



Salute della popolazione straniera

Dopo un anno di pausa forzata in concomitanza con l'emergenza da *Corona Virus Disease-19* (COVID-19), riproponiamo nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute il Capitolo sugli stranieri nella sua versione integrale, con le analisi dei *core indicators* relativi ad alcune condizioni di salute degli immigrati in Italia. Accanto alle tradizionali misure demografiche ed epidemiologiche, di cui è possibile valutare i trend temporali e i *pattern* geografici, quest'anno una specifica attenzione viene riservata alle problematiche materno-infantili.

Per la gran parte delle analisi riportate di seguito, l'anno di riferimento è il 2020, ad eccezione delle sezioni dedicate alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza e alla tubercolosi sviluppate su dati 2019; questo vuol dire che gli andamenti descritti risentono largamente dell'emergenza pandemica e delle dinamiche sociali e organizzative determinate da tale evento.

Gli indicatori demografici confermano il rallentamento o la stasi già evidenziati nelle precedenti Edizioni; gli stessi sbarchi, come anche gli arrivi via terra, che tanto hanno animato il dibattito politico tra il 2015-2019, pur se leggermente aumentati rispetto al passato, non hanno inciso sull'assetto della popolazione che oramai da diversi anni si è attestata intorno ai 5 milioni di residenti. Accanto alle collettività storicamente presenti in Italia (rumena, marocchina e albanese), continua a esserci una variegata rappresentanza di nazionalità, con una struttura per età che ben si differenzia da quelle dei Paesi di provenienza e degli italiani residenti.

La presenza di donne in età fertile e di minori con appartenenza culturale diversa mette alla prova la capacità del sistema sanitario di essere permeabile e accessibile per tutti. I dati presentati mostrano ancora delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita tra donne di diversa cittadinanza o provenienza, in particolare per quelle provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria. Nello specifico, l'analisi della frequenza di visite mediche periodiche e di controlli ecografici in gravidanza ha evidenziato un divario nell'utilizzo dei servizi sanitari a scapito delle donne straniere; anche il ricorso al Taglio Cesareo, pur se minore rispetto alle donne italiane, mostra un maggiore rischio di riospedalizzazione in puerperio. Gli indicatori di salute del neonato mostrano un leggero svantaggio per i figli delle donne straniere, sebbene l'età media al parto delle madri italiane sia più avanzata (e, dunque, il profilo di rischio in gravidanza per queste ultime sia maggiore). Questi dati confermano come sia necessario mettere in atto ulteriori sforzi nelle politiche di programmazione e organizzazione dei servizi, volti a ridurre il divario tra i due gruppi. Più complessivamente, si sottolinea la necessità di ripensare le politiche di *welfare*, in particolare per le donne e i minori, al fine di colmare evidenti disuguaglianze di opportunità e di protezione sociale.

Infine, l'epidemia di COVID-19 ha certamente condizionato l'accesso ai servizi da parte degli immigrati, anche se nell'ambito dei ricoveri ospedalieri sembra esserci stata una riduzione più contenuta rispetto agli italiani: questo perché gli stranieri tendenzialmente fanno uso dei servizi per condizioni maggiormente legate all'urgenza o solo parzialmente procrastinabili. Di contro, l'analisi dei decessi nel 1° anno della pandemia mostra un netto svantaggio a carico della popolazione di nazionalità straniera residente in Italia, con differenze marcate per area di provenienza e maggiori rispetto agli italiani, in particolare nelle classi di età centrali. Tali differenze sono in parte attribuibili a difficoltà di accesso alle opportunità di prevenzione (vaccinazioni) e di cura nelle diverse fasi della pandemia, soprattutto per gli immigrati provenienti da Paesi a basso indice di sviluppo umano, e in parte imputabili alle condizioni sociali (di provenienza e di vita). Per tale ragione, questo può essere considerato un evento "sentinella" rispetto all'efficacia delle politiche di integrazione e segnala l'urgenza di un miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Dal punto di vista dei dati utilizzati in questa Edizione, ci si è avvalsi per i denominatori degli indicatori dei dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) prodotti con il nuovo Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni, avviato nel 2018 e basato sull'integrazione di dati amministrativi con i dati da indagini statistiche campionarie. Questa fonte fornisce dati di dettaglio sulla popolazione straniera residente per cittadinanza, genere, età e comune di residenza, consentendo il calcolo di tassi grezzi e standardizzati distinti per italiani e stranieri¹ (anche per singola cittadinanza). Inoltre, l'Istat ha effettuato la ricostruzione della popolazione intercensua-

¹Per gli stranieri si considera il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria che include tutti i Paesi dell'Africa, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione di Giappone e Israele) e l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea (UE) 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.





ria per gli anni 2002-2019, utilizzata per alcuni *core indicators* per i tassi in serie storica. Per questi motivi possono esserci piccole differenze nei valori dei tassi rispetto alle pubblicazioni precedenti.

Un ultimo richiamo riguarda la qualità dei dati. Si segnala, infatti, il persistere in diversi contesti regionali di criticità legate alla corretta compilazione dei campi relativi alla cittadinanza, alla condizione di regolarità del soggiorno e al luogo di residenza, indispensabili per una corretta identificazione e caratterizzazione degli stranieri nell'ambito dei flussi informativi sanitari. Tutto ciò determina un impatto negativo sul calcolo delle misure epidemiologiche per questo specifico sottogruppo di popolazione e impedisce una corretta lettura dei bisogni, particolarmente utile per la programmazione sanitaria.





Stranieri in Italia

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

L'analisi dei dati relativi ai cittadini stranieri iscritti in

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

Popolazione straniera

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

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

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

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione dell'Istituto Nazionale di Statistica "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" emerge che, al 1° gennaio 2021, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana sono poco meno di 5,2 milioni e rappresentano l'8,7% del totale della popolazione residente.

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

A livello nazionale, oltre il 27% proviene da un Paese comunitario e oltre il 20% da un Paese europeo, ma non facente parte dell'Unione Europea a 28 Paesi membri; da sottolineare, quindi, come quasi uno straniero residente su due provenga da un Paese europeo. La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 22,2%, dall'area asiatica è del 22,6%, solo il 7,5% ha la cittadinanza di un Paese del continente americano. La distribuzione della presenza straniera regolare per macroarea di provenienza non è omogenea nelle diverse regioni: i residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata nella PA di Bolzano (64,1%) e in Friuli Venezia Giulia (64,0%), mentre i residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (20,3% vs valore nazionale del 7,5%).

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 numerosità e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti.

La comunità di stranieri residenti più numerosa in Italia è quella rumena che assieme a quelle albanesi e marocchine costituiscono, ormai da anni, le tre cittadinanze più rappresentate, sia quando si considera la componente maschile che quella femminile. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di provenienza non sono molto marcate, ma si registrano delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spiccano le donne ucraine in molte delle regioni del Mezzogiorno (prima collettività in Campania), le donne provenienti dall'Ecuador in Liguria, i tunisini in Sicilia e i cinesi in Toscana. Nel Lazio la prima comunità per presenze è la Romania, sia per gli uomini che per le donne; come seconda e terza comunità troviamo, per gli uomini Bangladesh e India e, per le donne, Filippine e Ucraina.

Sempre dalla lettura della Tabella 2 emerge come in alcune regioni le prime tre comunità costituiscono una grossa quota del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità, con interessanti differenze anche tra il segmento maschile e quello femminile. A livello nazionale, le prime tre nazionalità (rumeni, albanesi e marocchini) rappresentano il 36,0% del totale degli uomini stranieri residenti e il 38,9% delle donne straniere residenti. In Valle d'Aosta le prime tre collettività straniere superano il 55% del totale degli stranieri residenti. Viceversa in Campania, dove le donne straniere delle prime tre collettività rappresentano il 47,5% delle presenze mentre soltanto il 31,6% degli uomini stranieri appartiene ad esse.

Le albanesi, le rumene e le tedesche, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 28,2% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per



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

chine e albanesi per le donne) rappresentano, rispettivamente, “solo” il 31,6% e il 30,0% degli stranieri residenti.

Tabella 1 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1° gennaio 2021

Regioni	Stranieri residenti	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza						Stranieri residenti/ totale residenti
		UE-28	Paesi europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	417,3	36,4	18,3	25,4	12,4	7,5	0,0	9,8
Valle d'Aosta	8,4	36,4	18,4	29,1	8,2	7,8	0,0	6,8
Lombardia	1.190,9	18,8	17,8	25,6	25,7	12,2	0,0	11,9
Bolzano-Bozen	56,5	34,7	29,4	13,3	18,3	4,2	0,0	10,6
Trento	49,3	30,8	30,9	17,5	14,9	5,9	0,0	9,1
Veneto	509,4	29,6	25,0	20,1	21,4	3,9	0,0	10,5
Friuli Venezia Giulia	114,9	33,5	30,5	13,4	17,7	4,7	0,1	9,6
Liguria	149,9	19,7	23,9	21,8	14,2	20,3	0,1	9,9
Emilia-Romagna	562,3	22,4	26,0	26,9	20,8	3,9	0,0	12,7
Toscana	425,9	23,8	23,1	15,8	30,7	6,5	0,1	11,5
Umbria	92,5	31,6	27,9	20,8	11,3	8,3	0,1	10,7
Marche	130,5	24,9	25,9	20,1	23,3	5,9	0,0	8,7
Lazio	635,6	37,9	13,1	12,6	28,3	8,1	0,1	11,1
Abruzzo	82,6	33,9	27,6	19,7	12,9	5,8	0,1	6,4
Molise	11,6	33,6	14,8	31,3	14,0	6,3	0,1	3,9
Campania	249,5	20,7	22,9	24,7	26,9	4,6	0,0	4,4
Puglia	134,4	30,3	21,7	25,2	19,7	3,2	0,0	3,4
Basilicata	22,0	40,0	16,2	25,8	14,9	3,1	0,0	4,0
Calabria	93,0	38,3	12,5	28,2	18,3	2,6	0,1	5,0
Sicilia	186,2	30,6	8,9	35,3	21,8	3,3	0,1	3,9
Sardegna	49,3	33,7	12,7	28,4	19,6	5,6	0,1	3,1
Italia	5.171,9	27,2	20,4	22,2	22,6	7,5	0,1	8,7

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.

Tabella 2 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e regione - Situazione al 1° gennaio 2021

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Femmine						
		Prima	Cittadinanza		Terza	Prima	Cittadinanza		Terza					
Piemonte	201,6	Rom	28,8	Mar	13,6	Alb	10,1	215,7	Rom	34,7	Mar	12,1	Alb	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	Rom	22,9	Mar	22,1	Alb	10,2	4,6	Rom	32,1	Mar	16,3	Alb	7,3
Lombardia	586,7	Rom	12,9	Egitto	10,5	Mar	8,2	604,2	Rom	15,2	Mar	7,5	Alb	7,3
Bolzano-Bozen	27,7	Alb	12,1	Pak	8,7	Ger	7,1	28,8	Alb	9,9	Rom	9,5	Ger	8,8
Trento	23,5	Rom	20,4	Alb	12,4	Pak	8,8	25,8	Rom	24,5	Alb	10,5	Ucr	7,3
Veneto	249,0	Rom	23,0	Mar	10,2	Cin	8,0	260,4	Rom	26,6	Mar	8,3	Mol	8,0
Friuli Venezia Giulia	56,6	Rom	19,9	Alb	8,6	Ban	6,2	58,3	Rom	24,4	Alb	8,2	Ucr	7,6
Liguria	74,0	Alb	15,7	Mar	12,1	Rom	11,1	75,9	Rom	15,2	Alb	13,7	Ecu	12,1
Emilia-Romagna	269,0	Rom	14,6	Mar	12,0	Alb	11,5	293,3	Rom	18,8	Mar	10,3	Alb	9,7
Toscana	204,6	Cin	18,6	Alb	15,0	Rom	13,8	221,4	Rom	20,7	Cin	16,1	Alb	12,9
Umbria	41,6	Rom	19,7	Alb	14,9	Mar	12,2	50,9	Rom	28,6	Alb	11,8	Mar	9,0
Marche	60,5	Rom	13,4	Alb	12,0	Mar	8,3	70,0	Rom	21,9	Alb	10,3	Mar	7,3
Lazio	307,9	Rom	27,7	Ban	9,8	India	6,7	327,7	Rom	32,9	Fil	7,9	Ucr	5,8
Abruzzo	38,7	Rom	21,9	Alb	14,4	Mar	11,8	43,8	Rom	29,9	Alb	12,3	Mar	8,1
Molise	5,8	Rom	17,9	Mar	13,7	Nig	6,9	5,8	Rom	32,4	Mar	11,4	Ucr	6,5
Campania	125,7	Mar	12,1	Rom	10,8	Ban	8,7	123,8	Ucr	24,6	Rom	16,2	SL	6,7
Puglia	68,9	Rom	16,3	Alb	15,9	Mar	8,8	65,5	Rom	28,4	Alb	16,4	Mar	6,9
Basilicata	11,2	Rom	26,2	Alb	10,8	Mar	8,9	10,8	Rom	42,6	Alb	10,5	Mar	8,3
Calabria	46,3	Rom	22,8	Mar	18,2	India	6,4	46,7	Rom	32,8	Mar	14,7	Ucr	9,2
Sicilia	98,2	Rom	18,3	Tun	14,5	Mar	9,1	88,0	Rom	32,0	Tun	8,2	Mar	7,8
Sardegna	23,3	Sen	15,8	Rom	14,8	Mar	10,5	26,0	Rom	29,9	Ucr	8,4	Mar	7,2
Italia	2524,6	Rom	18,1	Mar	9,1	Alb	8,8	2647,3	Rom	23,4	Alb	8,0	Mar	7,5

Legenda: Alb = Albania; Ban = Bangladesh; Cin = Repubblica popolare cinese; Ecu = Ecuador; Fil = Filippine; Ger = Germania; Mar = Marocco; Mol = Moldavia; Nig = Nigeria; Pak = Pakistan; Rom = Romania; Sen = Senegal; SL = Sri Lanka; Tun = Tunisia; Ucr = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.

**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, romena e albanese, da un altro si evidenzia la presenza di altre collettività il che rende la composizione territoriale particolarmente articolata.

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 successivo "Nati da cittadini stranieri" e al Capitolo "Popolazione"): è 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, per i quali viene proposta l'analisi delle macroaree di cittadinanza del nato. Per ulteriori approfondimenti su questo tema si riman-

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

Nati da un solo genitore cittadino straniero

Numeratore Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero
 Denominatore Iscritti in Anagrafe per nascita

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

Nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

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

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

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 né coloro che, pur se nati all'estero sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, nel corso del tempo hanno acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo. La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" evidenzia, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (almeno una 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

Negli ultimi decenni il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha contribuito notevolmente a innalzare i bassi livelli di fecondità registrati in Italia. Negli ultimi anni, però, tale contributo è andato scemando (vedi Indicatore "Fecondità della popolazione" nel Capitolo "Popolazione"). Dal 2012 al 2020 si è assistito ad un generale calo delle nascite, che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani che quelli con almeno un genitore straniero (1). Nonostante tale diminuzione in valore assoluto, nel 2020, un nato ogni cinque (20%) ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Quest'ultimo indicatore era pari a meno di un nato ogni dieci (7,3%) nel 2001. È possibile

osservare un analogo ritmo di crescita quando si considerano i nati con almeno il padre straniero: nel 2020 tale valore si attesta al 16,6% vs il 6,1% del 2001.

In Tabella 1 è riportata l'incidenza di nati da madre o padre stranieri, da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione. I nati da entrambi i genitori stranieri rappresentano circa il 14,8% delle nascite.

Si noti che tutti questi indicatori, dopo un periodo di forte crescita, risultano negli ultimi anni pressoché stazionari.

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 entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita (Tabella 1). Quindi, le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata, sono quelle del Nord ed in particolare Emilia-Romagna (24,5%), Lombardia (22,0%) e Liguria (21,6%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta, facendo registrare il valore minimo in Sardegna (4,1%).

A livello nazionale il 5,2% dei nati ha la madre straniera ed il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (1,9%).

Nella Tabella 2 è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la macroarea di provenienza degli stranieri che contribuiscono maggior-



mente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 19,9% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (Romania in testa), mentre il 18,4% 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 significativo (20,8%), così come quello dell'Asia (25,1%), in crescita rispetto agli ultimi anni. Il contributo alla natalità dei cittadini stranieri provenienti dalle altre macroaree è, a livello nazionale, assai ridotto.

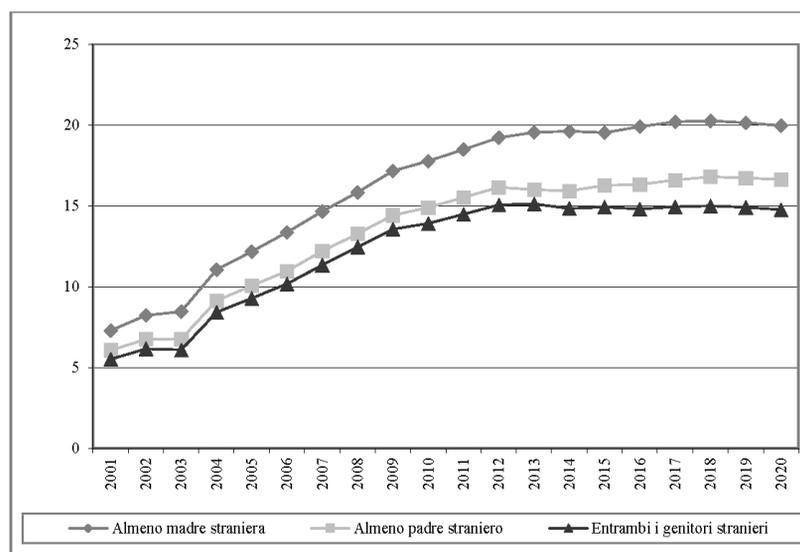
Tuttavia, il dato relativo all'Italia nel suo complesso non tiene conto della variabilità territoriale del fenomeno che emerge in maniera netta quando si analizzano i dati a livello regionale. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio e in Basilicata (31,4% e 30,1%, 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 (16,1%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,4%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano anch'essi il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci cittadinanze per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,2% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste è imputabile il 70,4% dei nati stranieri in Italia. Poco meno di un nato

straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena, dato in linea con l'atteso visto che i residenti provenienti dalla Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (20,8% 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 13,5% dei nati stranieri.

Se si considera la variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri nel periodo 2010-2020 emerge come la comunità che ha visto aumentare maggiormente le nascite è quella del Bangladesh (+63,5%), seguita da quella egiziana (+15,2%). Al contrario, sono diminuite nel decennio considerato le nascite da cittadini della comunità cinese (-50,4%), marocchina (-37,5%) e albanese (-29,3%). 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 può, 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 uno o tutti e due i genitori del nato hanno intrapreso e concluso il processo di acquisizione della cittadinanza italiana, automaticamente il nato viene escluso dal contingente in esame perché è cittadino italiano dalla nascita e il fenomeno è ampio dato che nel 2020 hanno acquisito la cittadinanza italiana oltre 130 mila stranieri (1).

Grafico 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2020



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.



Tabella 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2020

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,4	2,6	19,2	71,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	6,3	2,4	11,9	79,4
Lombardia	7,0	2,4	22,0	68,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,2</i>	<i>3,4</i>	<i>13,9</i>	<i>75,5</i>
<i>Trento</i>	<i>6,8</i>	<i>3,5</i>	<i>15,6</i>	<i>74,1</i>
Veneto	6,7	2,5	20,7	70,2
Friuli Venezia Giulia	6,4	3,1	18,2	72,3
Liguria	6,5	3,1	21,6	68,7
Emilia-Romagna	6,4	2,6	24,5	66,5
Toscana	6,3	2,4	19,3	72,0
Umbria	7,3	2,6	17,2	72,9
Marche	6,0	2,3	15,4	76,3
Lazio	5,2	2,0	15,2	77,6
Abruzzo	5,7	1,9	9,4	83,0
Molise	4,9	1,1	6,8	87,2
Campania	2,5	0,5	5,2	91,8
Puglia	2,5	0,8	5,6	91,1
Basilicata	3,7	0,8	6,2	89,4
Calabria	3,5	0,6	6,3	89,6
Sicilia	2,5	0,7	5,3	91,4
Sardegna	3,8	1,0	4,1	91,1
Italia	5,2	1,9	14,8	78,2

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.

Tabella 2 - Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2020

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	28,0	16,7	26,0	12,5	12,2	4,5	0,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19,6	13,0	54,3	3,3	7,6	2,2	0,0
Lombardia	14,2	14,5	25,9	10,0	27,4	7,9	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>12,6</i>	<i>33,4</i>	<i>13,2</i>	<i>8,4</i>	<i>28,3</i>	<i>4,0</i>	<i>0,1</i>
<i>Trento</i>	<i>23,4</i>	<i>28,0</i>	<i>14,2</i>	<i>9,2</i>	<i>22,7</i>	<i>2,4</i>	<i>0,2</i>
Veneto	26,4	21,0	15,5	11,9	23,7	1,4	0,1
Friuli Venezia Giulia	24,2	26,1	9,1	12,5	26,5	1,5	0,1
Liguria	11,5	22,7	22,9	7,2	19,5	16,1	0,1
Emilia-Romagna	16,9	21,2	22,7	14,7	22,8	1,7	0,1
Toscana	14,6	28,7	15,1	9,4	28,6	3,7	0,1
Umbria	22,6	26,7	21,6	12,6	12,3	4,3	0,0
Marche	11,2	24,5	18,4	12,6	30,7	2,5	0,1
Lazio	31,4	10,9	9,3	7,8	35,7	4,8	0,2
Abruzzo	20,2	28,6	23,8	12,3	12,5	2,6	0,0
Molise	15,5	13,8	27,6	26,7	15,5	0,9	0,0
Campania	16,0	15,1	20,2	13,6	32,8	2,3	0,0
Puglia	23,2	21,9	17,8	17,6	18,7	0,9	0,0
Basilicata	30,1	22,8	18,7	13,2	14,2	0,9	0,0
Calabria	25,6	6,6	33,9	12,6	20,5	0,8	0,1
Sicilia	20,7	9,9	32,0	11,4	25,0	0,8	0,2
Sardegna	18,0	13,3	17,5	20,7	29,6	0,9	0,0
Italia	19,9	18,4	20,8	11,3	25,1	4,4	0,1

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

381

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 (2010-2020) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2020*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2010-2020)
Romania	20,8	11.028	18,4	-23,1
Albania	8,4	6.521	10,9	-29,3
Marocco	8,3	8.046	13,5	-37,5
Cina Repubblica Popolare	6,4	2.553	4,3	-50,4
Ucraina	4,6	905	1,5	-8,2
India	3,2	2.958	4,9	3,6
Filippine	3,2	1.258	2,1	-24,2
Bangladesh	3,1	3.629	6,1	63,5
Egitto	2,7	2.704	4,5	15,2
Pakistan	2,6	2.480	4,1	7,1
Altra	36,8	17.710	29,6	-28,9
Totale	100,0	59.792	100,0	-23,4

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat. Anno 2021.

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 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 2020. Statistiche Report, 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/264643.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; 2008.



Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

Significato. L'emergenza sanitaria causata dal *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) ha determinato un forte aumento della pressione sulle strutture sanitarie e, in particolare, sugli Ospedali. Le risorse ospedaliere sono state impiegate in larga misura per garantire il trattamento dei pazienti COVID-19 e le prestazioni individuate dalla normativa come indifferibili¹. Per tutte le altre prestazioni si è determinata una ridotta accessibilità dei servizi ospedalieri, che ha

riguardato in modo differenziato i pazienti a seconda della gravità dei loro problemi di salute e della tipologia di cure di cui avevano bisogno.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, mediante il confronto dei dati di ospedalizzazione riferiti al 2020 con i dati del triennio precedente, si descrivono le prime evidenze dell'impatto della pandemia, con particolare riferimento alla popolazione immigrata.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di pazienti residenti in Italia per cittadinanza	
		x 1.000
Denominatore	Popolazione media residente in Italia per cittadinanza	

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

La qualità di questa fonte è costantemente migliorata nel tempo; tuttavia, 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.

Le cittadinanze sono classificate con riferimento sia ai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp), sia considerando le prime dieci cittadinanze per numero di residenti nel nostro Paese.

I tassi di ospedalizzazione sono calcolabili considerando solo le persone straniere residenti iscritte nelle liste anagrafiche comunali; sono esclusi gli stranieri presenti, ma non residenti, e coloro che non sono in regola con le norme di soggiorno. I residenti sono la componente 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.

I dati dell'Istituto Nazionale di Statistica relativi alla popolazione residente utilizzati al denominatore derivano dal Censimento permanente: i dati riferiti al 31 dicembre 2018 sono utilizzati per i tassi 2017-2019, mentre per i tassi 2020 è stato possibile calcolare la popolazione media 2020. I tassi standardizzati per età con il metodo diretto utilizzano come popolazione standard quella europea (Eurostat 2013).

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

Descrizione dei risultati

In Tabella 1 sono riportate le dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e la variazione percentuale del 2020 rispetto alla media del triennio precedente (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero.

Nel 2020 si sono registrati oltre 6,8 milioni di ricoveri, pari a -21,7% rispetto alla media del triennio 2017-2019 (Tabella 1). Il 6,1% dei ricoveri è relativo a stranieri provenienti dai Pfp, quota rimasta invariata dal 2017 (5,9%).

La diminuzione dei ricoveri nell'anno della pandemia è stata leggermente più contenuta per i Pfp (-19,5%), rispetto al totale, seppur con marcate differenze tra Paesi di provenienza: più consistente per Cina (-28,0%) e Romania (-24,3%), meno per India (-9,8%), Pakistan (-10,0%) ed Egitto (-12,0%). Per contro, un aumento dei ricoveri dell'11,2% si è registrato per i cittadini del Bangladesh.

Come era da attendersi, sono diminuiti prevalentemente i ricoveri in regime di Day Hospital (DH), la cui percentuale sulle degenze totali è passata dal 20,8% in media nel triennio 2017-2019 al 18,8% nel 2020. Nei Pfp le percentuali sono, rispettivamente, 19,5% e 17,6%.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione è passato da 144,4 per 1.000 abitanti nel triennio 2017-2019 a 113,9 per 1.000 nel 2020. Analoga diminuzione si è osservata tra italiani e Pfp, più marcata per i cittadini della Cina (-36,9%) e meno per quelli del Bangladesh (-1,6%).

¹ Circolari del Ministero della Salute del 16 marzo 2020, 25 marzo 2020 e 30 marzo 2020.



