



Salute della popolazione straniera

Il 2016 ha ben fotografato la complessità del fenomeno delle migrazioni in Italia e per questo potremmo definirlo come l'anno dei record: il più alto numero di persone sbarcate (181.436, +18% rispetto all'anno precedente), ma anche di persone accolte in specifiche strutture (176.554, +70% rispetto al 2015 e +698% rispetto al 2013); i minori stranieri non accompagnati, 25.772 in tutto, sono pari al numero di quelli giunti nei 2 anni precedenti. Un altro record ha riguardato le domande d'asilo: 123.482 presentate (47% in più rispetto all'anno prima) e 90.473 vagliate (+27% rispetto al 2015 e quasi il triplo rispetto al 2014); il record riguarda anche i dinieghi pari al 61%, rispetto al 58% del 2015 e al 39% del 2014. Quanto alle domande accolte, in 2 anni la percentuale di riconoscimenti dello *status* di rifugiato si è dimezzata: 5% circa del totale delle domande esaminate nel 2016 vs il 10% nel 2014; altrettanto è avvenuto per le protezioni sussidiarie: 12% nel 2016 vs il 23% nel 2014 (1). Un altro dato drammatico è stato il numero di morti in mare: 5.143 che vanno ad aggiungersi agli oltre 10.000 stimati dal 2011 (2).

Nel 2016, l'Italia ha anche registrato il minor numero di ingressi per motivi di lavoro (pari al 5,7% di tutti i nuovi ingressi vs il 9% nel 2015, il 23% nel 2014 e il 56% nel 2007), il minor incremento di immigrati residenti (+20.875 unità), ma il maggior numero di acquisizioni di cittadinanza italiana (201.591 nuovi italiani, con un incremento del 13% rispetto all'anno precedente). Infine, altro record "preoccupante" è il ridimensionamento delle nascite da cittadini stranieri, nell'ambito della riduzione complessiva della natalità nel nostro Paese (è il minor numero assoluto di nati dall'unità d'Italia ad oggi). Su un totale di 474 mila nati nel corso del 2016, il 19,4% ha una madre straniera, percentuale identica a quella riscontrata nel 2015. In assoluto, i nati da cittadine straniere sono 92.000 (2,2% in meno rispetto all'anno precedente). Di questi, 69.000 hanno entrambi i genitori stranieri (14,7% del totale dei nati) (3).

I dati fin qui riportati sono sufficienti a restituire il quadro di un fenomeno complesso e dinamico, che ha ricadute demografiche ed economiche, e impatto sul piano sociale e sanitario, anche dal punto di vista dei modelli di sviluppo e di integrazione che si intendono sostenere.

A fronte di tale quadro, il 2017 ha segnato per la sanità l'avvio di una azione pianificata e concertata di *governance*, attraverso lo sviluppo di strumenti di programmazione e di indirizzo, a tutt'oggi in divenire, i cui effetti potranno essere monitorati nei prossimi anni, anche attraverso gli indicatori riportati nel presente Capitolo. In particolare, vogliamo soffermarci su tre linee di azione strettamente connesse ai fenomeni sopra citati e che ricadono nei seguenti ambiti: la tutela dei minori stranieri, con particolare riferimento a quelli non accompagnati; la tutela delle vittime di violenza intenzionale e di tortura; l'accoglienza sanitaria dei profughi.

Minori stranieri

Per quanto riguarda i minori stranieri, il DPCM 12 gennaio 2017 (4), nel definire i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), all'art. 63, comma 4, ha stabilito che "i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani". Passaggio importante questo, coerente con l'Accordo del 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le PA sulle "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e PA" (Rep. Atti n. 255/CSR) (5), che stabiliva che i minori figli di immigrati in condizione di irregolarità giuridica dovessero essere iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale indicazione dell'accordo, tuttavia, ha incontrato in questi anni non poche resistenze applicative in diverse regioni. I LEA, dunque, rappresentano un importante passo avanti verso il riconoscimento del diritto alla salute dei minori immigrati, anche se rimangono esclusi da tale diritto assistenziale i figli di cittadini di Paesi dell'Unione Europea in condizioni di fragilità sociale (Europei Non Iscritti-ENI). Inoltre, a tutt'oggi non sono state fornite istruzioni operative su come iscrivere i minori al SSN, né indicazioni sulla possibilità di beneficiare dell'esenzione dal ticket (mediante apposito codice). Di fatto, la mancata esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per i minori stranieri in condizioni di fragilità sociale riguarda non solo i figli di stranieri irregolari, ma anche gli ENI, i minori stranieri non accompagnati e i minori stranieri richiedenti protezione internazionale (accompagnati e non accompagnati), e li espone a gravi discriminazioni nella tutela della salute. In tal senso, si è pronunciato anche il Comitato Nazionale per la Bioetica che, nel documento "Immigrazione e salute" pubblicato il 23 giugno 2017 (6), ha richiamato la necessità di superare questa evidente inadeguatezza normativo-programmatica.

Nel 2017, è anche entrato in vigore il DPCM n. 234/2016 con il "Regolamento recante la definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta" (7). La corretta identi-





ficazione dell'età dei ragazzi e delle ragazze minorenni che giungono nel nostro Paese costituisce un presupposto essenziale affinché siano loro applicate le misure di protezione e assistenza previste dalla normativa vigente. Per quanto riguarda i minori non accompagnati e non riconosciuti come vittime di tratta (ad oggi la quasi totalità dei minori non accompagnati presenti in Italia) si fa, invece, riferimento alla Legge n. 47 del 7 aprile 2017, recante "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati" (8).

Per rendere coerenti le procedure introdotte dalle due norme sopracitate, sarebbe opportuno arrivare in tempi rapidi alla definitiva approvazione da parte della Conferenza Unificata del "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati", presentato dalla Conferenza delle Regioni nel marzo 2016 (9).

Vittime di violenza e tortura

Nell'aprile 2017, sono state pubblicate dal Ministero della Salute le "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" (10). Si tratta di un documento di indirizzo che si pone l'obiettivo di tutelare i richiedenti protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità, in tutte le fasi del percorso di riconoscimento dello *status* di rifugiato e ovunque si trovino ospitati. Viene sottolineato, in premessa, come i richiedenti e i titolari di protezione internazionale e umanitaria siano una popolazione a elevato rischio di sindromi psicopatologiche, per la frequente esposizione a esperienze traumatiche e stressanti. Sono persone spesso costrette ad abbandonare il proprio Paese per sottrarsi a persecuzioni o fuggire da contesti di violenza generalizzata, da guerre o conflitti civili. Inoltre, durante il percorso migratorio, possono aver subito traumi aggiuntivi, derivanti da situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura, compresa quella sessuale, e detenzione. Gli eventi traumatici che colpiscono i migranti in transito determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica, con ripercussioni anche sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività.

Secondo le Linee Guida, per fornire risposte adeguate è necessario riorientare il SSN verso l'attenzione ai bisogni emergenti, in un'ottica di equità e prossimità di offerta socio-sanitaria nei confronti dei gruppi a più alto rischio di marginalità. Appare, quindi, urgente sviluppare percorsi di formazione per gli operatori e strumenti operativi adeguati per assistere questa nuova utenza eterogenea e così gravemente segnata dai traumi subiti, in un'ottica di mediazione di sistema.

Accoglienza sanitaria dei profughi

A giugno 2017, nell'ambito del "Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti", sviluppato dall'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, è stata pubblicata la Linea Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" (11). Il documento intende offrire ai decisori, agli Enti gestori dei centri e agli operatori socio-sanitari raccomandazioni *evidence-based* sugli accertamenti sanitari da effettuare nelle diverse fasi del percorso di soccorso e accoglienza. Più nello specifico, la Linea Guida ha tre principali obiettivi: promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci; evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti; ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da ingiustificati allarmismi. Per una descrizione più dettagliata del lavoro svolto e della metodologia utilizzata, si rimanda al *Box* dedicato.

Rispetto a questo fenomeno multifattoriale e dinamico, poter disporre di dati sanitari con analisi puntuali e valutazioni oggettive è di fondamentale importanza per costruire una Agenda della programmazione che vada oltre la gestione delle emergenze, reali o presunte, e che non sia condizionata dall'emotività e dai pregiudizi.

Questo è il compito che, sul tema specifico dell'immigrazione, il Rapporto Osservasalute si è posto a partire dal 2005 e che, anche quest'anno, ha inteso svolgere con attenzione e chiarezza. Il Capitolo ripropone il *set* completo di *core indicators* monitorati negli anni, consolidando quanto descritto nelle precedenti Edizioni.

Gli indicatori, anche grazie alla disponibilità dei denominatori relativi alla popolazione residente per cittadinanza, genere, età e regione, messi a disposizione dall'Istituto Nazionale di Statistica, sono calcolati in serie storica, confrontando gli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria¹ con i cittadini italiani e, in alcuni casi, sono approfonditi per singole cittadinanze.

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).



**Riferimenti bibliografici**

- (1) Ministero Interno, 2018 e European Asylum Support Office, 2018.
- (2) Brian T, Laczko F (edited by). Fatal Journeys: tracking lives lost during migration. International Organization for Migration. (2014). Rapporti. Disponibile sul sito: <http://missingmigrants.iom.int>.
- (3) Istat: Natalità e Fecondità della popolazione residente, Anno 2016. Pubblicato il 28 novembre 2017.
- (4) Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf.
- (5) Disponibile sul sito: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf.
- (6) Disponibile sul sito: http://bioetica.governo.it/media/172302/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf.
- (7) Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/12/22/298/sg/pdf.
- (8) Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/04/21/93/sg/pdf.
- (9) Disponibile sul sito: www.minori.gov.it/sites/default/files/protocollo_identificazione_msna.pdf.
- (10) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf.
- (11) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf.





Stranieri in Italia

Significato. L'impatto della popolazione straniera residente nella determinazione dei principali indicatori demografici è andata crescendo in modo significativo negli ultimi decenni. L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in Anagrafe consente, tra le altre

cose, di quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti in Italia. Particolare attenzione è data alla distribuzione della popolazione straniera per macroarea di cittadinanza nelle regioni e PA.

Percentuale della popolazione straniera

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

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

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" emerge che al 1 gennaio 2017 i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana superano di poco i 5 milioni di unità e rappresentano l'8,3% del totale della popolazione residente. Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l'ammontare in migliaia della popolazione straniera residente, la sua composizione percentuale per macroarea di cittadinanza e l'incidenza della popolazione straniera residente sul totale dei residenti.

A livello nazionale, oltre il 30% delle presenze è dovuta a persone provenienti da un Paese comunitario e oltre il 20% da un Paese europeo non facente parte dell'Unione Europea a 28 Paesi: più della metà dei cittadini stranieri residenti in Italia è, quindi, di origine europea. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 20,75% (in particolare, circa due africani residenti su tre provengono da un Paese del Nord Africa), il 20,20% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,32% ha la cittadinanza di un Paese dell'America.

La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Abruzzo (69,70%), Friuli Venezia Giulia e Umbria (rispettivamente, 68,71% e 64,72%), mentre quella di residenti con cittadinanza di Paesi

dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (22,84% vs valore nazionale 7,32%). La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, vengono indicate, per ciascuna regione, le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

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

Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisi una maggiore eterogeneità, sebbene sussistano delle differenze anche tra il segmento maschile e quello femminile. A livello nazionale, le prime tre comunità (in questo caso rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano circa il 40% del totale degli stranieri residenti. Tale percentuale è, invece, superiore o prossima al 60% in Piemonte e Valle d'Aosta. In Campania le prime tre collettività di donne straniere rappresentano il 50,9% delle straniere, mentre solo il 35,8% degli uomini stranieri appartiene ad una delle prime tre collettività. Le tedesche, le albanesi e le marocchine, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 26,9% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

305

Paese di cittadinanza. Le prime tre comunità (rumeni, marocchini e albanesi) rappresentano “solo” il 31,4% degli stranieri residenti di genere maschile ed il 31,7% degli stranieri residenti di genere femminile.

Tabella 1 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Anno 2017

Regioni	Stranieri residenti	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza						Stranieri residenti/ totale residenti
		Unione Europea-28	Paesi Europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	418,87	40,12	18,62	23,65	10,43	7,14	0,04	9,54
Valle d' Aosta	8,26	39,58	18,08	28,28	6,77	7,24	0,05	6,51
Lombardia	1.139,46	19,98	18,56	24,84	24,24	12,35	0,04	11,37
Bolzano-Bozen	46,79	33,40	31,34	13,00	17,91	4,28	0,07	8,93
Trento	46,46	30,78	34,55	16,48	12,62	5,52	0,05	8,63
Veneto	485,48	29,74	27,95	19,97	18,89	3,40	0,04	9,89
Friuli Venezia Giulia	104,28	34,27	34,45	13,99	13,28	3,92	0,09	8,56
Liguria	138,32	22,35	24,50	19,02	11,19	22,84	0,10	8,84
Emilia-Romagna	529,34	22,77	27,58	26,13	19,69	3,80	0,02	11,90
Toscana	400,37	29,06	25,16	15,05	24,20	6,45	0,07	10,70
Umbria	95,94	35,86	28,86	18,30	8,92	7,95	0,10	10,79
Marche	136,20	27,62	28,08	19,15	19,79	5,34	0,03	8,86
Lazio	662,93	43,62	12,43	11,20	24,82	7,85	0,08	11,24
Abruzzo	86,56	41,15	28,54	15,20	10,19	4,80	0,11	6,55
Molise	12,98	41,95	14,33	22,55	16,60	4,51	0,07	4,18
Campania	243,69	26,27	23,81	21,26	24,51	4,11	0,05	4,17
Puglia	127,99	37,16	22,83	19,27	17,71	2,99	0,04	3,15
Basilicata	20,78	50,12	13,69	21,22	12,42	2,52	0,02	3,64
Calabria	102,82	45,73	12,15	23,06	16,58	2,36	0,11	5,23
Sicilia	189,17	36,36	7,24	32,10	21,57	2,64	0,09	3,74
Sardegna	50,35	40,48	10,63	26,56	17,85	4,35	0,11	3,05
Italia	5.047,03	30,46	21,21	20,75	20,20	7,32	0,06	8,33

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Anno 2017.

