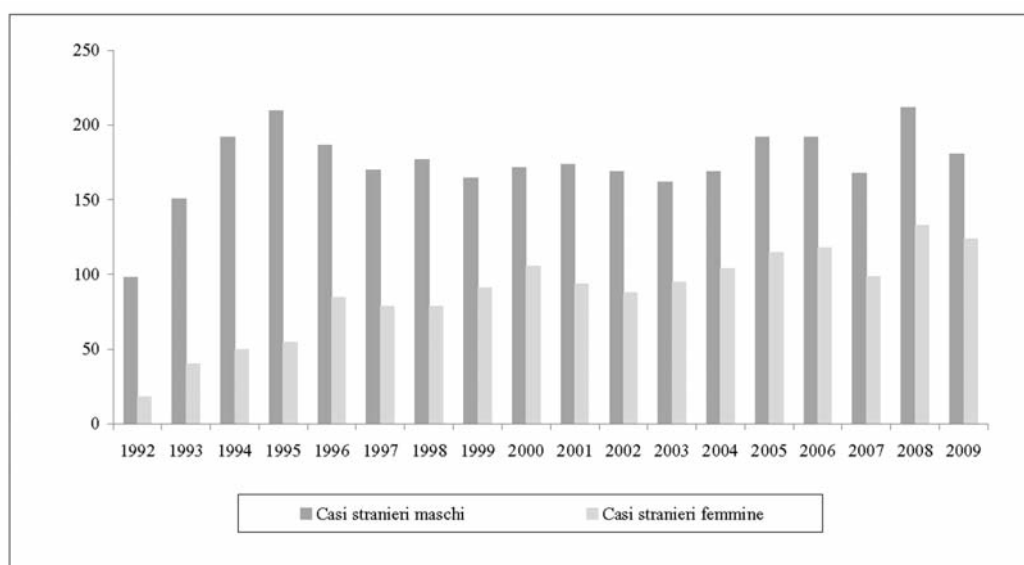
ma dall'aumento della popolazione immigrata, unitamente ad una più marcata riduzione della malattia tra gli italiani.

L'andamento dei tassi di incidenza indica, peraltro, come il contenimento del fenomeno tra gli stranieri sia essenzialmente riconducibile alla possibilità di accesso ai trattamenti antiretrovirali altamente efficaci, disponibili presso le strutture del Servizio Sanitario

Nazionale.

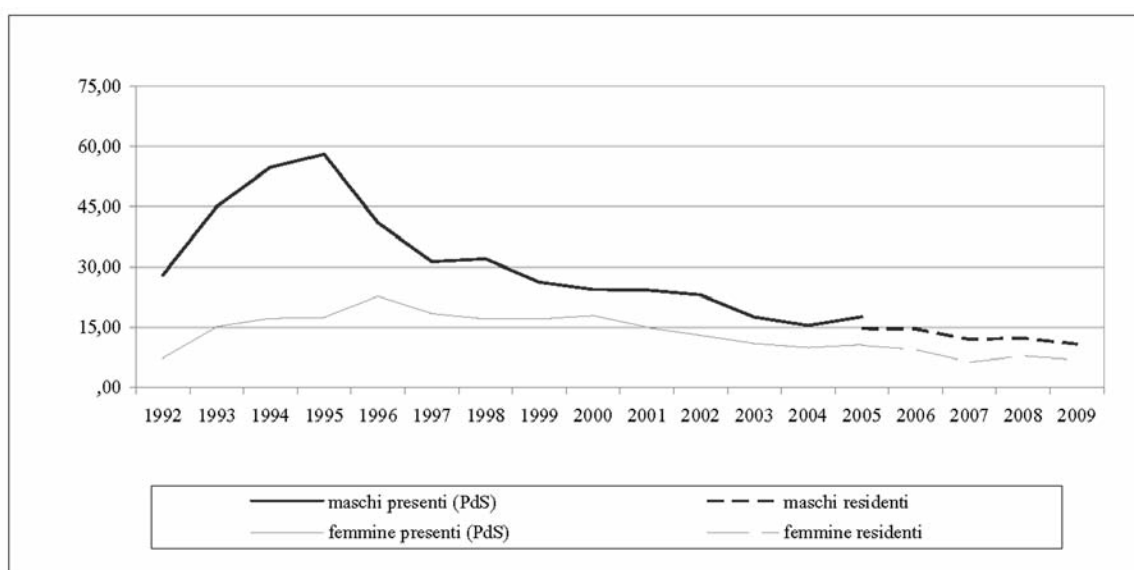
Occorre, infine, segnalare come, a fronte della diminuzione dell'incidenza di AIDS nel tempo, ancora nel 2009 persisteva una differenza tra i tassi degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani: 10,8 e 2,6 per 100.000 rispettivamente, tra gli uomini; 6,9 e 0,6 per 100.000 tra le donne.

Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri della classe di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso (per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri della classe di età 18 anni ed oltre per genere - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentano elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte ad ostacoli di natura linguistica, culturale e socio-economica che impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio ed alle complicanze connesse con l'esordio della malattia. È, di conseguenza, importante da una parte diffondere conoscenze sui comportamenti a rischio e sulla necessità di sottoporsi tempestivamente al test HIV, dall'altra favorire l'accesso alle cure e la *compliance* dei pazienti ai protocolli terapeutici.

Riferimenti bibliografici

(1) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. Gazzetta Ufficiale n. 288, 12 dicembre 1986.

(2) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it.

(3) Baglio G, Burgio A, Viola G. Le fonti demografiche per la stima della presenza straniera in Italia: punti di forza, limiti e prospettive future. In: Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2009: 226-33.

(4) Conti S, Farchi G, Galletti A, et al. La sottotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottotifica. Giornale italiano dell'AIDS 1997; 8 (1).

(5) Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2011. XXI Rapporto. Roma: IDOS-Redazione Dossier Statistico Immigrazione Caritas/Migrantes 2011.

(6) Cacciani L, Rosano A, Pezzotti P, Rezza G, Baglio G. Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2004: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Vita & Pensiero Ed 2004: 178-80.

(7) Cacciani L, Rosano A, Boros S, et al. Incidenza di AIDS tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007: 303-5.

(8) Cacciani L, Camoni L, Rosano A, et al. Incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008: 293-7.

Tubercolosi tra gli stranieri

Significato. Il tasso di incidenza della tubercolosi (TBC) permette di valutare la frequenza di casi diagnosticati in relazione alla dimensione della popolazione che li ha originati. I tassi sono stati calcolati per singola regione/PA.

La fonte dei dati relativi ai casi di TBC è il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998),

che rappresenta il flusso informativo ufficiale, a cui si fa riferimento per il monitoraggio dell'andamento della malattia in Italia.

La stima della popolazione straniera residente in Italia, utilizzata al denominatore, si basa sui dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat).

Lo studio fa riferimento agli anni 2003-2009.

Tasso di incidenza della Tubercolosi tra gli stranieri

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Casi di Tubercolosi notificati negli stranieri}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Lo studio si basa su dati provenienti da un sistema di notifica consolidato: questo è il suo principale punto di forza. Si sottolinea come, nell'attuale sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (fonte ufficiale dei dati), la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza, al numeratore, per la definizione di "caso di TBC in stranieri", risultano "stranieri" tutti i nati all'estero.

Di contro, al denominatore, per "popolazione straniera" residente in Italia (fonte Istat) si intende la popolazione residente con cittadinanza non italiana (e non con Paese di nascita estero); inoltre, mancano, in questa stima, gli "irregolari" ed i "temporaneamente presenti", non residenti. Al contrario, al numeratore sono inclusi i casi di TBC in stranieri con e senza permesso di soggiorno.

Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei.

Le incidenze calcolate devono essere considerate, pertanto, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sottotifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC negli stranieri può risultare sovradimensionato per l'assenza degli immigrati irregolari al denominatore.

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore dell'incidenza complessiva, registrata per gli stranieri e per la popolazione nazio-

nale totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i confronti sono stati effettuati tra i risultati di analisi dei dati a livello regionale e nazionale, al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

Descrizione dei risultati

Il numero dei casi di TBC notificati in Italia, nel periodo 2003-2009, si è mantenuto pressoché stabile (circa 4.500 casi l'anno), ma con una progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto accaduto nell'ultimo quindicennio (da 8 casi/100.000 abitanti nel 1995 a 7 casi/100.000 nel 2009).

La popolazione residente in Italia, nel periodo 2003-2009, è cresciuta di poco più del 5% (in media, meno dell'1% l'anno), mentre la popolazione straniera residente, nello stesso periodo, ha presentato incrementi a livello regionale di circa il 200% (in media, circa il 20-25% l'anno), con rilevanti differenze tra le regioni. In Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all'estero è aumentato in modo significativo (Tabella 1), parallelamente all'incremento della loro numerosità: dal 2003 al 2009, il numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passato dal 37% al 48% del totale dei casi notificati dalle regioni. Nel 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata negli italiani (Grafico 1). Analizzando, però, le incidenze dei casi in nati all'estero sul totale dei residenti stranieri, si noterà un forte decremento, con valori spesso addirittura dimezzati (Grafico 2).

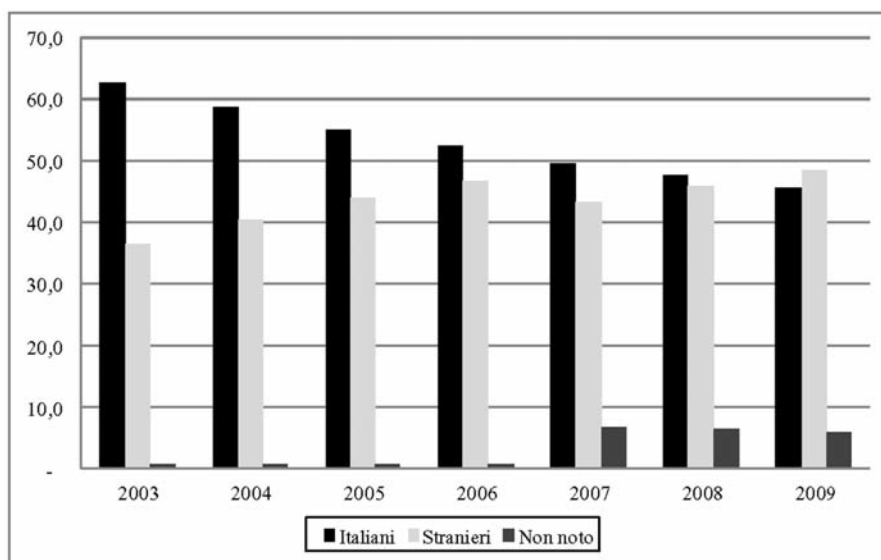
Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi dei nati all'estero per regione - Anni 2000-2009

Regioni	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	139	161	174	148	169	177	207	152	203	239
Valle d'Aosta	1	3	1	6	2	0	1	3	1	0
Lombardia	327	361	269	400	387	473	585	589	723	619
Bolzano-Bozen	15	14	17	15	15	20	9	15	24	20
Trento	8	13	13	15	16	11	7	18	10	23
Veneto	103	118	155	216	250	205	267	n.i.	n.i.	n.i.
Friuli Venezia Giulia	18	16	14	19	19	18	13	29	27	39
Liguria	24	45	44	31	35	41	37	61	47	62
Emilia-Romagna	105	129	158	199	168	211	264	268	253	283
Toscana	109	110	134	163	166	144	171	170	182	196
Umbria	23	25	20	29	23	24	23	31	12	n.d.
Marche	27	29	26	27	35	50	40	43	59	42
Lazio	187	219	199	253	292	329	332	396	345	335
Abruzzo	7	7	9	10	7	24	8	11	-	0
Molise	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1
Campania	64	54	47	75	68	58	68	83	72	46
Puglia	26	29	20	16	22	22	25	36	34	47
Basilicata	3	1	3	2	2	1	1	6	1	-
Calabria	3	2	5	3	4	7	15	9	18	30
Sicilia	9	16	19	20	25	35	30	34	11	63
Sardegna	3	5	5	5	1	4	2	6	3	8
Italia	1.201	1.357	1.332	1.652	1.706	1.854	2.108	1.960	2.027	2.053

- = non disponibile.

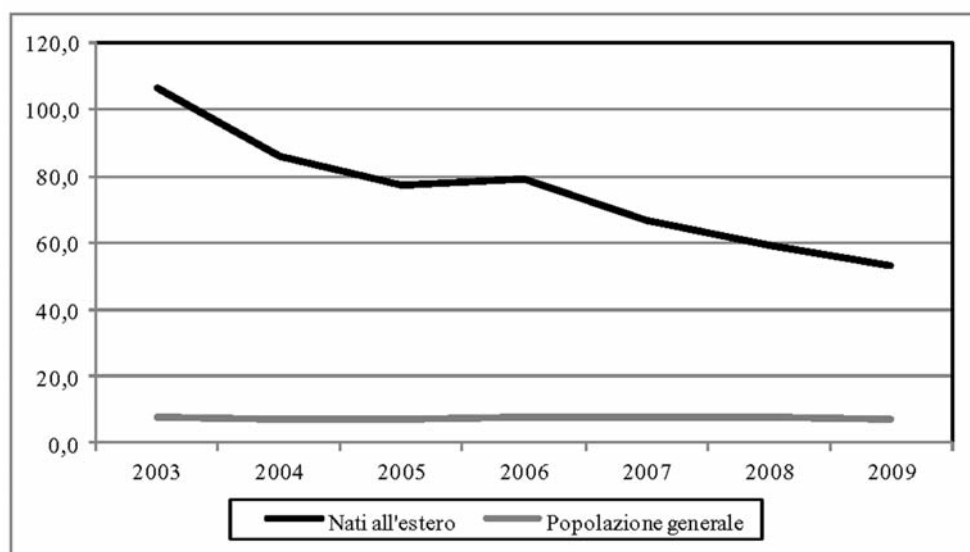
n.i. = non indicato.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

Grafico 1 - Percentuale di casi di tubercolosi: confronto tra italiani e stranieri - Anni 2003-2009

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

Grafico 2 - Incidenza (per 100.000) di tubercolosi dei nati all'estero e della popolazione generale - Anni 2003-2009



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Come negli altri Paesi occidentali dell'Europa, l'immigrazione è una caratteristica rilevante dell'epidemiologia della TBC in Italia. È opportuno sottolineare che la TBC rappresenta nel nostro Paese un prioritario problema di Sanità Pubblica, nel quale la componente attribuibile alla popolazione immigrata è, sicuramente, un aspetto da affrontare con modalità peculiari, ma che non rappresenta, di per sé, un motivo di allarme sociale; infatti, diversi studi dimostrano come la trasmissione della malattia da immigrati alla popolazione residente sia molto rara.

Tuttavia, risulta quanto mai necessario armonizzare gli interventi nelle diverse regioni e nei servizi, con il principale obiettivo di identificare tempestivamente tutti i casi di TBC ed assicurare loro un trattamento efficace, per il controllo della malattia e per ridurre il rischio che altre persone, prevalentemente appartenenti alla stessa comunità, si possano infettare.