In genere, i cittadini provenienti dai Pfp_m mostrano un minore ricorso all'ospedalizzazione rispetto agli italiani verosimilmente per la diversa struttura demografica, come dimostrato dai tassi standardizzati per età (Tabella 2), la cui distanza è attenuata rispetto ai tassi grezzi: 74,8 in regime di Ricovero Ordinario (RO) per 1.000 residenti tra i Pfp_m vs 87,3 per 1.000 tra gli italiani nel 2020, mentre per i DH il *gap* è più ampio (Pfp_m 14,1 vs 21,4 per 1.000 italiani). Il divario rimane invariato rispetto al triennio precedente.

Prendendo in considerazione il genere, si osservano differenze contenute nei tassi delle donne: 102,1 per 1.000 tra quelle provenienti dai Pfp_m vs 110,0 per 1.000 tra le italiane. Di contro, le donne provenienti dall'Egitto hanno un'ospedalizzazione (174,4 per 1.000) significativamente più elevata delle italiane, come anche le pakistane (144,4 per 1.000), le bengalesi (130,5 per 1.000), le marocchine (118,8 per 1.000) e le albanesi (117,1 per 1.000). Per quanto riguarda gli uomini, nel 2020 i tassi standardizzati degli stranieri sono significativamente più bassi rispetto a quelli degli italiani (rispettivamente, 82,5 vs 109,7 per 1.000). Anche in questo caso, fanno eccezione i cittadini egiziani con un tasso quasi doppio rispetto agli italiani (199,8 per 1.000).

Con riferimento alla media del triennio precedente, la riduzione dell'ospedalizzazione nel 2020 è stata analoga sia per genere che per cittadinanza.

La Tabella 3 riporta la distribuzione dei ricoveri e dei tassi di ospedalizzazione per cittadinanza e regione di residenza: nel 2020, la quota di ricoveri relativi a stranieri Pfp_m è più elevata nelle regioni del Centro-Nord (con un picco di 8,6% in Emilia-Romagna) e più bassa al Meridione, in linea con la diversa distribuzione della popolazione straniera residente nel territorio, con un andamento stabile nel tempo.

La diminuzione di tassi standardizzati di ospedalizzazione nel 2020 rispetto alla media del triennio precedente è stata più contenuta in Veneto (-14,8% nei Pfp_m, -15,9% negli italiani), mentre molte regioni del Mezzogiorno (Campania, Puglia, Basilicata e Calabria), benché siano state meno colpite dalla prima ondata del COVID-19, hanno fatto registrare le diminuzioni più forti, sia per gli stranieri Pfp_m sia per gli italiani. Una riduzione significativa dei tassi dei Pfp_m si è registrata anche in Toscana (Pfp_m -24,1%) e in Umbria (Pfp_m -24,8%).

Il Grafico 1 riporta i tassi di ospedalizzazione in regime di RO, distinti per genere, classe di età e cittadinanza. Negli uomini, i tassi specifici mostrano livelli di ospedalizzazione simili tra stranieri Pfp_m e italiani nelle classi di età più giovani, mentre, al di sopra dei 65 anni, le curve tendono a divaricarsi, con valori costantemente più bassi per i Pfp_m. Nelle donne, si osserva un andamento simile a quello osservato per gli uomini, ad eccezione dell'età riproduttiva (15-49 anni), in cui i valori per le straniere Pfp_m sono costan-

temente più elevati, e con picco anticipato rispetto alle italiane, in ragione del maggior numero di eventi connessi alla maternità.

Per quanto riguarda le cause di ricovero, l'analisi per diagnosi principale consente di cogliere alcuni effetti dell'emergenza sanitaria da COVID-19. I RO di pazienti maggiorenni per malattie dell'apparato respiratorio sono gli unici a far registrare un incremento nel 2020 rispetto al triennio 2017-2019, sebbene con intensità diversa per genere e cittadinanza (Tabella 4). Negli uomini Pfp_m di età ≥ 18 anni, il tasso standardizzato è aumentato del 40,5% (da 9,94 a 13,97 per 1.000) e nelle donne del 25,8% (da 6,50 a 8,18 per 1.000). Tra gli italiani, invece, gli incrementi sono stati più contenuti: +15,6% negli uomini (da 11,53 a 13,33 per 1.000) e solo del +2,9% nelle donne (da 7,24 a 7,45 per 1.000). Questi incrementi hanno determinato un avvicinamento dei tassi di ospedalizzazione per malattie respiratorie a quelli relativi alle malattie del sistema circolatorio, 1^a causa di ricovero in RO in entrambi i generi e in entrambe le cittadinanze; per queste malattie si è osservata una forte riduzione dei tassi, compresa tra il 23-26% a seconda del genere e della cittadinanza. I tumori sono la 3^a causa di ricovero, ma i tassi standardizzati in RO per gli stranieri Pfp_m sono più bassi di quelli degli italiani: rispettivamente, 7,35 e 10,97 per 1.000 per gli uomini, 6,99 e 10,24 per 1.000 per le donne. La diminuzione dell'ospedalizzazione per tumori è stata più contenuta rispetto alle malattie del sistema circolatorio, ma comunque significativa in entrambi i generi e pari negli uomini a -19,8% per gli stranieri Pfp_m e a -15,4% per gli italiani. Le malattie dell'apparato digerente, 4^a causa di ricovero (e 5^a tra le italiane nel 2020, dietro ai traumatismi) per gli uomini hanno subito una riduzione dei tassi di ospedalizzazione in RO di circa il 27% sia tra gli stranieri da Pfp_m che tra gli italiani.

In generale, i tassi in RO degli stranieri da Pfp_m tendono a essere più bassi rispetto agli italiani, eccetto che per le malattie infettive, per le malattie del sangue e organi ematopoietici e per le malattie dell'apparato respiratorio. Si conferma, inoltre, l'elevata frequenza di ricoveri di donne Pfp_m per eventi legati alla gravidanza e al parto: 33,97 per 1.000 donne residenti Pfp_m vs 21,95 per 1.000 donne italiane.

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di DH (Tabella 5), il ricorso all'ospedalizzazione tra gli uomini è più frequente negli italiani rispetto agli uomini Pfp_m per tutti i gruppi di diagnosi principale, mentre tra le donne si ricoverano maggiormente le straniere, oltre che per motivi legati alla salute riproduttiva (con particolare riferimento alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza-IVG), anche per le malattie infettive.

Come già osservato in precedenza, le diminuzioni registrate per il DH sono state più consistenti rispetto ai RO. Le variazioni tra 2020 e triennio 2017-2019



sono di segno negativo per tutte le diagnosi principali riferite ai ricoveri di maggiorenni. La riduzione più contenuta si è osservata per l'area della salute riproduttiva: il tasso standardizzato per le donne di età ≥ 18 anni è passato da 8,30 a 6,90 per 1.000 nelle straniere Pfpn e da 3,82 a 3,39 nelle italiane. Tra gli uomini, invece, il calo dell'ospedalizzazione è stato meno for-

te per i tumori, i traumatismi e le malattie del sangue e degli organi ematopoietici. In particolare, i tumori rimangono nel 2020 tra le prime cause di ricovero in entrambi i generi sia per i Pfpn che per gli italiani. Negli uomini sono rilevanti anche i ricoveri in DH per malattie dell'apparato digerente, mentre nelle donne i ricoveri per malattie dell'apparato genito-urinario.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2020

Cittadinanza e regime di ricovero	Valori assoluti				Δ % 2020 rispetto media (2017-2019)	Tassi grezzi	
	2017	2018	2019	2020		Media (2017-2019)	2020
Totale	8.878.227	8.698.057	8.533.818	6.815.929	-21,7	144,4	113,9
Ricoveri Ordinari	7.020.781	6.897.132	6.748.724	5.535.660	-19,6	114,2	92,5
Day Hospital	1.857.446	1.800.925	1.785.094	1.280.269	-29,4	30,2	21,4
Italiani	8.304.136	8.129.525	7.980.375	6.363.619	-21,8	148,3	117,0
Ricoveri Ordinari	6.556.652	6.436.550	6.303.305	5.162.976	-19,7	117,2	95,0
Day Hospital	1.747.484	1.692.975	1.677.070	1.200.643	-29,6	31,1	22,1
Pfpn	526.186	522.165	506.716	417.491	-19,5	98,8	79,1
Ricoveri Ordinari	424.288	421.408	406.543	343.968	-17,6	79,3	65,0
Day Hospital	101.898	100.757	100.173	73.523	-27,2	19,5	14,1
<i>Prime 10 cittadinanze</i>							
Romania	109.184	105.700	99.573	79.329	-24,3	85,3	67,1
Albania	58.177	59.674	59.555	47.060	-20,4	125,0	100,2
Marocco	54.733	54.914	53.695	44.046	-19,1	128,3	100,0
Cina	20.376	18.186	17.800	13.519	-28,0	61,8	39,0
Ucraina	21.863	21.791	21.686	17.184	-21,1	81,8	64,6
India	14.262	15.546	15.654	13.664	-9,8	99,7	83,0
Filippine	9.843	10.140	9.413	8.153	-16,8	60,6	49,3
Bangladesh	11.646	12.881	13.284	14.015	11,2	92,2	90,7
Egitto	12.182	12.567	12.905	11.042	-12,0	100,8	79,7
Pakistan	12.782	12.535	14.076	11.817	-10,0	107,2	87,4

Pfpn = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.

Tabella 2 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2020

Cittadinanza e regime di ricovero	Media (2017-2019)			2020		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Totale	138,5	140,2	138,0	108,4	110,0	108,0
Ricoveri Ordinari	109,6	109,4	108,3	88,2	87,9	87,1
Day Hospital	29,0	30,8	29,7	20,2	22,1	21,0
Italiani	140,4	140,3	139,1	109,7	110,0	108,7
Ricoveri Ordinari	110,5	109,1	108,7	88,9	87,6	87,3
Day Hospital	29,8	31,3	30,3	20,8	22,4	21,4
Pfpn	103,2	126,7	111,1	82,5	102,1	88,8
Ricoveri Ordinari	86,7	103,4	91,7	70,8	84,9	74,8
Day Hospital	16,5	23,3	19,4	11,8	17,3	14,1
<i>Prime 10 cittadinanze</i>						
Romania	101,1	111,6	103,3	87,2	89,6	84,0
Albania	118,3	144,5	130,9	92,3	117,1	104,4
Marocco	98,1	149,4	122,8	78,0	118,8	97,5
Cina	51,1	81,8	67,0	34,5	53,3	44,3
Ucraina	95,3	102,5	95,9	71,3	81,4	74,8
India	93,8	124,5	104,6	75,1	109,8	89,0
Filippine	57,7	78,6	68,8	50,5	63,2	56,2
Bangladesh	89,9	128,6	96,6	78,9	130,5	94,9
Egitto	245,4	248,4	235,0	199,8	174,4	173,4
Pakistan	116,6	173,1	129,4	91,1	144,4	103,9

Pfpn = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

385

Tabella 3 - Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anno 2020

Regioni	Media (2017-2019)			2020		
	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std Italiani	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std Italiani
Piemonte	7,1	116,5	131,5	7,4	96,3	104,5
Valle d'Aosta	4,8	142,4	157,9	4,7	117,6	121,0
Lombardia	7,7	104,4	131,5	7,9	82,6	102,0
Bolzano-Bozen	6,3	133,1	155,9	6,6	105,8	127,8
Trento	6,8	137,1	142,8	7,1	115,6	115,8
Veneto	7,7	112,6	126,8	7,8	96,0	106,7
Friuli Venezia Giulia	6,7	126,7	131,1	6,9	103,0	110,1
Liguria	6,0	129,1	153,9	6,7	103,7	119,0
Emilia-Romagna	8,5	119,5	141,2	8,6	97,8	116,1
Toscana	7,0	113,2	132,4	7,0	85,9	108,0
Umbria	7,2	126,9	142,4	7,1	95,5	112,1
Marche	6,8	136,0	140,8	6,8	109,9	112,5
Lazio	6,9	133,8	149,4	6,8	105,2	122,7
Abruzzo	4,3	121,7	145,7	4,3	95,3	114,1
Molise*	-	-	-	-	-	-
Campania	1,6	76,6	160,8	1,7	58,7	113,5
Puglia	1,9	91,9	129,6	2,0	69,0	95,3
Basilicata	2,1	89,6	137,4	2,1	66,3	100,0
Calabria	2,8	78,2	135,5	2,7	55,1	94,6
Sicilia	1,7	78,0	127,7	1,7	61,8	99,9
Sardegna*	-	-	-	-	-	-
Italia*	5,7	112,4	138,8	5,9	89,7	108,6

*I dati di queste regioni presentano delle anomalie dovute a problemi di qualità nella codifica della cittadinanza. Il dato Italia è al netto dei dati di queste regioni.

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.

Grafico 1 - Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Media 2017-2019, anno 2020

Maschi

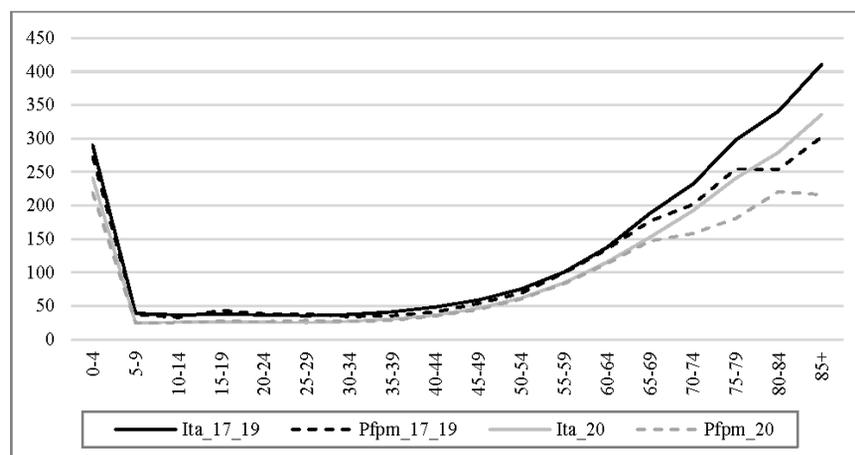
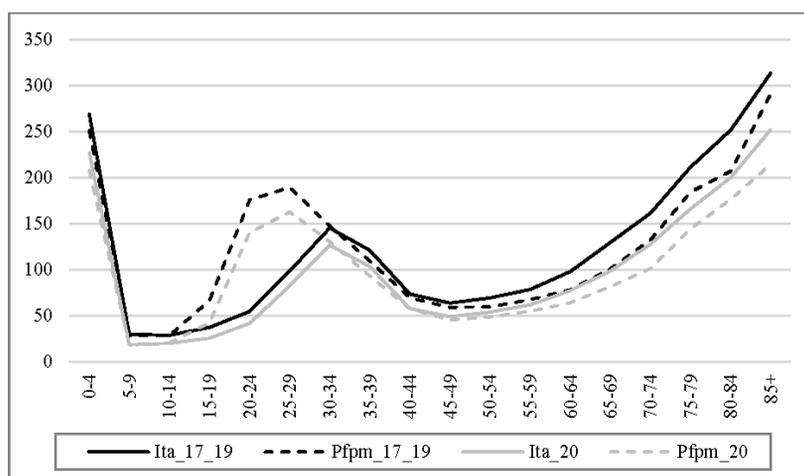


Grafico 1 - (segue) Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Media 2017-2019, anno 2020**Femmine**

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.

Tabella 4 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2020

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfpm Media (2017-2019)	2020	Tassi std italiani Media (2017-2019)	2020	Tassi std Pfpm Media (2017-2019)	2020	Tassi std Italiani Media (2017-2019)	2020
I - Malattie infettive e parassitarie	3,08	2,58	2,21	1,84	1,92	1,77	1,51	1,28
II - Tumori	9,16	7,35	12,96	10,97	8,68	6,99	11,97	10,24
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,66	1,1	2,02	1,41	2,02	1,4	3,04	2,1
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,74	0,76	0,89	0,68	0,87	0,66	0,85	0,62
V - Disturbi psichici	1,93	1,5	3,25	2,5	1,93	1,74	2,93	2,26
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3,07	2,26	4,07	2,82	2,44	1,67	3,47	2,31
VII - Malattie sistema circolatorio	19,94	14,8	25,62	19,77	11,22	8,39	13,63	10,17
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,94	13,97	11,53	13,33	6,5	8,18	7,24	7,45
IX - Malattie apparato digerente	9,79	7,18	12,19	8,95	8,73	6,13	9	6,42
X - Malattie apparato genito-urinario	6,11	4,4	8,42	6,46	6,68	4,62	7,35	5,24
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	38,17	33,97	23,96	21,95
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,65	0,42	0,93	0,58	0,41	0,28	0,65	0,38
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	4,6	3,02	8,06	5,82	5,54	3,66	8,58	5,83
XIV - Malformazioni congenite	0,32	0,25	0,59	0,44	0,39	0,26	0,73	0,53
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,01	0	0,01	0	0,02	0,02	0,02	0,02
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,86	1,91	3,77	2,52	2,37	1,6	2,89	1,85
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	7,68	6,24	10,35	8,38	5,98	4,92	9,14	7,66
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,05	2,89	5,45	4,2	4,69	3,51	6,06	4,49
Totale	85,58	70,64	112,32	90,66	108,55	89,78	113,02	90,81

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.



Tabella 5 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Day Hospital per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2020

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfp		Tassi std italiani		Tassi std Pfp		Tassi std Italiani	
	Media (2017-2019)	2020	Media (2017-2019)	2020	Media (2017-2019)	2020	Media (2017-2019)	2020
I - Malattie infettive e parassitarie	0,33	0,22	0,42	0,32	0,29	0,23	0,23	0,15
II - Tumori	2,08	1,70	4,23	3,21	2,20	1,63	4,00	2,95
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	0,20	0,14	0,53	0,35	0,22	0,15	0,64	0,38
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,18	0,18	0,45	0,37	0,22	0,17	0,52	0,42
V - Disturbi psichici	0,08	0,05	0,27	0,18	0,12	0,08	0,34	0,23
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	1,89	1,22	3,26	2,24	1,55	0,99	2,94	1,97
VII - Malattie sistema circolatorio	1,32	0,78	2,54	1,59	1,23	0,71	1,63	0,94
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	0,49	0,32	1,07	0,66	0,39	0,28	0,75	0,45
IX - Malattie apparato digerente	2,56	1,41	4,32	2,57	0,99	0,59	1,79	1,05
X - Malattie apparato genito-urinario	0,96	0,61	2,17	1,34	4,11	2,63	6,67	4,55
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	8,30	6,90	3,82	3,39
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,32	0,22	0,94	0,57	0,21	0,10	0,54	0,30
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	1,21	0,75	2,87	2,05	1,63	1,11	3,42	2,26
XIV - Malformazioni congenite	0,08	0,05	0,23	0,15	0,14	0,09	0,30	0,22
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	-	0,01	0,00	0,00	0,00
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0,18	0,12	0,45	0,29	0,17	0,14	0,34	0,22
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	0,77	0,63	1,20	0,91	0,47	0,36	0,80	0,57
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2,63	2,36	4,33	3,76	2,80	2,34	4,39	3,75
Totale	15,28	10,76	29,29	20,57	25,06	18,52	33,12	23,80

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi delle SDO conferma una minore ospedalizzazione degli immigrati rispetto agli italiani, fenomeno questo già ampiamente documentato negli anni precedenti.

Tale divario può essere ricondotto tanto a una condizione di salute complessivamente migliore da parte della popolazione immigrata (anche in relazione alla struttura per età e all'effetto "migrante sano" che opera come selettore naturale sulle persone al momento della partenza), quanto a dinamiche di accesso ai servizi (con particolare riferimento alla persistenza di barriere burocratiche e linguistico-culturali).

L'impatto del COVID-19 in termini di riduzione dei ricoveri sembra essere stato più contenuto per gli immigrati rispetto agli italiani, forse anche in relazio-

ne al fatto che gli stranieri tendenzialmente fanno ricorso ai servizi ospedalieri per condizioni maggiormente legate all'urgenza (come i parti per le donne e i traumatismi per gli uomini in regime di RO) o solo parzialmente procrastinabili (come le IVG in regime di DH).

Rispetto alla qualità dei dati SDO, si segnalano persistenti criticità in alcune regioni legate alla corretta compilazione dei campi relativi alla cittadinanza, che impattano sul calcolo degli indici di ospedalizzazione. Inoltre, la scarsa o scorretta compilazione riduce la possibilità d'identificazione degli stranieri non in regola con le norme di soggiorno e, di fatto, impedisce di svolgere analisi sui bisogni sanitari di questo specifico sottogruppo di popolazione, che sarebbero particolarmente utili per finalità di salute pubblica.



Ospedalizzazione per ricoveri ostetrici delle donne straniere in Italia

Significato. Gli indicatori proposti consentono di monitorare i bisogni di salute delle donne straniere in età fertile provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) in un'ottica di monitoraggio della salute riproduttiva.

I tassi di ospedalizzazione e la proporzione dei ricoveri ostetrici per tipologia di ricovero forniscono una misura degli eventi ostetrici; l'analisi regionale mostra eventuali differenze geografiche.

Proporzione di ricoveri ostetrici di donne in età fertile

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile nella regione <i>i</i> per cittadinanza	
Denominatore	Dimissioni ospedaliere di donne in età fertile nella regione <i>i</i> per cittadinanza	x 100

Proporzione di ricoveri ostetrici di donne in età fertile per tipologia di ricovero

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile nella regione <i>i</i> per tipologia di ricovero e cittadinanza	
Denominatore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile nella regione <i>i</i> per cittadinanza	x 100

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

Numeratore	Dimissioni ospedaliere per ricoveri ostetrici di donne in età fertile nella regione <i>i</i> per cittadinanza	
Denominatore	Popolazione media femminile in età fertile residente nella regione <i>i</i> per cittadinanza	x 100

Validità e limiti. Per il calcolo degli indicatori sono state utilizzate le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative ai ricoveri ostetrici (1) identificati selezionando le dimissioni ospedaliere con codici *Diagnosis Related Group* (DRG) da 370 a 384 per i ricoveri ostetrici e codici DRG da 370 a 375 per i parti. Per individuare le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e gli Aborti Spontanei (AS) viene utilizzata l'informazione contenuta nella variabile "diagnosi principale" selezionando, rispettivamente, le dimissioni con i codici ICD-9-CM 635 (e sottovoci) e quelle con codici 632 e 634 (e sottovoci). Gli indicatori sono calcolati considerando età fertile quella compresa tra 15-49 anni.

Le donne straniere sono tutte quelle con cittadinanza valida e diversa da quella italiana provenienti da Pfp. Le dimissioni ospedaliere di donne straniere provenienti da Pfp nelle regioni Molise, Campania e Sardegna presentano scostamenti elevati dal dato medio nazionale e dai valori delle altre regioni, per esigua numerosità degli eventi con dato sulla cittadinanza codificato correttamente. Per questo motivo nel calcolo relativo al totale Italia alcuni indicatori sono stati calcolati escludendo i dati di queste regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. La proporzione dei ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri femminili,

la proporzione dei ricoveri ostetrici per tipologia di ricovero e i tassi di ospedalizzazione delle donne straniere provenienti da Pfp in età fertile sono confrontati con gli stessi indicatori riferiti alle donne italiane di pari età.

Descrizione dei risultati

Nel 2020 i ricoveri ostetrici di donne straniere provenienti da Pfp in età fertile (15-49 anni) rappresentano il 65,3% di tutti i ricoveri ospedalieri delle donne straniere Pfp di pari età. Per le italiane nello stesso anno i ricoveri ostetrici costituiscono il 45,3% dei ricoveri totali di donne di età 15-49 anni (Tabella 1). L'analisi territoriale rileva per le donne straniere provenienti da Pfp una maggiore proporzione di ricoveri ostetrici in Sicilia, Basilicata e Piemonte dove circa sette ricoveri su dieci sono con diagnosi ostetrica. Per le donne italiane i ricoveri ostetrici sono più della metà dei ricoveri complessivi in Basilicata, Calabria, Sicilia, Puglia e PA di Bolzano.

La diminuzione dei ricoveri ostetrici registrata tra il 2019 e il 2020 è in linea con quella osservata nell'anno precedente, sia per le donne straniere Pfp che per le italiane: per le prime la variazione tra 2019 e 2020 è pari a -9,3%, (-9,6% tra 2018 e 2019, dato non presente in tabella); per le seconde la variazione è pari a -5,8% (-5,3% tra 2018 e 2019, dato non presente in



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

389

tabella). In tutte le regioni, per le donne straniere Pfp, si registrano variazioni percentuali di segno negativo, più consistenti in Calabria (-20,1%), Toscana (-16,6%) e Sicilia (-16,2%). Anche per le donne italiane si registrano variazioni percentuali di segno negativo in tutte le regioni, ad eccezione del Lazio nel quale si osserva un incremento dei ricoveri ostetrici pari al 3,2%.

Considerando la tipologia di ricoveri ostetrici, per le donne straniere Pfp il 66,8% è per il parto, il 15,7% per le IVG e il 6,7% per l'AS. Nelle donne italiane di pari età è più bassa la quota di IVG (10,7%) e sono più elevate quelle per parto (71,9%) e AS (7,9%) (Tabella 2). Il parto è la tipologia di ricovero ostetrico più frequente tra le donne straniere Pfp in Valle d'Aosta, PA di Trento, Puglia e Basilicata, dove riguarda sette donne su dieci. In Piemonte, Toscana e Liguria circa un ricovero ostetrico su cinque è dovuto ad una IVG. In Molise si osserva la maggior percentuale di ricoveri ostetrici per AS, circa uno su dieci. Tra le donne italiane la maggior proporzione di ricoveri ostetrici per parto si rilevano nella PA di Trento (78,1%), PA di Bolzano (76,1%), Basilicata (75,4%) e Puglia (75,3%); per IVG in Piemonte (16,3%) e Liguria (15,7%) e per AS in Friuli Venezia Giulia (10,2%).

Nel 2020 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri ostetrici di donne straniere Pfp è circa due volte

quello delle donne italiane: 76,0 ricoveri ostetrici per 1.000 donne residenti in età fertile vs 41,0 per 1.000, nonostante la maggior diminuzione registrata rispetto all'anno precedente (Tabella 3). A livello regionale i tassi di ospedalizzazione delle donne straniere Pfp sono più elevati nella PA di Bolzano (95,3 per 1.000), nelle Marche (89,0 per 1.000) e in Piemonte (86,9 per 1.000). Per le donne italiane i tassi più elevati si rilevano nella PA di Bolzano e Sicilia con valori, rispettivamente, pari a 53,6 e 47,8 per 1.000 donne residenti di età 15-49 anni. Il divario dei tassi per ricoveri ostetrici tra donne straniere e donne italiane riflette un gradiente territoriale Nord-Sud ed Isole: è più elevato nelle unità territoriali settentrionali e tende a ridursi in quelle meridionali. Marche, Emilia-Romagna, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Piemonte e PA di Trento presentano tassi di ospedalizzazione delle donne straniere più che doppi rispetto ai corrispondenti tassi di ospedalizzazione delle donne italiane.