Tabella 2 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze per genere e per regione - Anno 2017

Regioni	Residenti stranieri	Maschi						Femmine						
		Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza			Cittadinanza			
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza	
Piemonte	197,7	Rom.	32,8	Mar.	14,2	Alb.	10,7	221,2	Rom.	37,6	Mar.	12,2	Alb.	9,3
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	3,5	Rom.	26,3	Mar.	22,3	Alb.	11,6	4,7	Rom.	33,4	Mar.	17,4	Alb.	8,2
Lombardia	553,3	Rom.	13,8	Mar.	8,9	Alb.	8,7	586,1	Rom.	15,7	Mar.	8,0	Alb.	8,0
Bolzano-Bozen	22,0	Alb.	13,0	Pak.	8,9	Ger.	8,5	24,8	Alb.	10,0	Ger.	10,1	Mar.	6,8
Trento	21,4	Rom.	20,4	Alb.	13,8	Mar.	9,1	25,1	Rom.	23,5	Alb.	11,3	Ucr.	7,7
Veneto	228,2	Rom.	23,1	Mar.	10,6	Mol.	5,2	257,3	Rom.	25,8	Mar.	8,7	Mol.	9,1
Friuli Venezia Giulia	48,9	Rom.	21,0	Alb.	10,1	Serbia	7,1	55,4	Rom.	24,4	Alb.	9,1	Ucr.	7,7
Liguria	65,1	Alb.	17,6	Rom.	12,5	Ecu.	12,4	73,2	Rom.	16,4	Ecu.	14,7	Alb.	14,1
Emilia-Romagna	246,2	Rom.	14,7	Mar.	12,8	Alb.	12,2	283,2	Rom.	18,3	Mar.	10,6	Alb.	9,9
Toscana	185,7	Rom.	17,3	Alb.	17,8	Cina	13,6	214,7	Rom.	24,4	Alb.	14,4	Cina	11,3
Umbria	41,9	Rom.	22,9	Alb.	17,0	Mar.	12,1	54,0	Rom.	30,7	Alb.	12,6	Mar.	8,3
Marche	61,3	Rom.	14,6	Alb.	13,7	Mar.	8,8	74,9	Rom.	22,8	Alb.	11,2	Mar.	7,4
Lazio	318,7	Rom.	32,6	Fil.	5,9	Ban.	8,5	344,2	Rom.	36,6	Fil.	7,8	Ucr.	5,5
Abruzzo	39,2	Rom.	27,9	Alb.	16,0	Mar.	10,5	47,3	Rom.	34,0	Alb.	12,5	Mar.	6,8
Molise	6,7	Rom.	24,2	Mar.	10,6	Pak.	9,7	6,3	Rom.	41,2	Mar.	8,9	Alb.	6,5
Campania	118,0	Rom.	14,6	Mar.	12,2	Ucr.	9,0	125,6	Ucr.	25,6	Rom.	19,1	Lanka	6,2
Puglia	62,0	Rom.	21,2	Alb.	18,8	Mar.	9,0	66,0	Rom.	32,8	Alb.	16,6	Mar.	5,9
Basilicata	10,1	Rom.	34,1	Alb.	9,0	Mar.	8,6	10,7	Rom.	49,7	Alb.	7,7	Mar.	7,1
Calabria	51,3	Rom.	29,1	Mar.	16,0	India	6,4	51,5	Rom.	37,2	Mar.	12,0	Ucr.	9,3
Sicilia	99,3	Rom.	22,6	Tun.	14,0	Mar.	8,8	89,9	Rom.	36,5	Lanka	7,1	Mar.	6,9
Sardegna	23,6	Rom.	19,0	Sen.	15,7	Mar.	10,5	26,7	Rom.	35,4	Mar.	6,9	Cina	5,9
Italia	2.404,1	Rom.	20,7	Alb.	9,6	Mar.	9,4	2.642,9	Rom.	25,4	Alb.	8,3	Mar.	7,4

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

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - Anno 2017.





Raccomandazioni di Osservasalute

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo. Da un lato ci sono le collettività storicamente presenti sul territorio nazionale, come quella marocchina, rumena e albanese, dall'altro si evidenzia la presenza di molte collettività ed una composizione territoriale particolarmente articolata. Occorre sottolineare che, oltre alle caratteristiche socio-demografiche e a quelle specifiche legate alla cittadinanza di appartenenza,

gli stranieri nel complesso presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani, con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari (si rimanda all'indicatore "Nati da cittadini stranieri in Italia" e al Capitolo "Popolazione"). È, quindi, opportuno che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.





Nati da cittadini stranieri in Italia

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

macroaree di cittadinanza del nato.

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

Percentuale di nati da un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Denominatore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Percentuale di nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Denominatore} \quad \text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Validità e limiti. Il "genitore straniero" è colui/colei che al momento dell'iscrizione in Anagrafe per nascita del figlio ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Non fanno, quindi, parte di questo collettivo coloro che, pur nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno nel corso del tempo, prima della nascita del figlio, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.

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

Descrizione dei risultati

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un notevole aumento della quota dei nati da almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (1). In particolare, nel 2015 il 19,5% dei nati, ossia quasi un nato ogni cinque, è nato da una madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1).

Quest'ultimo indicatore è aumentato moltissimo dal 2001; si pensi che in questo anno era pari al 7,3% e dal 2012 registra valori superiori al 19%.

È possibile osservare un analogo ritmo di crescita quando si considerano i nati da almeno il padre straniero; infatti, nel 2015 tale valore si attesta al 16,3%

vs il 6,1% del 2001. I nati da entrambi i genitori stranieri rappresentano circa il 15% delle nascite. Negli anni 2012 e 2013, il 15,1% dei nati in Italia aveva entrambi i genitori di nazionalità straniera; negli ultimi due anni (2014 e 2015) si è registrata una leggera flessione e tale valore risulta, rispettivamente, pari al 14,8% e al 14,9%, in linea con una generale contrazione dei livelli di natalità osservati in Italia.

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

Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord, in particolare l'Emilia-Romagna (24,6%), la PA di Bolzano (22,3%) ed il Friuli Venezia Giulia (21,1%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. In particolare, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (3,7%). A livello nazionale, il 4,6% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (1,4%).

Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 23,8% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea (UE) (Romania in testa), mentre il 20,8% dei nati stranieri ha la cittadinanza di



uno tra gli altri Paesi dell'Europa (soprattutto Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (20,4% del totale dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (21,7%). Il contributo alla natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

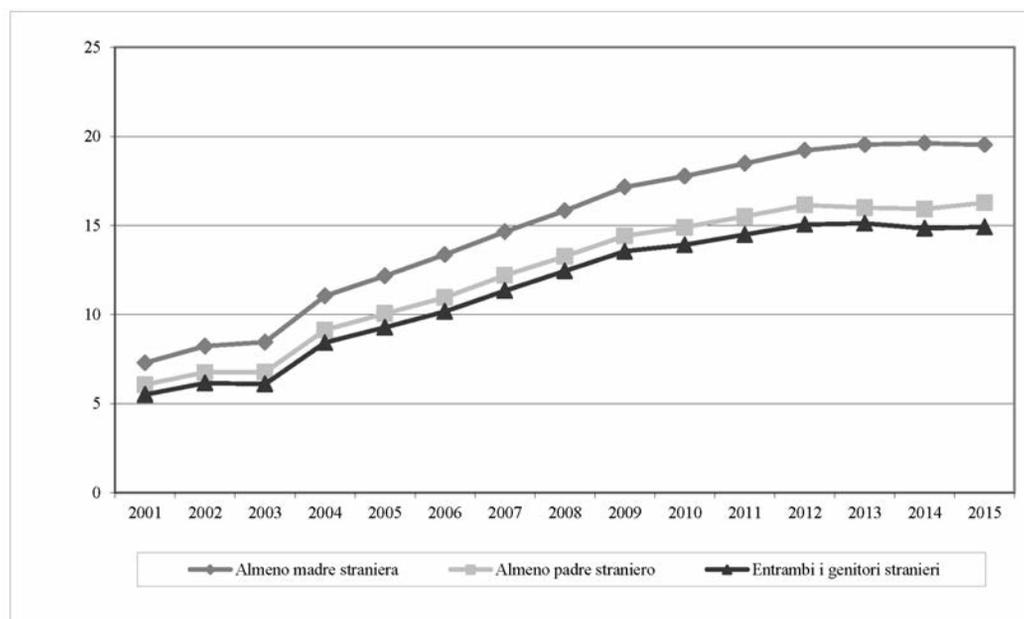
Il dato relativo all'Italia nel suo complesso, tuttavia, non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che, invece, emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante in Calabria e nel Lazio (45,1% e 43,6%, rispettivamente), mentre in Liguria, così come accadeva negli anni precedenti, è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (19,9%), soprattutto se confrontata con il dato nazionale (4,7%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di una operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 64,5% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 69,9% dei nati stranieri in Italia.

Poco più di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena: d'altra parte i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (23,2% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,5% del totale) se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,6% del totale degli stranieri). I marocchini, all'opposto, pur rappresentando l'8,3% degli stranieri residenti, contribuiscono fortemente alla natalità degli stranieri: sono marocchini, infatti, il 14,3% dei nati stranieri.

Se si guarda alla variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri tra il 2010 e il 2015 emerge come la comunità che ha visto incrementare maggiormente le nascite sia quella ucraina (+12,5%) seguita da quella rumena (+10,2%). Al contrario, sono diminuite nel triennio considerato le nascite da cittadini della comunità marocchina (-16,8%) e albanese (-4,6%). Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta delle dinamiche migratorie e della struttura per età e genere della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre. Negli ultimi anni questo indicatore potrebbe risentire anche delle naturalizzazioni avvenute; se, infatti, uno o entrambi i genitori hanno concluso il processo di acquisizione della cittadinanza italiana, automaticamente il nato viene escluso dal contingente in esame in quanto cittadino italiano dalla nascita.

Grafico 1 - Nati (valori per 100) da cittadini stranieri - Anni 2001-2015



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: Elaborazione di dati Istat. Anno 2017.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

309

Tabella 1 - Stima (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero) e da genitori entrambi stranieri per regione - Anno 2015

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri
Piemonte	6,0	2,0	19,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,5	2,8	13,8
Lombardia	5,9	1,9	20,2
Bolzano-Bozen	5,9	1,8	22,3
Trento	6,7	2,3	14,0
Veneto	5,5	2,9	17,9
Friuli Venezia Giulia	5,7	1,6	21,1
Liguria	6,1	1,6	16,8
Emilia-Romagna	6,4	2,0	24,6
Toscana	5,5	1,4	19,8
Umbria	5,9	1,3	18,3
Marche	5,8	1,8	15,7
Lazio	4,8	1,6	15,8
Abruzzo	4,8	1,1	10,7
Molise	3,4	0,7	5,4
Campania	2,1	0,5	4,7
Puglia	2,1	0,6	4,8
Basilicata	3,0	0,5	5,7
Calabria	3,6	0,5	6,3
Sicilia	2,2	0,6	5,2
Sardegna	3,2	0,7	3,7
Italia	4,6	1,4	14,9

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

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2017.

Tabella 2 - Nati (valori per 100) stranieri per macroarea di cittadinanza e per regione - Anno 2015

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	33,6	18,1	25,8	8,1	10,1	4,2	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,7	13,0	43,5	2,9	6,5	3,6	0,7
Lombardia	15,1	16,6	24,9	9,3	25,3	8,7	0,0
Bolzano-Bozen	18,4	35,9	18,0	2,0	22,6	3,1	0,0
Trento	23,8	35,2	16,8	4,4	16,7	3,0	0,1
Veneto	24,4	24,2	17,5	11,6	21,3	1,1	0,1
Friuli Venezia Giulia	25,7	31,5	9,9	12,1	18,6	2,0	0,1
Liguria	13,2	26,7	23,4	4,5	12,2	19,9	0,1
Emilia-Romagna	16,1	23,4	25,1	12,2	21,2	1,8	0,1
Toscana	20,0	29,3	14,6	7,2	24,5	4,1	0,2
Umbria	25,0	31,5	22,0	6,5	9,0	6,0	0,0
Marche	15,5	29,5	18,7	9,4	25,1	1,7	0,1
Lazio	43,6	13,1	7,8	4,1	26,8	4,5	0,2
Abruzzo	29,9	33,6	19,2	5,5	10,5	1,3	0,0
Molise	35,0	15,4	21,4	7,7	18,8	0,9	0,9
Campania	24,5	19,9	17,3	7,0	28,8	2,3	0,2
Puglia	31,8	28,6	15,5	6,1	17,9	0,3	0,0
Basilicata	42,3	15,1	23,4	5,0	13,4	0,8	0,0
Calabria	45,1	8,7	26,2	3,8	15,9	0,3	0,0
Sicilia	32,2	8,5	26,3	7,3	24,8	0,7	0,1
Sardegna	29,0	14,9	19,3	13,9	22,0	1,0	0,0
Italia	23,8	20,8	20,4	8,5	21,7	4,7	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: Elaborazione di dati Istat. Anno 2017.





Tabella 3 - *Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e variazione (valori per 100) della stima del numero di nati stranieri (2010-2015) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2015*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2015)
Romania	23,2	15.796	21,0	10,2
Albania	8,9	8.798	11,7	-4,6
Marocco	8,3	10.709	14,3	-16,8
Repubblica Popolare Cinese	5,6	5.023	6,7	-2,5
Ucraina	4,6	1.109	1,5	12,5
Filippine	3,3	1.720	2,3	3,7
India	3,0	2.841	3,8	-0,5
Moldavia	2,7	1.672	2,2	9,3
Bangladesh	2,4	2.388	3,2	7,2
Egitto	2,2	2.386	3,2	1,4
Altra	35,8	22.625	30,1	-9,1
Totale	100,0	75.067	100,0	-3,9

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

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

La crescita del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (2).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2015. Statistiche. Report, 2016.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005. Report, 2008.





Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

Significato. L'ospedalizzazione degli stranieri rappresenta uno degli ambiti assistenziali più studiati e di maggiore interesse per descrivere il profilo di salute e di assistenza sanitaria della popolazione immigrata, potendo contare su un elevato livello qualitativo dei dati provenienti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). L'indicatore utilizzato è il tasso di ospedalizzazione che consente di monitorare l'impatto sui servizi ospedalieri della variabilità temporale e geografica del fenomeno migratorio.

Ai fini del calcolo, vengono considerati (sia al numeratore che al denominatore) solo i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e residenti in Italia, secondo il criterio della cittadinanza. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calco-

lati separatamente per anno di dimissione, genere, regime di ricovero, regione di erogazione e diagnosi principale. La diagnosi principale è presentata, oltre che per grandi gruppi diagnostici, anche per specifiche categorie di Aggregati Clinici di Codici (ACC). Il sistema di classificazione degli ACC è stato sviluppato negli Stati Uniti dall'*Agency for Healthcare Quality and Research*, allo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un *set* ristretto di classi omogenee.

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

Per la stima del numero di stranieri residenti in Italia (denominatore) e la classificazione dei PFPM si veda l'Introduzione al presente Capitolo.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri*

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

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

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

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

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

Descrizione dei risultati

Nel 2016, si sono registrati circa 521 mila ricoveri di cittadini stranieri (erano circa 557 mila nel 2012), pari al 6,0% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (5,7% nel 2012). I cittadini provenienti dai PFPM costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (92,7%) (Tabella 1).

Negli ultimi cinque anni per i PFPM è andato aumentando il peso relativo dei ricoveri in regime di Ricovero Ordinario (RO), passato dal 75,9% nel 2012 al 78,1% nel 2016. Ciò è dovuto ad una maggior diminuzione dei ricoveri in regime di Day Hospital (DH) (-4,2% in media all'anno) rispetto ai RO (-1,0%).

Andamenti analoghi si osservano per l'ospedalizzazione complessiva, sebbene con ritmi ancora più intensi (rispettivamente -6,4% e -2,0% in media all'anno). Il progressivo processo di deospedalizzazione, in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, ha riguardato, pertanto, anche i cittadini provenienti dai PFPM, sebbene in misura minore rispetto al complesso dei ricoveri.