Risulta, inoltre, fondamentale migliorare l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, innanzitutto

attraverso l'informazione sui diritti/doveri e sui percorsi sanitari esistenti, ma anche attraverso la formazione e la sensibilizzazione degli operatori sanitari, il monitoraggio delle condizioni di salute degli immigrati, nonché l'analisi dei percorsi assistenziali per tutti, per tener conto dei bisogni specifici della popolazione immigrata.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione generale della prevenzione - Ufficio V - Malattie infettive e profilassi internazionale. Sistema di notifica delle malattie infettive.
- (2) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- (3) Decreto Ministeriale 29 luglio 1998: Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale 15 dicembre 1990.
- (4) Istat. Popolazione residente straniera al 1° Gennaio. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it/>
- (5) CARITAS - Caritas/Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2009. Disponibile sul sito: www.caritasitaliana.it.

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, età etc.).

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

Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne straniere

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera da Paesi a Forte Pressione Migratoria ¹ e Paesi a Sviluppo Avanzato	
		x 100
Denominatore	Totale Interruzioni Volontarie di Gravidanza	

Tasso di abortività volontaria di donne straniere*

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile 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. Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, in quanto questa dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata, mentre per il tasso di abortività si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso all'IVG ed ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2009, delle 114.793 IVG rilevate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) a livello nazionale (con una sottostima dei casi per 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, anche se a partire dal 2006 la crescita sembra essere meno incisiva (Indicatore "Abortività volontaria delle donne straniere" - Rapporto Osservasalute 2011).

Grazie alla disponibilità di stime ufficiali relative alla popolazione straniera residente in Italia, è stato possibile calcolare gli indicatori separatamente per le diverse cittadinanze e misurare, quindi, il fenomeno nei diversi sottogruppi.

In particolare, sono stati considerati tre raggruppamenti delle cittadinanze: donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹, da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana.

Le stime della popolazione straniera residente in Italia sono disponibili a partire dal 1 gennaio 2003 fino al 1 gennaio 2011, pertanto per il calcolo degli indicatori è

¹I Paesi a Forte Pressione Migratoria includono 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.

stata considerata la popolazione media calcolata per tutti gli anni del periodo di riferimento (2003-2009). I tassi standardizzati di abortività volontaria calcolati per i tre sottogruppi (Grafico 1) confermano una tendenziale diminuzione del fenomeno in Italia.

In particolare, le donne italiane presentano tassi più bassi rispetto alle straniere di qualunque gruppo di cittadinanza e, nonostante ciò, i tassi subiscono comunque una riduzione del 12% circa nel periodo considerato. Le donne straniere provenienti da PFPM continuano a caratterizzarsi per i livelli più alti di abortività anche se si osserva una notevole riduzione del tasso standardizzato (-42% circa). Per quanto riguarda il gruppo di donne provenienti da PSA, il trend risulta caratterizzato da una bassa numerosità dei casi che determina un andamento irregolare.

Si sottolinea come le differenze dei tassi tra il gruppo delle donne straniere da PFPM e le donne italiane si siano ridotte nel tempo: nel 2003 i tassi delle donne da PFPM sono 5,4 volte superiori a quelli delle donne italiane, mentre nel 2009 tale rapporto risulta pari a 3,6. Questa tendenza alla riduzione del fenomeno tra le donne PFPM ed il decrescente 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.

Anche se la tendenza all'IVG di questo gruppo di donne continua a ridursi nel tempo, la percentuale di eventi eseguiti risulta, invece, in aumento (Tabella 1), a seguito anche della crescente numerosità della popolazione straniera. A livello nazionale, si passa dal 21,2% al 30,0% tra il 2003 ed il 2009, mentre a livello regionale un aumento degli eventi superiore al 100% si registra in Valle d'Aosta, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (tutte regioni che, comunque, partono da livelli molto bassi). Le regioni che nel 2009 presentano una quota significativa (oltre il 40%)

di IVG effettuate da donne di cittadinanza PFPM risultano essere l'Umbria (44,2%), il Veneto (42,9%), le Marche (42,5%) e l'Emilia-Romagna (41,6%).

Indubbiamente, questi valori sono inficiati dalla diversa presenza di donne straniere nelle varie regioni. In ogni caso questa caratteristica del fenomeno induce ad effettuare riflessioni sulle attività di prevenzione, che sempre più devono raggiungere questo gruppo di donne, spesso più svantaggiato di altri nel ricorso ai servizi socio-sanitari.

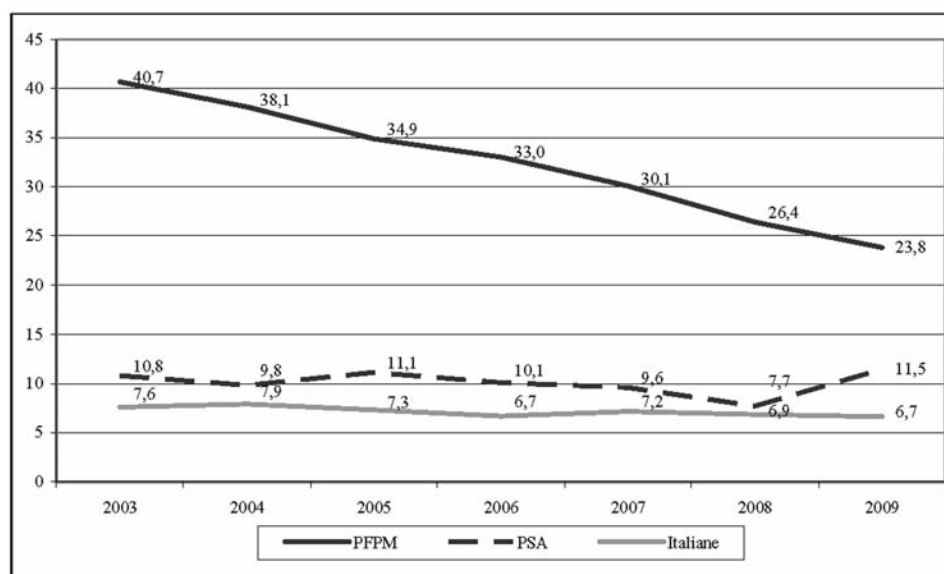
Analizzando il fenomeno secondo l'età (Grafico 2), mantenendo la suddivisione in base alla cittadinanza, possiamo osservare che la classe maggiormente coinvolta è quella compresa tra 20-24 anni.

Infatti, in tale classe si registrano i livelli più alti dei tassi per tutti e tre i sottogruppi: le donne da PFPM arrivano a quasi il 43 (per 1.000), le donne da PSA a circa il 23 (per 1.000) e le italiane a circa il 10 (per 1.000).

Confrontando le donne da PFPM con le cittadine italiane, la differenza maggiore si registra proprio in questa classe di età: le prime presentano un tasso 4,4 volte più alto. Per le donne da PSA la differenza maggiore con le donne italiane si registra nella classe di età più giovane (15-19 anni), con un tasso di quasi 4 volte più elevato.

Focalizzando, infine, l'attenzione sulle cittadinanze più numerose nel nostro Paese (Tabella 2), si conferma ancora, tra il 2003 ed il 2009, una generale riduzione dei tassi standardizzati.

Tale riduzione risulta particolarmente elevata per le donne rumene residenti in Italia, il cui tasso standardizzato passa da 72,0 a 26,5 (per 1.000), con una diminuzione di oltre il 60%. Si conferma, come già visto in precedenza, che il contributo percentuale delle donne da PFPM al fenomeno dell'IVG è aumentato nel tempo, mentre quello delle italiane è diminuito.

Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009

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 (2005 e 2006), Lazio (2005 e 2006), Abruzzo (2009), Molise (2005), Campania (2005-2009), Basilicata (2009), Calabria (2008), Sicilia (2004-2009) e Sardegna (2008 e 2009).

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2011.

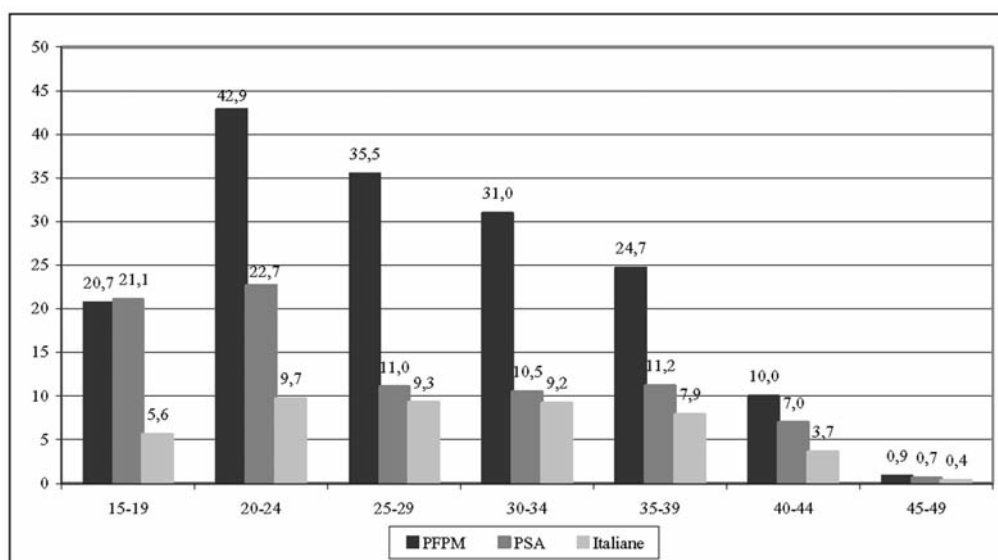
Tabella 1 - Percentuale di Interruzione Volontaria di Gravidanza di donne straniere da PFPM per regione - Anni 2003, 2009

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

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2011.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anno 2009



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: Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2012.

Tabella 2 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) di donne residenti in Italia della classe di età 15-49 anni per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2009

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	4.709	4,2	72,0
	2009	9.660	8,7	26,5
Albania	2003	1.969	1,8	25,5
	2009	2.466	2,2	20,8
Marocco	2003	1.538	1,4	23,8
	2009	2.147	1,9	20,1
Straniere da Paesi a Forte Pressione Migratoria	2003	24.150	21,6	40,7
	2009	33.011	29,6	23,8
Italia	2003	86.753	77,6	7,6
	2009	77.712	69,6	6,7

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 nel 2009 per le seguenti regioni: Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna. Nel 2003 la Campania è fortemente sottostimata.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie della Gravidanza. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda tutti i Paesi del mondo a dotarsi di leggi che legalizzino e regolamentino l'IVG al fine di garantire la libera scelta delle donne e per scongiurare le morti o le gravi complicazioni causate da pratiche abortive o interventi chirurgici insicuri (2). Come già messo in evidenza nel precedente Rapporto Osservasalute, il

Ministero della Salute ha evidenziato la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica (3, 4). A seguito di questa sollecitazione, nel 2010, ha promosso e finanziato un progetto sulla prevenzione delle IVG tra le donne straniere che ha avuto, tra gli altri obiettivi, quello di formare e sensibilizzare gli

operatori dei servizi ad approcci interculturali in materia di salute riproduttiva (Box “Progetto del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie: Prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza tra le donne straniere”).

Un ulteriore progetto, realizzato in collaborazione con l’Istat nel 2011, ha previsto la realizzazione di una “Indagine sulla condizione di salute degli stranieri residenti in Italia” che, seppur non focalizzata sugli eventi riproduttivi, mostra come l’interesse verso la popolazione immigrata nel nostro Paese sia, sicuramente, aumentato (4) e che ora si può intervenire meglio su problematiche individuate come specifiche della popolazione straniera residente in Italia.

Riferimenti bibliografici

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

(2) World Health Organization (2012), Safe abortion: technical and policy guidance for health systems - 2nd ed. World Health Organization.

(3) Ministero della Salute (2012), Relazione sull’attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2010. Dati provvisori 2011. Roma: Ministero della Salute, 2011. Disponibile sul sito:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1824_allegato.pdf

(4) Ministero della Salute (2011), Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf.

Progetto del Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie: “Prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza tra le donne straniere”

Dott.ssa Manila Bonciani, Dott.ssa Angela Spinelli, Dott.ssa Graziella Sacchetti, Prof. Maurizio Marceca, Dott.ssa Maria Laura Russo, Dott.ssa Emma Pizzini, E Pitini, Dott.ssa Giulia Civitelli, Dott.ssa Sara Terenzi, Dott. Valerio Del Ministro, Dott.ssa Pina Antico

Negli ultimi 15 anni il contributo delle donne straniere al fenomeno delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) è aumentato in Italia, in relazione principalmente all'incremento progressivo della popolazione immigrata e, nel 2009, un aborto su tre è stato effettuato da una donna straniera (1). Il ricorso all'aborto da parte delle immigrate è da ricollegare, soprattutto, ad una scarsa conoscenza della fisiologia della riproduzione e del corretto uso dei metodi contraccettivi (2).

A fronte di questa situazione, nel 2010, il Ministero della Salute-Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie ha promosso e finanziato un progetto per la prevenzione delle IVG tra le donne straniere, coordinato dalla Regione Toscana, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la “Sapienza” Università di Roma, con la finalità di prevenire le gravidanze indesiderate e ridurre il tasso di abortività tra le donne straniere.

Sono state perseguite tre linee strategiche d'intervento: la promozione della formazione del personale sanitario, sociale ed amministrativo; il rafforzamento dell'offerta di assistenza e di interventi di prevenzione da parte dei servizi sanitari; la diffusione dell'informazione sulle opportunità contraccettive e sui servizi disponibili tra la popolazione immigrata, con il supporto delle associazioni di straniere.

Al progetto hanno aderito 9 regioni (Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto) e la PA di Trento, con il coinvolgimento attivo di più di trenta aziende sanitarie e di circa una decina di aziende ospedaliere.

Le principali Società Scientifiche che si occupano di salute riproduttiva e della salute degli immigrati sono state coinvolte e hanno preso parte, con loro rappresentanti, al comitato scientifico del progetto, al fine di condividerne gli obiettivi e le strategie d'intervento.

La formazione degli operatori, di cui si è occupato il Dipartimento di Sanità Pubblica della “Sapienza” Università di Roma, è stata ritenuta uno strumento essenziale per migliorare le loro competenze nella relazione con le donne straniere e per la presa in carico efficace dei loro bisogni di salute. Partendo da un'attenta analisi dei bisogni formativi e dell'offerta formativa già svolta a livello nazionale sui temi in questione e tenendo in considerazione le realtà e le esperienze presenti nelle differenti regioni coinvolte, sono stati identificati gli obiettivi di apprendimento su cui è stato strutturato un percorso formativo per la formazione dei formatori, che ha incluso i seguenti moduli:

- l'approccio e la contestualizzazione del fenomeno migratorio;
- la relazione di cura nel contesto transculturale;
- la presa in carico dell'IVG ed il contesto organizzativo-assistenziale;
- gli attori di cambiamento;
- la formazione come strategia di cambiamento.

È stata curata, in particolare, l'identificazione dei rappresentanti delle regioni e PA coinvolte che hanno partecipato a questo primo livello di formazione, quale prerequisito per un'adeguata implementazione della formazione a cascata a livello locale.