L'età modale delle donne straniere Pfp è la classe di età 25-29 anni, con 154,6 ricoveri per 1.000 donne residenti, seguita dalla classe di età 20-24 anni con 127,2 per 1.000 e dalla classe di età 30-34 con 123,2 per 1.000. Nelle donne italiane l'età modale è, invece, la classe di età 30-34 anni (108,4 per 1.000), seguita dalla classe di età 35-39 anni (81,2 per 1.000) e dalla classe di età 25-29 anni (64,7 per 1.000) (Grafico 1).

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e valori per 100) ospedaliere per ricoveri ostetrici delle donne in età fertile (15-49 anni) e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regione di dimissione - Anni 2019-2020

Regioni	Dimissioni				% sul totale dei ricoveri di donne in età fertile			
	Italiane		Straniere Pfp		Italiane		Straniere Pfp	
	2020	Δ % rispetto 2019°	2020	Δ % rispetto 2019°	2019	2020	2019	2020
Piemonte	28.384	-5,2	11.016	-7,1	40,0	47,4	62,1	68,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	815	-8,5	181	-15,4	31,9	38,3	45,1	54,4
Lombardia	66.972	-8,4	26.426	-9,8	34,2	42,4	61,1	67,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5.246</i>	<i>-4,7</i>	<i>1.403</i>	<i>-8,4</i>	<i>46,9</i>	<i>51,6</i>	<i>60,9</i>	<i>66,6</i>
<i>Trento</i>	<i>3.726</i>	<i>-6,2</i>	<i>1.249</i>	<i>-8,2</i>	<i>41,9</i>	<i>48,1</i>	<i>59,5</i>	<i>65,9</i>
Veneto	31.368	-5,1	12.824	-7,2	39,2	43,8	62,5	66,0
Friuli Venezia Giulia	8.101	-4,4	2.672	-5,5	39,5	44,9	57,2	61,4
Liguria	8.896	-5,1	3.528	-8,2	32,8	39,7	56,6	61,9
Emilia-Romagna	28.226	-5,8	13.940	-9,5	33,7	40,1	60,8	64,8
Toscana	24.301	-5,8	9.117	-16,6	39,9	45,8	62,7	66,4
Umbria	5.860	-7,7	2.063	-13,6	39,8	45,9	55,8	60,3
Marche	9.287	-7,7	3.458	-10,5	38,1	43,1	58,0	63,1
Lazio	42.804	3,2	11.666	-1,9	34,0	39,2	55,7	60,4
Abruzzo	9.554	-1,0	1.899	-8,1	41,0	47,1	55,8	61,8
Molise*	1.940	-	270	-	-	39,0	-	71,4
Campania*	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	31.926	-9,2	2.705	-10,6	47,5	53,3	61,1	65,9
Basilicata	4.590	-3,2	506	-6,3	46,1	57,1	61,2	69,2
Calabria	14.413	-14,7	1.589	-20,1	48,9	54,9	63,8	65,8
Sicilia	46.423	-6,0	2.955	-16,2	47,9	53,7	67,7	69,7
Sardegna*	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	372.832	-5,8	109.467	-9,3	39,0	45,3	60,5	65,3

*I dati del Molise, Campania e Sardegna presentano delle anomalie nella codifica della cittadinanza, pertanto il dato riferito all'Italia è al netto di queste regioni.

°La variazione percentuale per l'Italia è calcolata escludendo i dati del Molise, Campania e Sardegna.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.



Tabella 2 - Dimissioni (valori per 100) ospedaliere per tipologia di ricovero ostetrico di donne in età fertile (15-49 anni) per cittadinanza e regione di dimissione - Anni 2019-2020

Regioni	Parti		Italiane IVG		AS		Parti		Straniere Pfp		AS	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Piemonte	65,6	67,7	16,9	16,3	8,0	7,4	61,7	63,4	21,1	20,4	6,6	6,5
Valle d'Aosta	71,6	73,9	13,9	11,2	5,4	5,6	72,4	74,0	13,1	14,4	3,7	4,4
Lombardia	71,8	73,6	10,7	10,3	7,0	6,6	66,9	69,7	15,2	14,5	6,4	5,7
Bolzano-Bozen	73,9	76,1	6,0	6,3	8,5	7,4	67,3	66,9	12,0	13,8	7,5	7,6
Trento	76,1	78,1	10,3	10,1	3,6	3,0	68,6	73,8	16,1	13,7	3,0	2,2
Veneto	70,3	72,3	8,0	8,2	9,1	8,7	66,3	69,5	12,2	11,7	7,8	7,2
Friuli Venezia Giulia	67,1	67,8	12,4	11,9	10,2	10,2	64,4	65,9	14,8	14,8	8,0	7,7
Liguria	65,6	68,3	15,1	15,7	9,4	8,6	58,3	65,0	21,1	18,9	8,3	6,6
Emilia-Romagna	68,7	71,3	13,5	13,3	8,1	7,5	66,0	68,1	16,5	16,7	6,5	6,0
Toscana	64,7	68,4	12,1	12,5	9,4	8,6	58,4	61,5	18,7	19,3	7,3	6,9
Umbria	71,0	72,2	10,2	11,7	7,5	7,3	61,4	65,4	17,6	16,1	7,0	6,1
Marche	68,0	71,7	8,9	8,7	8,9	7,6	62,4	64,0	14,1	15,0	7,2	7,3
Lazio	64,5	68,3	13,1	12,7	9,9	9,3	59,1	62,7	17,5	17,5	8,7	8,3
Abruzzo	67,6	71,2	11,8	10,9	10,1	8,7	63,2	64,8	15,8	15,7	9,0	8,0
Molise*	-	67,9	-	10,9	-	9,1	-	54,4	-	18,9	-	9,6
Campania*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	71,4	75,3	6,2	6,3	6,0	5,9	65,2	72,0	7,0	5,6	7,0	7,4
Basilicata	69,3	75,4	8,9	8,1	11,4	9,3	60,4	70,4	14,1	11,9	9,3	8,1
Calabria	71,1	74,5	8,6	6,6	9,0	9,0	65,5	69,9	14,3	12,1	8,5	8,6
Sicilia	72,0	74,2	9,7	8,9	9,5	9,0	65,4	68,8	15,0	13,6	8,5	9,0
Sardegna*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia*	69,3	71,9	10,9	10,7	8,4	7,9	63,9	66,8	16,1	15,7	7,2	6,7

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

*I dati di queste regioni presentano delle anomalie dovute a problemi di qualità nella codifica della cittadinanza. Il dato Italia è al netto dei dati di queste regioni.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori per 1.000) per ricoveri ostetrici delle donne in età fertile (15-49 anni) per cittadinanza e regione di residenza - Anni 2019-2020

Regioni	Italiane		Straniere Pfp	
	2019	2020	2019	2020
Piemonte	42,2	40,6	92,4	86,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	41,7	38,5	91,5	70,7
Lombardia	42,6	39,7	84,2	75,0
Bolzano-Bozen	54,8	53,6	108,5	95,3
Trento	42,8	40,2	94,3	82,0
Veneto	40,3	38,8	90,5	83,9
Friuli Venezia Giulia	40,3	39,3	90,9	85,2
Liguria	40,1	39,3	94,8	85,5
Emilia-Romagna	39,3	37,8	92,8	83,3
Toscana	41,2	39,4	88,0	73,3
Umbria	40,0	37,8	77,6	70,3
Marche	39,5	37,5	98,8	89,0
Lazio	40,6	42,5	64,3	64,0
Abruzzo	41,5	41,3	82,7	79,1
Molise*	-	41,5	-	80,9
Campania*	-	-	-	-
Puglia	43,6	40,4	70,5	64,5
Basilicata	42,9	40,2	70,6	67,8
Calabria	47,4	42,0	65,1	55,1
Sicilia	49,7	47,8	61,0	53,5
Sardegna*	-	-	-	-
Italia*	42,7	41,0	83,5	76,0

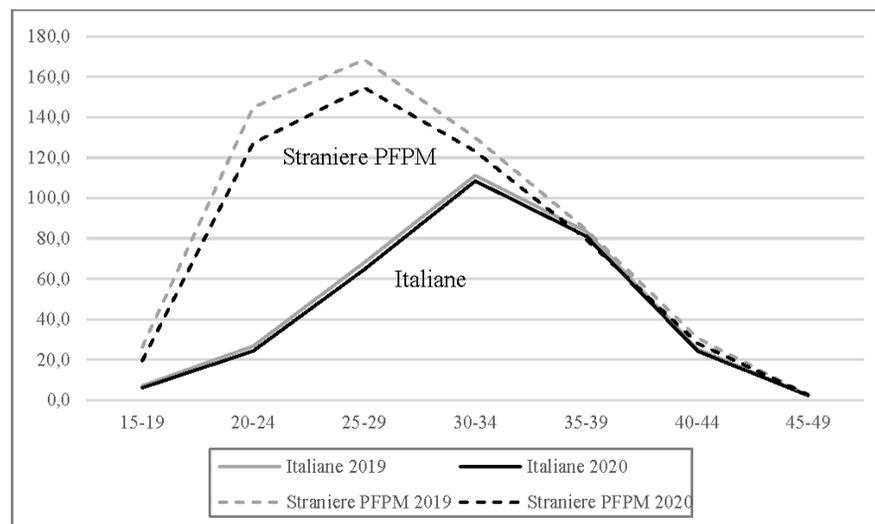
Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

*I dati di Molise, Campania e Sardegna presentano delle anomalie nella codifica della cittadinanza, pertanto il dato riferito all'Italia è al netto di queste regioni.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2021.



Grafico 1 - Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere per ricoveri ostetrici delle donne in età fertile (15-49 anni) per classe di età e cittadinanza - Anni 2019-2020*



*Sono esclusi i dati di Molise, Campania e Sardegna per il 2019 e di Campania e Sardegna per il 2020 perchè presentano delle anomalie nella codifica della cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati del Ministero della Salute, SDO. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

I motivi ostetrici costituiscono una delle principali cause di ricovero con il valore di 48,7% di tutti i ricoveri di donne in età fertile.

Gli indicatori relativi all'utilizzo dei servizi ospedalieri per cause ostetriche consentono di quantificare e caratterizzare la domanda secondo i diversi esiti della gravidanza ed evidenziare possibili problemi di accessibilità ai servizi stessi. Il monitoraggio di questi indicatori, fortemente differenziati secondo la cittadinanza della donna, insieme agli altri indicatori sulla salute

riproduttiva, è importante per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, per proporre politiche di *welfare* appropriate.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute. "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO", Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=ricoveriOspedalieri.



Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) da parte delle donne di cittadinanza non italiana consente di disporre di dati utili alla definizione di politiche volte a promuovere la prevenzione delle gravidanze indesiderate nella popolazione straniera che, a causa di aspetti socio-culturali diversi in funzione del Paese di provenienza, rappre-

senta una sfida per i servizi e gli operatori sanitari. La percentuale di IVG di donne straniere descrive il loro contributo al fenomeno complessivo, mentre il tasso di abortività volontaria permette di stimare l'incidenza del fenomeno e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.).

Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera

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

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne con cittadinanza straniera

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

Validità e limiti. La condizione di donna straniera può essere definita prendendo in esame la cittadinanza o il Paese di nascita delle donne. La scelta di una delle due variabili può determinare differenze nelle stime perché adottando il criterio della cittadinanza si includono tra le straniere le donne di origine italiana che hanno acquisito cittadinanza estera e si escludono le straniere che hanno acquisito la cittadinanza italiana. Al contrario, adottando come criterio di selezione il Paese di nascita della donna, si includono le cittadine italiane nate all'estero e si escludono le cittadine straniere nate in Italia.

I tassi di abortività per cittadinanza sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2019; per questi anni, infatti, si dispone di stime effettuate dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) della popolazione straniera residente in Italia.

Per migliorare la confrontabilità dei tassi di abortività tra le donne di diversa cittadinanza, il tasso è stato standardizzato in modo da eliminare le differenze dovute alle diverse strutture per età della popolazione. Per approfondire gli aspetti generali relativi all'indagine sull'abortività volontaria si rimanda al Capitolo sulla "Salute materno-infantile" e, in particolare, all'Indicatore "Abortività volontaria".

Valore di riferimento/Benchmark. Non si dispone di valori di riferimento per la percentuale di IVG effettuata da donne straniere in quanto la proporzione 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, assumendo che la situazione ottimale sia l'assenza di differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2019 l'Istat ha notificato 71.642 IVG rilevando una sottostima nelle seguenti regioni: Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Campania, Calabria, Basilicata e Sardegna.

L'integrazione attraverso l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ha permesso di stimare un totale di 73.207 IVG. Il dato conferma la consolidata tendenza temporale che vede una riduzione del numero di aborti volontari (vedere Capitolo "Salute materno-infantile") (1, 2).

La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere, dopo una prima fase di crescita fino agli anni 2010-2012 quando ha raggiunto il livello massimo di oltre il 34%, ha iniziato lentamente a decrescere portandosi, dopo alcune "oscillazioni", al 29,2% nel 2019 (Grafico 1).

Nell'ultimo decennio l'aumento della presenza straniera in Italia ha subito un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a provenire da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). La percentuale delle IVG effettuate da donne provenienti da tali Paesi è più elevata al Nord e al Centro dove è maggiore la loro presenza rispetto al Meridione (Tabella 1). Nel 2019 sono 9 le regioni che hanno una quota di IVG da donne Pfp >30%, tra queste l'Umbria presenta il valore più elevato pari a 39,5%. Anche le regioni con valore <20% sono 9 con la percentuale



minima rilevata in Puglia (11,2%).

Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti in base alla cittadinanza: donne con cittadinanza Pfp, donne cittadine di Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e donne con cittadinanza italiana. Questo consente di descrivere il fenomeno in alcuni sottogruppi di donne, distinguendo anche per classi di età.

Come illustrato nel Grafico 2, la diminuzione dei tassi di abortività volontaria continua in tutti i gruppi presi in esame; in particolare, nel 2019 si nota una ulteriore riduzione del tasso di IVG tra le donne Pfp che rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003) registrano un calo del 66,0%. Nonostante questo forte decremento, le donne Pfp mantengono livelli significativamente più alti dell'indicatore rispetto agli altri due gruppi. Anche per le donne italiane si conferma una riduzione dei tassi che sono scesi a 5,4 IVG per 1.000 donne residenti, con una riduzione del 28,9% rispetto al 2003 quando i tassi erano già molto contenuti. Analoga tendenza si registra per le cittadine Psa, ma con un andamento più irregolare nel tempo a causa di valori numericamente molto piccoli.

La forbice tra i valori delle donne straniere Pfp e quelli delle donne italiane si è notevolmente ridotta nel tempo, nel 2003 le prime presentavano un valore 5,4 volte superiore alle italiane, nel 2019 tale differenza scende a 2,6.

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che la crescente integrazione delle donne straniere faciliti l'assunzione di comportamenti simili alle donne italiane con maggiore consapevolezza circa le opportunità di prevenzione delle gravidanze indesiderate e migliore accesso ai servizi sanitari.

Considerato il consolidamento della riduzione del tasso di abortività tra le straniere con valori più vicini a quelli delle donne italiane, per il confronto per età si prende in considerazione solo la seconda parte del periodo di osservazione (2013-2019) al fine di analizzare più nel dettaglio i cambiamenti recenti (Grafico 3).

Il ricorso all'IVG in entrambi i gruppi si è spostato ad età più elevate: per le donne Pfp il valore più alto del tasso è a carico della classe di età 20-24 anni sia nel 2013 (32,7 IVG per 1.000) che nel 2019 (23,9 per 1.000). Tra le italiane il tasso di abortività volontaria nel 2013 presentava valori simili per le tre classi di età contigue 20-24, 25-29 e 30-34 anni, mentre nel 2019 il valore più elevato si riscontra nella classe di età 30-34 anni (7,8 per 1.000) che si discosta dalle altre (Grafico 3). Queste modifiche sono dovute, principal-

mente, al minor ricorso nel tempo all'IVG da parte delle donne più giovani che mostrano un calo più significativo dei tassi, soprattutto quelle di età 15-19 anni (-43,9% tra le straniere e -32,4% tra le italiane). Le donne Psa (dato non presente in tabella) presentano trend con forti oscillazioni dovute alla scarsa numerosità dei casi di IVG, con tendenza alla diminuzione soprattutto tra le giovani (in particolare nella classe di età 15-19 anni).

Nel corso degli anni, a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica delle IVG per nazionalità della donna si sono alternate diverse cittadinanze: Romania, Albania e Marocco hanno avuto una presenza continua, cui si sono poi aggiunte la Cina e, a partire dal 2017, la Nigeria (Tabella 2).

Con riferimento alla tendenza 2003-2019 (non disponibile per la Nigeria) viene confermata la decrescita dei livelli di abortività delle donne rumene, albanesi, marocchine e cinesi. Per le prime la riduzione del tasso standardizzato è di notevole entità e pari all'85,6%, anche se il loro tasso iniziale era notevolmente maggiore rispetto a quello stimato per le altre cittadinanze. Per le donne cinesi il livello di abortività diminuisce del 55,8%, mentre per le marocchine e le albanesi, rispettivamente, del 47,8% e del 46,5%.

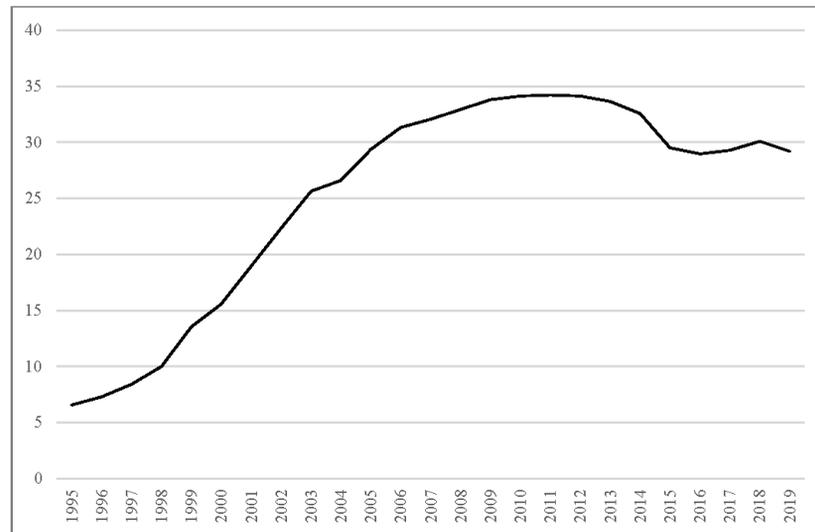
Focalizzando l'attenzione sulla tendenza più recente (2017-2019) la graduatoria subisce delle modifiche: per la cittadinanza albanese e quella marocchina i tassi sono sostanzialmente stabili. La riduzione più marcata si presenta per la cittadinanza nigeriana (-49,2%), seguita da quella cinese (-16,7%) e rumena (-11,2%). I livelli di abortività nel 2019 delle donne cinesi possono essere assimilati a quelli presenti in Italia all'inizio degli anni Ottanta, per le donne albanesi a quelli di metà anni Ottanta, per le marocchine a quelli di fine anni Ottanta e per le rumene a quelli di inizio anni Novanta.

La motivazione alla base della richiesta del permesso di soggiorno in Italia da parte delle cittadine non comunitarie (esclusa quindi la Romania) è un buon indicatore della diversa progettualità che spinge le donne a migrare nel nostro Paese. La maggior parte delle donne marocchine (67,8%), albanesi (69,1%) e cinesi (57,2%) richiede il permesso di soggiorno di lungo periodo, verosimilmente indice di una maggiore propensione ad acquisire la residenza. Al contrario, le nigeriane richiedono meno spesso (46,2%) un permesso di lungo periodo (dati non presenti in tabella). Anche questo aspetto potrebbe avere un'influenza sulle diverse opportunità di integrazione e fruizione dei servizi sanitari da parte delle donne.





Grafico 1 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera in Italia - Anni 1995-2019



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2021.

Tabella 1 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2003, 2009, 2011, 2013-2019

Regioni	2003	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	23,2	36,2	38,0	37,4	37,9	34,1	34,7	36,3	36,5	34,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	24,1	27,3	23,2	29,0	21,9	28,6	21,6	26,9	18,5
Lombardia	33,7	39,6	40,9	39,5	39,6	38,8	33,6	35,4	39,6	37,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	35,5	38,9	37,8	38,3	35,9	35,2	36,5	35,7	37,4
Veneto	30,6	42,9	44,4	43,8	42,4	45,7	38,0	36,7	39,5	39,4
Friuli Venezia Giulia	23,2	33,7	34,0	36,3	31,1	30,9	31,6	31,3	30,8	28,6
Liguria	26,4	36,7	38,7	38,6	38,6	38,7	35,3	36,7	38,2	35,5
Emilia-Romagna	29,7	41,6	42,5	43,1	42,4	43,2	41,5	41,1	41,0	38,9
Toscana	23,8	37,5	41,6	39,8	38,8	37,5	37,3	36,8	36,9	38,5
Umbria	34,9	44,2	44,0	44,5	42,4	40,6	40,3	38,9	36,1	39,5
Marche	28,0	42,5	37,1	37,9	37,7	32,5	35,4	37,3	39,0	36,9
Lazio	23,1	30,0	32,8	32,8	32,3	30,1	30,0	29,2	29,5	27,9
Abruzzo	15,5	25,2	25,2	27,2	24,6	24,0	22,3	21,8	22,3	19,7
Molise	5,1	6,4	16,7	18,0	10,6	11,6	2,0	1,0	0,0	18,8
Campania	12,0	14,5	14,2	13,2	12,7	12,2	11,7	11,0	12,1	11,4
Puglia	3,3	11,7	12,3	11,0	10,6	10,0	10,5	11,3	11,6	11,2
Basilicata	4,0	13,0	14,5	12,9	15,4	14,1	14,8	15,5	16,8	13,5
Calabria	7,9	18,2	21,1	17,6	18,9	19,1	16,8	17,7	19,5	17,4
Sicilia	5,0	14,5	15,9	15,3	15,1	14,6	14,2	13,6	14,1	13,1
Sardegna	4,0	10,3	12,9	13,1	12,2	10,7	10,6	13,3	14,0	12,0
Italia	21,2	30,0	31,6	31,1	33,2	28,7	27,4	27,6	29,6	28,6

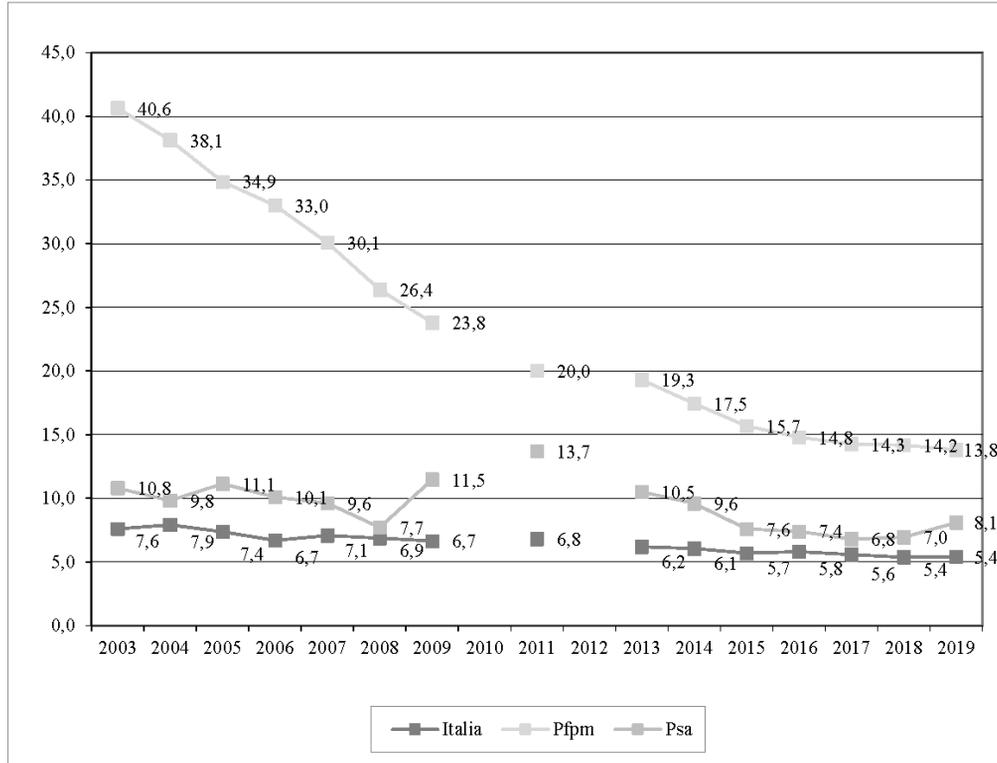
*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2021.





Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2019



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

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2021.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2003, 2019

Paesi a forte pressione migratoria

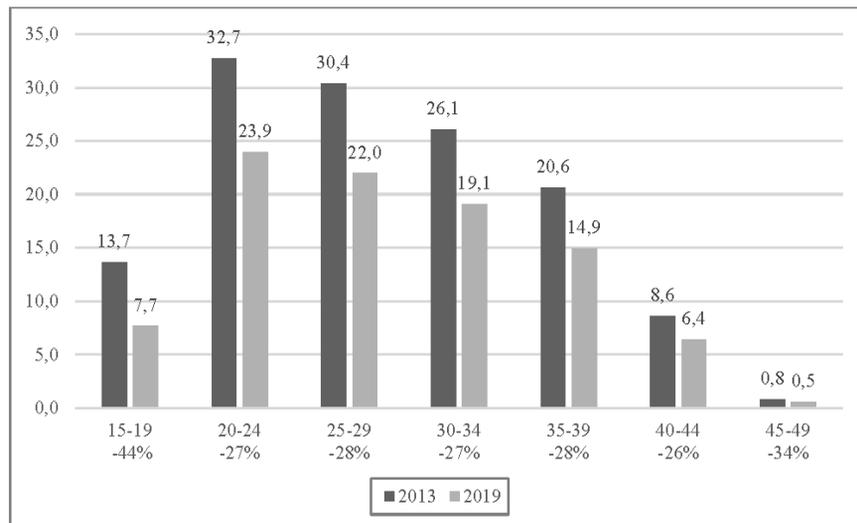
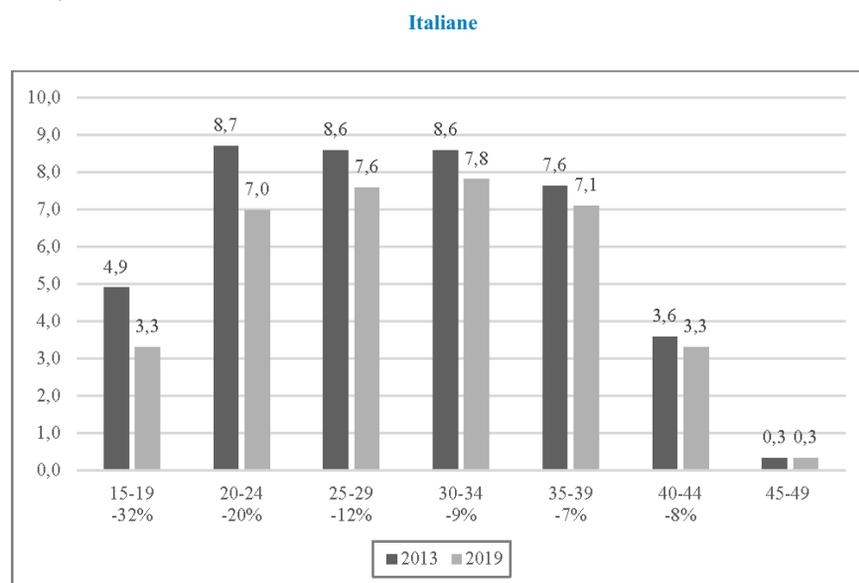


Grafico 2 - (segue) Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2003, 2019

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2021.

Tabella 2 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori assoluti, valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) effettuate da donne straniere residenti in Italia per alcune cittadinanze - Anni 2003, 2011, 2017-2019

Cittadinanze	Anni	IVG	IVG/Totale IVG di donne straniere	%	Tassi std
Romania	2003	7.147	22,5	31,4	72,0
	2011	10.844	28,9	12,8	27,3
	2017	5.204	22,1	8,6	11,7
	2018	4.669	20,4	5,5	11,0
	2019	3.934	18,8	5,5	10,4
Albania	2003	2.278	7,2	10,7	25,5
	2011	2.598	6,9	3,4	17,7
	2017	1.963	8,2	4,5	13,5
	2018	2.017	8,8	2,4	14,0
	2019	1.890	9,0	3,1	13,6
Marocco	2003	1.778	5,6	11,5	23,8
	2011	2.312	6,2	5,2	18,0
	2017	1.554	6,6	5,0	12,6
	2018	1.604	7,0	3,7	13,1
	2019	1.453	6,9	3,8	12,4
Cina	2003	1.309	4,1	7,8	40,7
	2011	2.552	6,8	7,0	35,2
	2017	2.098	8,9	10,1	21,6
	2018	1.892	8,3	2,5	19,1
	2019	1.740	8,3	3,2	18,0
Nigeria	2017	2.126	9,0	28,1	71,5
	2018	2.035	8,9	13,3	52,3
	2019	1.514	7,2	11,0	36,3

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

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 sul territorio nazionale, ma dal 2013 si è registrata una flessione del tasso di abortività specifico. Il decremento dei tassi di abortività tra le donne immigrate riduce il divario rilevato precedentemente con le

donne italiane. Inoltre, l'ulteriore diminuzione del tasso di abortività anche tra le donne italiane induce a pensare che la rivoluzione contraccettiva nel Paese abbia subito un avanzamento, specialmente tra le più giovani, che hanno registrato la maggiore riduzione dell'abortività volontaria. Sembra ragionevole confermare che la promozione delle competenze e delle consapevolezza delle donne e delle coppie siano l'obietti-



vo prioritario per il contenimento del fenomeno e che le attività messe in campo, specie dai Consultori familiari, per la pianificazione familiare sia in grado di ridurre le gravidanze indesiderate e il ricorso all'IVG. I tassi di abortività volontaria tra le donne straniere restano, tuttavia, elevati (sono ancora oltre il doppio rispetto a quelli delle donne italiane). È, pertanto, necessario continuare a monitorare l'andamento del fenomeno distinguendo le diverse nazionalità, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi ed esaminando anche l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari, disegnando interventi di formazione e infor-

mazione modulati sulle varie popolazioni, accettabili e sostenibili.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2020), Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati 2019 e preliminari 2020. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3103.

(2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.



Età al parto delle donne straniere in Italia

Significato. La pandemia di *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2) ha impresso una nuova accelerazione al calo delle nascite, che caratterizza il nostro Paese da diversi anni (1). Le cause di questo fenomeno sono riconducibili sia alla posticipazione della maternità (tendenza accentuata dall'emergenza sanitaria), sia alla diminuzione negli anni del numero di donne in età feconda (effetto generazionale). Un'ulteriore causa della riduzione della natalità deriva dalla perdita di efficacia del contributo

positivo dell'immigrazione, in conseguenza del progressivo invecchiamento del profilo per età della popolazione straniera residente. La combinazione di queste cause sta determinando una crescita del numero di parti ad età più avanzate (che riduce la probabilità di avere una gravidanza e aumenta la probabilità di un esito negativo) e dell'età media delle madri al parto, tendenze che sono più accentuate nelle donne con cittadinanza italiana, ma che progressivamente stanno interessando anche le donne straniere.

Età media delle madri al parto per cittadinanza

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

$$\text{Denominatore} \quad \text{Parti per cittadinanza}$$

Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

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

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

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del Ministero della Salute. Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute. La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo; tuttavia, la variabile relativa alla cittadinanza della madre non risulta compilata in Molise.

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

Descrizione dei risultati

Nel 2020, in Italia, si sono registrati circa 392 mila parti, di cui circa uno su cinque (19,9%) è relativo a madri straniere con cittadinanza nei Pfp. Tale percentuale è più elevata al Centro-Nord, cioè nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera: 31,9% in Emilia-Romagna, 30,6% in Liguria e 29,8% in Lombardia (Tabella 1).

La percentuale di parti per età della madre mostra per le donne Pfp una curva distribuita su un *range* di età più ampio rispetto alle italiane, come conseguenza del maggior numero medio di figli per donna (Tasso di fecondità totale 1,89 vs 1,17 nel 2020). L'età modale per le donne Pfp è pari a 29 anni nel 2019 e 31 anni nel 2020; per le italiane varia da 34 anni nel 2019 a 32

anni nel 2020 (Grafico 1).

L'età media delle madri alla nascita del 1° figlio presenta una differenza di 3,3 anni per cittadinanza: è pari a 28,2 anni per le donne straniere Pfp e a 31,5 anni per le italiane (Grafico 2). Nelle regioni le differenze dipendono anche dalla diversa composizione per Paese di provenienza delle donne che partoriscono. Il divario aumenta a 4,7 anni in Toscana (27,7 anni Pfp vs 32,4 anni Italiane), a 4,6 anni in Liguria (27,6 anni vs 32,2 anni) e si riduce a solo 1,5 anni in Campania (28,7 anni vs 30,2 anni) e a 2,2 anni in Sicilia (27,9 anni vs 30,1 anni). I valori più bassi dell'età media alla nascita del 1° figlio sono pari a 27,5 anni per le donne Pfp che hanno partorito nella PA di Trento e a 30,1 anni per le italiane in Sicilia; i valori più alti si registrano nel Lazio sia per le donne Pfp (29,8 anni) e sia per le italiane (32,6 anni).

Si osserva nel tempo la tendenza a posticipare la maternità anche nelle donne Pfp: nel 2020 la quota più elevata di parti, pari al 30,0%, ricade nella classe 30-34 anni, mentre nel 2016 era in corrispondenza della classe di età 25-29 anni (32,5%). Nelle italiane è sempre la classe di età 30-34 anni quella con la percentuale più elevata (35,6%) (dati non presenti in tabella).

Considerando le classi di età estreme (<20 anni e >34 anni), in cui aumentano i rischi di parti pretermine e di possibili problemi di salute per il neonato, nel 2020 per le donne Pfp la quota di parti è pari al 25,6%, mentre tra le madri italiane sale al 38,0%. In particolare, i parti prima dei 20 anni costituiscono una quota

SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

399

residuale per entrambe le cittadinanze (1,7% Pfp, 1,1% Italiane nel 2020), mentre partoriscono ad una età ≥ 35 anni il 23,9% delle donne Pfp e il 36,9% delle italiane (Tabella 1). Anche in questo caso si conferma un significativo cambiamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere negli ultimi anni, sempre più simili a quelli delle donne italiane: nell'Edizione del Rapporto Osservasalute del 2019 per le donne Pfp i parti da madri con meno di 20 anni erano il 7,3% (dati 2016) e quelli da madri di età 35 anni ed oltre il 12,3%.

Nelle regioni la percentuale di parti di donne straniere Pfp prima dei 20 anni è significativamente più elevata della media (1,7% nel 2020) in Calabria (4,1%), Sicilia (4,0%), Puglia (3,9%) e Basilicata (3,6%); la quota di parti dopo i 34 anni è, invece, più alta della media (23,9%) in Sardegna (27,5%), Lazio (27,4%), Campania (26,8%) e Valle d'Aosta (26,5%) (Tabella 1). Per le italiane le regioni con la maggior frequenza di parti dopo i 34 anni sono Sardegna (43,5%), Lazio (43,0%), Toscana (42,9%) e Marche (42,4%) (Tabella 1).

Tabella 1 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Anni 2019-2020

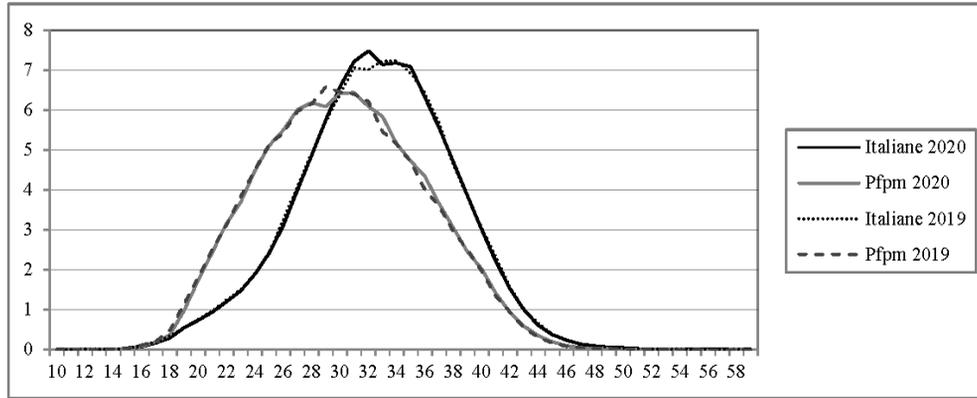
Regioni	% parti da madri straniere	Età media al parto	Pfp % parti da madri <20 anni	% parti da madri ≥ 35 anni	Età media al parto	Italiane % parti da madri <20 anni	% parti da madri ≥ 35 anni
Piemonte	27,0	30,3	1,3	24,7	32,7	0,7	37,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,9	30,8	0,8	26,5	32,4	0,5	33,7
Lombardia	29,8	30,2	1,5	24,1	33,2	0,6	40,6
Bolzano-Bozen	19,4	30,0	1,3	22,4	31,9	0,8	30,7
Trento	24,2	30,1	1,7	22,4	32,5	0,6	35,2
Veneto	28,2	30,2	1,4	23,2	33,0	0,7	38,6
Friuli Venezia Giulia	24,4	29,8	1,3	20,6	33,0	0,6	38,1
Liguria	30,6	29,7	2,2	21,8	33,0	0,7	39,0
Emilia-Romagna	31,9	30,2	1,1	23,1	33,1	0,6	40,5
Toscana	25,5	29,9	1,7	22,3	33,5	0,5	42,9
Umbria	20,3	30,1	1,3	22,3	33,0	0,6	39,4
Marche	23,8	30,2	1,1	24,3	33,3	0,6	42,4
Lazio	20,0	30,9	1,7	27,4	33,3	0,8	43,0
Abruzzo	14,8	30,2	2,3	24,2	32,9	0,9	39,8
Molise*	-	-	-	-	-	-	-
Campania	6,6	30,7	2,1	26,8	31,5	1,8	29,6
Puglia	7,6	29,8	3,9	23,1	32,1	1,6	34,4
Basilicata	9,3	29,7	3,6	21,8	32,7	0,8	36,8
Calabria	9,1	30,0	4,1	24,5	32,0	1,1	32,3
Sicilia	5,3	29,8	4,0	22,2	31,2	2,6	29,4
Sardegna	6,6	30,6	1,5	27,5	33,3	0,9	43,5
Italia 2020*	19,9	30,2	1,7	23,9	32,6	1,1	36,9
Italia 2019*	20,3	30,1	2,0	23,2	32,5	1,2	37,1

*Sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.



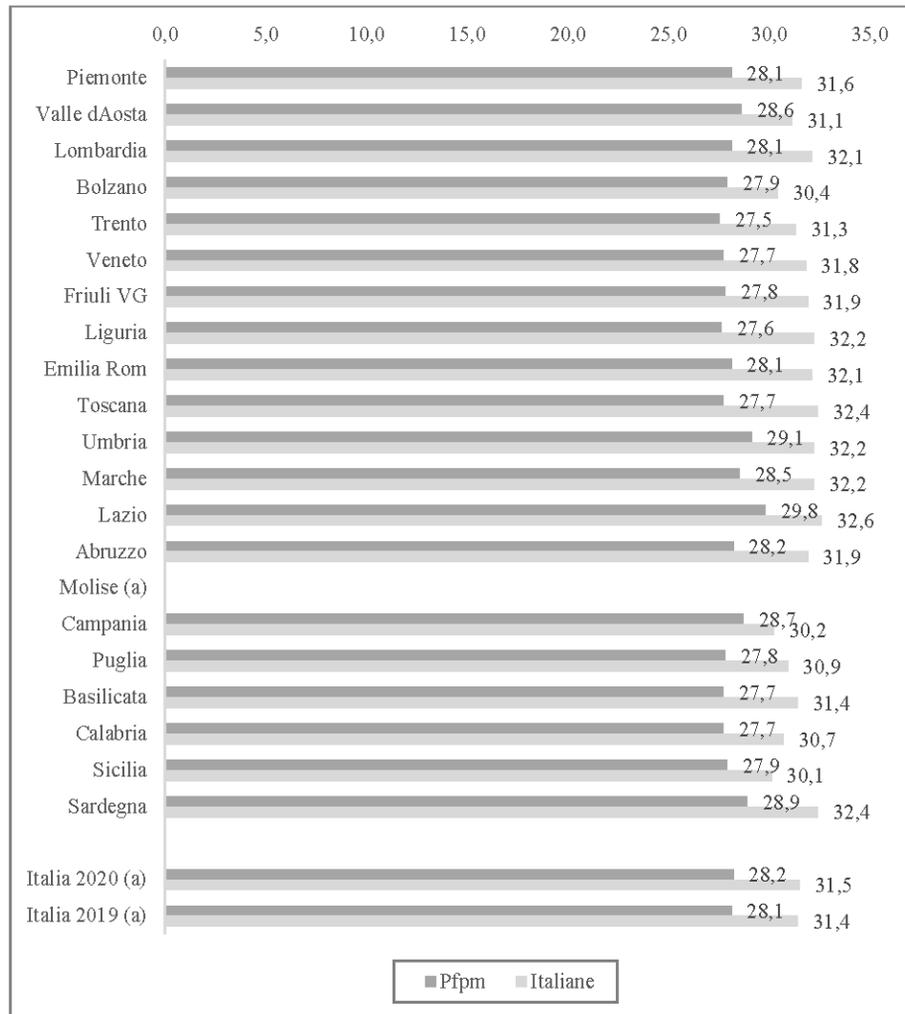
Grafico 2 - Parti per età (valori in anni) e cittadinanza - Anni 2019-2020



Nota: sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.

Grafico 3 - Età media (valori in anni) delle madri al parto del 1° figlio per cittadinanza e regione di evento - Anni 2019-2020



(a) Sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.





Raccomandazioni di Osservasalute

La denatalità che caratterizza il nostro Paese negli ultimi anni insieme alla tendenza sempre più marcata a posticipare la maternità stanno amplificando il problema dell'invecchiamento della popolazione e della frequenza di gravidanze a rischio.

La presenza di donne straniere in età feconda, finora caratterizzata da più elevati livelli di fecondità e da una età media al parto più giovane rispetto alle italiane, ha contrastato parzialmente questi squilibri. Tuttavia, i dati più recenti evidenziano che i comportamenti riproduttivi delle donne straniere, sempre più integrate e stanziali, tendono ad avvicinarsi a quelli delle donne italiane e non riescono più né a rallentare il calo delle nascite né a contrastare il fenomeno della

maternità “tardiva”.

In questo contesto diviene sempre più importante monitorare l'evoluzione nel tempo di questi indicatori, per intervenire con politiche a sostegno della natalità e di contrasto dei determinanti della posticipazione della maternità.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2020, Comunicato stampa, 14 dicembre 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/264643.

(2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.



Accertamenti in gravidanza delle donne straniere in Italia

Significato. Il monitoraggio degli indicatori relativi agli accertamenti in gravidanza eseguiti dalle donne straniere consente di conoscere il comportamento della popolazione immigrata e di individuare eventuali aspetti critici nell'offerta e nell'accessibilità dei servizi sanitari. Gli indicatori forniscono evidenze circa la necessità di mettere in atto opportuni programmi di

prevenzione, che tengano conto dei bisogni di salute della popolazione immigrata.

Per alcuni indicatori, che riguardano i controlli dello stato della gravidanza, è stato stabilito un valore soglia individuato tramite le Linee Guida emanate dal Ministero della Salute nel 2011 (1).

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

Numeratore	Madri che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza tra 1-4 per cittadinanza	
Denominatore	Parti per cittadinanza della madre	x 100

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato la 1^a visita in gravidanza tardivamente

Numeratore	Madri che hanno effettuato la 1 ^a visita in gravidanza tardivamente (>10 settimane di gestazione) per cittadinanza	
Denominatore	Parti per cittadinanza della madre	x 100

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

Numeratore	Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3) per cittadinanza	
Denominatore	Parti per cittadinanza della madre	x 100

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

Numeratore	Madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) per cittadinanza	
Denominatore	Parti per cittadinanza della madre	x 100

Validità e limiti. La fonte informativa considerata per il calcolo degli indicatori è il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) (2). La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura territoriale che di coerenza interna delle informazioni. È una fonte ricca di informazioni sulla gravidanza, sul parto e sul neonato, ma in alcuni casi si rileva una inaccuratezza nella compilazione delle variabili socio-demografiche e cliniche da parte di alcune regioni. La variabile relativa alla cittadinanza della madre non risulta compilata in Molise.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel tempo si sono susseguite diverse Linee Guida nazionali e internazionali, emanate da organismi istituzionali e associazioni di professionisti del settore. Per questo contributo sono state considerate le Linee Guida prodotte dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (1), in cui vengono

individuati i valori di riferimento per gli indicatori presentati.

Descrizione dei risultati

Nel 2020, in Italia, si sono verificati 397.872 parti, di cui 315.430 da donne di cittadinanza italiana e 78.017 (19,6%) da donne provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). Rispetto al 2019 i parti sono diminuiti del 4%, della stessa misura si riducono i parti da madri italiane, mentre scendono del 6% i parti delle donne Pfp.

Per valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, sono state prese in considerazione le visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno 1 visita per ciascun trimestre ed una finale (per un totale, quindi, di 4 visite), di eseguire la 1^a visita entro la 10^a settimana di gestazione e di effettuare almeno 3 ecografie.



Per ciascuno dei quattro indicatori si evidenzia una maggiore difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere: a livello nazionale, il 17,0% delle donne Pfp ha effettuato un numero insufficiente di visite vs l'8,9% delle italiane; il 20,3% ha effettuato tardivamente la 1^a visita vs il 6,4% delle italiane; il 12,3% delle straniere Pfp ha effettuato un numero insufficiente di ecografie vs il 4,7% delle italiane. Infine, con riferimento alle indagini prenatali invasive, le italiane vi hanno fatto ricorso nel 5,7% dei parti mentre le straniere solo nel 3,2%, probabilmente per l'età mediamente più giovane delle madri straniere rispetto alle italiane (Tabella 1).

Rispetto al 2019 non si registrano sostanziali differenze, sia per le donne italiane che per le straniere, se non relativamente alla percentuale di madri che ha effettuato almeno 1 indagine invasiva. In questo caso l'indicatore subisce una variazione negativa più marcata pari al 16,2% per le madri italiane e all'11,1% per le madri Pfp (Grafico 1).

Per l'anno 2020 si osserva una variabilità territoriale, sia per le donne italiane che per le donne straniere Pfp, non sempre riconducibile al classico gradiente Nord-Sud ed Isole. In tutte le regioni si registra uno svantaggio delle straniere rispetto alle italiane in termini di numero insufficiente di visite: il divario tra le donne italiane e straniere è più marcato in Basilicata (italiane 8,2% vs 28,5% Pfp), Puglia (italiane 7,9% vs 23,9% Pfp), Marche (italiane 5,2% vs 19,4% Pfp) e Sardegna (italiane 2,3% vs 16,2% Pfp).

Anche per quanto riguarda la tempistica della 1^a visita in gravidanza, si conferma il divario tra i due gruppi di donne. Le differenze maggiori si osservano nelle regioni del Centro-Nord, in particolare in Toscana (24,0% Pfp vs 6,6% italiane), PA di Trento (34,2% Pfp vs 18,3% italiane), Marche (22,8% Pfp vs 7,1% italiane) e Lombardia (23,2% Pfp vs 8,0% italiane).

Tra le regioni con una quota elevata di donne che ha

effettuato tardi la 1^a visita si rileva la PA di Trento, che assume il massimo valore in entrambe le distribuzioni. Anche per la Valle d'Aosta (italiane 14,9% vs 28,8% Pfp) e la PA di Bolzano (italiane 14,1% vs 28,8% Pfp) i valori sono elevati.

La distribuzione regionale relativa alla percentuale di parti con un numero insufficiente di ecografie non rispecchia quella delle visite: in questo caso è il Piemonte ad avere il primato negativo con un valore di 17,2% per le italiane e 31,0% per le straniere Pfp ed è anche la regione in cui è più marcato il divario tra i due gruppi di cittadinanza. Anche il Lazio (italiane 14,7% vs 17,9% Pfp) e la Liguria (italiane 12,7% vs 15,5% Pfp) si distinguono per valori superiori alla media.

Il ricorso ad indagini prenatali, in genere, è subordinato al sospetto o al rischio di anomalie fetali. Pertanto, non è possibile definire una soglia di riferimento del ricorso a tali accertamenti come, invece, è stato fatto per gli altri indicatori. Tra le italiane che hanno partorito in Umbria, regione con la massima incidenza di ricorso alla diagnosi prenatale invasiva, una quota pari all'11,7% ha effettuato almeno una delle indagini prenatali considerate; tra le straniere Pfp, invece, la percentuale più elevata si osserva in Piemonte ed è pari a 4,6%. Inoltre, in Umbria si osserva lo svantaggio maggiore delle donne straniere rispetto alle italiane nel ricorso ad accertamenti prenatali. A differenza dei precedenti indicatori, per quest'ultimo si osserva una forte riduzione del valore (italiane -16,2% vs -11,1% Pfp) rispetto al 2019, anno precedente alla pandemia di *Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus-2* (SARS-CoV-2). La diminuzione del ricorso agli esami invasivi nell'ultimo anno, potrebbe trovare giustificazione nel fatto che vengono di norma svolti, principalmente, nelle strutture ospedaliere che nel 2020 hanno subito una forte pressione dovuta alla pandemia.



Tabella 1 - Accertamenti (valori per 100 parti) delle donne in gravidanza (numero di visite <5, 1ª visita tardivamente, numero di ecografie <3 e almeno 1 indagine prenatale invasiva) per cittadinanza e regione di evento - Anno 2020

Regioni	N visite <5		1ª visita tardivamente (>10 settimane di gestazione)		N ecografie <3		Almeno 1 indagine prenatale invasiva	
	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm
Piemonte	7,7	13,8	8,4	21,5	17,2	31,0	6,9	4,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,5	11,4	14,9	28,8	4,6	8,3	2,0	3,0
Lombardia	6,8	16,6	8,0	23,2	1,8	8,6	6,6	3,2
Bolzano-Bozen	5,4	7,1	14,1	28,8	4,5	9,0	2,8	2,3
Trento	9,0	10,9	18,3	34,2	6,2	10,2	4,9	3,6
Veneto	8,6	19,1	11,9	27,0	2,8	10,8	8,5	3,9
Friuli Venezia Giulia	18,7	22,0	7,5	19,9	1,0	4,2	6,7	3,4
Liguria	11,2	15,1	3,5	12,3	12,7	15,5	6,3	4,4
Emilia-Romagna	5,2	12,4	6,9	20,8	3,9	11,6	7,2	3,0
Toscana	7,4	18,5	6,6	24,0	2,3	9,6	5,1	3,0
Umbria	2,0	4,8	5,7	14,9	0,9	4,3	11,7	4,2
Marche	5,2	19,4	7,1	22,8	0,8	8,1	5,3	2,9
Lazio*	-	-	3,3	8,4	14,7	17,9	6,4	2,4
Abruzzo	6,3	16,0	3,1	12,2	1,2	5,1	2,8	1,3
Molise**	4,8	-	9,6	-	2,6	-	4,7	-
Campania	6,8	18,6	3,8	12,6	2,8	10,1	6,3	3,3
Puglia	7,9	23,9	2,4	9,0	0,6	8,1	2,2	2,0
Basilicata	8,2	28,5	3,4	14,1	0,6	5,2	3,5	1,9
Calabria	29,6	40,1	5,1	17,6	0,6	8,6	2,5	1,1
Sicilia	14,6	26,4	7,7	17,9	4,7	11,5	3,3	2,4
Sardegna	2,3	16,2	5,3	13,6	0,7	7,0	6,8	4,0
Italia* 2020	8,9	17,0	6,4	20,3	4,7	12,3	5,7	3,2
Italia* 2019	9,0	16,3	6,5	20,5	3,8	11,6	6,8	3,6
Δ %	-1,1	4,3	-1,5	-1,0	-6,3	1,2	-16,2	-11,1

*Il totale Italia non include i dati del Lazio dove mancanti. Per la % di madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie, per l'anno 2020 il dato Italia escluso il Lazio è pari a 3,6% per le italiane e 11,7% per le donne straniere Pfpm.