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età sono in diminuzione rispetto al 2012, sia per gli stranieri che per gli italiani in entrambi i generi e per entrambi i regimi di ricovero (Tabella 2). Nonostante il 2016 risulti in controtendenza per i cittadini provenienti dai PFPM, con un aumento dei tassi, in particolare per gli



uomini in regime ordinario, i cittadini stranieri si ricoverano sempre meno degli italiani residenti: lo scarto è particolarmente ampio per gli uomini in regime di DH, con tassi pari a circa la metà rispetto agli italiani e più contenuto per le donne in regime ordinario, per le quali continuano ad avere un peso rilevante i ricoveri delle donne provenienti dai PFPm per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto e abortività volontaria).

Si riconferma anche, nel 2016, l'elevata variabilità regionale dei casi di ospedalizzazione di cittadini provenienti dai PFPm, legata altresì alla diversa distribuzione di questi cittadini nel territorio italiano (Tabella 3). La percentuale di dimissioni ospedaliere di pazienti provenienti dai PFPm, rispetto al totale delle dimissioni, è più elevata in Emilia-Romagna, Umbria, Veneto, PA di Trento e Lombardia, sia per i RO che per i DH. Rispetto alla popolazione residente, depurando dall'effetto della diversa struttura per età, i tassi standardizzati per i RO risultano più elevati del dato nazionale in molte regioni del Centro-Nord (eccetto la Toscana). Per il DH, solo la Lombardia e il Veneto fanno registrare i tassi più bassi tra le aree centro-settentrionali del Paese.

L'analisi della diagnosi principale alla dimissione tra i maggiorenni provenienti dai PFPm conferma che i tassi di ospedalizzazione sono inferiori a quelli degli italiani, con l'eccezione in RO delle malattie infettive e delle malattie dell'orecchio per entrambi i generi e dell'asma per le donne; inoltre, per le donne i tassi di ospedalizzazione delle straniere per le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio sono più alti sia per il RO che per il DH (Tabella 4, Tabella 5). Queste ultime caratterizzano la maggior parte dei ricoveri delle donne provenienti dai PFPm sia in RO che in DH: il tasso di ospedalizzazione standardizzato risulta, rispettivamente, pari a 1,4 e 2,2 volte più elevato rispetto alle donne italiane. Tuttavia, il confronto con i dati pubblicati nel Rapporto Osservasalute 2012 evidenzia una riduzione significativa dei ricoveri delle donne provenienti dai

PFPm per i motivi legati alla riproduzione: in RO il tasso standardizzato è pari a 39,9 per 1.000 ed era pari a 48,0 per 1.000 nel 2009 (-16,9%); in DH i valori si sono ridotti del 35,4%, passando da 14,4 per 1.000 a 9,3 per 1.000. In DH, inoltre, la quota più rilevante di questi ricoveri è dovuta a patologie correlate all'aborto, che hanno fatto registrare una diminuzione del 37,4% dei tassi standardizzati. Questo importante risultato è confermato anche dai trend relativi alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (vedi indicatore "Abortività volontaria delle donne straniere in Italia").

Escludendo le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio, per le donne provenienti dai PFPm in RO i tassi sono più elevati per le malattie del sistema circolatorio (in particolare per le malattie del cuore), per i tumori e per le malattie dell'apparato digerente. Per tutti questi gruppi diagnostici si sono osservate significative diminuzioni dei ricoveri di intensità pari o superiore a quelle registrate per le donne italiane. In DH i tassi sono più elevati per le malattie dell'apparato genito-urinario e per i fattori che influenzano lo stato di salute.

Tra gli uomini provenienti dai PFPm i traumatismi continuano a rappresentare la diagnosi principale più frequente in RO, ma i tassi sono in forte diminuzione (-19,4% rispetto al 2009). Seguono le malattie del sistema circolatorio e le malattie dell'apparato digerente, che presentano diminuzioni più contenute dei tassi (-7,9% e -14,5%, rispettivamente) sia rispetto ai traumatismi che rispetto agli italiani (-21,6% e -23,4%, rispettivamente). In DH, a parte i fattori che influenzano lo stato di salute, i ricoveri più frequenti avvengono per le malattie dell'apparato digerente e per le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso. Per i primi la riduzione, rispetto al 2009, è stata dell'8% circa a fronte del 25% circa degli italiani; i secondi, invece, si sono più che dimezzati sia per i cittadini provenienti dai PFPm che per gli italiani.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e valori per 100) ospedaliere di pazienti stranieri per regime di ricovero e per provenienza - Anni 2012-2016

Provenienza	2012	Ricoveri Ordinari				2016	2012	Day Hospital			
		2013	2014	2015	2013			2014	2015	2016	
Stranieri PSA	31.201	30.523	30.431	31.658	31.327	7.368	7.218	6.775	6.742	6.485	
di cui residenti in Italia (%)	59,6	59,8	58,5	55,9	55,8	86,7	86,8	86,7	86,8	86,7	
% sul totale	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
Stranieri PFPm	393.557	385.210	382.310	375.056	377.483	125.184	120.087	115.233	110.363	105.609	
di cui residenti in Italia (%)	88,5	88,9	88,6	88,2	87,7	90,0	91,1	91,3	91,5	91,0	
% sul totale	5,4	5,5	5,5	5,5	5,6	4,8	5,0	5,2	5,2	5,3	
Totale ricoveri	7.261.942	7.063.470	6.910.457	6.826.107	6.711.441	2.590.232	2.387.533	2.230.429	2.104.197	1.984.253	
di cui residenti in Italia (%)	99,1	99,1	99,1	99,1	99,0	99,4	99,5	99,5	99,5	99,4	
% sul totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

313

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti italiani per regime di ricovero e genere - Anni 2012-2016

Anni	Ricoveri Ordinari						Day Hospital					
	Maschi		Femmine		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
2012	131.320	82,8	115,8	262.237	104,1	119,9	37.152	21,0	42,4	88.032	31,9	44,6
2013	129.228	80,7	110,9	255.982	101,1	114,7	35.172	19,7	38,5	84.915	30,8	40,7
2014	128.848	74,7	106,8	253.462	94,4	111,7	34.088	17,6	35,6	81.145	27,7	37,8
2015	128.319	65,8	105,4	246.737	91,3	109,9	34.210	16,0	33,7	76.153	26,2	35,6
2016*	131.526	75,9	102,2	245.957	92,5	106,7	33.061	16,9	31,4	72.548	25,4	33,2

*I tassi sono calcolati con la popolazione residente al 1 gennaio 2016 anziché con la popolazione media 2016.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Tabella 3 - Dimissioni (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria per regime di ricovero e per regione - Anno 2016

Regioni	Ricoveri Ordinari			Day Hospital		
	Dimessi	%	Tassi std*	Dimessi	%	Tassi std*
Piemonte	33.466	6,9	85,6	8.836	7,1	21,8
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste	833	5,3	100,4	322	5,3	35,1
Lombardia	85.862	7,1	83,9	18.391	7,8	14,8
Bolzano-Bozan	4.618	6,7	115,9	1.286	7,6	29,3
Trento	4.193	7,1	92,4	1.700	7,8	36,3
Veneto	39.283	7,4	84,2	9.416	7,1	19,0
Friuli Venezia Giulia	8.992	6,4	87,7	2.593	6,6	21,7
Liguria	11.063	6,4	83,4	5.031	6,0	35,7
Emilia-Romagna	46.993	7,9	90,7	13.031	8,4	24,4
Toscana	26.782	6,4	71,0	10.021	7,5	23,9
Umbria	8.428	7,5	98,3	2.006	8,1	22,5
Marche	11.451	6,7	90,5	2.850	5,9	23,7
Lazio	44.117	7,0	89,2	17.968	6,7	29,4
Abruzzo	6.183	4,1	89,6	1.744	3,9	22,3
Molise**	13	0,0	26,5	14	0,1	6,5
Campania	13.642	2,3	52,9	4.894	1,5	20,4
Puglia**	12.204	2,6	68,5	1.125	1,7	7,7
Basilicata**	121	0,2	10,2	5	0,0	1,8
Calabria	6.200	3,8	62,8	1.534	3,0	15,3
Sicilia	10.106	2,2	58,3	2.075	1,8	11,8
Sardegna	2.933	1,6	55,6	767	1,1	19,5
Italia	377.483	5,6	81,6	105.609	5,3	21,0

*I tassi sono calcolati con la popolazione residente al 1 gennaio 2016 anziché con la popolazione media 2016.

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

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.



Tabella 4 - Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti italiani di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2016

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi		%	Femmine	
		Tassi std residenti PFPM*	Tassi std italiani*		Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani*
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	6,1	2,7	1,9	1,5	1,6	1,4
II - Tumori	6,9	8,6	12,6	6,8	8,4	11,4
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,9	1,7	1,9	1,4	1,7	3,0
IV - Malattie sanguine e organi ematopoietici	0,8	0,7	0,9	0,6	0,8	0,9
IV.1 - Anemie	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	5,0	1,8	3,3	2,1	1,8	2,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,2	3,3	4,2	1,8	2,4	3,6
VI.4 - Epilessia	0,6	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,2	1,1	1,2	0,4	0,7	0,9
VI.8 - Malattie dell'orecchio	0,8	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5
VII - Malattie sistema circolatorio	14,6	18,6	25,4	4,5	9,4	14,8
VII.2 - Malattie del cuore	9,8	12,5	17,2	2,7	5,8	9,2
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,7	8,0	10,7	3,0	4,7	7,1
VIII.1 - Infezioni respiratorie	4,4	3,2	3,5	1,5	2,1	2,5
VIII.2 - Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	0,6	0,9	1,0	0,1	0,4	0,6
VIII.3 - Asma	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
IX - Malattie apparato digerente	13,8	9,4	12,1	6,7	8,0	9,2
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (inclusa appendicite)	4,6	2,4	3,1	1,6	1,8	2,6
X - Malattie apparato genito-urinario	5,7	5,6	7,8	6,2	6,4	7,4
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	n.a.	n.a.	n.a.	52,9	39,9	28,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,2	0,6	1,0	0,3	0,4	0,7
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,3	4,6	7,9	3,4	5,6	8,2
XIV - Malformazioni congenite	0,7	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,0	3,1	4,1	2,0	2,4	3,3
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	15,1	7,5	10,1	3,4	4,6	9,2
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,1	3,7	5,1	3,0	4,1	5,6
Totale	100,0	80,4	109,6	100,0	102,6	117,6

n.a. = non applicabile

*I tassi sono calcolati con la popolazione residente al 1 gennaio 2016 anziché con la popolazione media 2016.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Tabella 5 - Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti italiani di età 18 anni ed oltre in regime di Day Hospital per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2016

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi			Femmine		
	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani	%	Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	4,8	0,3	0,5	1,4	0,3	0,3
II - Tumori	8,6	2,2	4,4	7,0	2,3	4,2
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,5	0,3	0,6	0,7	0,3	0,7
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	1,0	0,2	0,4	0,6	0,2	0,5
IV.1 - Anemie	0,7	0,1	0,3	0,5	0,2	0,4
V - Disturbi psichici	0,9	0,1	0,3	0,5	0,1	0,4
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	9,1	1,8	3,4	3,3	1,5	3,1
VI.7 - Malattie dell'occhio	5,2	1,2	2,2	1,7	1,0	1,7
VII - Malattie sistema circolatorio	8,5	1,4	2,8	3,6	1,3	1,7
VII.5 - Malattie delle vene e organi linfatici	5,6	0,7	1,2	2,8	0,9	0,9
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	5,0	0,5	1,1	1,7	0,5	0,8
VIII.1 - Infezioni respiratorie	0,8	0,1	0,1	0,4	0,1	0,2
IX - Malattie apparato digerente	16,0	2,5	4,5	3,1	0,9	1,9
IX.5 - Ernia addominale	9,4	1,7	2,8	1,0	0,3	0,4
X - Malattie apparato genito-urinario	6,8	1,2	2,5	16,6	4,3	6,9
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	n.a.	n.a.	n.a.	43,7	9,3	4,3
XI.2 - Patologie correlate ad aborto	n.a.	n.a.	n.a.	36,5	7,7	2,9
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	3,5	0,4	1,0	0,7	0,2	0,6
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,8	1,2	2,9	4,9	1,8	3,4
XIV - Malformazioni congenite	0,9	0,1	0,2	0,5	0,1	0,3
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	1,1	0,2	0,5	0,5	0,2	0,4
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	8,2	0,8	1,2	1,5	0,4	0,8
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	14,3	3,2	4,9	9,8	3,7	4,9
Totale	100,0	16,3	31,2	100,0	27,5	35,1

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri conferma la tendenza degli immigrati a utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani. Le principali cause di ospedalizzazione riguardano la fisiologia, le complicanze della riproduzione per le donne e le cause accidentali, come i traumi presumibilmente legati a incidenti stradali e infortuni sul lavoro per gli uomini. Tale divario potrebbe essere la risultante di un *mix* di fattori, costituito da un lato dal migliore stato di salute della popolazione immigrata (effetto "migrante sano"), che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza, e dall'altro dall'effetto di barriere burocratiche e linguistico-culturali all'accesso. La valutazione del peso specifico delle due componenti è, attualmente, oggetto di linee di attività specifiche che l'Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà sta conducendo in collaborazione con l'Istituto Nazionale di Statistica. Il confronto con dati pubblicati in precedenza ha evidenziato importanti risultati: in meno di un decennio si è registrata una significativa diminuzione del ricor-

so alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza e, quindi, del divario con le donne italiane. Sempre per le donne, inoltre, si osserva una riduzione dei ricoveri (complessivi e per i gruppi diagnostici a più elevata ospedalizzazione) di intensità pari o superiore a quella registrata per le donne italiane. Per il genere maschile, a parte la significativa diminuzione dei ricoveri per traumatismi, non si rilevano risultati altrettanto positivi: sia nel complesso che per le principali categorie diagnostiche, le dimissioni ospedaliere diminuiscono a ritmi più lenti rispetto agli italiani. A questo proposito va, tuttavia, tenuto presente che i livelli di ospedalizzazione degli uomini provenienti dai PFPM erano già particolarmente bassi. Permane la criticità rappresentata da una scarsa qualità della compilazione dei dati relativi alla cittadinanza nelle SDO in alcune regioni. Va, infine, segnalato che, allo stato attuale, risulta difficile quantificare i ricoveri degli stranieri irregolari a causa della insufficiente e scarsa qualità di compilazione dei campi necessari alla loro individuazione. Dati su questo sottogruppo di popolazione sarebbero estremamente importanti per finalità di salute pubblica.



Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate può essere utile al fine di creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali. Il numero delle IVG effettuato in Italia da donne straniere è andato aumentando nel corso degli anni, di pari passo con l'incremento numerico della loro presenza, ma si registra una lieve flessione nell'ultimo periodo.

La percentuale di IVG tra le donne straniere descrive il loro contributo al fenomeno nel suo insieme, mentre il tasso di abortività permette di valutarne l'incidenza e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.). La disponibilità delle stime della popolazione straniera permette di calcolare i tassi che descrivono l'effettivo ricorso a tale pratica.

Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze effettuate da donne con cittadinanza straniera

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

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

Denominatore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Tasso di abortività volontaria di donne con cittadinanza straniera*

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Numeratore: Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera

Denominatore: Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera

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

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

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

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

I tassi di abortività, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2015.