La sperimentazione di percorsi organizzativi, attività coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, si è basata su un approccio sistemico, volto a migliorare la continuità assistenziale tra i servizi territoriali ed ospedalieri ed a sensibilizzarli affinché utilizzino ogni contatto con le donne straniere come un'opportunità per potenziarne conoscenze e consapevolezza relative alla sfera della sessualità e della procreazione responsabile, attraverso un'azione di *counselling* che parta dai bisogni e dalle preferenze delle donne stesse, tenga conto delle loro proprie sensibilità socio-culturali e le metta nella condizione di poter fare liberamente scelte consapevoli. In particolare, sono stati incoraggiati interventi di prevenzione del fenomeno delle IVG nell'ambito di:

- percorso nascita;
- visite per il pap-test del programma screening;
- attività di educazione all'affettività ed alla salute sessuale rivolte ai giovani;
- percorso IVG.

In seguito ad una programmazione partecipata e condivisa degli interventi da sperimentare localmente, sono stati elaborati strumenti specifici per supportare l'implementazione delle attività e per raccogliere i dati neces-

sari per il loro monitoraggio e valutazione.

L'informazione rivolta alle donne immigrate, di cui si è occupata la Regione Toscana, ha previsto la promozione di campagne di sensibilizzazione da realizzarsi localmente, quali ad esempio:

- azioni di educazione *peer-to-peer* attraverso il coinvolgimento di donne e giovani stranieri;
- interventi di educazione alla salute nei corsi di alfabetizzazione in italiano per stranieri, attraverso l'utilizzo di un manuale elaborato a tale finalità e la partecipazione di operatori sanitari all'interno dei corsi;
- utilizzo di eventi aggregativi con le comunità migranti, al fine di diffondere informazioni e distribuire materiale multilingue.

I servizi sanitari, ed in primo luogo i consultori familiari, sono chiamati a mettere in atto queste strategie informative, in collaborazione e coinvolgendo attivamente le stesse comunità di stranieri, attraverso il mondo dell'associazionismo, ma anche i canali istituzionali, come ad esempio i consolati.

Per supportare gli interventi d'informazione e *counselling*, sono stati realizzati dei materiali multilingue sul diritto all'assistenza sanitaria per gli stranieri ed i servizi disponibili e sui metodi contraccettivi e la Legge n. 194/1978.

A fine progetto il gruppo di coordinamento, insieme alle regioni partecipanti ed alle Società Scientifiche coinvolte, condivideranno e metteranno a disposizione le raccomandazioni relative al modello d'intervento attuato e le diffonderanno ai servizi ed agli operatori.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78). 2011.

(2) Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo M (a cura di), L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia, Rapporti Istituzionali 06/17, 2006.

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 (PFPM)¹ rispetto agli italiani, al netto della 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. I dati vengono presentati, oltre che per alcuni grandi gruppi dia-

gnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'AHQR-*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 fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica 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 ed al 1 gennaio dell'anno $t+1$.

Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli stranieri*

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

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

Validità e limiti. I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione a livello nazionale, 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 livello di inaccuratezza nelle variabili socio-demo-

grafiche 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 tendono ad attenuarsi nel tempo.

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

Occorre sottolineare che l'analisi riportata di seguito fa riferimento a persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Questo restringe l'estensione dei risultati agli stranieri residenti (lasciando fuori i presenti non residenti e gli irregolari). Si tratta, comunque, della componente largamente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile, in termini di permanenza sul territorio, ed integrata nel tessuto socio-demografico del nostro Paese. Infine, non essendo disponibili i denominatori per l'anno 2010 (a causa della mancanza di stime sulla popolazione straniera residente al 1 gennaio 2011), i tassi sono stati calcolati fino al 2009.

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

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

Descrizione dei risultati

I ricoveri effettuati da cittadini stranieri ammontano, nel 2010, a circa 560 mila, il 5% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. La quasi totalità di questi ricoveri (93%) riguarda cittadini provenienti dai PFPM (Tabella 1).

Tre ricoveri su quattro sono effettuati in Ricovero Ordinario (RO). A fronte della progressiva riduzione di questi ricoveri (circa 1 milione di eventi in meno complessivamente, tra il 2003 ed il 2010), le degenze ordinarie a carico di cittadini stranieri fanno registrare un incremento del 50% (da 278 mila a 418 mila). Il ritmo di crescita è più sostenuto tra gli stranieri da PFPM (57%).

Per quanto riguarda il regime di Day Hospital (DH), i ricoveri totali risultano in diminuzione dal 2005 e nel 2010 ammontano a poco più di 3 milioni. Tra gli immigrati da PFPM i ricoveri sono aumentati fino al 2008, successivamente sono diminuiti assestandosi intorno a 130 mila (4,2% del totale).

I dati relativi al 2010 confermano l'elevata variabilità dei ricoveri degli stranieri da PFPM nelle regioni (Tabella 2). La geografia delle dimissioni ospedaliere continua a essere fortemente determinata dal numero di stranieri presenti nelle diverse aree del Paese (più consistente al Centro-Nord e meno al Sud). La percentuale di dimissioni ospedaliere in RO di pazienti provenienti dai PFPM rispetto al totale delle dimissioni è sensibilmente più elevata della media in Umbria, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna. Per quanto riguarda i DH, rispetto al dato registrato a livello nazionale, la percentuale varia tra 7,1% in Emilia-Romagna e 0,1% in Basilicata.

Il trend dei tassi di ricovero (standardizzati per età) in regime ordinario si conferma in diminuzione, sia per gli stranieri da PFPM che per gli italiani (Tabella 3).

Tra gli uomini, i tassi osservati a carico dei PFPM si mantengono costantemente al di sotto di quelli degli italiani residenti ed il divario tende ad ampliarsi nel tempo. Tra le donne, i tassi dei PFPM sono inizialmente simili a quelli delle italiane fino al 2006, mentre dal 2007 tendono a mantenersi più bassi ed, analogamente a quanto registrato per gli uomini, ad allontanarsi progressivamente dai valori delle italiane.

Anche relativamente al regime di DH, i risultati sono simili al RO, ma i divari sono più evidenti e crescenti nel tempo sia negli uomini che nelle donne.

Tra i PFPM l'ospedalizzazione delle donne è sempre maggiore rispetto agli uomini per entrambe le tipolo-

gie di ricovero, per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto ed abortività volontaria).

Permane, quindi, il divario rispetto alla popolazione italiana, con tassi dei pazienti da PFPM che risultano quasi sempre più bassi, a conferma di un ridotto accesso alle strutture ospedaliere da parte di questa popolazione.

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 regime ordinario, mentre il ricorso al Day Hospital è sensibilmente più frequente tra le italiane.

L'analisi per diagnosi principale alla dimissione in RO ed in DH (Tabella 4) consente di confermare tra i maggiorenni il ricorso frequente all'ospedale da parte delle donne provenienti da PFPM per motivi legati alla riproduzione. In regime ordinario sono essenzialmente i parti delle donne da PFPM a determinare tassi standardizzati 1,6 volte più elevati rispetto a quelli delle cittadine italiane. In DH (Tabella 5) le differenze tra PFPM ed italiane dipendono, principalmente, da un diverso ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (con tassi 2,4 volte più elevati tra le straniere PFPM rispetto alle italiane). Seguono per frequenza di ricoveri le infezioni dell'apparato genitourinario, sia in RO (6,5%) che in DH (12,4%), probabilmente dovuti a condizioni di vita precarie e scarsa igiene.

Negli uomini i traumatismi, con il 18,5% dei ricoveri in regime ordinario, continuano a rappresentare la causa più frequente di ricovero. Seguono le malattie dell'apparato digerente (14,7%), soprattutto a carico del tratto intestinale, e le malattie del sistema circolatorio (12,3%). Anche in DH il quadro nosologico appare immutato con una maggior frequenza di ricoveri per malattie dell'apparato digerente (12,4%, in larga parte interventi di ernia addominale), seguiti da ricoveri per malattie del sistema osteomuscolare e connettivo (11,6%) e dai "fattori che influenzano lo stato di salute" (11,5%).

La Tabella 6 riporta i tassi standardizzati per le cittadinanza maggiormente presenti nel nostro Paese.

Rispetto ai tassi di ospedalizzazione riferiti al complesso degli stranieri da PFPM, i tassi per le cittadinanze selezionate sono generalmente simili o più bassi, sia in regime ordinario che in DH. Solo per le donne provenienti dal Marocco si registra un tasso pari a 147,3 per 1.000, contro 117,8 per 1.000 del totale PFPM. Si confermano, inoltre, valori particolarmente bassi per le persone con cittadinanza cinese.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e percentuale) ospedaliere per regime di ricovero e provenienza - Anni 2003-2010

Provenienza	Ricoveri Ordinari						Day Hospital									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Stranieri da PSA di cui residenti in Italia (%) % sul totale	33.265	33.728	33.789	35.475	35.449	34.725	33.497	32.884	8.284	9.191	10.347	9.906	9.610	9.122	8.710	8.112
	50,0	52,9	54,0	55,6	56,6	57,4	59,4	59,3	81,0	83,0	84,8	84,9	85,4	86,3	87,6	88,0
	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Stranieri da PPFM di cui residenti in Italia (%) % sul totale	245.114	267.564	295.162	327.162	347.819	369.510	385.541	385.492	86.269	102.389	113.729	122.777	126.310	132.812	130.973	130.631
	79,5	81,7	82,3	82,1	83,0	85,3	87,3	88,3	79,3	81,3	81,1	80,5	82,9	85,8	87,9	89,6
	2,8	3,1	3,4	3,8	4,2	4,5	4,8	5,0	2,4	2,6	2,9	3,1	3,5	3,7	4,0	4,2
Totale ricoveri	8.799.495	8.709.500	8.587.521	8.527.212	8.272.500	8.122.885	7.995.951	7.784.364	3.628.309	3.877.944	3.985.600	3.917.701	3.653.613	3.564.606	3.257.001	3.093.053
di cui residenti in Italia (%)	99,2	99,3	99,1	99,1	99,0	99,1	99,2	99,2	99,4	99,5	99,4	99,3	99,3	99,4	99,5	99,5
% 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	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti e percentuale) ospedaliere di stranieri da PFPM per regime e regione di ricovero - Anno 2010

Regioni	Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
	Dimessi	%	Dimessi	%
Piemonte	33.527	6,1	11.638	5,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	854	5,7	241	4,2
Lombardia	93.831	7,0	23.310	6,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>3.806</i>	<i>5,1</i>	<i>1.153</i>	<i>4,3</i>
<i>Trento</i>	<i>4.113</i>	<i>6,7</i>	<i>1.743</i>	<i>5,8</i>
Veneto	39.795	7,1	12.822	6,2
Friuli Venezia Giulia	8.145	5,4	3.134	6,0
Liguria	11.559	5,7	7.444	5,2
Emilia-Romagna	44.640	6,9	14.511	7,1
Toscana	29.074	6,1	9.945	6,3
Umbria	9.252	7,4	2.497	6,6
Marche	11.419	5,6	2.569	4,2
Lazio	47.376	6,2	22.638	6,1
Abruzzo	6.050	3,6	1.990	3,0
Molise	190	0,4	67	0,3
Campania	13.596	1,9	5.309	1,4
Puglia	10.136	1,7	2.516	1,1
Basilicata	157	0,2	32	0,1
Calabria	5.346	2,4	1.662	1,8
Sicilia	9.999	1,7	4.722	1,4
Sardegna	2.627	1,3	688	0,8
Italia	385.492	5,0	130.631	4,2

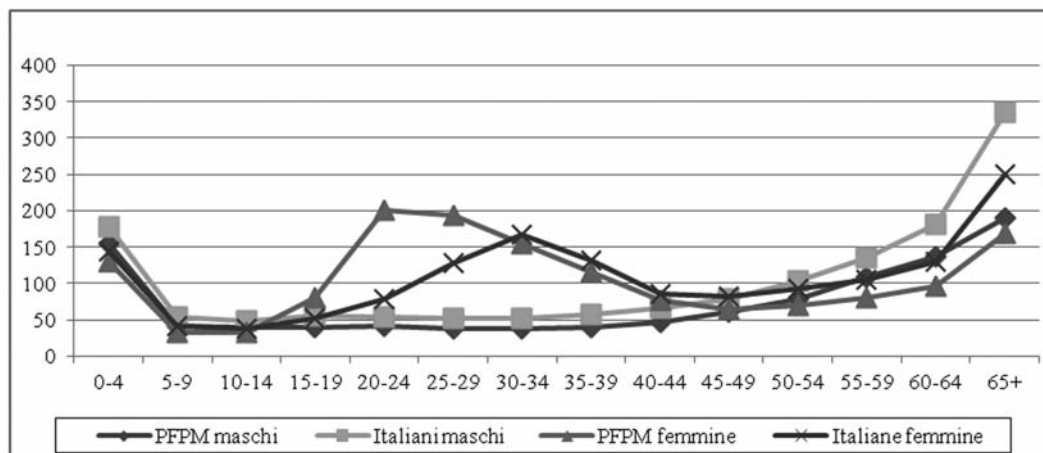
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Tabella 3 - Dimissioni (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM per regime di ricovero e genere - Anni 2003-2009

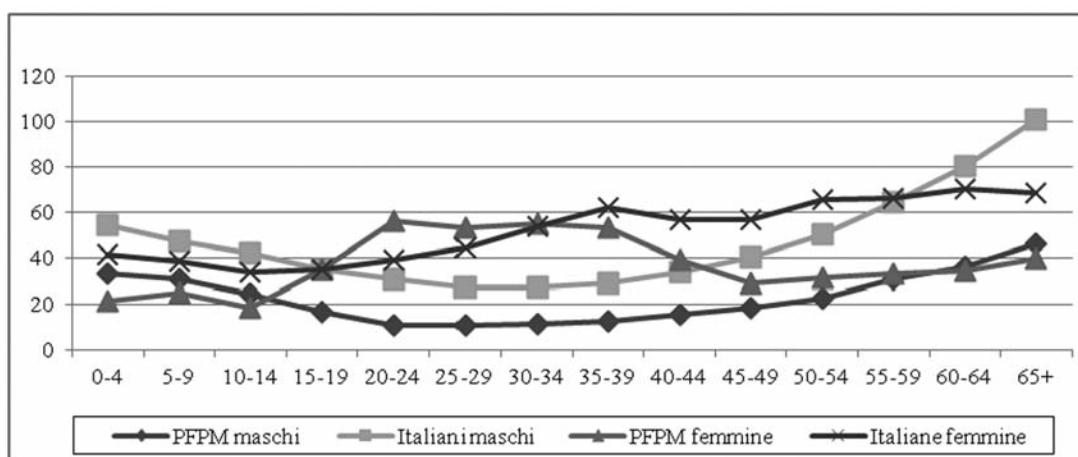
Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani	Dimessi PFPM	Tassi std PFPM	Tassi std italiani
2003	93.069	122,7	154,3	152.045	162,5	148,2	25.016	40,9	61,1	61.253	62,4	64,5
2004	98.502	108,1	149,8	169.062	145,6	146,1	29.781	43,5	64,5	72.608	63,1	68,2
2005	105.278	101,5	146,3	189.884	141,5	142,6	33.321	37,7	66,1	80.408	57,7	69,6
2006	114.220	100,5	142,9	212.942	141,4	141,1	35.519	32,7	64,4	87.258	52,9	67,6
2007	120.192	94,3	137,0	227.627	133,7	135,7	36.522	29,9	60,2	89.788	47,1	62,2
2008	126.648	91,5	132,8	242.862	126,6	132,9	39.543	28,6	58,6	93.269	44,5	60,2
2009	130.340	86,9	129,8	255.201	117,8	130,0	38.530	24,9	52,8	92.443	39,1	55,2

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 2012.