**Per la regione Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.

Grafico 1 - Accertamenti (valori per 100 parti) in gravidanza per cittadinanza - Anni 2019-2020

2019

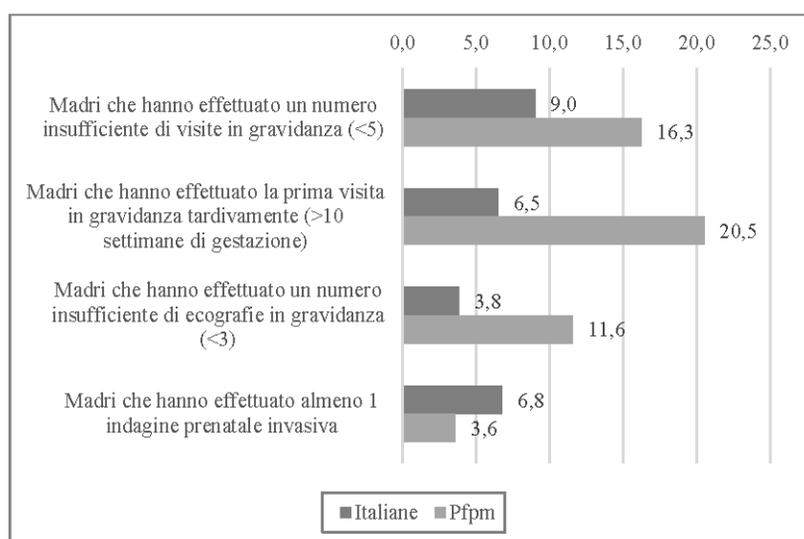
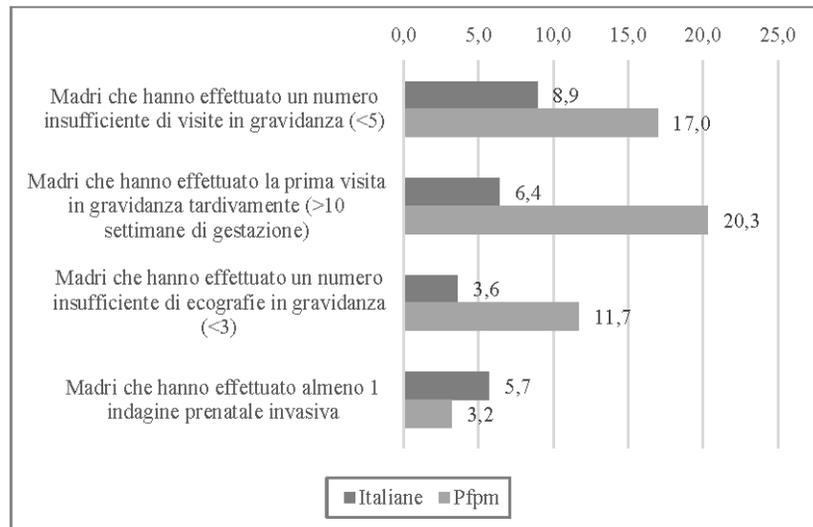




Grafico 1 - (segue) *Accertamenti (valori per 100 parti) in gravidanza per cittadinanza - Anni 2019-2020*
2020



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

L'incontro precoce dei servizi con la donna in gravidanza ha lo scopo di fornirle tutte le informazioni necessarie per informare sull'assunzione di acido folico e sulla sospensione di abitudini quali il fumo o il consumo di alcool e stupefacenti, per analizzare l'immunità per le patologie rilevanti durante la gestazione, per effettuare scelte responsabili, per fornire indicazioni sui servizi a disposizione per l'assistenza e sui benefici di legge in materia di tutela della maternità e per consigliare un corretto stile di vita durante la gravidanza. Vista la differenza di accesso e di utilizzo dei

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

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Linea guida. Gravidanza Fisiologica 2011. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf.
- (2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2020. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.





Salute del neonato nato da madri straniere in Italia

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

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

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

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

$$\frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)}}{\text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione) per cittadinanza}} \times 100$$

Denominatore: Nati vivi per cittadinanza

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso da madri straniere

$$\frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)}}{\text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi) per cittadinanza}} \times 100$$

Denominatore: Nati vivi per cittadinanza

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

$$\frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar per cittadinanza}}{\text{Nati vivi per cittadinanza}} \times 100$$

Denominatore: Nati vivi per cittadinanza

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP) del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

Gli indicatori sono stati calcolati considerando solo i nati vivi. Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo a indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili. Pertanto, la percentuale sui nati morti viene solo riportata nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella.

Per l'anno 2019 nella selezione dei casi sono stati esclusi 23 nati con vitalità non indicata, per l'anno 2020 soltanto 8. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione <22 o >42 (pari allo 0,45% dei nati totali nel 2019 e allo 0,21% nel 2020), con peso <500 grammi o >5.000 grammi (0,13% sia nel 2019 che nel 2020), con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,76% nel 2019 e 0,75% nel 2020).

La variabile relativa alla cittadinanza della madre non risulta compilata in Molise.

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione

condivisa dalla letteratura scientifica internazionale identifica i nati pre-termine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione; analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane (3).

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

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

Le proporzioni calcolate per le donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono confrontate con quelle delle donne italiane di pari età. Per ovviare alla scarsa numerosità delle nascite da donne straniere nelle piccole regioni, viene considerato il biennio 2019-2020.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2019-2020 i CedAP hanno rilevato 161.664 nati vivi da donne Pfp e 656.270 da donne italiane; il 19,8% delle nascite è, quindi, da madri Pfp.

I neonati pre-termine sono a più alto rischio di mortalità, morbilità e compromissione dello sviluppo moto-





rio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.

Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimana di gestazione, suddivisi in eventi al di sotto delle 32 settimane di gestazione e tra 32-36 settimane; la somma delle due classi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine. La quota di nati vivi pre-termine da donne italiane, nel biennio 2019-2020, è stata pari al 7,1%, di poco inferiore a quella riferita alle donne straniere Pfp (8,0%); con riferimento ai nati vivi gravemente pre-termine si hanno, rispettivamente, i valori 0,8% e 1,2%. La variabilità regionale per le donne italiane mostra il valore minimo in Basilicata (5,2%) e il valore massimo in Sardegna (8,5%). Per le donne straniere, invece, si va dal 6,8% della PA di Trento al 9,8% del Lazio.

La condizione di nato morto è più spesso associata ad una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: il 63,8% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e circa un terzo (32,5%) <32 settimane (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 64,6% e 34,1% per le straniere Pfp, 63,6% e 31,9% per le italiane, rilevando un lieve svantaggio per il primo gruppo di donne. Questo è confermato in tutte le regioni con le sole eccezioni della Sardegna e della Valle d'Aosta.

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

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

risultano differenze nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e le donne Pfp nel biennio 2019-2020: 5,9% in entrambi i gruppi. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso, invece, si hanno i valori 0,8% per le italiane e 1,1% per le straniere. La variabilità regionale della percentuale dei nati vivi sottopeso è abbastanza simile nei due gruppi: per le italiane va dal 5,3% del Veneto all'8,0% della Sardegna e della Valle d'Aosta; per le straniere va dal 5,1% della PA di Trento all'8,7% del Lazio.

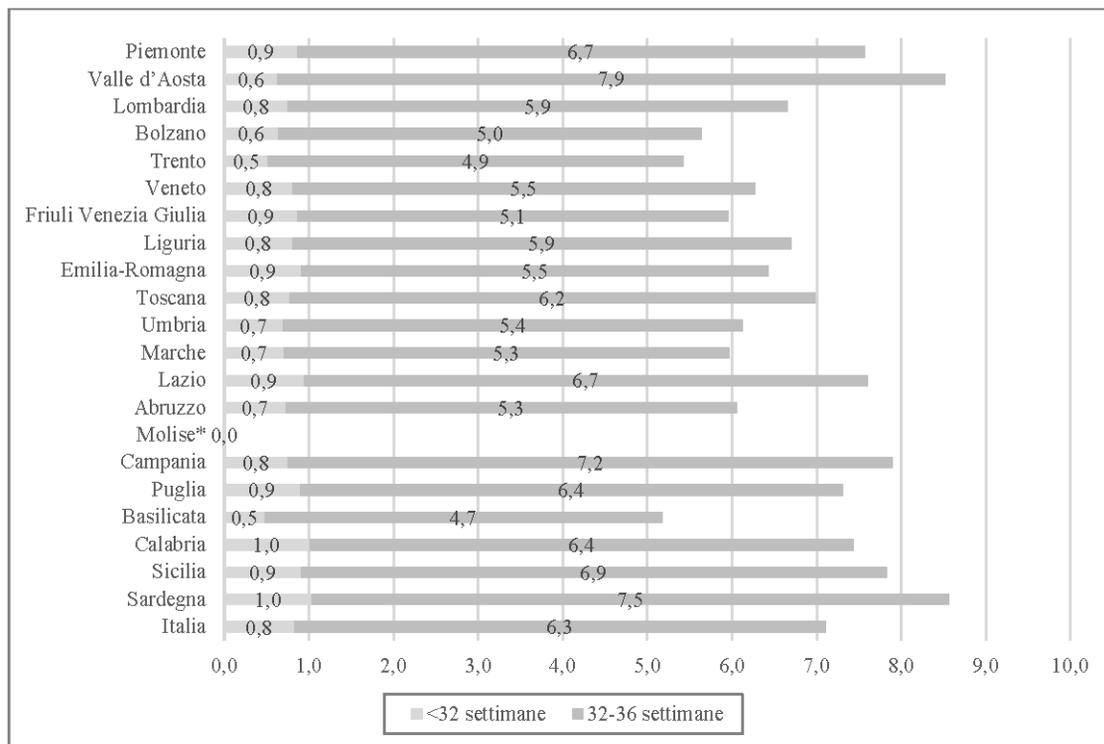
La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico (come già visto): quasi il 60% dei nati morti presenta un peso alla nascita <2.500 grammi e un 28,7% al di sotto dei 1.500 (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 60,7% e 29,4% per le straniere Pfp, 57,1% e 28,3% per le italiane.

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

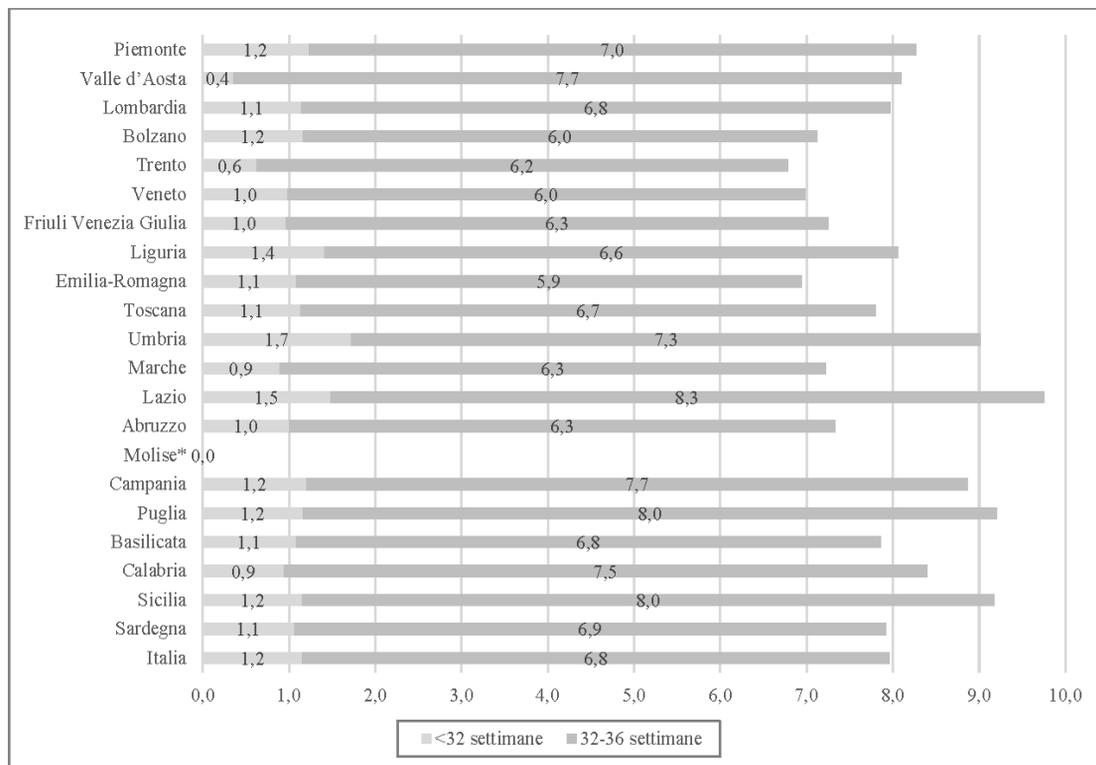
Considerando, ovviamente, i soli nati vivi viene riportata la distribuzione per Classe di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10) (Tabella 1). Quest'ultima classe riporta valori elevati sia per le italiane (99,4%) che per le straniere Pfp (99,1%), con un piccolo vantaggio per le prime. Le regioni dove si registra una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio inferiore a 7 tra le italiane sono solo 4: PA di Trento (1,5%), PA di Bolzano, Liguria e Sardegna (pari merito 1,1%). Tra le straniere, invece, risultano esserci ben 8 regioni: Valle d'Aosta (1,1%), Sardegna e Piemonte (pari merito 1,3%), Friuli Venezia Giulia (1,4%), PA di Trento (1,5%), Liguria (1,7%), PA di Bolzano (2,2%) e Basilicata (2,4%).



Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Anni 2019-2020
Italiane



Paesi a forte pressione migratoria



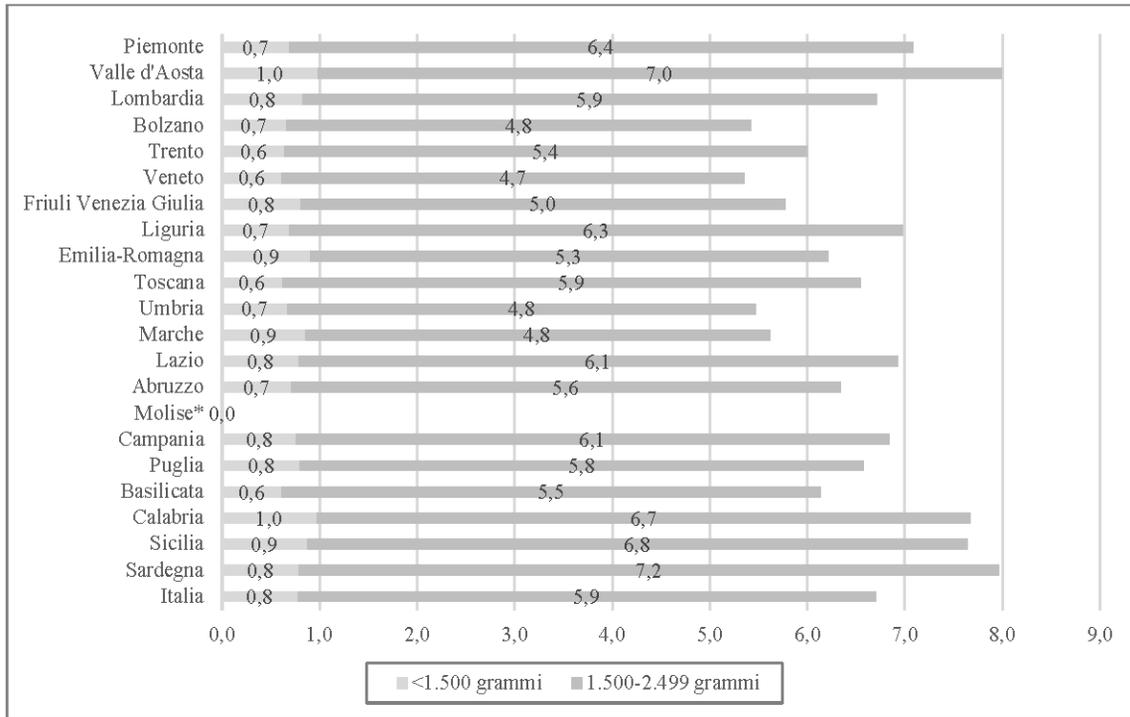
*Per il Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.

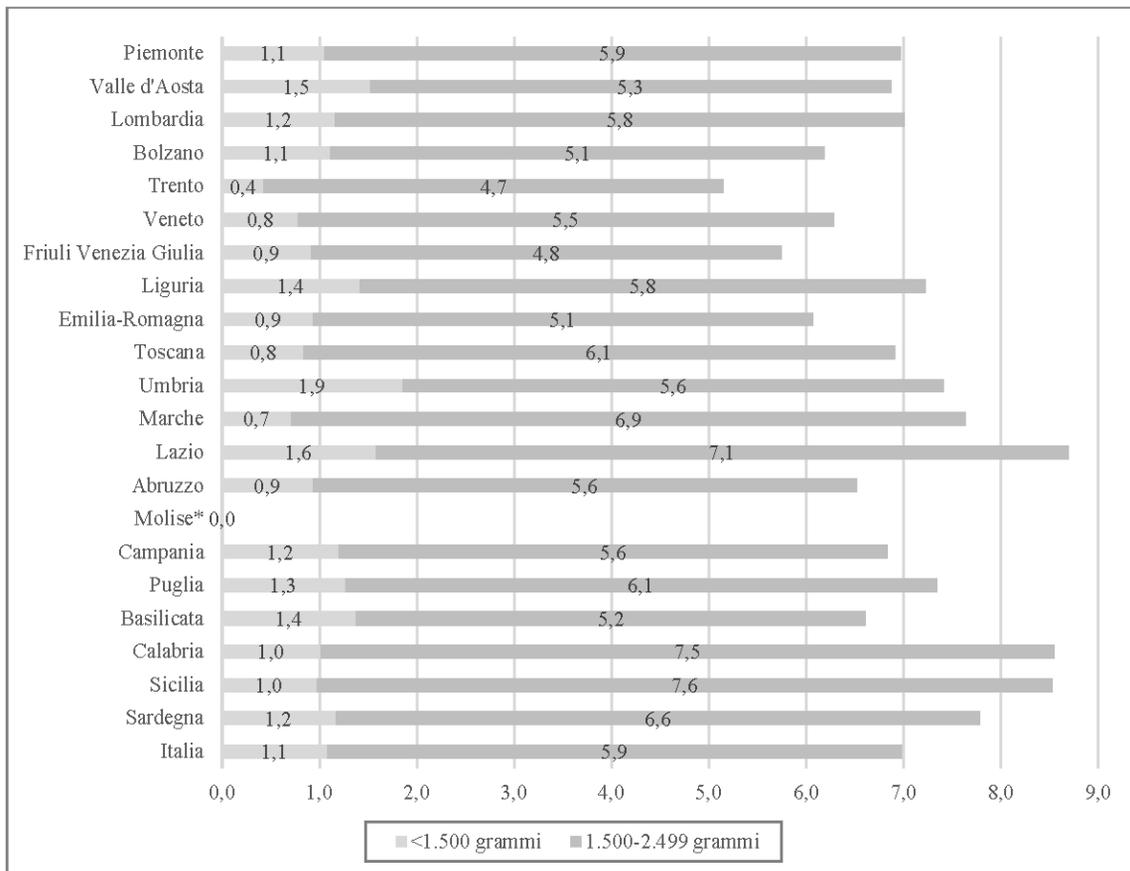


Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Anni 2019-2020

Italiane



Paesi a forte pressione migratoria



*Per il Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.



Tabella 1 - Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Anni 2019-2020

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

*Per il Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda della diversa provenienza della madre, soprattutto se la gestazione avviene in Italia per entrambi i gruppi di donne (italiane e straniere). La presenza di differenze fornisce indicazioni per analisi più approfondite dei bisogni di salute della popolazione immigrata e per determinare le criticità da superare.

Tuttavia, gli indicatori descritti mostrano scostamenti molto contenuti o trascurabili tra i due gruppi di donne. Ciò è in parte dovuto ad una età media al parto più avanzata delle madri italiane rispetto alle madri straniere (vedere Indicatore “Età al parto delle donne straniere in Italia”), che comporta un rischio maggiore per la salute del neonato.

Riferimenti bibliografici

- (1) INMP. “Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016”. Quaderni di epidemiologia, 2019. Disponibile sul sito: www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia.
- (2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.
- (3) Euro-Peristat Project. “European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015”. November 2018. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/european-perinatal-health-report-2015.html.



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.

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 (fonte ufficiale dei dati), la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita", non disponendo dell'informazione sulla cittadinanza; di conseguenza i casi di TBC in stranieri in realtà si riferiscono a persone nate all'estero.

Il calcolo del tasso di incidenza richiederebbe per il denominatore la disponibilità di dati sulla popolazione nata all'estero. Tale dato non è disponibile nelle fonti demografiche pubblicate annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat). L'unico modo per poter calcolare un indicatore in serie storica è utilizzare al denominatore la popolazione straniera residente in Italia (fonte Istat), costituita dalle persone residenti con cittadinanza non italiana. Pertanto, lo studio utilizza questo denominatore per il periodo 2006-2019. 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 sulla tendenza 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. Pertanto, 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 "irregolari" e "temporaneamente presenti" (con e senza permesso di soggiorno) che, al

contrario, sono inclusi al numeratore.

Le frequenze calcolate devono essere considerate, perciò, indicative del fenomeno. Va, inoltre, considerato che, pur esistendo un certo grado di sotto notifica della TBC, il profilo epidemiologico della TBC nelle persone nate all'estero può risultare sovradimensionato sia per l'assenza al denominatore delle persone non residenti sia per il fatto che la popolazione residente straniera risulta avere un ammontare più basso della popolazione residente nata all'estero.

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

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2006-2019 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 5,5 casi per 100.000 nel 2019). In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC in Italia in persone nate all'estero nel periodo in esame.

La percentuale del numero dei casi di TBC, relativa ai cittadini nati all'estero, ha fatto registrare nel 2017 un picco del 66,2% rispetto al totale dei casi notificati, sceso sotto il 60% nei 2 anni successivi (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).

L'andamento dei casi notificati dal 2013 al 2015 risente della non corretta codifica del Paese di nascita.

Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2019

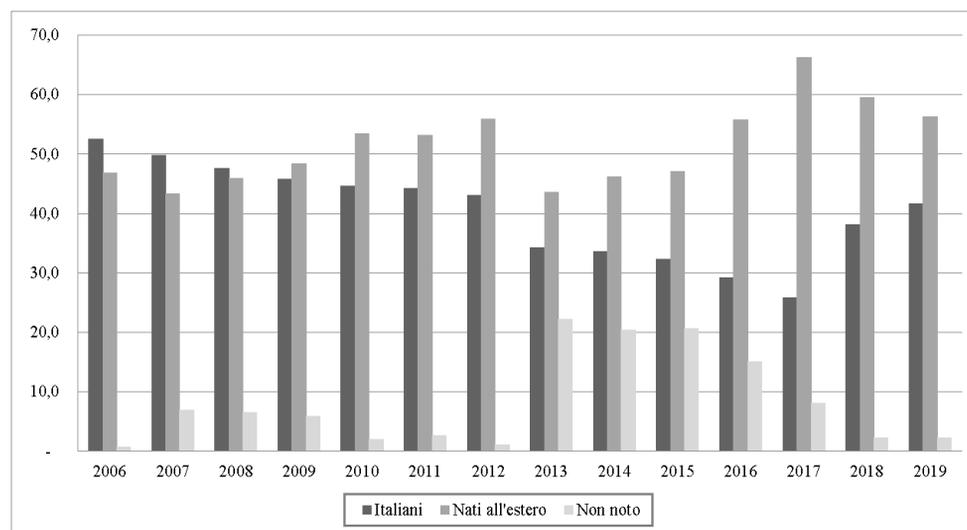
Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210	202	154
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2	2	1	1	0
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.	667	443	497	437
Bolzano-Bozen	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25	25	14
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16	17	16
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198	196	155
Friuli Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75	61	26
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50	70	35
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288	278	259
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171	164	113
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.i.	n.i.	n.i.
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63	65	28
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381	388	321
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14	13	22
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7	7	3
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83	84	75
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68	62	26
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2	2	4
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20	21	13
Sicilia	30	34	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165	166	90
Sardegna	2	6	3	8	8	8	n.d.	0	2	1	44	9	10	6
Italia	2.108	1.960	2.027	2.053	2.575	2.444	2.310	1.740	1.816	1.794	2.419	2.289	2.329	1.797

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 2021.

Grafico 1 - Casi (valori per 100) di tubercolosi tra gli italiani e le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2019

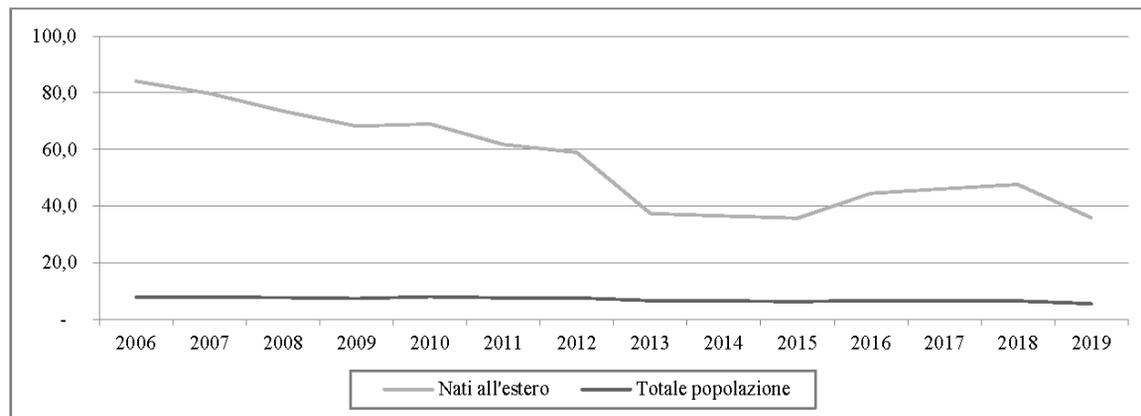


Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2021.