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

Per l'anno 2015 è stata rilevata una sottonotifica dei dati di alcune regioni (Veneto, Sicilia e Sardegna) per cui i tassi sono stati calcolati utilizzando delle stime effettuate a partire dalle Schede di Dimissione Ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti riguardo la percentuale di IVG effettuata da donne straniere, poiché

dipende molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata. Per il tasso di abortività, invece, si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, supponendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2015, l'Istat ha rilevato, in Italia, mediante il modello D12, 87.369 IVG effettuate da donne cittadine italiane e straniere. Si evidenzia, rispetto al 2014, un calo pari a -8,4%, tendenza che si sta consolidando negli ultimi anni. Di queste, il 31,4% sono state a carico di donne con cittadinanza straniera, dato in diminuzione a partire dal 2012 (Grafico 1).

Nell'ultimo decennio si è assistito ad un aumento costante della presenza straniera in Italia: la maggioranza delle donne straniere proviene dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). La percentuale delle IVG effettuate da donne provenienti da tali Paesi (Tabella 1) è più elevata al Nord e al Centro, in linea con la loro maggior presenza in tali aree. In particolare, nel 2015, valori >40% si osservano in Veneto e in Emilia-Romagna.

Gli indicatori sono calcolati separatamente per le diverse cittadinanze per misurare il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinguendo anche per classi di età. In particolare, sono stati considerati tre rag-





gruppamenti di cittadinanze: donne provenienti dai PFPM, donne provenienti dai Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e donne con cittadinanza italiana (Grafico 2).

Continua la diminuzione nel tempo dei tassi di abortività volontaria per tutti i gruppi di cittadinanza.

In particolare, per le donne provenienti dai PFPM, nel 2015 i tassi si riducono di oltre il 60% rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003), pur presentando ancora valori più alti rispetto agli altri due gruppi di donne.

Ulteriore nota positiva è la diminuzione dei tassi per le donne italiane che, pur partendo da valori bassi, mostrano una ulteriore riduzione di circa il 25% rispetto al 2003. Questa tendenza viene confermata, seppur con un andamento più irregolare, anche dalle cittadine provenienti dai PSA.

Di conseguenza, si riduce notevolmente la forbice tra i valori delle donne straniere provenienti dai PFPM e quelli delle donne italiane: nel 2003, il tasso riferito alle prime era di 5,3 volte più elevato del tasso riferito alle italiane; nel 2015, si è passati ad un tasso di solo 2,8 volte superiore a quello delle donne italiane (Grafico 2).

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che le straniere siano sempre più integrate e tendano, quindi, ad assumere comportamenti simili alle donne italiane e ad avere più conoscenza dell'offerta di servizi sanitari.

Osservando il fenomeno per età, la riduzione dei tassi dal 2003 al 2015 interessa tutte le classi di età: tra le donne provenienti dai PFPM, la riduzione coinvolge, principalmente, le classi più giovani, 15-19 e 20-24 anni, per le quali si registra una variazione negativa

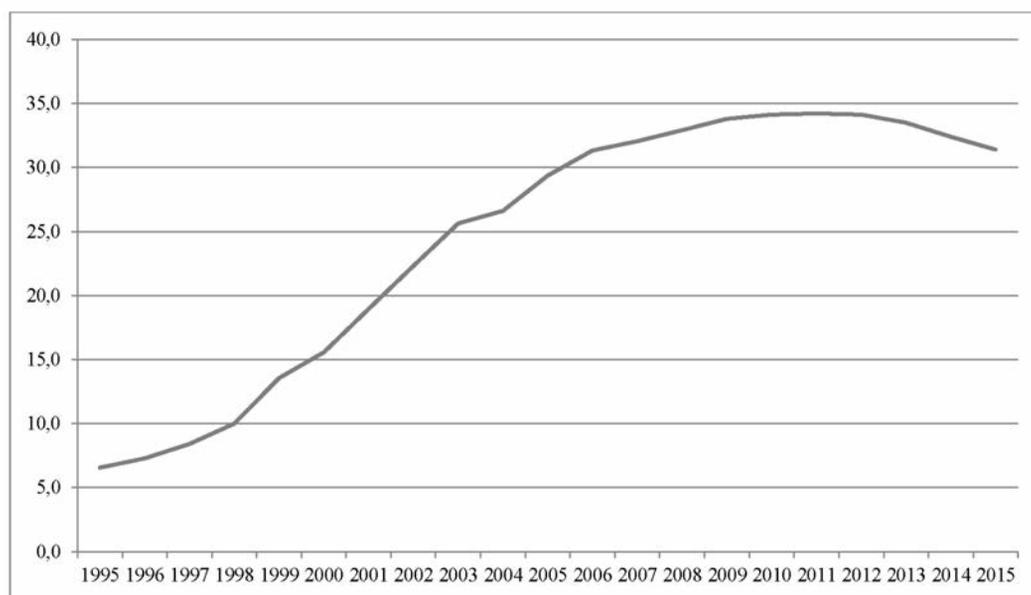
>60% (in particolare, per la classe di età 20-24 anni i valori diminuiscono fino a circa il 68%). Tale gruppo di cittadinanza è quello che fa registrare variazioni negative più consistenti in tutte le classi di età (circa del 50%), variazioni giustificate anche dal fatto che i valori di partenza sono considerevolmente più elevati rispetto agli altri due gruppi. Come abbiamo già visto, anche tra le donne italiane, che partono da livelli inferiori, si è registrata una ulteriore diminuzione del tasso standardizzato; anche in questo caso tutte le classi di età, nel 2015, riportano valori inferiori rispetto all'inizio del periodo, soprattutto in riferimento alle classi di età più giovani: 15-19 anni (circa -39%) e 20-24 anni (circa -33%) (dati non presenti in tabella).

Le donne provenienti dai PSA presentano trend con forti oscillazioni (dovute alla scarsa numerosità dei casi di IVG), con tendenza alla diminuzione soprattutto tra le giovani (in particolare tra i 15-19 anni).

Scendendo nel dettaglio delle cittadinanze per le quali nel 2015 si è registrato un numero di IVG superiore a 2.000 casi, si evidenzia un calo dell'abortività per la Romania, la Cina, l'Albania e il Marocco sia nei tassi standardizzati (Tabella 2) che nei tassi specifici. Il fenomeno resta, comunque, più consistente tra le donne più giovani, di età <35 anni, in tutti e quattro i Paesi considerati.

Con riferimento al trend 2003-2015, viene confermata la decrescita dei livelli di abortività anche in queste quattro sotto-popolazioni di donne straniere: rispetto al 2003, le donne rumene hanno visto ridursi del 78,9% il tasso, ma è anche vero che sono partite da livelli elevati; a seguire le marocchine mostrano una riduzione del 41,6%, le cinesi del 40,9% e le albanesi del 33,7%.

Grafico 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera in Italia - Anni 1995-2015



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.





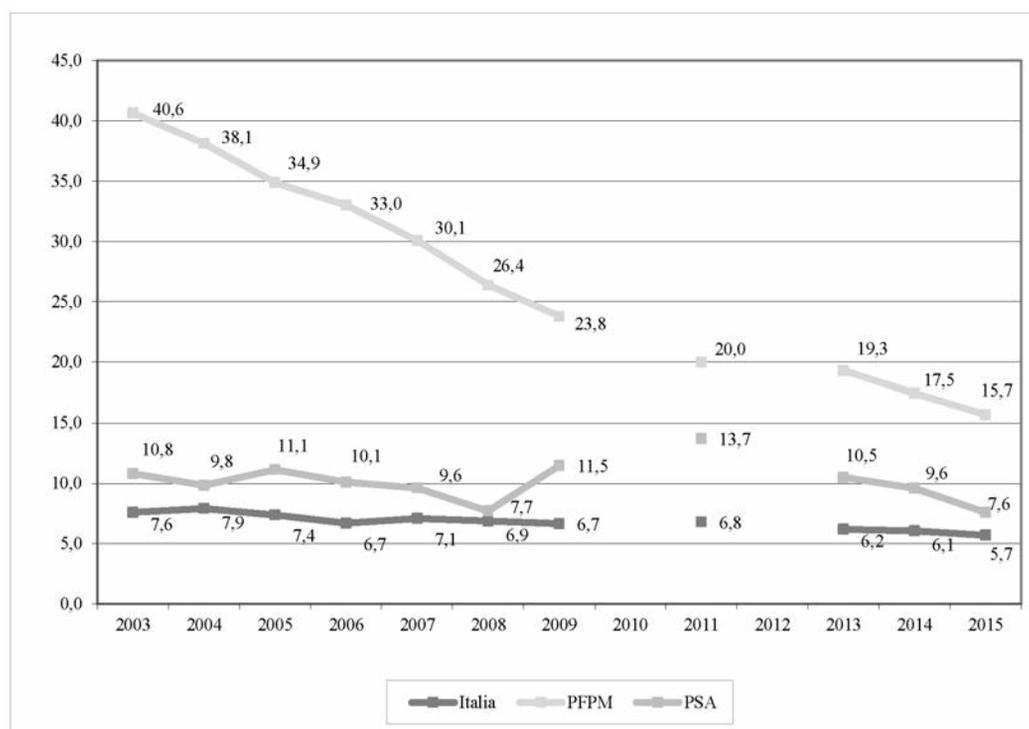
Tabella 1 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013-2015

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

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

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2009, 2011, 2013-2015



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.





Tabella 2 - Interruzione Volontaria di Gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2015

Cittadinanze	Anni	IVG	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	72,0
	2011	10.844	28,9	27,3
	2015	6.883	26,7	15,2
Albania	2003	2.278	7,2	25,5
	2011	2.598	6,9	17,6
	2015	2.134	8,3	16,9
Marocco	2003	1.778	5,6	23,8
	2011	2.312	6,2	17,9
	2015	1.711	6,6	13,9
Cina	2003	1.309	4,1	44,3
	2011	2.552	6,8	35,2
	2015	2.273	8,8	26,2

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento osservato negli ultimi anni dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rispetto alle donne italiane. Inoltre, la diminuzione rilevata anche tra queste ultime sembra rafforzare l'ipotesi relativa all'efficacia delle attività messe in campo, specie dai Consultori familiari, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate e per ridurre il ricorso all'IVG. Si conferma, quindi, come la promozione delle competenze e delle consapevolezze delle donne e delle coppie siano l'obiettivo più importante da raggiungere per un ulteriore contenimento del fenomeno.

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2018), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2016. Roma: Ministero della Salute, 2018. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2686.
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2015. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.
- (3) Loghi M., Spinelli A., D'Errico A. (2013), "Il declino dell'aborto volontario", in De Rose A., Dalla Zuanna G. (a cura di), Rapporto sulla popolazione. Sessualità e riproduzione nell'Italia contemporanea, Il Mulino, pp. 97-116.



AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

Significato. L'*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) e l'*Human Immunodeficiency Virus* (HIV) continuano ancora oggi a destare allarme nell'opinione pubblica, anche in relazione al fenomeno degli sbarchi di profughi e richiedenti protezione internazionale (oltre 505 mila nel triennio 2014-2016) (1) che ha sollevato pressanti interrogativi circa i rischi di circolazione delle infezioni in forma epidemica. Benché i dati epidemiologici mostrino, nel complesso, una bassa incidenza di malattie infettive di importazione (2), è necessario continuare a monitorare i trend di HIV e AIDS tra gli immigrati in Italia, al fine di fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale la misura effettiva della loro diffusione evitando inutili suggestioni, ma anche facili banalizzazioni delle problematiche ad essi correlate.

Gli indicatori utilizzati in questa analisi sono i tassi annuali di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS e HIV tra gli stranieri residenti in Italia, con età ≥ 18 anni, specifici per genere.

In particolare, per l'AIDS il numeratore del tasso è calcolato utilizzando i dati del Registro Nazionale AIDS (RAIDS), attivo presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (3); tale registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale, riportando anche la cittadinanza dei pazienti. Il denominatore è costruito sui dati anagrafi-

ci relativi agli stranieri residenti in Italia: ai fini del calcolo, è stata considerata la media tra la popolazione residente al 1 gennaio dell'anno t e quella al 1 gennaio dell'anno $t+1$ (4). Limitatamente al 2011, sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011), che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.

Per il periodo anteriore al 2006, erano già stati pubblicati in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non), considerando al denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle Questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi che mostriamo di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme ai tassi sui residenti, al fine di restituire una fotografia più completa dei trend temporali dal 1992 al 2016.

I dati dell'HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (5), che nel corso degli anni ha incrementato la sua copertura territoriale passando da circa il 41% nel 2006 al 100% nel 2012. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale lungo l'arco temporale considerato (2006-2016).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

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

Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

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

Validità e limiti. Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal Sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale. Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare correttamente la popolazione straniera presente in Italia per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata nel nostro Paese, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone irregolarmente soggiornanti che, invece, possono essere presenti nel RAIDS. Inoltre, la scelta obbligata di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente (in assenza, dopo tale data, di stime attendibili sugli stranieri presenti) limi-

ta la possibilità di generalizzare i risultati a tutti gli immigrati presenti in Italia.

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, la copertura geografica-regionale del sistema di sorveglianza è aumentata rapidamente a partire dal 2006, perché il DM 31 marzo 2008 che stabiliva l'attivazione di tale sorveglianza in tutte le regioni (5) prevedeva il recupero dei dati a partire da tale anno; tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012. Pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi di HIV prima del 2012 potrebbero non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza dei dati relativi ad alcune regioni.



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

Descrizione dei risultati

AIDS

Tra i casi di AIDS diagnosticati in Italia nel periodo 1992-2016, 6.813 hanno riguardato cittadini maggiorenni provenienti da Paesi esteri. La percentuale di stranieri sul totale dei casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 33% nel 2016.

Il Grafico 1 riporta il numero di nuove diagnosi di AIDS (in valore assoluto), per genere e anno di diagnosi. 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 e del 2012, anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 204 casi); tra le donne, invece, il numero di diagnosi è gradualmente aumentato, raggiungendo nel 2010 il picco dei 141 casi, per poi diminuire negli ultimi anni.

Occorre, tuttavia, tener conto che, nello stesso periodo, la popolazione straniera presente nel nostro Paese è aumentata sensibilmente. Per tale ragione, il dato certamente più interessante è quello relativo ai tassi di incidenza che a partire dal 1996, anno in cui cominciano a essere disponibili le nuove terapie efficaci, risultano in costante diminuzione tra gli stranieri, sia uomini che donne, con trend che si confermano anche per i residenti negli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Va, infine, segnalato come, a fronte della diminuita incidenza di AIDS nel tempo, persista ancora nel 2016 una importante differenza tra i tassi di incidenza di

AIDS tra gli stranieri (residenti) e tra gli italiani: rispettivamente, 7,1 per 100.000 vs 1,9 per 100.000 tra gli uomini (RR=3,7) e 4,4 per 100.000 vs 0,3 per 100.000 tra le donne (RR=14,7).