Grafico 1 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in RO per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2009

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso (per 1.000) di dimissioni ospedaliere in DH per classe di età, genere e cittadinanza - Anno 2009

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2012.

Tabella 4 - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM della classe di età 18 anni ed oltre in RO per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2009

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Dimessi PFPM	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani	Dimessi PFPM	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani
Non indicato	130	0,2			217	0,1		
I - Malattie infettive e parassitarie	3.369	4,7	2,7	2,0	2.523	1,3	2,0	1,4
II - Tumori	4.023	5,6	8,9	15,9	10.413	5,3	9,9	13,5
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	1.328	1,8	2,0	2,4	2.143	1,1	2,4	3,5
IV - Malattie sangue ed organi ematopoietici	518	0,7	0,7	1,1	1.079	0,5	1,0	1,2
IV.1 - Anemie	313	0,4	0,5	0,8	782	0,4	0,8	0,9
V - Disturbi psichici	2.682	3,7	1,8	3,8	3.362	1,7	2,1	3,6
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	3.388	4,7	4,2	6,1	3.713	1,9	4,0	5,6
VI.4 - Epilessia	411	0,6	0,3	0,5	316	0,2	0,3	0,4
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.101	1,5	1,7	2,3	989	0,5	1,6	1,8
VI.8 - Malattie dell'orecchio	872	1,2	0,8	0,8	1.152	0,6	0,9	0,9
VII - Malattie sistema circolatorio	8.909	12,3	20,2	32,4	6.958	3,5	13,2	20,0
VII.2 - Malattie del cuore	5.570	7,7	12,8	20,6	3.489	1,8	7,6	11,4
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	6.712	9,3	8,2	12,6	5.201	2,6	6,0	7,6
VIII.1 - Infezioni respiratorie	2.997	4,2	3,2	3,7	2.765	1,4	2,7	2,6
VIII.2 - BPCO	419	0,6	1,4	2,2	285	0,1	0,7	1,1
VIII.3 - Asma	245	0,3	0,2	0,1	239	0,1	0,2	0,2
IX - Malattie apparato digerente	10.596	14,7	11,0	15,8	11.879	6,0	10,7	11,4
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (incl. appendicite)	3.626	5,0	2,6	3,4	2.976	1,5	2,2	2,9
X - Malattie apparato genito-urinario	4.010	5,6	5,9	8,7	12.849	6,5	8,2	9,4
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	114.716	58,2	48,0	30,8
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1.047	1,4	0,9	1,5	789	0,4	0,6	1,1
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	5.439	7,5	5,2	9,8	5.449	2,8	6,4	10,4
XIV - Malformazioni congenite	598	0,8	0,4	0,7	785	0,4	0,5	0,8
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,0	7	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	3.417	4,7	4,5	6,4	4.678	2,4	4,1	5,2
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	13.371	18,5	9,3	12,9	6.099	3,1	6,4	10,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.678	3,7	4,3	6,2	4.259	2,2	4,4	6,2
Totale	72.215	100,0	90,3	139,1	197.119	100,0	130,1	142,7

- = non disponibile.

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 2012.

Tabella 5 - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di stranieri da PFPM della classe di età 18 anni ed oltre in DH per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione - Anno 2009

Diagnosi principale alla dimissione	Dimessi PFPM	%	Maschi		Dimessi PFPM	%	Femmine	
			Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani			Tassi std residenti PFPM	Tassi std residenti italiani
Non indicato	153	0,7			212	0,3		
I - Malattie infettive e parassitarie	1.725	8,0	1,0	1,2	1.803	2,6	1,0	0,8
II - Tumori	1.820	8,4	3,2	7,0	3.992	5,7	3,4	6,2
III - Malattie endocrine, metaboliche ed immunitarie	553	2,6	0,6	2,1	1.050	1,5	0,8	2,6
IV - Malattie sanguine ed organi ematopoietici	330	1,5	0,3	0,9	722	1,0	0,5	1,1
IV.1 - Anemie	152	0,7	0,2	0,4	449	0,6	0,3	0,6
V - Disturbi psichici	193	0,9	0,1	0,5	367	0,5	0,2	0,7
VI - Malattie sistema nervoso ed organi di senso	1.995	9,2	4,0	7,4	2.664	3,8	3,9	7,6
VI.7 - Malattie dell'occhio	1.357	6,3	3,4	5,5	1.484	2,1	3,0	5,0
VII - Malattie sistema circolatorio	1.660	7,7	1,8	5,2	2.869	4,1	2,3	3,9
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	1.065	4,9	0,8	1,5	2.239	3,2	1,5	1,7
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	745	3,4	0,6	1,7	791	1,1	0,5	1,2
VIII.1 - Infezioni respiratorie	176	0,8	0,1	0,3	252	0,4	0,1	0,2
IX - Malattie apparato digerente	2.684	12,4	2,7	6,0	1.935	2,7	1,5	3,2
IX.5 - Ernia addominale	1.372	6,3	1,6	3,0	404	0,6	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	1.605	7,4	1,7	3,7	8.768	12,4	4,9	8,2
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	34.211	48,5	14,4	6,0
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	-	-	-	-	29.295	41,5	12,3	4,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	920	4,2	0,6	1,7	722	1,0	0,5	1,2
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	2.520	11,6	1,9	4,6	3.129	4,4	2,5	5,3
XIV - Malformazioni congenite	116	0,5	0,1	0,3	322	0,5	0,2	0,4
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,0	-	-	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	340	1,6	0,3	1,0	490	0,7	0,4	0,9
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	1.834	8,5	1,2	1,9	1.052	1,5	0,7	1,3
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2.483	11,5	3,9	8,0	5.498	7,8	4,9	7,6
Totale	21.676	100,0	24,3	54,2	70.597	100,0	42,7	58,9

- = non disponibile.

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 2012.

Tabella 6 - Dimissioni (valori assoluti, percentuale e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di residenti in Italia in regime di ricovero per genere e principali cittadinanze - Anno 2009

Cittadinanze	Ricovero Ordinario						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std	Dimessi	Residenti Italia	Tassi std
Romania	22.423	81,2	80,8	50.786	85,4	104,0	6.782	92,0	21,3	22.395	84,9	38,1
Albania	16.677	89,5	76,1	26.159	92,9	116,7	5.499	92,7	24,0	7.942	93,2	35,1
Marocco	17.862	88,6	86,1	30.868	95,1	147,3	4.342	93,3	23,3	6.691	92,0	33,4
Cina	4.299	82,9	45,3	11.513	81,5	89,7	839	91,1	9,8	3.840	83,0	28,9
Ucraina	2.477	72,1	74,3	10.901	82,6	94,1	802	79,1	22,2	5.423	82,0	37,3
Stranieri da PFPM	130.340	84,2	86,9	255.201	88,9	117,8	38.530	90,7	24,9	92.443	86,7	39,1
Italiani	3.594.889	99,9	129,8	3.981.992	99,9	130,0	1.465.991	100,0	52,8	1.651.319	100,0	55,2

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 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi aggiornata al 2010 conferma la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani, per ragioni essenzialmente legate alla fisiologia della riproduzione o a cause accidentali come i traumi.

Aumenta progressivamente il peso relativo delle pato-

logie croniche (tumori, malattie cardio-circolatorie, broncopneumopatie ostruttive ed asma), in coerenza con la transizione epidemiologica in atto nella popolazione immigrata, attribuibile all'invecchiamento ed all'acquisizione di stili di vita e comportamenti a rischio nel Paese ospite.

Si conferma di difficile lettura il dato secondo cui i

tassi di ricovero dei PFPM continuano a ridursi con il passare degli anni, più di quanto non accada ai tassi degli italiani, per cui la distanza tra le due popolazioni in termini di ospedalizzazione tende ad accentuarsi. Il fenomeno potrebbe, in parte, dipendere da un significativo aumento di specifici gruppi di popolazione (in particolare cittadini rumeni) che, soprattutto negli ultimi anni, avrebbero “diluito” di fatto gli effet-

ti di una maggiore stabilizzazione degli immigrati residenti nel tempo, anche sotto il profilo sanitario e dell’accesso ai servizi.

Persistono, infine, situazioni di grave criticità come, ad esempio, l’elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, verso cui orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile.

Mortalità per causa tra gli stranieri

Significato. Per l'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri sono stati costruiti tassi di mortalità standardizzati per tutte le età oltre il primo anno di vita ed isolatamente per la classe di età 18-64 anni, disaggregati per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità, indicatore tradizionalmente utilizzato in letteratura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello di salute della

popolazione e, come conseguenza, una misura del grado d'integrazione degli stranieri nel Paese ospitante. Al fine di raggiungere un adeguato grado di comparabilità, a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia*

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

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

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), basata sulla scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce ad un campo di osservazione costituito dall'insieme esaustivo dei decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, genere e gruppi di cause di morte, oltre 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 rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per tale motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel Paese.

A partire dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2008, pubblicata nell'edizione del Rapporto Osservasalute 2011, è stato possibile utilizzare stime della popolazione straniera media residente, 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. Anche per il 2009 è stata utilizzata la stima della popolazione straniera residente per genere, età, cittadinanza e regione di residenza predisposta dal *team* di esperti. 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 di 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 ed all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale 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 1992-2009, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 66.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua¹ del +8,1% per i residenti, del +3,9% per i non residenti e del +6,1% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): +12,2% tra i residenti, +7,9% tra i non residenti e +15,0% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1). Nel 2009, si sono verificati 5.496 decessi di cittadini stranieri in Italia di cui 3.457 residenti e 2.039 non residenti. Di questi la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 4.183 sono gli stranieri con cittadinanza dei PFPM di cui 2.777 residenti e 1.406 non residenti.

La proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, mentre la tendenza si inverte a partire dal 2003 (la quota degli stranieri residenti per il 2009 è pari al 62,90% e al 37,10% per i non residenti). Tale cambiamento è sicuramente spiegato 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, ed alla conseguente emigrazione verso l'Italia.

L'inclusione tra i Paesi dell'UE ha dato origine a 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 PFPM. In effetti, l'appartenenza all'UE, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori 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 PFPM, in condizioni più disagiate (Grafico 1).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza nel 2009, si osserva come esista un effetto discriminante dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti al Nord, in particolare al Nord-Ovest ed al Centro; valori particolarmente elevati si registrano, però, tra le regioni del Sud, in Campania (Tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri. Tale geografia risulta esattamente invertita, con livelli dei tassi più elevati a Sud rispetto al Centro-Nord, per la mortalità infantile e neonatale, indicatore indiretto quest'ultimo della adeguatezza delle condizioni sanitarie, ambientali, sociali ed economiche della popolazione immigrata.

Gli uomini, che rappresentano circa il 62% della popolazione immigrata residente, presentano valori

¹La variazione % media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2009 è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[17]{M_{2009} / M_{1992}} - 1 \times 100$

dei tassi di mortalità superiori al valore nazionale (circa 19 decessi per 10.000 stranieri residenti) nella PA di Bolzano (36,36 per 10.000), in Liguria (24,11 per 10.000), in Veneto (20,19 per 10.000) ed in Lombardia (19,83 per 10.000), ma anche nelle Marche e Campania (rispettivamente, 23,39 e 24,67 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 11,14 decessi per 10.000 straniere residenti. Per il contingente femminile si registrano livelli più alti del tasso per il Nord nelle PA di Bolzano e Trento ed in Piemonte e Valle d'Aosta (rispettivamente, 15,56, 13,29 e 13,07 per 10.000), ma anche in Sardegna (13,98 per 10.000) e Toscana (circa 13 decessi ogni 10.000 cittadine straniere residenti nella regione). Tra le regioni del Sud, è la Puglia ad attestarsi sui livelli più alti (12,23 per 10.000) (Tabella 2).

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità (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, era stato possibile, già dalla scorsa edizione del Rapporto Osservasalute, fornire indicatori di mortalità per la serie temporale completa 2003-2008, effettuando un nuovo calcolo dei tassi con i denominatori aggiornati; anche nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati calcolati gli indicatori con il nuovo metodo ed aggiornati con i dati 2009. Un'analisi più dettagliata per causa di decesso è stata condotta per il solo anno di riferimento 2009, 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 2009, sono stati calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani. La popolazione italiana residente per età e genere e proveniente dalla rilevazione Istat sulla Popolazione residente (POSAS) 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 (RR) per ciascuna area di cittadinanza (RR: Tassi popolazione straniera/Tassi italiani).

Il confronto tra gli anni del periodo 2003-2009, 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 PFPM sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media annua percentuale tra il 2003 ed il 2009 analoga e pari a -3,1%. 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 con una diminuzione a partire dal 2007. Anche per gli italiani i tassi di mortalità tendono a diminuire nel periodo 2003-2009 (-3,8%). Per quanto riguarda le donne si registra una variazione percentuale media annua negativa, a sottolineare una diminuzione dei livelli dei tassi, per i PSA (-2,4%), per i PFPM (-7,7%) e per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione UE (-5,9%). Anche per le italiane la diminuzione rilevata è consistente ed è pari a -2,2%. Analizzando i RR per ciascuna area di cittadinanza emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, per entrambi i generi, per tutto il periodo considerato (2003-2009) 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 e 0,8 per i PFPM e tra 0,5 e 0,4 per i PSA. Se si considerano i soli Paesi di nuova adesione UE, invece, escludendo Malta e Cipro, verifichiamo che sempre per il genere maschile il RR 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 e ad una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio, come detto in precedenza, si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte ed area di cittadinanza l'analisi è stata focalizzata sui dati del 2009, 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 nella Tabella 4.

Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che le Cause esterne ed i Tumori rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato. Per quanto riguarda i Tumori il livello del tasso standardizzato di mortalità assume valori molto simili per gli uomini e per le donne. Le Malattie del Sistema Circolatorio rappresentano la terza causa di morte per i PSA, con un netto svantaggio per gli uomini.

Anche per i PFPM, le cause di morte più frequenti sono Tumori, 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 i Tumori e per le Cause esterne di

morbosità e mortalità per entrambi i generi, seguite da Malattie del Sistema Circolatorio. Per i PFPM e per i Paesi di nuova adesione UE si registrano livelli dei RR rispetto agli italiani superiori all'unità, per gli

uomini, solamente in corrispondenza dell'insieme delle cause esterne di morbosità e mortalità (rispettivamente, 1,1 e 1,2).