Grafico 2 - Frequenza (valori per 100.000) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2019



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Le Linee Guida sono finalizzate all'individuazione degli obiettivi di salute, degli standard di intervento e degli indicatori utili al monitoraggio degli interventi stessi. La sorveglianza e la gestione della TBC nel nostro Paese è tra gli obiettivi strategici individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e la proporzione dei casi di TBC polmonare persi al *follow-up* rappresenta un utile indicatore di monitoraggio delle Linee strategiche adottate.

Le già menzionate indicazioni sono in linea con quanto raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dall'*European Centre for Disease Prevention and Control* di Stoccolma per i Paesi a bassa incidenza di tubercolosi. 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, d'intesa con le Autorità Sanitarie Regionali e con la PA, alcune raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono volte a implementare diagnosi e sorveglianza, soprattutto attraverso campagne di sensibilizzazione e percorsi formativi rivolti, primariamente, agli operatori socio-sanitari focalizzando l'attenzione sulle fasce di popolazione particolarmente a rischio, con la chiara consapevolezza che chiunque può contrarre e sviluppare la

TBC. Gli obiettivi da conseguire includono il miglioramento del trattamento, della gestione dei casi e dell'aderenza alla terapia, nonché il sostegno all'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. Nel 2017 e nel 2018 sono state pubblicate, rispettivamente, la Linea guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza", oggetto di Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, e le Linee relative al controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia.

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. Disponibile sul sito: <http://demo.istat.it>.
- (5) Ministero della Salute. Controllo della Tubercolosi. Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (6) 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.
- (7) Linea guida "I controlli alla frontiera - La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" 2017. Disponibile sul sito: www.inmp.it.
- (8) Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" 2018. Disponibile sul sito: www.inmp.it.
- (9) Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news.



Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

Significato. L'analisi della mortalità per causa nella popolazione residente in Italia con cittadinanza straniera è stata condotta utilizzando i tassi specifici di mortalità. Questi indicatori rappresentano una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, in questo caso anche una misura

del grado di integrazione degli stranieri in Italia. Oltre all'aggiornamento dei dati con gli indicatori presentati negli anni precedenti, si descrivono gli effetti della pandemia di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) sulla mortalità per genere e area di cittadinanza confrontando i dati 2020 con il quinquennio 2015-2019.

Tasso di mortalità degli stranieri residenti in Italia

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

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento per la costruzione degli indicatori è l'Indagine su Decessi e cause di morte, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e basata sulle informazioni raccolte attraverso la scheda di morte (Modelli Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione si riferisce alla totalità dei decessi avvenuti sul territorio nazionale in un anno di calendario, conteggiando tutti gli eventi (dei presenti e dei residenti) compresi, quindi, quelli degli stranieri non regolari. Non essendo al momento disponibili in modo continuativo i dati della popolazione presente, le elaborazioni dei tassi di mortalità sono state circoscritte al sottogruppo dei residenti, per i quali sono calcolabili i denominatori di riferimento con periodicità annuale.

In particolare, per gli anni 2008-2018 è stata utilizzata la stima della popolazione straniera residente, disaggregata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta *ad hoc* dall'Istat. È opportuno segnalare, inoltre, che l'ammontare dei cittadini stranieri deceduti in Italia include solo i casi per i quali è indicata la cittadinanza straniera (o apolide) e non comprende né i decessi privi di questa informazione, né quelli senza l'indicazione che si tratti di cittadino straniero o italiano.

Al fine di raggiungere un livello di comparabilità adeguato a fronte di un universo di riferimento così fortemente differenziato, tutti i tassi prodotti sono stati standardizzati con il metodo diretto o della popolazione tipo (1), individuata nella Popolazione mondiale totale del 1976 (2), e sono stati calcolati sia considerando tutte le età oltre il 1° anno di vita, sia con riferimento alla classe di età 18-64 anni. In tal modo, è stato possibile condurre valutazioni comparate calcolando i tassi standardizzati anche per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte (3, 4). Sono stati, inoltre, calcolati i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza come rapporto tra

tassi specifici, prendendo come riferimento quelli degli italiani.

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

Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2018, 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 +7,7% per i residenti, del +2,7% per i non residenti, del +5,7% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp): +10,5% tra i residenti, +5,2% tra i non residenti, +8,7% per il totale (Tabella 1).

Nel 2018, si sono verificati 8.515 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 6.376 residenti (circa il 75% del totale) e 2.139 non residenti. Di questi, la quota di cittadini Pfp rappresenta quasi l'81%, pari a 6.881 decessi, di cui 5.421 residenti e 1.460 non residenti. Tra i decessi, la proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002. A partire dal 2003, la quota dei decessi degli stranieri residenti comincia a registrare un aumento costante, seppur con una lieve battuta di arresto nel 2013, fino al 2018 quando raggiunge nel complesso il 74,9% (78,8% per i Pfp).

In generale, tale cambiamento si spiega con l'allargamento dell'Unione Europea (UE) e l'entrata di 10 nuovi Paesi nel 2004, di Romania e di Bulgaria nel 2007 e della Croazia nel 2013. Ciò ha favorito e incrementato i flussi migratori verso l'Italia, dando anche origine a un effetto moltiplicatore, attraverso un "pas-

¹La variazione percentuale media annua dei tassi di mortalità nel periodo 1992-2018 è stata calcolata con la seguente formula: $\sqrt[26]{\frac{M_{2018}}{M_{1992}}} - 1 \cdot 100$



saggio di poste” dal sottogruppo dei decessi dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell’ambito di quest’ultimo, come diretta conseguenza, l’aumento dei decessi dei cittadini stranieri Pfp. In effetti, l’appartenenza all’UE porta con sé una serie di vantaggi, sia in termini più generali di mobilità, sia di integrazione, attraverso un accesso più agevolato ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz’altro aiutano il processo di stabilizzazione della popolazione straniera in Italia (4).

Esaminando i tassi standardizzati di mortalità degli stranieri per regione di residenza, anche per il 2018 si conferma il ruolo differenziale sia di genere, con valori più bassi per le donne, sia della componente territoriale. Al fine di garantire una maggiore stabilità dei valori per le regioni con le numerosità più esigue di casi, si descrive il tasso standardizzato di mortalità medio per il triennio 2016-2018 per genere: il dato per l’Italia è pari nel complesso a 16,9 decessi per 10.000 residenti, 22,9 per 10.000 negli uomini e 13,3 per 10.000 nelle donne.

I valori più alti si registrano per Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Molise, Sicilia e Calabria, e variano (in ordine decrescente per il totale dei due generi) da 21,2 a 17,9 decessi per 10.000 residenti. I tassi più bassi 2016-2018 si rilevano in Umbria, Marche, Lazio, Valle d’Aosta e Lombardia (compresi, in ordine crescente, tra 14,6 e 15,8 decessi per 10.000 residenti) (Tabella 2).

Il quadro delineato è legato alla geografia dei flussi migratori in entrata in Italia, in linea con quella del mercato del lavoro, strettamente connesso anche all’elevata mortalità per cause esterne, che comprendono quelle accidentali e violente, tra cui le morti sul lavoro, ancora oggi elemento che connota negativamente i cittadini stranieri, soprattutto gli uomini, con il 53,4% del totale dei decessi nel 2018.

Il confronto tra gli anni del quinquennio 2014-2018 mette in luce il netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall’area di cittadinanza, ma più contenuto per i Paesi a sviluppo avanzato (Psa), e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati (Tabella 3).

Gli uomini Pfp sono nel complesso caratterizzati da una tendenza all’aumento dei tassi di mortalità, dal valore più basso nel 2016 pari a 13,3 decessi per 10.000, a quello più alto nel 2017 pari a 15,8 per 10.000 (variazione percentuale media annua 2018-2014 pari a +1,4%). Separando il gruppo dei Paesi di più recente adesione all’UE (Pfp1) dagli altri Pfp, si riscontra una diminuzione complessiva (-3,7%), più decisa fino al 2016 (da 19,9 a 16,0 per 10.000), con un aumento nel 2017 (17,9 per 10.000) e una successiva contrazione nel 2018 (17,1 per 10.000). I tassi di mortalità degli uomini italiani diminuiscono nel periodo 2014-2018 (-0,9% la variazione percentuale media annua), con un lieve aumento solo nel 2015. Per quan-

to riguarda le donne, nel quinquennio considerato sono interessate da un aumento dei tassi standardizzati di mortalità, con variazioni percentuali positive per i Pfp (+3,8%), più contenute sia per il sottogruppo dei Pfp1 (+0,9%), sia per i Psa (+0,4%). Di contro, una lieve diminuzione si rileva solo per le italiane (-0,6%). Dal confronto con gli italiani, attraverso i RR calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità dei cittadini stranieri, sia per gli uomini che per le donne, siano quasi sempre al di sotto dell’unità, confermando un vantaggio consolidato nel tempo; fanno eccezione gli uomini Pfp1, che nel 2014 arrivano a 1,1 e si attestano negli anni successivi su livelli di prossimità.

Con riferimento al 2018, prendendo in esame i grandi gruppi di malattie, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza i tumori seguiti dalle malattie del sistema circolatorio rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini che per le donne di età 18-64 anni (Tabella 4).

Fanno eccezione gli uomini Psa, che registrano tassi più elevati di mortalità per le cause esterne rispetto alle cardiocircolatorie (3,3 per 10.000 vs 1,1 per 10.000) ed evidenziano un significativo svantaggio sia rispetto alle donne (0,6 per 10.000) che al confronto con gli uomini italiani, misurato attraverso il corrispondente RR (1,2). Nell’ambito di questa area di cittadinanza, il vantaggio delle donne si attenua, invece, nei tassi di mortalità per tumore (3,5 per 10.000 vs 4,1 degli uomini), ciò avviene anche per le altre nazionalità, seppur in modo più sfumato. In generale, i cittadini Pfp si caratterizzano per tassi di mortalità più elevati rispetto ai cittadini Psa che, tuttavia, registrano valori più alti tra gli uomini sia per le “Cause esterne” (3,3 vs 2,8 per 10.000), sia per le “Altre malattie” (2,6 vs 2,5 per 10.000). La mortalità per questo gruppo residuale è più alta anche tra le donne Psa (1,2 vs 1,0 per 10.000 delle donne Pfp), così come quella per le malattie del sistema respiratorio (0,3 vs 0,1 per 10.000).

Il gruppo delle malattie infettive e parassitarie si distingue per i tassi di mortalità più alti rispetto agli italiani per entrambi i generi, valori che riflettono un’ampia varietà di progetti migratori spesso caratterizzati da serie criticità già presenti nei Paesi di origine, i cui strascichi di indebolimento mettono gli stranieri Pfp particolarmente a rischio rispetto a queste cause di morte. Ciò si traduce in un RR degli uomini e totale pari a 1,3, che sale a 1,6 per le donne. Nei prossimi anni, con il rilascio dei dati sui decessi per COVID-19, classificato tra le malattie infettive, si potranno approfondire eventuali ulteriori conseguenze negative. Gli uomini e le donne Pfp, inoltre, registrano una mortalità leggermente più elevata per le “Cause esterne” (accidentali e violente) rispetto agli italiani: 2,8 vs 2,7 per 10.000 i tassi standardizzati degli uomini; 0,8 vs 0,7 quelli delle donne.

Dal sottoinsieme dei Pfp1, rispetto ai Pfp si evince



una generale maggiore fragilità degli uomini, con tassi di mortalità per tumore particolarmente elevati (6,6 per 10.000; il valore è pari a 4,0 per 10.000 per le donne) e con tassi per cause esterne più alti di quelli degli uomini italiani (3,2 vs 2,7 per 10.000; RR pari a 1,2). Questi due gruppi di cause rimandano sia allo stile di vita, che è legato soprattutto al pregresso di alcuni Paesi di origine, sia alle condizioni particolarmente critiche di certi settori del mercato del lavoro in Italia, più pericolosi e a rischio di incidenti. Lo svantaggio degli uomini Pfp1 rispetto agli uomini italiani si riscontra anche nella mortalità causata dalle malattie infettive e parassitarie, con un RR anche in questo caso di 1,2. Infine, il ruolo del gruppo residuale delle "Altre malattie" è molto rilevante per gli italiani: per le donne rappresenta addirittura la seconda causa di morte (1,7 per 10.000), superando le malattie del sistema circolatorio (1,3 per 10.000). Per gli uomini, invece, con un valore pari a 3,5 per 10.000 questo tasso standardizzato di mortalità si colloca al terzo posto, subito dopo le malattie cardiovascolari (3,8 per 10.000) e con valori più elevati rispetto alle cause esterne (2,7 per 10.000).

Prime considerazioni sugli effetti del COVID-19

A parziale completamento del quadro sulla mortalità degli stranieri in Italia, alcune considerazioni riguardo agli effetti sull'ammontare dei decessi della I fase della pandemia di COVID-19, seppur ancora a carattere molto generale, sono possibili con l'ausilio dei dati di un'altra fonte dell'Istat, disponibili con un aggiornamento a tutto il 2020: il Bilancio della popolazione residente e, in particolare, la Rilevazione delle cancellazioni anagrafiche per decesso (Modello Istat P.5). Prendendo in esame, anche in questo caso, i tassi standardizzati di mortalità di tutti i residenti, come totale di tutte le età oltre il 1° anno di vita, per genere e area di cittadinanza, è stato condotto un *focus* sul quinquennio 2015-2020 attraverso le variazioni percentuali di questi tassi, calcolate come media di periodo e per singolo anno, a partire dal confronto 2016-2015 fino al 2020 (Grafico 1).

Tali variazioni, infatti, sono utili per evidenziare gli eccessi di mortalità, che rappresentano un indicatore degli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID-19 nel corso del 2020, prima della campagna di vaccinazione partita alla fine dell'anno. Per quanto riguarda le aree di cittadinanza, dal totale dei Pfp1, è stato estratto anche quello complementare, dei Pfp2 esclusi i Paesi di più recente adesione all'UE, denominato Pfp2, che mostra profili particolarmente critici. L'analisi delle variazioni mette in risalto una lieve diminuzione media annua della mortalità nel periodo 2015-2019, sia per il totale degli stranieri residenti (-2,2%) sia per gli italiani (-2,4%); tale diminuzione è stata più decisa per le donne straniere (-2,7%) e per gli uomini italiani (-2,5%). In questo arco temporale, infatti, escludendo

il 2020, le variazioni annuali sono quasi sempre negative per tutti i residenti. Nel 2016, una crescita si riscontra solo nei tassi di mortalità delle donne Pfp1 (+2,4%) e degli uomini del sottogruppo Pfp2 (+1,6%), mentre il 2017 è caratterizzato da aumenti decisi per tutte le nazionalità, con l'eccezione del totale degli stranieri Psa (-0,9%) e degli uomini di quest'area (-5,9% vs +5,6% delle donne). Gli aumenti più significativi del 2017 si osservano per gli uomini del sottogruppo Pfp2 (+13,8%), seguiti da quelli Pfp1 (+11,6%). Le donne delle stesse aree di cittadinanza registrano una crescita più contenuta e differenziata (rispettivamente, +9,6% e +4,0%). Per gli italiani tale aumento si attesta su livelli più bassi (+3,2% donne e +2,2% uomini).

Nel 2020, i tassi di mortalità standardizzati crescono sensibilmente in conseguenza dell'emergenza pandemica. Lo svantaggio a carico della popolazione di nazionalità straniera residente in Italia è netto e si presenta molto differenziato tra le aree di cittadinanza: +20,1% per il totale degli stranieri, che sale al 21,2% per gli uomini e si riduce al 18,8% per le donne. Anche per gli italiani la crescita è rilevante ma più contenuta: +13,3% nel complesso; +14,5% per gli uomini e +11,5% per le donne. Tra gli stranieri, gli uomini del sottogruppo Pfp2 raggiungono il livello più alto, con un aumento della mortalità di quasi +33%; +19,6% il dato per le donne, molto vicino a quello delle donne Psa (+19,2%). I tassi di mortalità degli uomini Psa, invece, aumentano meno di quelli degli italiani (+11,9%) e quelli degli uomini Pfp1 registrano il valore più basso (+4,2%). Le donne Pfp1, al contrario, fanno registrare una forte crescita del tasso di mortalità pari a +17,3%.

Le variazioni percentuali dei tassi specifici di mortalità per classe di età, confrontando il 2020-2019 con le medie annue del periodo 2015-2019, mettono in evidenza la forbice dovuta agli eccessi di mortalità del 2020 che, in modo molto differenziato a seconda dell'area di cittadinanza, caratterizzano la popolazione straniera a determinate età (Grafico 2).

Le classi di età quinquennali considerate partono da 20-24 anni, fino a 60-64 anni per gli stranieri residenti, al fine di poter contare su una copertura migliore dei dati e su risultati più stabili (4), e arrivano alla classe di età 90 anni ed oltre per gli italiani. Gli stranieri residenti Psa non sono stati raffigurati poiché risentono dell'esiguità dei dati nel calcolo dei tassi specifici per età. A fronte di una variazione percentuale media annua per il quinquennio 2015-2019 tendenzialmente stazionaria e lievemente decrescente nelle diverse classi di età, nel 2020 si osservano significativi aumenti dei tassi di mortalità per gli stranieri nelle età centrali. Gli italiani, al contrario, hanno risentito di questi effetti in particolare nelle età più elevate. Nel complesso, gli eccessi di mortalità degli stranieri Pfp2 si attestano su livelli decisamente superiori



rispetto alle altre aree di cittadinanza. Gli uomini raggiungono un picco nella classe di età 35-39 anni, pari a quasi +51%, contrapponendosi alla diminuzione dei tassi di mortalità delle donne Pfp2 (-12,3%). Per le età successive gli incrementi si riducono fino a +10,6% nella classe di età 45-49 anni, crescono di nuovo e superano +39% a 50-54 anni. Nelle classi iniziali gli aumenti sono contenuti, con una diminuzione nella classe di età 25-29 anni (-5,9%) più elevata per le donne Pfp2 (-17,0%) e che accomuna anche le altre aree di cittadinanza e gli italiani. La situazione generale delle donne Pfp2 risulta oscillatoria, con variazioni più contenute rispetto agli uomini fino a 54 anni e con eccessi di mortalità più significativi in corrispondenza delle classi di età 30-34 anni (+16,8%), 40-44 anni (+33,6%), quando l'andamento della crescita diventa più regolare, e 60-64 anni (+36,9%). Gli uomini Pfp1 sono interessati da una diminuzione della mortalità nelle diverse classi di età nel periodo 2015-2019, che rallenta da 45 a 59 anni, in corrispondenza delle classi in cui si registrano gli aumenti del 2020 (pari, rispettivamente, a +7,7%, +15,1%, +11,5%). Per le donne Pfp1 nel 2020, rispetto al 2019, si osservano incrementi dei tassi specifici di mortalità a partire dai 35-39 anni (+25,3%, il valore

più alto anche rispetto alle altre donne della stessa età), fino a 60-64 anni (+25,2%). Nelle classi di età precedenti, la mortalità diminuisce, addirittura -88,5% nella classe di età 20-24 anni. Alcuni elementi sugli stranieri Psa, malgrado la bassa numerosità dei casi, indicano per gli uomini aumenti della mortalità dal 2019 al 2020 anche a 20-24 anni (+59,0%), che riprendono dai 45-49 anni, con un picco a 50-54 anni (+38,0%). Le donne Psa rilevano, invece, un eccesso di mortalità nelle classi di età 40-44 anni (+72,0% vs -72,0% uomini), 55-59 anni (+36,6%) e 60-64 anni (+35,5%) (dati non presenti nei grafici).

Dal 2019 al 2020, gli italiani presentano variazioni più regolari con incrementi più contenuti a 30-34 anni e crescenti al crescere dell'età: il valore più alto a 70-74 anni nel complesso e per gli uomini (rispettivamente, +18,7% e +21,8%). Le donne italiane fanno registrare aumenti anche a 20-24 anni (+2,8%) e a 30-34 anni (+11,7%), segnando uno svantaggio sia rispetto agli uomini italiani, sia rispetto al totale delle donne Pfp nelle stesse classi di età. Tale crescita riprende da 45-49 anni, con l'eccesso di mortalità più consistente a 75-79 anni (+15,0%) e da 90 anni ed oltre, quando supera di nuovo quello degli uomini italiani (15,3% vs 13,6%).

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, 2012-2018*

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			Totale stranieri deceduti in Italia (%)		Di cui: Paesi a forte pressione migratoria**			Di cui: Paesi a forte pressione migratoria (%)	
	Residenti	Non residenti	Totali	Residenti	Non residenti	Residenti	Non residenti	Totali	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	390	389	779	50,06	49,94
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	845	1.015	1.860	45,43	54,57
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28	3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2012	4.587	2.161	6.748	67,98	32,02	3.795	1.526	5.321	71,32	28,68
2013	4.896	2.421	7.317	66,91	33,09	4.058	1.809	5.867	69,17	30,83
2014	4.800	1.982	6.782	70,78	29,22	3.986	1.359	5.345	74,57	25,43
2015	5.331	2.103	7.434	71,71	28,29	4.387	1.403	5.790	75,77	24,23
2016	5.333	2.119	7.452	71,56	28,44	4.440	1.431	5.871	75,63	24,37
2017	6.187	2.276	8.463	73,11	26,89	5.240	1.579	6.819	76,84	23,16
2018	6.376	2.139	8.515	74,88	25,12	5.421	1.460	6.881	78,78	21,22

*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è desunto dall'Indagine su Decessi e cause di morte dell'Istat, considerando solo i casi per i quali è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono esclusi i decessi per i quali questa informazione non è riportata.

**Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria 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 più recente adesione all'Unione Europea, entrati a far parte dell'UE 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 più recente adesione all'UE. I cittadini di San Marino, quelli di Città del Vaticano e gli Apolidi non sono stati inclusi nelle analisi.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat, indagine su "Decessi e cause di morte". Anno 2021.



Tabella 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità degli stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita per genere, regione e macroarea - Anno 2018, media 2016-2018

Regioni/Macroaree	Stranieri residenti (2018)			Tassi std di mortalità (media 2016-2018)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	279	264	543	21,5	13,2	16,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4	7	11	15,5	15,7	15,7
Lombardia	648	569	1.217	21,9	12,0	15,8
Bolzano-Bozen	36	53	89	23,2	13,6	17,5
Trento	37	30	67	23,4	13,8	17,0
Veneto	290	255	545	22,3	12,9	16,3
Friuli Venezia Giulia	100	70	170	26,2	16,3	20,0
Liguria	111	94	205	23,9	13,9	17,8
Emilia-Romagna	337	287	624	24,5	12,3	16,4
Toscana	251	231	482	21,5	13,6	16,5
Umbria	55	54	109	19,9	11,5	14,6
Marche	99	86	185	21,5	11,6	15,1
Lazio	387	394	781	21,2	12,4	15,6
Abruzzo	60	66	126	21,6	13,7	16,3
Molise	9	10	19	21,9	15,7	18,1
Campania	179	153	332	22,8	13,4	16,5
Puglia	83	79	162	24,3	16,3	19,6
Basilicata	19	11	30	27,6	17,9	21,2
Calabria	77	70	147	21,4	15,5	17,9
Sicilia	135	103	238	19,7	16,2	18,0
Sardegna	46	44	90	20,8	14,2	17,1
Regione non indicata	165	39	204	-	-	-
<i>Nord-Ovest</i>	<i>1.042</i>	<i>934</i>	<i>1.976</i>	<i>21,8</i>	<i>11,5</i>	<i>15,4</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>800</i>	<i>695</i>	<i>1.495</i>	<i>23,8</i>	<i>13,5</i>	<i>17,1</i>
<i>Centro</i>	<i>792</i>	<i>765</i>	<i>1.557</i>	<i>21,2</i>	<i>12,6</i>	<i>15,8</i>
<i>Sud</i>	<i>427</i>	<i>389</i>	<i>816</i>	<i>22,8</i>	<i>14,4</i>	<i>17,5</i>
<i>Isole</i>	<i>181</i>	<i>147</i>	<i>328</i>	<i>20,1</i>	<i>15,6</i>	<i>17,7</i>
Macroarea non indicata	165	39	204	-	-	-
Italia	3.407	2.969	6.376	22,9	13,3	16,9

- = nel caso di un numero di decessi troppo esiguo o di impossibilità di eseguire il calcolo del tasso standardizzato.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat, indagine su "Decessi e cause di morte". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2021.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 per genere e area di cittadinanza - Anni 2014-2018

Aree di cittadinanza*	2014 2015 2016 2017 2018					2014 2015 2016 2017 2018				
	Tassi std					Rischi Relativi				
Maschi										
Paesi a sviluppo avanzato	10,4	11,5	11,9	11,5	11,7	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	14,1	14,8	13,3	15,8	14,9	0,8	0,8	0,7	0,9	0,8
Paesi di più recente adesione UE (Pfp1)	19,9	19,3	16,0	17,9	17,1	1,1	1,0	0,9	1,0	0,9
Italia	18,8	19,3	18,3	18,3	18,1	1,0	1,0	2,0	3,0	4,0
Femmine										
Paesi a sviluppo avanzato	6,6	7,2	7,5	8,7	6,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	6,1	6,6	6,2	7,0	7,1	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7
Paesi di più recente adesione UE (Pfp1)	6,7	7,1	6,3	7,5	6,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7
Italia	10,5	10,8	10,4	10,4	10,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Totale										
Paesi a sviluppo avanzato	8,1	8,7	9,2	9,9	8,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	9,2	9,8	9,0	10,6	10,3	0,6	0,7	0,6	0,7	0,7
Paesi di più recente adesione UE (Pfp1)	10,7	10,9	9,2	10,8	10,3	0,7	0,7	0,6	0,8	0,7
Italia	14,6	15,0	14,3	14,3	14,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

*Per il dettaglio dei Paesi a forte pressione migratoria e il "di cui" dei Paesi di più recente adesione all'Unione Europea (UE), cfr. ** della Tabella 1. I Paesi a sviluppo avanzato includono quelli dell'UE-15, gli altri Paesi Europei (compresi Malta e Cipro), Giappone, 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 degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istat. Anno 2021.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

419

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e area di cittadinanza - Anno 2018

Aree di cittadinanza*	Cause di decesso**	Tassi std			Rischi Relativi		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3
	Tumori	4,1	3,5	3,7	0,6	0,6	0,6
	Malattie del sistema circolatorio	1,1	1,0	1,1	0,3	0,8	0,4
	Malattie del sistema respiratorio	0,4	0,3	0,3	0,8	0,8	0,7
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,3	0,6	1,6	1,2	0,8	0,9
	Altre malattie	2,6	1,2	1,8	0,8	0,7	0,7
	Tasso std totale		11,7	6,7	8,6	0,6	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,6	0,3	0,4	1,3	1,6	1,3
	Tumori	5,1	3,9	4,3	0,7	0,6	0,7
	Malattie del sistema circolatorio	3,4	1,0	2,0	0,9	0,8	0,8
	Malattie del sistema respiratorio	0,5	0,1	0,3	0,9	0,4	0,6
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,8	0,8	1,8	1,0	1,1	1,0
	Altre malattie	2,5	1,0	1,6	0,7	0,6	0,6
	Tasso std totale		14,9	7,1	10,3	0,8	0,7
Paesi di più recente adesione UE	Malattie infettive e parassitarie	0,5	0,2	0,3	1,2	0,9	0,9
	Tumori	6,6	4,0	4,7	0,9	0,7	0,7
	Malattie del sistema circolatorio	3,4	1,0	1,8	0,9	0,8	0,7
	Malattie del sistema respiratorio	0,3	0,2	0,2	0,5	0,5	0,5
	Cause esterne di morbosità e mortalità	3,2	0,6	1,6	1,2	0,9	0,9
	Altre malattie	3,1	1,0	1,7	0,9	0,6	0,7
	Tasso std totale		17,1	6,9	10,3	0,9	0,7
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,4	0,2	0,3	1,0	1,0	1,0
	Tumori	7,1	6,1	6,6	1,0	1,0	1,0
	Malattie del sistema circolatorio	3,8	1,3	2,5	1,0	1,0	1,0
	Malattie del sistema respiratorio	0,6	0,3	0,5	1,0	1,0	1,0
	Cause esterne di morbosità e mortalità	2,7	0,7	1,7	1,0	1,0	1,0
	Altre malattie	3,5	1,7	2,6	1,0	1,0	1,0
	Tasso std totale		18,1	10,3	14,2	1,0	1,0

* Per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. ** della Tabella 1 e * della Tabella 3.