HIV

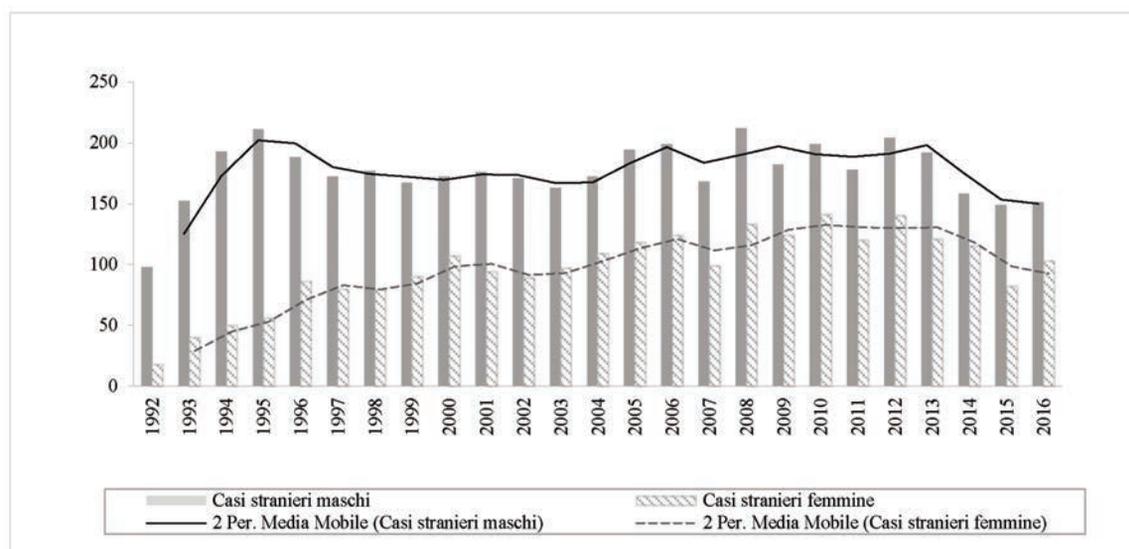
Tra il 2006 e il 2016 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di HIV circa 35.000 nuovi casi di infezione tra i maggiorenni, di cui 9.705 a carico di stranieri.

Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi: in particolare, gli uomini sono passati da 322 casi nel 2006 a 676 nel 2016, mentre le donne da 251 a 461 casi. Questo aumento è spiegato sia dall'aumento della copertura territoriale da parte del Sistema di sorveglianza che dall'incremento della presenza straniera in Italia.

Per contro, i tassi di incidenza hanno fatto registrare una diminuzione tra gli stranieri (Grafico 3), inizialmente più accentuata (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 27,7 per 100.000 nel 2011), poi più graduale, fino a una inversione di tendenza nel 2016 (28,5 per 100.000, con un lieve incremento rispetto al 2015, quantificabile intorno al 20%, sia per gli uomini che per le donne). Per contro, l'incidenza di HIV tra gli italiani ha continuato a decrescere, con valori nel 2016 <5,0 per 100.000. Il RR per gli stranieri è pari a 6,1.

Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri che italiani (Grafico 4). Occorre, tuttavia, sottolineare come il RR delle donne straniere rispetto alle italiane (RR=18,0) sia risultato molto più alto di quello evidenziato a carico degli uomini stranieri (RR=4,4).

Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri residenti in Italia di età 18 anni ed oltre per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2016

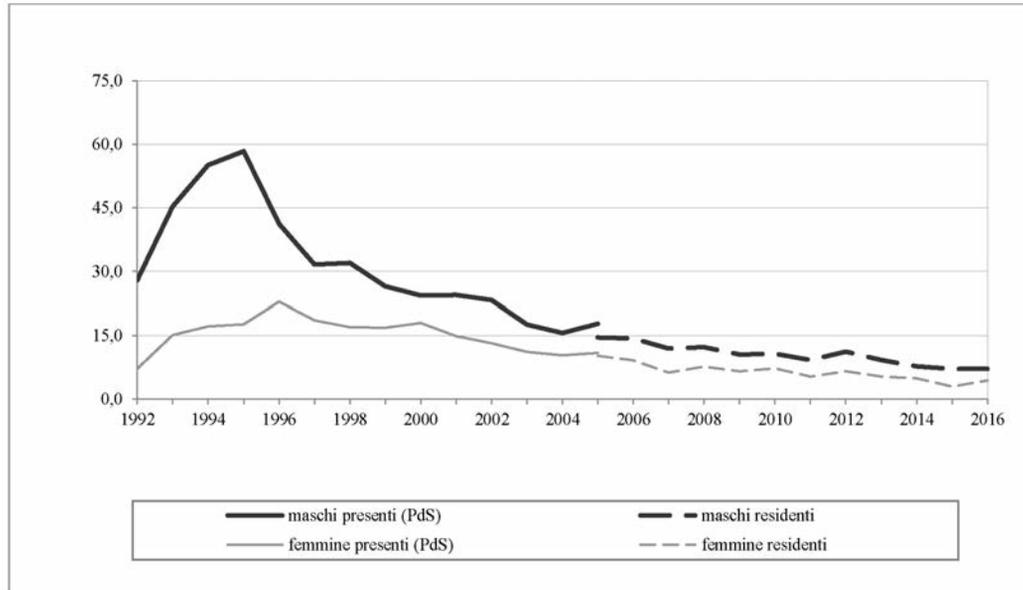


Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2017.



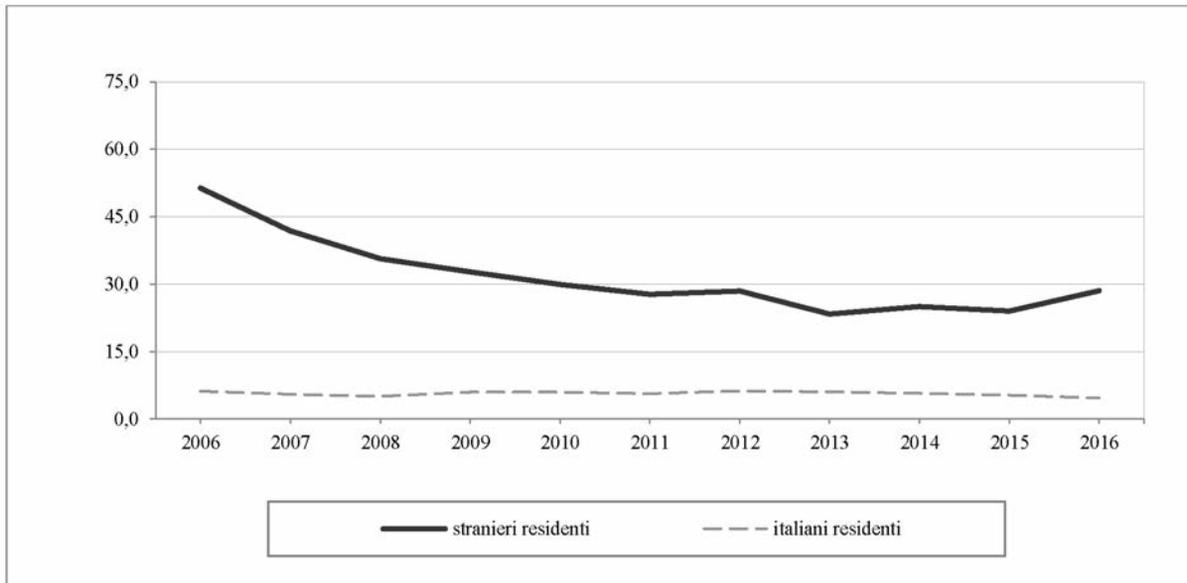


Grafico 2 - Tasso annuale (valori per 100.000) di incidenza di AIDS tra i cittadini stranieri presenti o residenti in Italia di età 18 anni ed oltre per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2016



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2017.

Grafico 3 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti in Italia e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per anno di diagnosi - Anni 2006-2016

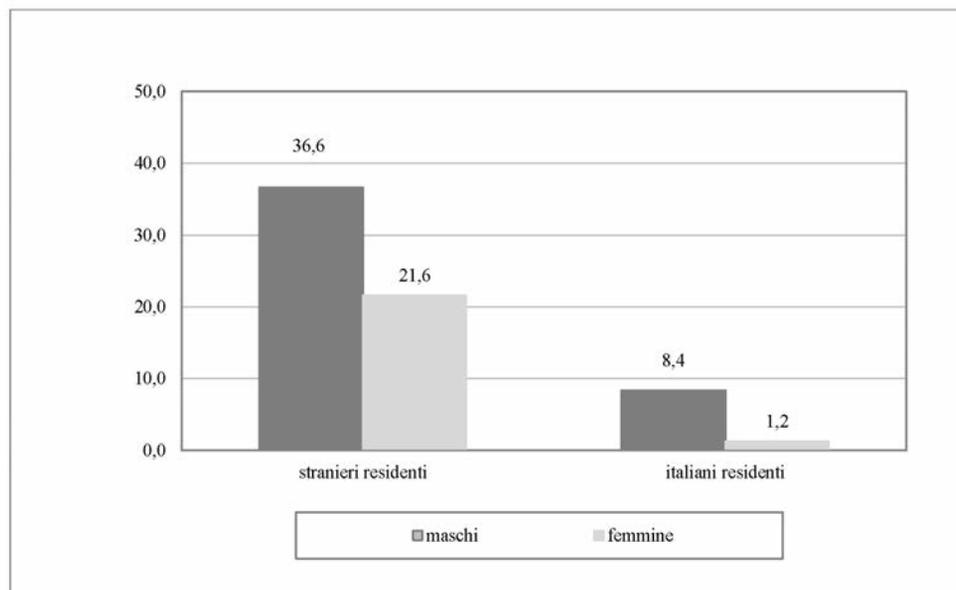


Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2017.





Grafico 4 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti in Italia e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per genere - Anno 2016



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi basata sui tassi di incidenza ha evidenziato, nel caso dell'AIDS, una progressiva attenuazione della diffusione della malattia tra gli stranieri, a partire dal 1995. In particolare, l'inversione di tendenza registrata a partire da tale anno è da attribuire, principalmente, a due ragioni: da una parte, l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci; dall'altra, la possibilità per gli immigrati di fruire di tali trattamenti grazie a una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n. 489/1995, cosiddetto "Decreto Dini") e successivamente con la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 (Legge cosiddetta Turco-Napolitano), ha permesso anche agli immigrati irregolari di accedere alle cure essenziali, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza si deve, probabilmente, alla diffusione delle conoscenze sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di protezione individuale. Inoltre, l'avvio al trattamento dei pazienti sieropositivi o con malattia conclamata ha contribuito a ridurre il rischio di contagio, riducendo la carica virale e, di conseguenza, la sua diffusione in forma epidemica. Di particolare interesse appare il dato relativo al 2016, che mostra un lieve aumento nell'incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) rispetto agli anni precedenti. Premesso che solo l'osservazione del trend nei prossimi anni potrà stabilire se si tratti di un incremento reale o solo di una oscillazione casuale, si può ipotizzare che tale lieve incremento sia attribuibile a un maggior livello di attenzione per le malattie infettive tra

stranieri negli ultimi anni, anche in conseguenza del fenomeno degli sbarchi; questo potrebbe aver determinato un maggiore ricorso allo screening per HIV, ad esempio nei centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si tratterebbe, in tal caso, di una efficace e tempestiva azione di emersione del bisogno, più che di una ripresa dell'infezione tra i migranti, ma al momento nessuna ipotesi può essere esclusa. È altresì opportuno sottolineare che le strutture sanitarie del territorio offrono il test dell'HIV gratuito e anonimo a tutti coloro che lo richiedono, compresi gli stranieri non in regola, cercando di agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test dell'HIV in gravidanza, inoltre, ha consentito negli ultimi anni di scoprire una quota di donne straniere HIV positive, tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di routine. Infine, la gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri irregolari) costituisce uno strumento prezioso per curare efficacemente questi pazienti e ridurre la diffusione dell'epidemia.

Rimane, ad oggi, la distanza nel carico di infezione/malattia tra gli italiani e gli immigrati, con RR per questi ultimi di molto superiori all'unità. Questo dimostra che tanto l'HIV quanto l'AIDS rimangono un'area critica per la salute della popolazione straniera. Occorrono, dunque, maggiori sforzi da parte degli operatori sanitari per garantire una più efficace azione preventiva, un accesso tempestivo al test diagnostico e una maggiore fruibilità dei percorsi di cura, con particolare riferimento al grado di adesione dei pazienti ai protocolli terapeutici.



**Riferimenti bibliografici**

(1) Ministero dell'Interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione. Cruscotto statistico giornaliero. Disponibile sul sito:

www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero (ultimo accesso 21 ottobre 2017).

(2) Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortunio A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl. 1: 57-63.

(3) Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffuse sottoposte a notifi-

ca obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia. *Gazzetta Ufficiale* n. 288 del 12 dicembre 1986.

(4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it (ultimo accesso 21 ottobre 2017).

(5) Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. *Gazzetta Ufficiale* n.175 del 28 luglio 2008.

(6) Centro Studi e Ricerche IDOS. *Dossier Statistico Immigrazione 2016*. Arezzo: Imprinting s.r.l. 2016.





Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

Significato. La fonte dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di tubercolosi (TBC) in Italia è il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero

della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998), che rappresenta il flusso informativo ufficiale.

Percentuale dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

Numeratore Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero

Denominatore Casi di tubercolosi totali

x 100

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

Numeratore Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero

Denominatore Popolazione residente straniera

x 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, la condizione di "straniero" si rilevi dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza, i casi di TBC in stranieri in realtà si riferiscono a persone nate all'estero.

Il calcolo del tasso di incidenza richiederebbe per il denominatore la disponibilità di dati sulla popolazione nata all'estero. Tale dato non è disponibile nelle fonti demografiche pubblicate annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), ma è disponibile solo per il Censimento 2011. L'unico modo per poter calcolare un indicatore in serie storica è utilizzare al denominatore la popolazione straniera residente in Italia, costituita dalle persone residenti con cittadinanza non italiana. Pertanto, lo studio utilizza questo denominatore per il periodo 2006-2016. Il limite principale è, quindi, rappresentato dall'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza in cui numeratore e denominatore siano omogenei. Pur nella consapevolezza che l'indicatore costruito in questo modo non è un vero tasso di incidenza, si è ritenuto, comunque, importante fornire una misura in grado di dare indicazioni sul trend del fenomeno. Per l'anno 2011 la popolazione residente nata all'estero, secondo i dati del Censimento condotto dall'Istat, ammontava a circa 4,8 milioni, mentre la popolazione residente straniera nello stesso anno ammontava a circa 4 milioni. Perciò il tasso di incidenza calcolato con il dato censuario riferito allo stato di nascita risulterebbe più basso di quello calcolato con la popolazione residente straniera.

Un secondo limite dell'indicatore deriva dal fatto che nel denominatore non è possibile includere i dati relativi ai non residenti, ovvero gli "irregolari" e i "temporaneamente presenti" (con e senza permesso di soggiorno), che, al contrario, sono inclusi al numeratore.

Le frequenze calcolate devono essere considerate, quindi, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sottonotifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC nelle persone nate all'estero può, comunque, risultare sovradimensionato per i motivi già citati.

Un limite degli anni in esame, dal 2013 al 2015, è stato il forte aumento dei casi di TBC per cui non è noto il Paese di nascita perché non codificato correttamente da alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore dell'indicatore calcolato per la popolazione totale, valutando la tendenza o meno alla sua riduzione nel periodo considerato. Inoltre, i dati regionali sono confrontati con il dato nazionale al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2006-2016 il numero dei casi di TBC, notificati in Italia, mostra una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto già accaduto nel corso degli anni (da 7,7 casi per 100.000 abitanti nel 2006 a 6,7 casi per 100.000 nel 2016). In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC in Italia in persone nate all'estero nel predetto periodo. L'andamento dei casi notificati dal 2013 al 2015 risente della non corretta codifica del Paese di nascita. La percentuale del numero dei casi di TBC, relativa ai cittadini nati all'estero, ha fatto registrare, nel 2012, un picco di circa 56% rispetto al totale dei casi notificati (Grafico 1). Dall'anno 2009, si osserva che la percentuale di casi di TBC in stranieri supera quella registrata per le persone nate in Italia. Analizzando, però, la frequenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popolazione residente straniera, si osserva un decremento a fronte di una sostanziale stabilità dell'incidenza nel complesso della popolazione (Grafico 2).