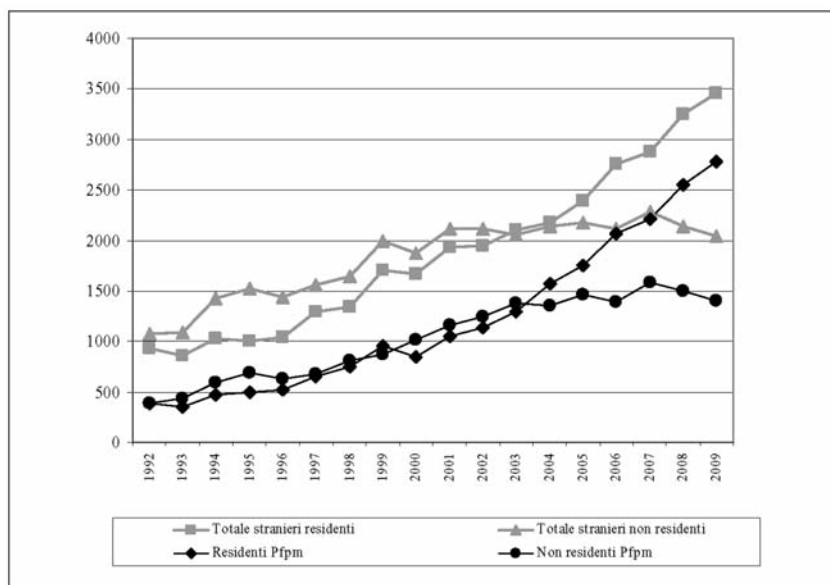
Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e percentuale) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2009

Anni	Stranieri deceduti in Italia			% stranieri deceduti in Italia	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15
2003	2.098	2.060	4.158	50,46	49,54
2004	2.172	2.133	4.305	50,45	49,55
2005	2.391	2.176	4.567	52,35	47,65
2006	2.753	2.116	4.869	56,54	43,46
2007	2.877	2.287	5.164	55,71	44,29
2008	3.247	2.133	5.380	60,35	39,65
2009	3.457	2.039	5.496	62,90	37,10
Totale	33.731	32.786	66.517	50,71	49,29
Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria*					
1992	390	389	779	50,06	49,94
1993	348	438	786	44,27	55,73
1994	467	598	1.065	43,85	56,15
1995	490	687	1.177	41,63	58,37
1996	517	625	1.142	45,27	54,73
1997	658	679	1.337	49,21	50,79
1998	747	807	1.554	48,07	51,93
1999	954	868	1.822	52,36	47,64
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23
2003	1.293	1.372	2.665	48,50	51,50
2004	1.575	1.351	2.926	53,83	46,17
2005	1.758	1.459	3.217	54,65	45,35
2006	2.070	1.391	3.461	59,81	40,19
2007	2.216	1.587	3.803	58,27	41,73
2008	2.546	1.495	4.041	63,00	37,00
2009	2.777	1.406	4.183	66,39	33,61
Totale	21.840	18.564	40.404	54,05	45,95

*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (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 2012.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia per i PFPM - Anni 1992-2009



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

Tabella 2 - Decessi (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per genere e regione - Anno 2009

Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	179	123	302	18,33	13,07	15,67
Lombardia	456	241	697	19,83	11,20	15,09
Bolzano-Bozen	34	20	54	36,36	15,56	25,91
Trento	23	22	45	18,30	13,29	15,02
Veneto	189	108	297	20,19	11,08	14,81
Friuli Venezia Giulia	41	37	78	13,43	11,35	12,42
Liguria	75	45	120	23,74	10,13	15,89
Emilia-Romagna	195	130	325	18,76	12,28	15,12
Toscana	162	123	285	18,68	12,92	15,41
Umbria	39	26	65	12,56	7,68	9,85
Marche	68	40	108	23,39	12,15	16,83
Lazio	262	179	441	19,20	10,43	13,88
Abruzzo e Molise	49	27	76	19,33	8,07	12,60
Campania	94	58	152	24,67	11,43	16,45
Puglia	45	36	81	18,43	12,23	15,42
Basilicata	4	1	5	-	-	-
Calabria	25	19	44	12,94	5,86	9,50
Sicilia	71	45	116	16,45	9,88	12,87
Sardegna	16	14	30	16,60	13,98	15,63
Regione non indicata	118	18	136	-	-	-
Italia	2.137	1.320	3.457	19,51	11,14	14,76

- = per la Basilicata non è stato calcolato il tasso standardizzato di mortalità a causa del numero di decessi troppo esiguo.

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 ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

Tabella 3 - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi riferiti a cittadini stranieri residenti ed italiani della classe di età 18-64 anni, per genere ed area di cittadinanza - Anni 2003-2009

Aree di cittadinanza	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maschi							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,2	10,1	11,5	10,6	8,5	9,2	8,7
Paesi a Forte Pressione Migratoria	17,0	19,5	17,4	16,1	15,5	15,5	14,5
Paesi di nuova adesione UE	9,7	22,7	27,3	20,8	19,6	15,7	15,0
Italiani	26,5	24,9	24,3	23,6	23,0	22,3	21,8
Rischi Relativi							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,8	0,7	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	0,7
Femmine							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	5,2	7,0	7,7	7,7	7,7	5,1	4,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	8,5	6,8	6,6	6,9	5,6	6,8	5,7
Paesi di nuova adesione UE	7,6	6,4	6,7	6,0	6,5	7,2	5,6
Italiani	13,1	12,3	12,2	11,8	11,7	11,5	11,7
Rischi Relativi							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,6	0,6	0,6	0,7	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,5
Paesi di nuova adesione UE	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5
Totale							
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni							
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,7	8,5	9,6	9,0	11,8	6,9	6,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	12,7	12,9	11,6	11,2	10,0	10,6	9,4
Paesi di nuova adesione UE	8,7	12,6	14,0	11,5	7,4	10,3	8,6
Italiani	19,6	18,5	18,1	17,6	17,2	16,8	16,7
Rischi Relativi							
Tassi popolazione straniera/Tassi italiani							
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,6	0,7	0,6	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	0,5

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" ed Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

Tabella 4 - Tasso standardizzato (per 10.000) di mortalità e Rischi Relativi per gli stranieri residenti in Italia e per gli italiani della classe di età 18-64 anni per genere, principali gruppi di cause ed area di cittadinanza - Anno 2009

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	0,17	0,00	0,07	0,3	0,0	0,2
	Tumori	3,04	2,83	2,91	0,3	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,04	0,68	1,25	0,4	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,26	0,12	0,18	0,4	0,4	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,18	0,25	1,13	0,6	0,3	0,5
	Altre malattie	1,02	0,71	0,85	0,3	0,4	0,3
	Tasso std totale	8,71	4,60	6,39	0,4	0,4	0,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,56	0,24	0,36	0,9	1,0	0,9
	Tumori	4,00	2,72	3,21	0,5	0,4	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,73	0,80	1,98	0,8	0,5	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,35	0,15	0,24	0,6	0,5	0,5
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,86	0,88	2,26	1,1	1,0	1,0
	Altre malattie	1,98	0,88	1,36	0,5	0,5	0,5
	Tasso std totale	14,48	5,67	9,43	0,7	0,5	0,6
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,25	0,18	0,20	0,4	0,8	0,5
	Tumori	3,46	3,25	3,36	0,4	0,5	0,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,13	0,59	1,55	0,9	0,4	0,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,31	0,02	0,13	0,5	0,1	0,3
	Cause esterne di morbosità e mortalità	4,12	0,69	1,98	1,2	0,8	0,9
	Altre malattie	2,69	0,89	1,41	0,7	0,5	0,5
	Tasso std totale	14,96	5,62	8,63	0,7	0,5	0,5
Italiani	Malattie infettive e parassitarie	0,62	0,24	0,43	1,0	1,0	1,0
	Tumori	8,82	6,86	7,81	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,66	1,57	3,09	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,58	0,29	0,44	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,50	0,84	2,18	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,64	1,87	2,75	1,0	1,0	1,0
	Tasso std totale	21,83	11,67	16,69	1,0	1,0	1,0

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

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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" ed Elaborazioni prodotte dall'Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori-ex Istituto Affari Sociali ed Istat da dati di fonte anagrafica e stato civile. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia ha consentito di porre l'attenzione sulle specificità dei diversi gruppi di popolazione, peculiarità spesso legate a situazioni preesistenti ed osservate già nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali quelle sul mercato del lavoro, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare cause accidentali e violente. A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e di 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 che da quello preposto all'assistenza. Proprio in tale ottica sta ricoprendo un ruolo sempre più importante il mediatore culturale, sempre più spesso figura di riferimento per i cittadini stranieri e per gli operatori sanitari, il cui compito principale è quello di facilitare la comunicazione e l'accesso ai servizi.

Riferimenti bibliografici

(1) Bruzzone S., Mignolli N. (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 del-

le 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

Significato. Lo studio della mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia rappresenta un elemento fondamentale nello studio del fenomeno in un'ottica differenziale; tali indicatori, infatti, forniscono un valore aggiunto nell'esplorazione dei fattori che li legano alle condizioni sanitarie, ambientali, sociali ed economiche della popolazione immigrata.

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 vita¹, 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 tra gli stranieri

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

Tasso di mortalità neonatale tra gli stranieri

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

Validità e limiti. Per le analisi dei dati, sia con riferimento ai decessi, sia ai nati vivi, è stata considerata, per l'estrazione del sottoinsieme degli "stranieri", la sola variabile "Paese di cittadinanza". L'informazione sulla cittadinanza viene rilevata, infatti, da tutte le principali fonti statistiche italiane ufficiali al fine di identificare il Paese di provenienza degli individui.

L'informazione sulla cittadinanza viene spesso preferita, in Italia, all'utilizzo del Paese di nascita poiché nella maggior parte dei casi è un'informazione coincidente con la seconda, ma più affidabile in termini di qualità del dato. Occorre sottolineare, inoltre, che

l'Italia è un Paese di recente immigrazione ed, inoltre, per ottenere il riconoscimento della cittadinanza italiana è necessario seguire un *iter* molto complesso anche dopo un lungo periodo di permanenza in Italia. L'ammontare dei nati vivi è stato ricavato, invece, con l'uso integrato delle due rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso la quale si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per genere, e degli iscritti in Anagrafe per nascita², con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali, tra cui la

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

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

cittadinanza specifica, che viene indicata 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* mediante la quale 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 genitore italiano³: 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 (PFPM).

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

Le analisi dei dati sono state condotte per il quinquennio 2005-2009, riferito alle più recenti informazioni disponibili per la mortalità per causa. Il numero complessivo dei decessi di individui nel primo anno di vita, esteso a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia, è pari a 1.684 bambini stranieri e 8.457 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di circa 20 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza tra i provenienti dai PFPM, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda esclusivamente questi Paesi di cittadinanza (Tabella 1 e Grafico 1). Per il calcolo degli indicatori, come detto in precedenza, sono stati selezionati i soli deceduti residenti nel primo anno di vita, poiché, per la costruzione dei tassi, sono disponibili i soli nati vivi stranieri residenti da porre al denominatore. Si è scelto, inoltre, di

tenere separati i decessi nel primo mese di vita rispetto alla mortalità complessiva nel primo anno di vita (Tabelle 1 e 2).

La mortalità neonatale (0-29 giorni), infatti, rappresenta sicuramente un indicatore indiretto della salute materna e degli stili di vita in epoca prenatale e neonatale. La mortalità post neonatale (da 2 a 12 mesi) raggiunge, generalmente, livelli più elevati a seguito di un'inadeguata alimentazione del bambino, carenti condizioni igienico-sanitarie o uno scorretto comportamento da parte delle madri.

Le cause di morte che caratterizzano i decessi nei due periodi neonatale e post 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 legate ad infezioni, a malattie dell'apparato respiratorio o a malattie virali.

Dall'analisi dei dati si registra che i decessi nel primo anno di vita tra i bambini stranieri, quasi integralmente appartenenti ai PFPM, in prevalenza residenti (circa l'80% del totale), sono concentrati nel primo mese di vita (percentuali comprese per i PFPM, nel periodo 2005-2009, tra il 71,1% ed il 65,4% sul totale dei decessi infantili, Tabella 1). Tale situazione è sicuramente riconducibile al fatto che i residenti, più stabilmente insediati e con autonomia economica, hanno un profilo più simile a quello degli italiani. La componente della mortalità post neonatale, oltre il primo mese di vita, deducibile per differenza tra mortalità infantile e neonatale, risulta più significativa, infatti, per gli stranieri non residenti provenienti dai PFPM (Tabella 1).

La variazione dell'ammontare dei decessi di cittadini stranieri e italiani, residenti e non residenti, analizzato attraverso i numeri indice a base fissa (2000=100), rivela che il numero dei decessi di bambini stranieri aumenta abbastanza velocemente nel tempo 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, mentre una tendenza all'aumento nel 2008 e 2009. Il numero dei decessi dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuisce per tutto il periodo 2000-2009, anche se con una battuta di arresto nel 2007 e nel 2008 (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).

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

Per quanto riguarda l'insieme dei PFPM si registra una diminuzione nel livello dei tassi di mortalità infantile e neonatale nel quadriennio 2005-2008, mentre si rileva un aumento dei tassi nel 2009. La variazione percentuale media annua⁴ riporta, comunque, una diminuzione pari a -6,1% nel primo mese di vita ed a -5,4% nel primo anno di vita. Per il totale degli stranieri si registrano livelli dei tassi molto simili a quelli osservati per il gruppo dei PFPM (Tabella 2).

Per gli italiani, i livelli degli indicatori di mortalità, nel 2009, sono pari a 2,5 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità neonatale, in lieve aumento rispetto al valore del 2008 (2,4 per 1.000 nati vivi) e 3,3 (per 1.000 nati vivi residenti) per il tasso di mortalità infantile, quest'ultimo, invece, stabile dal 2007. Effettuando un confronto tra i tassi registrati per gli stranieri nel complesso o per i PFPM e quelli calcolati per gli italiani, mediante un rapporto tra i tassi, si osserva come tale indicatore sia sempre superiore all'unità a svantaggio degli stranieri.

Dall'analisi delle grandi aree di cittadinanza e dei singoli Paesi che più significativamente le rappresentano si osserva, in primo luogo, come l'area dei Paesi dell'Unione Europea (UE) 14, definita area a bassa pressione migratoria, registri valori degli indicatori molto variabili ed in netta diminuzione tra il 2005 ed il 2009. 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 e riguardano generalmente un numero molto esiguo di casi.

Per i Paesi di nuova adesione UE, entrati nel 2004 e nel 2007 (esclusi Malta e Cipro), si registrano tassi di mortalità infantile e neonatale con valori oscillanti nel corso del quinquennio considerato. Malgrado diminuiscano nel 2006 e 2007, nel 2008 tendono ad aumentare e poi nuovamente a decrescere nel 2009.

Con riferimento agli indicatori registrati per la Romania, cittadinanza per la quale, insieme all'Albania, si riscontra un elevato numero, in termini assoluti, di decessi nel primo anno di vita in Italia, i tassi di mortalità neonatale ed infantile rilevati risultano superiori al dato del complesso degli stranieri solo nel 2005 e nel 2008; nel 2009, invece, raggiungono livelli perfino più bassi rispetto a quelli degli italiani. Per i bambini stranieri di cittadinanza rumena, malgrado l'andamento non costante nel tempo, si registra, comunque, una diminuzione nel periodo 2005-2009 in media pari al 16,9% annuo per la mortalità nel primo mese di vita ed al 14,4% per la mortalità infantile. La diminuzione è stata calcolata mediante una variazione percentuale media annua tra il 2005 ed il 2009. I bambini albanesi presentano, invece, livelli dei tassi più bassi rispetto ai rumeni, ma con un aumento dei valo-

ri nel corso del quinquennio considerato e con un picco di mortalità registrato nel 2005.