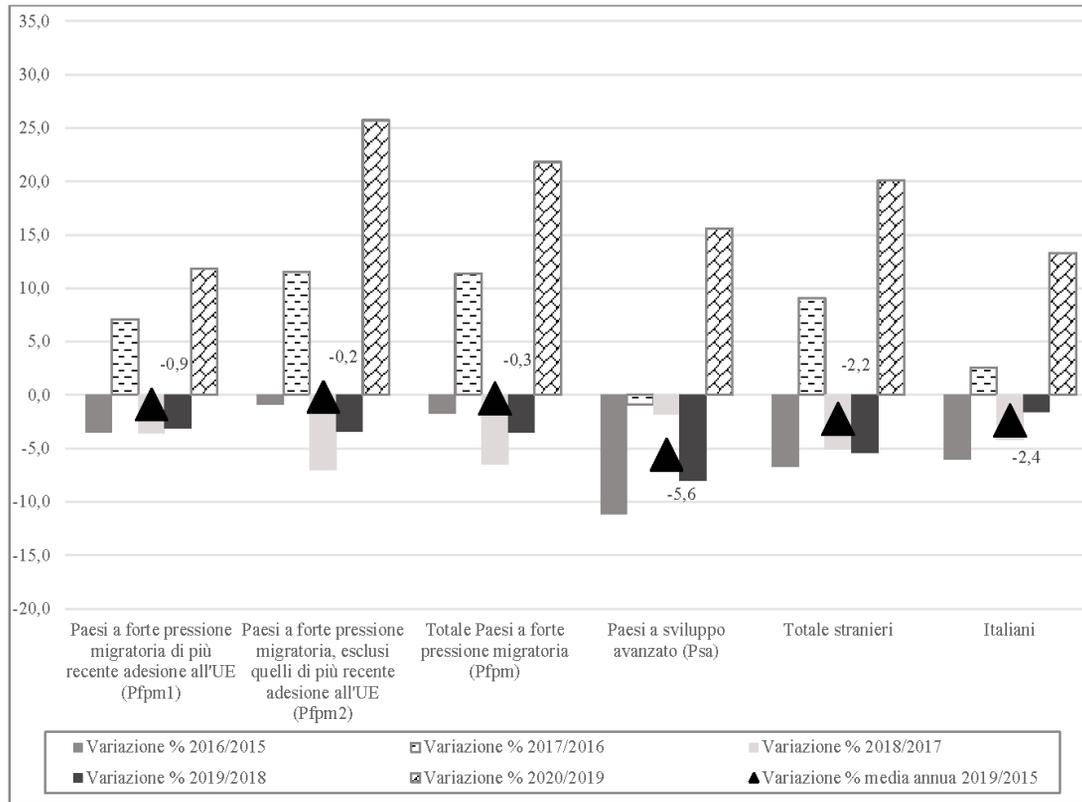
**I gruppi di cause di morte sono riferiti alla X Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99); Tumori (C00-D48); Malattie del sistema circolatorio (I00-I99); Malattie del sistema respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e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

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat, indagine su "Decessi e cause di morte". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2021.



Grafico 1 - Variazione (valori per 100) del tasso standardizzato di mortalità oltre il 1° anno di vita degli stranieri residenti in Italia per area di cittadinanza e degli italiani per genere - Anni 2015-2020

Totale



Maschi

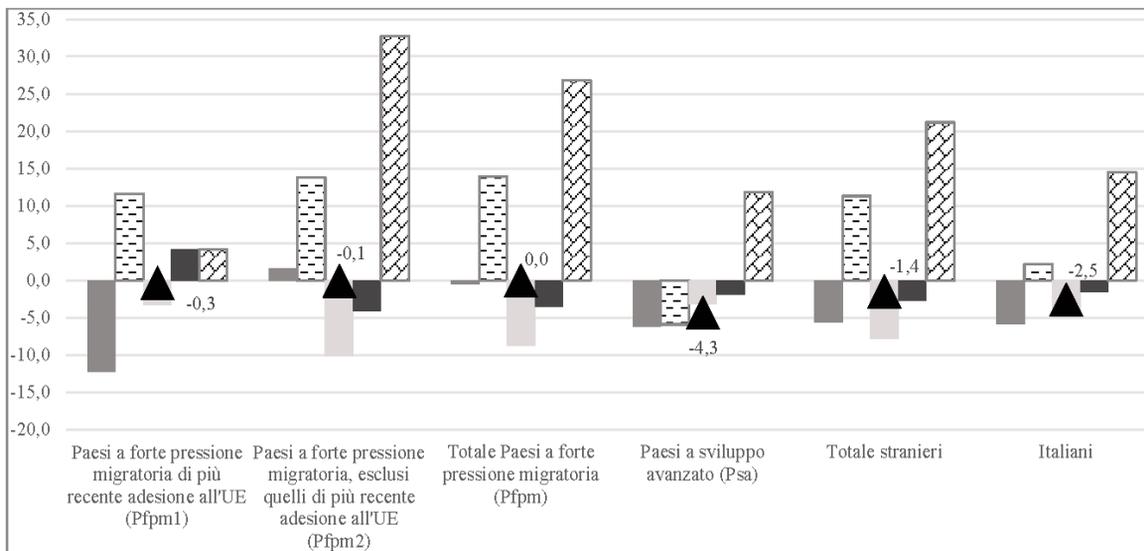
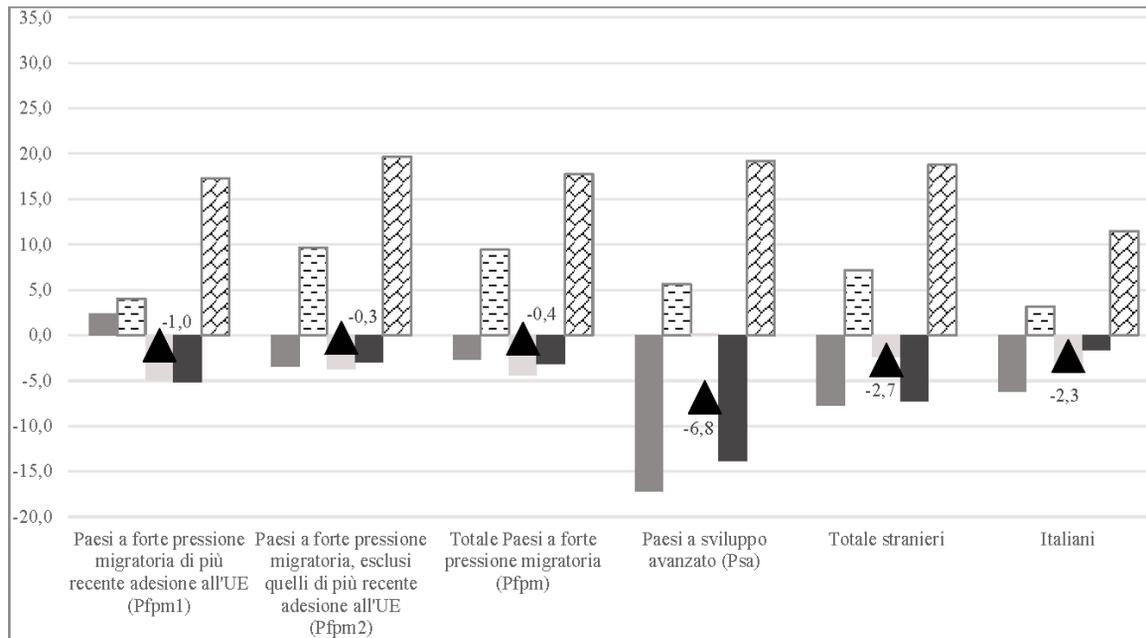




Grafico 1 - (segue) *Variazione (valori per 100) del tasso standardizzato di mortalità oltre il 1° anno di vita degli stranieri residenti in Italia per area di cittadinanza e degli italiani per genere - Anni 2015-2020*

Femmine



Nota: per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. ** della Tabella 1 e * della Tabella 3.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Rilevazione delle cancellazioni anagrafiche per decesso". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2021.





Grafico 2 - *Variatione (valori per 100) del tasso specifico di mortalità degli stranieri residenti in Italia per area di cittadinanza e degli italiani per genere e classe di età - Anni 2019-2020, media 2015-2019*

Totale

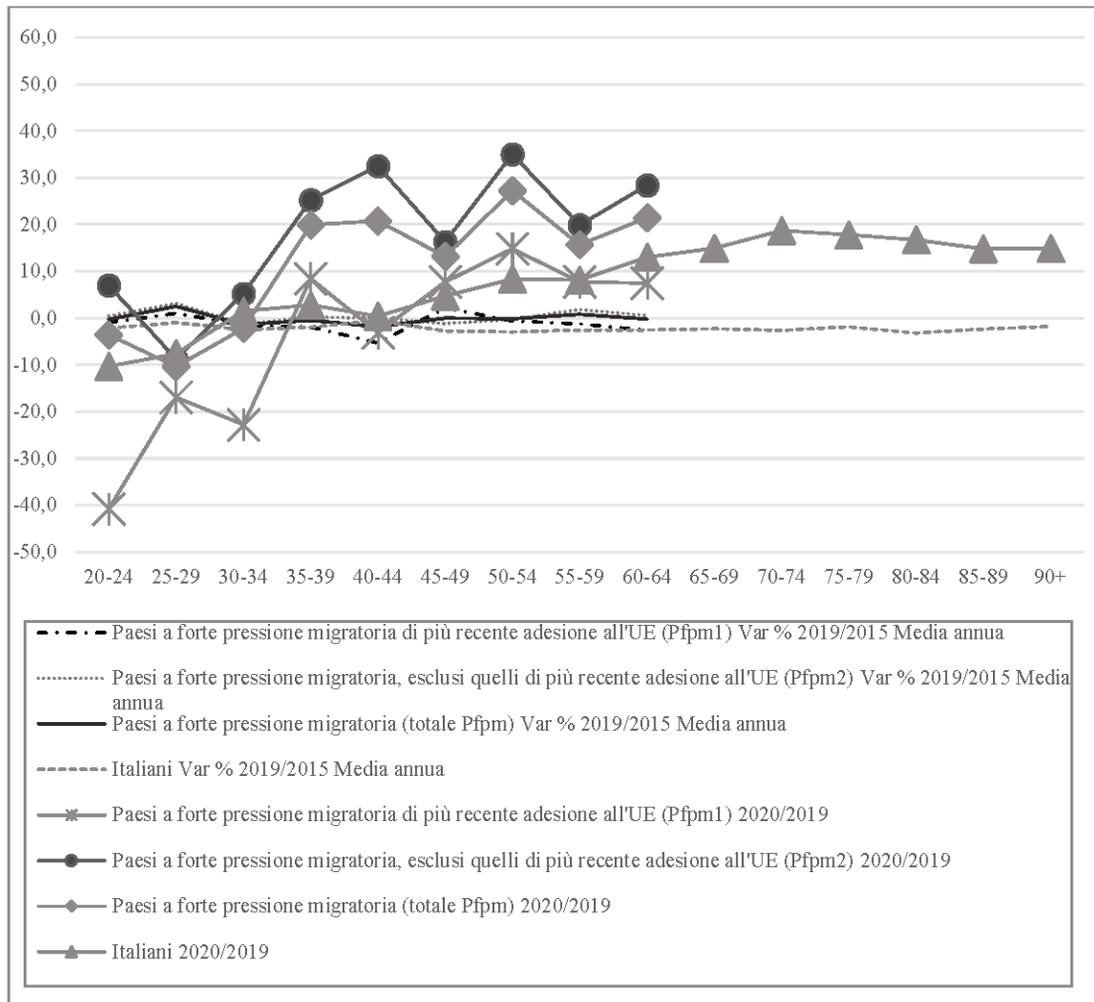




Grafico 2 - (segue) *Variazione (valori per 100) del tasso specifico di mortalità degli stranieri residenti in Italia per area di cittadinanza e degli italiani per genere e classe di età - Anni 2019-2020, media 2015-2019*

Maschi

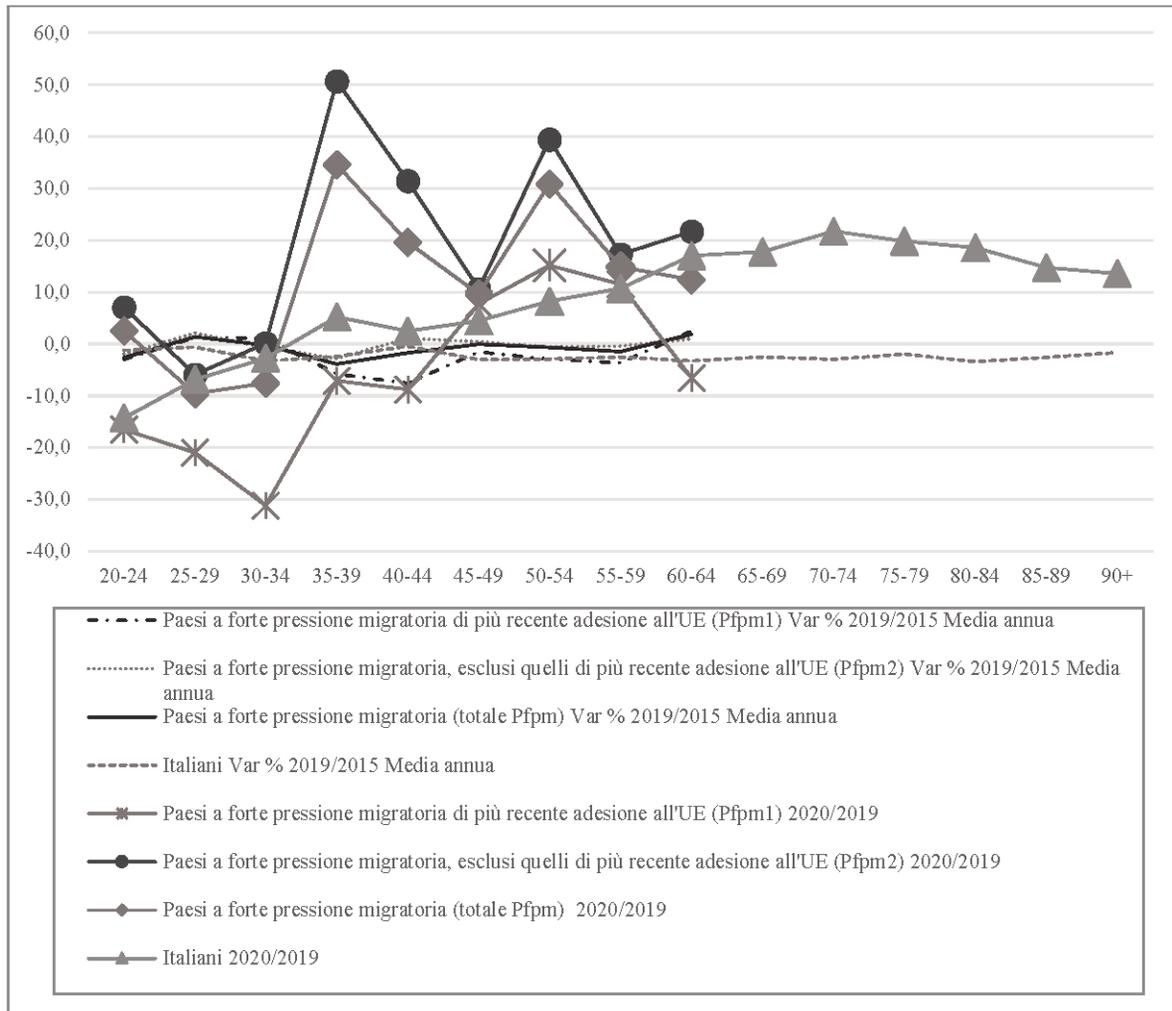
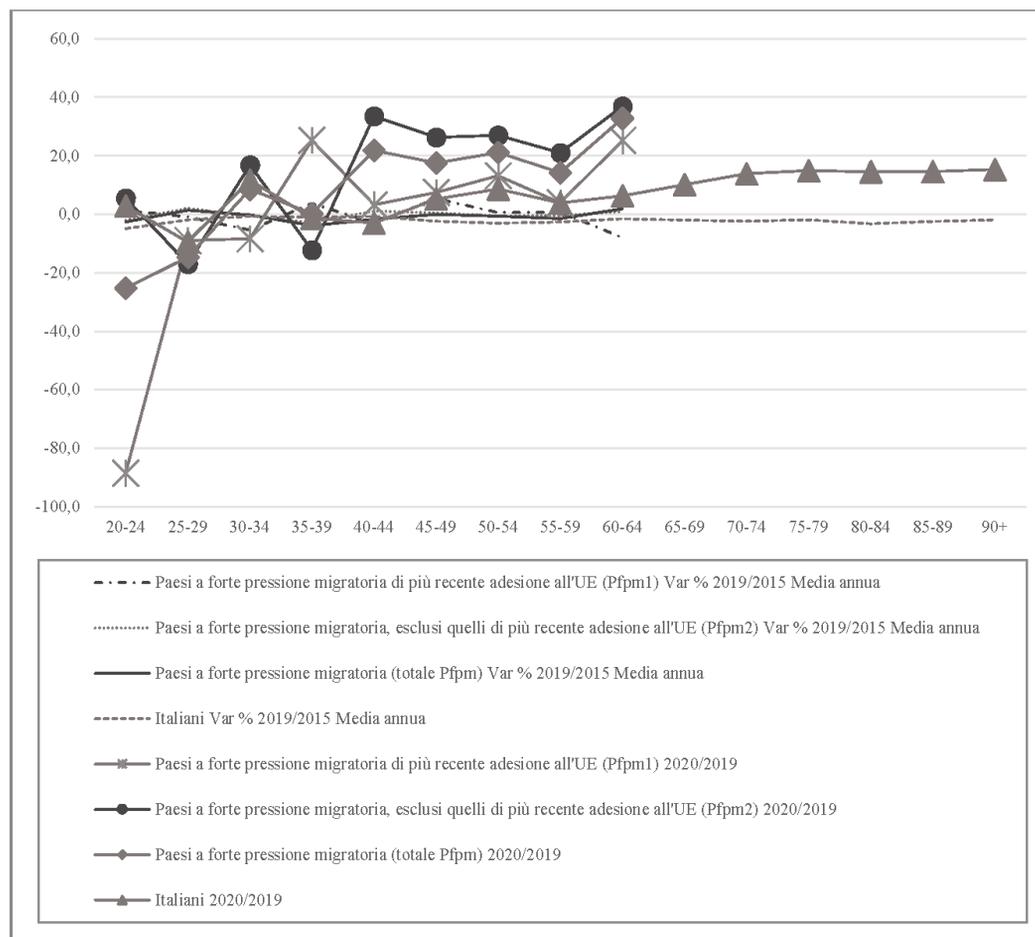


Grafico 2 - (segue) *Variazione (valori per 100) del tasso specifico di mortalità degli stranieri residenti in Italia per area di cittadinanza e degli italiani per genere e classe di età - Anni 2019-2020, media 2015-2019*

Femmine



Nota: per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. ** della Tabella 1 e * della Tabella 3.

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati Istat "Rilevazione delle cancellazioni anagrafiche per decesso". Stima del numero degli stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi) fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2021.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della mortalità degli stranieri in Italia conferma le specificità dei diversi gruppi di popolazione, spesso legate a situazioni preesistenti e già rilevate nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni in Italia come, ad esempio, quelle sul mercato del lavoro, insieme alla mancata integrazione sociale ed economica, costituiscono il principale determinante dello stato di salute della popolazione con nazionalità straniera. Disagio sociale e privazioni, infatti, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per cause specifiche, in particolare "Cause esterne" e "Malattie infettive e parassitarie". Queste ultime dovranno essere ulteriormente approfondite anche alla luce dei primi risultati sugli eccessi di mortalità del 2020, che caratterizzano la I fase dell'emergenza sanitaria di COVID-19. Le criticità emergenti, dalle questioni sui diritti sociali dei cittadini stranieri, sono senza dubbio eventi "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. 2018. La standardizzazione dei tassi grezzi in campo demografico e degli indicatori delle condizioni di salute. Torino, Italia: Pathos Edizioni.
- (2) Waterhouse, J.A.H., C.S. Muir, P. Correa, and J. Powell (Eds.). 1976. "Cancer incidence in Five Continents – Volume III". IARC Scientific Publication, N. 15. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer - IARC.
- (3) Maccheroni, C., S. Bruzzone, e N. Mignolli. 2007. "La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto". In Di Comite, L., O. Garavello, e F. Galizia (a cura di). "Sviluppo demografico ed economico nel Mediterraneo". Collana Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo, N. 35. Bari, Italia: Cacucci Editore.
- (4) Bruzzone, S., C. Maccheroni, e N. Mignolli. 2020. "Il ruolo della presenza straniera nella dinamica demografica italiana. Andamento e caratteristiche del fenomeno migratorio con un focus su fecondità e mortalità": 9-59. In Immigrazione e integrazione. Effetti demografici, sanitari e sociali. Roma, Italia: Aracne Editrice. (ISBN 978-88-255-3516-7 - DOI 10.4399/97888255351672).



Immigrazione e vaccinazione anti COVID-19

Dott. Salvatore Geraci, Dott. Massimo Fabiani, Dott.ssa Silvia Declich

Le popolazioni socialmente fragili, e tra queste in particolar modo gli immigrati, hanno sopportato un onere sproporzionato dagli interventi restrittivi non farmaceutici volti a prevenire la diffusione di *Corona Virus Disease-19* (COVID-19). Sebbene, in generale, manchino dati disaggregati sull'adozione della vaccinazione anti COVID-19 nelle popolazioni socialmente fragili, informazioni da parte di alcuni Paesi evidenziano disuguaglianze per questa vaccinazione tra le popolazioni migranti, le minoranze etniche e la popolazione autoctona.

Anche in Italia, fin dal drammatico inizio della pandemia, ci sono state centinaia di migliaia di persone escluse non tanto dai percorsi clinico-assistenziali, dove di fronte all'emergenza sanitaria in senso stretto c'è un afflato di eguaglianza in più, ma certamente dalle tutele, dai programmi di mitigazione e di prevenzione (pensiamo ai tamponi e ai vaccini), dai "ristori" e, probabilmente, anche dalle future politiche di rilancio. Non solo immigrati, ma certamente questi sono stati quelli in maggior numero esclusi. In questo periodo di pandemia li abbiamo chiamati in modi diversi: gli invisibili (1), i dimenticati (2), i diseguali (3), i "difficili da raggiungere", i fragili socialmente, gli ultimi. E sono rimasti ultimi (4). Nei confronti di questa popolazione, in particolare, la società civile ha messo in campo sia azioni puntuali di *advocacy*, sia iniziative di reale prossimità per intercettare, orientare, accompagnare, includere e assistere in modo concreto ed efficace.

La malattia

Se in una I fase (primi mesi del 2020) nelle statistiche delle persone colpite dalla malattia gli immigrati erano assenti, man mano che si consolidavano i dati gli stranieri apparivano come una popolazione egualmente interessata probabilmente per una esposizione professionale (nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, nell'accudimento alle persone anziane), ma con esiti tendenzialmente più gravi, se considerata la più giovane età rispetto alla casistica italiana e una minor presenza di comorbidità. I casi presentavano una curva epidemica con un ritardo di alcune settimane, da 2 a 4, rispetto ai casi italiani, e una più alta probabilità di ospedalizzazione e di ricorso nelle Terapie Intensive e, limitatamente agli immigrati provenienti da Paesi a basso *Human Development Index* (HDI), un più alto rischio di mortalità (5).

Piuttosto che a una ritardata diffusione dell'epidemia tra gli stranieri, le differenze osservate possono essere verosimilmente attribuite a un ritardato accesso alla diagnosi dovuto alle barriere di conoscenza dei servizi, all'organizzazione, tipologia e carico di lavoro tra gli stranieri e ad alcuni aspetti culturali che rallentano la diagnosi e la presa in carico, con conseguente peggioramento degli esiti della malattia. Nel tempo, il ritardo nella curva epidemica si è normalizzato, ma gli esiti rappresentano ancora evidenti disuguaglianze tra le due diverse popolazioni: aumentato rischio rispetto alla I fase di ospedalizzazione, ammissione in Terapia Intensiva e decesso tra i casi di nazionalità straniera (solo i casi più gravi arrivano all'accertamento diagnostico; ritardato/ridotto accesso vaccinazione; ridotto accesso tamponi rispetto agli italiani) e si conferma un gradiente inverso per il quale il rischio di un esito clinico più grave è maggiore tra i casi provenienti da Paesi con basso HDI e minore tra quelli provenienti da Paesi con alto HDI.

La vaccinazione

Nella programmazione delle vaccinazioni (Piano Strategico del 12 dicembre 2020 e raccomandazioni *ad interim* di febbraio e marzo 2021) gli immigrati, in particolare quelli presenti nelle strutture di accoglienza collettive, non sono stati previsti, se non teoricamente quelli vulnerabili nella salute (anziani o persone con patologie croniche).