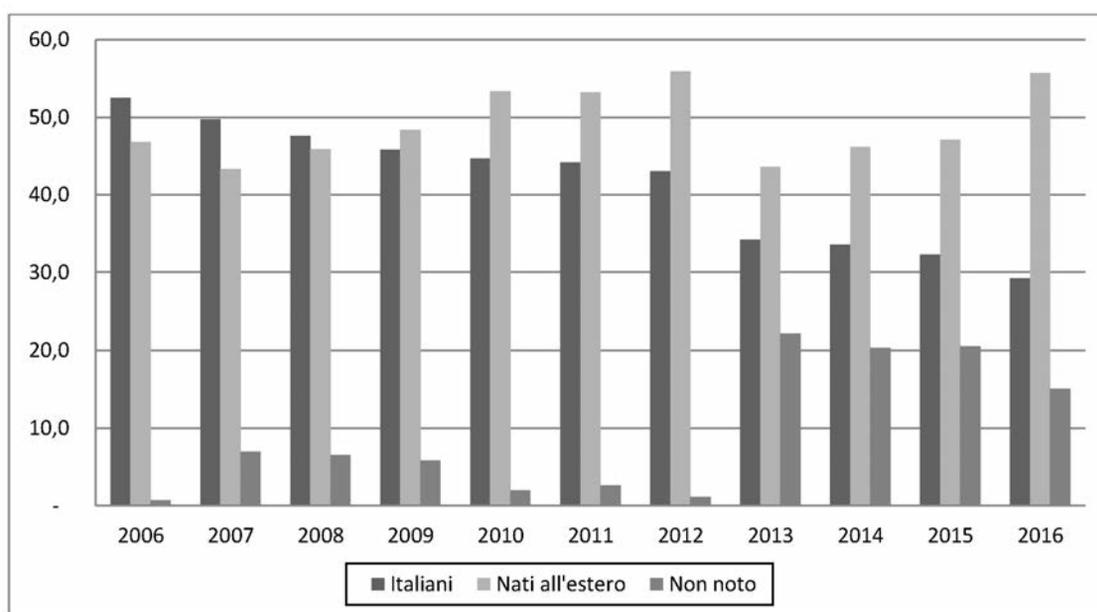
**Tabella 1** - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2016

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

n.d. = non disponibile.

n.i. = non indicato.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2017.

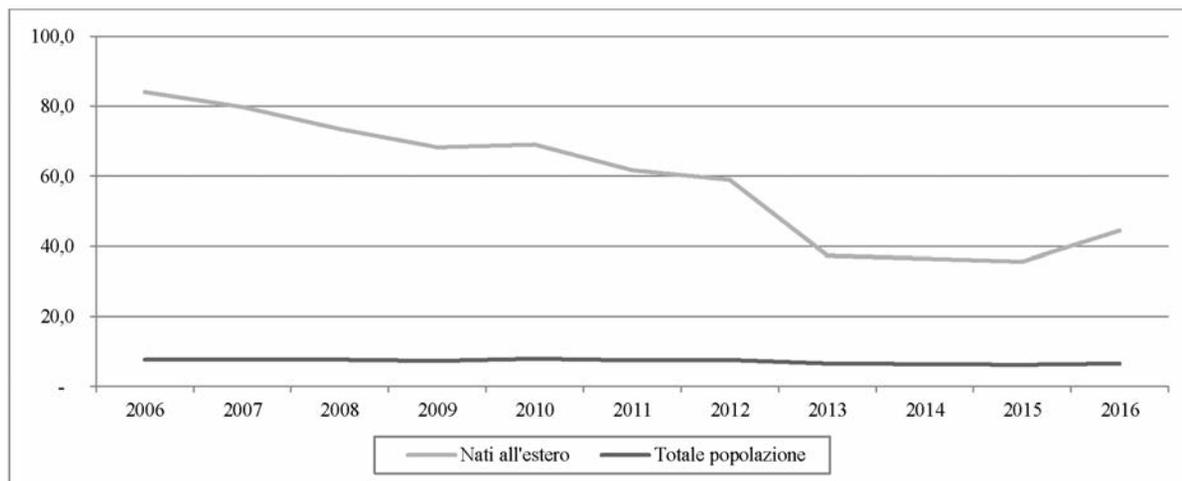
Grafico 1 - Casi (valori per 100) di tubercolosi: confronto tra italiani e nati all'estero - Anni 2006-2016

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2017.





Grafico 2 - Frequenza (valori per 100.000) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2016



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, il Ministero della Salute ha predisposto diversi documenti e Linee Guida, condivisi con le Regioni e le PA, al fine di garantire il controllo della tubercolosi nella popolazione generale. Le Linee Guida sono finalizzate all'individuazione degli obiettivi di salute, degli standard di intervento e degli indicatori utili al monitoraggio degli interventi stessi. Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC ed i dati disponibili siano tali da non destare particolari preoccupazioni, non si può ignorare che la componente attribuibile alla popolazione immigrata, pur non rappresentando, di per sé, un motivo di allarme sociale, è un aspetto da affrontare con modalità peculiari. Dal 2010, il Ministero della Salute ha pubblicato, di intesa con le Autorità Sanitarie Regionali e con le PA, alcune raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono volte a implementare diagnosi e sorveglianza della malattia tubercolare, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, principalmente, agli operatori socio-sanitari focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la chiara consapevolezza che chiunque

può contrarre e sviluppare la TBC.

Tra i diversi obiettivi, inoltre, troviamo quello di migliorare il trattamento, la gestione dei casi e l'aderenza alla terapia, nonché quello di sostenere l'integrazione tra servizi sanitari territoriali ed altri Enti, pubblici, del privato sociale e del volontariato, allo scopo di favorire l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati e di altri strati marginalizzati della popolazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990: Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- (2) Decreto Ministeriale 29 luglio 1998: Modificazione alla scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare allegata al decreto ministeriale 15 dicembre 1990.
- (3) Istat. Popolazione residente straniera al 1 gennaio 2017. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it>.
- (4) Ministero della Salute. Controllo della Tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (5) Ministero della Salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata. 2010. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.



Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

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

Le epatiti virali sono diffuse in tutto il mondo con una diffusione geografica non omogenea per i diversi virus, correlata principalmente alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali.

Nel corso degli ultimi trent'anni, la circolazione dei

virus epatitici in Italia è progressivamente diminuita, se si eccettuano periodiche epidemie legate a peculiari fattori di rischio in aree geografiche specifiche (1). Questi andamenti in decrescita rendono le attività di sorveglianza epidemiologica ancora più essenziali, dato l'aumento della popolazione immigrata in Italia proveniente da Paesi ad alta e media endemia di epatite, al fine di identificare possibili aree di intervento e favorire la prevenzione e l'assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica.

Per questa rilevazione, che riguarda l'incidenza di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia, l'indicatore utilizzato è il tasso annuale di incidenza di epatite virale acuta calcolato per le principali tipologie di infezione virale (A, B, C, non classificata), relativamente agli anni 2004-2015.

Tasso di incidenza di Epatite virale tra i cittadini stranieri*

$$\text{Tasso di incidenza} = \frac{\text{Numeratore: Nuovi casi di Epatite virale notificati a cittadini stranieri}}{\text{Denominatore: Popolazione straniera media residente}} \times 100.000$$

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

Validità e limiti. Il numero di nuovi casi di epatite acuta in cittadini stranieri in Italia, per anno, sono quelli prodotti dal sistema di sorveglianza Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), istituito nel 1985 presso l'Istituto Superiore di Sanità, ad integrazione della sorveglianza obbligatoria gestita dal Ministero della Salute. A partire dal 2004, attraverso il SEIEVA vengono raccolte anche informazioni sulla cittadinanza del caso ed è, quindi, possibile analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata. Il tasso di incidenza è calcolato limitatamente alle 10 regioni che partecipano alla sorveglianza SEIEVA per il totale delle Aziende Sanitarie Locali: Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia (1).

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

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

La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che la sorveglianza SEIEVA è un sistema strutturato e consolidato che fornisce dati

sui casi di epatite virale acuta in Italia da trent'anni, senza modifiche sostanziali. Inoltre, nonostante l'adesione sia su base volontaria, la partecipazione al SEIEVA è molto elevata e circa l'80% della popolazione nazionale risulta sotto sorveglianza. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio e permette di ottenere stime consistenti (1).

Fra i punti di maggiore criticità, emerge la difficoltà di quantificare precisamente la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta, infatti, sottostimata, poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono irregolarmente nel nostro Paese. Inoltre, i denominatori si riferiscono solo alla popolazione residente (non includono, quindi, tutti i regolarmente presenti sul territorio italiano), mentre il SEIEVA raccoglie tutti i casi di epatite virale acuta diagnosticati sul territorio, indipendentemente dallo *status* giuridico e dall'iscrizione in Anagrafe. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore si traduce, presumibilmente, in una sovrastima dei tassi di incidenza relativi alla popolazione immigrata.

Valore di riferimento/Benchmark. Lo studio propo-

¹Si considerano Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) i seguenti Paesi: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Città del Vaticano, Corea del Sud (in discussione), Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia e Svizzera.





ne un confronto dei tassi di incidenza di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, segnalati al SEIEVA.

Descrizione dei risultati

Nel periodo compreso fra il 2004 e il 2015 sono stati notificati al SEIEVA 11.822 casi di epatite virale acuta: il 15,5% (1.836 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (PSA+PFPM). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dal 10,9% nel 2004 al 22,4% nel 2012, mentre risulta avere un andamento altalenante dal 2013 in poi. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC/sconosciuta (24,0%), mentre per le epatiti A e B le percentuali di cittadini stranieri sono, rispettivamente, il 14,5% e il 16,8%. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini provenienti dai PFPM (97,3%), mentre solo 50 casi sono stati diagnosticati in cittadini provenienti dai PSA; 32 di questi casi erano epatiti A. Per quanto riguarda l'area geografica, la maggior parte delle diagnosi ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (40,4%) e dell'Africa (31,3%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C provenivano dall'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (2). La principale provenienza dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota circa il 48% proveniva dall'Asia.

Una interessante informazione riguarda il periodo di presenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA a partire dal 2009. Dei 455 casi per i quali è nota l'informazione, circa l'86% erano presenti in Italia da più di un anno, indice questo del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia.

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

Epatite A

Durante il periodo di osservazione, sono stati notificati al SEIEVA 5.373 casi di epatite A acuta di cui 778 (14,5%) in soggetti stranieri. Quasi la metà di questi casi era di origine africana, in particolare 309 casi erano di origine marocchina. Trentadue casi sono stati diagnosticati in persone provenienti dai PSA e costituiscono circa il 64% del complesso dei casi di epati-

te virale acuta diagnosticati in questo gruppo.

Il Grafico 1 presenta il confronto dei tassi di incidenza 2004-2015 tra cittadini italiani e stranieri provenienti dai PFPM. Durante il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri sono stati quasi costantemente più alti di quelli registrati tra gli italiani; fanno eccezione gli anni 2009 e 2013: nel corso del 2013 c'è stata, infatti, in Italia una grossa epidemia di epatite A legata al consumo di frutti di bosco (3) che ha riguardato, principalmente, i cittadini italiani. La differenza osservata tra le due curve non è molto ampia (se si esclude il 2006) ed è progressivamente diminuita.

Epatite B

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 4.400 casi, di questi il 16,8% (737 casi) in cittadini stranieri. Il 54,7% degli stranieri proveniva dall'Europa dell'Est, in particolare 198 casi erano rumeni e 65 albanesi. Quarantuno dei casi di epatite B osservati provenivano dalla Cina.

Il confronto dei tassi osservati tra italiani e stranieri provenienti dai PFPM mostra differenze rilevanti, almeno fino al 2008, con valori fino a 4 volte più elevati negli stranieri provenienti dai PFPM rispetto agli italiani (Grafico 2). Dal 2009 in poi questa differenza è progressivamente diminuita, tanto che nel 2011 i tassi standardizzati di incidenza sono stati pari a 1,0 per 100.000 tra gli italiani e 1,4 per 100.000 tra gli stranieri provenienti dai PFPM. Negli anni seguenti la distanza tra le curve è di nuovo lievemente aumentata: nel 2015 i tassi standardizzati sono stati, rispettivamente, 0,7 per 100.000 e 1,3 per 100.000 per gli italiani e gli stranieri.

Durante l'intero periodo di osservazione, i tassi di incidenza negli italiani sono rimasti pressoché stabili, in quanto il maggiore calo di incidenza tra gli italiani si è verificato prima del 2004 (4) ed è prevalentemente legato alla strategia vaccinale contro l'epatite B. L'Italia, infatti, in anticipo rispetto a molti Paesi, ha introdotto la vaccinazione universale obbligatoria già nel 1991 secondo una strategia innovativa che prevedeva di vaccinare sia i neonati che i ragazzi 12enni. Attualmente, tutta la popolazione nata in Italia dal 1980 è rientrata nel programma di immunizzazione. La strategia vaccinale attuata in Italia ha indotto anche una importante immunità di gregge (*herd immunity*), per cui anche gli individui non vaccinati hanno una probabilità più bassa di entrare in contatto con il virus e, quindi, di infettarsi.

I tassi tra i migranti provenienti dai PFPM hanno evidenziato, invece, un andamento in diminuzione in quanto, probabilmente, l'inizio posticipato del programma vaccinale nei Paesi di origine della popolazione straniera può aver ritardato l'effetto della vaccinazione e la strategia di vaccinare solo i neonati potrebbe avere condizionato l'andamento dei tassi fra gli immigrati.





Un altro evento che può aver favorito il trend in diminuzione dell'incidenza di epatite B tra gli stranieri è costituito dal fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea. Questo ha fatto sì che un gran numero di migranti provenienti da questi Paesi sia entrato in Italia negli anni successivi. Presumibilmente, questo flusso ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti (in Romania la vaccinazione dei nuovi nati è stata introdotta nel 1995). Gli eventi descritti hanno fatto sì che le due curve mostrino, negli ultimi anni, un andamento convergente.

Epatite C

Nel periodo 2004-2015 sono stati notificati al SEIEVA 1.042 casi di epatite C acuta, di cui 79 (7,6%) relativi a stranieri. Il 62,0% dei casi in stranieri proveniva dall'Europa dell'Est, mentre il 24,0% (19 casi) proveniva dall'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (17 casi) ed il Marocco (13 casi).

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

Una analisi più approfondita è fornita dal Grafico 3 che presenta il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati di epatite C acuta. Dal 2004 al 2007 le due curve sono quasi sovrapposte (con i tassi standardizzati tra gli stranieri leggermente più alti di quelli tra gli italiani). Negli anni successivi si osserva un andamento altalenante dei tassi standardizzati relativi agli stranieri. Nel 2015, i tassi standardizzati sono stati 0,2

e 0,3 per 100.000, rispettivamente, negli italiani e negli stranieri provenienti dai PFPM.