Per i cittadini dell'area africana, i tassi di mortalità neonatale ed infantile si attestano su valori più elevati rispetto al contingente degli stranieri nel loro complesso ed ai PFPM, evidenziando un trend più costante rispetto alle altre nazionalità. I livelli dei tassi presentano, comunque, una flessione nel 2007 (3,1 e 4,7 per 1.000 nati vivi) e 2008 (3,1 e 4,6 per 1.000 nati vivi) ed un nuovo aumento nel 2009 (3,6 e 5,1 per 1.000 nati vivi). Nel quinquennio (2005-2009) in esame sia il tasso di mortalità infantile che neonatale registrano una diminuzione, mediamente, 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 lievemente più alti rispetto a quelli del complesso dei PFPM e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze. Tra gli altri Paesi nell'area africana, per i quali si registra un numero elevato di decessi nel primo anno di vita in Italia, possiamo citare anche Tunisia e Ghana.

Per 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 PFPM, nel periodo 2005-2009 (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, si evidenzia una diminuzione dei livelli di mortalità nei cinesi nel periodo tra il 2005 ed il 2008, con valori al di sotto del dato nazionale e un picco inaspettato nel 2009 (rispettivamente, 5,4 e 8,1 per 1.000 nati vivi). Questo fenomeno, di particolare rilevanza, dovrà essere monitorato con particolare attenzione anche negli anni futuri. Tra le cittadinanze da Paesi dell'Asia con un elevato numero di decessi nel primo anno di vita, in termini assoluti, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, si registra l'India (8 decessi nel 2008 e 18 nel 2009).

Analizzando i tassi di mortalità neonatale ed infantile tra gli stranieri per regione di residenza e riferiti all'anno 2009 emerge, come per gli anni precedenti, lo svantaggio delle regioni meridionali se confrontato con i livelli nazionali (rispettivamente, 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) (Tabella 3). Malgrado siano prevalentemente i residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole ad essere penalizzati rispetto alla mortalità neonatale ed infantile (Sicilia 7,1 e 8,2 e Campania 5,8 e 9,9 per 1.000 nati vivi) anche per alcune delle regioni

⁴La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità infantile e neonatale, nel periodo 2005-2009, è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[4]{M_{2009} / M_{2005}} - 1 \times 100$

del Nord e del Centro si registrano tassi con livelli più elevati del valore nazionale per gli stranieri residenti. Tali regioni sono il Veneto, la PA di Bolzano e l'Emilia-Romagna per la mortalità neonatale, Marche e Friuli Venezia Giulia in corrispondenza di entrambe le componenti. I tassi di mortalità infantile oscillano dall'8,2 (per 1.000 nati vivi residenti) della Sicilia allo

0, per l'assenza di decessi, della PA di Trento; il dato nazionale è pari a 4,0 (per 1.000 nati vivi residenti). Per quanto concerne i tassi di mortalità neonatale, invece, tali livelli, più contenuti, oscillano tra 7,1 (per 1.000 nati vivi residenti) della Sicilia e lo 0, per l'assenza di decessi, della PA di Trento. Il valore nazionale è pari a 2,7 (per 1.000 nati vivi residenti).

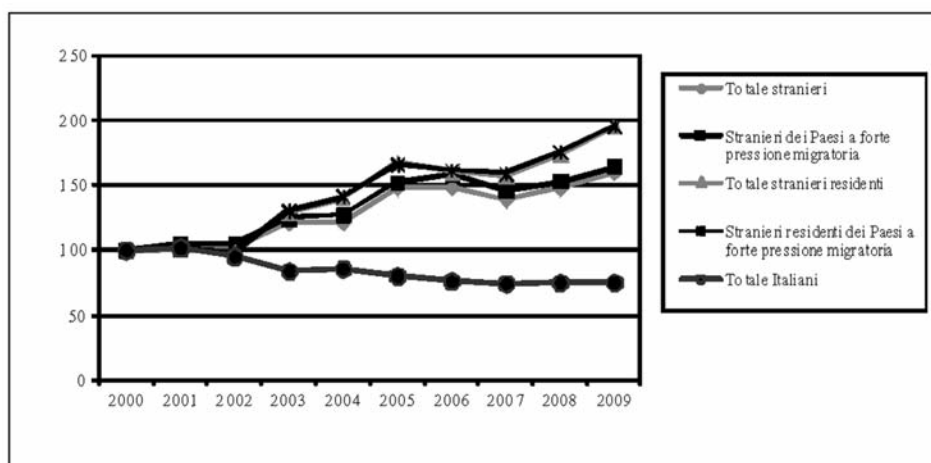
Tabella 1 - Decessi (valori assoluti) nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita di stranieri ed italiani - Anni 2005-2009

Anni di decesso	Stranieri		di cui: Paesi a Forte Pressione Migratoria*		Italiani	
	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita	Nel primo anno di vita	% nel primo mese di vita
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
2009	361	67,3	351	67,2	1.685	73,7
Totale	1.684	68,1	1.654	68,2	8.457	73,3

*Il gruppo dei PFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (ad esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (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.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

Grafico 1 - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per area di cittadinanza - Anni 2000-2009



Nota: Anno 2000=100.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat su "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2012.

Tabella 2 - Tasso (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) di mortalità neonatale ed infantile per area di cittadinanza ed alcuni principali Paesi - Anni 2005-2009

Aree di cittadinanza	Mortalità neonatale				
	2005	2006	2007	2008	2009
Unione Europea 14°	2,3	2,0	1,9	-	-
Paesi di nuova adesione Unione Europea§	4,6	3,0	1,7	2,7	2,1
Romania	4,4	3,1	2,0	2,6	2,1
Altri Paesi europei	2,6	1,6	2,5	2,0	1,5
Albania	2,4	0,9	2,0	1,5	1,3
Africa	3,9	3,6	3,1	3,1	3,6
Marocco	3,5	3,5	2,7	2,9	3,0
America centro-meridionale	2,7	2,1	2,6	1,9	2,4
Asia	2,8	2,4	2,4	1,6	2,5
Repubblica Popolare Cinese	2,2	1,8	1,5	1,4	5,4
Stranieri	3,4	3,1	2,6	2,5	2,7
Stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria	3,6	3,2	2,6	2,5	2,8
Italiani*	2,6	2,5	2,4	2,4	2,5

Mortalità infantile					
Unione Europea 14°	2,3	2,0	1,9	-	3,9
Paesi di nuova adesione Unione Europea§	5,6	3,8	2,5	4,0	3,0
Romania	5,4	3,9	2,8	3,9	2,9
Altri Paesi europei	3,6	2,4	3,2	3,1	2,6
Albania	3,0	1,8	2,7	2,5	1,7
Africa	5,7	4,9	4,7	4,6	5,1
Marocco	5,0	4,8	3,8	4,7	4,3
America centro-meridionale	3,7	2,5	4,1	3,2	3,4
Asia	3,9	3,9	3,7	2,6	3,6
Repubblica Popolare Cinese	2,9	3,3	2,7	2,0	8,1
Stranieri	4,7	4,3	3,9	3,8	4,0
Stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria	5,0	4,4	3,9	3,8	4,0
Italiani*	3,6	3,4	3,3	3,3	3,3

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

§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.

*Il tasso di mortalità per gli italiani è stato calcolato considerando al numeratore i soli decessi nel primo di vita, avvenuti in Italia, di individui di cittadinanza italiana definita ai sensi della Legge n. 91/1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche) ed al denominatore il contingente dei nati vivi residenti al netto dei nati vivi di cittadinanza straniera.

- = non disponibile.

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 2012.

Tabella 3 - Tasso (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) di mortalità neonatale ed infantile per stranieri residenti e PFPM per regione - Anno 2009

Regioni	Mortalità neonatale		Mortalità infantile	
	Stranieri residenti	PFPM	Stranieri residenti	PFPM
Piemonte	2,5	2,5	3,5	3,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	2,4	2,4	3,6	3,6
Bolzano-Bozen	3,0	3,3	3,0	3,3
Trento	0,0	0,0	0,0	0,0
Veneto	2,9	3,0	3,9	4,0
Friuli Venezia Giulia	2,9	3,0	5,2	5,3
Liguria	2,7	2,2	3,8	3,3
Emilia-Romagna	2,9	2,9	3,8	3,9
Toscana	2,3	2,4	3,2	3,3
Umbria	1,4	1,4	3,5	3,6
Marche	3,4	3,4	5,3	5,3
Lazio	2,4	2,4	3,1	3,1
Abruzzo	1,8	1,8	5,3	5,4
Molise	0,0	0,0	0,0	0,0
Campania	5,8	5,8	9,9	9,9
Puglia	2,8	2,8	6,4	6,5
Basilicata	-	-	-	-
Calabria	4,0	4,1	8,1	6,8
Sicilia	7,1	7,2	8,2	8,3
Sardegna	2,6	2,7	2,6	2,7
Stranieri residenti in Italia	2,7	2,8	4,0	4,0

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 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Dall'analisi dei dati nel periodo 2005-2009 si rileva un graduale avvicinamento dei profili di mortalità infantile e neonatale tra stranieri ed italiani nel complesso, anche se il rapporto tra i tassi di mortalità stranieri/italiani conduce ad un livello dell'indicatore, approssimabile ad un rischio relativo, con valori sempre superiori all'unità. Le cause di morte più frequenti sono quelle legate a fattori endogeni e, quindi, caratteristiche dell'età neonatale; tra queste l'asfissia del neonato, sindrome di aspirazione neonatale e malformazioni congenite. Lo studio delle caratteristiche delle singole aree di cittadinanza, poi, mette meglio in luce alcune disuguaglianze nei tassi, segnale evidente delle numerose difficoltà alle quali devono far fronte le popolazioni immigrate coinvolte nel processo di integrazione nel Paese ospitante. Le aree di cittadinanza più penalizzate sono quelle appartenenti al gruppo dei PFPM, nello specifico le aree africane ed asiatiche. L'analisi della mortalità infantile e neonatale degli stranieri per regione di residenza evidenzia, inoltre, come siano sempre 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, Materiali di studi e di ricerche, Numero speciale, Roma.
- (7) Pressat R. (sous la direction de) (1985). Manuel d'analyse de la mortalité, OMS. INED, Paris.
- (8) Bruzzone S., Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia. Rapporto Osservasalute 2010. Salute degli immigrati - P. 287-292.

Epatite virale tra gli stranieri

Significato. L'epatite è un'infezione del fegato che può essere provocata da agenti causali diversi, tra cui grande importanza rivestono i virus. In particolare, quelli che più frequentemente causano epatite sono i virus A (HAV), B (HBV), C (HCV), Delta ed E (HEV). I virus A ed E sono a trasmissione feco-orale, mentre HBV, HCV e Delta sono a trasmissione parenterale (sessuale, perinatale, legata ad assunzione di droghe per via endovenosa o a procedure mediche invasive etc.). L'epatite acuta causata dai virus B, C e Delta è spesso asintomatica e tende a cronicizzare; a sua volta l'epatite cronica può evolvere, a distanza di tempo (20-30 anni circa), in cirrosi ed epatocarcinoma. L'epatite virale risulta, così, essere la principale causa di cirrosi e di tumore del fegato.

Per quanto riguarda il quadro epidemiologico dell'epatite virale acuta in Italia, la circolazione di HAV è progressivamente diminuita e, nel 2010, il tasso di incidenza risultava di 1,1/100.000/anno. Anche l'impatto dei virus B e C si è ridotto ed, attualmente, l'incidenza è pari, rispettivamente, a 0,9/100.000/anno e 0,2/100.000/anno. Gli altri virus (Delta ed E) hanno una diffusione molto limitata e la loro incidenza è stata nel 2010 inferiore a 1/1.000.000/anno (1).

In questo quadro, un elemento di novità è rappresentato dall'aumento della popolazione immigrata: al 31 dicembre 2010 risultavano residenti in Italia 4.570.317 stranieri, pari al 7,5% della popolazione totale, cui si aggiungono oltre 400 mila stranieri irregolari stimati (2); nell'ultimo decennio la presenza di immigrati in Italia è più che raddoppiata (3). Tale popolazione ha il suo carico di problematiche sociali, culturali e sanitarie (ad esempio, molte persone provengono da Paesi ad alta endemia di virus B e C). È, dunque, importante

studiare la diffusione dell'epatite virale tra gli stranieri presenti in Italia, allo scopo di favorire interventi di prevenzione ed assistenza sanitaria.

Dal 1985, è presente in Italia un sistema di sorveglianza "ad hoc" delle epatiti virali acute: il SEIEVA-Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (4), che raccoglie le notifiche di tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) che aderiscono volontariamente alla sorveglianza.

A partire dal 2004, il SEIEVA raccoglie, routinariamente, anche l'informazione sulla cittadinanza ed è, quindi, possibile analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata.

L'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza, calcolato separatamente per le diverse tipologie di infezione virale. Il numeratore è basato sui dati del SEIEVA, limitatamente ai casi notificati nelle 10 regioni italiane interamente "sorvegliate" dal Sistema (copertura del 100%): Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

La stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) è fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) mediante l'integrazione di dati di fonte censuaria, anagrafica e di stato civile. Tali dati si riferiscono alla media della popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t ed al 1 gennaio dell'anno $t+1$.

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

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione di riferimento del SEIEVA nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2010).

Tasso di incidenza di Epatite virale tra gli stranieri*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Nuovi casi di epatite diagnosticati a cittadini stranieri
Popolazione straniera media residente

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

Validità e limiti. Il principale punto di forza di questo studio deriva dal fatto che la fonte dei dati utilizzati per ottenere i casi di epatite virale acuta è costituita da un sistema di sorveglianza, il SEIEVA, che è in funzione in Italia da oltre 25 anni ed ha subito pochissime modifiche sostanziali nel corso degli anni: questo consente una valutazione non distorta dei trend temporali. Un altro punto di forza è rappresentato dal-

l'elevata copertura del SEIEVA, che raccoglie attualmente notifiche da circa il 76% delle ASL italiane (percentuale alta, considerando la natura volontaria della sorveglianza) (1).

Il limite maggiore deriva dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché

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

dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce presumibilmente in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

Valore di riferimento/Benchmark. I tassi di incidenza nella popolazione immigrata in Italia vengono confrontati con i tassi complessivi osservati dal SEIEVA (popolazione generale comprendente italiani ed immigrati).

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2004-2010 sono stati notificati al SEIEVA 7.914 casi di epatite virale acuta: il 14% riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è andata aumentando negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 17,9% nel 2010 (Tabella 1).

La Tabella 1 riporta anche la distribuzione degli stranieri per le diverse eziologie virali: il numero più alto di infezioni (in valore assoluto) ha riguardato le epatiti A e B, mentre le percentuali più elevate si sono riscontrate tra i casi di epatite NonA-NonC.