La mancanza di Tessera Sanitaria ha, inoltre, escluso interi gruppi di popolazione (italiana e straniera) dalla possibilità di prenotarsi nei portali regionali, anche quando per età sarebbe stato possibile. Nonostante che, già a febbraio 2021, ci siano state puntuali indicazioni dell'Agenzia Italiana del Farmaco per far accedere alle vaccinazioni coloro senza Tessera Sanitaria, ma in possesso di altri codici identificativi di prestazioni, il codice fiscale temporaneo o anche coloro senza alcun documento, bisogna attendere l'estate inoltrata per avere riscontri in tal senso¹. In assenza di indicazioni puntuali, le regioni e le PA si sono attivate non in modo omogeneo e coordinato e questo ha prodotto, ancora una volta, un ritardo "strutturale" a scapito della popolazione immigrata anche nel caso specifico nella copertura vaccinale.

¹Bisogna attendere il 24 agosto 2021 quando, in risposta ad una sollecitazione dell'UNAR, una nota del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19 sollecita le Regioni a garantire "l'accesso alle vaccinazioni da parte di persone senza Tessera Sanitaria, codice fiscale o residenza (in particolare senza fissa dimora)".



Utilizzando i dati dell'Anagrafe Nazionale Vaccini (AVN) dei primi 6 mesi di vaccinazione, aggiornati al 27 giugno 2021, si può riscontrare una minore copertura vaccinale tra le persone nate all'estero rispetto a quelle nate in Italia (rispettivamente, 50% vs 60%) (Grafico 1).

Tale disuguaglianza è ancor più marcata negli adolescenti e giovani adulti (12-29 anni) tra i quali la copertura è del 15% nei nati all'estero e del 28% nei nati in Italia, e permane nella fascia di età 30-49 anni (41% nati all'estero vs 49% nati in Italia) (Grafico 2).

Se all'inizio, seppur con approssimazione, abbiamo ipotizzato dei dati di copertura vaccinale, col tempo e l'aumento delle coperture complessive, non possiamo avere nemmeno indicazioni di tendenza perché le fonti disponibili non permettono di stimare la copertura vaccinale negli stranieri.

Infatti, nell'AVN è presente l'informazione sul Paese di nascita da cui si può desumere il numero di persone nate all'estero, che ovviamente comprende anche gli italiani nati all'estero. Tale variabile potrebbe essere affiancata dalla cittadinanza, anch'essa presente nell'AVN, che però essendo una variabile non obbligatoria è raramente compilata (il 45% nel periodo in esame per la vaccinazione COVID-19).

Parallelamente a questo numeratore (numero di persone nate all'estero vaccinate) non è disponibile un denominatore adeguato. Difatti, la fonte utilizzata, in genere, è quella dei cittadini stranieri residenti in Italia (fonte Istituto Nazionale di Statistica), che però non include i nati all'estero che hanno ottenuto la cittadinanza italiana, conteggiati tra i cittadini italiani, ed include gli immigrati di seconda generazione, nati in Italia, senza la cittadinanza.

Possiamo, quindi, solo discutere i numeri relativi ai vaccinati tra le persone nate all'estero che a fine 2021 risultano essere 4.596.300, di cui solo l'1,91% con codice fiscale provvisorio, l'1,85% con codice Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e lo 0,06% con codice Europei Non Iscritti (ENI). Tale dato è difficilmente interpretabile perché, se fino a giugno/luglio ad essere vaccinati sono stati quasi esclusivamente coloro con Tessera Sanitaria (al 27 giugno 2021 sono state, complessivamente, vaccinate circa 2.131.000 persone nate all'estero), successivamente sono iniziate le vaccinazioni agli immigrati senza permesso di soggiorno (con codice STP), ai cittadini comunitari senza Tessera Sanitaria e/o Tessera Europea Assistenza Malattia (in alcune regioni conosciuti con il codice ENI) e agli immigrati "regolarizzandi" con codice fiscale provvisorio.

In generale, al 2 gennaio 2022, le persone nate all'estero risultano pari al 10,54% di tutti i vaccinati in Italia con una dose, al 10,21% di tutti i vaccinati con due dosi e solo al 4,68% di tutti i vaccinati con dose *booster*. Tale differenza può essere attribuibile solo parzialmente all'età giacché l'età media dei vaccinati con una dose nati in Italia risulta essere di 51,7 anni e quella dei vaccinati con una dose nati all'estero di 43,1 anni. Un'altra possibile ragione è che circa il 3% delle persone nate all'estero hanno ricevuto il vaccino Janssen (che inizialmente era raccomandato con dose unica) rispetto all'1% circa delle persone nate in Italia. Si può, quindi, ipotizzare un ritardo di copertura nei nati all'estero.

Questo si conferma nel confronto dell'andamento delle vaccinazioni del 2021 tra le due popolazioni considerate (nati all'estero e nati in Italia), dove la curva dei nati all'estero presenta dei picchi in ritardo rispetto alla curva dei nati in Italia (settimana 2 rispetto alla settimana 1; settimana 32 rispetto alla settimana 30-31) e, in generale, è spostata verso il secondo picco che è più allargato (Grafico 3).

Se poi andiamo ad esaminare e a disaggregare la curva dei nati all'estero, notiamo come le persone nate nei Paesi ad alto e a medio HDI seguono la curva complessiva, mentre coloro che sono nati nei Paesi a basso HDI hanno avuto accesso alla vaccinazione in ritardo. È presumibile che la maggior parte degli stranieri in quest'ultimo gruppo sia rappresentata da persone provenienti dall'Africa subsahariana e che, quindi, siano parte del gruppo umano che ha avuto maggiori difficoltà nei percorsi di accoglienza, inserimento e tutela in Italia.

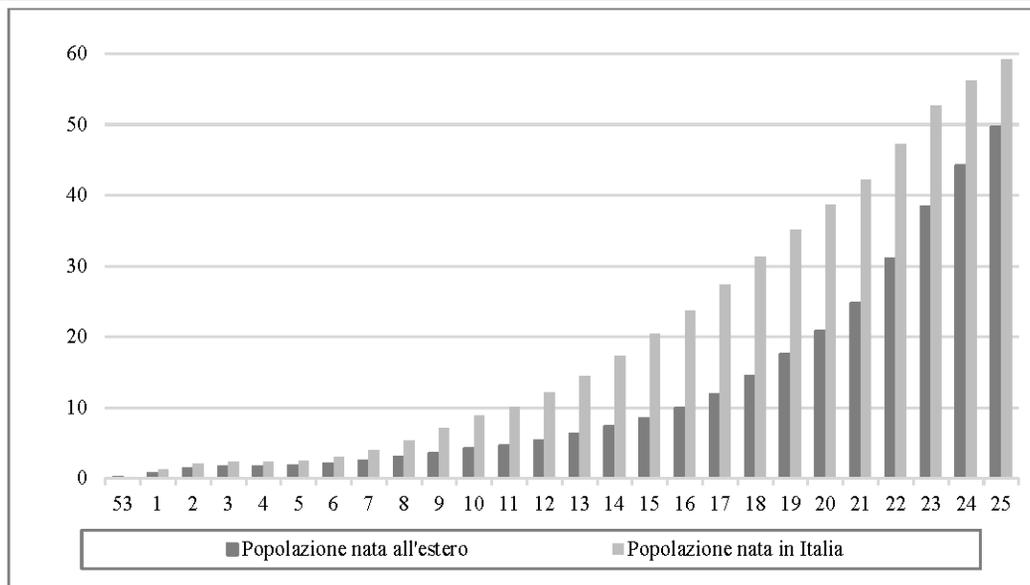
Questi dati, seppur incompleti, oltre che richiedere un'attenzione alle variabili ordinarie da raccogliere in modo sistematico come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (la cittadinanza, oltre al Paese di nascita, dovrebbe essere un dato da inserire in tutti i flussi informativi, così come gli anni dall'arrivo nel Paese e il Paese di nascita dei genitori), correlati alla storia della pandemia in Italia vista dalle organizzazioni di tutela del terzo settore², mostrano evidenti disuguaglianze in una popolazione già socialmente svantaggiata. Pare evidente che serva una regia che presti attenzione anche alle sollecitazioni dei territori e nel caso specifico del mondo dell'associazionismo.

Non si può prescindere soprattutto da una *governance* nazionale e locale per garantire in modo diffuso, equo ed inclusivo, percorsi di tutela, attualmente l'offerta vaccinale e la relativa "certificazione verde", anche alle persone in condizione di fragilità sociale e debolezza amministrativa. Perché la loro tutela è la tutela di tutti.

²A titolo di esempio citiamo i Rapporti: La pandemia diseguale (INTERSOS, feb. 2021); Salute e fragilità sociale in tempo di pandemia. Un punto di vista (CARITAS ROMA, lug. 2021); Margini (MEDU, gen. 2022).

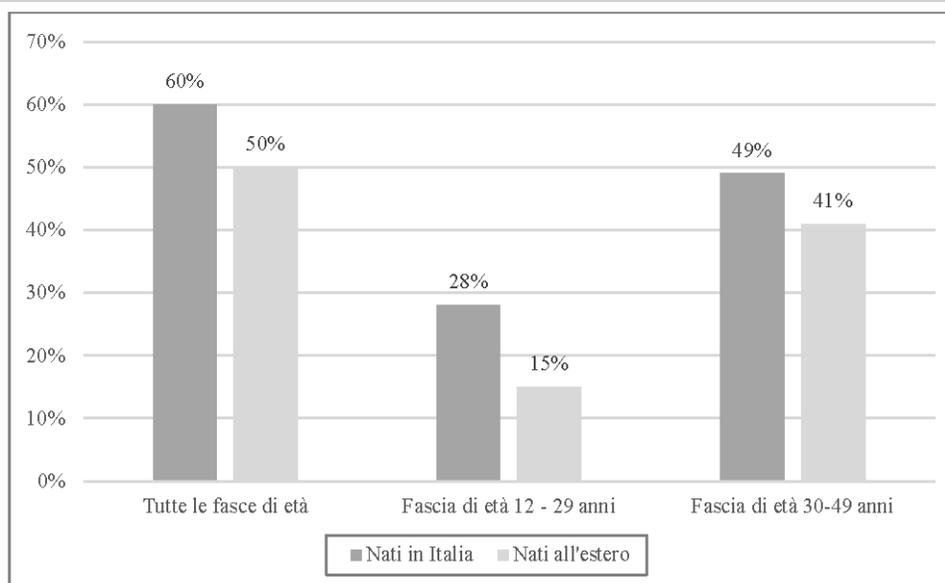


Grafico 1 - Copertura (valori per 100) vaccinale anti-COVID-19 nella popolazione nata in Italia e all'estero per classe di età - Giugno 2021



Fonte dei dati: Geraci S., Declich S., Fabiani M. et al. "Nessuno è al sicuro finché tutti non sono al sicuro" (Caritas - Migrantes 2021). Anno 2021.

Grafico 2 - Popolazione (valori per 100) vaccinata tra nati in Italia e all'estero per classe di età - Giugno 2021

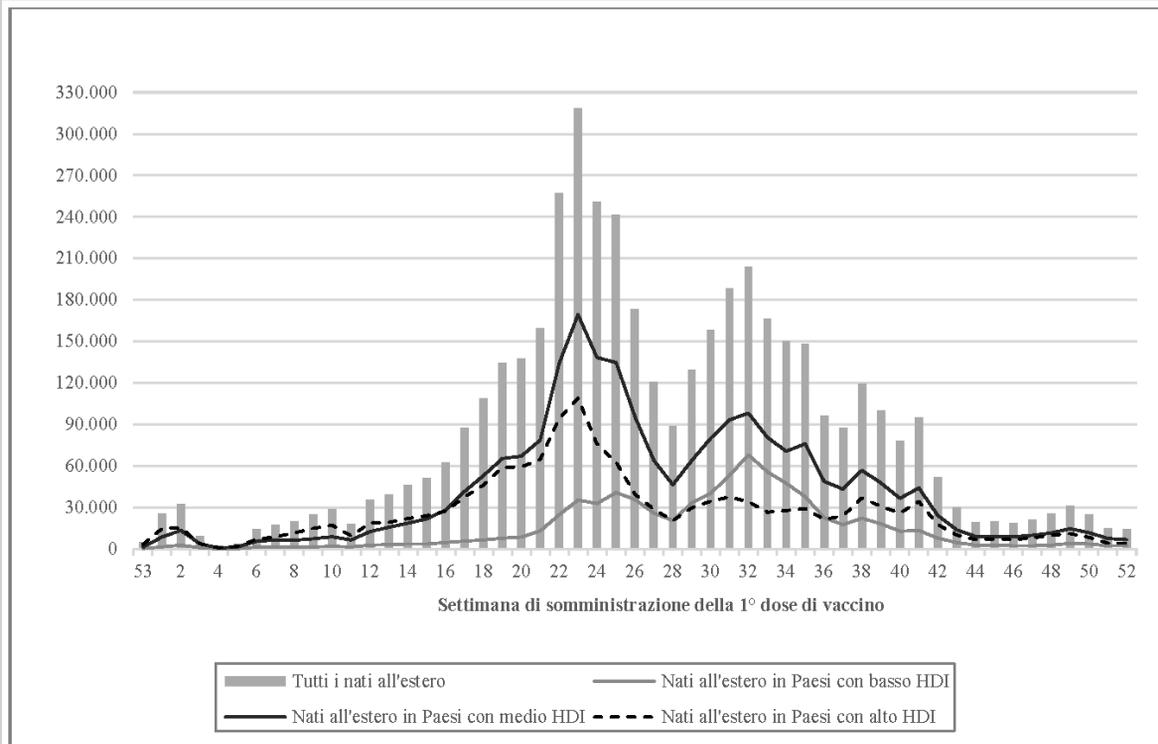


Fonte dei dati: Elaborazioni degli Autori su dati provenienti dal Sistema di sorveglianza integrata COVID-19 (ISS) e dall'Anagrafe nazionale vaccini (Ministero della Salute). Anno 2021.

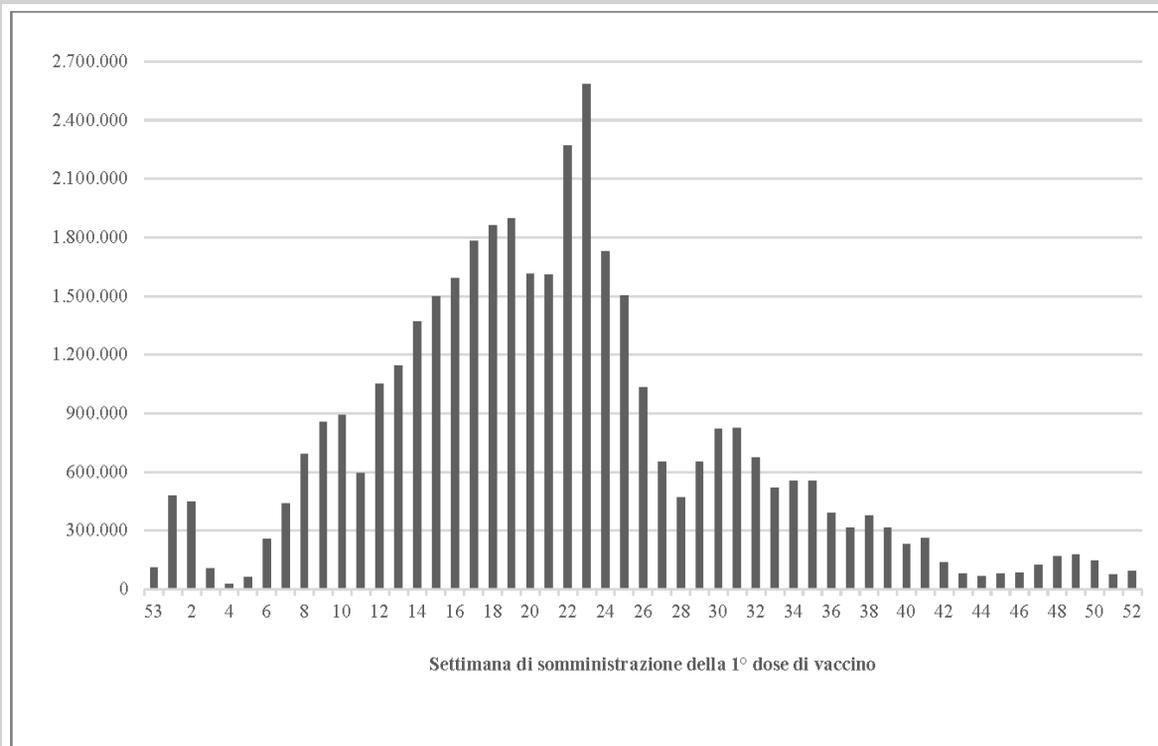


Grafico 3 - Vaccinati (valori per 1.000 con una dose entro il 2 gennaio 2022 (inclusi solo vaccinati senza una diagnosi di infezione precedente la vaccinazione) - Dati estratti il 12 gennaio 2022

Popolazione nati all'estero



Popolazione nati in Italia



Fonte dei dati: Elaborazioni degli Autori su dati provenienti dal Sistema di sorveglianza integrata COVID-19 (ISS) e dall'Anagrafe nazionale vaccini (Ministero della Salute). Anno 2021.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Geraci S., Verona A., Gli invisibili e il diritto al vaccino, 29 marzo 2021. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino.
- (2) Salvatore Geraci e l'Equipe sanitaria del Poliambulatorio Caritas, I dimenticati del vaccino, 6 giugno 2021. Disponibile sul sito: www.caritasroma.it/2021/06/i-dimenticati-del-vaccino.
- (3) S. Geraci, I diseguali al tempo del vaccino, 16 giugno 2021. Disponibile sul sito: www.caritas.it/home_page/attivita_/00009531_Diseguali_al_tempo_del_vaccino.html.
- (4) S. Geraci: E gli ultimi sono rimasti ultimi. In salute e Sviluppo, n. 82, luglio 2021. Medici con l'Africa CUAMM. 17: 18. Disponibile sul sito: www.mediciconlafrica.org/wp-content/uploads/2021/08/SeS_82_LU21.pdf.
- (5) Fabiani M et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. The European Journal of Public Health, Vol. 31, No. 1, 37-44. Disponibile sul sito: <https://academic.oup.com/eurpub/article/31/1/37/6070147>.
- (6) WHO Regional office for Europe. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Disponibile sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337694/9789289055369-eng.pdf>.



Disuguaglianze di salute legate alla cittadinanza: un'analisi condotta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti

Dott.ssa Chiara Mencancini, Dott. Marcello Cuomo, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Guglielmi Elisa, Dott. Giovanni Baglio

L'equità nell'assistenza sanitaria rappresenta uno degli obiettivi principali della programmazione e dell'organizzazione dei servizi, a livello nazionale e regionale. In seno al Programma Nazionale Esiti (PNE), che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali coordina a livello nazionale in stretta collaborazione con le Regioni/PA e con diversi *stakeholder*, espressione della comunità scientifica e della società civile, è stata sviluppata a partire dall'Edizione 2021 una Sezione specificamente dedicata al tema delle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria, declinate in termini di differenze di genere, cittadinanza e condizione socio-economica.

L'analisi di seguito riportata si riferisce ad una valutazione delle differenze osservate sulla base della cittadinanza in un *set* di indicatori selezionati (1).

A tutt'oggi, gli stranieri costituiscono una delle fasce più vulnerabili della popolazione residente in Italia, in quanto spesso esposti a fattori di rischio associati alle condizioni di povertà e marginalità sociale. Tali condizioni, infatti, sono all'origine di importanti differenziali nei livelli di salute e nelle opportunità di accesso all'assistenza sanitaria.

Dati e metodi

La fonte informativa è costituita dalle Schede di Dimissione Ospedaliera relative all'anno di attività 2020. Allo scopo di rendere l'analisi più facilmente fruibile, si è scelto di raggruppare i Paesi di provenienza degli stranieri secondo la classificazione, già ampiamente utilizzata in letteratura e assunta anche come base delle analisi del rapporto Osservasalute, in Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e Paesi a forte pressione migratoria (Pfp).

La metodologia utilizzata per l'analisi ha previsto la costruzione di una misura di gravità sull'intera coorte di pazienti ospedalizzati per ciascun indicatore e, successivamente, la stima dei rischi aggiustati per singoli strati determinati dall'esposizione in studio (struttura di ricovero o Azienda Sanitaria Locale/Provincia di residenza) e dalla variabile cittadinanza. Questo approccio ha reso possibile confrontare le stime sia tra le diverse unità di esposizione, sia tra i differenti gruppi di cittadinanza (Pfp vs italiani + Psa) per la medesima unità di esposizione.

Per la scelta degli indicatori, si è proceduto a esaminare i protocolli del PNE, selezionando gli indicatori per i quali era già previsto l'inserimento della variabile cittadinanza come potenziale fattore di rischio e i cui modelli predittivi hanno prodotto risultati statisticamente robusti.

Di seguito si riportano i risultati di due indicatori afferenti all'area perinatale: proporzione di parti con Taglio Cesareo (TC) primario; rischio di riammissione ospedaliera a 42 giorni da un ricovero per parto con TC.

Descrizione dei risultati

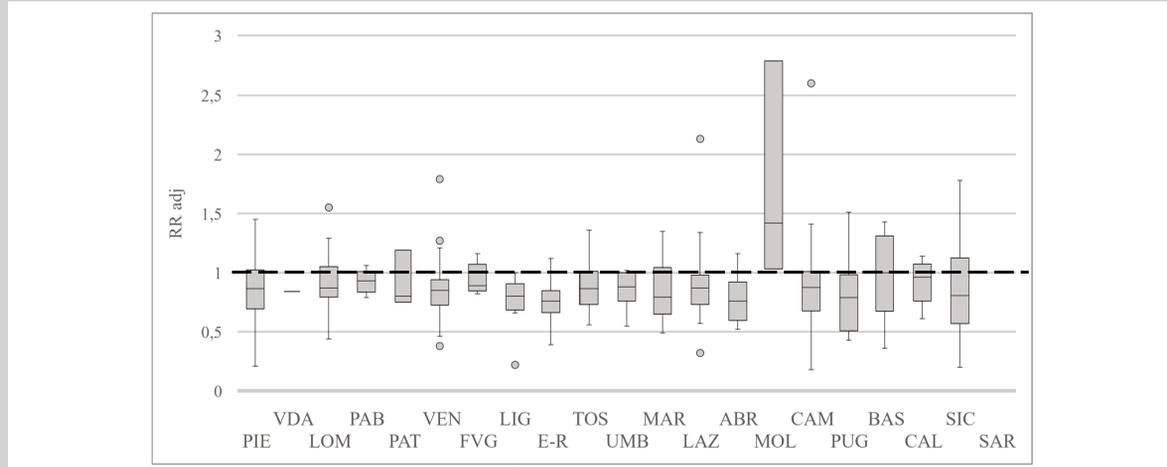
I risultati mostrano un ricorso al TC primario significativamente minore per le donne straniere Pfp; tale differenza permane anche dopo aver stratificato per tipologia di struttura (pubblica o privata). Il Grafico 1 riporta la distribuzione dei Rischi Relativi (RR) a livello regionale, con valori inferiori all'unità per quasi tutte le strutture, ad eccezione di quelle del Molise (dato da approfondire in sede di *audit* sulla qualità dei dati).

Per contro, a fronte della marcata tendenza delle donne straniere Pfp a ricorrere al parto vaginale, laddove invece siano sottoposte a TC, risultano a maggior rischio di riammissione a 42 giorni dal parto. Tale risultato si conferma sia stratificando per settore pubblico/privato sia per regione (Grafico 2). A tal riguardo, infatti, sebbene si osservi una grande variabilità intra e interregionale, tutte le regioni presentano RR mediani superiori o pari all'unità.

Per una corretta interpretazione dei risultati occorrerebbero ulteriori approfondimenti e indagini. Pur nondimeno, è possibile ipotizzare che il maggior rischio di riospedalizzazione durante il puerperio sia attribuibile a complicanze derivanti, almeno in parte, dalle precarie condizioni di vita e dalla minore presenza di tutele sociali e lavorative (precarità abitativa, assenza di reti parentali, rientro anticipato al lavoro etc.).

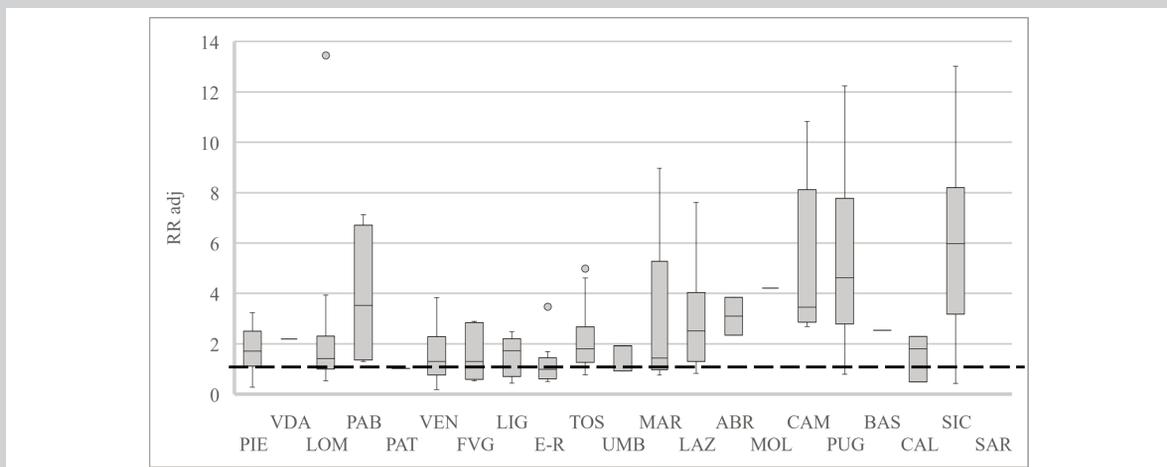


Grafico 1 - *Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario: distribuzione dei Rischi Relativi (donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria vs italiane/straniere da Paesi a sviluppo avanzato) per regione - Anno 2020*



Fonte dei dati: Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2021.

Grafico 2 - *Ricoveri successivi a un parto con Taglio Cesareo: distribuzione dei Rischi Relativi (donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria vs italiane/straniere da Paesi a sviluppo avanzato) per regione - Anno 2020*



Fonte dei dati: Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2021.

Riferimenti bibliografici

(1) Piano Nazionale Esiti edizione 2021; disponibile sul sito: <https://pne.agenas.it>.