Va sottolineato che il numero annuo di casi di epatite C acuta registrato tra gli stranieri è molto basso, tanto da rendere le stime dei tassi standardizzati poco stabili.

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

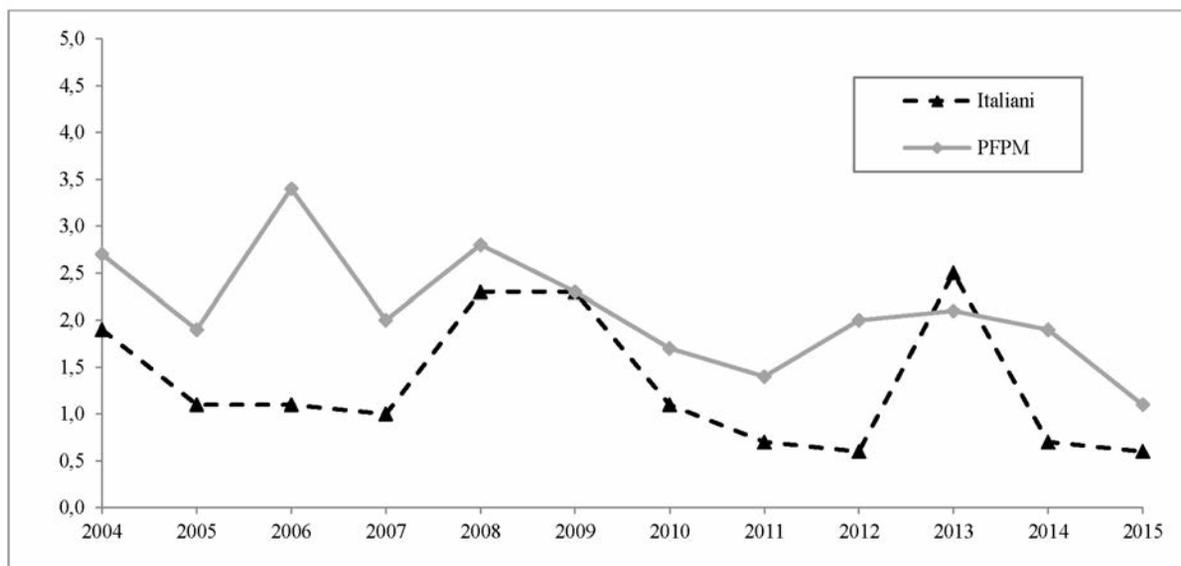
Epatiti NonA-NonC/sconosciuta

Dal 2004 al 2015, sono state notificate 242 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C o di origine ignota (NonA-NonC), a carico di cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo non sono stati calcolati i tassi standardizzati di incidenza.

I casi attribuibili ad HEV risultano un numero rilevante (pari al 28,1%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti di provenienza dal Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia da HEV nel mondo. Considerato che pochi centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per il virus dell'epatite E, è verosimile una sottostima dei casi NonA-NonC attribuibili nella realtà a questo virus. La provenienza geografica di molti dei casi segnalati, avvalorata questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC e 21 casi ad eziologia non nota provenivano da Bangladesh, India o Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati, inoltre, segnalati 11 casi di epatite acuta di tipo Delta in stranieri provenienti dai PFPM, 10 dei quali di provenienza dall'Europa dell'Est (Moldavia, Romania e Albania).

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria - Anni 2004-2015

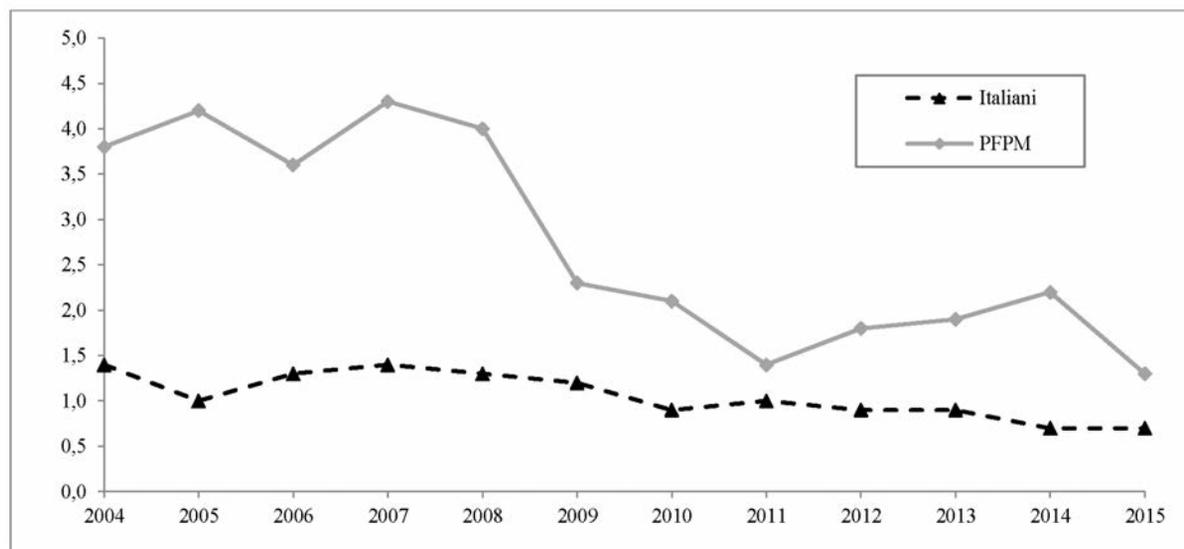


Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2017.



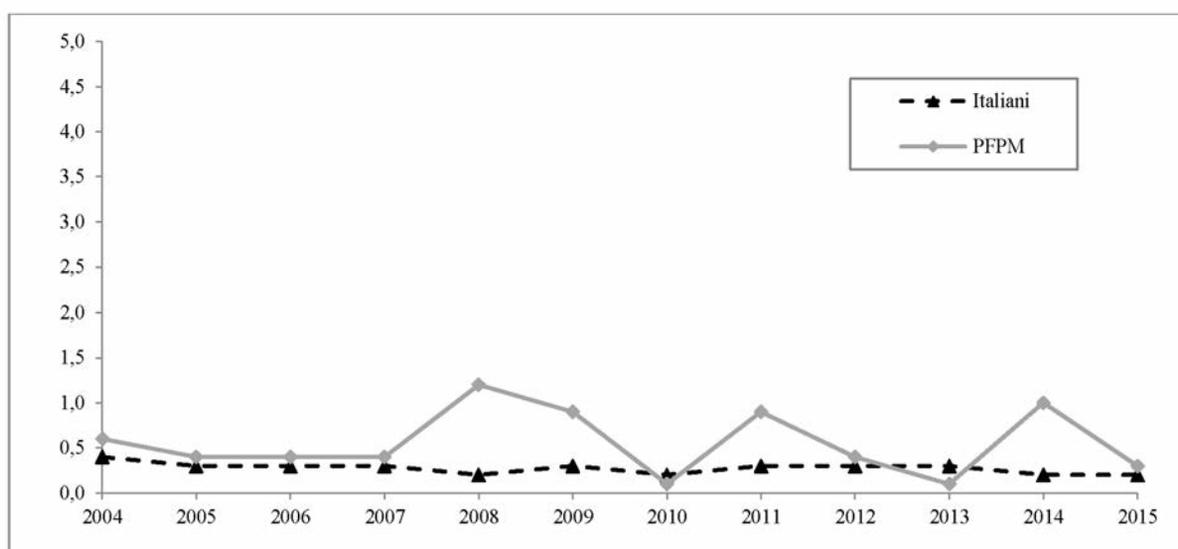


Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria - Anni 2004-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2017.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria - Anni 2004-2015



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, l'epidemiologia delle epatiti virali è cambiata in maniera sostanziale negli ultimi anni, con un trend di incidenza in netta diminuzione per tutti i tipi di epatite, seppure con modalità diverse. Infatti, per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, mentre per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici verificatisi negli ultimi decenni.

Nel nostro Paese, la malattia acuta del fegato rimane, comunque, una rilevante questione di Sanità Pubblica.

I dati provenienti dalla sorveglianza SIEVA hanno evidenziato un eccesso di rischio di contrarre l'epatite B tra gli stranieri (in particolare quelli provenienti dai PFPM); non risultano, invece, differenze significative tra italiani e stranieri per quanto riguarda il rischio di epatiti A e C.

Tuttavia, questi dati vanno trattati con cautela e speculazioni sulla correlazione fra epatiti e immigrazione sono complesse: i *pattern* e i trend, infatti, variano da malattia a malattia e dipendono, inoltre, da fattori e dinamiche di tipo sociale. A fronte di questa situazione





ne e a partire dai dati epidemiologici a nostra disposizione, si ritiene necessario rafforzare il sistema di sorveglianza, in particolare consolidare la raccolta di dati su cittadinanza, sul Paese di provenienza e sul tempo di permanenza in Italia, informazione quest'ultima molto utile per comprendere se l'infezione sia stata acquisita in Italia o all'estero.

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

Recentemente, è stata pubblicata in Italia una Linea Guida sui "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" (5) nella quale si raccomanda di offrire, nell'ambito

della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HBV e HCV ai migranti provenienti da Paesi a prevalenza di HBV >2% e di HCV >3% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio specifici. Lo screening per HBV è raccomandato anche alle donne migranti in gravidanza. Tali misure, ove applicate, concorrerebbero ad una diminuzione delle nuove infezioni da virus B e C dell'epatite e ad un ulteriore avvicinamento dei tassi di incidenza nelle due popolazioni a confronto (italiani e migranti provenienti dai PFP).

Riferimenti bibliografici

- (1) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). *Public Health* 2015; 129 (5): 561-8.
- (2) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en.
- (3) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Eurosurveillance* 2015; 20 (29): 21192.
- (4) SEIEVA: Tassi di incidenza (x100.000) dell'epatite virale acuta per tipo e anno di notifica. Anni 1985-2016. Disponibile sul sito: www.iss.it/seieva/index.php?lang=1&anno=2018&tipo=5.
- (5) SNLG - Linee Guida Salute Migranti. I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida n. 1, giugno 2017.





Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

Significato. L'analisi della mortalità per causa tra gli stranieri residenti in Italia è stata condotta utilizzando principalmente i tassi di mortalità standardizzati, per tutte le età oltre il 1° anno di vita e con riferimento alla sola classe di età 18-64 anni. Sono state considerate, a tale scopo, disaggregazioni per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità, ampiamente utilizzato in letteratura, rappresenta, infatti, una misura indiretta del livello

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

Tasso di mortalità degli stranieri residenti in Italia*

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

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

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento utilizzata per la costruzione degli indicatori è l'Indagine su decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte mediante la "scheda di morte" (Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione si riferisce alla totalità dei decessi di stranieri verificati sul territorio nazionale in un anno di calendario. Per le elaborazioni dei tassi di mortalità è stata considerata la sola popolazione straniera residente in Italia; solo per questo universo, infatti, si dispone dei corretti denominatori per il calcolo di tassi. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare una adeguata popolazione di riferimento.

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

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2014, l'ammontare

complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il 1° anno di vita, in Italia, è pari a quasi 100.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua¹ del 7,8% per i residenti, del 2,8% per i non residenti e del 5,7% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): 11,1% tra i residenti, 5,9% tra i non residenti e 9,1% per il totale (Tabella 1). Nel 2014, si sono verificati 6.782 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 4.800 residenti e 1.982 non residenti; di questi la quota di cittadini dei PFPM rappresenta la maggioranza: 5.345 sono gli stranieri deceduti con cittadinanza dei PFPM, di cui 3.986 residenti e 1.359 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 2014, in costante aumento, ma con una lieve battuta di arresto nel 2013, è pari al 74,6%). Tale cambiamento è sicuramente legato all'allargamento dell'Unione Europea (UE), avvenuto nel 2004 con l'entrata di 10 nuovi Paesi, nel 2007 con l'entrata di Romania e Bulgaria e nel 2013 della Croazia, e alla conseguente emigrazione verso l'Italia. L'allargamento dell'UE ha dato origine a un effetto moltiplicatore, favorendo un vero e proprio passaggio dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, 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

¹La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2014 è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[22]{\frac{M_{2014}}{M_{1992}} - 1} * 100$





della popolazione straniera.

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità tra gli stranieri per regione di residenza, anche per il 2014, si osserva come esista un effetto discriminante dato dalla componente territoriale. I valori più alti e al di sopra del valore nazionale si registrano, in particolare, per la Sicilia, la Puglia, la PA di Bolzano, la Campania e il Friuli Venezia Giulia, con tassi compresi tra 19,6 e 15,8 per 10.000 residenti. I valori più bassi si registrano, invece, in Basilicata, nella PA di Trento, in Umbria, nelle Marche e in Lombardia (valori compresi, in ordine crescente, tra 9,8 e 13,7 per 10.000) (Tabella 2). Il quadro delineato è legato alla geografia dell'immigrazione in Italia e a quella del lavoro degli immigrati nel nostro Paese, strettamente connessa anche all'elevata mortalità per cause accidentali e violente, ancora oggi elemento discriminante tra i cittadini stranieri. Tale situazione appare ancora più evidente se si analizza la distribuzione dei tassi per gli uomini, che rappresentano circa il 56% del totale dei decessi di cittadini stranieri residenti in Italia.

Per poter condurre analisi più robuste, nel caso di maggior dettaglio delle variabili introdotte per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (area di cittadinanza, genere e cause di morte), è stato deciso di circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti di età 18-64 anni. Sono stati, inoltre, calcolati anche i tassi di mortalità isolatamente per gli italiani e i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza.

Il confronto tra gli anni del quinquennio 2010-2014 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati, per la classe di età 18-64 anni, nel periodo considerato (Tabella 3). Gli uomini dei PFPM sono nel complesso caratterizzati da una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità tra il 2010 e il 2013; questi tassi tornano, invece, nuovamente in diminuzione nel 2014 (variazione percentuale media annua 2010-2014 pari a +0,2%). Isolando il gruppo dei Paesi di nuova adesione all'UE, esclusi Malta e Cipro, si rileva un andamento oscillatorio nel periodo considerato, contraddistinto da un livello del tasso più elevato nel 2011 e nel 2013 e da una nuova diminuzione nel 2014. Anche i Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) presentano un andamento non costante del valore dei tassi, con un livello più elevato, in particolare nel 2011. Questa situazione è dovuta ai valori esigui nel numero di decessi per questa area di cittadinanza. Per gli italiani i tassi di mortalità diminuiscono costantemente nel periodo 2010-2014 (-2,8%).

Per quanto riguarda le donne, sempre nel periodo

2010-2014, si registra una variazione percentuale media annua positiva, a sottolineare un aumento dei livelli dei tassi, con riferimento alle straniere, per i PFPM (+2,2%); una variazione negativa, invece, si registra per i PSA (-1,5%) e per i Paesi di nuova adesione all'UE (-0,4%). Per le italiane si rileva, infine, una diminuzione pari a -1,6%, più contenuta rispetto a quella registrata per gli uomini nello stesso periodo. Analizzando i RR, calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità per i cittadini stranieri, sia per gli uomini sia per le donne, per tutto il periodo considerato 2010-2014 e per le diverse aree di cittadinanza, siano quasi sempre al di sotto dell'unità. Se si considerano, invece, i soli Paesi di nuova adesione all'UE, esclusi Malta e Cipro, il RR per gli uomini assume valori più fluttuanti nel tempo, ma con un picco di 1,3 nel 2011 e 1,1 nel 2013 e 2014. Tale fenomeno è certamente legato ad una massiccia emigrazione verso l'Italia, dopo il primo allargamento del 2004, dei cittadini appartenenti ai Paesi di nuova adesione all'UE e a una conseguente modifica nel *pattern* di mortalità. Un notevole vantaggio si registra per le donne nei confronti degli uomini, rilevato anche tra i livelli del RR.