La Tabella 2 mostra la distribuzione delle infezioni tra gli stranieri, per livello di sviluppo del Paese di origine, area geografica e tipo di epatite. La quasi totalità dei casi osservati in cittadini stranieri proveniva da PFPM (97%) e solo 35 casi da PSA. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (41,6%) e dell'Africa (29,3%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Analizzando in dettaglio i dati per tipo di epatite, si evidenzia come le notifiche di epatite A abbiano riguardato soprattutto cittadini africani, mentre le epatiti a trasmissione parenterale (B e C) provenivano prevalentemente dai Paesi dell'Est-Europa, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (5).

La Tabella 3 presenta la distribuzione del totale di casi notificati al SEIEVA (2004-2010) per tipo di epatite, nazionalità e, tra gli stranieri, per livello di sviluppo del Paese di provenienza. Per quanto riguarda il tipo di epatite diagnosticata, negli stranieri oltre l'81% dei casi è attribuibile ai virus A e B. L'epatite C rappresenta solamente il 4% dei casi negli stranieri, contro quasi il 9% negli italiani. Le differenze osservate tra cittadini italiani e stranieri sono statisticamente significative ($p < 0,001$).

Considerando i casi in base al livello di sviluppo del Paese di origine, si osserva per i cittadini provenienti da PFPM una distribuzione analoga a quella registra-

ta per il totale dei cittadini stranieri (dei quali costituiscono la quasi totalità). Tra i cittadini provenienti da PSA, l'epatite A è la forma di epatite virale acuta più frequente (77% dei casi): questo dato è atteso in quanto l'epatite A non è endemica nei Paesi di provenienza (mentre lo è nei PFPM); di conseguenza, le persone provenienti dai PSA non hanno avuto modo di sviluppare precedentemente anticorpi protettivi contro l'infezione da virus A.

Nelle sezioni successive vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto tra i tassi di incidenza complessivi osservati dal SEIEVA ed i tassi standardizzati riscontrati in cittadini provenienti da PFPM. Sono, invece, esclusi da questa analisi i casi riferiti a soggetti provenienti da PSA, in quanto i tassi sarebbero poco stabili a causa dell'esiguità dei numeri.

Epatite A

Nel periodo in studio, dei 449 casi di epatite A diagnosticati in stranieri (Tabella 2), 422 provenivano da PFPM e ben 178 dal Marocco (42%). L'analisi temporale dei tassi di incidenza (Grafico 1) mostra, per entrambe le popolazioni a confronto, una progressiva diminuzione: da valori intorno al 3 per 100.000 nel 2004 a meno del 2 per 100.000 nel 2010. Sebbene i tassi osservati per gli stranieri da PFPM si siano mantenuti leggermente più elevati di quelli della popolazione generale del SEIEVA, gli andamenti appaiono sostanzialmente sovrapponibili.

Epatite B

Nel periodo in studio sono state registrate 455 diagnosi di epatite virale acuta B a carico di stranieri provenienti soprattutto dall'Europa dell'Est (Tabella 2), in particolare dalla Romania (128 casi).

L'incidenza di epatite B negli immigrati da PFPM è risultata maggiore di quella osservata nella popolazione generale; la differenza si è andata riducendo negli anni, grazie ad un trend in diminuzione dei tassi di malattia tra gli stranieri, più accentuato rispetto a quello complessivamente osservato dal SEIEVA (Grafico 2).

Dal momento che nel SEIEVA il dato relativo agli anni di permanenza degli stranieri in Italia non è quasi mai disponibile, possiamo solo avanzare delle ipotesi sui reali motivi di tale andamento durante il periodo considerato. Le spiegazioni possono essere di tre tipi. In primo luogo, l'inizio ritardato della vaccinazione anti-epatite B nei Paesi di origine (l'Italia è stata la prima Nazione ad attuare la vaccinazione di massa con la Legge n. 165/1991, ma molti altri Paesi hanno poi seguito la stessa strada). L'effetto della vaccinazione può essersi manifestato più tardi rispetto ai cittadini italiani, anche perché in diversi Paesi la strategia vaccinale utilizzata è stata quella della sola vaccinazione dei neonati, mentre in Italia si è partiti subito con una vaccinazione in parallelo dei neonati e dei

12enni, in modo da coprire in 12 anni 24 coorti di nascita: questo ha fatto sì che il calo più rilevante tra gli italiani si sia verificato prima del 2004.

Inoltre, un certo numero di stranieri si trova in Italia dalla nascita o, comunque, dall'età di 12 anni e, quindi, può avere beneficiato della vaccinazione obbligatoria. Infine, la strategia vaccinale attuata in Italia ha creato nel tempo un'immunità di gruppo (*herd immunity*) grazie alla quale l'infezione ha minore probabilità di diffondersi in quanto la popolazione immune agisce da barriera tra i soggetti contagiosi ed i suscettibili.

Epatite C

Dei 652 casi di epatite C notificati al SEIEVA tra il 2004 e il 2010, 44 (6,7%) riguardavano stranieri provenienti da PFPM; per quanto riguarda l'area geografica, il 59% dei casi proveniva dall'Europa dell'Est (Tabella 2) e di questi 9 dalla Romania.

Il Grafico 3 presenta l'andamento annuale dei tassi di incidenza standardizzati nella popolazione generale "sorvegliata" dal SEIEVA e negli immigrati (PFPM). Durante il periodo di osservazione, i valori sono rimasti costantemente al di sotto dell'1 per 100.000 in

entrambe le popolazioni. Le due curve evidenziano, peraltro, un livello di rischio simile tra gli stranieri e la popolazione generale.

Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta

Durante il periodo di osservazione, tra i casi insorti in cittadini stranieri sono state notificate 162 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota. La Tabella 4 mostra la distribuzione di tali casi per eziologia ed area geografica di provenienza. Un numero rilevante di casi (pari al 18,5%) è risultato attribuibile al virus E dell'epatite e la quasi totalità proveniva dal Sud dell'Asia (Bangladesh, India e Pakistan), zona ad alta endemia per il virus HEV. Considerato che in molti centri clinici italiani ancora non si eseguono indagini sierologiche specifiche per l'HEV, è verosimile che molte delle infezioni attualmente classificate come NonA-NonC o sconosciute siano in realtà casi di epatite E acuta; anche la provenienza geografica di molti dei casi citati avvalorava questa ipotesi.

Per quanto riguarda l'epatite acuta di tipo Delta, la quasi totalità dei casi proveniva dall'Europa dell'Est.

Tabella 1 - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta negli stranieri per tipo di epatite - Anni 2004-2010

Anni	Totale casi N %	Epatite A N %	Epatite B N %	Epatite C N %	Epatite NonA-NonC N %
2004	147/1.353 (10,9)	53/635 (8,3)	62/486 (12,8)	8/115 (7,0)	24/117 (20,5)
2005	120/933 (12,9)	41/368 (11,1)	56/366 (15,3)	4/96 (4,2)	19/103 (18,4)
2006	195/1.089 (17,9)	82/397 (20,7)	69/462 (14,9)	7/106 (6,6)	37/124 (29,8)
2007	169/1.039 (16,3)	56/353 (15,9)	85/487 (17,5)	6/102 (5,9)	22/97 (22,7)
2008	167/1.372 (12,2)	71/742 (9,6)	68/453 (15,0)	6/74 (8,1)	22/103 (21,4)
2009	164/1.302 (12,6)	84/752 (11,2)	52/390 (13,3)	8/83 (9,6)	20/77 (26,0)
2010	148/826 (17,9)	62/371 (16,7)	63/326 (19,3)	5/76 (6,6)	18/53 (34,0)
Totale	1.110/7.914 (14,0)	449/3.618 (12,4)	455/2.970 (15,3)	44/652 (6,7)	162/674 (24,0)

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Tabella 2 - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta negli stranieri per area di provenienza e tipo di epatite - Anni 2004-2010

Aree di provenienza	Totale casi N %	Epatite A N %	Epatite B N %	Epatite C N %	Epatite NonA-NonC N %
Livello di sviluppo					
PFPM	1.075 (96,9)	422 (94,0)	448 (98,5)	44 (100,0)	161 (99,4)
PSA	35 (3,1)	27 (6,0)	7 (1,5)	0 (0,0)	1 (0,6)
Area geografica					
Africa	325 (29,3)	213 (47,4)	81 (17,8)	11 (25,0)	20 (12,3)
America centro-meridionale	86 (7,7)	37 (8,2)	39 (8,6)	3 (6,8)	7 (4,3)
Asia	206 (18,6)	54 (12,0)	67 (14,7)	4 (9,1)	81 (50,0)
Europa dell'Est	462 (41,6)	121 (26,9)	262 (57,6)	26 (59,1)	53 (32,7)
Europa occidentale	26 (2,3)	21 (4,7)	5 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nord-America	3 (0,3)	2 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Oceania	2 (0,2)	1 (0,2)	1 (0,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Totale	1.110 (100)	449 (100)	455 (100)	44 (100)	162 (100)

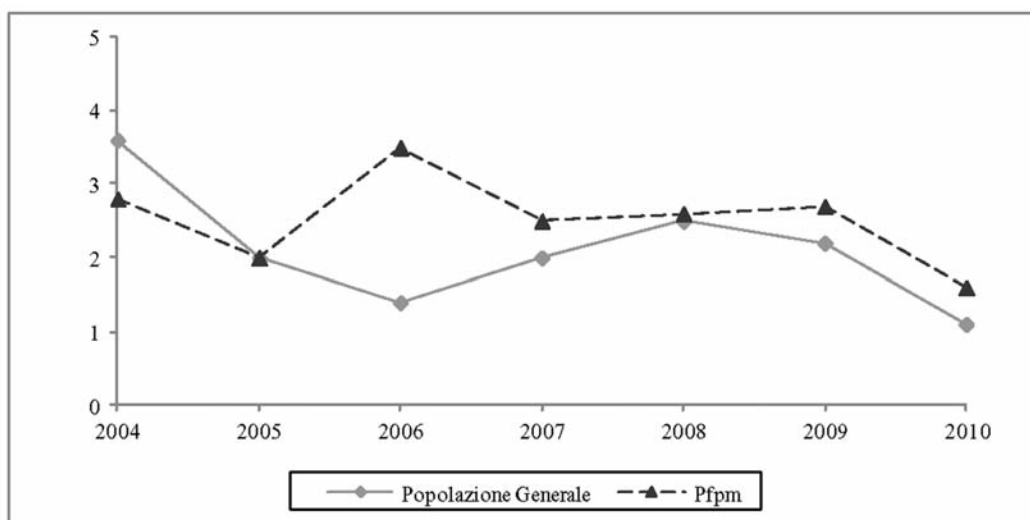
Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Tabella 3 - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta per tipo di epatite ed area di provenienza - Anni 2004-2010

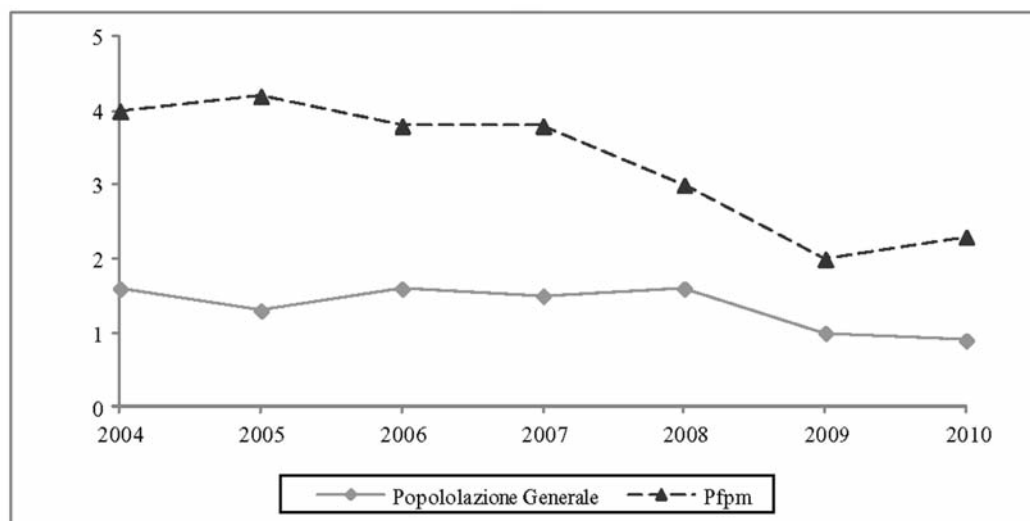
Tipo di epatite	Italiani N %	Totale stranieri N %	PSA N %	PFPM N %
A	3.169 (46,6)	449 (40,4)	27 (77,1)	422 (39,3)
B	2.515 (37,0)	455 (41,0)	7 (20,0)	448 (41,7)
C	608 (8,9)	44 (4,0)	0 (0,0)	44 (4,0)
NonA-NonC*/ sconosciuta	512 (7,5)	162 (14,6)	1 (2,9)	161 (15,0)
Totale	6.804 (100)	1.110 (100)	35 (100)	1.075 (100)

*Casi di epatite acuta negativi ai test per le epatiti A, B e C.

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

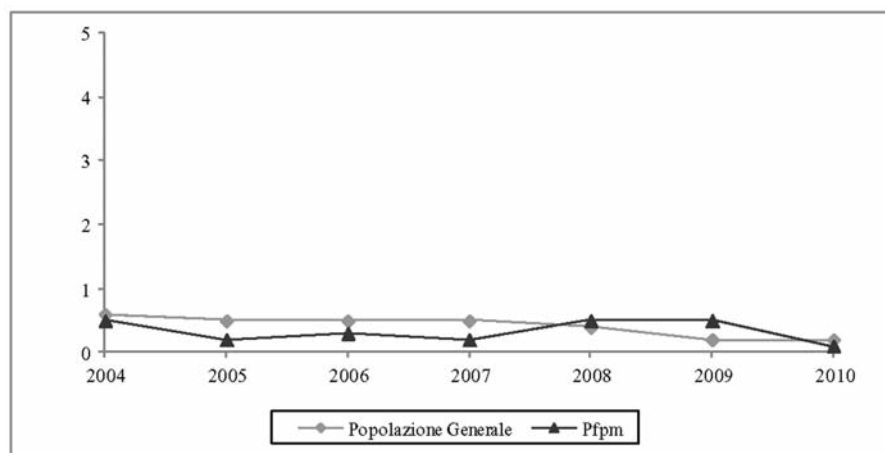
Grafico 1 - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite A negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Grafico 2 - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite B negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Grafico 3 - Tasso standardizzato (per 100.000) di incidenza di epatite C negli stranieri provenienti da PFPM e nella popolazione generale - Anni 2004-2010



Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Tabella 4 - Casi (valori assoluti e percentuale) di epatite virale acuta NonA-NonC o sconosciuta per eziologia ed area di provenienza - Anni 2004-2010

Agente eziologico	N %	Area di provenienza (N)
Delta	8 (4,9)	Europa dell'Est (7), Africa (1)
E	30 (18,5)	Asia (29 - Bangladesh, India e Pakistan), Africa (1)
NonA-NonD*	46 (28,4)	Asia (24), Europa dell'Est (14), Africa e America centro-meridionale (4)
NonA-NonE**	5 (3,1)	Africa (4), Asia (1)
Sconosciuta	73 (45,1)	Europa dell'Est (32), Asia (27), Africa (10), America centro-meridionale (3), Nord-America (1)
Totale	162 (100,0)	

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

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

Fonte dei dati: SEIEVA. Anno 2012.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel periodo 2004-2010, il numero di stranieri presenti in Italia è raddoppiato (3) e la maggior parte proviene da Paesi ad alta endemia di epatite B e C. I dati della sorveglianza nazionale SEIEVA hanno evidenziato come, parallelamente ad un aumento della presenza, è aumentata anche la proporzione di stranieri tra i casi notificati di epatite virale acuta.