Per quanto concerne l'analisi per causa di morte e area di cittadinanza, essa è stata focalizzata sui dati del 2014; i tassi sono stati standardizzati per la classe di età 18-64 anni e i gruppi di cause interessati sono: Malattie infettive e parassitarie, Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio, Malattie del Sistema Respiratorio, Cause esterne di morbosità e mortalità, Altre malattie (Tabella 4). Per gli stranieri con cittadinanza dei PSA si rileva che i Tumori, le Malattie del Sistema Circolatorio e le Cause esterne di morbosità e mortalità rappresentano le prime cause di morte nel gruppo di età considerato (tassi pari, rispettivamente, a 4,36, 1,61 e 1,01 per 10.000). Il livello del tasso standardizzato raggiunge per gli uomini i livelli più elevati. Anche per i PFPM le cause di morte più frequenti sono: Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio e Cause esterne di morbosità e mortalità; palese, come per le altre aree di cittadinanza, lo svantaggio del genere maschile, meno marcato, però, per il gruppo dei Tumori. Per il sottoinsieme dei Paesi di nuova adesione all'UE si registrano, come negli altri casi, tassi standardizzati particolarmente elevati per Tumori, Malattie del Sistema Circolatorio e Cause esterne di morbosità e mortalità, soprattutto per gli uomini. I livelli dei RR, rispetto agli italiani, sono generalmente inferiori all'unità, sia per gli uomini sia per le donne. Livelli superiori all'unità del RR si registrano per i Paesi di nuova adesione all'UE, in particolare per le Cause esterne di morbosità e mortalità (1, 3).





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

335

Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2012-2014*

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
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28
2012	4.587	2.161	6.748	67,98	32,02
2013	4.896	2.421	7.317	66,91	33,09
2014	4.800	1.982	6.782	70,78	29,22

Di cui con cittadinanza dei Paesi a Forte Pressione Migratoria**					
1992	390	389	779	50,06	49,94
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2010	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2012	3.795	1.526	5.321	71,32	28,68
2013	4.058	1.809	5.867	69,17	30,83
2014	3.986	1.359	5.345	74,57	25,43

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

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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte". Anno 2017.

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

Regioni/Macroaree	Decessi di stranieri residenti			Tassi std di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte/Valle d'Aosta	211	186	397	17,9	12,7	14,8
Lombardia	512	365	877	17,3	11,2	13,8
Bolzano-Bozen	39	37	76	27,7	13,4	18,5
Trento	16	22	38	14,4	9,9	11,2
Veneto	240	178	418	20,3	12,0	15,1
Friuli Venezia Giulia	56	62	118	17,0	14,9	15,8
Liguria	92	59	151	22,5	10,3	15,1
Emilia-Romagna	275	228	503	20,3	12,0	15,2
Toscana	205	181	386	17,0	11,9	14,0
Umbria	45	48	93	14,8	12,1	13,1
Marche	92	53	145	20,9	9,0	13,3
Lazio	350	260	610	22,4	11,6	15,4
Abruzzo/Molise	49	47	96	19,0	11,8	14,6
Campania	114	113	227	21,0	16,2	17,8
Puglia	73	67	140	25,2	15,5	19,0
Basilicata	10	4	14	12,9	7,2	9,8
Calabria	48	45	93	16,1	14,7	15,2
Sicilia	105	92	197	21,9	17,9	19,6
Sardegna	28	22	50	21,2	12,7	15,2
Italia	2.685	2.115	4.800	20,1	12,4	15,4
Regione non indicata	125	46	171	-	-	-
Nord-Ovest	815	610	1.425	18,1	11,5	14,2
Nord-Est	626	527	1.153	20,4	12,5	15,5
Centro	692	542	1.234	19,5	11,4	14,5
Sud	294	276	570	20,2	14,3	16,6
Isole	133	114	247	21,6	16,5	18,5
Macroarea non indicata	125	46	171	-	-	-

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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2017.



Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per genere e per area di cittadinanza - Anni 2010-2014

Aree di cittadinanza*	2010	2011	2012	2013	2014
Maschi					
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni					
Paesi a Sviluppo Avanzato	10,7	17,2	11,4	12,8	10,4
Paesi a Forte Pressione Migratoria	14,0	14,5	15,2	15,9	14,1
Paesi di nuova adesione all'UE	19,7	26,6	21,4	22,2	19,9
Italiani	21,1	21,0	20,6	19,4	18,8
Rischi Relativi					
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana					
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,5	0,8	0,6	0,7	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Paesi di nuova adesione all'UE	0,9	1,3	1,0	1,1	1,1
Italiani	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmine					
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni					
Paesi a Sviluppo Avanzato	7,0	7,8	7,2	7,6	6,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	5,6	5,9	6,6	6,7	6,1
Paesi di nuova adesione all'UE	6,8	8,9	8,5	7,5	6,7
Italiane	11,2	11,4	11,3	10,9	10,5
Rischi Relativi					
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana					
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Paesi di nuova adesione all'UE	0,6	0,8	0,8	0,7	0,6
Italiane	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Totale					
Tassi std (per 10.000) - età 18-64 anni					
PPaesi a Sviluppo Avanzato	8,6	11,2	8,8	9,6	8,1
Paesi a Forte Pressione Migratoria	9,0	9,3	10,1	10,3	9,2
Paesi di nuova adesione all'UE	11,0	14,4	12,6	11,8	10,7
Italiani	16,1	16,2	15,9	15,1	14,6
Rischi Relativi					
Tassi popolazione straniera/Tassi popolazione italiana					
Paesi a Sviluppo Avanzato	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	0,4	0,4	0,6	0,7	0,6
Paesi di nuova adesione all'UE	0,5	0,7	0,8	0,7	0,7
Italiani	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

*Il gruppo dei PFFPM include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di nuova adesione all'UE entrati nell'Unione Europea a partire dal 2004, nel 2007 e 2013 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania, Croazia e tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione all'UE. Gli apolidi sono stati considerati separatamente. I cittadini di San Marino e Città del Vaticano non sono stati inclusi nell'analisi. I PSA includono i Paesi dell'UE-15, gli altri Paesi europei, Giappone e Israele, Australia e Nuova Zelanda, Canada e Stati Uniti d'America.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2017.



Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità di stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e per area di cittadinanza - Anno 2014

Aree di cittadinanza	Cause di decesso*	Tassi std**			Rischi Relativi Tassi popolazione straniera/ Tassi popolazione italiana		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Malattie infettive	0,29	0,00	0,11	0,5	0,0	0,3
	Tumori	4,77	3,99	4,36	0,6	0,6	0,6
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,45	1,09	1,61	0,6	0,8	0,6
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,26	0,08	0,17	0,5	0,3	0,4
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,11	0,36	1,01	0,8	0,5	0,6
	Altre malattie	0,50	1,12	0,88	0,2	0,7	0,4
	Tasso std totale		10,38	6,64	8,14	0,6	0,6
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,57	0,26	0,38	1,0	1,2	0,9
	Tumori	4,86	3,08	3,67	0,6	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,43	1,04	1,98	0,9	0,7	0,7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,44	0,14	0,26	0,9	0,5	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,55	0,69	1,55	0,9	1,0	0,9
	Altre malattie	2,25	0,84	1,39	0,7	0,5	0,6
	Tasso std totale		14,10	6,05	9,22	0,7	0,6
Paesi di nuova adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,37	0,29	0,33	0,6	1,3	0,8
	Tumori	7,99	3,42	4,62	1,0	0,5	0,7
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,22	0,91	1,86	1,1	0,6	0,7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,58	0,16	0,29	1,2	0,6	0,8
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,72	0,88	1,90	1,3	1,3	1,1
	Altre malattie	3,06	1,05	1,68	1,0	0,7	0,7
	Tasso std totale		19,95	6,70	10,67	1,1	0,6
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,58	0,22	0,40	1,0	1,0	1,0
	Tumori	7,82	6,27	7,03	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,01	1,44	2,71	1,0	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,49	0,27	0,38	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,76	0,70	1,73	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,18	1,59	2,38	1,0	1,0	1,0
	Tasso std totale		18,85	10,48	14,63	1,0	1,0

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

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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Indagine su decessi e cause di morte" - Stima del numero di stranieri residenti in Italia-Istat. Anno 2017.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

“sentinella” di politiche non sempre adeguate e segnalano l'urgenza di miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Riferimenti bibliografici

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





Linea Guida “I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”

Dott.ssa Erica Eugeni, Dott. Giovanni Baglio, Gruppo di lavoro “Sviluppo della Linea Guida”

La Linea Guida “I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza” nasce nell’ambito del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti, avviato dall’Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Obiettivo del Programma è promuovere modalità assistenziali per migranti e richiedenti protezione internazionale, improntate all’appropriatezza, all’efficienza e all’equità, attraverso indicazioni chiare e univoche, a partire dalle evidenze disponibili nella letteratura scientifica nazionale e internazionale.

Il tema degli accertamenti sanitari da effettuare sui migranti in fase di soccorso e durante il percorso di accoglienza è stato individuato da esperti del settore e qualificati *stakeholder* come prioritario, in ragione della marcata eterogeneità osservata nelle pratiche e nelle soluzioni adottate nei diversi contesti regionali e locali.

All’elaborazione del documento ha contribuito un gruppo tecnico, composto da professionisti delle Istituzioni coinvolte, e un *panel* multidisciplinare e multiprofessionale di esperti, scelti in rappresentanza delle principali Società Scientifiche interessate al tema e di Organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali.

Sono state prese in considerazione le principali malattie infettive e diffuse (tubercolosi, malaria, epatite B e C, *Human Immunodeficiency Virus*, parassitosi e infezioni sessualmente trasmissibili) e alcune patologie cronico-degenerative (diabete, anemie, ipertensione e carcinoma cervice uterina) la cui diagnosi precoce si associa a una riduzione degli esiti negativi per la salute e dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Sono state anche considerate alcune condizioni di particolare fragilità, come la gravidanza, che prevedono percorsi di accoglienza differenziati.

Per la realizzazione della Linea Guida è stata seguita una metodologia *evidence-based*, che ha previsto una ricognizione sistematica della letteratura biomedica sui temi individuati. In totale, sono stati reperiti e valutati criticamente 1.059 documenti e formulate 50 raccomandazioni in riferimento alle strategie da adottare per l’identificazione precoce dei bisogni di salute dei migranti.

Prima della pubblicazione, il documento è stato reso disponibile ai fini della revisione pubblica, sul sito dell’INMP, per circa 3 settimane. Obiettivo di tale forma di consultazione è stato quello di rendere possibile un confronto trasparente e costruttivo tra gli *stakeholder* e gli operatori socio-sanitari e di favorire la costruzione del consenso intorno alle raccomandazioni elaborate, in vista della loro futura implementazione.

Il documento, infine, è stato inviato a *referee* esterni (uno pneumologo, un epidemiologo, un igienista e un bioeticista), con il mandato di valutare la chiarezza del testo, nonché la rilevanza e l’applicabilità delle raccomandazioni formulate.

Queste ultime sono state contestualizzate all’interno delle diverse fasi del percorso di accoglienza previsto sul territorio italiano, secondo un approccio che tiene conto delle priorità assistenziali per l’individuo e per la Sanità Pubblica, e delle opportunità offerte dal contesto (spazi, mezzi disponibili e tempi di permanenza dei migranti) e, comunque, in una prospettiva di continuità assistenziale.

Nello specifico, le raccomandazioni sono volte tanto alla rilevazione di segni e sintomi suggestivi delle specifiche condizioni morbose, quanto all’identificazione dei soggetti asintomatici da sottoporre a screening, sulla base di specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio.

Indipendentemente dalle procedure e dai test utilizzati, si sottolinea la necessità di porre attenzione alla dimensione linguistica e socio-relazionale nei diversi *setting* di intervento, attraverso l’adattamento dei contenuti e della forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento dei migranti.

Infine, si enfatizza la necessità che il personale socio-sanitario sia adeguatamente formato all’approccio interculturale e riceva supporto psicologico nella gestione di situazioni che possono rivelarsi emotivamente stressanti.

Gruppo di lavoro “Sviluppo della Linea Guida”

Rosario Ascitto (INMP), Giovanni Baglio (INMP), Giulia Barbarossa (INMP), Laura Carletti (INMP), Franca D’Angelo (ISS), Eugenia Di Meco (INMP), Anteo Di Napoli (INMP), Alessandra Diodati (INMP), Maurella Della Seta (ISS), Paola D’Errigo (ISS), Emilia De Vita (“Sapienza” Università di Roma), Erica Eugeni (INMP), Loredana Falzano (ISS), Luigina Ferrigno (ISS), Antonio Fortino (INMP), Salvatore Geraci (SIMM), Rosalia Marrone (INMP), Giorgia Mazzarini (Università Politecnica delle Marche), Lorenzo Paglione (“Sapienza” Università di Roma), Maria Chiara Pajno (INMP), Adolfo Marco Perrotta (“Sapienza” Università di Roma), Scilla Pizzarelli (ISS), Erica Pitini (“Sapienza” Università di Roma), Annalisa Rosso (“Sapienza” Università di Roma), Maria Elena Tosti (ISS), Esmeralda Tyli (INMP), Stefano Vella (ISS).





Panel - Mario Affronti (Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone” di Palermo, SIMM), Gioacchino Angarano (Policlinico di Bari, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali), Alessandro Bartoloni (Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze, Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale), Zeno Bisoffi (Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar, Centro Salute Globale Regione Toscana), Antonio Cristaudo (Istituti Fisioterapici Ospitalieri Istituto San Gallicano di Roma, Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani), Mario Cuccia (Azienda Sanitaria Provinciale Di Catania), Rosalia Maria Da Rioli (Azienda Sanitaria 1 Integrata Udine, Società Italiana di Pediatria - Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante), Silvia Declich (ISS, esperto indipendente), Salvatore De Masi (Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer Firenze, esperto indipendente), Emilio Di Maria (Università degli Studi di Genova, SIMM), Palmira Immordino (Organizzazione Mondiale della Sanità), Alessandra Diodati (INMP), Vittoria Gherardi (Medici Senza Frontiere), Enrico Girardi (Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma), Pier Angela Napoli (Azienda Sanitaria Locale Roma 2, Coordinamento Tavolo migranti in transito Regione Lazio), Lorenzo Nosotti (INMP, Associazione Italiana Studio Fegato), Blenti Shehaj (Associazione Multi-etnica Mediatori Interculturali Piemonte, in qualità di rappresentante dei mediatori culturali in sanità), Maria Rosa Sisto (Federazione Italiana Medici Pediatri, responsabile nazionale per il Minore Migrante), Dalila D’Oppido (Save the Children), Paolo Villari (Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive - “Sapienza” Università di Roma, Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica), Etleva Zenuni (Associazione Idea Donna Onlus, in qualità di rappresentante dei migranti).