Le differenze più rilevanti in termini di incidenza tra gli immigrati PFPM e la popolazione generale riguardano l'epatite B, infezione prevenibile grazie ad uno specifico vaccino che si è dimostrato altamente sicuro ed efficace. Esiste, quindi, una possibilità concreta e praticabile di prevenzione da offrire alla popolazione immigrata. Anche l'infezione da virus A può essere prevenuta attraverso un vaccino; tuttavia, in considerazione del rischio leggermente aumentato tra gli stranieri e del fatto che l'epatite A non cronicizza, al momento non si ritiene prioritario intraprendere azioni specifiche per prevenire questo tipo di infezione nelle popolazioni immigrate provenienti da PFPM.

A partire dai dati presentati in questo Capitolo, è possibile formulare alcune sintetiche raccomandazioni:

1. agli immigrati andrebbe offerta attivamente la vac-

cinazione anti-epatite B;

2. andrebbe valutata l'opportunità di effettuare lo screening per HBV e HCV in persone provenienti da Paesi ad alta endemia per questi virus;

3. i soggetti con infezione da HBV o HCV andrebbero indirizzati verso centri specializzati per l'opportuna assistenza e cura;

4. sarebbe auspicabile un'opera di *counseling* volta a rendere consapevoli gli immigrati delle problematiche relative all'epatite, con particolare riguardo ai fattori di rischio ed alla prevenzione.

Riferimenti bibliografici

(1) Zuccaro O, Tosti ME, Mele A, Spada E and SEIEVA Collaborative Group. Epidemiology of acute viral hepatitis in Italy: results of the surveillance through SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/4).

(2) Dossier Statistico Immigrazione - 21° Rapporto 2011 Caritas/Migrantes.

(3) Disponibile sul sito: www.demo.istat.it/.

(4) Mele A, Rosmini F, Zampieri A, Gill ON. Integrated epidemiological system for acute viral hepatitis in Italy (SEIEVA): description and preliminary results. Eur J Epidemiol 1986; 2 (4): 300-304.

(5) Disponibile sul sito:

www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/.

Valutazione dell'uso dei farmaci nella popolazione immigrata

Dott.ssa Margherita Andretta, Dott.ssa Elisa Cinconze, Dott. Enrico Costa, Dott. Roberto Da Cas, Dott. Salvatore Geraci, Dott.ssa Elisa Rossi, Dott. Gianni Tognoni, Dott. Giuseppe Traversa

Introduzione e metodi

Obiettivo di questo contributo è quello di presentare un'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata in un campione di Aziende Sanitarie Locali (ASL) italiane, concentrando l'attenzione sui possibili indicatori da utilizzare per effettuare analisi a livello regionale e di ASL.

Popolazioni in studio

La popolazione di riferimento è rappresentata dai cittadini residenti in 28 ASL del Veneto, Liguria, Toscana, Lazio, Abruzzo e Puglia (afferenti all'Osservatorio ARNO del CINECA-Consortio interuniversitario) ed in 4 ASL dell'Umbria, iscritti nelle anagrafi sanitarie delle rispettive ASL al 31 dicembre 2011. All'interno del complesso della popolazione residente, la popolazione immigrata è stata definita sulla base del Paese di nascita (desunto dal Codice Fiscale) e della cittadinanza (ricavata dall'anagrafe degli assistibili). Ai fini dello studio, l'analisi si è concentrata sulla popolazione immigrata con cittadinanza di Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). I cittadini Stranieri Temporaneamente presenti (STP) in Italia non sono inclusi nell'analisi poiché il codice STP non è sempre presente nelle anagrafi sanitarie.

Definizione delle coorti

In considerazione della diversa struttura demografica della popolazione immigrata e di quella italiana, per ogni assistibile immigrato è stato selezionato, in maniera casuale, un cittadino italiano appaiato per età, genere e comune di residenza. I confronti sono stati effettuati fra le seguenti coorti:

1. immigrati PFPM: assistibili con cittadinanza straniera di PFPM;
2. italiani: assistibili nati in Italia e con cittadinanza italiana.

Per una parte delle analisi gli immigrati PFPM sono stati, ulteriormente, caratterizzati in base al Paese di nascita, distinguendo così i nati in Italia dai nati all'estero.

Dati di prescrizione farmaceutica territoriale

I dati analizzati si riferiscono alle prescrizioni farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) effettuate nel 2011 ed erogate attraverso le farmacie territoriali pubbliche e private. Sono anche inclusi i farmaci erogati nell'ambito della Distribuzione Diretta e per conto (Decreto Ministeriale 31 luglio 2007).

Classificazione dei farmaci, misure ed indicatori

Le analisi della prescrizione, in aggregato e per categoria terapeutica, sono state condotte in termini di quantità di farmaci prescritti, di spesa e di assistibili che hanno ricevuto almeno una prescrizione (prevalenza d'uso). Nell'analisi delle quantità si è fatto riferimento alle Dose Definite Die (DDD); nell'analisi della spesa si fa riferimento principalmente alla spesa lorda, mentre nelle analisi per categoria terapeutica è stata utilizzata la classificazione Anatomica, Terapeutica e Chimica. I tre indicatori principali utilizzati nel confronto fra coorti sono stati i seguenti:

1. prevalenza d'uso di farmaci: calcolata come rapporto tra il numero di soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione nell'anno e la popolazione di riferimento (potenziali utilizzatori);
2. DDD per utilizzatore: calcolata come numero di dosi di farmaco totali consumate in un periodo di tempo sul numero di soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione (utilizzatori) nel periodo;
3. spesa pro capite: calcolata dividendo la spesa lorda per la popolazione assistibile.

Risultati

Le coorti degli immigrati e degli italiani sono composte da circa 710 mila assistibili ciascuna, con un'età mediana di 33 anni ed una proporzione di donne del 53%. Il 52% della popolazione immigrata ed il 59% di quella italiana hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso del 2011, con un'età mediana degli utilizzatori (34-35 anni) ed un rapporto uomini/donne (0,84) sovrapponibili. I cittadini italiani ricevono, mediamente, una confezione in più rispetto agli immigrati, con una spesa per utilizzatore ed una intensità di trattamento (DDD per utilizzatore) superiori, rispettivamente, del 19% e del 7% nei confronti della popolazione immigrata (Tabella 1). In media, la spesa farmaceutica a carico del SSN nel corso dell'anno è stata di 72€ per un cittadino immigrato e di 97€ per un cittadino italiano.

Nonostante una prevalenza di utilizzatori leggermente superiore nella popolazione italiana, gli immigrati hanno un livello di esposizione maggiore agli italiani per quanto concerne i farmaci antidiabetici (1,6% rispetto a 1,1%, una differenza del 45%), gastroprotettivi (10,3% vs 8,7%) ed antiinfiammatori (11,3% vs 8,3%). Maggiori livelli di prevalenza nella popolazione italiana si osservano per i farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipertensione (7,6% vs 6,5%), dell'ipercolesterolemia (2,4% vs 1,9%), dei sintomi dell'asma e della broncopneumopatia cronico ostruttiva (12,2% vs 8,1%); infine, la prevalenza d'uso di antidepressivi è circa doppia nella popolazione italiana (3,9% vs 2,0%).

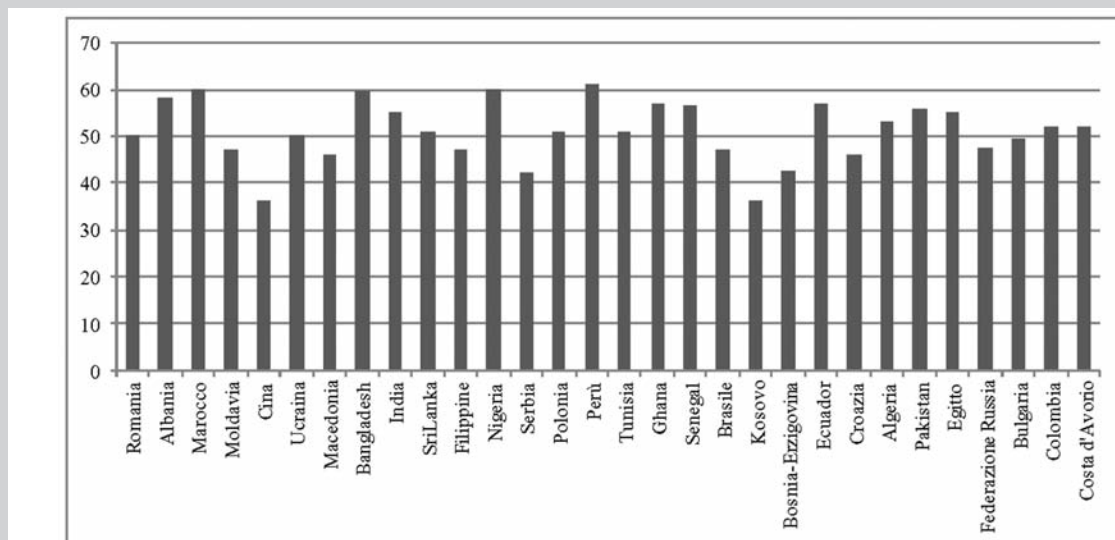
Dal confronto fra Paesi emergono differenze di rilievo che solo in parte possono essere attribuite alle attitudini prescrittive presenti nelle diverse regioni, ma che possono trovare spiegazione anche in difficoltà di accesso ai servizi sanitari. Ad esempio, la prevalenza d'uso è decisamente inferiore alla media nelle popolazioni di origine cinese o kosovara, nelle quali solo il 36% dei cittadini risulta avere ricevuto almeno una prescrizione nell'anno. Sono, invece, sostanzialmente sovrapponibili alla popolazione italiana, intorno al 60% degli assistibili, le prevalenze osservate negli immigrati provenienti da Perù, Nigeria, Marocco, Bangladesh ed Albania.

Tabella 1 - Prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata ed italiana - Anno 2011

	Immigrati	Italiani
Popolazione (età mediana)	710.879 (33)	710.879 (33)
<i>Utilizzatori</i>		
Prevalenza d'uso (%)	52	59
Età mediana utilizzatori (anni)	35	34
Rapporto M/F	0,84	0,84
<i>Confezioni</i>		
Confezioni pro capite	5,3	6,6
Confezioni per utilizzatore	10	11
<i>Spesa lorda (€)</i>		
Spesa pro capite	72	97
Spesa per utilizzatore	138	164
DDD per utilizzatore	192	205

Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2012

Grafico 1 - Cittadinanza della prevalenza d'uso nella coorte immigrata (primi 30 Paesi per numero di residenti) - Anno 2011



Fonte dei dati: Elaborazione degli Autori. Anno 2012.

Conclusioni

L'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata conferma le potenzialità di utilizzazione di dati correnti raccolti per finalità amministrative. I risultati osservati mostrano, in primo luogo, che il SSN è in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione immigrata. A parità di età e genere, l'uso di farmaci nella popolazione immigrata è simile a quello osservato nella popolazione italiana.

Nonostante un livello di prescrizione nel complesso relativamente simile, si osserva una considerevole variabilità fra le ASL incluse nello studio. Tuttavia, la variabilità non riguarda specificamente la popolazione immigrata: in ciascuna ASL le differenze di prescrizione fra immigrati ed italiani sono inferiori alla variabilità fra ASL che si osserva per entrambe le popolazioni. È, quindi, necessario effettuare approfondimenti sull'appropriatezza prescrittiva, innanzitutto per verificare se i livelli di prescrizione osservati nell'insieme della popolazione residente (immigrata ed italiana) siano coerenti con l'evidenza scientifica.

Un secondo elemento di variabilità è quello presente fra le diverse popolazioni di immigrati. Anche in questo caso, le ragioni delle differenze osservate possono essere molteplici. Ad esempio, livelli di basso utilizzo complessivo dei farmaci, come quelli osservati nella popolazione di origine cinese, suggeriscono una difficoltà di accesso ai servizi che è stata di solito messa in relazione con problemi legati alla lingua. D'altra parte, dagli approfondimenti che possono essere effettuati per categoria terapeutica emerge, ad esempio, una più frequente prescrizione di farmaci antidiabetici in alcune popolazioni, in particolare provenienti dal Sud-Est asiatico. Si tratta di un'osservazione coerente con i dati di letteratura che suggeriscono una maggiore suscettibilità all'insorgenza della patologia in questi gruppi etnici.

Le analisi sull'uso dei farmaci basate sui dati dei sistemi di monitoraggio delle prescrizioni presentano diversi limiti. Innanzitutto, si riferiscono alle prescrizioni di farmaci a carico del SSN e sfuggono, quindi, sia i farmaci acquistati direttamente dai cittadini (anche se questo effetto, per ragioni di reddito, dovrebbe riguardare soprattutto la popolazione italiana) che il ricorso a canali paralleli di assistenza. Sono, infatti, frequenti le testimonianze, da parte delle associazioni che forniscono assistenza sanitaria agli immigrati irregolari, di una richiesta di assistenza anche da parte di cittadini immigrati regolarmente residenti, probabilmente per una maggiore facilità di accesso e la presenza di mediatori culturali.

Un limite ulteriore può derivare dalla maggiore mobilità della popolazione immigrata rispetto a quella italiana. Mentre la mobilità fra ASL della stessa regione non pone un problema di perdita di informazione, quando la raccolta dei dati viene centralizzata a livello regionale, gli spostamenti fra regioni danno luogo ad una sottostima dei consumi.

I consumi complessivi, proprio per il fatto che la popolazione immigrata è più giovane della media della popolazione italiana, incidono molto limitatamente sulla spesa farmaceutica territoriale. Sulla base della spesa pro capite osservata nel nostro campione (72€) si può stimare che a livello nazionale la spesa farmaceutica 2011 per la popolazione immigrata sia stata di circa 330 milioni di euro, pari al 2,6% della spesa farmaceutica territoriale del SSN, a fronte di una popolazione immigrata che rappresenta il 7,5% circa del totale dei residenti in Italia.

Le analisi sulla prescrizione farmaceutica presentate nello studio evidenziano anche la fattibilità di questi approfondimenti e la loro applicabilità in altri contesti. Le differenze osservate fra immigrati ed italiani consentono di individuare aree di potenziale sottoutilizzo e, quindi, rappresentare bisogni non adeguatamente coperti, ma anche essere il tracciante di una più frequente prevalenza di patologia, per la quale può essere utile un approfondimento delle cause. La conoscenza della prescrizione nella popolazione immigrata rappresenta, pertanto, la base per interventi mirati a livello regionale, di ASL, di Distretto e di gruppi di medici.